

重要事項説明書

記入年月日	令和7年7月1日
記入者名	野口 裕貴
所属・職名	管理者

※ 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」の一部改正について（令和4年8月18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3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3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/法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきがいしやでじたるへるす 株式会社デジタルヘルス	
主たる事務所の所在地	〒105-0004 東京都港区新橋三丁目11番1号	
連絡先	電話番号	03-6402-3393
	FAX番号	03-6402-3073
	ホームページアドレス	https:// d-hlt. co. jp
代表者	氏名	若林 則章
	職名	代表取締役
設立年月日	令和 2年 1月 7日	
主な実施事業	※別添1 (別に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) しょうわのさと いちはら 昭和の里 市原	
所在地	〒290-0005 千葉県市原市山木 1144-2	
主な利用交通手段	最寄駅	J R内房線 八幡宿駅
	交通手段と所要時間	① J R内房線 八幡宿駅西口より小湊バス利用 ＜八 01 (小湊) : 労災病院行＞乗車、「山木坂下」 バス停下車後、徒歩約 2 分 ②＜八 01 (小湊) : 労災病院行＞、 ＜09 : 若宮団地経由帝京平成大学行＞乗車、 「若宮団地入口」バス停下車後、徒歩約 1 分 ③ J R内房線 八幡宿駅より車で約 10 分
連絡先	電話番号	0436-40-7030
	FAX番号	0436-40-7031
	メール	
	ホームページアドレス	https:// d-hlt.co.jp
管理者	氏名	野口 裕貴
	職名	管理者
建物の竣工日		令和 3年 12月 31日
有料老人ホーム事業の開始日		令和 4年 2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	
	指定した自治体名	県 (市)
	事業所の指定日	年 月 日
	指定の更新日 (直近)	年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	2,427.00 m ²			
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地			
		2 事業者が賃借する土地 (<input checked="" type="checkbox"/> 普通賃借 ・ 定期賃借)			
		抵当権の有無	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
所有関係	契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> あり (2022年2月1日～2047年3月31日)			
	2 なし				
	契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし		
建物	延床面積	全体	1,842.61 m ²		
		うち、老人ホーム部分	1,842.61 m ²		
	耐火構造	1 耐火建築物			
		<input checked="" type="checkbox"/> 準耐火建築物			
		3 その他 ()			
	構造	1 鉄筋コンクリート造			
		<input checked="" type="checkbox"/> 鉄骨造			
		3 木造			
		4 その他 ()			
	所有関係	1 事業者が自ら所有する建物			
2 事業者が賃借する建物 (<input checked="" type="checkbox"/> 普通賃借 ・ 定期賃借)					
抵当権の設定		1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
契約期間		<input checked="" type="checkbox"/> あり (2022年2月1日～2047年3月31日)			
所有関係	2 なし				
	契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし		
	居室の状況				
居室区分 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 全室個室				
	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1	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.74 m ²	6	介護居室個室
タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.90 m ²	44	介護居室個室
タイプ3	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
タイプ4	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
タイプ5	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
タイプ6	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
タイプ7	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		

	タイプ8	有/無	有/無	m ²			
	タイプ9	有/無	有/無	m ²			
	タイプ10	有/無	有/無	m ²			
※「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	共用便所における 便房	4ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房		4ヶ所		
	共用浴室	3ヶ所	個室		3ヶ所		
			大浴場		ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴		ヶ所		
			リフト浴		ヶ所		
			ストレッチャー浴		1ヶ所		
			その他（ ）		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 checked="" 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"/> 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	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
緊急通報装 置等	居室	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	一部あり	<input type="checkbox"/> 3	なし
		<input type="checkbox"/> 2	一部あり	<input type="checkbox"/> 3	なし		
		<input type="checkbox"/> 3	なし				
居室	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	一部あり	<input type="checkbox"/> 3	なし
		<input type="checkbox"/> 2	一部あり	<input type="checkbox"/> 3	なし		
		<input type="checkbox"/> 3	なし				
浴室	浴室	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	一部あり	<input type="checkbox"/> 3	なし
		<input type="checkbox"/> 2	一部あり	<input type="checkbox"/> 3	なし		
		<input type="checkbox"/> 3	なし				
その他（ ）	その他（ ）	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	一部あり	<input type="checkbox"/> 3	なし
		<input type="checkbox"/> 2	一部あり	<input type="checkbox"/> 3	なし		
		<input type="checkbox"/> 3	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	利用者が職員や他の利用者との共同生活の中で、ご自分の趣味やレクリエーション、又は手仕事等をしながら過ごすことにより、本人のADL・生活能力を維持することを支援します。 また、地域に密着した有料老人ホームの運営をすることにより利用者のご家族の「安心」を得ることを目指します。
サービスの提供内容に関する特色	第二の家族となり、ホスピタリティーにあふれる介護
入浴、排せつ又は食事の介護	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	<input 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 type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input 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

