

重要事項説明書

記入年月日	平成28年4月1日
記入者名	前田 文恵
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	(ふりがな) ちえりーこーと 株式会社 チェリーコート	
主たる事務所の所在地	〒284-0001 千葉県四街道市大日 526-22	
連絡先	電話番号	043-422-0321
	FAX番号	043-422-8626
	ホームページアドレス	http://www.cherry-coat.co.jp/
代表者	氏名	櫻井 守
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和62年4月6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) ちえりーこーとよつかいどう チェリーコート四街道	
所在地	〒284-0001 千葉県四街道市大日 526-22	
主な利用交通手段	最寄駅	四街道駅
	交通手段と所要時間	JR総武本線四街道駅下車 千葉内陸バスで乗車6分、萱橋台停留所で 下車、徒歩5分
連絡先	電話番号	043-422-0321

	FAX番号	043-422-8626
	ホームページアドレス	http://www.cherry-coat.co.jp/
管理者	氏名	櫻井 守
	職名	代表取締役
建物の竣工日		昭和・平成2年 5月31日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成2年 6月17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	1273300036号
	指定した自治体名	千葉県
	事業所の指定日	平成11年10月1日
	指定の更新日（直近）	平成26年4月1日

3. 建物概要

土地	敷地面積	2,380 m ²	
	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 (平成21年8月1日～平成50年3月31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	3,162 m ²
		うち、老人ホーム部分	3,162 m ²
	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	1 人部屋			
		最大	4 人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分*
	4 人室	有/無	有/無	34.65 m ²	10	介護居室4 人室
	タイプA	有/無	有/無	17.05 m ²	6	介護居室個室
	タイプB	有/無	有/無	15.75 m ²	2	介護居室個室
	タイプC	有/無	有/無	14.81 m ²	1	介護居室個室
	タイプD	有/無	有/無	16.22 m ²	2	介護居室個室
	タイプE	有/無	有/無	17.33 m ²	7	介護居室個室
	タイプF	有/無	有/無	17.33 m ²	1	介護居室個室
	タイプG	有/無	有/無	22.68 m ²	2	介護居室個室
タイプH	有/無	有/無	25.99 m ²	2	介護居室二人室	
タイプI	有/無	有/無	34.65 m ²	2	介護居室二人室	
※「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	1 1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	6ヶ所		
	共用浴室	2ヶ所	機械（特殊）浴室	1ヶ所		
			大浴場	1ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	ヶ所	チェアー浴	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	高齢者の健やかな生活と尊厳を守り、心の安らぎが生きる糧となるように、家庭的かつ専門的ケアサービスの提供を日々目指しています。
サービスの提供内容に関する特色	創立26周年を迎え、地域に根差した有料老人ホームとして併設訪問診療所、地域医療機関との連携を図るとともに、交流の場を多く持ち日々の生活に生き甲斐が持てるよう努めています。
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	個別機能訓練加算	1 あり 2 なし
	夜間看護体制加算	1 あり 2 なし
	医療機関連携加算	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	(I)イ 1 あり 2 なし

	供体制強化 加算	(Ⅰ)ロ	1 あり 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり 2 なし
		(Ⅲ)	<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) : 1	
	<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	名称	<input checked="" type="checkbox"/> ① 独立行政法人国立病院機構 下志津病院 <input checked="" type="checkbox"/> ② はるかぜ診療所 <input checked="" type="checkbox"/> ③ 栗山中央病院 <input checked="" type="checkbox"/> ④ 四街道さくら病院	
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> ① 四街道市鹿渡 9 3 4 - 5 <input checked="" type="checkbox"/> ② 四街道市大日 5 4 9 - 1 <input checked="" type="checkbox"/> ③ 四街道市栗山 9 0 6 - 1 <input checked="" type="checkbox"/> ④ 四街道市大日 5 2 6 - 1	
	診療科目	<input checked="" type="checkbox"/> ① 外科・内科・リウマチ内科・消化器内科・呼吸器内科 他 <input checked="" type="checkbox"/> ② 内科・精神科 <input checked="" type="checkbox"/> ③ 総合診療科・内科・循環器内科・消化器内科・神経内科・糖尿病内科・外科・整形外科 他 <input checked="" type="checkbox"/> ④ 内科・外科	
	協力内容	<input checked="" type="checkbox"/> ① 外来受診、入院時の連携 <input checked="" type="checkbox"/> ② 月 2 回の訪問診療。健康管理（医療費その他費用は入居者負担） <input checked="" type="checkbox"/> ③ 外来受診、入院時の連携 <input checked="" type="checkbox"/> ④ 外来受診、入院時の連携	
協力歯科医療機関	名称	エースデンタルクリニック	
	住所	千葉県若葉区都賀 2 - 1 0 - 1 3 - 1 0 1	
	協力内容	定期的な訪問歯科診療	

