

## 重要事項説明書

記入年月日	令和 4年 7月 1日
記入者名	栗原 直大
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	(か) あすみがおかぐりーんひるず 株式会社 あすみが丘グリーンヒルズ	
主たる事務所の所在地	〒267-0066 千葉県緑区あすみが丘7-2-3	
連絡先	電話番号	043-295-3311
	FAX番号	043-295-4411
	ホームページアドレス	http://www.asumigaokagh.co.jp
代表者	氏名	中野 好江
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成	17年 9月 7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	かいごつきゆうりょうろうじんほーむあすみがおかぐりーんひるず 介護付有料老人ホームあすみが丘グリーンヒルズ	
所在地	〒267-0066 千葉県緑区あすみが丘7-2-3	
主な利用交通手段	最寄駅	土気駅
	交通手段と所要時間	・JR外房線土気駅より1400m (徒歩19分) ・土気駅より創造の杜経由大 権町行きバスにて6分、あす みが丘プラザ下車30m (徒歩1分)
連絡先	電話番号	043-295-3311
	FAX番号	043-295-4411
	ホームページアドレス	http://www.asumigaokagh.co.jp
管理者	氏名	栗原 直大
	職名	施設長
建物の竣工日	昭和・平成	19年 8月 13日
有料老人ホーム事業の開始日	昭和・平成	19年 9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	1270500943
	指定した自治体名	千葉県 (市)
	事業所の指定日	平成19年 9月 1日
	指定の更新日 (直近)	令和元年 9月 1日

3. 建物概要

土地	敷地面積	3947.65㎡			
	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 ( 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	5217.48㎡		
		うち、老人ホーム部分	4230.9㎡		
	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 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 )			
		2 なし			
	契約の自動更新	1 あり	2 なし		
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室			
		2 相部屋あり			
		最少	人部屋		
	最大	人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数

	タイプ1	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	19.77～ 21.25㎡	29	介護居室
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.19～ 22.36㎡	24	介護居室
	タイプ3	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	28.27～ 30.27㎡	3	介護居室
	タイプ4	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	36.47～ 40.16㎡	7	介護居室
	タイプ5	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	49.81㎡	1	介護居室
共用施設	共用便所における便房	9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	4ヶ所	個室		2ヶ所	
			大浴場		2ヶ所	
	共用浴室における介護浴槽	ヶ所	チェアー浴		ヶ所	
	介護浴槽	2ヶ所	リフト浴		ヶ所	
			ストレッチャー浴		1ヶ所	
その他（チェアー浴）			1ヶ所			
食堂	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
入居者や家族が利用できる調理設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
エレベーター	<input type="checkbox"/> 1	あり（車椅子対応）				
	<input checked="" type="checkbox"/> 2	あり（ストレッチャー対応）				
	<input type="checkbox"/> 3	あり（上記1・2に該当しない）				
	<input type="checkbox"/> 4	なし				
消防用設備	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	火災通報装置	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
その他						

4. サービスの内容  
(全体の方針)

