

重要事項説明書

記入年月日	29.7.1
記入者名	藤野 里美
所属・職名	施設長

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) かぶしきがいしゃ ゆにまっとりたいあめんと・こみゆにてい 株式会社ユニマツト リタイアメント・コミュニティ	
主たる事務所の所在地	〒107-0061 東京都港区北青山二丁目7番13号 プラセオ青山ビル	
連絡先	電話番号	03-5413-8225
	FAX番号	03-5413-8221
	ホームページアドレス	http://www.unimat-rc.co.jp
代表者	氏名	中川 清彦
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 50年6月2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) まつどなーしんぐヴィラ そよかぜ 松戸ナーシングヴィラ そよ風	
所在地	〒270-2261 千葉県松戸市常盤平五丁目24番2号	
主な利用交通手段	最寄駅	新京成線 五香駅
	交通手段と所要時間	五香駅西口下車 徒歩7分(520m)
連絡先	電話番号	047-311-2734

	FAX番号	047-311-2735
	ホームページアドレス	http://www.unimat-rc.co.jp
管理者	氏名	藤野 里美
	職名	施設長
建物の竣工日		昭和・平成 元年 7月 10日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 24年 7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	1271205518
	指定した自治体名	千葉県
	事業所の指定日	平成 24年 7月 1日
	指定の更新日（直近）	平成 30年 7月 1日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1545.05 m ²	
	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	
		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	2865.83 m ² (地上4階建て)
		うち、老人ホーム部分	1391.99 m ² (3.4階部分・1部1階部分含む)
	耐火構造	<input type="checkbox"/> 1 耐火建築物	
		2 準耐火建築物	
		3 その他 ()	
4 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		

		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 (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	1 人部屋			
		最大	2 人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分*
	タイプ1 A	有/無	有/無	9.9～ 13.3 m ²	29	一般居室個室
	タイプ2 B	有/無	有/無	20.06～ 21.66 m ²	4	一般居室個室
	タイプ3 C	有/無	有/無	29.46 m ²	6	一般居室相部屋
	タイプ4 C	有/無	有/無	29.46 m ²	1	一般居室個室
	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	18ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	16ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	8ヶ所		
	共用浴室	2ヶ所	個室	4ヶ所		
			大浴場	2ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	2ヶ所	チェアー浴	1ヶ所		
			リフト浴	1ヶ所		
			ストレッチャー浴	0ヶ所		
その他 ()			0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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり 2 なし
	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
その他			

4. サービスの内容

（全体の方針）

運営に関する方針	<ol style="list-style-type: none"> 1、事業の実施に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場にたったサービスの提供に努めるものとする。 2、事業者の看護・介護職員等は、要支援・要介護者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう、入浴・排泄・食事の介護、その他の生活全般にわたる援助及び機能訓練を行う。 3、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する。 4、事業の運営に当たっては、安全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	24時間安心介護 医療機関との密な連携により、24時間安心看護・看取り実施		
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	個別機能訓練加算	1 あり	2 なし	
	夜間看護体制加算	1 あり	2 なし	
	医療機関連携加算	1 あり	2 なし	
	看取り介護加算	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
	サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)イ	1 あり	2 なし
(Ⅰ)ロ		1 あり	2 なし	
(Ⅱ)		1 あり	2 なし	
(Ⅲ)		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) 2.5 : 1		
	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・紹介		
協力医療機関	1	名称	清仁会クリニック
		住所	千葉県松戸市日暮 2-3-15
		診療科目	内科・胃腸科・皮膚科・肛門科・アレルギー科
		協力内容	診察の為の医師派遣、日常の健康相談、看護指導、他医療機関へ入院する場合の紹介
	2	名称	常盤平中央病院
		住所	千葉県松戸市常盤平 6-1-8
		診療科目	内科・神経内科・循環器科・外科・胃腸科・整形外科・皮膚科・泌尿器科・リハビリテーション科
		協力内容	診察の為の医師派遣、日常の健康相談
協力歯科医療機関	1	名称	愛育会 やばしら歯科
		住所	千葉県松戸市金ヶ作 24-1
		協力内容	歯科診療の為の医師派遣
	2	名称	フォレストデンタルクリニックあやせ
		住所	東京都足立区谷中 1-17-7
		協力内容	歯科診療の為の医師派遣