<p>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</p> <p>※1「協力医療機関連携加算(i)」は、「相談・診療を行う体制を常時確保し、緊急時に入院を受け入れる体制を確保している場合」に該当する場合を指し、「協力医療機関連携加算(ii)」は、「協力医療機関連携加算(i)」以外に該当する場合を指す。</p> <p>※2「地域密着型特定施設入居者生活介護」の指定を受けている場合。</p>	入居継続支援加算	(i) 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(ii) 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	生活機能向上連携加算	(i) 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(ii) 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	ADL維持等加算	(i) 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(ii) 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	個別機能訓練加算	(i) 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(ii) 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	夜間看護体制加算	(i) 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(ii) <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	若年性認知症入居者受入加算	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	協力医療機関連携加算(※1)	(i) 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
(ii) <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
口腔衛生管理体制加算(※2)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
口腔・栄養スクリーニング加算	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
退院・退所時連携加算	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
退去時情報提供加算	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	

看取り介護加算	(i) <input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	(ii) 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 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
高齢者施設等感染対策向上加算	(i) 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	(ii) 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
新興感染症等施設療養費	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
生産性向上推進体制加算	(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) 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	(ii) 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	(iii) 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
介護職員等処遇改善加算	(i) 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	(ii) <input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	(iii) 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	(iv) 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	(v)(1) 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	(v)(2) 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	(v)(3) 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	(v)(4) 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	(v)(5) 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	(v)(6) 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	(v)(7) 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	(v)(8) 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	(v)(9) 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	(v)(10) 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
(v)(11) 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし	
(v)(12) 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし	
(v)(13) 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし	
(v)(14) 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	1	あり	(介護・看護職員の配置率) : 1	
	<input checked="" 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 2 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	医療法人社団 圭恵会
		住所	千葉県千葉市緑区おゆみ野 4-2-7
		診療科目	内科
		協力科目	内科、精神科、皮膚科、整形外科
		協力内容	入所者の症状の急変時 等において相談対応を 行う体制を常時確保
	診療の求めがあった場 合において診療を行う 体制を常時確保		1 あり 2 なし
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力科目	
		協力内容	入所者の症状の急変時 等において相談対応を 行う体制を常時確保
	診療の求めがあった場 合において診療を行う 体制を常時確保		1 あり 2 なし
	3	名称	
		住所	
		診療科目	
協力科目			
協力内容		入所者の症状の急変時 等において相談対応を 行う体制を常時確保	1 あり 2 なし
	診療の求めがあった場 合において診療を行う 体制を常時確保	1 あり 2 なし	
新興感染症発生時に連携する 医療機関	1 あり	医療機関の名称	

	医療機関の住所	
	2	なし
協力歯科医療機関	名称	医療法人社団 亮山会 ハート歯科
	住所	千葉県千葉市若葉区西都賀 2-11-12
	協力内容	往診

(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					
契約の解除の内容	入居契約書 第 29 条による				
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書 第 30 条による			
	解約予告期間	相当の期間			
入居者からの解約予告期間	30 日				
体験入居の内容	1 あり (内容 : 5,500 円/日) ※食費別 2 なし				
入居定員	50 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		0.2
生活相談員	1	1		1.0
直接処遇職員				
介護職員	16	12	4	14.4
看護職員	7	1	6	2.2
機能訓練指導員	1		1	0.2
計画作成担当者	2		2	0.5
栄養士				
調理員				

事務員				
その他職員				
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	4	4	
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	5	4	1
介護支援専門員	1		1

(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	1		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 ~ 10 時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	人	人
介護職員	2 人	1 人

