

## 重要事項説明書

|       |          |
|-------|----------|
| 記入年月日 | 令和5年9月1日 |
| 記入者名  | 高梨 勝己    |
| 所属・職名 | ホーム長     |

## 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         | (かぶしきがいしゃ くらーち)<br>株式会社クラーチ          |   |
| 主たる事務所の所在地 | 〒100-6019 東京都千代田区霞が関 3-2-5 霞が関ビル 19階 |   |
| 連絡先        | 電話番号                                 | 03-5501-2911  |
|            | FAX番号                                | 03-6257-3010  |
|            | ホームページアドレス                           | <a href="http://www.kuraci.co.jp/">http://www.kuraci.co.jp/</a> |
| 代表者        | 氏名                                   | 鮫島 智啓   |
|            | 職名                                   | 代表取締役   |
| 設立年月日      | 昭和・平成・令和 13年 4月 19日                  |   |
| 主な実施事業     | 有料老人ホーム、高齢者住宅、施設の企画及び運営他             |   |

## 2. 有料老人ホーム事業の概要

## (住まいの概要)

|               |                                   |   |
|---------------|-----------------------------------|---|
| 名称            | (くらーち・ふぁみりあ ふなばし)<br>クラーチ・ファミリア船橋 |   |
| 所在地           | 〒274-0065<br>千葉県船橋市高根台7丁目18番15号   |   |
| 主な利用交通手段      | 最寄駅                               | 新京成線 高根公団駅  |
|               | 交通手段と所要時間                         | 新京成線「高根公団駅」より235m(徒歩約3分)  |
| 連絡先           | 電話番号                              | 047-404-8881  |
|               | FAX番号                             | 047-404-8885  |
|               | ホームページアドレス                        | <a href="https://www.kuraci.co.jp/house/famila/funabashi/">https://www.kuraci.co.jp/house/famila/funabashi/</a> |
| 管理者           | 氏名                                | 町川 晋作   |
|               | 職名                                | ホーム長  |
| 建物の竣工日        |                                   | 昭和・平成・令和 28年 2月 25日   |
| 有料老人ホーム事業の開始日 |                                   | 昭和・平成・令和 28年 6月 1日  |

**(類型)【表示事項】**

|             |                              |                               |
|-------------|------------------------------|-------------------------------|
| 1           | <input type="checkbox"/> 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           | <input type="checkbox"/> 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           | <input type="checkbox"/> 住宅型 |                               |
| 4           | <input type="checkbox"/> 健康型 |                               |
| 1又は2に該当する場合 | 介護保険事業者番号                    | 第1270908427号                  |
|             | 指定した自治体名                     | 船橋市                           |
|             | 事業所の指定日                      | 平成29年11月1日                    |
|             | 指定の更新日(直近)                   | 令和5年11月1日                     |

**3. 建物概要**

|                                       |              |   |                                       |
|---------------------------------------|--------------|---|---------------------------------------|
| 土地                                    | 敷地面積         | 1957 m <sup>2</sup> (登記簿)   |                                       |
|                                       | 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 <input type="checkbox"/> あり    2 なし |
|                                       |              | 契約期間  | 1 あり ( 年 月 日 ~ 年 月 日 )<br>2 なし        |
| 契約の自動更新                               | 1 あり    2 なし |   |                                       |
| 建物                                    | 延床面積         | 全体  | 3,350.78 m <sup>2</sup> (地上5階建)       |
|                                       |              | うち、老人ホーム部分  | 3,232.48 m <sup>2</sup> (1階の一部を除く)    |
|                                       | 耐火構造         | 1 <input type="checkbox"/> 耐火建築物                                  |                                       |
|                                       |              | 2 準耐火建築物  |                                       |
|                                       |              | 3 その他 ( )   |                                       |
|                                       | 構造           | 1 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 事業者が賃借する建物 |              |   |                                       |
| 抵当権の設定                                |              | 1 <input type="checkbox"/> あり    2 なし                             |                                       |
| 契約期間                                  |              | 1 <input type="checkbox"/> あり<br>(平成28年3月1日 ~ 令和28年2月28日)<br>2 なし |                                       |
| 契約の自動更新                               |              | 1 <input type="checkbox"/> あり    2 なし                             |                                       |
| 居室の状況                                 | 居室区分         | 1 <input type="checkbox"/> 全室個室                                   |                                       |
|                                       |              | 2 相部屋あり   |                                       |
|                                       | 【表示事項】       | 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 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 18.0 m <sup>2</sup> | 52    | 一般居室個室<br>兼介護居室個室 |
|  | タイプ2  | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 18.6 m <sup>2</sup> | 15    | 一般居室個室<br>兼介護居室個室 |
|  | タイプ3  | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 19.2 m <sup>2</sup> | 3     | 一般居室個室<br>兼介護居室個室 |
| ※「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<br>便房  | 12ヶ所   | うち男女別の対応が可能な便房                 | 2ヶ所                 |       |                   |
|  |   |  | うち車椅子等の対応が可能な便房                | 6ヶ所                 |       |                   |
|  | 共用浴室  | 4ヶ所  | 個室                             | 4ヶ所                 |       |                   |
|  |   |  | 大浴場                            | ヶ所                  |       |                   |
|  | 共用浴室における<br>介護浴槽  | 2ヶ所  | チェアー浴                          | 1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 <input checked="" type="checkbox"/> あり                           | 2 なし                           |                     |       |                   |
|  | 入居者や家族が利用<br>できる調理設備  | 1 あり   | 2 <input type="checkbox"/> なし  |                     |       |                   |
| エレベーター   | 1 あり (車椅子対応)<br>2 <input checked="" type="checkbox"/> あり (ストレッチャー対応)<br>3 あり (上記1・2に該当しない)<br>4 なし  |  |                                |                     |       |                   |
| 消防用設備<br>等                                       | 消火器   | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり                           | 2 なし                           |                     |       |                   |
|  | 自動火災報知設備  | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり                           | 2 なし                           |                     |       |                   |
|  | 火災通報設備  | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり                           | 2 なし                           |                     |       |                   |
|  | スプリンクラー   | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり                           | 2 なし                           |                     |       |                   |
|  | 防火管理者   | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり                           | 2 なし                           |                     |       |                   |
|  | 防災計画  | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり                           | 2 なし                           |                     |       |                   |
| その他  | エントランス、多目的室 (コミュニティラウンジ)、事務室、応接室、理美容室 (ヘアサロン・利用時実費負担あり)、リビング、ゲストルーム (利用時実費負担あり)、レストラン (クレーン亭)、機能訓練室 (リハビリルーム)、浴室 (個別浴室・特別浴室・機械浴室)、健康管理室、駐車場 |  |                                |                     |       |                   |