(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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 その他（別のタイプ居室へ移る場合）	
判断基準の内容	入居後の居室の住み替えは原則ないものとする。但し、やむを得ない事情により必要が生じた時は、空室があることを前提に入居者の意思、状況により身元引受人の意見を聞いたうえで発生する。	
手続きの内容	居室移動を行なった場合でも本契約は継続するものとし、入居金の償却は継続する	
追加的費用の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
居室利用権の取扱い	住み替え後の居室に移行	
前払金償却の調整の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	便所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	浴室の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	洗面所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	台所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	その他の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (変更内容) 入居一時金方式での入居の場合 償却金額の変更あり 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項	概ね 60 歳以上、共同生活を営むことが出来る方。日常生活で介護の必要な方。暴力行為及び感染症、その他の共同生活に支障をきたさない方。 2 人入居の場合は、ご夫婦、又は原則 3 親等以内の親族。（ご夫婦で入居される場合は、いずれも 60 歳以上であること。）	
契約の解除の内容	入居者の死亡。 入居者、施設双方契約解除通告し、予告期限満了後。	
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、他の入居者又は従業員の生命に危害を及ぼし、又は、その危害の切迫した恐れがあり、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
	解約予告期間	90日
入居者からの解約予告期間		30日
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> あり（内容： 1泊食事付 8640円） <input type="checkbox"/> なし	
入居定員		46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		0.3
生活相談員	2	2	0	1.0
直接処遇職員				
介護職員	16	10	6	9.8
看護職員	3	2	1	2.1
機能訓練指導員	1	1		0.5
計画作成担当者	1	1	0	0.4
栄養士	1	1		1
調理員	2	2		2
事務員	1	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				40時間
※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	0	0	0

介護福祉士	4	4	
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	7	4	3
介護支援専門員	2	2	

(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			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (16時半～9時半)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0	0
介護職員	2	2

(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】 2.5 : 1 以上	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 <input checked="" type="checkbox"/> 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)	2.5 : 1 以上
※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(介護職員)		2 なし						
	業務に係る資格等		1 あり								
			資格等の名称	介護福祉士・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				人	3人						
前年度1年間の退職者数				2人	3人						
応じた職員 の人数	業務に従事した 経験年数に	1年未満			4人	1人					
		1年以上		1人	3人	人	人				
		3年未満									
		3年以上			3人	1人					
		5年未満									
		5年以上			2人	1人					
		10年未満									
	10年以上	2人		3人		1人		1人		1人	
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	人件費、物価の変動に基づく
	手続き	本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および人件費、また諸種の経済状況の変化、介護保険制度の改正等を勘案し、事業の安定的継続の視点から、運営懇談会の意見を聞いて、月額施設利用料、有料サービスの単価、介護費用を改定することができます。 また厚生労働省の定める介護保険法上の特定施設入居者生活介護及び介護予防特定施設入居者生活介護の介護報酬単価および所在地域の地域単価等、介護保険給付の基準が変更される場合には、それに従って介護保険給付費を変更します。

(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5	要介護3	
	年齢	89歳	82歳	
居室の状況	床面積	9.98 m ²	9.98 m ²	
	便所	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	浴室	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	台所	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
入居時点で必要な費用	前払金	3,080,000 円	円	
	敷金	円	円	
月額費用の合計		145,320 円	209,961 円	
家賃		60,000 円	124,641 円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用		円	
	介護保険外 ^{※2}	食費	55,080 円	55,080 円
		管理費	27,000 円	27,000 円
		介護費用	円	円
		光熱水費	3,240 円	3,240 円
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	居室および共用施設等の家賃相当額です。

