

## 重要事項説明書

記入年月日	2016年7月1日
記入者名	角田 真理子
所属・職名	支配人

## 1. 事業主体概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	営利法人
名称	(ふりがな) かぶしきかいしや エクセルシオール・ジャパン 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 千葉県船橋市金堀町 582 番地 1	
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	<a href="http://excelsiorjapan.com/">http://excelsiorjapan.com/</a>
代表者	氏名	代表取締役
	職名	作田 雄太
設立年月日	2001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) りっちらんどほうなんきょう リッチランド豊南郷	
所在地	〒274-0054 千葉県船橋市金堀町 5 8 2 番地 1	
主な利用交通手段	最寄駅	新京成・東葉高速鉄道線「北習志野」駅
	交通手段と所要時間	例：バス利用の場合 「セコメディック病院」行にて約6分 「リッチランド豊南郷」下車約200m
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	<a href="http://www.richlando.com">http://www.richlando.com</a>

管理者	氏名	角田 真理子
	職名	支配人
建物の竣工日		1990年 7月 1日
有料老人ホーム事業の開始日		1990年 7月 1日

**【類型】【表示事項】**

<p>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）</p> <p>○居住の形態/利用権方式</p> <p>○利用料の支払い方式/選択方式</p> <p>○入居時の要件/自立・要支援・要介護</p> <p>○介護保険/千葉県指定介護保険特定施設（一般型特定施設）</p> <p>○介護居室区分/相部屋（2～4人）</p> <p>○介護にかかわる職員体制/3：1以上</p> <p>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）</p> <p>3 住宅型</p> <p>4 健康型</p>		
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事業所第1270901315号 介護予防特定施設入居者生活介護事業所第1270901315号
	指定した自治体名	千葉県
	事業所の指定日	2001年 1 1 月 1 日
	指定の更新日（直近）	2014年 1 1 月 1 日

**3. 建物概要**

土地	敷地面積	7,632.81㎡（内358.45㎡借地）	
	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 （借地 358.45㎡）	1 あり （2006年10月1日～2036年9月30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	7,605.41㎡
		うち、老人ホーム部分	7,605.41㎡
	耐火構造	1 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他（ ）	

	構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 鉄筋コンクリート造 2 鉄骨造 3 木造 4 その他 ( )				
	所有関係	<input checked="" 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし			
		契約期間	<input type="checkbox"/> 1 あり ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし			
契約の自動更新		<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし				
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 全室個室 <input checked="" type="checkbox"/> 2 相部屋あり				
		最少	1 人部屋			
		最大	4 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	<input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	23.80 m <sup>2</sup>	6	介護居室相部屋
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	37.62 m <sup>2</sup>	4	介護居室相部屋
	タイプ3	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	59.40 m <sup>2</sup>	4	介護居室相部屋
	タイプ4	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	27.00 m <sup>2</sup>	12	介護居室個室
	タイプ5	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	27.00 m <sup>2</sup>	12	一般居室個室
	タイプ6	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	33.00 m <sup>2</sup>	15	一般居室個室
	タイプ7	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	45.92 m <sup>2</sup>	16	一般居室個室
	タイプ8	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	47.52 m <sup>2</sup>	7	一般居室個室
タイプ9	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	54.00 m <sup>2</sup>	6	一般居室個室	
タイプ10	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	59.40 m <sup>2</sup>	15	一般居室個室	
※「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 便房	3ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	3ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	5ヶ所		
	共用浴室	3ヶ所	個室	70ヶ所		
			大浴場	3ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	2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	<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	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	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致します。					
サービスの提供内容に関する特色						
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	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	2	委託	3	なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	2	委託	3	なし
安否確認又は状況把握サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	2	委託	3	なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	2	委託	3	なし

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

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無	個別機能訓練加算	<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	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) : 1		
	2 なし			

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		1 救急車の手配 2 入退院の付き添い 3 通院介助 4 その他 ( )	
協力医療機関	1	名称	セコメディック病院
		住所	船橋市豊富町696-1
		診療科目	内・小・外・整・循・呼・泌・耳・皮・歯・眼・婦
		協力内容	当施設からの外来診療及び入院診療についての要請には、極力応じる努力をするものとされています。尚、定期送迎バス(月曜日～土曜日)はホームで運行しております。(医療費その他の費用は入居者の自己負担)
	2	名称	白井聖仁会病院
		住所	白井市池の上1-15-1
		診療科目	内・小・外・泌・消化・整形・耳・皮・眼・婦
		協力内容	当施設からの外来診療及び入院診療についての要請には、極力応じる努力をするものとされています。(医療費その他の費用は入居者の自己負担)
	3	名称	千葉徳洲会病院
		住所	船橋市高根台2-11-1
		診療科目	内・小・外・整・循・呼・脳・泌・耳・皮・眼・産婦
			協力内容
4	名称	船橋総合病院	
	住所	船橋市北本町1-13-1	
	診療科目	内・小・外・整・循・呼・神経内科・泌・耳・皮・眼	

