

重要事項説明書

| | |
|-------|----------|
| 記入年月日 | 令和7年8月1日 |
| 記入者名 | 川邊 成人 |
| 所属・職名 | 管理者 |

1. 事業主体概要

| | | |
|------------|---|---|
| 種類 | 個人／法人 | |
| | ※法人の場合、その種類 | 社会福祉法人 |
| 名称 | (ふりがな)しゃかいふくしほうじん うえるがーでん 社会福祉法人 ウエルガーデン | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒121-0823 東京都足立区伊興三丁目7番4号 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 03-5838-0603 |
| | FAX 番号 | 03-5838-0604 |
| | ホームページアドレス | https://www.welgarden.or.jp |
| 代表者 | 氏名 | 鈴木 大 |
| | 職名 | 理事長 |
| 設立年月日 | 昭和・平成 48 年 11 月 20 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)うえるがーでんまつど ウエルガーデン松戸 | |
| 所在地 | 〒270-2213 千葉県松戸市五香四丁目34番3 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | ①新京成線「元山」駅 ②新京成線「五香」駅、東武野田線「六実」駅 |
| | 交通手段と所要時間 | ①駅から約930m(徒歩約12分) ②千葉レインボーバス乗車 「高木第二小学校」バス停下車 約210m(徒歩約3分) |
| 連絡先 | 電話番号 | 047-385-7177 |
| | FAX 番号 | 047-385-7178 |
| | ホームページアドレス | http://www.welgarden.or.jp/matsudo/ |
| 管理者 | 氏名 | 川邊 成人 |
| | 職名 | 管理者 介護支援専門員 |
| | 建物の竣工日 | 昭和・平成 22 年 4 月 1 日 |
| | 有料老人ホーム事業の開始日 | 昭和・平成 24 年 4 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) 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 | 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1271205310号 |
| | 指定した自治体名 | 千葉県 |
| | 事業所の指定日 | 平成24年4月1日 |
| | 指定の更新日(直近) | 令和6年4月1日 |

3. 建物概要

| | | | | | | |
|-------|----------------|--|------------------|--------|--------|-----------------|
| 土地 | 敷地面積 | 2,774.24㎡ | | | | |
| | 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 | | | | |
| | | 抵当権の有無 | 1 あり 2 なし | | | |
| 契約期間 | | 1 あり (平成 年 月 日～平成 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 | 2,485.91㎡(地上3階建) | | | |
| | | うち、老人ホーム部分 | 1,854.30㎡ | | | |
| | 耐火構造 | 1 耐火建築物 | | | | |
| | | 2 準耐火建築物 | | | | |
| | | 3 その他() | | | | |
| | | 4 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 | | | | | |
| | 抵当権の設定 | 1 あり 2 なし | | | | |
| | 契約期間 | 1 あり (平成24年4月1日～令和14年3月31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 | 18.29㎡ | 41 | 介護居室個室 |
| | タイプ2 | 有/無 | 有/無 | 18.82㎡ | 2 | 介護居室個室 |
| | タイプ3 | 有/無 | 有/無 | 19.17㎡ | 2 | 介護居室個室 |
| タイプ4 | 有/無 | 有/無 | 23.87㎡ | 2 | 介護居室個室 | |
| タイプ5 | 有/無 | 有/無 | 24.19㎡ | 1 | 介護居室個室 | |

| | | | | | | |
|--|---|------|-----------------|--------|-----|--------|
| | タイプ6 | 有/無 | 有/無 | 25.24㎡ | 1 | 介護居室個室 |
| ※「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 | 3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 | | 3ヶ所 | |
| | 共用浴室 | 2ヶ所 | 個室 | | 1ヶ所 | |
| | | | 大浴場 | | 1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 | 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 | | | |
| その他 | エントランス、ロビー、食堂兼機能訓練室、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 | <ul style="list-style-type: none"> ・事業所の介護職員等が、要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対し、適正な指定特定施設入居者生活介護サービス及び指定介護予防特定施設入居者生活介護サービスを提供することを目的とする。 ・特定施設サービス計画及び介護予防特定施設サービス計画に基づき、入居者が当施設において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日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話を行う。 ・サービスが高齢者の健康と生活の基盤に深く関わるものであることに鑑み、その提供にあたっては、事故の防止はもとより、高齢者の心理面に配慮するほか、自立援助、家族や公的サービス、関係区市町村との連携等を旨とし、事業者の責任において適切なサービス提供を行うものとする。 ・安定かつ継続的な事業運営に努める。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 創設50年の実績を持つ社会福祉法人が、特別養護老人ホーム等の運営を行ってきた経験から生まれる確かな介護を提供します。 2. クリニック併設の充実した医療サポートで、医療依存度の高い方や人工透析、看取りにも対応いたします。 3. サービス付き高齢者向け住宅としての登録基準を満たした介 |