(入居後に居室を住み替える場合)

入居後に居室を住み替える場合	1 一時介護室へ移る場合
----------------	--------------

※複数選択可		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 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 歳以上の介護保険認定者	
契約の解除の内容	① 入居者が逝去した場合 (2 名の場合はどちらとも逝去した場合) ② 入居者が解約した場合 ③ 事業者が解約した場合	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	① 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時 ② 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延滞する時 ③ 入居者の行動が他の入居者又は従業員の生命に危険を及ぼし又はその危害の切迫した恐れがあり、かつ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事ができない時
	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	1 あり (内容：空室がある場合。1泊食事付 10,800円) 2 なし																																	
入居定員	69名 (介護居室二人室に2名ご入居された場合。二人室1名利用の場合の入居定員は65名)																																	
その他	<p>〈短期解約特例〉</p> <p>退居時返還金算出基準日から3カ月以内に入居契約の解約の申し出をなした場合、又は入居者の死亡により契約が終了した場合であって、契約終了により居室が明け渡されたときは、受領済みの額から以下の費用を除いた以下の費用を除いた金額を3ヶ月後に無利息で返還いたします。</p> <p>1、居室明け渡し日迄の施設の利用等対価として、1日あたりの居室利用料に利用日数を乗じた金額。</p> <p>1日あたりの金額は、入居一時金のうち返還対象部分を償却月数で割り返し、30で除した額となります。</p> <p>※1日あたりの利用料は居室タイプにより異なります。</p> <p>(以下、参照)</p> <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td>4人室</td> <td>窓側</td> <td>1,361円/日</td> </tr> <tr> <td></td> <td>通路側</td> <td>1,000円/日</td> </tr> <tr> <td>タイプA</td> <td></td> <td>2,833円/日</td> </tr> <tr> <td>タイプB</td> <td></td> <td>3,028円/日</td> </tr> <tr> <td>タイプC</td> <td></td> <td>3,028円/日</td> </tr> <tr> <td>タイプD</td> <td></td> <td>3,167円/日</td> </tr> <tr> <td>タイプE</td> <td></td> <td>3,167円/日</td> </tr> <tr> <td>タイプF</td> <td></td> <td>3,333円/日</td> </tr> <tr> <td>タイプG</td> <td></td> <td>5,000円/日</td> </tr> <tr> <td>タイプH</td> <td></td> <td>5,917円/日</td> </tr> <tr> <td>タイプI</td> <td></td> <td>7,611円/日</td> </tr> </table> <p>2、日割り計算による管理費等の費用</p> <p>3、居室の原状回復のための費用</p>	4人室	窓側	1,361円/日		通路側	1,000円/日	タイプA		2,833円/日	タイプB		3,028円/日	タイプC		3,028円/日	タイプD		3,167円/日	タイプE		3,167円/日	タイプF		3,333円/日	タイプG		5,000円/日	タイプH		5,917円/日	タイプI		7,611円/日
4人室	窓側	1,361円/日																																
	通路側	1,000円/日																																
タイプA		2,833円/日																																
タイプB		3,028円/日																																
タイプC		3,028円/日																																
タイプD		3,167円/日																																
タイプE		3,167円/日																																
タイプF		3,333円/日																																
タイプG		5,000円/日																																
タイプH		5,917円/日																																
タイプI		7,611円/日																																

5. 職員体制

(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		1

生活相談員	1	1		1
直接処遇職員	37	16	21	27.7
介護職員	32	12	20	24.1
看護職員	4	3	1	3.6
機能訓練指導員	1	1		1
計画作成担当者	1	1		1
栄養士	2	2		1
調理員	7		7	6.4
事務員	5	5		5
その他職員	6	1	5	3.0
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
<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	9	6	3
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	8	6	2
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	1	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			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間（ 20時～ 6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	2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)	1.7 : 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(外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	ホームの職員数	人
	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		2 なし					
	資格等の名称		主任介護支援専門員・社会福祉主事							
	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	6	2					
前年度1年間の退職者数				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		1			
	1年以上		5	7					1	
	3年未満									
	3年以上			1	3					
	5年未満									
5年以上			1	7						
10年未満										

