

重要事項説明書

| | | | |
|------|---------|-------|-------|
| 記入者名 | 橋 田 義 能 | 記入年月日 | 年 月 日 |
| | | 所属・職名 | 施 設 長 |

1. 事業主体概要

| | | |
|---------------------------------|------------|--|
| 事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先 | | |
| 事業主体の名称 | 法人等の種類 | なし <input checked="" type="radio"/> あり |
| | 名称 | (ふりがな) ゆうげんがいしゃ めでいかるまーちん 有限会社 メディカルマーチン |
| 事業主体の主たる事務所の所在地 | 〒283-0066 | |
| | | 千葉県東金市南上宿4-9 |
| 事業主体の連絡先 | 電話番号 | 0475-53-2510 |
| | FAX番号 | 0475-53-2072 |
| | ホームページアドレス | なし |
| | | あり : http://medicalmartin.com |
| 事業主体の代表者の氏名及び職名 | 氏名 | 十川 正啓 |
| | 職名 | 取締役 |
| 事業主体の設立年月日 | 平成12年8月25日 | |

事業主体が当該都道府県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 | マーチン介護サービス東金 | 東金市南上宿4-9 |
| 訪問入浴介護 | あり | なし | マーチン介護サービス東金 | 東金市南上宿4-9 |
| 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 | マーチン介護サービス東金 マーチン介護サービス佐倉 マーチン介護サービス葵 | 東金市南上宿4-9 佐倉市坂戸1445 東金市滝沢323-4 |
| 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 | マーチン介護サービス若葉 | 千葉市若葉区都賀 |
| 特定福祉用具販売 | あり | なし | マーチン介護サービス若葉 | 千葉市若葉区都賀 |
| <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 | | |
| 複合型サービス | あり | なし | | |
| 居宅介護支援 | あり | なし | マーチン介護サービス東金 マーチン介護サービス佐倉 | 東金市南上宿4-9 佐倉市坂戸1445 |
| <居宅介護予防サービス> | | | | |
| 介護予防訪問介護 | あり | なし | マーチン介護サービス東金 | 東金市南上宿4-9 |
| 介護予防訪問入浴介護 | あり | なし | マーチン介護サービス東金 | 東金市南上宿4-9 |
| 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 | マーチン介護サービス東金 マーチン介護サービス佐倉 マーチン介護サービス葵 | 東金市南上宿4-9 佐倉市坂戸1445 東金市滝沢323-4 |
| 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 | マーチン介護サービス若葉 | 千葉市若葉区都賀 |
| 特定介護予防福祉用具販売 | あり | なし | マーチン介護サービス若葉 | 千葉市若葉区都賀 |
| <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 | | |

2. 施設概要

| | | |
|---|------------------------------------|--|
| 施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先 | | |
| 施設の名称 | (ふりがな) ゆうりょうろうじんほーむあおい 有料老人ホーム葵 | |
| 施設の所在地 | 〒283-0833 | ちばけんとうがねしたきさわ 千葉県東金市滝沢323-6 |
| 施設の連絡先 | 電話番号 | 0475-53-8341 |
| | FAX番号 | 0475-53-8343 |
| | ホームページ | なし |
| | アドレス | あり : http://www.medicalmartin.com |
| 施設の開設年月日 | | |
| 施設の管理者の氏名 及び職名 | 氏名 | 橋田 義能 |
| | 職名 | 施設長 |
| 施設までの主な利用交通手段 | | |
| J R 東金 駅 車 15分 | | |
| 施設の類型及び表示事項 | 類 | 型 : 住宅型有料老人ホーム |
| | 住居の権利形態 | : 利用権方式 |
| | 利用料の支払方法 | : 月払い方式 |
| | 入居時の要件 | : 要支援、要介護 |
| | 介護保険 | : 在宅サービス利用可 |
| | 居室区分 | : 全室個室 |
| 介護保険事業所番号 | | |
| 特定施設入居者生活介護の事業の開始年月日又は開始予定年月日、指定又は許可を受けた年月日（指定又は許可の更新を受けた場合にはその年月日） | | |
| 事業の開始（予定）年月日 | | |
| 指定の年月日 | | |
| 指定の更新年月日 | | |

