

重要事項説明書

記入年月日	令和7年7月1日
記入者名	大内 力
所属・職名	取締役

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) かぶしきがいしゃにちも 株式会社ニチモ	
主たる事務所の所在地	〒297-0024 千葉県茂原市八千代2丁目5番地5	
連絡先	電話番号	0475-26-6233
	FAX番号	0475-24-5578
	ホームページアドレス	http://nichimo.org
代表者	氏名	細矢 宏将
	職名	代表取締役
設立年月日	平成20年8月29日	
主な実施事業	※別添1 (別を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) ときのむらみなみかんえーかん 時の村みなみ館A館	
所在地	〒283-0066 千葉県東金市南上宿26番地9	
主な利用交通手段	最寄駅	JR 外房線「東金」駅
	交通手段と所要時間	最寄り駅より約1km (徒歩15分)
連絡先	電話番号	0475-78-3725
	FAX番号	0475-78-3724

	メール	—
	ホームページアドレス	http://nichimo.org
管理者	氏名	アンラカット ワチラブット
	職名	みなみ館A館管理者
建物の竣工日		平成6年2月
有料老人ホーム事業の開始日		平成24年11月1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	1,250 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		
建物	延床面積	全体	357.72 m ²
		うち、老人ホーム部分	357.72 m ²
	耐火構造	1 耐火建築物	
		2 準耐火建築物	
		<input checked="" type="checkbox"/> 3 その他（ ）	
構造			
構造	1 鉄筋コンクリート造		
	2 鉄骨造		
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	19.87 m ²	18	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	m ²		
	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	2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	消火器	1 あり 2 なし				

等	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	1 あり	2 一部あり	3 なし
	便所	1 あり	2 一部あり	3 なし
	浴室	1 あり	2 一部あり	3 なし
	その他 ()	1 あり	2 一部あり	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	長年にわたり社会の進展に寄与してきた方々が、生き甲斐を持ちながら、健全で安らかな暮らしを送れる生活環境を提供する。
サービスの提供内容に関する特色	加齢に伴い生じる心身の変化を入居者様ご自身が自覚出来るように、サービス提供時その内容の趣旨を入居者様と共有し、入居者様自らがご自身の健康の維持に努められるように促す。
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

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 2 なし
		(ii) 1 あり 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確保し、緊急時に入院を受け入れ	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

<p>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>		(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
(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 <input type="checkbox"/> 4 その他（訪問診療医の確保）	
協力医療機関	1	名称	医療法人社団昌健会 みんなのライフサポートクリニック大網
		住所	千葉県大網白里市駒込 780 番地 1
		診療科目	外科、内科、泌尿器科、呼吸器外科、血液内科、皮膚科、形成外科
		協力科目	同上
		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	医療法人慈優会 九十九里病院
		住所	千葉県山武郡九十九里町片貝 2700
		診療科目	内科、神経内科、リハビリテーション科
		協力科目	同上
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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
新興感染症発生時に連携する	1 あり		

医療機関	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	茂原デンタルクリニック
	住所	千葉県茂原市法目 1280 番地 1
	協力内容	入居者の歯科診療、歯科治療（訪問歯科、定期的な歯科医師の来館）

（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（居室/館の移動）	
判断基準の内容	居室/館の移動により入居者のニーズがより満たされると判断された場合	
手続きの内容	入居者/身元引受人との協議	
追加的費用の有無	1 あり 2 なし	
居室利用権の取扱い	移動後の居室に移行	
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
	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	日常生活で介護の必要な方	
契約の解除の内容	事業者は、入居者に次の事由があり、かつ信頼関係を著しく害する場合には、本契約を解除することができる。	
	1 入居者に際し虚偽の説明を行う等の不正手段により入居し	