#### 4. サービスの内容

##### (全体の方針)

|                 |  |
|-----------------|--|
| 運営に関する方針        | 当ホームの運営指針は「あるべき姿を実現し、明日はもっと輝く生活を」を具現化し、‘高齢者をどうするか’ではなく、‘高齢者はどうされたいのか’という視点から一人ひとりの生き方や生活を応援して、明るく豊かな生活の実現に寄与します。地域や在宅で生活できない高齢者の生活の場として、日常生活の支援にとどまらず、入居者の持つ残存機能を十分に発揮するとともに、地域の一員として交流や、最後のときまで個人としての威厳を保つ事が出来るよう、サービスのみならずフォーマル・インフォーマルサービスを利用して、入居者の生活を支援していく事を第一に考えています。また、ホームでの生活の質(QOL)を向上させるために、スタッフの質の向上と、サービス向上を目指した研修を実施してまいります。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 医療と介護の連携を通して、高齢者一人ひとりの生き方や生活を応援し、明るく豊かな生活の実現を目指します。  |
| 入浴、排せつ又は食事の介護   | 1 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし   |
| 食事の提供           | 1 自ら実施 2 <input checked="" type="checkbox"/> 委託 3 なし   |
| 洗濯、掃除等の家事の供与    | 1 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 一部を実施  |
| 健康管理の供与         | 1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし   |
| 生活相談サービス        | 1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> なし |
|                                | 入居継続支援加算(Ⅱ)                                   | 1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし |
|                                | 生活機能向上連携加算(Ⅰ)                                 | 1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし |
|                                | 生活機能向上連携加算(Ⅱ)                                 | 1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし |
|                                | 個別機能訓練加算(Ⅰ)                                   | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし |
|                                | 個別機能訓練加算(Ⅱ)                                   | 1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし |
|                                | 夜間看護体制加算                                      | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし |
|                                | 若年性認知症入居者受入加算                                 | 1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし |
|                                | 医療機関連携加算                                      | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし |
|                                | 口腔機能向上加算(Ⅰ)                                   | 1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし |
|                                | 口腔機能向上加算(Ⅱ)                                   | 1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし |
|                                | 口腔栄養スクリーニング加算                                 | 1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし |
|                                | 退院・退所時連携加算                                    | 1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし |
|                                | ADL維持等加算(Ⅰ)                                   | 1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| ADL維持等加算(Ⅱ)                    | 1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし |   |

|                          |                                  |  |  |                             |  |  |
|--------------------------|----------------------------------|--|--|-----------------------------|--|--|
|                          | 看取り介護加算（Ⅰ）                       | 1                                      | <input checked="" type="checkbox"/> あり | 2                           | <input type="checkbox"/> なし            |  |
|                          | 看取り介護加算（Ⅱ）                       | 1                                      | <input type="checkbox"/> あり            | 2                           | <input checked="" type="checkbox"/> なし |  |
|                          | 処遇改善加算（Ⅰ）                        | 1                                      | <input checked="" type="checkbox"/> あり | 2                           | <input type="checkbox"/> なし            |  |
|                          | 特定処遇改善加算（Ⅱ）                      | 1                                      | <input checked="" type="checkbox"/> あり | 2                           | <input type="checkbox"/> なし            |  |
|                          | ベースアップ等支援加算                      | 1                                      | <input checked="" type="checkbox"/> あり | 2                           | <input type="checkbox"/> なし            |  |
|                          | 認知症専門<br>ケア加算                    | （Ⅰ）                                    | 1                                      | <input type="checkbox"/> あり | 2                                      | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
|                          |                                  | （Ⅱ）                                    | 1                                      | <input type="checkbox"/> あり | 2                                      | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
|                          | サービ<br>ス提<br>供体<br>制強<br>化<br>加算 | （Ⅰ）                                    | 1                                      | <input type="checkbox"/> あり | 2                                      | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| （Ⅱ）                      |                                  | 1                                      | <input type="checkbox"/> あり            | 2                           | <input checked="" type="checkbox"/> なし |  |
| （Ⅲ）                      |                                  | 1                                      | <input checked="" type="checkbox"/> あり | 2                           | <input type="checkbox"/> なし            |  |
| 人員配置が手厚い介護サービスの<br>実施の有無 | 1                                | あり                                     | (介護・看護職員の配置率)                          |                             | : 1                                    |  |
|                          | 2                                | <input checked="" type="checkbox"/> なし |  |                             |  |  |