3. 従業者に関する事項

| 職種別の従業者の人数及びその勤務形態 | | | | | | |
|---|---------------------------|-----|--------------------|-----|----|------------|
| 有料老人ホームの人数及びその勤務形態 | | | | | | |
| 実人数 | 常勤 | | 非常勤 | | 合計 | 常勤換算 人数 |
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | |
| 施設長 | | 1 | | | 1 | 0.4 |
| 生活相談員 | | | | | | |
| 看護職員 | | | | | | |
| 介護職員 | | 4 | 3 | 2 | | 2.3 |
| 機能訓練指導員 | | | | | | |
| 計画作成担当者 | | | | | | |
| 栄養士 | | | | | | |
| 調理員 | | | | | | |
| 事務員 | | | | | | |
| その他従業者 | | | | | | |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 | | | | | | 40 |
| ※ 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。 | | | | | | |
| 従業者である介護職員が有している資格 | | | | | | |
| 延べ人数 | 常勤 | | 非常勤 | | | |
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | |
| 社会福祉士 | | | | | | |
| 介護福祉士 | | 2 | 2 | | | |
| 介護職員基礎研修 | | 2 | | | 1 | |
| 訪問介護員1級 | | | | | | |
| 2級 | | | | | | |
| 3級 | | | | | | |
| 介護支援専門員 | | | | | | |
| 従業者である機能訓練指導員が有している資格 | | | | | | |
| 延べ人数 | 常勤 | | 非常勤 | | | |
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | |
| 理学療法士 | | | | | | |
| 作業療法士 | | | | | | |
| 言語聴覚士 | | | | | | |
| 看護師及び准看護師 | | | | 1 | | |
| 柔道整復士 | | | | | | |
| あん摩マッサージ指圧師 | | | | | | |
| 夜勤を行う看護職員及び介護職員の人数 | | | | | | |
| 人数 | 夜勤帯平均人数 (16時30分～9時30分) | | 最少時人数 (休憩者等を除く) | | | |
| 看護職員 | 1 | | 0 | | | |
| 介護職員 | 1 | | 1 | | | |

| 特定施設入居者生活介護の提供に当たる従業者の人数及びその勤務形態 | | | | | | |
|---|----|-----|--------|-----|----|------------|
| 実人数 | 常勤 | | 非常勤 | | 合計 | 常勤換算 人数 |
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | |
| 生活相談員 | | | | | | |
| 看護職員 | | | | | | |
| 介護職員 | | | | | | |
| 機能訓練指導員 | | | | | | |
| 計画作成担当者 | | | | | | |
| その他従業者 | | | | | | |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 | | | | | | |
| ※ 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。 | | | | | | |
| 従業者である介護職員が有している資格 | | | | | | |
| 延べ人数 | 常勤 | | 非常勤 | | | |
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | |
| 社会福祉士 | | | | | | |
| 介護福祉士 | | | | | | |
| 介護職員基礎研修 | | | | | | |
| 訪問介護員1級 | | | | | | |
| 2級 | | | | | | |
| 3級 | | | | | | |
| 介護支援専門員 | | | | | | |
| 従業者である機能訓練指導員が有している資格 | | | | | | |
| 延べ人数 | 常勤 | | 非常勤 | | | |
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | |
| 理学療法士 | | | | | | |
| 作業療法士 | | | | | | |
| 言語聴覚士 | | | | | | |
| 看護師及び准看護師 | | | | | | |
| 柔道整復士 | | | | | | |
| あん摩マッサージ指圧師 | | | | | | |
| 管理者の他の職務との兼務の有無 | | | | | | なし |
| 管理者が有している当該業務に係る資格等 | なし | あり | 資格等の名称 | | | |
| 特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護職員及び介護職員の常勤換算方法による人数の割合 | | | | | | |