敷金	無し
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	共用部分の維持管理費、事務費、生活サービスの人件費
食費	朝食 432 円 昼食 594 円 夕食 810 円 1 日当たり 1,836 円×30 日積算
光熱水費	ご利用者居室で使用した光熱水費
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	介護サービス一覧表参照
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	※要介護度に応じて介護費用の 1 割を徴収する。
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)	<p>認知症加算・・・せん妄、重度の認知症からくる行動障害に対する個別介護による介護が必要になった場合</p> <p>軽度 25,000 円/月 介護保険適用の訪問介護 1 日 3 時間未満に準ずる@818=身体 4 生活 2</p> <p>中度 30,000 円/月 介護保険適用の訪問介護 1 日 4 時間未満に準ずる@960=身体 5 生活 3</p> <p>重度 35,000 円/月 介護保険適用の訪問介護 1 日 5 時間未満に準ずる@1126=身体 7 生活 3</p> <p>月額の内容・・・1 日 3 時間未満の訪問介護自己負担額に相当する金額の 30 日分</p> <p>上記、各認知症加算の該当評価の基準は、当該認知症加算適用の際、介護保険給付分自己負担の費用及び管理費等のご利用料金に加算が生ずることをご契約者、身元引受人に文書にてご了承頂く際に説明を行なう為の文書(認知症に端を発する〔状態の変化〕及び〔行動障害〕のケース)による。</p> <p>個別対応加算・・・終末期あるいは連続する医療的補助行為が必要な場合 30,000 円/月 認知症加算の中度に準ずる</p> <p>個別対応の内容として、24 時間マンツーマン対応、ターミナル期のケア、医療行為の実施。</p> <p>不眠、徘徊等発生時の見守り。看護師の 24 時間緊急対応体制の実施。医師の指示による酸素ボンベの対応、吸入、吸引、点滴の対応等</p> <p>※酸素ボンベ、吸引、吸入、点滴等の医療機器、医療用品使用の場合実費負担。</p>
※ 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		<p>一時金 = (一時金に含まれる1ヶ月分の家賃相当額) × (想定居住期間※1) + (想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて当社が受領する額※2)</p> <p>※1 当社既存ホームのお客様情報と有料老人ホーム協会入居者基金の統計データを元に算定し、60ヶ月と設定しております。</p> <p>※2 想定居住期間を超えて入居が継続している場合に必要な家賃相当額として算定し、入居金額の30%としております。</p> <p>【基本プランAタイプの場合】</p> <p>3,080,000円 = (一時金に含まれる家賃相当額2,156,000円) + 初期償却 924,000円</p>
想定居住期間 (償却年月数)		60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)		一時金の30%
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	3ヶ月以内に契約が終了した場合は、契約書に基づき、受領済みの一時金の全額を返還します。ただし、この場合において、契約期間に係る家賃相当額(一時金に含まれる家賃相当額)を月額の家賃相当額とは別に受領し、契約終了日までの利用期間に係る利用料及び原状回復の費用については別途精算させていただきます。
	入居後3月を超えた契約終了	<p>契約終了時返還金の算定方法</p> <p>償却年月数内に利用契約が終了した場合の返還金 = 一時金 - (月次償却額 × 利用期間) - (想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて当社が受領する額)</p> <p>※月次償却額: 「一時金 × 70% ÷ 償却年月数」 で算定する1ヶ月あたりの償却額です。</p> <p>※月途中で利用契約が開始又は終了した月においては、30で除した日割り計算にて算出します。</p> <p>※一時金の30%は、契約開始日から、3ヶ月を経過すると返還されません。</p> <p>※償却年月数を経過すると、返還金がなくなります。</p> <p>※居室の原状回復のための実費を差し引かれることがあります。</p>

		※償却期間最終月の償却金額：月次償却額に1円未満の端数が発生する場合は償却期間の最終月に端数金額の合計を月次償却額に上乗せした額を償却するものとします。
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	朝日信託
	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	9人
	女性	29人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上 75歳未満	0人
	75歳以上 85歳未満	9人
	85歳以上	28人
要介護度別	自立	3人
	要支援1	1人
	要支援2	1人
	要介護1	3人
	要介護2	8人
	要介護3	6人
	要介護4	10人
	要介護5	6人
入居期間別	6ヶ月未満	4人
	6ヶ月以上 1年未満	7人
	1年以上 5年未満	18人
	5年以上 10年未満	5人
	10年以上 15年未満	4人
	15年以上	0人