**(医療連携の内容)**

|        |        |      |  |   |  |
|--------|--------|------|--|---|--|
| 医療支援   | ※複数選択可 | 1    | <input checked="" type="checkbox"/> 救急車の手配           | } ※スタッフ付添いは有料サービスとなります。<br>(別添2に料金記載あり) |  |
|        |        | 2    | <input checked="" type="checkbox"/> 入退院の付き添い         |   |  |
|        |        | 3    | <input checked="" type="checkbox"/> 通院介助             |   |  |
|        |        | 4    | <input checked="" type="checkbox"/> 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 麒麟会 若葉クリニック                                   |   |  |
|        |        | 住所   | 千葉県船橋市上山町 1-157-1 レビー船橋 1 階<br>(7.3km・車で19分)         |   |  |
|        |        | 診療科目 | 内科   |   |  |
|        |        | 協力内容 | 訪問診療・緊急時往診・医療機関の紹介等<br>※医療費その他費用は入居者の自己負担となります。      |   |  |
|        | 2      | 名称   | 医療法人社団 さくらライフ さくらライフクリニッ<br>ク船橋ステーション                |   |  |
|        |        | 住所   | 千葉県船橋市本町 7-5-19 ヤマケンビル 2 階<br>(6.3 km・車で約16分)        |   |  |
|        |        | 診療科目 | 内科   |   |  |
|        |        | 協力内容 | 訪問診療・緊急時往診・医療機関の紹介等<br>※医療費その他費用は入居者の自己負担となります。      |   |  |
|        | 3      | 名称   | 医療法人社団 慶成会 千葉西クリニック                                  |   |  |
|        |        | 住所   | 千葉県船橋市習志野台 1-10-1 エトワール石川 1 階<br>(0.7 km・車で約2分)      |   |  |
|        |        | 診療科目 | 内科   |   |  |
|        |        | 協力内容 | 訪問診療・緊急時往診・医療機関の紹介等<br>※医療費その他費用は入居者の自己負担となります。      |   |  |
|        | 4      | 名称   | 医療法人 沖縄徳洲会 千葉徳洲会病院                                   |   |  |
|        |        | 住所   | 千葉県船橋市高根台 2-11-1 (0.7km・車で約2分)                       |   |  |

|          |  |      |  |
|----------|--|------|--|
|          |  | 診療科目 | 内科、外科、消化器内科、消化器外科、循環器内科、呼吸器内科、呼吸器外科、脳神経外科、小児科、婦人科、心臓血管外科、整形外科、泌尿器科、皮膚科、頭頸部外科、耳鼻咽喉科、糖尿病内科、放射線科、放射線治療科、リハビリテーション科、麻酔科、眼科、神経内科、救急科、病理診断科、緩和ケア内科 |
|          |  | 協力内容 | 受診・入院治療・検査等<br>※医療費その他費用は入居者の自己負担となります。  |
| 協力歯科医療機関 |  | 名称   | 医療法人社団 奏和会<br>くまさんデンタルクリニック  |
|          |  | 住所   | 千葉県鎌ケ谷市丸山3-15-15 (5.1 km・車で約13分)   |
|          |  | 協力内容 | 歯科検診、歯科治療等   |
| 協力歯科医療機関 |  | 名称   | 医療法人社団 慶実会<br>グレースデンタルメディカルクリニック北総分院   |
|          |  | 住所   | 千葉県白井市南山2-1-2-2 プラザ南山<br>(8.9 km・車で約24分)   |
|          |  | 協力内容 | 歯科検診、歯科治療等   |

**(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<br>※複数選択可 | 1 一時介護室へ移る場合<br>2 介護居室へ移る場合<br>3 <u>その他</u> ( 一般居室個室兼介護居室個室を変更する場合 )  |
| 判断基準の内容                  | 事業者は、入居者の心身状況や介護状況の変化に応じて居室の住み替えを行う場合があり、下記の手続きを経て住み替え前の居室の利用権に替え、住み替え後の居室の利用権を設定します。この場合、居室の占有面積の減少や設備・仕様の変更等による入居一時金の減額は行いません。<br>※入居者又は身元引受人の希望による居室変更の場合は、事業者は入居者及び身元引受人と協議の上、住み替え前の居室を退去精算の上、新たに住み替え後の居室の入居契約を締結します。 |
| 手続きの内容                   | ① 事業者の指定する医師又は主治医の意見を聴く<br>② 緊急やむを得ない場合を除いて一定の観察期間を設ける<br>③ 住み替え後の居室及び契約上の権利変動の有無、居室の専有面積の変更の有無及び費用負担の増減の有無、生活支援サービス等の変更内容等について、入居者、成年後見人及び身元引受人等に説明を行う<br>④ 入居者又は成年後見人の同意を得る   |
| 追加的費用の有無                 | 1 あり 2 <u>なし</u>  |
| 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              | 1 あり 2 <u>なし</u>  |

|                  |        |   |  |   |  |  |
|------------------|--------|---|--|---|--|--|
| 従前の居室との<br>仕様の変更 | 面積の増減  | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | 2                                       | <input type="checkbox"/> なし            |  |
|                  | 便所の変更  | 1 | <input type="checkbox"/> あり            | 2                                       | <input checked="" type="checkbox"/> なし |  |
|                  | 浴室の変更  | 1 | <input type="checkbox"/> あり            | 2                                       | <input checked="" type="checkbox"/> なし |  |
|                  | 洗面所の変更 | 1 | <input type="checkbox"/> あり            | 2                                       | <input checked="" type="checkbox"/> なし |  |
|                  | 台所の変更  | 1 | <input type="checkbox"/> あり            | 2                                       | <input checked="" type="checkbox"/> なし |  |
|                  | その他の変更 | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | (変更内容) 従前居室の原状回復費用を負担して<br>いただくことがあります。 |  |  |
|                  |        | 2 | <input type="checkbox"/> なし            |   |  |  |

