

## 重要事項説明書

記入年月日	令和5年10月1日
記入者名	三好 主晃
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	株式会社
名称	(ふりがな) あずびーいんぐかぶしがいしゃ AzBeing 株式会社	
主たる事務所の所在地	〒231-0006 神奈川県横浜市中区南仲通二丁目 25 番地 2 エスリードグランスクエア横浜関内 8 階	
連絡先	電話番号	045-264-6510
	FAX番号	045-264-6509
	ホームページアドレス	<a href="http://www.chishinkai-group.jp/">http://www.chishinkai-group.jp/</a>
代表者	氏名	大島 佳宣
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成・令和 5年10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ーむきさらづまごころさらくかん 介護付有料老人ホーム木更津真心生楽館	
所在地	〒292-0056 千葉県木更津市木更津三丁目 6 番 1 6 号	
主な利用交通手段	最寄駅	J R 木更津駅
	交通手段と所要時間	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ J R 木更津駅東口より 1000m (徒歩 10 分)</li> <li>・ 小湊鉄道バス 木更津西口発 朝日 3 丁目下車 240m 徒歩約 3 分</li> <li>・ 小湊鉄道バス 木更津東口発 公園入口下車 320m 徒歩約 4 分</li> <li>・ アクアライン下り袖ヶ浦 IC 出口より 5.0 km 約 10 分</li> <li>・ 館山自動車道下り木更津南インター出口より 4.3 km 約 9 分</li> </ul>
連絡先	電話番号	0438-20-1150
	FAX番号	0438-20-1151

	ホームページアドレス	http://www.chishinkai-group.jp/kirakukan
管理者	氏名	三好 主晃
	職名	施設長
建物の竣工日		昭和・平成 25年10月1日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 25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）		
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 1271103010
	指定した自治体名	千葉県
	事業所の指定日	平成 25 年 11 月 1 日
	指定の更新日（直近）	令和 5 年 10 月 1 日

**3. 建物概要**

土地	敷地面積	1,584.83 m <sup>2</sup>	
	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 ( H25年9月20日～H55年9月19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	3,162.44 m <sup>2</sup>
		うち、老人ホーム部分	2,800.31 m <sup>2</sup>
	耐火構造	1 耐火建築物	
		2 準耐火建築物	
		3 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 ( H25年9月20日～H55年9月19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	有/無	有/無	18.60 m <sup>2</sup>	51	介護居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	19.22 m <sup>2</sup>	13	介護居室個室
	タイプ3	有/無	有/無	27.74 m <sup>2</sup>	3	介護居室相部屋
	タイプ4	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ5	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ6	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ7	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ8	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
タイプ9	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
タイプ10	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
※「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	6ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		0ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房		6ヶ所	
	共用浴室	2ヶ所	個室		4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		1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	<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	<ul style="list-style-type: none"> <li>●個人の尊厳を尊重し、個々に適した自立支援を目指します。</li> <li>●利用者様の立場に立ち、思いやりの心で、やすらぎと充実のシルバーライフを提供します。</li> <li>●地域皆様に開かれた施設として、地域住民の皆様様の求めるサービスを追求してまいります。</li> <li>●職員は、常に資質向上と自己研鑽に励みます。</li> </ul>
サービスの提供内容に関する特色	木更津内科クリニックの訪問診療があり、生活の場に医療が密接しているため、在宅に居ながら医療の手ほどきがある程度受けられます。
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	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし	
	夜間看護体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし	
	医療機関連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし	
	看取り介護加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし	
	認知症専門ケア加算	(I)	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
		(II)	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	サービス提供体制強化加算	(I)イ	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
		(I)ロ	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
(II)		1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし	

		(Ⅲ)	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(介護・看護職員の配置率) 2.5 : 1	
	2 なし		
	介護職員処遇改善加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし	
	介護職員等特定処遇改善加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし	
	介護職員等ベースアップ等支援加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし	

(医療連携の内容)

医療支援	※複数選択可		
	<input checked="" type="checkbox"/>	救急車の手配	
	<input checked="" type="checkbox"/>	入退院の付き添い	
	<input checked="" type="checkbox"/>	通院介助	
	<input checked="" type="checkbox"/>	その他 (訪問診療医の確保)	
協力医療機関	1	名称	木更津内科クリニック
		住所	千葉県木更津市請西 1-18-22
		診療科目	内科
		協力内容	緊急時対応、医師の定期訪問による健康相談 (月 2 回)・健康診断 (年 1 回) の実施。(医療費その他の費用は入居者の自己負担)、看護指導、入院を要する場合に他の医療機関を紹介
	2	名称	はぎわら病院
		住所	千葉県木更津市木更津 1-1-36
		診療科目	整形外科
		協力内容	診察、入院を要する場合の受入れ
	3	名称	上総記念病院
		住所	千葉県木更津市新田 1-11-25
		診療科目	内科 内分泌内科 放射線科 臨床検査科
		協力内容	診察、入院を要する場合の受入れ、CT、MRI 検査
協力歯科医療機関	名称	医療法人社団史祥会 房総メディカルクリニック	
	住所	千葉県木更津市はたる野 3-24-19	
	協力内容	外来受診困難なご入居者に対しての訪問歯科診療	