従業者の当該介護サービスに係る業務に従事した経験年数等

| | 看護職員 | | 介護職員 | | 生活相談員 | |
|----------------|---------|-----|---------|-----|-------|-----|
| | 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 | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | | 1 | 0 | | |
| 業務に従事した経験年数 | | | | | | |
| 1年未満の者の人数 | | | 1 | 2 | | |
| 1年以上3年未満の者の人数 | | | 3 | 1 | | |
| 3年以上5年未満の者の人数 | | | 4 | 8 | | |
| 5年以上10年未満の者の人数 | | | | | | |
| 10年以上の者の人数 | | | | | | |
| | 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 |
| 前年度1年間の採用者数 | | | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | | | | | |
| 業務に従事した経験年数 | | | | | | |
| 1年未満の者の人数 | | | | | | |
| 1年以上3年未満の者の人数 | | | | | | |
| 3年以上5年未満の者の人数 | | | | | | |
| 5年以上10年未満の者の人数 | | | | | | |
| 10年以上の者の人数 | | | | | | |
| 従業者の健康診断の実施状況 | | | | なし | あり | |

4. サービスの内容

| | | |
|--|-----------|-----------------------|
| 施設の運営に関する方針 | | |
| <p>緑に囲まれた自然豊かな場所であり隣地は弊社運営のデイサービスもあり、敷地を合わせると1400坪程度ある。作物等の栽培を行い農園造りをする事により機能訓練となり、精神的なゆとりや喜びを感じていただく。</p> | | |
| 介護サービスの内容、利用定員等 | | |
| 個別機能訓練の実施（介護報酬の加算）の有無 | (なし) | あり |
| 夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無 | (なし) | あり |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無 | (なし) | あり |
| 利用者の個別的な選択による介護サービスの実施状況 | 別紙 | |
| 協力医療機関の名称 | 浅井病院、岡崎医院 | |
| (協力の内容) 入居者に病状の急変が生じた場合、その他救急を要する場合は速やかに対応する。但し、何らかの理由により対応ができない場合がある。 | | |
| 協力歯科医療機関 | なし | (あり) その名称 茂原デンタルクリニック |
| (協力の内容) ご利用者の歯の状態に合わせて訪問する | | |
| 要介護時における居室の住み替えに関する事項 | | |
| 要介護時に介護を行う場所 | | |
| <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> | | |

| | | |
|------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| 入居後に居室を住み替える場合 | | |
| 一時介護室へ移る場合 | | |
| 判断基準・手続について | | |
| (その内容) | | |
| 追加的費用の有無 | <input checked="" type="radio"/> なし | <input type="radio"/> あり |
| 居室利用権の取扱い | | |
| (その内容) | | |
| 入居一時金償却の調整の有無 | <input checked="" type="radio"/> なし | <input type="radio"/> あり |
| 従前の居室からの面積の増減の有無 | <input checked="" type="radio"/> なし | <input type="radio"/> あり |
| 従前居室との仕様の変更 | | |
| 便所の変更の有無 | <input checked="" type="radio"/> なし | <input type="radio"/> あり |
| 浴室の変更の有無 | <input checked="" type="radio"/> なし | <input type="radio"/> あり |
| 洗面所の変更の有無 | <input checked="" type="radio"/> なし | <input type="radio"/> あり |
| 台所の有無 | <input checked="" type="radio"/> なし | <input type="radio"/> あり |
| その他の変更の有無 | <input checked="" type="radio"/> なし | <input type="radio"/> あり |
| (その内容) | | |
| 介護居室へ移る場合 | | |
| 判断基準・手続について | | |
| (その内容) | | |
| 追加的費用の有無 | <input checked="" type="radio"/> なし | <input type="radio"/> あり |
| 居室利用権の取扱い | | |
| (その内容) | | |
| 入居一時金償却の調整の有無 | <input checked="" type="radio"/> なし | <input type="radio"/> あり |
| 従前の居室からの面積の増減の有無 | <input checked="" type="radio"/> なし | <input type="radio"/> あり |
| 従前居室との仕様の変更 | | |
| 便所の変更の有無 | <input checked="" type="radio"/> なし | <input type="radio"/> あり |
| 浴室の変更の有無 | <input checked="" type="radio"/> なし | <input type="radio"/> あり |
| 洗面所の変更の有無 | <input checked="" type="radio"/> なし | <input type="radio"/> あり |
| 台所の有無 | <input checked="" type="radio"/> なし | <input type="radio"/> あり |
| その他の変更の有無 | <input checked="" type="radio"/> なし | <input type="radio"/> あり |
| (その内容) | | |