(入居に関する要件)

|                    |   |   |  |   |  |
|--------------------|---|---|--|---|--|
| 入居対象となる者<br>【表示事項】 | 自立している者   | 1   | <input type="checkbox"/> あり            | 2 | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
|                    | 要支援の者   | 1   | <input checked="" type="checkbox"/> あり | 2 | <input type="checkbox"/> なし            |
|                    | 要介護の者   | 1   | <input checked="" type="checkbox"/> あり | 2 | <input type="checkbox"/> なし            |
| 留意事項               | <p>入居者の条件（年齢、心身の状況等）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 60歳以上の方で、原則として身元引受人を立てられる方。</li> <li>・ 要支援・要介護認定を受けている方</li> <li>・ 管理費その他、ご入居者がお支払いされるべき費用を、お支払い頂ける方。</li> <li>・ 健康保険に加入されている方（扶養家族でも可）。</li> <li>・ 介護保険に加入されている方。</li> <li>・ 暴力団と目される組織に属される方若しくはこれに類する方<br/>ないしは同関係者等でない方。</li> <li>・ 身体状況・共同生活への適応力について事業者の審査基準を満たされた方。</li> </ul> |   |  |   |  |
| 契約の解除の内容           | <p>① 入居者が死亡したとき</p> <p>② 事業者が入居契約書第29条に基づき契約の解除を通告し、<br/>予告期間が満了したとき</p> <p>③ 入居者が入居契約書第30条に基づき解約を行ったとき</p>   |   |  |   |  |
| 事業主体から解約を求める場合     | 解約条項  | <p>1 事業者は、入居者及び身元引受人、その他の家族等に対し次の各号のいずれかに該当する場合は、改善を希望する旨の申し入れを行います。それにも拘わらず改善の見込みがなく、結果として入居者に対して適切な介護サービスを提供することが困難であると認めるとき、且つそのことにより本契約をこれ以上将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合には本条第2項及び第3項に規定した条件の下に、本契約を解除することができます。</p> |  |   |  |

|  |  |   |
|--|--|---|
|  |  | <p>一 入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき</p> <p>二 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、繰り返し遅滞するとき</p> <p>三 第3条第4項の規定に違反したとき</p> <p>四 第20条の規定に違反したとき</p> <p>五 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</p> <p>六 入居者及び身元引受人、またはその家族等が、事業者や職員もしくはその他の入居者、関係者に対して故意にハラスメントや暴言等の法令違反その他著しく常識を逸脱する行為を行ったとき</p> <p>七 入居者及び身元引受人、またはその家族等が、事業者や職員もしくはその他の入居者、関係者の生命、身体、財産、若しくは信用を傷つける恐れがあり、且つ事業者が通常の方法ではこれを防止できないと判断したとき</p> <p>八 身元引受人またはその家族等が、入居者の利用に関する事業者の助言や相談の申し入れ等を理由なく拒否し、或いは全く反応しない等、事業者の運営を著しく阻害する行為が認められるとき</p> <p>九 利用中に入居者の身体、精神および疾患等の状態変化により、事業者において対応可能な範囲を超える介護・医療等の行為が必要となったとき</p> <p>十 入居者が医療機関に入院し、退院の見通しが得られた際に医療依存度の重度化等の理由により、事業者において対応可能な範囲を超える介護・医療等の行為が必要となったとき</p> <p>2 前項の規定に基づく契約の解除の場合は、事業者は書面にて次の各号に掲げる手続きを行います。</p> <p>一 契約解除の通告について90日の予告期</p> |
|--|--|---|



|              |  |  |
|--------------|--|--|
|              |  | 間をおく<br>二 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<br>三 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・関係機関と協議し、移転先の確保について協力する<br>3 事業者は、入居者及び身元引受人等が次の各号のいずれかに該当した場合には、本条前項までの定めに関わらず、催告することなく本契約を解除することができます。<br>一 第46条の各号の確約に反する事実が判明したとき<br>二 本契約締結後に反社会的勢力に該当したとき |
|              | 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      | 1 <input type="checkbox"/> あり (内容：利用契約の締結に先立ち、体験利用をすることが出来ます。)<br>要支援1・2・要介護1 1泊2日 : 8,800円<br>要介護2・3 1泊2日 : 13,200円<br>要介護4・5 1泊2日 : 16,500円<br>※介護保険は適用されませんので、全額自己負担となります。<br>※上記料金には、食費・水光熱費・施設サービス費(ただし、個別の要望に基づく外出同行等を除く)・消費税が含まれます。<br>2 なし |  |
| 入居定員         |  | 70人  |
| その他          |  |  |

## 5. 職員体制

### (職種別の職員数)

|        | 職員数 (実人数) |    |     | 常勤換算人数<br>※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 | 29        | 25 | 6   | 26.9           |
| 介護職員   | 25        | 21 | 4   | 23.1           |
| 看護職員   | 4         | 3  | 1   | 3.8            |