	<p>たとき</p> <ol style="list-style-type: none"> 2 利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば又は3ヶ月以上遅滞したとき 3 入居者の2ヶ月以上の不在により賃借権の行使を継続する意思がないと認められるとき 4 入居者が病院または診療所に入院し、明らかに2ヶ月以内に退院できる見込みがない場合、または入院後2ヶ月経過しても退院できないことが明らかになった場合 5 入居者が常時医療行為の必要な状態となり、施設における通常の介護方法及び医療連携では対応が困難となったとき 6 入居者の行動が、他の入居者又は事業者の役職員の生命・身体・健康・財産（設置者の財産を含む）に危害を及ぼし、ないしは、その危害の切迫したおそれがあり、かつ有料老人ホームにおける通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止することができないとき 7 入居契約書第10条又は11条の規定に違反したとき 8 事業者は、入居者又は身元引受人等による、事業者の役職員や他の入居者等に対するハラスメントにより、入居者との信頼関係が著しく害され事業の継続に重大な支障が及んだときに、本契約を解除することがある 9 前2項の規定に基づく契約解除の場合、事業者は書面にて次の手続きを行う <ol style="list-style-type: none"> ① 契約解除の通告について90日の予告期間をおく、但し解除の要因となっている行為等が通告後も継続する場合はこの限りではない ② 前号の通告に先立ち、入居者及び身元引受人等に弁明の機会を設ける ③ 解除通告に伴う予告期間中に、入居者の移転先の有無について確認し、移転先がない場合には入居者や身元引受人等、その他関係者や関係機関と協議し、移転先の確保について協力する 10 本内容の第5・6項によって契約を解除する場合、事業者は前項に加えて次の手続きを書面にて行う <ol style="list-style-type: none"> ① 医師の意見を聞く ② 一定の観察期間をおく 11 事業者は、入居者又は身元引受人等が次に該当する場合には、本契約を直ちに解除することができる <ol style="list-style-type: none"> ① 本契約締結後に反社会的勢力に該当したとき
--	--

事業主体から解約を求める場合	解約条項	契約書第 24 条
	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	<input type="checkbox"/> 1 あり (内容:) <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
入居定員		18 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		
生活相談員				
直接処遇職員	5	3	2	
介護職員	5	3	2	
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員	1		1	
事務員	1	1		
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				
※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	3	2	1

実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	2	1	1
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 (15時 00分～ 24時 00分)・(24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	人	人
介護職員	2人	2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*	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					
		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	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							
応じた業務に従事した経験年数に あつた職員の人数	1年未満						
	1年以上		1	1			
	3年未満						
	3年以上		1	1			
	5年未満						
	5年以上		1				
	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 【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 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	当施設が所在する都道府県に関わる消費者物価指数及び人件費、物の変動等を勘案し管理費、食費、家賃相当額及び別紙「生活サービス等の一覧」に基づく治療協力、その他生活サービス等に関する費用の額を改定することがある。
	手続き	入居者及び身元引受人との協議

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1 (年金)	プラン2 (生活保護)	
入居者の状況	要介護度	要支援1～要介護5	要支援1～要介護5	
	年齢	年齢不問	年齢不問	
居室の状況	床面積	19.87 m ²	19.87 m ²	
	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	114,000円	円	
月額費用の合計		102,280円	円	
家賃		38,000円	円	
特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用		—円	円	
サービス費用	介護保険外 ^{※2}	食費	1,766×日数 (52,980円/30日)	1,766×日数 (52,980円/30日)
		負担金	11,300円	5,900円
		介護費用	実費	実費
		光熱水費	実費	実費
		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	有料老人ホーム居室賃貸料
敷金	家賃の3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。
負担金	施設共有部の維持管理費・事務管理費・生活サービスの人件費・共用部分の光熱費
食費	1日3食 1,766円×日数

光熱水費	使用量実費
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	都度払いサービス有

(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	
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	
想定居住期間(償却年月数)	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)	円
初期償却率	%
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了
	入居後3月を超えた契約終了
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	13人
	女性	5人
年齢別	65歳未満	3人
	65歳以上75歳未満	4人
	75歳以上85歳未満	7人