（入居者の属性）

平均年齢	87.7歳
------	-------

入居者数の合計	38人
入居率※	82.6%
※ 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	3人
	社会福祉施設	1人
	医療機関	0人
	死亡者	8人
	その他	1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	3人 (解約事由の例) 自宅へ戻る為 3名 家族宅近くのホームへ住み替え 1名 グループホームへ住み替え 1名

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		千葉県高齢者福祉課	千葉県国民健康保険団体連合会	松戸ナーシングヴィラそよ風
電話番号		043-223-2350	047-366-7353	047-311-2734
対応している時間	平日	9:00~17:00	9:00~17:00	8:30~17:30
	土曜			同上
	日曜・祝日			同上
定休日		土日祝日	土日祝日	無し

(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) 居宅介護事業者賠償責任保険
	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) 入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合には 上記損害賠償保険の手配を行ない、誠実に対応します。但し、天災等の不可抗力を除く

	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 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"/> あり	実施日	平成 28 年 6 月 7 日
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 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
<input checked="" type="checkbox"/> 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"/> 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"/> 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"/> 公開していない
財務諸表の要旨	<input checked="" type="checkbox"/> 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"/> 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(開催頻度) 年 2 回
	2 なし	
	<input type="checkbox"/>	1 代替措置あり (内容) 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:) <input checked="" type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 1 あり（平成 24 年 7 月 1 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（平成 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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし （平成 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	
「既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	<input checked="" 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり 平成 14 年 12 月 2 日施行の設置運営指導指針の特例措置
不適合事項がある場合の内容	廊下幅につきましては、車椅子の交差がいつでも可能なように、廊下に物品等を置かず安全に配慮することを、職員教育等で徹底し、事故はもちろん災害等の非常時も安全に行きかうことが出来るように、対応いたします。 居室面積につきましては、入居者の意向に沿った形で安全の確保を図らせていただきます。

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 印

説明年月日 平成 年 月 日

説明者署名 _____ 印

※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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	松戸ナーシングウ イラそよ風	千葉県松戸市常盤平5-24-2
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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	松戸ナーシングウ イラそよ風	千葉県松戸市常盤平5-24-2
通所リハビリテーション	あり	なし		
短期入所生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	いなげケアセンタ ーそよ風	千葉市稲毛区穴川3-6-12
短期入所療養介護	あり	なし		
特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	松戸ナーシングウ イラそよ風	千葉県松戸市常盤平5-24-2
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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	松戸ナーシングウ イラそよ風	千葉県松戸市常盤平5-24-2
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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	松戸ナーシングウ イラそよ風	千葉県松戸市常盤平5-24-2
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	松戸ナーシングウ イラそよ風	千葉県松戸市常盤平5-24-2
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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	松戸ナーシングウ イラそよ風	千葉県松戸市常盤平5-24-2
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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	いなげケアセンタ ーそよ風	千葉市稲毛区穴川3-6-12
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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	松戸ナーシングウ イラそよ風	千葉県松戸市常盤平5-24-2
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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	松戸ナーシングウ イラそよ風	千葉県松戸市常盤平5-24-2
介護予防支援	あり	なし		
<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	なし		あり		備考		
	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
	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	○		定時及び随時 原則 7 回
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	○	1620 円	週 2 回 3 回目から実費
特浴介助	なし	あり	なし	あり	○	1620 円	週 2 回 3 回目から実費
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 時間 1620 円	協力機関月 2 回目から実費 協力機関以外は実費
生活サービス							
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○ 1620 円	週 2 回目から実費
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○	86 円／日	業者リネン利用の場合、1 日 86 円
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○ 540 円	週 2 回目から実費
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり		○ 1 回 100 円	体調不良時、感染症感染時以外実費
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		○	外部業者 実費
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○ 1620 円	週 2 回目から実費
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○ 1620 円	月 1 回以上は実費
金銭・貯金管理			なし	あり	○	1620 円	必要に応じ実施
健康管理サービス							
定期健康診断			なし	あり		○	年 1 回以上 実費
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		1620 円	市内市外機関実施／1 時間
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○ 1620 円	市内市外機関実施／1 時間
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。