

サービス付き高齢者向け住宅入居契約・(介護予防) 特定施設入居者生活介護入居契約  
重要事項説明書

令和 5 年 7 月 1 日現在

記入年月日	年 月 日
所属・職名	施設管理者
記入者名	川崎 久忠

1. 事業主体概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	有限会社
名称	(ふりがな) (ゆうげんがいしゃ) あすなろ 有限会社あすなろ	
主たる事務所の所在地	〒299-4326 千葉県長生郡一松乙 787 番地 1	
連絡先	電話番号	0475-30-0567
	FAX番号	0475-30-0588
	ホームページアドレス	http://www.asunaro-kaigo.co.jp
代表者	氏名	渡邊 耕
	職名	取締役
設立年月日	昭和・平成 16年 11月 9日	
主な実施事業	※別添 1 (別の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) とくていしせつにゆうきょしゃせいかつかいご サービスつきこうれいし やむけじゅうたく あすなろのいえ 特定施設入居者生活介護 サービス付き高齢者向け住宅 あすなろの家	
所在地	〒299-4313 千葉県長生郡一宮町船頭給 1782 番地 2	
主な利用交通手段	最寄駅	上総一宮駅
	交通手段と所要時間	例: タクシー利用の場合 ・乗車 5 分

連絡先	電話番号	0475 (47) 4848
	FAX番号	0475 (47) 4822
	ホームページアドレス	http://www.asunaro-kaigo.co.jp
管理者	氏名	川崎 久忠
	職名	施設管理者・生活相談員
建物の竣工日		昭和・平成25年11月30日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成25年12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	特定施設入居者生活介護 介護予防特定施設入居者生活介護 千葉県指定第 1276600234 号
	指定した自治体名	千葉県
	事業所の指定日	平成25年12月1日
	指定の更新日（直近）	令和元年10月31日

**3. 建物概要**

土地	敷地面積	1127.82㎡	
	所有関係	<input type="checkbox"/> 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	671.50㎡
		うち、老人ホーム部分	640.15㎡
	耐火構造	1 耐火建築物	
		<input type="checkbox"/> 2 準耐火建築物	
3 その他 ( )			
構造	1 鉄筋コンクリート造		
	<input type="checkbox"/> 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					
	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】	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	18.09 m <sup>2</sup>	6室	介護居室
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	18.27 m <sup>2</sup>	3室	介護居室
	タイプ3	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	19.59 m <sup>2</sup>	4室	介護居室
	タイプ4	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	19.78 m <sup>2</sup>	2室	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	22.85 m <sup>2</sup>	3室	介護居室
	タイプ6	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	23.05 m <sup>2</sup>	1室	介護居室
タイプ7	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>			
タイプ8	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>			
タイプ9	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>			
タイプ10	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 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	2ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	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	1ヶ所		
			大浴場	ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴	ヶ所		
			リフト浴	1ヶ所		
ストレッチャー浴			ヶ所			
その他 ( )			ヶ所			
食堂	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし					

	エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり（車椅子対応） <input 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 <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		
	火災通報設備	<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		
緊急通報装置等	居室 <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 一部あり <input checked="" type="checkbox"/> 3 なし	便所 <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 一部あり <input checked="" type="checkbox"/> 3 なし	浴室 <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 一部あり <input checked="" type="checkbox"/> 3 なし	その他 （事務室・エレベーター） <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 一部あり <input type="checkbox"/> 3 なし
その他	屋上避難所・駐車場			

