

重要事項説明書

記入年月日	令和5年7月1日
記入者名	川上 瞳
所属・職名	施設長

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成23年10月7日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙4の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の1から3まで及び6の内容については、別紙4の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

1. 事業主体概要

種類	個人／ <input checked="" type="checkbox"/> 法人	
	※法人の場合、その種類	営利法人（株式会社）
名称	(ふりがな) ふようしょうじ かぶしきがいしゃ 芙蓉商事 株式会社	
主たる事務所の所在地	〒292-0009 千葉県木更津市金田東四丁目11番1号	
連絡先	電話番号	0438-97-6677
	FAX番号	0438-97-6688
	ホームページアドレス	https://www.habitation.co.jp/kamagaya/
代表者	氏名	井坂 奨吾
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和46年12月6日	
主な実施事業	※別添1（別の実施する介護サービス一覧表）	

2. 有料老人ホーム事業の概要

(住まいの概要)

名称	(ふりがな) あびたしおん かまがや 有料老人ホームアビタシオン鎌ヶ谷
----	--

所在地	〒273-0107 千葉県鎌ケ谷市新鎌ケ谷4-12-3	
主な利用交通手段	最寄駅	新京成線・東武アーバンパークライン・北総線 新鎌ケ谷駅
	交通手段と所要時間	新鎌ケ谷駅から徒歩7分
連絡先	電話番号	047-442-4165
	FAX番号	047-446-6233
	ホームページアドレス	https://www.habitation.co.jp/kamagaya/
管理者	氏名	川上 瞳
	職名	施設長
建物の竣工日		平成18年 1月 31日
有料老人ホーム事業の開始日		令和2年10月1日

【類型】【表示事項】

<input type="checkbox"/> 1 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合） <input type="checkbox"/> 2 介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合） <input type="checkbox"/> 3 住宅型 <input type="checkbox"/> 4 健康型		
1又は2に該当する場合	介護保険事業者番号	特定施設入居者生活介護 千葉県指定 1272902105 号 介護予防特定施設入居者生活介護 千葉県指定 1272902105 号
	指定した自治体名	千葉県
	事業所の指定日	令和2年10月1日
	指定の更新日（直近）	令和2年10月1日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1995.920 m ²	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		<input type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		契約期間	<input type="checkbox"/> 1 あり (令和2年12月10日～令和22年12月10日) 2 なし
契約の自動更新	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
建物	延床面積	全体	5117.910 m ²
		うち、老人ホーム部分	2817.738 m ²

	耐火構造	<input type="checkbox"/> 1 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 2 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> 3 その他 ()				
	構造	<input type="checkbox"/> 1 鉄筋コンクリート造 <input checked="" type="checkbox"/> 2 鉄骨造 ※一部鉄筋コンクリート <input type="checkbox"/> 3 木造 <input type="checkbox"/> 4 その他 ()				
	所有関係	<input type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する建物 <input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物				
		抵当権の設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし			
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (令和2年12月10日～令和22年12月10日) <input type="checkbox"/> 2 なし			
契約の自動更新		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし				
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室 <input type="checkbox"/> 2 相部屋あり				
		最少	人部屋			
		最大	人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分*
	タイプ A2	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	21.0 m ²	40	介護居室個室
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。						
共用施設等	共用便所における 便房	3ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	0ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	5ヶ所		
	共用浴室	3ヶ所	個浴	4ヶ所		
			大浴場	0ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴	1ヶ所		
			リフト浴	1ヶ所		
			ストレッチャー浴	1ヶ所		
その他 ()			0ヶ所			
食堂	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし					
入居者や家族が利用できる調理設備	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし					
エレベーター	<input type="checkbox"/> 1 あり (車椅子対応) <input checked="" type="checkbox"/> 2 あり (ストレッチャー対応) <input type="checkbox"/> 3 あり (上記1・2に該当しない) <input type="checkbox"/> 4 なし					
消防用設備等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし				
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし				