| | | |
|-----------------------|---|-------------------------------------|
| その他 () | <input checked="" type="radio"/> なし | <input type="radio"/> あり |
| 判断基準・手続について (その内容) | | |
| 追加的費用の有無 | <input checked="" type="radio"/> なし | <input type="radio"/> あり |
| 居室利用権の取扱い (その内容) | | |
| 入居一時金償却の調整の有無 | <input checked="" type="radio"/> なし | <input type="radio"/> あり |
| 従前の居室からの面積の増減の有無 | <input checked="" type="radio"/> なし | <input type="radio"/> あり |
| 従前居室との仕様の変更 | | |
| 便所の変更の有無 | <input checked="" type="radio"/> なし | <input type="radio"/> あり |
| 浴室の変更の有無 | <input checked="" type="radio"/> なし | <input type="radio"/> あり |
| 洗面所の変更の有無 | <input checked="" type="radio"/> なし | <input type="radio"/> あり |
| 台所の有無 | <input checked="" type="radio"/> なし | <input type="radio"/> あり |
| その他の変更の有無 (その内容) | <input checked="" type="radio"/> なし | <input type="radio"/> あり |
| 施設の入居に関する要件 | | |
| 自立している者を対象 | <input checked="" type="radio"/> なし | <input type="radio"/> あり |
| 要支援の者を対象 | <input type="radio"/> なし | <input checked="" type="radio"/> あり |
| 要介護の者を対象 | <input type="radio"/> なし | <input checked="" type="radio"/> あり |
| 留意事項 | | |
| 契約の解除の内容 | 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 二 月払いの利用料その他の支払を正当な理由なく、しばしば遅滞するとき 三 入居契約書第20条の規定に違反したとき 四 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 | |
| 体験入居の内容 | 1泊4,700円(食費別)7泊まで | |
| 入居定員 | 12名 | |
| その他 | | |

入居者の状況

入居者の人数（報告に関する計画の基準日の前月末日）

| | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | 合計 |
|------------|------|------|------|------|------|----|
| 65歳未満 | | | | | | |
| 65歳以上75歳未満 | | | 1 | | | 1 |
| 75歳以上85歳未満 | 1 | 1 | 1 | 1 | | 4 |
| 85歳以上 | | 1 | 2 | 3 | | 5 |
| | 自立 | 要支援1 | 要支援2 | | | 合計 |
| 65歳未満 | | | | | | |
| 65歳以上75歳未満 | | | | | | |
| 75歳以上85歳未満 | | | | | | |
| 85歳以上 | | | | | | |

入居者の平均年齢

| | | | | |
|-----------|----|----|----|----|
| 入居者の男女別人数 | 男性 | 3名 | 女性 | 8名 |
|-----------|----|----|----|----|

| | |
|------------------------|-----|
| 入居率（一時的に不在となっている者を含む。） | 92% |
|------------------------|-----|