|   |   |   |   |      |
|---|---|---|---|------|
| 機能訓練指導員   | 1 | 1 |   | 1.0  |
| 計画作成担当者   | 1 | 1 |   | 1.0  |
| 栄養士   |   |   |   | 委託   |
| 調理員   |   |   |   | 委託   |
| 事務員   | 2 | 2 |   | 2.0  |
| その他職員   | 7 | 1 | 6 | 3.5  |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 <sup>※2</sup>  |   |   |   | 40時間 |
| <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     |    |     |   |
| 介護福祉士     | 16 | 11  | 2 |
| 実務者研修の修了者 | 8  | 3   | 1 |
| 初任者研修の修了者 | 4  | 4   | 2 |
| 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   |    |     |  |
| 理学療法士       | 2  | 2   |  |
| 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 ( 16時30分 ~ 翌9時30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                         | 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<br>(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*<br>【表示事項】              | a 1.5 : 1 以上<br>b 2 : 1 以上<br>c <u>2.5 : 1 以上</u><br>d 3 : 1 以上 |
|   | 実際の配置比率<br>(記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数) | 2.2 : 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 <u>なし</u> |     |       |     |         |     |         |     |
|                                  | 業務に係る資格等 | 1 <u>あり</u> |                  |     |       |     |         |     |         |     |
|                                  |          | 資格等の名称      | 介護福祉士            |     |       |     |         |     |         |     |
|                                  | 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                      |          |             | 3                | 1   |       |     |         |     | 2       |     |
| 前年度1年間の退職者数                      |          |             | 2                |     |       |     |         |     | 2       |     |
| 応じた職員<br>の人数<br>業務に従事した<br>経験年数に | 1年未満     |             | 2                |     |       |     |         |     |         |     |
|                                  | 1年以上     |             | 5                |     |       |     |         |     |         |     |
|                                  | 3年未満     |             |                  |     |       |     |         |     |         |     |
|                                  | 3年以上     | 1           |                  | 4   |       | 1   |         |     |         |     |
|                                  | 5年未満     |             |                  |     |       |     |         |     |         |     |
|                                  | 5年以上     | 2           |                  | 4   | 1     |     |         |     |         |     |
|                                  | 10年未満    |             |                  |     |       |     |         |     |         |     |
| 10年以上                            |          | 1           | 6                | 3   |       |     | 1       |     | 1       |     |
| 従業者の健康診断の実施状況                    |          |             | 1 <u>あり</u> 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<br>【表示事項】    | 1 <u>利用権方式</u><br>2 建物賃貸借方式<br>3 終身建物賃貸借方式 |
| 利用料金の支払い方式<br>【表示事項】 | 1 全額前払い方式<br>2 一部前払い・一部月払い方式               |

|                                |   |   |
|--------------------------------|---|---|
|                                | 3 月払い方式   |   |
|                                | 4 <input type="checkbox"/> 選択方式<br>※該当する方式を全て選択   | 1 全額前払い方式<br>2 <input type="checkbox"/> 一部前払い・一部月払い方式<br>3 <input type="checkbox"/> 月払い方式 |
| 年齢に応じた金額設定                     | 1 あり 2 <input type="checkbox"/> なし  |   |
| 要介護状態に応じた金額設定                  | 1 あり 2 <input type="checkbox"/> なし  |   |
| 入院等による不在時における<br>利用料金（月払い）の取扱い | 1 <input type="checkbox"/> 減額なし（家賃相当額・管理費・光熱水費）<br>2 <input type="checkbox"/> 日割り計算で減額（食材費・1食単位で計算）<br>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<br>の改定                    | 条件  | 千葉県が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案し、運営懇談会において十分な説明を行い、意見を参考にした上で改定を行う場合があります。                       |
|                                | 手続き   | 上記同様  |

**(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)**

|   |                               | 前払い方式   | 月払い方式   |           |
|---|-------------------------------|---|---|-----------|
| 入居者の状況  | 要介護度                          | 要支援 1   | 要介護 3   |           |
|   | 年齢                            | 80 歳  | 85 歳  |           |
| 居室の状況   | 床面積                           | 18.0 m <sup>2</sup> ~19.2 m <sup>2</sup>                  | 18.0 m <sup>2</sup> ~19.2 m <sup>2</sup>                  |           |
|   | 便所                            | 1 <input type="checkbox"/> 有 2 <input type="checkbox"/> 無 | 1 <input type="checkbox"/> 有 2 <input type="checkbox"/> 無 |           |
|   | 浴室                            | 1 有 2 <input type="checkbox"/> 無                          | 1 有 2 <input type="checkbox"/> 無                          |           |
|   | 台所                            | 1 有 2 <input type="checkbox"/> 無                          | 1 有 2 <input type="checkbox"/> 無                          |           |
| 入居時点で必<br>要な費用  | 前払金                           | 4,800,000 円   | 円   |           |
|   | 敷金                            | 円   | 256,000 円   |           |
| 月額費用の合計   |                               | 224,884 円   | 310,441 円   |           |
| 家賃  |                               | 58,000 円  | 128,000 円   |           |
| サービス費用  | 特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用 | 5,754 円   | 21,311 円  |           |
|   | 介護保険外 <sup>※2</sup>           | 食材費   | 30,780 円  | 30,780 円  |
|   |                               | 管理費   | 120,560 円   | 120,560 円 |
|   |                               | 介護費用  | 円   | 円         |
|   |                               | 光熱水費  | 9,790 円   | 9,790 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   |
|-------|--|
| 家賃相当額 | ・用途：入居者が当該施設に入居し、契約期間中の住まいと日常生活上必要な各種サービスを受ける場として利用するための居住に関する家賃 |

|                      |   |
|----------------------|---|
|                      | <p>相当の費用</p> <p>・算定根拠：当該目的施設の開発費、家賃、施設維持費等を含む総費用を、平均的な余命を勘案して、1室あたりの月額費用を算出したもの。</p> <p>※家賃相当額及び敷金は、老人福祉法第29条第6項において受領が禁止されている権利金及び耐働性のない金品に該当しません。</p>                             |
| 敷金                   | 家賃相当額の2ヶ月分（月払い方式のみ）   |
| 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                  | <p>基礎サービス等に係る人件費・事務費、施設の運営・維持管理全般に係る諸経費、事務管理部門の人件費・事務費、厨房運営費並びに共用施設の光熱費、清掃費、点検・補修費、及びそれに係る人件費。</p> <p>※実費で提供するサービスは、「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」参照。</p>                     |
| 食材費                  | 1日1人あたり 1,026円（税込）（朝食270円、昼食324円、夕食324円、おやつ108円）×30日の場合の積算額   |
| 光熱水費                 | 使用する居室の光熱水費用として一律でお支払いいただきます。   |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 別添2参照   |
| その他のサービス利用料          | <p>・医療費、おむつ代等の介護消耗品費、新聞代、理美容代、レクリエーションの材料費、小旅行費、特別食（注文食）、クリーニング費等の個人利用・使用かかる費用。その他、施設が定めるサービスを利用した際のサービスに係る費用は別途負担頂きます。</p> <p>・別途利用料の支払いが必要となる有料サービスの項目と利用料については、管理規程に記載しています。</p> |