	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
その他					

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	私達は、地域の人達と連携し、医療、福祉の充実に努めます。私達は、ご利用者様の立場に立ったサービスの提供に努めます。私達は、より良いサービスが提供出来る様、日々研修に努めます。私達は、地域の文化と伝統を守り、人の和と心の豊かさを求めます。
サービスの提供内容に関する特色	自立支援を最大の目的とした介護サービスを提供します。
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無	入居継続支援加算	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし	
	生活機能向上連携加算	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし	
	個別機能訓練加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし	
	夜間看護体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし	
	若年性認知症入居者受入加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし	
	医療機関連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし	
	口腔衛生管理体制加算	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし	
	栄養スクリーニング加算	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし	
	退院・退所時連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし	
	看取り介護加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし	
	認知症専門ケア加算	(I)	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
		(II)	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	サービス提供体制強化加算	(I)イ	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
(I)ロ		1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし	

		(II)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(III)	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	<input type="checkbox"/> 1 あり	(介護・看護職員の配置率) 2.5 : 1 以上	
	2 なし		
短期利用の設定（短期利用特定施設入居者生活介護の届出がある）	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし		

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 <input type="checkbox"/> 4 その他（訪問診療 医療・歯科の確保）		
4	1	名称	医療法人社団小羊会 船橋訪問クリニック
		住所	千葉県船橋市高根台 3-15-5
		診療科目	内科・人口透析内科
		協力内容	外来受診・往診・緊急時の入院 ※医療費その他の費用は入居者の自己負担
	2	名称	医療法人社団一心会 初富保健病院
		住所	千葉県鎌ケ谷市初富 1 1 4
		診療科目	内科、循環器内科、脳神経外科、脳神経内科、リハビリテーション科、整形外科、皮膚科、泌尿器科
		協力内容	診療時間帯の外来受診・入院 ※医療費その他の費用は入居者の自己負担
	3	名称	医療法人沖縄徳洲会 鎌ケ谷総合病院
		住所	千葉県鎌ケ谷市初富 929-6
		診療科目	内科、消化器科、循環器科、腎臓内科、神経内科、外科、形成外科、脳神経外科、皮膚科、泌尿器科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科等
		協力内容	外来受診・緊急時の入院 ※医療費その他の費用は入居者の自己負担
	4	名称	医療法人社団千葉白報会かまがや在宅診療所
		住所	千葉県鎌ケ谷市道野辺本町 1-2-3 飯田ビル 203 号室
		診療科目	内科、皮膚科、精神科、眼科
		協力内容	訪問診療、往診、緊急対応

			※医療費その他の費用は入居者の自己負担
協力歯科医療機関	名称	医療法人愛育会	
	住所	千葉県松戸市日暮1-5-8	
	協力内容	訪問歯科、緊急時の受け入れ ※医療費その他の費用は入居者の自己負担	

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可	1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 <input checked="" type="checkbox"/> 3 その他（介護居室から介護居室へ移る場合）	
判断基準の内容	入居者が、日常的に介護サービスを必要とし、且つそのサービスの提供が居室において著しく困難と判断される場合には居室の利用権を移行し、施設が指定する居室に住み替えていただく場合がある。 住み替えの判断はおおよそ以下の状態を基準として検討する。 ① 入居者の判断能力が著しく低下し、居室での生活では危険な状態である場合。 ② ①以外で要介護状態と認定された方で、入居者本人又は身元引受人が住み替えを希望する場合	
手続きの内容	居室への住み替えの決定については、下記の①～④の事項を経て総合的に判断し、入居者または身元引受人等の同意を得た後、事業者が指定する文書にて契約手続きを行う。 ① 事業者が指定する医師の意見を聞く ② 入居者もしくは家族・身元引受人等の同意を得る ③ 緊急やむを得ない場合を除いて一定の観察期間を設ける ④ 入居者の権利や入居一時金又は家賃相当額の額等に関し本契約に重大な変更が生じる場合は、住み替え後の居室及び権利の変動、居室の専有面積の変更に伴う費用負担の増減又は費用調整の有無、提供する介護等の変更内容等について入居者及び身元引受人等に説明を行う	
追加的費用の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
居室利用権の取扱い	居室の利用権は移行とする。	
前払金償却の調整の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	便所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	浴室の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	洗面所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし

	台所の変更	1 あり	2 なし
	その他の変更	1 あり	(変更内容)
		2 なし	

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	1 あり	2 なし
	要支援の者	1 あり	2 なし
	要介護の者	1 あり	2 なし
留意事項	<p>・原則、入居時年齢が満 65 歳以上で、公的介護保険制度における「要支援 1」以上の認定をお持ちの方</p> <p>【その他】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・他の入居者に感染する疾病をお持ちでないこと。 ・入居後に当ホームの定める月額費用などを負担できること。 ・健康保険に加入されていること。 ・身元引受人をたてられること。(身元引受人がいない場合はご相談に応じます。) ・当ホームの運営主旨をご理解いただき、ご協力を約束できること。 ・その他、ホームが認めた方であること。 		
契約の解除の内容	<p>① 入居者が逝去された場合</p> <p>② 入居者、又は事業者から解約した場合</p>		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第 26 条	
	解約予告期間	30 日間	
入居者からの解約予告期間	30 日間		
体験入居の内容	<p>1 あり (内容：1泊2日食事付き5,500円(税込)／1人)</p> <p>2 なし</p>		
入居定員	40 人		
その他			

5. 職員体制

※有料老人ホームの職員について記載すること(同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません)。

(職種別の職員数)

	職員数 (実人数)			常勤換算人数 ^{*1} * ²
	合計			
		常勤	非常勤	
管理者	1	1	0	0.5

生活相談員	1	1	0	1.0
直接処遇職員	21	12	9	13.8
介護職員	14	7	7	10.7
看護職員	7	5	2	3.1
機能訓練指導員	6	5	1	2.6
計画作成担当者	1	1	0	1
栄養士	0	0	0	0
調理員	0	0	0	0
事務員	0	0	0	0
その他職員	0	0	0	0
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				40時間
※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。				
※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。				

(資格を有している介護職員の人数)

	合計		
	常勤	非常勤	
社会福祉士			
介護福祉士	6	6	0
実務者研修の修了者	1	0	1
初任者研修の修了者	4	1	3
介護支援専門員	1	1	0

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計		
	常勤	非常勤	
看護師又は准看護師	6	5	1
理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復士			
あん摩マッサージ指圧師			
はり師			
きゅう師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (16時30分 ~ 9時30分)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	1	1
介護職員	2	1

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	契約上の職員配置比率* 【表示事項】	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 d 3 : 1 以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数)	2.2 : 1
※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択		
外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制(外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名称	
	通所介護事業所の名称	

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務		1 あり 2 なし							
	業務に係る資格等		1 あり 2 なし							
			資格等の名称	看護師						
	看護職員		介護職員		生活相談員		機能訓練指導員		計画作成担当者	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数				1						
前年度1年間の退職者数			1	2						
経 業 験 務 年 数 に 従 事 した に 応 じ	1年未満			2						
	1年以上			1						
	3年未満									
	3年以上									
	5年未満									

	5年以上 10年未満	2		1				2			
	10年以上	3	2	6	3	1		3	1	1	
従業者の健康診断の実施状況				1 あり		2 なし					

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式		
利用料金の支払い方式 【表示事項】	1 全額前払い方式		
	2 一部前払い・一部月払い方式		
	3 月払い方式		
	<input type="checkbox"/> 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式	
年齢に応じた金額設定	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし		
要介護状態に応じた金額設定	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし		
入院等による不在時における 利用料金（月払い）の取扱い	1 減額なし <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額（食費のみ。ただし固定費相当額を請求） <input type="checkbox"/> 3 胃ろうや入院（3ヶ月以降）など、長期にわたり食事をとることができない場合に限り、請求しない（食費のみ）		
利用料金の改定	条件	改定にあたっては、ホームが所在する自治体の消費者物価指数や人件費等を勘案し改定することがある。	
	手続き	入居者及び身元引受人等へ事前に通知する。	

