

重要事項説明書

記入年月日	令和7年7月1日
記入者名	浜野 早苗
所属・職名	みつばレジデンス・ 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	営利法人
名称	(ふりがな) ちょうしめでいくす (かぶ) 銚子メディクス株式会社	
主たる事務所の所在地	〒288-0044 千葉県銚子市西芝町 11 番地 5	
連絡先	電話番号	0479-23-3337
	FAX番号	0479-23-3370
	ホームページアドレス	http://www.medycs.jp/
代表者	氏名	佐藤 雅宏
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和54年 5月 18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) ちいきみっちゃくがたとくていしせつみつばれじでんす 地域密着型特定施設みつばレジデンス (介護付きホーム)	
所在地	〒288-0874 千葉県銚子市豊里台 1-1044-20	
主な利用交通手段	最寄駅	JR 成田線下総豊里駅
	交通手段と所要時間	JR 成田線「下総豊里」駅から 1450m (徒歩約 20 分) 千葉交通バス「緑ヶ丘公園」バス停から 160m (徒歩約 2 分)
連絡先	電話番号	0479-26-3400
	FAX番号	0479-30-2110
	メール	328@kke.biglobe.ne.jp
	ホームページアドレス	http://www.medycs.jp/
管理者	氏名	浜野 早苗
	職名	施設長
建物の竣工日		平成21年 3月 31日
有料老人ホーム事業の開始日		平成21年 5月 1日

(類型)【表示事項】

<ol style="list-style-type: none"> 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) 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	1290700077
	指定した自治体名	銚子市
	事業所の指定日	平成 21 年 5 月 1 日
	指定の更新日 (直近)	令和 3 年 5 月 1 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	5,274.77 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし		
所有関係	契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> あり (平成21年4月1日～令和21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	1,478.30 m ²			
		うち、老人ホーム部分	1,148.30 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	<input checked="" type="checkbox"/> 事業者が自ら所有する建物				
2 事業者が賃借する建物 (<input type="checkbox"/> 普通賃借 ・ <input type="checkbox"/> 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						
所有関係	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 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	18.00 m ²	23	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	2	介護居室個室
	タイプ3	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	30.00 m ²	1	介護居室個室
	タイプ4	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	33.48 m ²	1	介護居室個室
	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	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	4ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	1ヶ所					
			うち車椅子等の対応が可能な便房	1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	2ヶ所	チェアー浴	ヶ所					
			リフト浴	1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	<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 type="checkbox"/> 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							
消防用設備等	消火器	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし				
	自動火災報知設備	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし				
	火災通報設備	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし				
	スプリンクラー	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし				
	防火管理者	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし				
	防災計画	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし				
緊急通報装置等	居室	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 1	あり		
	<input type="checkbox"/> 2		一部あり		<input type="checkbox"/> 2		一部あり	<input type="checkbox"/> 2	一部あり
	<input type="checkbox"/> 3		なし		<input type="checkbox"/> 3		なし	<input type="checkbox"/> 3	なし
その他	多目的室、機能訓練室 (食堂兼用)、相談室、洗濯室、駐車場								

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	<p>介護保険法の趣旨に沿って、要介護者の意思及び人格を尊重し、地域密着型特定施設サービス計画に基づき、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、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わたる援助を行います。</p> <p>事業の実施に当たっては、関係市町村地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。</p>
サービスの提供内容に関する特色	<p>私たちは、サービス業として正しい情報を伝達し、自分が受けたい保健・医療・福祉サービスの提供・改善に努めます。そして、入居者様に明るい豊かな老後を、いつまでも楽しんでもらいたいと考えます。</p>
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	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	1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	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>	入居継続支援加算	(i) 1 あり 2 なし (ii) 1 あり 2 なし
	生活機能向上連携加算	(i) 1 あり 2 なし (ii) 1 あり 2 なし
	ADL維持等加算	(i) 1 あり 2 なし (ii) 1 あり 2 なし
	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

※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。		(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 2 なし		
(v)(11) 1 あり 2 なし		
(v)(12) 1 あり 2 なし		
(v)(13) 1 あり 2 なし		
(v)(14) 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	1 あり	(介護・看護職員の配置率) : 1
	2 なし	

(医療連携の内容)

医療支援		<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 4 その他 ()	
※複数選択可			
協力医療機関	1	名称	児玉メディカルクリニック
		住所	千葉県銚子市豊里台 1-1044-21
		診療科目	内科、循環器内科
		協力科目	内科、循環器内科
		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 type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	2	名称	医療法人社団 圭寿会 児玉病院
		住所	千葉県銚子市東芝町 6-15
		診療科目	内科、消化器内科、循環器内科、神経内科
		協力科目	内科、消化器内科、循環器内科、神経内科
		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 type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり		
	医療機関の名称	児玉メディカルクリニック	
	医療機関の住所	千葉県銚子市豊里台 1-1044-21	
		<input type="checkbox"/> 2 なし	
協力歯科医療機関	名称	鈴木歯科医院	
	住所	千葉県銚子市春日町 338	
	協力内容	歯科治療、歯科検診	

