

重要事項説明書

| | |
|-------|----------|
| 記入年月日 | 令和7年6月1日 |
| 記入者名 | 永野 杏美 |
| 所属・職名 | 事務長 |

※ 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」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／ <input checked="" type="checkbox"/> 法人 | |
| | ※法人の場合、その種類 | 株式会社 |
| 名称 | (ふりがな) ふうか 株式会社 風香 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒290-0002 千葉県市原市大厩 929-2 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 0436-76-8812 |
| | FAX番号 | 0436-76-8813 |
| | ホームページアドレス | http:// |
| 代表者 | 氏名 | 久保寺 義成 |
| | 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | 平成 26 年 2 月 17 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) のんびり 音美里 | |
| 所在地 | 〒290-0002 千葉県市原市大厩 929-3 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | JR 内房線 八幡宿 駅 |
| | 交通手段と所要時間 | 八幡宿駅より労災病院行きバス乗車(12分) 辰巳団地で下車、徒歩 25分ほど |
| 連絡先 | 電話番号 | 0436-76-8812 |
| | FAX番号 | 0436-76-8813 |
| | メール | fu-kal15@rice.ocn.ne.jp |
| | ホームページアドレス | http:// |
| 管理者 | 氏名 | 久保寺 義成 |
| | 職名 | 代表取締役 |
| 建物の竣工日 | | 令和 3 年 12 月 20 日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 令和 4 年 1 月 18 日 |

(類型)【表示事項】

| | | |
|-------------------------------------------|-------------|-------|
| 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) | | |
| 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 checked="" type="checkbox"/> 3 住宅型 | | |
| 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 | 336.36 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（普通賃借・定期賃借） | | | | |
| | | 抵当権の有無 | 1 あり | 2 なし | | |
| | 契約期間 | 1 あり (年 月 日～年 月 日) 2 なし | | | | |
| | 契約の自動更新 | 1 あり | 2 なし | | | |
| 建物 | 延床面積 | 全体 | 94.81 m ² | | | |
| | | うち、老人ホーム部分 | 94.81 m ² | | | |
| | 耐火構造 | 1 耐火建築物 | | | | |
| | | 2 準耐火建築物 | | | | |
| | | 3 その他 () | | | | |
| | | | | | | |
| | 構造 | 1 鉄筋コンクリート造 | | | | |
| | | 2 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（普通賃借・定期賃借） | | | | | |
| | 抵当権の設定 | 1 あり | 2 なし | | | |
| | 契約期間 | 1 あり (年 月 日～年 月 日) 2 なし | | | | |
| | 契約の自動更新 | 1 あり | 2 なし | | | |
| 居室の状況 | 居室区分 【表示事項】 | 1 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 | 有/無 | 有/無 | 21.19 m ² | 1 | 一般居室個室 |
| | タイプ2 | 有/無 | 有/無 | 13.48 m ² | 4 | 一般居室個室 |
| | タイプ3 | 有/無 | 有/無 | m ² | | |
| | タイプ4 | 有/無 | 有/無 | m ² | | |
| | タイプ5 | 有/無 | 有/無 | m ² | | |
| タイプ6 | 有/無 | 有/無 | m ² | | | |

| | | | | | | |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------|-----------------|----------------|---------|--|
| | タイプ7 | 有/無 | 有/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 | 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 | | ヶ所 | |
| | 共用浴室 | ヶ所 | 個室 | | ヶ所 | |
| | | | 大浴場 | | ヶ所 | |
| | 共用浴室における 介護浴槽 | ヶ所 | チェアー浴 | | ヶ所 | |
| | | | リフト浴 | | ヶ所 | |
| | | | ストレッチャー浴 | | ヶ所 | |
| | | | その他 () | | ヶ所 | |
| 食堂 | 1 あり | 2 なし | | | | |
| 入居者や家族が利 用できる調理設備 | 1 あり | 2 なし | | | | |
| エレベーター | 1 あり (車椅子対応) 2 あり (ストレッチャー対応) 3 あり (上記1・2に該当しない) 4 なし | | | | | |
| 消防用設備 等 | 消火器 | 1 あり | 2 なし | | | |
| | 自動火災報知設備 | 1 あり | 2 なし | | | |
| | 火災通報設備 | 1 あり | 2 なし | | | |
| | スプリンクラー | 1 あり | 2 なし | | | |
| | 防火管理者 | 1 あり | 2 なし | | | |
| | 防災計画 | 1 あり | 2 なし | | | |
| 緊急通報装 置等 | 居室 | 便所 | 浴室 | | その他 () | |
| | 1 あり | 1 あり | 1 あり | | 1 あり | |
| | 2 一部あり | 2 一部あり | 2 一部あり | | 2 一部あり | |
| 3 なし | 3 なし | 3 なし | | 3 なし | | |
| その他 | 居室にはナースコール完備 | | | | | |