| | |
|----------------|--|
| | 護付有料老人ホームなので、バリアフリー設計と心地良い住空間の中で24時間体制のサービスを提供します。 |
| 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 | 身体拘束廃止未実施減算 | 1 あり 2 なし | |
| | 高齢者虐待防止措置未実施減算 | 1 あり 2 なし | |
| | 業務継続計画未策定減算 | 1 あり 2 なし | |
| | 入居継続支援加算 | (I) | 1 あり 2 なし |
| | | (II) | 1 あり 2 なし |
| | 退院・退所連携加算 | 1 あり 2 なし | |
| | 退居時情報提供加算 | 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 |
| | 個別機能訓練加算 | (I) | 1 あり 2 なし |
| | | (II) | 1 あり 2 なし |
| | ADL維持加算 | (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 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 |
| | 口腔・栄養スクリーニング加算 | 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 | 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 | 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 |
| 科学的介護推進体制加算 | 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) |
| | 2 なし | |

(医療連携の内容)

| | | | |
|----------------|---|---|---|
| 医療支援 ※複数選択可 | | 1 救急車の手配 2 入退院の付き添い 3 通院介助 4 その他(訪問診療医の確保) | |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | 松戸第一クリニック |
| | | 住所 | 千葉県松戸市五香 4-34-3(施設併設) |
| | | 診療科目 | 内科、血液透析 |
| | | 協力内容 | 緊急時の対応、医師の定期訪問による健康相談(月2回)、健康診断(年2回)の実施。(医療費その他の費用は入居者の自己負担。以下同。) |
| | 2 | 名称 | 医療法人徳洲会 千葉西総合病院 |
| | | 住所 | 千葉県松戸市金ヶ作 107-1 |
| | | 診療科目 | 内科、循環器内科、整形外科、他 |
| | | 協力内容 | 外科等受診、夜間緊急対応、他 |
| | 3 | 名称 | 鎌ヶ谷メディカルクリニック |
| | | 住所 | 千葉県鎌ヶ谷市初富 26-15 |
| | | 診療科目 | 内科、外科 |
| | | 協力内容 | 緊急時の対応、医師の定期訪問による健康相談(月2回) |
| | 4 | 名称 | 医療法人社団絃和会 しいの木クリニック |
| | | 住所 | 千葉県松戸市小金3 高橋ビル7階1号室 |
| | | 診療科目 | 内科 精神科 |
| | | 協力内容 | 緊急時の対応、医師の定期訪問による健康相談(月2回) |
| | 5 | 名称 | きらら歯科 |
| | | 住所 | 千葉県我孫子市我孫子 1-9-18 景山ビル2階 |
| | | 協力内容 | 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 | 60歳以上もしくは要支援・要介護認定を受けたもの | |
| 契約の解除の内容 | ①入居者が逝去した場合(自動的に終了) ②入居者が他の介護保険施設に入所した場合(自動的に終了) ③入居者から契約解除が行われた場合 ④事業者から契約解除が行われた場合 | |
| 事業者から解約を求める場合 | 解約条項 | (1)利用者のサービス利用料金の支払が |

| | | |
|--------------|---|---|
| | | <p>正当な理由なく3か月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにも関わらず15日間以内に支払われない場合</p> <p>(2)利用者が、事業者やサービス従業者または他の入居者に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合</p> |
| | 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 | <p>1 あり(内容:空室利用。1泊5,400円、食費は入居時と同様)</p> <p>2 なし</p> | |
| 入居定員 | | 49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 | 0.5 |
| 生活相談員 | 3 | 3 | 0 | 2.5 |
| 直接処遇職員 | 33 | 19 | 14 | 27.21 |
| 介護職員 | 28 | 15 | 12 | 23.01 |
| 看護職員 | 5 | 3 | 2 | 3.2 |
| 機能訓練指導員 | 5 | 3 | 2 | 0.8 |
| 計画作成担当者 | 2 | 2 | 0 | 1 |
| 栄養士 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 調理員 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 事務員 | 1 | 0 | 1 | 0.8 |
| その他職員 | 3 | 0 | 3 | 1.57 |
| 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 | | |
|-----------|----|-----|--|
| | 常勤 | 非常勤 | |
| 社会福祉士 | 1 | 0 | |
| 介護福祉士 | 9 | 6 | |
| 実務者研修の修了者 | 2 | 1 | |
| 初任者研修の修了者 | 3 | 1 | |
| 介護支援専門員 | 0 | 0 | |