前年度の有料老人ホームを退去した者の人数

| | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | 合計 |
|--------|------|------|------|------|------|----|
| 自宅等 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 社会福祉施設 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 医療機関 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 死亡者 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| その他 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 自立 | 要支援1 | 要支援2 | | | 合計 |
| 自宅等 | 0 | 0 | 0 | | | 0 |
| 社会福祉施設 | 0 | 0 | 0 | | | 0 |
| 医療機関 | 1 | 0 | 0 | | | |
| 死亡者 | 0 | 0 | 0 | | | 0 |
| その他 | 0 | 0 | 0 | | | 0 |

入居者の入居期間

| 入居期間 | 6ヶ月未満 | 6ヶ月以上 1年未満 | 1年以上 5年未満 | 5年以上 10年未満 | 10年以上 15年未満 | 15年以上 |
|------|-------|---------------|--------------|---------------|----------------|-------|
| 入居者数 | | | 11 | | | |

施設、設備等の状況

| | | | | | | |
|-----------------|--------------------------|----------------|----------------------------|---------|----------------|----------------------|
| 建物の構造 | 建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物 | | | なし | あり | |
| | 建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物 | | | なし | あり | |
| 居室の状況 | 区分 | | 室数 | 人数 | 1の居室の床面積 | |
| | 一般居室個室 | あり | なし | 1 2 | 1 2 | 19.44 m ² |
| | 一般居室相部屋 | あり | なし | | | m ² |
| | | | | | | m ² |
| | | | | | | m ² |
| | 介護居室個室 | あり | なし | | | m ² |
| | 介護居室相部屋 | あり | なし | | | m ² |
| | | | | | | m ² |
| 一時介護室 | あり | なし | | | m ² | |
| 共用便所の設置数 | 2 | うち男女別の対応が可能な数 | | | 2 | |
| | | うち車椅子等の対応が可能な数 | | | 1 | |
| 個室の便所の設置数 | 1 2 | 個室における便所の設置割合 | | | 1 0 割 | |
| | | うち車椅子等の対応が可能な数 | | | | |
| 浴室の設備状況 | 浴室の数 | 個浴 | 大浴槽 | 特殊浴槽 | リフト浴 | |
| | | 2 | | | | |
| その他、浴室の設備に関する事項 | | | | | | |
| 食堂の設備状況 | 入居者等が調理を行う設備状況 | | | | なし | あり |
| その他、共用施設の設備状況 | なし | | | | | あり |
| (その内容) 食堂兼談話室 | | | | | | |
| バリアフリーの対応状況 | (その内容) 全てバリアフリー | | | | | |
| 緊急通報装置の設置状況 | なし | 一部あり | | 各居室内にあり | | |
| 外線電話回線の設置状況 | なし | 一部あり | | 各居室内にあり | | |
| テレビ回線の設置状況 | なし | 一部あり | | 各居室内にあり | | |
| 施設の敷地に関する事項 | | | | | | |
| 敷地の面積 | | | 9 8 1 . 9 7 m ² | | | |
| 事業所を運営する法人が所有 | | なし | 一部あり | あり | | |
| 抵当権の設定 | | なし | | あり | | |
| 貸借 (借地) | | | | | | |
| なし | あり | 契約期間 | 始 | 終 | | |
| 契約の自動更新 | | | | なし | あり | |

| | | | | | | | |
|---------------|--|----|--|---------|--|----|--|
| 施設の建物に関する事項 | | | | | | | |
| 建物の構造 | | | | 鉄骨造 | | | |
| 建物の延床面積 | | | | 368.28㎡ | | | |
| 事業所を運営する法人が所有 | | なし | | 一部あり | | あり | |
| 抵当権の設定 | | | | なし | | あり | |
| 貸借（借家） | | | | | | | |
| なし | | あり | | 契約期間 | | 始 | |
| | | | | | | 終 | |
| 契約の自動更新 | | | | | | なし | |
| | | | | | | あり | |