#### 4. サービスの内容

##### （全体の方針）

運営に関する方針	<p style="text-align: center;">“あすなろ” 倫理学</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>お客様を受け入れ、“大切な存在なのだ”と感じていただくこと</li> <li>お客様に熱烈な関心を払い、“賛成されている”と感じていただくこと</li> <li>お客様を必要とし、あなたの協力と支援をおしまないこと</li> </ol>
サービスの提供内容に関する特色	入居者の心身の特性を踏まえて能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴・排泄・食事等の介助、その他の日常生活情の介助及び機能訓練を行うことにより、入居者の心身・身体機能の維持、並びに身体的及び精神的負担の軽減を図ります。
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 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	入居継続支援加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	生活機能向上連携加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	個別機能訓練加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	夜間看護体制加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	若年性認知症入居者受入加算	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 2 なし	
	口腔衛生管理体制加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	栄養スクリーニング加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	退院・退所時連携加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	看取り介護加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	認知症専門ケア加算	(I)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	サービス提供体制強化加算	(I)イ	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(I)ロ	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(III)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	介護職員処遇改善加算	(I)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
		(II)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
(III)		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
(IV)		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
(V)		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
介護職員等特定処遇改善加算	(I)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	(II)	<input checked="" type="checkbox"/> 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) :	
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		

**(医療連携の内容)**

医療支援 ※複数選択可	<input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い
	<input checked="" type="checkbox"/> 3 通院介助
	<input checked="" type="checkbox"/> 4 その他（訪問診療医の確保）

協力医療機関	1	名称	藤島クリニック
		住所	長生郡一宮町一宮 2446 番地 1
		診療科目	内科
		協力内容	定期訪問診療・緊急時対応
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称	茂原デンタルクリニック	
	住所	茂原市法目 1280 番地 1	
	協力内容	訪問歯科	

**(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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 その他（居室を移った場合）	
判断基準の内容	常時見守り・介護が必要な状態になった場合、施設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	本人及び身元引受人の同意を得た上で再契約を行う	
追加的費用の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
居室利用権の取扱い	変更なし	
前払金償却の調整の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	便所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	浴室の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	洗面所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	台所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	その他の変更	1 あり (変更内容) <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項	65歳以上	

	要支援・要介護者	
契約の解除の内容	入居者が逝去した場合 入居者又は事業者から契約解除が行われた場合	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	特定施設入居者生活介護入居契約書第8条及び入居契約書第11条による
	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：） 2 なし	
入居定員	19人	
その他		

## 5. 職員体制

※有料老人ホームの職員について記載すること（同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません）。

（職種別の職員数）

	職員数（実人数）			常勤換算人数 ※1※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1		0.5
生活相談員	2	2		1
直接処遇職員	16	6	10	9.1
介護職員	14	5	9	8.1
看護職員	2	1	1	1
機能訓練指導員	1		1	0.57
計画作成担当者	1	1		1
栄養士				
調理員	3		3	1
事務員	1	1		0.5
その他職員				
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		
介護福祉士	4	2
実務者研修の修了者		
初任者研修の修了者	2	2
介護支援専門員	2	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	2	1
理学療法士		
作業療法士		
言語聴覚士		
柔道整復士		
あん摩マッサージ指圧師		
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 (22時～7時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	人	人
介護職員	1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 a 2 : 1 以上 <input type="checkbox"/> 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)	1.6 : 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 2 なし							
	業務に係る資格等		1 あり							
	資格等の名称	社会福祉主事・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			1	4						
前年度1年間の退職者数			1	4						
応じた業務に従事した経験年数に 職員の人数	1年未満		2	4						
	1年以上 3年未満		2	2						1
	3年以上 5年未満		1	4						
	5年以上 10年未満	1				2				
	10年以上		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
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	<input type="checkbox"/> 1 減額なし <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額
利用料金 の改定	条件  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 (30日の場合)	要介護度	3	1	
	年齢	78歳	89歳	
	負担割合	1割	1割	
居室の状況	床面積	18.27 m <sup>2</sup>	23.05 m <sup>2</sup>	
	便所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	浴室	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	台所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
入居時点で 必要な費用	前払金	－円	－円	
	敷金	円	円	
月額費用の合計		187,004円	177,479円	
家賃		60,000円	55,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用	22,504円	17,979円	
	介護保険外 <sup>※2</sup>	食費	54,000円	54,000円
		管理費	42,000円	42,000円
		介護費用	0円	0円
		水道光熱費	5,000円	5,000円
その他	3,500円	3,500円		