(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 <input checked="" type="checkbox"/> 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)	3 : 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		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし							
	業務に係る資格等		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり							
	資格等の名称		ヘルパー2 級							
	2 なし									
	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		4	6	8	1					1
前年度1年間の退職者数	1	1	8	8	1					
応じた職員 の人数 業務に従事した 経験年数に	1年未満	1	4	8	3	1			1	2
	1年以上 3年未満		2	4	1					
	3年以上 5年未満									
	5年以上 10年未満									
	10年以上									
従業者の健康診断の実施状況			<input checked="" type="checkbox"/> 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】	<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 checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 減額なし <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額	
利用料金の改定	条件	目的住宅が所在する自治体が発表する消費者物価指数や人件費等の上昇等
	手続き	料金改定の際には、入居者及び身元引受人等へ事前に通知します。

(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			
	年齢	歳	歳	
居室の状況	床面積	18.74～18.90 m ²	m ²	
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 2 無	
	浴室	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 2 無	
	台所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 2 無	
入居時点で必要な費用	前払金	円	円	
	敷金	円	円	
月額費用の合計		157,820 円	円	
家賃		50,000 円	円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用		円	
	2 介護保険外 [※]	食費	58,320 円	円
		管理費	49,500 円	円
		介護費用	円	円
		光熱水費	管理費に含む	円

	その他	円	円
<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	居室の家賃相当額の一部
敷金	なし
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	【49,500 円】共用設備等の維持・管理費、事務管理部門の人件費及び事務費並びに各種相談等に要する費用に充当し、本価格に水道光熱費を含みます。
食費	日額 1,944 円（朝食 648 円、昼食 648 円、夕食 648 円） 日単位での清算 ※食事以外にもトロミ剤を使用する場合は、別途日額 108 円 ※軽減税率の適用対象となるのは飲食料品の提供の対価の額（税抜）が一食当たり 670 円以下、かつ一日の累計が 2,010 円以下の飲食料品の提供となります。累計額の計算対象は食費（朝食、昼食、夕食）、大盛代、経管栄養代とします。
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利用料	原則的には「都度払い」となります。月にまとめて支払うことも可能です。詳しくは、重要事項説明書添付の別添 2 をご確認ください。
その他のサービス利用料	

(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	介護報酬告示上の額に対し、介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額
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）	なし
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

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	30人
	女性	18人
年齢別	65歳未満	7人
	65歳以上 75歳未満	9人
	75歳以上 85歳未満	20人
	85歳以上	12人
要介護度別	自立	人
	要支援1	人
	要支援2	人
	要介護1	6人
	要介護2	8人
	要介護3	15人
	要介護4	11人
	要介護5	8人
入居期間別	6ヶ月未満	7人
	6ヶ月以上 1年未満	14人
	1年以上 5年未満	27人
	5年以上 10年未満	人
	10年以上 15年未満	人
	15年以上	人

(入居者の属性)

平均年齢	75.0歳
入居者数の合計	48人
入居率*	96.0%
※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。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	1人
	社会福祉施設	7人
	医療機関	8人
	死亡者	16人
	その他	人
生前解約の状況	施設側の申し出	人

		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	16人
		(解約事由の例) 長期入院等

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		昭和の里 市原
電話番号		0436-40-7030
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		株式会社デジタルヘルス
電話番号		03-6402-3393
対応している時間	平日	9:30～18:30
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土曜、日曜、祝日、年末年始

窓口の名称		千葉県 高齢者福祉課
電話番号		043-221-3020
対応している時間	平日	8:30～17:15
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土曜、日曜、祝日、年末年始

窓口の名称		千葉県国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口
電話番号		043-254-7428
対応している時間	平日	8:30～17:30
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土曜、日曜、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 type="checkbox"/> 1 あり	(その内容)
	<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 type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 誠意を持って対応します
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input 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 type="checkbox"/> 1 あり	実施日	
		結果の開示	<input 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 type="checkbox"/> 1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	<input 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 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 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 type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	<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 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 <input type="checkbox"/> 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 1 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		
高齢者虐待防止のための取組の状況	高齢者虐待防止対策検討委員会の定期的な開催	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	指針の整備	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	定期的な研修の実施	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	担当者の配置	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
身体的拘束等廃止のための取組状況	身体的拘束等適正化検討委員会の開催	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	指針の整備	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	定期的な研修の実施	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為(身体的拘束等)を行うこと	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
業務継続計画の策定状況等	感染症に関する業務継続計画	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	災害に関する業務継続計画	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	従事者に対する周知の実施	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	定期的な研修の実施	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	定期的な訓練の実施	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	定期的な業務継続計画の見直し	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 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 (令和 3 年 4 月 28 日届出) <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 (年 月 日登録) <input type="checkbox"/> 2 なし		