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1	プラン2
入居者の状況	要介護度	要支援2	要支援2
	年齢	65歳以上	65歳以上
居室の状況	床面積	21.0 m ²	21.0 m ²
	便所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
	浴室	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
	台所	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
入居時点で必要な費用	前払金	0円	5,600,000円(非課税)
	敷金	420,000円(非課税)	0円

月額費用の合計		255,771 円(税込)	185,771 円(税込)	
家賃		70,000 円(非課税)	0 円(非課税)	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	9,461 円(非課税)	9,461 円(非課税)	
	介護保険外 ^{※2}	食費	60,810 円(税込)	60,810 円(税込)
		管理費	77,000 円(税込)	77,000 円(税込)
		生活支援費	38,500 円(税込)	38,500 円(税込)
		光熱水費	管理費に含む	管理費に含む
その他	管理規程に定める	管理規程に定める		
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※2 有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない）</p>				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃 (非課税)	算定根拠は入居一時金に準ずる。一時金方式を選択の場合は不要。
敷金 (非課税)	月払い方式を選択した場合、家賃の 6 ヶ月分。
生活支援費 (標準税率)	長期推計に基づき、要介護者等 2.5 人に対し週 40 時間換算で介護・看護職員を 1 人以上配置するための費用。要支援者及び要介護者以外の入居者に対して、緊急、臨時的、又は、一時的に入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話に要する費用。介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費 (標準税率)	事務・管理部門の人件費および事務費、日常生活支援サービスに係る人件費、共用施設等の維持管理、健康相談及び定期健康診断費用。
食費 (朝昼：軽減税率対象 夕：標準税率)	食材費及び人件費、調理費。喫食分を請求する。 朝食：432 円(税込) 昼食：715 円(税込) 夕食：770 円(税込) おやつ：110 円(税込) 朝食については軽減税率対象 8%、昼食・夕食その他の飲食及び固定費相当については軽減税率対象外 10%。
一時金 (非課税)	建物賃料、借入利息等を基礎とし、平均余命等を勘案した想定居住期間の家賃相当額、及び想定居住期間を超えて入居契約が継続する場合に備えて受領する費用。
光熱水費	管理費に含む。
利用者の個別的な選択によるサービス料	別添 2
その他のサービス利用料	管理規程に定める。

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

費目	算定根拠
特定施設入居者生活介護*に対する自己負担	基本報酬、P6に記載する加算の利用者負担分。
特定施設入居者生活介護*における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乘せサービス）	（上掲）
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

（前払金の受領）※前払金を受領していない場合は省略可能

算定根拠	（上掲）	
想定居住期間（償却年月数）	5年(60か月)	
償却の開始日	入居日の翌日	
想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額（初期償却額）	入居一時金ごとに異なる	
初期償却率	25%	
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	入居日の翌日から三月以内の契約解除の場合又は死亡による契約終了の場合は、受領済みの一時金を全額返金する。ただし、利用期間に係る利用料を下記算定方法に基づき受領する。 算定方式 前払金×0.75 ÷ 償却期間の月数 ÷ 30 × 入居日から契約終了日までの日数 ※月払い利用料については日割精算を行う。 ※必要な原状回復費用があれば受領する。
	入居後3月を超えた契約終了	一時金の75%を償却月数で均等償却し、この期間内に契約が終了した場合には、下記の算式に基づき無利息で返還する。期間終了後は、返還金はなくなるが、追加の入居金は不要。 返還金 = 入居一時金 × 75% × (契約終了日から償却期間満了日までの日数/償却期間の日数)
前払金の保全先	1 連帯保証を行う銀行等の名称	株式会社みずほ銀行
	2 信託契約を行う信託会社等の名称	
	3 保証保険を行う保険会社の名称	
	4 全国有料老人ホーム協会	
	5 その他（名称： _____）	