※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。別添3

※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	一室当たりの家賃
敷金	なし
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
食費	厨房維持費、及び1日3食を提供するための費用
管理費	共用施設等の維持・管理費、事務・管理部門職員の人件費及び事務費並びに各種相談、余暇活動サービスに要する費用に充当する。

水道光熱費	各居室の水道光熱費
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	洗濯 3000 円・レク 500 円

(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	基本報酬、P5 に記載する加算の利用者負担分
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）	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		月分
想定居住期間（償却年月数）		月
償却の開始日		
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）		0 円
初期償却率		-%
返還金の算定方法	入居後 3 月以内の契約終了	
	入居後 3 月を超えた契約終了	
前払金の保全先	1 連帯保証を行う銀行等の名称	
	2 信託契約を行う信託会社等の名称	
	3 保証保険を行う保険会社の名称	
	4 全国有料老人ホーム協会	
	5 その他（名称：なし）	

## 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	1 人
	女性	9 人
年齢別	65 歳未満	0 人
	65 歳以上 75 歳未満	0 人
	75 歳以上 85 歳未満	1 人

	85 歳以上	9 人
要介護度別	自立	0 人
	要支援 1	0 人
	要支援 2	1 人
	要介護 1	0 人
	要介護 2	2 人
	要介護 3	3 人
	要介護 4	3 人
	要介護 5	1 人
入居期間別	6 ヶ月未満	0 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	0 人
	1 年以上 5 年未満	5 人
	5 年以上 10 年未満	4 人
	10 年以上 15 年未満	1 人
	15 年以上	0 人

**(入居者の属性)**

平均年齢	9 2 歳
入居者数の合計	1 0 人
入居率*	5 3 %
※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。	

**(前年度における退去者の状況)**

退去先別の人数	自宅等	0 人
	社会福祉施設	0 人
	医療機関	1 0 人
	死亡者	0 人
	その他	0 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	1 0 人
		疾病による長期入院 (退院の見込みが無いため)

## 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	あすなる事務局	
電話番号	0475-47-4848	
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日	土日祝日	

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

損害賠償責任保険の加入状況	1 あり	損害保険ジャパン株式会社の「介護事業者向け賠償責任保険」に加入しており、サービスで提供上の事故により入居者の生命等に損害が生じた場合、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	1 あり	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	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	
		結果の開示	1 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 なし		

## 9. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない

事業収支計画書	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
財務諸表の要旨	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
財務諸表の原本	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない

## 10. その他

運営懇談会	1 あり	(開催頻度) 年 回
	2 なし	
	1 代替措置あり	毎月「利用者様のご様子」送付、随時ご意見を伺う
	2 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 あり (提携ホーム名 : ) 2 なし	
有料老人ホーム設置時の老人福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出	1 あり (平成 年 月 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 2 5 年 1 2 月 1 日登録) 2 なし	
千葉県有料老人ホーム設置運営指導指針「規模及び構造設備」に合致しない事項	1 あり 2 なし (平成 年 月 日施行の設置運営指導指針を適用)	
合致しない事項がある場合の内容		
「既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	1 適合している (代替措置) 2 適合している (将来の改善計画) 3 適合していない	
千葉県有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項		