4. サービスの内容

(全体の方針)

| | |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------|
| 運営に関する方針 | 要介護者等の心身の特性をふまえ、その有する能力に応じた適切なサービスを提供し、在宅で自立した日常生活を営むことが出来るように援助を行う。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | 1 自ら実施 2 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 3 なし |
| 食事の提供 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 洗濯、掃除等の家事の供与 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 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 |

(医療連携の内容)

| | | | |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------------------------------|
| 医療支援 ※複数選択可 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> 3 通院介助 4 その他 () | | |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | 菊間クリニック |
| | | 住所 | 千葉県市原市菊間 1705-10 |
| | | 診療科目 | 内科、整形外科 |
| | | 協力科目 | 主に内科 |
| | | 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 | | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | 1 あり 2 なし |

| | | | | |
|-----------------------------|-----------|-----------------|-------------------------------|-----------|
| | | | 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 | おゆみ野総合歯科クリニック | | |
| | 住所 | 千葉県緑区おゆみ野 4-3-9 | | |
| | 協力内容 | 訪問歯科(不定期) | | |

(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 | ① 入居者が逝去した場合 ② 入居者から契約解除が行われた場合 ③ 事業者から契約解除が行われた場合 | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 入居者の行動が、他の入居者・職員の生命に危害を及ぼすかその恐れがあり、通常の介護方法・接遇方法では防止できない場合 |
| | 解約予告期間 | 1ヶ月 |

| | | |
|--------------|----------------------|-----|
| 入居者からの解約予告期間 | | 1ヶ月 |
| 体験入居の内容 | 1 あり (内容 :) 2 なし | |
| 入居定員 | | 5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 | | 1 |
| 生活相談員 | 1 | 1 | | 1 |
| 直接処遇職員 | | | | |
| 介護職員 | | | | |
| 看護職員 | | | | |
| 機能訓練指導員 | | | | |
| 計画作成担当者 | | | | |
| 栄養士 | | | | |
| 調理員 | | | | |
| 事務員 | | | | |
| その他の職員 | ※日中はデイサービスで過ごすのでデイの職員が対応 | | | |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2 | | | | |
| ※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 | 1 | 1 | |
| 介護福祉士 | | | |

| | | | |
|-----------|--|--|--|
| 実務者研修の修了者 | | | |
| 初任者研修の修了者 | | | |
| 介護支援専門員 | | | |

(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 | | | |
| 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 (17 時 00 分～ 7 時 00 分) | | |
|---------------------------------|------|-----------------|
| | 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 | 1 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 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) | : 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) | ホームの職員数 | 人 |
| | 訪問介護事業所の名称 | |

| | | |
|---------------------------|------------|--|
| サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能) | 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 | | | | |
| | | 資格等の名称 | 社会福祉主事 | | | |
| | | 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 | | | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | | | | | |
| 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年以上 | | | | | |
| | 3年未満 | | | | | |
| | 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 | | 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】 | 1 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式 |
| 利用料金の支払い方式 | 1 全額前払い方式 |

| | | |
|--------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| 【表示事項】 | 2 一部前払い・一部月払い方式 | |
| | 3 月払い方式 | |
| | 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択 | 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 |
| 年齢に応じた金額設定 | 1 あり 2 なし | |
| 要介護状態に応じた金額設定 | 1 あり 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 2 日割り計算で減額 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 | |
| | 手続き | |

(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 | 要介護1 | 要介護2 | |
| | 年齢 | 76歳 | 89歳 | |
| 居室の状況 | 床面積 | 21.19㎡ | 13.66㎡ | |
| | 便所 | 1 有 2 無 | 1 有 2 無 | |
| | 浴室 | 1 有 2 無 | 1 有 2 無 | |
| | 台所 | 1 有 2 無 | 1 有 2 無 | |
| 入居時点で 必要な費用 | 前払金 | 円 | 円 | |
| | 敷金 | 60,000円 | 40,000円 | |
| 月額費用の合計 | | 約142,000円 | 約115,000円 | |
| 家賃 | | 65,000円 | 43,000円 | |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用 | 円 | 円 | |
| | 介護保険外 ^{※2} | 食費 | 約40,000円 | 約40,000円 |
| | | 管理費 | 35,000円 | 30,000円 |
| | | 介護費用 | 円 | 円 |
| | | 光熱水費 | 円 | 円 |
| | その他(積立金) | 2,000円 | 2,000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 | 建築費、借入利息等を基礎として、1室当たりの家賃を算出 |
| 敷金 | 家賃の 約1ヶ月分 |
| 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 | 生活サービスの人件費、水道光熱費 |
| 食費 | 朝食：200円 昼食：600円 夕食：500円 食材費に基づく費用 |
| 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利用料 | 別添2 |
| その他のサービス利用料 | |