(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		
手続きの内容		
追加的費用の有無	1 あり 2 なし	
居室利用権の取扱い		
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 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
留意事項	<p>[入居契約者による解約] 事業者の定める解約届を事前に事業者へ届け出ることにより、契約の解除を申し出ることができます。</p> <p>[事業者による解除] 以下の場合には 30 日以上の予告期間をおいて契約を解除することがあります。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 提出書類に虚偽の事項を記載し、その他不正な手段によって入居がなされた場合。</li> <li>● 月額利用料等の支払いを 2 ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらず、これが支払われない場合。</li> <li>● 建物・付帯設備・敷地を故意または重大な過失により滅失・き損・汚損した場合。</li> <li>● 事業者またはサービス従業者もしくは他の入居者等の生命・身体・財産を、故意または重大な過失により傷つけ又は不信行為</li> </ul>	

	を行い、本契約を継続し難い重大な事情を生じさせた場合。 ● 入居者ならびに身元引受人の意図的な介護拒否などにより、自らに対し不衛生あるいは危険な状況を持続的に生じさせる場合。 ● 共同生活の秩序を乱す行為があった場合。 ● 長期の不在等、本契約を継続する意思がないと認められる場合。 その他、入居者の条件を満たせなくなった場合。	
契約の解除の内容		
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・職員の生命に危害を及ぼすかその恐れがあり、通常の介護方法・接遇方法では防止出来ない場合、等
	解約予告期間	1ヶ月
入居者からの解約予告期間	事前の届出により	
体験入居の内容	① あり（内容：最大2泊3日まで 1泊2食付8,000円） ② なし	
入居定員	70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		1.0
生活相談員	1	1		1.0
直接処遇職員	33	24	9	30.35
介護職員	28	19	9	25.60
看護職員	5	5		4.75
機能訓練指導員	1	1		0.25
計画作成担当者	1	1		1.0
栄養士	0			外部委託
調理員	0			外部委託
事務員	1	1		1.0
その他職員	0			

1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2	40
<p>※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。</p> <p>※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。</p>	

**(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	1	
介護福祉士	10	9	1
実務者研修の修了者	3	3	
初任者研修の修了者	7	7	
介護支援専門員	1	1	

**(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 ( 17時～ 翌9時)		
	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	3人	3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)	契約上の職員配置比率※ <b>【表示事項】</b>	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
---	------------------------------	--



合、本欄は省略可能)	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
※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) 令和5年10月1日

管理者	他の職務との兼務		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし							
	業務に係る資格等		1 あり							
	資格等の名称									
			<input checked="" type="checkbox"/> 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	2		1	1	3				1	
前年度1年間の 退職者数		1	1		2				1	
た 業務に 職員に従事した の人数 経験年数に 応じ	1年未満	2		2	1	1				1
	1年以上 3年未満	1		1	3					
	3年以上 5年未満	1		2	3					
	5年以上 10年未満	1		15	2			1		
	10年以上									
従業者の健康診断の実施状況			<input checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 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	施設が所在する自治体の消費者物価指数や職員の人件費等を勘案し、改定する事がある。
	手続き	運営懇談会の意見を聴く。

**(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)**

		A・Bタイプ	Cタイプ (1名当たり)	
入居者の状況	要介護度	要支援1～要介護5まで	要支援1～要介護5まで	
	年齢	65歳以上	65歳以上	
居室の状況	床面積	18.60 m <sup>2</sup>	27.74 m <sup>2</sup>	
	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	396,000円	600,000円	
月額費用の合計		192,477円	226,477円	
家賃		66,000円	100,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用	0円	0円	
	介護保険外 <sup>※2</sup>	食費	46,620円	46,620円
		運営費	40,857円	40,857円
		介護費用	0円	0円
		光熱水費	39,000円	39,000円
	その他	円	円	
<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	〈A・Bタイプ…66,000円 Cタイプ…100,000円〉 有料老人ホーム自体を入居者の自宅と考えると、建築延べ面積 3,162.44㎡を入居者の定員で割った面積が入居者一人当たりの専有面積であると考えられる。(45.17㎡/人) 近隣の賃貸マンションの 1㎡当りの単価が 1,191円～1,731円であることを当てはめると平均介護居室料は (45.17×1,460円≒) 66,000円が妥当と考え、標準の A・Bタイプの家賃相当額とする。Cタイプは 9.14㎡面積が広い為 100,000円とする。
敷金	家賃の 6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。
運営費	〈40,857円(月額)〉 手厚い介護として入居者に対する人員配置を、2.5:1以上としている。基準の 3:1 から比較すると基準職員 23.3 に比べ配置職員数は 30.0 人としており約 6.7 人の増員となる。人件費は、支払給与・福利厚生費・交通費・法定福利費・退職金手当・募集広告費等を含め一人当たり年間 503 万円必要と考えられる。その費用を運営費として、入居者の方から月額 40,857円(内税)の負担をしていただくことで対応する。
食費	〈46,620円(30日の場合)〉 1日3食を 1,554円(朝食 308円・昼食 514円・夕食 732円)(内税)とし、喫食数に応じて精算を行う。上記金額には、食材費の他、調理費・調理に係る人件費・厨房設備費等を含むものとする。
管理費	〈39,000円(月額)〉 月次の水道光熱費及び館内清掃・警備保障・ごみ収集・保守点検等の業務委託費及び、建物以外の減価償却費の月額合計が 2,800,000円と推定される為、最大入居者数 70 名で割ると約 40,000円となる為、月額管理費を 39,000円に設定することとする。
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	