	85歳以上	4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	2人
	要介護2	4人
	要介護3	6人
	要介護4	2人
	要介護5	3人
入居期間別	6ヶ月未満	2人
	6ヶ月以上1年未満	3人
	1年以上5年未満	6人
	5年以上10年未満	5人
	10年以上15年未満	1人
	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	77.0歳
入居者数の合計	18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	0人
	医療機関	0人
	死亡者	5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	0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		株式会社ニチモ
電話番号		0475-26-6233
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土日・祝日・年末年始

窓口の名称		東金市役所 高齢者支援課
電話番号		0475-50-1219
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土日・祝日・年末年始

窓口の名称		千葉県庁 健康福祉部 高齢者福祉課
電話番号		043-223-2350
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	
	日曜・祝日	
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) 1 あいおいニッセイ同和損保(株) 介護保険・社会福祉事業者総合保険 2 あいおいニッセイ同和損害保険(株) 建物火災保険
	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) 施設で賠償すべき事故が発生した場合、本社において速やかにその対策を検討し、賠償すべき事故と判断した時は、所要の処置を講じるものとする。
	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 2 なし	実施日	常設	
		結果の開示	1 あり	2 なし
第三者による評価の実施状況	1 あり 2 なし	実施日		
		評価機関名称		
		結果の開示	1 あり	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 回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容) 意見箱設置による意見・要望の聴取
	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	2	なし
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					
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（平成 24 年 11 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	スプリンクラー設置				
「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（別を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
<居宅サービス>					
訪問介護	あり	なし	併設・隣接	株式会社ニチモ	千葉県茂原市八千代2丁目5番地5
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	ビーチハウス	千葉県茂原市八千代2丁目5番地5
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	株式会社ニチモ	千葉県茂原市八千代2丁目5番地5
特定福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接	株式会社ニチモ	千葉県茂原市八千代2丁目5番地5
<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	スマイルコスモ	千葉県茂原市八千代2丁目5番地5
<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	株式会社ニチモ	千葉県茂原市八千代2丁目5番地5
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接	株式会社ニチモ	千葉県茂原市八千代2丁目5番地5
<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	株式会社ニチモ	千葉県茂原市八千代2丁目5番地5
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
	なし	あり	なし	あり	料金	
介護サービス						
食事介助	なし	あり	なし	あり		・食事介助、排泄介助、おむつ交換、入浴介助、身辺介助、整容介助、通院介助等の日常生活の介護サービスについては、外部の指定（介護予防）支援事業所と入居者の直接契約によるケアプランに基づき、指定（介護予防）訪問介護事業者からの介護サービスを受けるものとする。（但し介護サービス以外別途料金が発生） ・それ以外の時間においては、施設においてサービスを提供するものとする。
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		
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	1回 800円	
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	1,800円 /時間	
生活サービス						
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○	必要に応じ実施
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○	必要に応じ実施
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○	1回 500円 必要に応じ実施
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		
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	○	実費 外部からの訪問理美容 1回 2,500円+交通費
買い物代行	なし	あり	なし	あり	○	2,000円 /月 月1指定日
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	○	実費 5,000円～要相談
退去時処分費用	なし	あり	なし	あり	○	実費 10,000円～要相談
金銭・貯金管理			なし	あり		実費 3,000円～要相談
健康管理サービス						
定期健康診断			なし	あり	○	希望による
健康相談	なし	あり	なし	あり	○	適宜実施
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○	適宜実施
服薬支援	なし	あり	なし	あり	○	1,000円 /月 適宜実施
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり	○	適宜実施
居室用消臭剤	なし	あり	なし	あり		実費 月300円～

入退院時・入院中のサービス								
院内介助サービス	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/>	3,000円/時間	院内介助、同行介助を適宜実施
入退院時の同行	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/>	1,800円/時間	
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/>	3,000円/時間	適宜実施
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり				適宜実施

※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。