千葉県有料老人ホーム設置運営指導指針「規模及び構造設備」に合致しない事項	1 あり 2 なし (年 月 日施行の設置運営指導指針を適用)
合致しない事項がある場合の内容	
「既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	1 適合している (代替措置) 2 適合している (将来の改善計画) 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)
 別添3 (介護サービス等の一覧表)
 別添4 (おむつ価格表)

※ _____ 様

説明年月日 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			併設・隣接の 状況	事業所の名称	所在地
<居宅サービス>					
訪問介護	あり	なし	併設・隣接	訪問介護事業所 昭和の里 富里 訪問介護事業所 昭和の里 八街	富里市七栄651-129 八街市大木 673-2
訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
通所介護	あり	なし	併設・隣接 併設・隣接	デイサービス 昭和の里おゆみ野 デイサービス 昭和の里 富里	千葉県緑区おゆみ野中央 九丁目9番1 富里市七栄651-129
通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接	昭和の里 市原	市原市山木1144-2
福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
<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	併設・隣接		
夜間対応型訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
居宅介護支援	あり	なし	併設・隣接		
<居宅介護予防サービス>					
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接	昭和の里 市原	市原市山木1144-2
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
<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	併設・隣接		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防支援	あり	なし	併設・隣接		
<介護保険施設>					
介護老人福祉施設	あり	なし	併設・隣接		
介護老人保健施設	あり	なし	併設・隣接		

介護療養型医療施設	あり	なし	併設・隣接		
介護医療院	あり	なし	併設・隣接		
<介護予防・日常生活支援総合事業>					
訪問型サービス	あり	なし	併設・隣接		
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接		
その他の生活支援サービス	あり	なし	併設・隣接		

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	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	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)							備考	
介護サービス									
食事介助	なし	あり	なし	あり					
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり					
おむつ代			なし	あり		○			おむつ価格表に定める
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり					
特浴介助	なし	あり	なし	あり					
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり					
機能訓練	なし	あり	なし	あり					サービス計画による
通院介助	なし	あり	なし	あり					詳細は別添3による
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり					
リネン交換	なし	あり	なし	あり					
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり					
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり					
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり		○			詳細は別添3による
おやつ			なし	あり	○				食費に含む
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○			利用内容による
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○			詳細は別添3による
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○			
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		○			
健康相談	なし	あり	なし	あり	○				
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○				詳細は別添3による
服薬支援	なし	あり	なし	あり	○				
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり	○				
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					詳細は別添3による
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり		○			
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり		○			

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割～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。

別添3 介護サービス等の一覧表 (1/2) (要支援1～2、要介護1～5)

- それぞれのご利用者の状況に応じて、当ホームにおいて計画作成担当者を中心に、ご利用者の意思を確認し、ご家族と相談の上サービス計画を作成し提供いたします。この一覧表は一般的な目安です。それぞれのご利用者の状況に応じて、変更される場合があります。
- 当施設では、特定施設入居者生活介護利用者 又は、介護予防特定施設入居者生活介護利用者（以下：特定施設等利用者）は、特定施設入居者生活介護 又は、介護予防特定施設入居者生活介護費（以下：特定施設等介護費）より、介護サービスが提供されます。
- 内容に変更がある場合には、事前に説明をさせていただきます。なお、変更後は、新たな「介護サービス等一覧表」に基づき、サービスを提供させていただきます。