<p>運営に関する方針</p>	<p>緑豊かな自然と新しい町が融合するあすみが丘の恵まれた環境の中で、安心とやすらぎの居住空間を提供致します。入居者お一人おひとりにご自分らしく暮らし続けていただきたい、介護が必要になられても我が家の延長として誇り高く、安心して終生生活していただきたいとの思いを、ホーム作りの基本的な考え方としております。また、同一建物内にある診療所をはじめとした医療機関のサポートで、より安心してお暮らしいただけます。</p>						
<p>サービスの提供内容に関する特色</p>	<p>ご入居者が、なるべく時間に追われない介護を行うため、食事時間や入浴時間を長くすることで、ゆっくりと時間の流れる介護にする。個別のプランをご入居者やご家族と話し合い、できるだけ在宅生活に近い介護を行う。公民館が隣にあり、公園が前にあり、小学校が斜め向かいにあり、スーパーマーケットや飲食店が立ち並ぶ素晴らしい環境を最大限生かし、ホームを住居としながらも地域の住民として、自然に交流し溶け込んで生活されるよう支援する。健康な方には、夜間や緊急時の対応、看護師による健康相談、レクリエーションの提供やサークル活動の支援などによって、自然な形でサポートし利用者の健康維持に努める。重度の障害を持つ方、認知症の方、終末介護の方に対しては、夜間や緊急時の対応、看護師や介護スタッフによる温かいケア、言葉かけ等によって心身とも穏やかな日常を過ごせるよう、工夫や努力をし続ける。</p>						
<p>入浴、排せつ又は食事の介護</p>	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>自ら実施</td> <td>2</td> <td>委託</td> <td>3</td> <td>なし</td> </tr> </table>	1	自ら実施	2	委託	3	なし
1	自ら実施	2	委託	3	なし		
<p>食事の提供</p>	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>自ら実施</td> <td>2</td> <td>委託</td> <td>3</td> <td>なし</td> </tr> </table>	1	自ら実施	2	委託	3	なし
1	自ら実施	2	委託	3	なし		
<p>洗濯、掃除等の家事の供与</p>	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>自ら実施</td> <td>2</td> <td>委託</td> <td>3</td> <td>なし</td> </tr> </table>	1	自ら実施	2	委託	3	なし
1	自ら実施	2	委託	3	なし		
<p>健康管理の供与</p>	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>自ら実施</td> <td>2</td> <td>委託</td> <td>3</td> <td>なし</td> </tr> </table>	1	自ら実施	2	委託	3	なし
1	自ら実施	2	委託	3	なし		
<p>安否確認又は状況把握サービス</p>	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>自ら実施</td> <td>2</td> <td>委託</td> <td>3</td> <td>なし</td> </tr> </table>	1	自ら実施	2	委託	3	なし
1	自ら実施	2	委託	3	なし		
<p>生活相談サービス</p>	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>自ら実施</td> <td>2</td> <td>委託</td> <td>3</td> <td>なし</td> </tr> </table>	1	自ら実施	2	委託	3	なし
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体制の有無	個別機能訓練加算Ⅰ	1	あり	2	なし	
	夜間看護体制加算	1	あり	2	なし	
	サービス提供体制強化加算Ⅱ	1	あり	2	なし	
	医療機関連携加算	1	あり	2	なし	
	個別機能訓練加算Ⅱ	1	あり	2	なし	
	生活機能向上連携加算Ⅱ	1	あり	2	なし	
	口腔衛生管理体制加算	1	あり	2	なし	
	科学的介護推進体制加算	1	あり	2	なし	
	ADL維持等加算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	
	若年性認知症入居者受入加算	1	あり	2	なし	
	退院・退所時連携加算	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) 2:1以上			
	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	中野内科クリニック		
		住所	千葉県緑区あすみが丘7-2-3		
		診療科目	内科、神経内科、リハビリテーション科		
		協力内容	診療及び健康相談、検査の受け入れ、健康診断(年2回)の実施		
	2	名称	昭和の森クリニック		
		住所	千葉県緑区あすみが丘東3-14-3		
		診療科目	内科(透析専門)		
		協力内容	診療及び健康相談、検査の受け入れ		
	3	名称	あすみが丘医院		
		住所	千葉県緑区あすみが丘2-17-5		
		診療科目	内科、皮膚科、精神科		
		協力内容	診療及び健康相談、検査の受け入れ		