**（特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠）**

| 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割又は2割又は3割を負担。 |            |                       |                     |                  |                  |
|                      | ① 介護保険給付                    |            |                       |                     |                  |                  |
|                      |                             | 介護給付費/日    | 介護給付費額/日<br>(船橋市:4級地) | 自己負担額/日             | 1ヶ月(30日)の自己負担額目安 |                  |
|                      | 要支援1                        | 182単位      | 1,918円                | 191円                | 5,754円           |                  |
|                      | 要支援2                        | 311単位      | 3,277円                | 327円                | 9,833円           |                  |
|                      | 要介護1                        | 538単位      | 5,670円                | 567円                | 17,011円          |                  |
|                      | 要介護2                        | 604単位      | 6,366円                | 636円                | 19,098円          |                  |
|                      | 要介護3                        | 674単位      | 7,103円                | 710円                | 21,311円          |                  |
|                      | 要介護4                        | 738単位      | 7,778円                | 777円                | 23,335円          |                  |
|                      | 要介護5                        | 807単位      | 8,505円                | 850円                | 25,517円          |                  |
|                      | ② 加算給付費                     |            |                       |                     |                  |                  |
|                      | 区分                          | 対象         | 介護給付費                 | 介護給付費額<br>(船橋市:4級地) | 自己負担額            | 1ヶ月(30日)の自己負担額目安 |
|                      | 個別機能訓練加算(Ⅰ)                 | 要支援<br>要介護 | 12単位/日                | 126円                | 12円              | 360円             |

|   |                  |            |                          |         |                    |                    |
|---|------------------|------------|--------------------------|---------|--------------------|--------------------|
|   | 医療機関連携加算         | 要支援<br>要介護 | 80 単位/月                  | 843 円   | 84 円               | 84 円               |
|   | 夜間看護体制加算         | 要介護        | 10 単位/日                  | 105 円   | 10 円               | 300 円              |
|   | 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)    | 要支援<br>要介護 | 所定単位数×8.2%               |         |                    |                    |
|   | 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ) | 要支援<br>要介護 | 所定単位数×1.2%               |         |                    |                    |
|   | 介護職員等ベースアップ等支援加算 | 要支援<br>要介護 | 所定単位数×1.5%               |         |                    |                    |
|   | 看取り介護加算(Ⅰ)       | 要介護        | 72 単位/日<br>(死亡日45日前～31日) | 758 円   | 75 円               | 1,138 円<br>(15 日分) |
| 144 単位/日<br>(死亡日以前4～30日)  |                  |            | 1,517 円                  | 151 円   | 4,077 円<br>(27 日分) |                    |
| 680 単位/日<br>(死亡日前日、前々日)   |                  |            | 7,167 円                  | 716 円   | 1,432 円<br>(2 日分)  |                    |
| 1,280 単位/日<br>(死亡日)   |                  |            | 13,491 円                 | 1,349 円 | 1,349 円<br>(1 日分)  |                    |
| <p>※上記自己負担金は、介護給付費額の1割の場合であり、一定以上の所得のある方は自己負担金が2割又は3割となります。</p> <p>その他の費用については、別添の料金表に示します。</p> |                  |            |                          |         |                    |                    |
| 特定施設入居者生活介護※<br>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)  | なし               |            |                          |         |                    |                    |
| ※ 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>用途：入居者が居住する居室及び入居者が利用する共用施設を終身にわたって利用するための家賃相当費用の一部前払い分。老人福祉法第29条第6項において受領が禁止されている権利金又は対価性のない金品に該当しません。</p> <p>算定根拠：前払金の算定にあたっては、厚生労働省の有料老人ホーム設置運営指導指針及び事務連絡(平成24年3月16日付)で示された算式に基づき算定。具体的な算定方法は別紙で示します。</p> |
| 想定居住期間(償却年月数) | 2,191日(約72か月)   |
| 償却の開始日        | 入居日の翌日  |

|   |               |   |
|---|---------------|---|
| 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<br>(初期償却額) |               | 前払金の20%相当額<br>事業者は、「想定居住期間を超えて入居契約が継続する場合に備えて受領する家賃相当額」として、合理的に算出された額を前払金の非返還対象分(前払金に占める割合は20%)とします。<br>但し、入居後3月以内の契約解除の場合、又は死亡により契約が終了する場合は、受領済みの前払金を全額(初期償却相当額も含む)返還します。  |
| 初期償却率                                   |               | 前払金の20%   |
| 返還金の算定方法                                | 入居後3月以内の契約終了  | 利用開始から3か月以内に契約が終了した場合は、次の計算式に基づいて未償却分を無利息で返還いたします。<br>返還金=前払金-施設利用料×(契約開始日から契約終了日までの入居日数)<br>※施設利用料=(前払金×80%)÷2,191日(日割り)<br>※上記の返還金額より、原状回復費用等支払債務を差し引いた上で返還致します。  |
|   | 入居後3月を超えた契約終了 | 前払金の償却期間(2,191日・約72か月)内に契約が終了した場合は、次の計算式に基づいて未償却分を無利息で返還いたします。<br>(前払金×80%)÷2,191日×(契約終了日から償却期間満了日までの日数)<br>※上記の返還金額より、原状回復費用等支払債務を差し引いた上で返還致します。<br>※前払金×初期償却率=初期償却額(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)<br>※償却年月数を経過した場合には、返還金はありません。 |
| 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         | 16人 |
|       | 女性         | 54人 |
| 年齢別   | 65歳未満      | 0人  |
|       | 65歳以上75歳未満 | 4人  |
|       | 75歳以上85歳未満 | 14人 |
|       | 85歳以上      | 52人 |
| 要介護度別 | 自立         | 0人  |