要介護区分	要支援1～2、要介護1～5	
介護を行う場所	介護居室	
	特定施設介護費、 月額利用料に含むサービス	その都度徴収するサービス
<介護サービス>		
巡回 昼間 9:00～18:00 夜間 18:00～翌 9:00	2時間毎及び必要に応じ随時 2時間毎及び必要に応じ随時	
食事介助	必要時	
排泄 排泄介助 おむつ交換 おむつ代	必要に応じ随時 必要に応じ随時	実費 ※「おむつ価格表」参照
入浴 一般浴介助 特浴介助 清拭	週2回（希望で3回対応可） 週2回 未入浴時	週4回以上 1,100円（税込）/ 回 ※1 週3回以上 1,650円（税込）/ 回 ※1
身体介助 体位交換 居室からの移動 衣類の着脱 身だしなみ介助 日常生活行動障害対応	必要時 必要時 必要時 必要時 必要時	
機能訓練	「サービス計画」による	
通院の介助 協力医療機関 協力医療機関以外	必要時 必要時（60分以内無料）	60分以上 550円（税込）/30分
緊急時対応 ナースコール	24時間対応	
<生活サービス>		
家事 清掃 洗濯 リネン交換	週3回以上及び必要時 週2回以上及び必要時 週1回以上及び必要時	

介護サービス等の一覧表（2/2）（要支援1～2、要介護1～5）

要介護区分	要支援1～2、要介護1～5	
介護を行う場所	介護居室	
	特定施設介護費、 月額利用料に含むサービス	その都度徴収するサービス
食事 一般食・介護食 嗜好に応じた特別な食事 治療食 流動食		1,944円（税込）/日 （朝食648円、昼食648円、 夕食648円）日単位での精算 ※ご飯については大盛にすることも 可能です。その場合は別途54円（税 込） ※食事以外にもトロミ剤を使用する 場合は、別途108円（税込）/日 1,080円（税込）～/食 加算 ※2 1,944円（税込）/日 1,944円（税込）/日
居室配膳・下膳	必要時	
理美容		実費
代行 買い物 役所手続き 薬取りサービス	週2回 月2回（市内） 必要時（60分以内無料）	指定日以外 550円（税込）/30分 指定日以外、市外 550円（税込） /30分 60分以上 550円（税込）/30分
金銭・預貯金管理		原則として実施しない。※3
<健康管理サービス>		
健康診断	年2回	協力医療機関以外は実費
健康相談	必要に応じて随時	
生活指導	必要に応じて随時	
<入院時のサービス>		
医療費		実費
移送サービス（ドライバー） 協力医療機関 協力医療機関以外	必要時 必要時（60分以内無料）	60分以上 550円（税込）/30分
入退院時の同行 協力医療機関 協力医療機関以外	必要時 必要時（60分以内無料）	60分以上 550円（税込）/30分
入院中のお見舞い訪問	必要に応じ実施	
入院中の洗濯物交換・買い物 協力医療機関 協力医療機関以外	必要時 必要時（60分以内無料）	60分以上 550円（税込）/30分
<その他のサービス>		
レクリエーション	週5回	※4 材料費実費負担の場合あり
イベント	月1回	※4 材料費実費負担の場合あり
身元引受人への連絡	必要時	

※1：介護上必要な場合以外の4回以上の一般浴介助、3回以上の特浴介助は、特定施設入居者生活介護費に含まれません。※2：食事時間を変更していただく必要があります。※3：ご利用者及びご家族からの要望で、やむを得ず実施する場合は、「入居者預かり金等取扱規程」に準じて実施します。※4：材料費や外出先の入館料等を実費負担していただく場合があります。ご希望により、サービスを選択できます。

介護サービス等の一覧表（1/2）（自立）

- それぞれのご利用者の状況に応じて、当ホームにおいて計画作成担当者を中心に、ご利用者の意思を確認し、ご家族と相談の上サービス計画を作成し提供いたします。この一覧表は一般的な目安です。それぞれのご利用者の状況に応じて、変更される場合があります。
- 当施設では、特定施設入居者生活介護利用者 又は、介護予防特定施設入居者生活介護利用者（以下：特定施設等利用者）は、特定施設入居者生活介護 又は、介護予防特定施設入居者生活介護費（以下：特定施設等介護費）より、介護サービスが提供されます。
- 内容に変更がある場合には、事前に説明をさせていただきます。なお、変更後は、新たな「介護サービス等一覧表」に基づき、サービスを提供させていただきます。