(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 | 3 | 2 | |
| 理学療法士 | 0 | 0 | |
| 作業療法士 | 0 | 0 | |
| 言語聴覚士 | 0 | 0 | |
| 柔道整復士 | 0 | 0 | |
| あん摩マッサージ指圧師 | 0 | 0 | |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

| 夜勤帯の設定時間(22時00分～7時20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) | 1.75:1 |

※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 | 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 | 1 | 0 | 6 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 前年度1年間の退職者数 | 1 | 1 | 3 | 2 | 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 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| | 1年以上3年未満 | 0 | 0 | 3 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 3年以上5年未満 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 5年以上10年未満 | 0 | 0 | 2 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 10年以上 | 3 | 2 | 6 | 7 | 0 | 0 | 3 | 2 | 1 | 0 |

| | | | | | | | | | | | |
|---------------|--|--|--|-----------|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | |
| 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 | ・介護保険法令等の変更があった場合 ・施設の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し改定することがある。 |
| | 手続き | 利用者及び連帯保証人等への説明を行う。 |

（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 | 要支援 1 | 要介護 2 | |
| | 年齢 | 75 歳 | 75 歳 | |
| 居室の状況 | 床面積 | 18.29㎡ | 18.29㎡ | |
| | 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 | 0 円 | 0 円 | |
| | 敷金 | 80,000 円 | 80,000 円 | |
| 月額費用の合計 | | 208,197 円 | 223,581 円 | |
| 家賃 | | 80,000 円 | 80,000 円 | |
| 特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用 | | (要支援 1)7,296 円 | (要介護 2)22,680 円 | |
| サービス費用 | 介護保険外 ^{※2} | 食費 | 52,500 円 | 52,500 円 |
| | | 管理費(共益費) | 60,000 円 | 60,000 円 |
| | | 介護費用 | 0 円 | 0 円 |
| | | 光熱水費 | 管理費(共益費)に含む | 管理費(共益費)に含む |
| | | その他 | 0 円 | 0 円 |
| | | 生活支援費 | 65,000 円 | 65,000 円 |

※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 | 近傍同種家賃を参考に設定 |
| 敷金 | 家賃の 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(共益費) | 共用部分・各居室の光熱水費、事務経費、衛生管理費、保守管理費、建物修繕費、備品償却費、建物維持管理費 |
| 食費 | 朝食:540円、昼食:610円、夕食:600円 1日当たり 1,750円×30日で清算 *申し込み及びキャンセルは前日の昼まで。以降上記料金をキャンセル料としていただきます。 |
| 光熱水費 | 施設全体の水道代、電気代、ガス代により算定している。 ※管理費(共益費)に含まれます。 |
| 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 | 入居後、要介護認定において非該当(自立)の認定を受けた場合、生活支援費として65,000円をお支払いいただきます。 |

(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 | 基本報酬、月の総単位数(基本報酬、各種加算単位)に12.8%の加算率を上乗せした介護職員等処遇改善加算(I)を算定した場合の金額は、請求書に表示します。 |
| 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(上乗せサービス) | |
| ※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。 | |

7. 入居者の状況【令和7年7月1日現在】 (入居者の人数)

| | | |
|-------|------------|-----|
| 性別 | 男性 | 16人 |
| | 女性 | 33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 | 15人 |
| | 85歳以上 | 34人 |
| 要介護度別 | 自立 | 0人 |
| | 要支援1 | 1人 |

| | | |
|-------|------------|-----|
| | 要支援2 | 0人 |
| | 要介護1 | 8人 |
| | 要介護2 | 15人 |
| | 要介護3 | 9人 |
| | 要介護4 | 15人 |
| | 要介護5 | 1人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 9人 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | 8人 |
| | 1年以上5年未満 | 30人 |
| | 5年以上10年未満 | 2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 | 87.66歳 |
| 入居者数の合計 | 49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 | 1人 |
| | 医療機関 | 9人 |
| | 死亡者 | 12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 | 4人 |
| | | (解約事由の例) 療養型医療施設等への転居 |

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 | | 当ホーム苦情受付窓口 |
| 電話番号 | | 047-385-7177 |
| 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 | | |

| | | |
|----------|-------|--|
| 窓口の名称 | | 千葉県健康福祉部高齢者福祉課 千葉県国民健康保険団体連合会 松戸市福祉長寿部介護保険課 |
| 電話番号 | | 043-221-3020 043-254-7428 047-366-7370 |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00~17:00 9:00~12:00/13:00~17:00 8:30~17:00 |
| | 土曜 | |
| | 日曜・祝日 | |
| 定休日 | | 土日、祝日、年末年始 平日対応時間以外は留守番電話対応 |