	協力内容	当施設からの外来診療及び入院診療についての要請には、極力応じる努力をするものとされてます。(医療費その他の費用は入居者の自己負担)
5	名称	ほそかわクリニック
	住所	船橋市本町3-13-22
	診療科目	内科
	協力内容	入居者の健康管理について指導することとし、内科医師が1か月に8回以上来園し、診断・健康相談などに応じるものとする。又、他の医療機関に入院加療が必要な場合は、その情報作成等して協力するものとする。(医療費その他の費用は入居者の自己負担)
6	名称	下総中山駅前クリニック
	住所	船橋市本中山2-16-1
	診療科目	内科・心療内科
	協力内容	入居者の健康管理について指導することとし、内科医師が1か月に1回以上来園し、診断・健康相談などに応じるものとする。又、他の医療機関に入院加療が必要な場合は、その情報作成等して協力するものとする。(医療費その他の費用は入居者の自己負担)
協力歯科医療機関	名称	大島記念嬉泉病院
	住所	千葉県船橋市三咲3-5-15
	診療科目	透析、腎不全専門外来
	協力内容	定期的に透析が必要な入居者の健康管理について指導することとし、入院加療が必要な場合は協力するものとする。(医療費その他の費用は入居者の自己負担)
協力歯科医療機関	名称	大山歯科医院
	住所	鎌ヶ谷市初富23-117
	協力内容	入居者の歯の診療等を行うとともに予防に関する衛生指導をすることとし、歯科医師などが1週間に1回来園するものとされてます。(医療費その他の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	<input type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 3 その他 ( )
判断基準の内容	長期にわたり24時間の頻回な介護が必要になった場合。一時介護室又は介護居室で介護を行う場合、要支援者・要介護者以外の入居者に対する生活支援サービス費用(項目3.利用料の介護費をご覧ください)は必要となります。

手続きの内容	医師の意見を踏まえ、ご本人の同意を得て、身元引受人の方のご意見を聞いた上、一時介護室（四人部屋静養室）又は介護居室（二人部屋～四人部屋）で介護致します。	
追加的費用の有無	1 あり	2 なし
居室利用権の取扱い	概ね3ヶ月の経過期間の後、継続的に介護居室（二人部屋～四人部屋）での介護が必要と判断される場合、ご本人及び身元引受人の方の同意の上、一般居室の利用権を介護居室（二人部屋～四人部屋）の利用権に移行致します。その際、入居金の精算を行います。一般居室利用期間によっては入居金の返還金額が、移行する介護居室の入居金に満たない場合でも追加の入居金は必要ありません。入居金の返還金額が、移行する介護居室の入居金を上回る場合は差額を返還致します。	
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 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	<p>○60歳以上の方で健康な方及び認知症等で介護が必要な方。</p> <p>○2人入居の場合は、どちらかが60歳以上で原則夫婦、親子兄弟姉妹の方。</p> <p>○且つ、円満な共同生活を営める方も入居の条件です。</p>	
契約の解除の内容	<p>○入居契約書に虚偽の事項を記載するなどの不正手段により入居した時。</p> <p>○認知症以外で行動が他の入居者の生活又は健康に重大な影響を及ぼす時。</p> <p>○管理費その他の費用の支払いをしばしば遅滞する時。</p>	
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	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	<b>1</b> あり (最長1週間) ※昼食ご希望の方は600円(税抜)加算 ○健康で体験入居の方: 1泊2食(夕食、朝食)付3,000円(税抜) ○要介護で体験入居の方: 1泊2食(夕食、朝食)付5,000円(税抜) <b>2</b> なし
入居定員	144人
その他	[短期解約特例] 入居一時金償却起算後三月以内に解約される場合は、契約書第45条に基づき、入居一時金及び月額利用料等、受領済総額の契約期間に係わる日割分を除き、全額を返還致します。

## 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	2	2	0	2
直接処遇職員	34	22	12	29.1
介護職員	27	16	12	22.3
看護職員	7	6	1	6.8
機能訓練指導員	5	1	4	2
計画作成担当者	1	1	0	1
栄養士	2	2	0	2
調理員	3	3	0	3
事務員	11	4	7	10.2
その他職員	22	0	22	10.2
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				40時間
※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。				
※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。				



(資格を有している介護職員の人数)

	合計		
		常勤	非常勤
社会福祉士			
介護福祉士	12	10	2
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	12	6	8
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	4	1	3
作業療法士	1		1
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30分)		
	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	3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)	1.80 : 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)	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	

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 <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			3	2					1	
前年度1年間の退職者数	1		1	1					1	
応じた業務に従事した経験年数に 職員の人数	1年未満		1	1						
	1年以上 3年未満		1	1					1	
	3年以上 5年未満	1		2	2	2				
	5年以上 10年未満	1		8	3			1		
	10年以上	4	1	4	4				4	
	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	
	<input checked="" type="checkbox"/> 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input checked="" type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式

