

## 重要事項説明書

記入年月日	2025年7月1日
記入者名	都留奈津子
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」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) ともさびす 株式会社トモサービス	
主たる事務所の所在地	〒289-1106 千葉県八街市榎戸 917-1	
連絡先	電話番号	043-440-1881
	FAX番号	043-440-1883
	ホームページアドレス	<a href="http://www.tetotetote.jp">http:// www.tetotetote.jp</a>
代表者	氏名	都留 実
	職名	代表取締役
設立年月日	平成18年8月1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) かいごつきゆうりょうろうじんほ一む「てとてとて」 介護付き有料老人ホーム「手と手と手」
----	---

所在地	〒289-1106 千葉県八街市榎戸 917-1	
主な利用交通手段	最寄駅	J R 総武本線榎戸駅
	交通手段と所要時間	駅から約 80m (徒歩約 2分)
連絡先	電話番号	043-440-1881
	FAX番号	043-440-1883
	メール	info@tetotetote.jp
	ホームページアドレス	http://www.tetotetote.jp
管理者	氏名	都留 奈津子
	職名	施設長
建物の竣工日		平成19年11月1日
有料老人ホーム事業の開始日		平成19年11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 介護予防特定施設入居者生活介護 千葉県指定第 1 2 7 3 5 0 0 5 2 8 号
	指定した自治体名	千葉県
	事業所の指定日	平成 19 年 11 月 1 日
	指定の更新日 (直近)	令和 元年 11 月 1 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	6,177.74 m <sup>2</sup>	
	所有関係	<input type="checkbox"/> 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 契約期間 契約の自動更新	1 あり 2 なし 1 あり ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) 2 なし 1 あり 2 なし
建物	延床面積	全体	3,864.13 m <sup>2</sup> (地上3階建) m <sup>2</sup>
		うち、老人ホーム部分	3,864.13 m <sup>2</sup>

	耐火構造	<input type="checkbox"/> 1 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他 ( )				
	構造	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する建物 <input type="checkbox"/> 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】	<input 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1	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	19.25 m <sup>2</sup>	88	
※「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	7ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		7ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房		5ヶ所	
	共用浴室	4ヶ所	個室		6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 type="checkbox"/> 1 あり 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 2 なし					
エレベーター	<input type="checkbox"/> 1 あり (車椅子対応) <input 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	消火器	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし				

等	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	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		
緊急通報装置等	居室	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	一部あり	3	なし
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	一部あり	3	なし
	浴室	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	一部あり	3	なし
	その他 ( )	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	一部あり	3	なし
その他	玄関ホール、下足箱、談話室、自販機コーナー、給湯コーナー、相談室 (1階)、健康管理室 (1室)、静養室 (1室)、図書コーナー (各階)、洗濯室 (各階)、汚物処理室 (各階)、スタッフステーション (各階)						

#### 4. サービスの内容

##### (全体の方針)

運営に関する方針	老人福祉法・介護保険法・居宅サービス法における特定施設入居者生活介護等の指針及び基準に基づき法令遵守し安定的かつ継続的事業運営に努める。
サービスの提供内容に関する特色	ブラザーや個々の生活スタイルを尊重しながら家族や医療サービス等と連携を努め、心身機能の維持または回復を図り、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう援助を行う。
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	<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

##### (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	(i) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(ii) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	生活機能向上連携加算	(i) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(ii) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
※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	ADL維持等加算	(i) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(ii) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし

<p>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>	個別機能訓練加算	(i) 1 あり 2 なし	(ii) 1 あり 2 なし										
	夜間看護体制加算	(i) 1 あり 2 なし	(ii) 1 あり 2 なし										
	若年性認知症入居者受入加算	1 あり 2 なし											
	協力医療機関連携加算(※1)	(i) 1 あり 2 なし	(ii) 1 あり 2 なし										
	口腔衛生管理体制加算(※2)	1 あり 2 なし											
	口腔・栄養スクリーニング加算	1 あり 2 なし											
	退院・退所時連携加算	1 あり 2 なし											
	退去時情報提供加算	1 あり 2 なし											
	看取り介護加算	(i) 1 あり 2 なし	(ii) 1 あり 2 なし										
	認知症専門ケア加算	(i) 1 あり 2 なし	(ii) 1 あり 2 なし										
	高齢者施設等感染対策向上加算	(i) 1 あり 2 なし	(ii) 1 あり 2 なし										
	新興感染症等施設療養費	1 あり 2 なし											
	生産性向上推進体制加算	(i) 1 あり 2 なし	(ii) 1 あり 2 なし										
	サービス提供体制強化加算	(i) 1 あり 2 なし	(ii) 1 あり 2 なし	(iii) 1 あり 2 なし									
介護職員等処遇改善加算	(i) 1 あり 2 なし	(ii) 1 あり 2 なし	(iii) 1 あり 2 なし	(iv) 1 あり 2 なし	(v)(1) 1 あり 2 なし	(v)(2) 1 あり 2 なし	(v)(3) 1 あり 2 なし	(v)(4) 1 あり 2 なし	(v)(5) 1 あり 2 なし	(v)(6) 1 あり 2 なし	(v)(7) 1 あり 2 なし	(v)(8) 1 あり 2 なし	(v)(9) 1 あり 2 なし

		(v)(10) 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(v)(11) 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(v)(12) 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(v)(13) 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(v)(14) 1 あり <input 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 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 ( )		
協力医療機関	1	名称	日本医科大学附属千葉北総病院	
		住所	千葉県印旛郡印旛村鎌刈 1715 (施設から 18.5km)	
		診療科目	内科、外科、整形外科、眼科、他	
		協力科目	内科、外科、整形外科、眼科、他	
		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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2 なし
	2	名称	医療法人社団愛信会佐倉中央病院	
		住所	千葉県佐倉市栄町 20-4 (施設から 9km)	
		診療科目	内科、整形外科、消火器化、脳神経外科、他	
		協力科目	内科、整形外科、消火器化、脳神経外科、他	
		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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2 なし
	3	名称	医療法人博慈会プライマリーヘルスケアグループ ユーカリが丘PHCファミリークリニック	
		住所	千葉県佐倉市ユーカリが丘 6-4-7Rビル 3F (施設	

			から 13.1km)
		診療科目	内科、皮膚科、アレルギー科
		協力科目	内科、皮膚科、アレルギー科
		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
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	医療法人博慈会プライマリーヘルスケアグループユーカリが丘PHCファミリークリニック
		医療機関の住所	千葉県佐倉市ユーカリが丘 6-4-7Rビル 3F (施設から 13.1km)
		2	なし
協力歯科医療機関	1	名称	木俣歯科
		住所	千葉県八街市榎戸 923-2 (施設から 100m)
		協力内容	外来
	2	名称	医療法人社団陵栄会佐倉デンタルクリニック
		住所	千葉県佐倉市臼井 53-3 (施設から 13km)
		協力内容	週 1 回訪問歯科診療 (医療費その他の費用は入居者の自己負担)

(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	概ね 65 歳以上				
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	入居申込書に虚偽の事項を記載する等不正手段により入居した場合、月払利用料その他支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞する場合、施設に無断で第三者を同居させた場合、入居者が転貸、譲渡			

		の禁止規定に違反した場合、入居者の行動が、他の入居者又は従業員の生命に危害を及ぼし、またはその危害の切迫した恐れがあり、かつ施設における通常の介護方法および接遇方法ではこれを防止することができない場合、施設利用における禁止又は制限される規則に違反した場合、等。
	解約予告期間	3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：1泊2日3食付4,880円 最長4日間） 2 なし	
入居定員		88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	12	4	9	8
看護職員	2	1	1	1.5
機能訓練指導員	1		1	0.5
計画作成担当者	1		1	0.6
栄養士	1	1		1(委託)
調理員	5	2	3	4.5(委託)
事務員				
その他職員	4		4	1.9
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 <sup>※2</sup>				40