<p>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>	<p>〈40,857円（月額）〉 手厚い介護として入居者に対する人員配置を、2.5:1以上としている。基準の3:1から比較すると基準職員23.3に比べ配置職員数は30.0人としており約6.7人の増員となる。人件費は、支払給与・福利厚生費・交通費・法定福利費・退職金手当・募集広告費等を含め一人当たり年間503万円必要と考えられる。その費用を運営費として、入居者の方から月額40,857円（内税）の負担をさせていただくことで対応する。</p>
<p>※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p>	

**(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	9人
	女性	39人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上75歳未満	2人

	75 歳以上 85 歳未満	6 人
	85 歳以上	39 人
要介護度別	自立	0 人
	要支援 1	4 人
	要支援 2	0 人
	要介護 1	12 人
	要介護 2	7 人
	要介護 3	6 人
	要介護 4	10 人
	要介護 5	9 人
入居期間別	6 ヶ月未満	5 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	7 人
	1 年以上 5 年未満	25 人
	5 年以上 10 年未満	11 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	88.58 歳
入居者数の合計	48 人
入居率*	68.6%
※ 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	0 人
	社会福祉施設	2 人
	医療機関	5 人
	死亡者	27 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		介護付有料老人ホーム木更津真心生楽館
電話番号		0438-20-1150
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		千葉県健康保険連合会 介護保険課
電話番号		043-254-7404
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土曜、日曜、祝日

(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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) あいおいニッセイ同和損害保険(株)介護保険・社会福祉事業者総合保険
	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 身元保証人へ速やかに連絡し、協議する。
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 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
	<input checked="" type="checkbox"/> 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"/> 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	
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 25 年 2 月 27 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 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 (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	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）

※\_\_\_\_\_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	訪問介護ステーションこころ	千葉県木更津市請西1丁目18-22
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		
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	木更津真心生楽館	千葉県木更津市木更津3-6-16
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		
＜居宅介護予防サービス＞				
介護予防訪問介護	あり	なし	訪問介護ステーションこころ	千葉県木更津市請西1丁目18-22
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		
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	木更津真心生楽館	千葉県木更津市木更津3-6-16
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		
＜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）		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	なし		
					包含※2	都度※2	料金※3
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		○	【オムツ代】オムツ S サイズ 1,459 円・オムツ M サイズ 1,310 円・オムツ L サイズ 1,310 円・オムツ LL サイズ 1,692 円・リハビリパンツ S 1,192 円・リハビリパンツ M-L 1,192 円・リハビリパンツ L-LL 1,192 円・リハビリパンツ XL 1,917 円・尿取りパット（レギュラー）880 円・尿取りパット（ワイド）1,075 円・尿取りパット（ビッグ）1,145 円（1 パックに付）
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり		○	【入浴】週 2 回を超える 1 回に付 550 円（清拭、個浴、一般浴）
特浴介助	なし	あり	なし	あり		○	週 2 回を超える 1 回に付 1,650 円（特浴）
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		○	【協力医療機関外の送迎及び付添】1 時間以内 2,200 円、1 時間以降 30 分毎に 880 円
生活サービス							
居室清掃	なし	あり	なし	あり			週 2 回
リネン交換	なし	あり	なし	あり			週 1 回
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	【日常の洗濯】業者委託の場合 1 ネット 550 円
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		○	月 1 回の行事食
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	外部委託サービス
自費リハサービス			なし	あり		○	希望数に応じて 1 回 20 分 2,200 円
買い物代行	なし	あり	なし	あり			木更津市内 週 1 回
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり			木更津市内に限る
金銭・貯金管理			なし	あり			小口現金を事務所にて管理
健康管理サービス							
定期健康診断			なし	あり		○	【定期健康診断】年 1 回の健康診断（検査内容により実費）
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				カルテにて管理
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				応相談
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり				応相談
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。