不適合事項がある場合の内 容	
-------------------	--

## 11. 特記事項

1. 利用者の個人的な買物や支払いについては、施設で立て替え、翌月に利用料と合わせて請求する。

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）

別添3（特定施設入居者生活介護費及び加算一覧表）

別添4（商品単価表）

\_\_\_\_\_様

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名 \_\_\_\_\_ 印

\_\_\_\_\_

重要事項の説明を受けました。

説明年月日 令和 年 月 日

説明を受けた者 \_\_\_\_\_ 印

別添1 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市内で実施する他の介護サービス

介護サービスの種類			事業所の名称	所在地
＜居宅サービス＞				
訪問介護	あり	なし		
訪問入浴介護	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		
通所介護	あり	なし	テ・イサービ <sup>®</sup> センター あすなる	長生郡長生村一松乙787-1
認知症対応型通所介護	あり	なし	テ・イサービ <sup>®</sup> センター あすなる	長生郡長生村一松乙787-1
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＞				
介護予防通所介護	あり	なし	テ・イサービ <sup>®</sup> センター あすなる	長生郡長生村一松乙787-1
介護予防認知症対応型通所介護	あり	なし	テ・イサービ <sup>®</sup> センター あすなる	長生郡長生村一松乙787-1
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

## サービス付き高齢者向け住宅あすなろの家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					
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			□		別添 4 による
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			□		介護タクシー、付添い 30 分 500 円
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					洗濯代 3000 円
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり					
入居者の嗜好に応じた特別な食事									
おやつ			なし	あり	□				500 円（レクリエーション費含む）
理美容師による理美容サービス			なし	あり			□		1500 円（スーパーカットハウス MIKI）
買い物代行	なし	あり	なし	あり			□		買い物日以外の町内での買い物 1 回 500 円
役所手続き代行	なし	あり							
金銭・貯金管理									
健康管理サービス									
定期健康診断			なし	あり			□		申し出があった場合
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					介護タクシー利用※別添 4
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり					介護タクシー利用、付添い 30 分 500 円
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり					買い物代行 1 回 500 円（町内に限る）
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり					交通費+500 円（1 回）

※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、月額サービスの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。

## 別添 3

## 特定施設入居者生活介護及び加算一覧表

介護度	基本単位	医療機関 連携加算	介護職員 処遇 改善加算 Ⅰ ※1	介護職員 特定処遇 改善加算 Ⅱ ※2	ベース アップ 加算 ※3	自己負担額 ※4	
						1 割負担	
要支援 1	5,460	80	448	66	82	1 割負担	6,136 円
						2 割負担	12,272 円
要支援 2	9,330	80	765	112	140	1 割負担	10,427 円
						2 割負担	20,854 円
要介護 1	16,140	80	1,323	194	242	1 割負担	17,979 円
						2 割負担	35,958 円
要介護 2	18,120	80	1,486	217	272	1 割負担	20,175 円
						2 割負担	40,350 円
要介護 3	20,220	80	1,658	243	303	1 割負担	22,504 円
						2 割負担	45,008 円
要介護 4	22,140	80	1,815	266	332	1 割負担	24,633 円
						2 割負担	49,266 円
要介護 5	24,210	80	1,985	291	363	1 割負担	26,929 円
						2 割負担	53,858 円

※1. 2. 3. 介護職員処遇改善加（Ⅰ）8.2% 介護職員特定処遇（Ⅱ）1.2% ベースアップ加算 1.5%  
改善加算Ⅱ基本サービスと加減算を加えた単位数に加算率を乗じた分が追加の単位数になります。

※4. 自己負担額は、1ヶ月30日として計算した場合です。3割負担の場合は1割負担×3になります。

## 別添 4

## 商品単価表

品名	金額 ケース・箱	金額 個・枚	品名	金額 ケース・箱	金額 個・枚
おむつ	1700	－	ティッシュ 1 箱	－	60
尿取パッド	800	－	トイレットペーパー1 個	－	60
夜用パッド	1600	－			
リハパン	1900	－	あすなろ介護タクシー	15 分	1,290
おしりふき	250	－	あすなろ介護タクシー 待ち時間	30 分	500
グローブパウダーフリー	500				

※商品金額の値上げや消費税があった場合など金額が変更になる場合があります。

※この表に記載のない商品について、指定買物日以外の買物は 1 回につき 500 円（町内に限る）