7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	10人
	女性	25人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上 75歳未満	1人
	75歳以上 85歳未満	12人
	85歳以上	21人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	1人
	要支援2	1人
	要介護1	2人
	要介護2	8人
	要介護3	4人
	要介護4	13人
	要介護5	6人
入居期間別	6ヶ月未満	13人
	6ヶ月以上1年未満	8人
	1年以上5年未満	13人
	5年以上10年未満	1人
	10年以上15年未満	0人
	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	85.48歳
入居者数の合計	35人
入居率※	88.0%
※一時的に不在となっている者も入居者に含む。	

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	0人
	他の有料老人ホーム※	0人
	介護保険施設(※)	0人
	その他の社会福祉施設	0人
	医療機関	0人
	死亡者	10人

	その他	0人
生前解約の状況	施設側の申し出	0人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	2人
		(解約事由の例) 費用高額の為、他施設へ転居
※介護保険施設・・・介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設、介護療養型医療施設及び介護医療院		

8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況) ※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

窓口の名称1		有料老人ホームアビタシオン鎌ヶ谷 施設内苦情相談窓口 (責任者：施設長)
電話番号		047-442-4165
対応している時間	平日	9:00～18:00
	土曜	9:00～18:00
	日曜・祝日	9:00～18:00
定休日		なし
窓口の名称2		千葉県健康福祉部 高齢者福祉課
電話番号		047-221-3020
対応している時間	平日	9:00～17:00
	土曜	休
	日曜・祝日	休
定休日		土曜日・日曜日・祝日(年末年始)
窓口の名称3		鎌ヶ谷市役所高齢者福祉係
電話番号		047-445-1375
対応している時間	平日	8:30～17:00
	土曜	休
	日曜・祝日	休
定休日		土曜日・日曜日・祝日(年末年始)
窓口の名称4		千葉県国民健康保険団体連合会苦情処理係
電話番号		043-254-7428
対応している時間	平日	9:00～12:00 13:00～17:00
	土曜	休
	日曜・祝日	休
定休日		土曜日・日曜日・祝日(年末年始)
窓口の名称5		鎌ヶ谷市役所 健康福祉部 高齢者支援課 介護保険係

電話番号	047-445-1380	
対応している時間	平日	8:30~17:00
	土曜	休
	日曜・祝日	休
定休日	土曜日・日曜日・祝日（年末年始）	

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

損害賠償責任保険の加入状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 有料老人ホーム賠償責任保険
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 事故対応マニュアルに基づく
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
<input type="checkbox"/> 2 なし			
第三者による評価の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
<input type="checkbox"/> 2 なし			

9. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
管理規程	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
事業収支計画書	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開

	2 入居希望者に交付
--	------------

	<input type="checkbox"/> 3 公開していない
--	------------------------------------

10. その他

運営懇談会	<input type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 2 回
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	<input type="checkbox"/> 1 代替措置あり	(内容)
	<input type="checkbox"/> 2 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名:)	
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
有料老人ホーム設置時の老人福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	<input type="checkbox"/> 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要	
高齢者の居住の安定確保に関する法律第 5 条第 1 項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
千葉県有料老人ホーム設置運営指導指針「5.規模及び構造設備」に合致しない事項	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
合致しない事項がある場合の内容		
「6.既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	<input type="checkbox"/> 1 適合している (代替措置) <input type="checkbox"/> 2 適合している (将来の改善計画) <input type="checkbox"/> 3 適合していない	
千葉県有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項		
不適合事項がある場合の内容		

添付書類：別添 1 (別の実施する介護サービス一覧表)

別添 2 (個別選択による介護サービス一覧表)