(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 3 その他 ()	
判断基準の内容	1 1人部屋、2人部屋の配置の関係上、介護居室を移動することが妥当と認めた場合。	
手続きの内容	① 施設が指定する医師の意見を聞く。 ② 本人、身元引受人の同意を得る。	
追加的費用の有無	1 あり 2 なし	
居室利用権の取扱い	移動先の介護居室へ利用権が移行する。	
前払金償却の調整の有無	1 あり 2 なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	1 あり 2 なし
	便所の変更	1 あり 2 なし
	浴室の変更	1 あり 2 なし
	洗面所の変更	1 あり 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	要介護者の親族であって、かつ要介護者と2名用居室にて同居する場合に限り、要介護の条件はない。	
契約の解除の内容	① 入居者が逝去した場合 (2名の場合はどちらとも逝去した場合) 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 ④ 入居申込書に虚偽の事項を記載するなどの不正手段により入居したとき	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居者が反社会的行動をとったとき、又は通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止できないとき等
	解約予告期間	30日
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) 空き部屋がある場合：1日10,000円税別 (最長7日間) 2 なし	
入居定員	29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） 39			常勤換算人数 ※1※2
	合計	常勤	非常勤	
	42			
管理者	1	1	0	0.5
生活相談員	1	1	0	1
直接処遇職員	19	15	4	16.8
介護職員	16	12	4	14
看護職員	3	3	0	2.8
機能訓練指導員	2	2	0	2
計画作成担当者	3	3	0	1.1
栄養士	2	1	1	1.7
調理員	5	1	4	3.4
事務員	1	1	0	1
その他職員	8	0	8	5.9
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				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		
	合計	常勤	非常勤
	16		
社会福祉士	0	0	0
介護福祉士	13	10	3
実務者研修の修了者	0	0	0
初任者研修の修了者	1	1	0
介護支援専門員	2	2	0

（資格を有している機能訓練指導員の人数）

	合計		
	合計	常勤	非常勤
	2		
看護師又は准看護師	0	0	0
理学療法士	1	1	0
作業療法士	1	1	0
言語聴覚士	0	0	0
柔道整復士	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0
はり師	0	0	0
きゅう師	0	0	0

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (16時00分～9時00分)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0人	0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 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)	1.7 : 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							
	資格等の名称		社会福祉士・介護支援専門員							
	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	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満	0	0	2	0	0	0	0	0	0
	1年以上	0	0	1	0	0	0	1	0	1
	3年未満									
	3年以上	1	0	1	2	0	0	1	0	0
	5年未満									
	5年以上	0	0	3	0	1	0	0	0	1
10年未満										
10年以上	2	0	5	2	0	0	0	0	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		
	<input type="checkbox"/> 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	<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	<input 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	施設が所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案	
	手続き	運営懇談会の意見を聞き、入居者及び身元引受人等へ事前に通知した上で改定	

(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4	要介護1	
	年齢	90歳	92歳	
居室の状況	床面積	18㎡	18㎡	
	便所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	浴室	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	台所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
入居時点で 必要な費用	前払金	480,000円	0円	
	敷金	0円	0円	
月額費用の合計		202,600円(税別)	216,480円(税別)	
家賃		72,500円	92,500円	
サービス費用 外※2	特定施設入居者生活介護※1の費用	22,500円	16,380円	
	介護保険	食費	57,600円(税別)	57,600円(税別)
		管理費	50,000円(税別)	50,000円(税別)
		介護費用	0円	0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
<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	地代、建設費、修繕費、借入利息、管理事務費等を基礎とし、近傍家賃を参照し、想定居住期間を勘案して算出
敷金	家賃の 0 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	地代、建設費、修繕費、借入利息、管理事務費等を基礎とし、近傍家賃を参照し、想定居住期間を勘案して算出
食費	人件費(栄養士、調理員)と食材料費から成る。人件費は平均入居率(90%)を勘案して入居者数で分ける。食材料費 1日 906 円(税別)
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※に対する自己負担	介護報酬告示上の額の利用者負担分
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）	
※ 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	<ul style="list-style-type: none"> ・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受領する家賃相当費用 ・地代、建設費、修繕費、借入利息、管理事務費等を基礎とし、近傍家賃を参照し、想定居住期間を勘案して算出
想定居住期間（償却年月数）	24 ヶ月