| | | | | | | | |
|---|--|---------------------|--|-----------------------|--|----|--|
| 利用者からの苦情に対応する窓口等の状況 | | | | | | | |
| 事業主体や施設に設置している利用者からの苦情に対応する窓口 | | | | | | | |
| 窓口の名称 | | マーチン介護サービス 葵 | | | | | |
| 電話番号 | | 0475-53-8341 | | | | | |
| 対応している時間 | | 平日 | | 9時～17時30分 | | | |
| | | 土曜 | | 9時～17時30分 | | | |
| | | 日曜・祝日 | | 日曜日は休日 祝日9時～17時30分 | | | |
| 定休日等 | | 日曜日 12月30日～1月3日 | | | | | |
| 上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等 | | | | | | | |
| 窓口の名称 | | マーチン介護サービス東金 | | | | | |
| 電話番号 | | 0475-53-2510 | | | | | |
| 対応している時間 | | 平日 | | 8時30分～17時30分 | | | |
| | | 土曜 | | 休日 | | | |
| | | 日曜・祝日 | | 日曜日は休日 祝日8時30分～17時30分 | | | |
| 定休日等 | | 土曜日、日曜日 12月30日～1月3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 | | | | | | | |
| なし | | あり | | (その内容) 三井住友海上火災 | | | |
| その他、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に関すること | | | | | | | |
| なし | | あり | | (その内容) 三井住友海上火災 | | | |
| サービスの提供内容に関する特色等 | | | | | | | |
| (その内容) | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |
| なし | | あり | | 実施した年月日 | | | |
| | | | | 当該結果の開示状況 | | なし | |
| | | | | | | あり | |
| 第三者による評価の実施状況 | | | | | | | |
| なし | | あり | | 実施した年月日 | | | |
| | | | | 実施した評価機関の名称 | | | |
| | | | | 当該結果の開示状況 | | なし | |
| | | | | | | あり | |

5. 利用料金

| 利用料の支払い方式 | 一時金方式 | <u>月払い方式</u> | 選択方式 | | | |
|--|------------------|-----------------------|-------|------|----|------|
| 敷金 | 80,000円（家賃の2ヶ月分） | | | | | |
| 一時金方式 | | | | | | |
| 一時金及び月単位で支払う利用料 | | | | | | |
| 年齢に応じた金額設定 | なし | あり | | | | |
| 要介護状態に応じた金額設定 | なし | あり | | | | |
| 料金プラン | | | | | | |
| プラン名称 | 一時金 | 月額 | (内訳) | | | |
| | | 計 | 家賃相当額 | 介護費用 | 食費 | 光熱水費 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 | | | | | | |
| 算定根拠 | 家賃相当額 | | | | | |
| | 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 | | | | | |
| | 光熱水費 | | | | | |
| | 管理費 | | | | | |
| | 一時金 | | | | | |
| 一時金の償却に関する事項 | | | | | | |
| 償却開始日の設定 | 入居日 | | | | | |
| 初期償却率（％） | | | | | | |
| 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 | | | | | | |
| 権利金等（※）の額 | | | | | | |
| （※）平成24年3月31日までに老人福祉法第29条第1項の規定により届出がされた施設に限る。 | | | | | | |
| 償却年月数 （想定居住期間） | | | | | | |

