

## 重要事項説明書

記入年月日	平成30年8月21日
記入者名	田上 穰司
所属・職名	施設長

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成 23 年 10 月 7 日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙 4 の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の 1 から 3 まで及び 6 の内容については、別紙 4 の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

### 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) かぶしきがいしゃ 株式会社エクセルシオール・ジャパン	
主たる事務所の所在地	〒274-0054	
連絡先	電話番号	047-457-8511
	FAX番号	047-457-8020
	ホームページアドレス	http://excelsiorjapan.com/
代表者	氏名	作田 雄太
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 13年 8月 16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) さわら エクセルシオール佐原	
所在地	〒287-0816 千葉県香取市佐原字後洲ハ 4491	
主な利用交通手段	最寄駅	JR 鹿島線 十二橋駅
	交通手段と所要時間	JR 成田線「佐原」駅より佐原循環バス（北佐原・新島ルート）乗車、「水郷佐原あやめパーク」下車 徒歩 2 分 ※平日のみの運行
連絡先	電話番号	0478-50-3061
	FAX番号	0478-50-3062
	ホームページアドレス	http:// www.excelsior-sawara.com

管理者	氏名	田上 譲司
	職名	施設長
建物の竣工日		昭和・平成 21年 5月 28日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 21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	127890111
	指定した自治体名	千葉県
	事業所の指定日	平成 21年 7月 1日
	指定の更新日（直近）	平成 27年 7月 1日

3. 建物概要

土地	敷地面積	3707.36 m <sup>2</sup>	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		<input type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	<input type="checkbox"/> 1 あり    2 なし
		契約期間	<input type="checkbox"/> 1 あり (平成 19年 5月 1日～ 平成 49年 5月 1日)  2 なし
契約の自動更新	<input type="checkbox"/> 1 あり    2 なし		
建物	延床面積	全体	3519.93 m <sup>2</sup>
		うち、老人ホーム部分	3377.13 m <sup>2</sup>
	耐火構造	<input type="checkbox"/> 1 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 2 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> 3 その他 ( )	
	構造	<input type="checkbox"/> 1 鉄筋コンクリート造 <input type="checkbox"/> 2 鉄骨造 <input type="checkbox"/> 3 木造 <input type="checkbox"/> 4 その他 ( )	
	所有関係	<input type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する建物	
<input type="checkbox"/> 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	区分※
	タイプ1	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	18.97 m <sup>2</sup>	52	介護居室個室
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	22.94 m <sup>2</sup>	8	介護居室個室
	タイプ3	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ4	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ5	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ6	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ7	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ8	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
タイプ9	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>			
タイプ10	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 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	11ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	6ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	2ヶ所		
	共用浴室	1ヶ所	個室	ヶ所		
			大浴場	1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	ヶ所		
			ストレッチャー浴	1ヶ所		
			その他 ( )	ヶ所		
食堂	1 あり 2 なし					
入居者や家族が利用できる調理設備	1 あり 2 なし					

	エレベーター	1 あり（車椅子対応） 2 あり（ストレッチャー対応） 3 あり（上記1・2に該当しない） 4 なし
消防 用設 備等	消火器	1 あり 2 なし
	自動火災報知設備	1 あり 2 なし
	火災通報設備	1 あり 2 なし
	スプリンクラー	1 あり 2 なし
	防火管理者	1 あり 2 なし
	防災計画	1 あり 2 なし
その他		

#### 4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	事業者は、入居者に対し、老人福祉法、介護保険法、その他関係法令、千葉県有料老人ホーム設置運営指導指針及び公益社団法人全国有料老人ホーム協会が定める倫理綱領を遵守し、入居者に対して目的施設を終身にわたり利用する権利を与え、各種サービスを提供します。
サービスの提供内容に関する特色	(その内容) エクセルシオール佐原では、快適な暮らしをサポートする身体介護は勿論、お一人おひとりが自信に満ちた豊かな生活を満喫できるよう、さまざまなレクリエーションやイベントを提供いたします。
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	1 自ら実施 2 委託 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	1 自ら実施 2 委託 3 なし

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無	入居継続支援加算	1 あり 2 なし
	生活機能向上連携加算	1 あり 2 なし
	個別機能訓練加算	1 あり 2 なし

	夜間看護体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	若年性認知症入居者受入加算	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし	
	医療機関連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	口腔衛生管理体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	看取り介護加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	栄養スクリーニング加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	退院・退所時連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	認知症専門 ケア加算	(I)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
		(II)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	サービス提 供体制強化 加算	(I)イ	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
		(I)ロ	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
		(II)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
		(III)	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
人員配置が手厚い介護サービスの 実施の有無	<input type="checkbox"/> 1	あり	(介護・看護職員の配置率) : 1			
	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし				

(医療連携の内容)