|       |               |      |
|-------|---------------|------|
|       | 要支援 1         | 4 人  |
|       | 要支援 2         | 5 人  |
|       | 要介護 1         | 18 人 |
|       | 要介護 2         | 12 人 |
|       | 要介護 3         | 17 人 |
|       | 要介護 4         | 12 人 |
|       | 要介護 5         | 2 人  |
| 入居期間別 | 6 ヶ月未満        | 13 人 |
|       | 6 ヶ月以上 1 年未満  | 6 人  |
|       | 1 年以上 5 年未満   | 36 人 |
|       | 5 年以上 10 年未満  | 15 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  | 87.9 歳 |
| 入居者数の合計   | 70 人   |
| 入居率※  | 100.0% |
| ※ 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      | 人             |
|         | 社会福祉施設   | 人             |
|         | 医療機関     | 1 人           |
|         | 死亡者      | 12 人          |
|         | その他      | 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 | 1 人           |
|         |          | (解約事由の例) 長期入院 |

### 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        |    | クラーチ・ファミリア船橋 苦情受付窓口 |
| 電話番号         |    | 047-404-8881        |
| 対応している<br>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          |       | なし                          |
| 窓口の名称        |       | 千葉県国民健康保険団体連合会 苦情処理係        |
| 電話番号         |       | 043-254-7428                |
| 対応している<br>時間 | 平日    | 9:00 ~ 17:00                |
|              | 土曜    | なし                          |
|              | 日曜・祝日 | なし                          |
| 定休日          |       | 土日祝祭日（平日のみ受付）               |
| 窓口の名称        |       | 船橋市役所 福祉サービス部 指導監査課 指導監査第二係 |
| 電話番号         |       | 047-404-2712                |
| 対応している<br>時間 | 平日    | 9:00 ~ 17:00                |
|              | 土曜    | なし                          |
|              | 日曜・祝日 | なし                          |
| 定休日          |       | 土日祝祭日（平日のみ受付）               |
| 窓口の名称        |       | 公益社団法人全国有料老人ホーム協会           |
| 電話番号         |       | 03-3272-3781                |
| 対応している<br>時間 | 平日    | 10:00 ~ 17:00               |
|              | 土曜    | なし                          |
|              | 日曜・祝日 | なし                          |
| 定休日          |       | 土日祝祭日（平日のみ受付）               |

**(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 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | (その内容)<br>介護保険・社会福祉事業者総合保険<br>(あいおいニッセイ同和損害保険(株)加入)  |
|                               | 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 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | (その内容) 事業者はご入居者に対するサービスの提供にあたって、万が一事故が発生し、ご入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、不可抗力による場合を除き速やかにご入居者に対して損害を賠償します。ただし、ご入居者に重過失がある場合、事業者は賠償責任を免除され、または賠償額を減額されることがあります。 |
|                               | 2 | なし                                     |  |
| 事故対応及びその予防のための指針              | 1 | <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 | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | 実施日 | 令和5年5月28日 |
|--------------|---|--|-----|-----------|

|                      |      |  |  |      |
|----------------------|------|--|--|------|
| 見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況 |      | 結果の開示                                  | 1 <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 |
|                      | 2    | <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 | 1 入居希望者に公開<br>2 <input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に交付<br>3 公開していない |
| 管理規程     | 1 入居希望者に公開<br>2 <input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に交付<br>3 公開していない |
| 事業収支計画書  | 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>3 <input checked="" type="checkbox"/> 公開していない |
| 財務諸表の要旨  | 1 <input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>3 公開していない |
| 財務諸表の原本  | 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>3 <input checked="" type="checkbox"/> 公開していない |

### 10. その他

|  |   |  |              |
|--|---|--|--------------|
| 運営懇談会  | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> あり                       | (開催頻度) 年 2 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<br>【表示事項】                              | 1 | あり (提携ホーム名: )  |              |
|  | 2 | <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               | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> あり (平成 28 年 2 月 5 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 | <input checked="" type="checkbox"/> なし                       |              |
| 船橋市有料老人ホーム設置運営指                                  | 1 | あり (平成 年 月 日施行の設置運営指導指針)                                     |              |

|                          |  |
|--------------------------|--|
| 導指針「規模及び構造設備」に合致しない事項    | 2 <input type="checkbox"/> なし                    |
| 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）<br>2 適合している（将来の改善計画）<br>3 適合していない |
| 船橋市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（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）