※ _____ 様

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名 _____

※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

別添1 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市内で実施する他の介護サービス

介護サービスの種類			事業所の名称	所在地
<居宅サービス>				
訪問介護	あり	なし	アビタシオン鎌ヶ谷ヘルパーステーション	千葉県鎌ヶ谷市新鎌ヶ谷4-12-3
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし		
訪問リハビリテーション	あり	なし		
居宅療養管理指導	あり	なし		
通所介護	あり	なし	アビタシオン鎌ヶ谷デイサービスセンター	千葉県鎌ヶ谷市新鎌ヶ谷4-12-3
通所リハビリテーション	あり	なし		
短期入所生活介護	あり	なし		
短期入所療養介護	あり	なし		
特定施設入居者生活介護	あり	なし		
福祉用具貸与	あり	なし		
特定福祉用具販売	あり	なし		
<地域密着型サービス>				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	あり	なし		
夜間対応型訪問介護	あり	なし		
認知症対応型通所介護	あり	なし		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
居宅介護支援	あり	なし	アビタシオン鎌ヶ谷ケアプランセンター	千葉県鎌ヶ谷市新鎌ヶ谷4-12-3
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	なし	アビタシオン鎌ヶ谷ヘルパーステーション	千葉県鎌ヶ谷市新鎌ヶ谷4-12-3
介護予防訪問入浴介護	あり	なし		
介護予防訪問看護	あり	なし		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし		
介護予防通所介護	あり	なし	アビタシオン鎌ヶ谷デイサービスセンター	千葉県鎌ヶ谷市新鎌ヶ谷4-12-3
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし		
<地域密着型介護予防サービス>				
介護予防認知症対応型通所介護	あり	なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
介護予防支援	あり	なし		
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	あり	なし		
介護老人保健施設	あり	なし		
介護療養型医療施設	あり	なし		
介護医療院	あり	なし		

別添 2

有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無						なし		あり	
	特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者一部負担※1）		個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担）		包含※2	都度※2	料金※3	備考	
	なし	あり	なし	あり					
介護サービス									
食事介助	なし	あり	なし	あり		○	右記	330円(税込)/10分	
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり		○	右記	330円(税込)/10分	
おむつ代			なし	あり		○	右記	実費負担	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	○	○	右記	基準(週2回)を超える実施は330円(税込)/10分	
特浴介助	なし	あり	なし	あり	○	○	右記	基準(週2回)を超える実施は330円(税込)/10分	
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり		○	右記	330円(税込)/10分	
機能訓練	なし	あり	なし	あり					
通院介助	なし	あり	なし	あり	○	○	右記	協力医療機関以外330円(税込)/10分+交通費実費	
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○	○	右記	基準(週2回)を超える実施は330円(税込)/10分	
リネン交換	なし	あり	なし	あり		○	右記	330円(税込)/10分	
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○	○	右記	委託業者対応・水洗い出来るもの、管理費に含む	
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり		○	右記	110円(税込)/1膳	
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり					
おやつ			なし	あり		○	右記	110円(税込)/1回	
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	右記	実費負担	
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	右記	330円(税込)/10分+交通費実費	
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	右記	330円(税込)/10分+交通費実費	
金銭・貯金管理			なし	あり					
健康管理サービス									
定期健康診断			なし	あり	○			年2回実施(管理費に含む)	
健康相談	なし	あり	なし	あり		○		330円(税込)/10分	
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり		○		330円(税込)/10分	
服薬支援	なし	あり	なし	あり		○		330円(税込)/10分	
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり		○		330円(税込)/10分	
入退院時・入院中のサービス									
移送サービス	なし	あり	なし	あり					
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○	右記	330円(税込)/10分+交通費実費	
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり		○	右記	330円(税込)/10分 交通費実費	
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり	○	○	右記	協力医療機関以外330円(税込)/10分+交通費実費	
その他のサービス※4									

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割又は2割又は3割の利用者負担）。

※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額の利用料に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。

※3：都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。