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 | 2人 |
| | 女性 | 3人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 人 |
| | 65歳以上75歳未満 | 2人 |
| | 75歳以上85歳未満 | 1人 |
| | 85歳以上 | 2人 |
| 要介護度別 | 自立 | 人 |
| | 要支援1 | 人 |
| | 要支援2 | 人 |
| | 要介護1 | 3人 |
| | 要介護2 | 1人 |
| | 要介護3 | 1人 |
| | 要介護4 | 人 |
| | 要介護5 | 人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 1人 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | 2人 |
| | 1年以上5年未満 | 2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 | 78 歳 |
| 入居者数の合計 | 5 人 |
| 入居率* | 100% |
| ※ 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 | 人 |
| | 社会福祉施設 | 1 人 |
| | 医療機関 | 人 |
| | 死亡者 | 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 | 1 人 |
| | | (解約事由の例) 他施設への転居 |

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 | 意見・要望・相談窓口 | |
| 電話番号 | 0436-76-8812 | |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00 ~ 16:30 |
| | 土曜 | 9:00 ~ 16:30 |
| | 日曜・祝日 | 9:00 ~ 16:30 (日曜日以外の祝日) |
| 定休日 | 日曜日 | |

(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) 身体・財物共通 |
| | 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 |
| | 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 | 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 2 なし |
| 2 なし | | | |
| 第三者による評価の実施状況 | 1 あり | 実施日 | |
| | | 評価機関名称 | |
| | | 結果の開示 | 1 あり 2 なし |
| 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 checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない |
| 管理規程 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない |
| 事業収支計画書 | 1 入居希望者に公開 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 2 入居希望者に交付 3 公開していない |
| 財務諸表の原本 | 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない |

10. その他

| | | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------|
| 運営懇談会 | 1 あり | (開催頻度) 年 回 | | |
| | 2 なし | | | |
| | 1 代替措置あり | (内容) 地域との定期的な交流が確保されていることや、入居者の家族との個別の連絡体制が確保されていることなど。 | | |
| | 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 | | 1 あり | 2 なし |
| | 指針の整備 | | 1 あり | 2 なし |
| | 定期的な研修の実施 | | 1 あり | 2 なし |
| | 担当者の配置 | | 1 あり | 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 | | 1 あり | 2 なし |
| | 指針の整備 | | 1 あり | 2 なし |
| | 定期的な研修の実施 | | 1 あり | 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 | 1 あり | 身体的拘束等を行う場合の態様及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録 | 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 | | 1 あり | 2 なし |
| | 災害に関する業務継続計画 | | 1 あり | 2 なし |
| | 従事者に対する周知の実施 | | 1 あり | 2 なし |
| | 定期的な研修の実施 | | 1 あり | 2 なし |
| | 定期的な訓練の実施 | | 1 あり | 2 なし |
| | 定期的な業務継続計画の見直し | | 1 あり | 2 なし |
| 提携ホームへの移行 【表示事項】 | 1 あり (提携ホーム名:) 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 | 1 あり (令和 6 年 10 月 1 日届出) 2 なし 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 | 1 あり（ 年 月 日登録） 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 | 居室面積不足(指針5(11)一)、汚物処理室なし(指針5(11)三)、スプリンクラー未設置(指針5(7)) |
| 「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 | 居室面積不足(指針5(11)一)、汚物処理室なし(指針5(11)三)、スプリンクラー未設置(指針5(7)) |

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 年 月 日

説明者署名 _____

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 | | |
| 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 | | |
| 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 | 優瑠里 | 市原市大厩929-2 |
| 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 | | |
| 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 | 優瑠里 | 市原市大厩929-2 |
| 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 | 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 | | | | |
| 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 | | ○ | 150 円/枚 | |
| 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 | | | | |
| 通院介助 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 1500 円/時 | 市内及び、千葉市緑区内の医療機関に適宜実施 |
| 生活サービス | | | | | | | | |
| 居室清掃 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 500 円/回 | 突発時、本人が希望した場合職員が行う |
| 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 | | ○ | 500 円/回 | 本人が希望した場合職員が行う |
| 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 | ○ | | | |
| おやつ | | | なし | あり | | | | |
| 理美容師による理美容サービス | | | なし | あり | | | | |
| 買い物代行 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 500 円/回 | 片道 10 分以内で行ける範囲 |
| 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 | | | | |
| 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 | ○ | | | 市内及び、千葉市緑区内の医療機関に適宜実施 |
| 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。