償却の開始日		入居日
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）		20,000 円
初期償却率		4%
返還金の算定方法	入居後 3 月以内の契約終了	受領済の入居一時金や月払いの利用料の全額を無利息で入居者に返還する。但し、入居者は居室明け渡しの日までの施設の利用の対価として 1 日当り実費相当額、日割計算によるその他の費用及び原状回復費用を事業者を支払う。
	入居後 3 月を超えた契約終了	以下の算定式に基づく額を返還する。 入居一時金×(24 ヶ月－経過月数)÷24 ヶ月 但し、入居者は居室明け渡しの日までの施設の利用の対価として 1 日当り実費相当額、日割計算によるその他の費用及び原状回復費用を事業者を支払う。
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：銚子商工信用組合）	

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	8 人
	女性	21 人
年齢別	65 歳未満	0 人
	65 歳以上 75 歳未満	0 人
	75 歳以上 85 歳未満	1 人
	85 歳以上	28 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	4 人
	要介護 2	6 人
	要介護 3	6 人
	要介護 4	8 人
	要介護 5	5 人

入居期間別	6ヶ月未満	7人
	6ヶ月以上1年未満	5人
	1年以上5年未満	14人
	5年以上10年未満	3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	91.8歳
入居者数の合計	29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	0人
	社会福祉施設	2人
	医療機関	6人
	死亡者	2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	8人
	(解約事由の例)	退院の見込みがない為

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	銚子メディクス株式会社 苦情相談窓口	
電話番号	0479-26-3400	
対応している時間	平日	8:30~17:30
	土曜	8:30~17:30
	日曜・祝日	8:30~17:30
定休日	なし	

窓口の名称	銚子市高齢者福祉課	
電話番号	0479-24-8755	
対応している時間	平日	8:30～17:15
	土曜	全日休
	日曜・祝日	全日休
定休日	土日、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	1 あり	(その内容) ㈱損害保険ジャパン「ウォームハート賠償責任保険」に加入、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。
	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) 事故発生時の対応手順に基づく
	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	
		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	
		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	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 <input type="checkbox"/> 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 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		
	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	<input type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	指針の整備	<input type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	定期的な研修の実施	<input type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	担当者の配置	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	指針の整備	<input type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	定期的な研修の実施	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり	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	2 なし
	災害に関する業務継続計画	<input type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	従事者に対する周知の実施	<input type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	定期的な研修の実施	<input type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	定期的な訓練の実施	<input type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	定期的な業務継続計画の見直し	<input type="checkbox"/> 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:) <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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり (平成 21 年 6 月 16 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 checked="" 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	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし (平成 18 年 6 月 20 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	<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 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

				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	フタバ薬局 本店	銚子市西芝町11番地5	
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	フタバ薬局 介護事業部	銚子市西芝町13-6	
特定福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接	フタバ薬局 介護事業部	銚子市西芝町13-6	
<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	みつばデイ サービスセ ンター	銚子市豊里台 1-1044-20	
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	みつばレジ デンス	銚子市豊里台 1-1044-20	
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	フタバ薬局 介護事業部	銚子市西芝町13-6	
	あり	なし	併設・隣接	みつばレジ デン居宅介 護支援事業 所	銚子市豊里台 1-1044-20	
<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	フタバ薬局 本店	銚子市西芝町11番地5	
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	フタバ薬局 介護事業部	銚子市西芝町13-6	
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接	フタバ薬局 介護事業部	銚子市西芝町13-6	
<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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・隣接	フタバ薬局 介護事業部	銚子市西芝町13-6
	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	<input checked="" type="checkbox"/> 併設・隣接	みつばレジ デンス住宅 介護支援事 業所	銚子市豊里台 1-1044-20
<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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	<input checked="" type="checkbox"/> 併設・隣接	みつばデイ サービスセ ンター	銚子市豊里台 1-1044-20
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					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				
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		○	実費	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり		○	1,569/回	週 2 回までは介護保険で実施
特浴介助	なし	あり	なし	あり		○	2,088/回	週 2 回までは介護保険で実施
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		○		協力医療機関以外は 1 時間 2,281 円 8 : 00 ~ 17 : 59
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○	1,863/回	週 1 回までは介護保険で実施
リネン交換	なし	あり	なし	あり		○	1,863/回	週 2 回までは介護保険で実施
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	1,863/回	週 3 回までは介護保険で実施
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		○	実費	
おやつ			なし	あり		○	実費	
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	4,000/回	外部からの訪問理容
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	1,863/回	
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				年 2 回
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		○		協力医療機関以外は 1 時間 2,281 円 8 : 00 ~ 17 : 59
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり				※付添いができる範囲を明確化すること
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、月額サービス費用に含まれる場合と、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。