年齢に応じた金額設定	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
要介護状態に応じた金額設定	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 不在期間が 25 日以上の場合に限り、管理費半額に減額
利用料金 の改定	条件 手続き

**(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	自立	要介護5	
	年齢	82歳	86歳	
居室の状況	床面積	27.00～59.40 m <sup>2</sup>	23.80～59.40 m <sup>2</sup>	
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無	
	浴室	<input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
	台所	<input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
入居時点で 必要な費用	前払金	13,590,000 ～ 31,430,000 円	3,940,000 円	
	敷金	0 円	0 円	
月額費用の合計（税込）		168,150 円	187,050 円	
家賃		0 円	0 円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用	168,150 円	187,050 円	
	介護保険外 <sup>※2</sup>	食費	60,150 円	60,150 円
		管理費	104,220 円	104,220 円
		介護費用	0 円	0 円
		光熱水費	水道料 1,080 円 電気料金 実費	22,680 円
その他	電話基本料 2,700 円	0 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) (8%税込)**

費目	算定根拠
家賃	入居一時金を償却月数で割り、月額費用を算出

敷金	無
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	104,220円：共有施設の維持管理費、事務費、管理部門の人員費、自立者に対する生活支援サービス提供に係る人員費、備品、消耗品
食費	60,150円/30日（朝食442円、昼食648円、夕食915円）
光熱水費	中間棟・介護棟 22,680円/30日 掛かる費用を入居者数で均等割りしたもの
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	おやつ、衛生用品費等実費

**（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	告示上の介護報酬の割合負担額
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）	無
※ 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	別添3
想定居住期間（償却年月数）	健常棟 120ヶ月 中間棟 72ヶ月 介護棟 72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）	健常棟 2,250,504円～5,204,808円 中間棟 3,424,530円 介護棟 1,065,770円
初期償却率	健常棟 16.56% 中間棟 27.05% 介護棟 27.05%
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了 受領済の一時金を全額返金する。 但し、利用期間に係る利用料を受領する。 <算定方法> 入居一時金－{(入居一時金－入居一時金×想定居住期間償却率(プランにより%が異なる))÷想定居住期間日数×入居日から契約終了日までの実日数}



**(入居者の属性)**

平均年齢	87.0歳
入居者数の合計	110人
入居率*	76.4%
※ 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	2人
	医療機関	0人
	死亡者	11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	3人 (解約事由の例) 他施設への転居、自宅へ転居

**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	苦情・窓口相談 (リッチランド豊南郷内)	
電話番号	047-457-8511	
対応している時間	平日	午前9時～午後5時
	土曜	午前9時～午後5時
	日曜・祝日	午前9時～午後5時
定休日	年中無休	

**(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"/> あり	(その内容) 「三井住友海上火災保険株式会社福祉事業者」
---------------	--	---------------------------------

		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き、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	2010年6月30日
		結果の開示	1 あり (配布) 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	2008年6月3日
		評価機関名称	日本化成販売株式会社 福祉事業部
		結果の開示	1 あり (配布) 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	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (開催頻度) 年 4回				
	2 なし				
	<table border="1"> <tr> <td>1 代替措置あり</td> <td>(内容)</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> </td> </tr> </table>	1 代替措置あり	(内容)		
	1 代替措置あり	(内容)			
2 代替措置なし					
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 あり (提携ホーム名: ) <input checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり (平成 13年 11月 1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) <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし				
船橋市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 (平成 年 月 日施行の設置運営指導指針) <input checked="" type="checkbox"/> 2 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) 2 適合している (将来の改善計画) 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	当施設では平成 2 年 7 月開設であり、開設当時の基準には適合してましたが、上記施行指針における不適合部分は中長期的な施設改修計画の中で対応していく予定です。				
不適合事項がある場合の内容	*介護居室：多床室有り *廊下幅：1.6m *居室面積：最少 9.2㎡/ 一人				

- 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)  
別添 3 (入居一時金の算定の基礎について)



※ \_\_\_\_\_ 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		
	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 考
	なし	あり	なし	あり				
<b>介護サービス</b>								
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		○		実費請求
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				
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				医療連携機関の場合は無料
<b>生活サービス</b>								
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	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		○		特別食 150円追加
おやつ			なし	あり		○		100円/日
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○		実費請求
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○		324円/15分
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○		324円/15分
金銭・貯金管理			なし	あり				
<b>健康管理サービス</b>								
定期健康診断			なし	あり		○		年2回健診の機会を設ける
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				
<b>入退院時・入院中のサービス</b>								
移送サービス	なし	あり	なし	あり				医療連携機関の場合は無料
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり				医療連携機関の場合は無料
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。