※ \_\_\_\_\_ 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。

## 販売品価格表

| 商 品 名  | 枚 数             | 価 格     | 枚数単価             |
|--|-----------------|---------|------------------|
| リハビリパンツ<br>オンリーワンうす型パンツ前後フリーM                          | 22 枚入り<br>(1 袋) | 2,134 円 | 1 枚当り<br>約 97 円  |
| リハビリパンツ<br>オンリーワンうす型パンツ前後フリーL-LL                       | 20 枚入り<br>(1 袋) | 2,013 円 | 1 枚当り<br>約 101 円 |
| テープ止め<br>オンリーワン幅広テープ S                                 | 22 枚入り<br>(1 袋) | 2,178 円 | 1 枚当り<br>約 99 円  |
| テープ止め<br>オンリーワン幅広テープ M                                 | 20 枚入り<br>(1 袋) | 2,090 円 | 1 枚当り<br>104 円   |
| テープ止め<br>オンリーワン幅広テープ L-LL                              | 17 枚入り<br>(1 袋) | 2,057 円 | 1 枚当り<br>121 円   |
| 尿取りパット<br>オンリーワンパッドレギュラー                               | 32 枚入り<br>(1 袋) | 1,287 円 | 1 枚当り<br>約 40 円  |
| 尿取りパット<br>オンリーワンパッドロング                                 | 32 枚入り<br>(1 袋) | 1,870 円 | 1 枚当り<br>約 58 円  |
| 尿取りパット<br>オンリーワンパッドスーパーロング                             | 32 枚入り<br>(1 袋) | 1,870 円 | 1 枚当り<br>約 58 円  |
| 尿取りパット<br>オンリーワンパッドワイド                                 | 30 枚入り<br>(1 袋) | 2,200 円 | 1 枚当り<br>約 73 円  |
| 尿取りパット<br>オンリーワンパッドからだカーブアクティブノーマル                     | 48 枚入り<br>(1 袋) | 2,145 円 | 1 枚当り<br>約 44 円  |
| 横漏れ安心テープ止め<br>ユニ・チャーム ライフリーM サイズ                       | 23 枚入り<br>(1 袋) | 1,815 円 | 1 枚当り<br>約 79 円  |
| 一晩中安心さらさらパッド<br>ユニ・チャーム ライフリー ウルトラ共用サイズ                | 36 枚入り<br>(1 袋) | 1,980 円 | 1 枚当り<br>約 55 円  |
| 一晩中安心さらさらパッド<br>ユニ・チャーム ライフリー SkinCondition スーパー共用サイズ  | 45 枚入り<br>(1 袋) | 2,585 円 | 1 枚当り<br>約 58 円  |
| 一晩中安心さらさらパッド<br>ユニ・チャーム ライフリー SkinCondition ウルトラ共用サイズ  | 42 枚入り<br>(1 袋) | 2,750 円 | 1 枚当り<br>約 66 円  |
| 一晩中安心さらさらパッド<br>ユニ・チャーム ライフリー SkinCondition エクストラ共用サイズ | 36 枚入り<br>(1 袋) | 2,805 円 | 1 枚当り<br>約 78 円  |

※おむつの販売価格には廃棄処理に要する費用が含まれています。お持込みによるおむつ使用の場合、下記の廃棄処理に要する費用のご負担をお願いいたします。お持ち込みの際に、ホームにて数量の確認をさせていただきます。

|                 |           |
|-----------------|-----------|
| 持込用リハビリパンツ参考廃棄料 | 1袋あたり330円 |
| 持込用テープ止め参考廃棄料   | 1袋あたり330円 |
| 持込用パット参考廃棄料     | 1袋あたり330円 |

※上記記載金額は税込金額です。

別添1 事業主体が船橋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 |        |     |
| 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 |        |     |
| 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 |        |     |
| 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 |        |     |
| 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 |                                   |    |                            |    | 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 |       |       | (注1)週3回目以降は有料サービスとなります。(スタッフ介助を要さず見守りのみの場合 660 円/30 分。) |  |
| 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  | (注2)集団で行う機能訓練を指し、個別に行う機能訓練については別途有料サービス費がかかります。  |
| 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 |       | ○(注1) | 1,980 円/30 分  | (注3)原則として公共交通機関を利用し、交通費実費が必要となります。協力医療機関の場合、月2回まで無料。(院内付き添いが必要な場合は別途費用が発生します。)協力医療機関以外の場合は有料サービスとなります。 |
| 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 | ○(注2) |       |   |  |
| 通院介助                             | なし                                | あり | なし                         | あり |       | ○(注3) | 1,980 円/30 分  |  |
| 生活サービス                           |                                   |    |                            |    |       |       |   |  |
| 居室清掃                             | なし                                | あり | なし                         | あり |       | ○(注4) | 1,650 円/30 分  | (注4)週2回目以降は有料サービスとなります。  |
| リネン交換                            | なし                                | あり | なし                         | あり |       | ○(注4) | 550 円/回   | (注5)ホームの洗濯機・乾燥機にて対応できるものに限りま<br>す。週3回目以降は有料サービスとなります。  |
| 日常の洗濯                            | なし                                | あり | なし                         | あり |       | ○(注5) | 330 円/回   |  |
| 居室配膳・下膳                          | なし                                | あり | なし                         | あり |       | ○(注6) | 330 円/回   | (注6)疾病等で居室配膳・下膳が必要とホームが判断した場<br>合は適宜対応します。   |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事                  | /                                 |    | なし                         | あり |       | ○(注7) | 適宜  |  |
| 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 |       | ○     | 実費  | (注7)内容によっては費用が発生する場合があります。(厨<br>房運営業者との協議が必要です。)   |
| 買い物代行                            |                                   |    | なし                         | あり | ○(注8) | ○(注8) | 1,650 円/30 分  |  |
| 役所手続き代行                          | なし                                | あり | なし                         | あり |       | ○     | 1,650 円/30 分  | (注8)週2回目以降は有料サービスとなります。ホームが指<br>定する店舗で購入可能なものに限りま  |
| 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 |       | ○     | 実費  | 年2回、定期健康診断を受ける機会を設けています。<br>適宜<br>適宜<br>適宜<br>適宜   |
| 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 |       |       |   | (注9)体調急変等による救急対応の場合は適宜対応いたし<br>ます。   |
| 入退院時の同行                          | なし                                | あり | なし                         | あり |       | ○(注9) | 1,980 円/30 分  |  |
| 入院中の洗濯物交換・買い物                    | なし                                | あり | なし                         | あり |       |       |   | (注10)入院先病院関係者より退院に向けた情報提供をいた<br>だくために入院先に伺う場合があります。  |
| 入院中の見舞い訪問                        | なし                                | あり | なし                         | あり | (注10) |       |   |  |

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割、2割又は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、月額の利用料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。（税込）