(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保の「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等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 | 令和7年3月10日 |
| | | 結果の開示 | 1 あり(季刊誌掲載) 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(社会福祉法人の財務諸表等電子開示システムに掲載) 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(社会福祉法人の財務諸表等電子開示システムに掲載) 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) 入居者の家族との個別の連絡体制が確保されている。 |
| | 2 代替措置なし | |
| 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 年 月 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(平成29年2月16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 (令和3年9月1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(重度化した場合の対応に係る指針)

※_____様

説明年月日 令和 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 | | | 事業所の名称 | 所在地 |
|----------------------|----|----|-----------|------------------|
| ＜居宅サービス＞ | | | | |
| 訪問介護 | あり | なし | | |
| 訪問入浴介護 | あり | なし | | |
| 訪問看護 | あり | なし | | |
| 訪問リハビリテーション | あり | なし | | |
| 居宅療養管理指導 | あり | なし | | |
| 通所介護 | あり | なし | ウエルリーフ初石 | 千葉県流山市西初石 3-13-2 |
| 通所リハビリテーション | あり | なし | | |
| 短期入所生活介護 | あり | なし | | |
| 短期入所療養介護 | あり | なし | | |
| 特定施設入居者生活介護 | あり | なし | ウエルガーデン松戸 | 千葉県松戸市五香 4-34-3 |
| 福祉用具貸与 | あり | なし | | |
| 特定福祉用具販売 | あり | なし | | |
| ＜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 | | |
| 夜間対応型訪問介護 | あり | なし | | |
| 認知症対応型通所介護 | あり | なし | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | | |
| 認知症対応型共同生活介護 | あり | なし | | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | あり | なし | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | あり | なし | | |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | | |
| 居宅介護支援 | あり | なし | ウエルリーフ初石 | 千葉県流山市西初石 3-13-2 |
| ＜居宅介護予防サービス＞ | | | | |
| 介護予防訪問介護 | あり | なし | | |
| 介護予防訪問入浴介護 | あり | なし | | |
| 介護予防訪問看護 | あり | なし | | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | あり | なし | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | あり | なし | | |
| 介護予防通所介護 | あり | なし | ウエルリーフ初石 | 千葉県流山市西初石 3-13-2 |
| 介護予防通所リハビリテーション | あり | なし | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | あり | なし | | |
| 介護予防短期入所療養介護 | あり | なし | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | あり | なし | ウエルガーデン松戸 | 千葉県松戸市五香 4-34-3 |
| 介護予防福祉用具貸与 | あり | なし | | |
| 特定介護予防福祉用具販売 | あり | なし | | |
| ＜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 | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | あり | なし | | |
| 介護予防支援 | あり | なし | ウエルリーフ初石 | 千葉県流山市西初石 3-13-2 |
| ＜介護保険施設＞ | | | | |
| 介護老人福祉施設 | あり | なし | | |
| 介護老人保健施設 | あり | なし | | |
| 介護療養型医療施設 | あり | なし | | |

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

| | 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}) | | | | 都度 ^{**2} | 料金 ^{**2} | 備 |
|-----------------|--|----|----|----|-------------------|-------------------|---|
| | 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 | | | |
| 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 | | | |
| 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 | | | |
| 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 | | | |
| 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 | | | |

| | | | | | | |
|------------------|----|----|----|----|--|---|
| 居室火災保険料 | | | なし | あり | | 4 |
| 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 | | |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | あり | なし | あり | | 1. |
| 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、月額サービス費用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。

(特定施設入居者生活介護・夜間看護体制加算)

1、医師や医療機関との連携体制について

当事業所は、同一敷地同一建物内にある医療法人社団 小羊会 松戸第一クリニック
および当事業所より5km圏内にある鎌ヶ谷メディカルクリニック・医療法人徳洲会
千葉西総合病院を協力医療機関としている。

同クリニックは、当事業所の入居者の健康管理を目的として、月1回以上の定期往診、
年2回の健康診断の実施を行っている。

2、夜間における連絡・対応体制（オンコール体制）について

夜間については、居室に設置されたナースコールにより入居者が直接に体調不良を訴
えた場合、または夜勤の介護職員の観察により入居者の体調不良が認められた場合は、
施設看護師に電話連絡を行い指示を受ける体制を整えている。また、状況に応じて、
施設看護師は出勤し応急処置を行うものとする。

特に重篤な状態であると施設看護師が判断した場合には、協力医療機関である千葉西
総合病院を含め、外部の医療機関へ救急搬送するなどの対応を行うものとする。

上記の内容について説明を受け、同意いたしました。

令和 年 月 日

入居者または家族 氏名 _____ 印