	4	名称	大木戸整形外科
		住所	千葉県緑区大木戸町212-199
		診療科目	整形外科
		協力内容	診療及び健康相談、検査の受け入れ
	5	名称	あらい整形外科
		住所	千葉県緑区あすみが丘1-19-7
		診療科目	整形外科
		協力内容	診療及び健康相談、検査の受け入れ
	6	名称	あすみが丘佐野眼科
		住所	千葉県緑区あすみが丘1-1-8
		診療科目	眼科
		協力科目	診療及び健康相談、検査の受け入れ
協力歯科 医療機関	1	名称	かつらやま歯科医院
		住所	千葉県緑区あすみが丘2-16-7
		協力内容	診療および健康相談、検査の受け入れ
	2	名称	あすみ総合歯科診療所
		住所	千葉県緑区あすみが丘7-1
		協力内容	診療および健康相談、検査の受け入れ
	3	名称	医療法人社団千歯会
		住所	大網白里市みやこ野2-2-1
		協力内容	診療および健康相談、検査の受け入れ

(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	常時見守りが必要な状態になった場合、ホームが指定する居室へ住み替えとなる場合があります。	
手続きの内容	① 事業者の指定する医師の意見を聴く ② 入居者の意思を確認する ③ 入居者の身元引受人等の意見を聴く	
追加的費用の有無	1 あり 2 なし	
居室利用権の取り扱い	住み替え後の居室に移行	
前払い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 (変更内容) 床材の変更 2 なし

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	1	あり	2	なし
	要支援の者	1	あり	2	なし
	要介護の者	1	あり	2	なし
留意事項	入居時65歳以上				
契約の解除の内容	① 入居者が死亡した場合 ② 入居者、又は事業者から解約した場合				
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の生活または健康に重大な影響を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができないとき等は、入居契約を解除することがあります。			
	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	1) あり (内容: 基本的なサービスは、ご入居されている方々と同様にご利用いただけます。) 2) なし				
入居定員	71人				
その他	身元引受人が設定できない場合は要相談。				

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	1
生活相談員	1	1	0	1
直接処遇職員				
介護職員	39	18	21	28.8 (内、自立者対応2名)
看護職員	7	2	5	5.1 (内、自立者対応0.7名)
機能訓練指導員	1	1	0	1
計画作成担当者	1	1	0	1
栄養士	委託			
調理員	委託			

事務員	4	1	3	3.8
その他職員	5	1	4	2.2
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	1	0
介護福祉士	20	12	8
実務者研修の修了者	2	1	1
初任者研修の修了者	22	10	12
介護支援専門員	3	1	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	
看護師または准看護師			
理学療法士			
作業療法士	1		
言語聴覚士			
柔道整復師			
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 ( 21時～ 7時 )		
	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	2人

**(特定施設入居者生活介護等の提供体制)**

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	契約上の職員配置比率 ※ 【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)	1.4 : 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	ホームの職員数	人

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)	訪問介護事業所 の名称	
	訪問看護事業所 の名称	
	通所介護事業所 の名称	

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務		1 あり 2 なし							
	業務に係る資格等		1 あり		資格等の名称		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	0	0	0	4	1	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数	0	0	2	3	0	1	0	0	0	0
に 業 務 に 従 事 し た 経 験 年 数 に 応 じ た 職 員 の 人 数	1年未満			4						
	1年以上		3							
	3年未満									
	3年以上		1	1						
	5年未満									
	5年以上	1		2	6					
	10年未満									
10年以上	1	5	12	10	1		1		1	
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
	1 あり 2 なし	
	1 あり 2 なし	
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)の取り扱い	1 減額なし 2 日割り計算で減額	

		③ 不在期間が30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	ホームが所在する自治体の消費者物価指数や職員の人件費を勘案し改定する場合がある。
	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】)