要介護区分	自立	
介護を行う場所	介護居室	
	月額利用料に含むサービス	その都度徴収するサービス
<介護サービス>		
巡回		
昼間 9:00～18:00	—	
夜間 18:00～翌 9:00	20:00、00:00、03:00	
食事介助	食堂での見守り	介助 1回 1,100円（税込）
排泄		
排泄介助	—	1日 3,300円（税込）
おむつ交換	—	1日 5,500円（税込）
おむつ代		実費 ※「おむつ価格表」参照
入浴		
一般浴介助	—	1回 1,100円（税込）
特浴介助	—	1回 1,650円（税込）
清拭	—	1回 1,100円（税込）
身体介助		
体位交換	—	
居室からの移動	—	
衣類の着脱	—	
身だしなみ介助	—	
日常生活行動障害対応	—	
機能訓練	—	
通院の介助		
協力医療機関	—	550円（税込）/30分
協力医療機関以外	—	550円（税込）/30分
緊急時対応		
ナースコール	24時間対応	
<生活サービス>		
家事		
清掃	週1回以上及び必要時	
洗濯	—	
リネン交換	週1回以上及び必要時	

介護サービス等の一覧表 (2/2) (自立)

要介護区分	自立	
介護を行う場所	介護居室	
	月額利用料に含むサービス	その都度徴収するサービス
食事 一般食・介護食 嗜好に応じた特別な食事 治療食 流動食		1,944円(税込)/日 (朝食648円、昼食648円、夕食648円)日単位での精算 ※ご飯については大盛にすることも可能です。その場合は別途54円(税込) ※食事以外にもトロミ剤を使用する場合は、別途108円(税込)/日 1,080円(税込)~/食 加算※2 1,944円(税込)/日 1,944円(税込)/日
居室配膳・下膳	必要時	
理美容		実費
代行 買い物 役所手続き 薬取りサービス	— — —	550円(税込)/30分 550円(税込)/30分 550円(税込)/30分
金銭・預貯金管理		原則として実施しない。※2
<健康管理サービス>		
健康診断		実費
健康相談	必要に応じて随時	
生活指導	必要に応じて随時	
<入院時のサービス>		
医療費		実費
移送サービス(ドライバー) 協力医療機関 協力医療機関以外	必要時 必要時	550円(税込)/30分
入退院時の同行 協力医療機関 協力医療機関以外	必要時 必要時	550円(税込)/30分
入院中のお見舞い訪問	必要に応じ実施	
入院中の洗濯物交換・買い物 協力医療機関 協力医療機関以外	必要時 必要時	550円(税込)/30分
<その他のサービス>		
レクリエーション	週5回	※3 材料費実費負担の場合あり
イベント	月1回	※3 材料費実費負担の場合あり
身元引受人への連絡	必要時	

※1：食事時間を変更していただく必要があります。

※2：ご利用者及びご家族からの要望で、やむを得ず実施する場合は、「入居者預かり金等取扱規程」に準じて実施します。

※3：材料費や外出先の入館料等を実費負担していただく場合があります。ご希望により、サービスを選択できます。

おむつ価格表（施設内での使用に限ります）

	商品名	入数	枚数単価	1パック価格
1	応援介護テープ止め あて楽S-M	32枚	110円	3,520円
2	応援介護テープ止め あて楽M	30枚	128円	3,840円
3	応援介護テープ止め あて楽L	26枚	150円	3,900円
4	PUサルバ やわ楽パンツ S	26枚	113円	2,938円
5	PUサルバ やわ楽パンツ M	24枚	118円	2,832円
6	PUサルバ やわ楽パンツ L	22枚	133円	2,926円
7	PUサルバ やわ楽パンツ LL	20枚	138円	2,760円
8	サルバ尿とりパッド スーパー 女性用	60枚	44円	2,640円
9	サルバパンツ用 やわ楽パッド 2回吸収	46枚	47円	2,162円
10	PUサルバ うす型安心スーパーワイドパッド	30枚	74円	2,220円
11	PUサルバ フレーヌケア ナイトロング	30枚	85円	2,550円
12	PUサルバ フレーヌケア スーパーロング	27枚	92円	2,484円
13	PUサルバ 吸収シート	50枚	70円	3,500円
14	サルバ尿吸収シート 男女兼用	30枚	82円	2,460円

※1袋単位の販売になります。

※価格には、廃棄費用が含まれております。

※おむつ等を持ち込まれる場合は、廃棄費用を別途徴収いたします。

事務員まで申し出てください。

<参考廃棄費用>

テープ止めオムツ、リハビリパンツ 1枚あたり27円、パッド類 1枚あたり23円

※経済状況の著しい変化、その他やむを得ない事由がある場合、

相当な額に変更することがあります。