医療支援		<input checked="" type="checkbox"/> 1	救急車の手配
	※複数選択可	<input checked="" type="checkbox"/> 2	入退院の付き添い
		<input checked="" type="checkbox"/> 3	通院介助
		4	その他 ( )
協力医療機関	1	名称	医療法人社団寿光会 栗源病院
		住所	千葉県香取市助沢 832-1
		診療科目	内科 皮膚科 リハビリテーション科
		協力内容	定期的な往診のために医師を派遣するとともに日常の健康相談などを行うものとします(医療費その他かかる費用は入居者の自己負担)。
	2	名称	医療法人社団誠風会 みやうちクリニック
		住所	千葉県香取市長岡 1304-7
		診療科目	内科 消化器内科
		協力内容	定期的な往診のために医師を派遣するとともに日常の健康相談などを行うものとします(医療費その他かかる費用は入居者の自己負担)。
協力歯科医療機関	名称	ひろ歯科ファミリークリニック	
	住所	千葉県香取市佐原イ 3913-1	

	協力内容	当施設からの歯の外来診療及び予防に関する衛生指導の要請には極力応じるものとしております(医療費その他かかる費用は入居者の自己負担)。
--	------	--

(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 (変更内容) 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	原則 65 歳以上の方で円満な共同生活を営むことができる方。	
契約の解除の内容	① 入居者が逝去した場合 ② 入居者から契約解約が行われた場合 (30 日の予告期間が必要) ③ 事業者から契約解除が行われた場合 (90 日の予告期間が必要) 主な解除事由 ・入居契約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 ・月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞するとき	

	・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これを防止することができないとき、等（その他は入居契約書参照）。	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第 29 条
	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 type="checkbox"/> あり（内容：1泊2日3食付き 10,000円 税別（最大6泊7日まで）） <input type="checkbox"/> なし	
入居定員	60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 <sup>※</sup>
	合計			
		常勤	非常勤	1※2
管理者	1	1		1.0
生活相談員	1	1		1.0
直接処遇職員	38	21	17	29.3
介護職員	28	15	13	21.8
看護職員	10	6	4	7.5
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	1	1		1.0
調理員	8	2	6	5.2
事務員	3	2	1	2.6
その他職員	8	3	5	5.8
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
<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	6	5	1
実務者研修の修了者	2	2	
初任者研修の修了者	14	5	9
介護支援専門員			

(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	1	1	
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 ( 17 時～ 9 時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	1人	0人
介護職員	2人	1人

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	契約上の職員配置比率※ 【表示事項】	a 1.5 : 1以上 b 2 : 1以上 c 2.5 : 1以上 d 3 : 1以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数)	2.1 : 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	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	



ビス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	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	ヘルパー2級							
			2 なし								
	看護職員		介護職員		生活相談員		機能訓練指導員		計画作成担当者		
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	
前年度1年間の採用者数	1		3	7	1						
前年度1年間の退職者数			3	5	1			1			
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満			1	1						
	1年以上			2	3						
	3年未満										
	3年以上			3	3						
	5年未満										
	5年以上10年未満			6	1						
	10年以上	6	4	4	5			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
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	2年に1回、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等を勘案する
	手続き	運営懇談会の意見を聴いて、家賃相当額以外の月額利用料を改定することがある。

(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	3	3	
	年齢	85歳	85歳	
居室の状況	床面積	18.97㎡	18.97㎡	
	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	3,000,000円	円	
	敷金	円	300,000円	
月額費用の合計		187,500円	288,000円	
家賃		77,500円	178,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※ <sup>1</sup> の費用			
	介護保険外※ <sup>2</sup>	食費(税抜)	60,000円	60,000円
		管理費(税抜)	50,000円	50,000円
		介護費用	円	円
		光熱水費	円	円
	その他			
<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	入居一時金の一部を月額で受領するもので、算定根拠は入居一時金に準ずる。
敷金	家賃の1.5~1.7ヶ月分
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。

管理費	事務管理部門の人件費・事務費、入居者に対する日常生活支援サービス提供のための人件費、事務費、共用施設等の維持管理費、居室内水道光熱費
食費	人件費等の諸経費、食材費に基づく費用。(喫食数による返金制度もあり)
光熱水費	管理費に含む。
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	
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)	
※ 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	借地料、建設費、借入利息等を基礎として平均余命等を勘案した想定居住期間の家賃相当額及び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費用。	
想定居住期間(償却年月数)	60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)	2,000,000円の場合	617,800円
	3,000,000円の場合	926,700円
	4,500,000円の場合	1,390,050円
初期償却率	30.89%	
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	<p>入居日の翌日から三月以内の契約解除の場合又は死亡による契約終了の場合は、受領済みの一時金を全額返金する。ただし、利用期間に係る利用料を下記算定方法に基づき受領する。</p> <p>・算定方法 一時金×想定居住期間償却率(69.11%)÷想</p>