		プラン1	プラン2	
入居者の状況	要介護度	要介護	自立	
	年齢	65歳以上	65歳以上	
居室の状況	床面積	19.77～21.25㎡	19.77～21.25㎡	
	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	前払金合計	6,000,000円	9,000,000円	
	(入居一時金)	6,000,000円	9,000,000円	
月額費用の合計		298,057円	252,126円	
家賃		80,000円	80,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用	(要介護3) 25,553円	(自立) 0円	
	外※2 介護保険	食費	72,930円	72,930円
		管理費	68,095円	68,095円
		介護費用	41,250円	20,625円
	光熱水費	10,476円	10,476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	当該施設の開発費、土地代、建設費・整備費用、大規模修繕等修繕費、物価等変動費、借入利息、管理事務費等を含む当該施設の開発等に関わる総費用で、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。
介護費用	長期推計に基づき、要介護者2人に対し週40時間換算で介護・看護職員を1人以上配置するための費用として、介護保険給付及び利用者負担によって賄えない額に充当するものとして合理的な積算根拠に基づく。 ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	共用部の水道光熱費、施設の維持管理費、事務の消耗品費、事務人件費、行事・イベント費用の一部、自動車の維持管理

	費、共用部分の清掃・消毒費用、厨房維持費、厨房消毒費、防災管理費、入居相談人員人件費、健康診断（年2回）の費用、諸経費（食器・備品等も含む）
食費	人件費等の諸経費、食材費に基づく費用。喫食分を請求する。1日2,431(税込) 《朝食495円(税込)/昼食858円(税込)/夕食1,078円(税込)》
光熱水費	入居者の居室にかかる光熱水費を定員で除した費用。
利用者の個別的な選択によるサービス料	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	介護保険給付の自己負担分（1割）をご負担。 （要支援1） 7,860円/月 （要支援2） 12,406円/月 （要介護1） 20,759円/月 （要介護2） 23,085円/月 （要介護3） 25,553円/月 （要介護4） 27,808円/月 （要介護5） 30,240円/月 ※1月を30日として算出した場合の目安 ※一定以上の所得の方の自己負担割合を2割または3割となる場合がある
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）	長期推計による算定根拠に基づき、要介護者等2人に対し、週40時間換算で介護職員を1人以上配置するための費用であり、介護保険給付及びご入居者負担分による収入でカバーできない額に充当するものとしてお支払いいただく費用。
※介護予防・地域密着型の場合を含む。	

**（前払い金の受領）※前払金を受領していない場合は省略可能**

算定根拠	土地取得、建設費、修繕費、借入利息、管理事務費等を基礎とし、平均寿命等を勘案した想定居住期間及び想定居住期間を超えて目的施設（居室及び共用施設）を終身にわたって利用するための家賃に充当します。
想定居住期間（償却年月数）	要支援・要介護 72ヶ月 自立 108ヶ月
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（初期償却額）	入居一時金ごとに異なる

初期償却率		要支援・要介護 25% 自立 16%
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「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費用」は、全額無利息で返還します。</li> <li>・1日あたりの利用料の算定方法 (入居一時金－非返還部分の額) ÷ 償却期間月数 ÷ 30</li> <li>※月払い利用料は日割り精算を行う。</li> <li>※必要な原状回復費用があれば受領する。</li> </ul>
	入居後3月を超えた契約終了	<ul style="list-style-type: none"> <li>・想定居住期間内に契約終了した場合以下の算定式に基づく額を返還します 返還金＝一時金×想定居住期間償却率 ÷ (入居日の翌日から償却期間満了日までの実日数) × (契約終了日から償却期間満了日までの実日数)</li> <li>※その他、月払い利用料については日割り精算を行う。</li> </ul>
前払い金の保全先	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 (入居者生活保証制度)	
	5 その他 (名称 : )	

## 7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	13人
	女性	36人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上75歳未満	1人
	75歳以上85歳未満	3人
	85歳以上	44人
要介護度別	自立	3人
	要支援1	9人
	要支援2	1人
	要介護1	10人
	要介護2	4人
	要介護3	7人
	要介護4	7人
	要介護5	10人

入居期間別	6ヶ月未満	3人
	6ヶ月以上1年未満	3人
	1年以上5年未満	18人
	5年以上10年未満	9人
	10年以上15年未満	13人
	15年以上	3人