※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	2	0	2
実務者研修の修了者	3		4
初任者研修の修了者	6	3	3
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		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 ( 時 分～ 時 分)	平均人数		最少時人数 (休憩者等を除く)	
	看護職員	介護職員	看護職員	介護職員
	人	2人	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	契約上の職員配置比率 <sup>※</sup> 【表示事項】	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上
-------------------------------	-----------------------------------	--

(一般型特定施設以外の場 合、本欄は省略可能)		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		

(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			3	4						2
前年度1年間の 退職者数			7	0					2	1
応じた 業務に従事した 職員の人数 の経験年数に	1年未満			1						
	1年以上		2							
	3年未満									
	3年以上			1	2					
	5年未満									
	5年以上				1					1
	10年未満									
10年以上	1	1	1	5	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】	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 【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

	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 <input type="checkbox"/> 2 なし <input checked="" type="checkbox"/>	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input checked="" type="checkbox"/>	
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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 不在期間が 30 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	施設が所在する自治体の消費物価指数や職員の人件費や委託費等を勘案し改定することがある。
	手続き	運営懇談会の意見を聞く。

(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	自立	要介護2	
	年齢	88歳	88歳	
居室の状況	床面積	19.25㎡	19.25㎡	
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	浴室	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
	台所	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
入居時点で必要な費用	前払金	3,350,000円	3,350,000円	
	敷金	円	円	
月額費用の合計		179,000円	197,270円	
家賃		52,600円	52,600円	
サービス費用	介護保険外 <sup>※2</sup>	特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用	円	18,270円
		食費	41,400円	41,400円
		管理費	85,000円	85,000円
		介護費用	円	円
		光熱水費	管理費に含む	管理費に含む
		その他	都度払いサービス有	都度払いサービス有
※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。				
※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）				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	借地代、建設費、借入利息等を基礎とし、平均余命等を勘案した想定居住

	期間等に係る家賃相当額を算出。
敷金	家賃の 〇ヶ月分
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	共用施設等の維持管理費、水道光熱費、備品・消耗品費、事務管理部門の経費及び人件費、生活サービスの経費及び人件費、要支援者及び要介護者以外の入居者に対する日常支援サービスの為の経費及び人件費。
食費	厨房維持管理費及び人件費、食材や設備備品等の経費。 食費月額 41,400 円 (1日3食30日で算定・消費税含) ※朝食 380 円 昼食 500 円 夕食 500 円
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	

(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 <sup>※</sup> に対する自己負担	基本報酬、P4 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 <sup>※</sup> 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)	
※ 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	入居者が居住する居室及び入居者が利用する共用施設等の費用として終身にわたって受領する家賃相当費用の一部、及び修繕費・管理費等を基礎として近隣家賃を参照し、想定居住期間・入居者の相互扶助を勘案して算出。 入居一時金は、老人福祉法第29条第6項において受領が禁止されている権利金又は対価性のない金品の受領に該当しない。
想定居住期間 (償却年月数)	36ヶ月
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)	1,050,000 円
初期償却率	30%

返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	<p>受領済の一時金を全額返還する。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。</p> <p>・算定方法  入居一時金×70%÷(償却月数36×30日)×(入居日から契約終了日までの実日数)</p> <p>・「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」は全額返金する。  ※月払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。</p>
	入居後3月を超えた契約終了	<p>受領済の一時金を全額返還する。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。</p> <p>・算定方法  入居一時金×70%÷(償却月数36×30日)×(入居日から契約終了日までの実日数)</p> <p>・「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」は全額返金する。  ※月払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。</p>
前払金の保全先	1 連帯保証を行う銀行等の名称	
	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	6人
	女性	13人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	1人
	75歳以上85歳未満	7人
	85歳以上	11人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	0人