| | | | | | | | |
|-------------------------------------|-------|---|-------|-------|-------|------|-------|
| 契約終了時返還金の算定方法及び返還金の例 | | | | | | | |
| 保全措置の実施状況 | | なし | あり | (保全先) | | | |
| 三月以内の契約終了による返還金について | | | | | | | |
| 三月の起算日 | | 入居日 | | | | | |
| 契約終了日までの利用期間に係る利用料及び原状回復のための費用の算定方法 | | | | | | | |
| 一時金の支払方法 | | | | | | | |
| 月払い方式 | | | | | | | |
| 月単位で支払う利用料 | | | | | | | |
| 年齢に応じた金額設定 | | (なし) | あり | | | | |
| 要介護状態に応じた金額設定 | | (なし) | あり | | | | |
| 料金プラン | | | | | | | |
| プラン名称 | | 月額 | (内訳) | | | | |
| | | 計 | 家賃相当額 | 介護費用 | 食費 | 光熱水費 | 管理費 |
| 通常 (季節費は除く) | | 103700 | 40000 | | 38700 | 0 | 25000 |
| 排泄介助付プラン (季節費は除く) | | 115700 | 40000 | 12000 | 38700 | 0 | 25000 |
| ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 | | | | | | | |
| 算定根拠 | 家賃相当額 | 40,000円 | | | | | |
| | 介護費用 | ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 20時～翌朝8時までのおむつ交換、トイレ誘導等の排泄介助として12,000円 | | | | | |
| | 食費 | 38,700円 1カ月30日の場合 朝食290円 昼食600円 夕食400円 | | | | | |
| | 光熱水費 | 管理費に含む 7, 8, 9月分及び12, 1, 2月分は季節費として2,000円 | | | | | |
| | 管理費 | 25,000円 | | | | | |

| | | | |
|--|------------------------|----------|----|
| 一時金方式・月払い方式共通 | | | |
| 介護保険サービスの自己負担額 | | | |
| 内容 | ※要介護度に応じて介護費用の1割を徴収する。 | | |
| 人員配置が手厚い場合の介護サービス（再掲） | | なし | あり |
| 内容 | | | |
| 利用料 | | 円（月額・日額） | |
| 算定根拠 | | | |
| 支払い方法 | 月単位（日割りの有無あり・なし） | | |
| 利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料 | | | |
| 個別的な選択による生活支援サービス | | なし | あり |
| 算定根拠 | | | |
| 料金改定の手続 | | | |
| 施設が所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案し、運営懇談会の意見を聴いたうえで改定する。なお、改定にあたっては、入居者及び身元引受人等へ事前に通知する。 | | | |

6. 千葉県有料老人ホーム設置運営指導指針に対する適合性

| | | |
|-------------------------------|----|----------|
| 千葉県有料老人ホーム設置運営指導要綱に関する手続き | | |
| 地元市町村長の意見書 | 27 | 年 3月 11日 |
| 千葉県に対する事前協議終了日 | 27 | 年 6月 3日 |
| 千葉県知事に対する設置届提出日 | 27 | 年 7月 16日 |
| 千葉県有料老人ホーム設置運営指導指針に対する適合 | | |
| 適用する設置運営指導指針（下記のいずれかに「○」印を記入） | | |
| 平成24年4月1日施行の設置運営指導指針 | | ○ |
| 平成20年4月1日施行の設置運営指導指針 | | |
| 平成20年4月1日施行の設置運営指導指針の特例措置 | | |
| 平成18年6月20日施行の設置運営指導指針 | | |
| 平成18年6月20日施行の設置運営指導指針の特例措置 | | |
| 平成14年12月2日施行の設置運営指導指針 | | |
| 平成14年12月2日施行の設置運営指導指針の特例措置 | | |
| 平成13年3月1日施行の設置運営指導指針 | | |
| 平成13年3月1日施行の設置運営指導指針施行前の設置施設 | | |
| 設置運営指導指針における適合の可否 | | |
| 個室の整備 | 適合 | 不適合 |
| 廊下幅 | 適合 | 不適合 |
| 居室面積 | 適合 | 不適合 |
| 必要な諸室 | 適合 | 不適合 |
| フロア諸機能 | 適合 | 不適合 |
| スプリンクラー設備 | 適合 | 不適合 |
| その他 | 適合 | 不適合 |
| 上記不適合に対する対応について | | |
| | | |

添付書類：「介護サービス等の一覧表」

※ _____ 様

説明年月日 _____ 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。