**(入居者の属性)**

平均年齢	92.6歳
入居者数の合計	49人
入居率※	76.56%

※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	1人
	社会福祉施設	1人
	医療機関	0人
	死亡者	5人
	その他	0人
生前解約の状況	施設側の申し出 (解約事由の例)	0人
	入居者側の申し出 (解約事由の例) 在宅介護を希望、他施設への住み替え	2人

**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 担当：芝崎容子
電話番号		043-295-3311
対応している時間	平日	24時間対応
	土曜	24時間対応
	日曜・祝日	24時間対応
定休日		なし
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		03-3548-1077
対応している時間	平日	10:00~17:00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土日、祝日、年末年始
窓口の名称		千葉県役所介護保険事業課
電話番号		043-245-5062

対応している時間	8：30～17:30
定休日	土・日・祝日 年末年始(12/29～1/3)

**(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) 公益社団法人全国有料老人ホーム協会の「有料老人ホーム賠償責任保険」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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	平成19年9月1日
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり      2 なし
	2 なし		
第三者による評価の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	平成30年10月19日
		評価機関名称	株式会社ケアシステムズ
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 3 公開していない

財務諸表の原本	<input type="checkbox"/> 1	入居希望者に公開
	<input type="checkbox"/> 2	入居希望者に交付
	<input type="checkbox"/> 3	公開していない

## 10. その他

運営懇談会	<input type="checkbox"/> 1	あり	(開催頻度) 年1回
	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	<input type="checkbox"/> 1	代替措置あり	(内容)
<input type="checkbox"/> 2	代替措置なし		
提携ホームへの移行 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1	あり (提携ホーム名: _____)	
	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1	あり	<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	<input type="checkbox"/> 2 なし
有料老人ホーム設置運営 指導指針「5規模及び構 造設備」に合致しない事 項	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
合致しない事項がある 場合			
「6.既存建築物等の 活用の場合等の特例」 への適合性	<input 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	
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 (別に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)

年 月 日

署名 \_\_\_\_\_ 印

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	パワーアップ ステーション ひまわり	千葉県緑区あすみが丘3- 1-19
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	パワーアップ ステーション ひまわり	千葉県緑区あすみが丘3- 1-19
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	○			保険給付＋人員過配置
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		○		実費自己負担
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	○			週 3 回
特浴介助	なし	あり	なし	あり	○			週 3 回
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（協力医療機関）	なし	あり	なし	あり	○			協力医療機関
通院介助（協力医療機関以外）	なし	あり	なし	あり		○	1,100 円 /30 分＋ 交通費	25k m 以内 夜間対応（22 時～6 時）1,650 円/30 分 ＋交通費
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（体調不良時）	なし	あり	なし	あり	○			
居室配膳・下膳（体調不良時以外）	なし	あり	なし	あり		○	210 円/1 回	
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	なし	あり		○	実費	
理美容師による理美容サービス	なし	あり	なし	あり		○	実費	外部からの訪問理美容
買い物代行	なし	あり	なし	あり	○			近隣スーパー、ドラッグストアへ週 3 回、3 品まで。
役所手続代行	なし	あり	なし	あり	○			
金銭・貯金管理	なし	あり	なし	あり	○			

健康管理サービス								
定期健康診断	なし	あり	なし	あり	○		2回/年	
健康相談	なし	あり	なし	あり	○			適宜実施
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○			適宜実施
服薬支援	なし	あり	なし	あり	○			適宜実施
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	なし	あり	なし	あり	○			適宜実施
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				移送業者ではないため実施しない
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり	○		1,100円 /30分+ 交通費	25km以内 夜間対応(22時~6時) 1,650円/30分 +交通費
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり				適宜実施
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり				25km以内

※ 1 : 利用者の所得等に応じて負担割合が変わる(1割~3割の利用者負担)。

※ 2 : 「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額サービス費用に包含される場合と、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。