	要支援 2	0 人
	要介護 1	1 人
	要介護 2	4 人
	要介護 3	3 人
	要介護 4	4 人
	要介護 5	7 人
入居期間別	6 ヶ月未満	2 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	1 人
	1 年以上 5 年未満	8 人
	5 年以上 10 年未満	5 人
	10 年以上 15 年未満	3 人
	15 年以上	0 人

#### (入居者の属性)

平均年齢	88.3 歳
入居者数の合計	19 人
入居率 <sup>※</sup>	21.6%
※ 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	人
	医療機関	人
	死亡者	4 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	人
		(解約事由の例)

#### 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		介護付き有料老人ホーム「手と手と手」 施設長 都留奈津子
電話番号		043-440-1881
対応している時間	平日	9:00～17:00
	土曜	9:00～17:00
	日曜・祝日	9:00～17:00
定休日		なし
窓口の名称		公益社団法人全国有料老人ホーム協会
電話番号		03-3548-1077
対応している時間	平日	月・水・金 10:00～17:00
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		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	1 あり	(その内容) あいおいニッセイ同和損害保険株式会社の「介護保険・社会福祉事業者総合保険」に加入しており、サービス提供上の事故により入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合、不可抗力による場合を除き賠償される。(保険約款による) ・事業者が使用・管理する施設に起因する事故。 ・事業者の活動の遂行の結果に起因する対人・対物事故。
	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	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	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	1 あり	実施日	毎月末日
		結果の開示	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	平成 25 年 3 月 4 日
		評価機関名称	NPO法人福祉経営ネットワーク
		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	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	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 3 公開していない
財務諸表の要旨	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 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 1 回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
	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



添付書類：別添1（別に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\_\_\_\_\_

※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
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>					
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	手と手と手	八街市榎戸917-1
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		
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>					
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		
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>					
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	手と手と手	八街市榎戸917-1
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		
<b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b>					
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		
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>					
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		
<b>&lt;介護予防・日常生活支援総合事業&gt;</b>					
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)			備考
	包含**	都度**	料金**	
介護サービス				
食事介助	あり	なし	あり	
排泄介助・おむつ交換	あり	なし	あり	
おむつ代		なし		
入浴（一般浴）介助・清拭	あり	なし	あり	実費負担 週4回以上入浴
特浴介助	あり	なし	あり	週4回以上入浴
身辺介助（移動・着替え等）	あり	なし	あり	
機能訓練	あり	なし	あり	
通院介助	あり	なし	あり	協力医療機関以外交通費実費負担
生活サービス				
居室清掃	あり	なし	あり	
リネン交換	あり	なし	あり	
日常の洗濯	あり	なし	あり	
居室配膳・下膳	あり	なし	あり	
入居者の嗜好に応じた特別な食事		なし		
おやつ		なし		
理美容師による理美容サービス		なし		
買い物代行	あり	なし	あり	実費負担 100円/回
役所手続き代行	あり	なし	あり	実費負担 外部からの訪問理美容実費負担
金銭・貯金管理	あり	なし	あり	500円/回 指定回数以上実費負担
健康管理サービス				
定期健康診断		なし		
健康相談		なし		
生活指導・栄養指導	あり	なし	あり	年2回実費負担
服薬支援	あり	なし	あり	
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	あり	なし	あり	
入退院時・入院中のサービス				
移送サービス	あり	なし	あり	
入退院時の同行	あり	なし	あり	
入院中の洗濯物交換・買い物	あり	なし	あり	500円/回 協力医療機関以外交通費実費負担
入院中の見舞い訪問	あり	なし	あり	

※1：利用者の所帯費に於いて負担割合が変わる（1割又は2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、月額サービスの費用に包含される場合と、サービスの都度払いによる場合に於いて、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。