		定居住期間の月数÷30×（入居日から契約終了日までの実日数） ・「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」は全額返金する。 ※月払い利用料については日割精算を行う。 ※必要な原状回復費用があれば受領する。 ※居室クリーニング費用10,000円を差し引く
	入居後3月を超えた契約終了	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 （69.11%）÷（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） ※その他、月払い利用料については日割り精算を行う。 ※居室クリーニング費用10,000円を差し引く
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	
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	14人
	女性	41人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上 75歳未満	3人
	75歳以上 85歳未満	9人
	85歳以上	42人
要介護度別	自立	1人
	要支援1	6人
	要支援2	1人
	要介護1	18人
	要介護2	7人
	要介護3	10人

	要介護 4	8 人
	要介護 5	5 人
入居期間別	6 ヶ月未満	5 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	6 人
	1 年以上 5 年未満	26 人
	5 年以上 10 年未満	18 人
	10 年以上 15 年未満	人
	15 年以上	人

(入居者の属性)

平均年齢	86.8 歳
入居者数の合計	55 人
入居率*	91.6%
※ 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	1 人
	社会福祉施設	7 人
	医療機関	7 人
	死亡者	2 人
	その他	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	15 人  (解約事由の例) 医療機関への入院、自宅・社会福祉施設への転居

8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況) ※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

窓口の名称	① 苦情・相談窓口 (生活相談員、施設長) ② 千葉県国民健康保険団体連合会 ③ 千葉県健康福祉部高齢者福祉課施設福祉推進室 ④ 公益社団法人全国有料老人ホーム協会
電話番号	① 0478-50-3061 ② 043-254-7428

		③ 043-223-2350 ④ 03-3272-3781
対応している時間	平日	① 午前9時～午後6時 ② 午前9時～午後5時 ③ 午前9時～午後5時 ④ 午前10時～午後5時
	土曜	① 午前9時～午後6時
	日曜・祝日	① 午前9時～午後6時
定休日		① なし ②③④ 土日・祝祭日、年末年始等

(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) 三井住友海上火災保険株式会社の「福祉事業者総合賠償責任保険」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・身体・財産に損害が発生した場合、不可抗力による場合を除いて賠償されます。
	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)
	② なし	
事故対応及びその予防のための指針	① あり	2 なし

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	① あり	実施日	平成30年6月20日
		結果の開示	① あり 2 なし
第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	② なし		

9. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	① 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付
----------	--------------------------

	3 公開していない
管理規程	<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
事業収支計画書	<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
財務諸表の要旨	<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
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 (平成 20 年 4 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 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 type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし (平成 20 年 4 月 1 日施行の設置運営指導指針を適用)	
<input type="checkbox"/> 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）

※ \_\_\_\_\_ 様

説明年月日 平成 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
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>				
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	リッチランド豊南郷 エクセルシオール千葉	千葉県船橋市金堀町582-1 千葉県千葉市中央区鶴沢町10-11
福祉用具貸与	あり	なし		
特定福祉用具販売	あり	なし		
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>				
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		
地域密着型通所介護	あり	なし	エクセルシオール佐原 デイサービス	千葉県香取市佐原ハ4491
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	いきいきの家 鴨川	千葉県鴨川市古畑317-1
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	ケアサービス 豊南郷	千葉県船橋市金堀町582-1
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>				
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	リッチランド豊南郷 エクセルシオール千葉	千葉県船橋市金堀町582-1 千葉県千葉市中央区鶴沢町10-11
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		
<b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b>				
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	いきいきの家 鴨川	千葉県鴨川市古畑317-1
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		
介護医療院	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			
	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	備
	なし	あり	なし	あり				
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり				
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり				
おむつ代			なし	あり		○		実費負担
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり				週 2 回まで。3 回以上は（抜）
特浴介助	なし	あり	なし	あり				
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり				
機能訓練	なし	あり	なし	あり				
通院介助	なし	あり	なし	あり				協力医療機関外は 1,200
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり				週 3 回まで。4 回以上は（抜き）
リネン交換	なし	あり	なし	あり				週 1 回まで。2 回以上は（抜き）
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○		業者委託。実費負担
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり				病気等でやむを得ない場合は 150 円/回（税抜）
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり		○		実費負担
おやつ			なし	あり		○		実費負担
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○		実費負担
買い物代行	なし	あり	なし	あり				週 1 回指定日以外は 1,000
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり				週 1 回指定日以外は 1,500
居室クリーニング	なし	あり	なし	あり			10,000 円	居室変更時・退去時に計
金銭・貯金管理			なし	あり				
健康管理サービス								

定期健康診断			<input type="checkbox"/> なし	あり				年2回実施(1回は施設)
健康相談	なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				必要に応じ随時看護師
生活指導・栄養指導	なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				
服薬支援	なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				協力医療機関以外は1,2
入退院時の同行	なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				協力医療機関以外は1,2
入院中の洗濯物交換・買い物	<input type="checkbox"/> なし	あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				
入院中の見舞い訪問	<input type="checkbox"/> なし	あり	<input type="checkbox"/> 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。