	10年以上	4	1	4	2						
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】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 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 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	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 減額なし <input checked="" 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	物価変動、人件費の上昇等により改定する場合がある。
	手続き	運営懇談会の意見を聞く。

(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2	要介護2
	年齢	80歳	80歳
居室の状況	床面積	34.65㎡/4人(8.66㎡)	15.75㎡
	便所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
	浴室	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無
	台所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無
入居時点で 必要な費用	前払金	なし	なし円
	敷金	なし	なし円
月額費用の合計		202,340円	272,540円
家賃		24,000円	72,600円
ビス 険	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	18,716円	18,716円
	食費	62,424円	62,424円

	管理費	97,200 円	118,800 円
	介護費用	なし	なし
	光熱水費	(管理費に含む) 円	(管理費に含む) 円
	その他	円	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	土地の賃借料、設備備品費、借入利息等を基礎として1室あたりの家賃を算出した。
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。
管理費	事務管理費・生活サービスの人件費・共有部分の維持管理費・衣類洗濯代（指定業者による通常の洗濯のみ）及び水道光熱費
食費	人件費等の諸経費、食材に基づく費用
光熱水費	管理費に含まれる。
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	基本報酬、及び前掲の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	老人福祉法令に基づき、全国有料老人ホーム協会の試算プログラムにより算定。
想定居住期間（償却年月数）	要支援・要介護60ヶ月（5年）
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（プラン2＝初期償却額）	1,090,000 円

初期償却率		20%
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	・入居一時金－(入居一時金－初期償却額) ÷想定居住月数÷30×(入居日から契約終了日までの日数)
	入居後3月を超えた契約終了	・(入居一時金－初期償却額)×(契約終了日から想定居住期間満了日までの日数) ÷(入居日の翌日から想定居住期間満了日までの日数)
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:)	

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	35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	19人
	85歳以上	27人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	2人
	要支援2	6人
	要介護1	12人
	要介護2	7人
	要介護3	5人
	要介護4	8人
	要介護5	8人
入居期間別	6ヶ月未満	3人
	6ヶ月以上1年未満	8人
	1年以上5年未満	29人
	5年以上10年未満	5人
	10年以上15年未満	3人
	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	85.00歳
入居者数の合計	48人
入居率*	74%
※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	2人
	社会福祉施設	2人
	医療機関	13人
	死亡者	3人
	その他	2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	6人
	(解約事由の例)	・ 自宅で家族により看取りを行いたいとの申し出。 ・ 特別養護老人ホーム入居が決定したとの申し出

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	チェリーコート四街道生活相談員	千葉県高齢者福祉課	
電話番号	047-422-0321	047-223-2350	
対応している時間	平日	9時～17時	9時～17時
	土曜	9時～17時	休み
	日曜・祝日	9時～17時	休み
定休日	なし	あり	

(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) 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制度]
	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	事故対策マニュアルに基づく
	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	毎年3月に実施
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	<input type="checkbox"/> 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25年2月22日
		評価機関名称	株川原経営総合センター
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 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 1回
	2 なし	
	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:)	
	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 年 月 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 13 年 3 月 1 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	居室面積	
不適合事項がある場合の内容	居室の一部に不適合部分あり (4 人室) 中・長期的施設回収計画の中で対応予定	

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。

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	訪問介護ステーション	四街道市大日549-1
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	デイサービス	四街道市大日549-1
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	ショートステイサービス	四街道市大日526-22
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	チェリーコート四街道	四街道市大日526-22
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	グループホーム	四街道市大日549-1
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	居宅介護支援事業所	四街道市大日549-1
＜居宅介護予防サービス＞				
介護予防訪問介護	あり	なし	訪問介護ステーション	四街道市大日549-1
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	デイサービス	四街道市大日549-1
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	ショートステイサービス	四街道市大日526-22
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	チェリーコート四街道	四街道市大日526-22
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）			備考	
			包含※2	都度※2	料金※3		
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		○	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	○		
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		○	保険給付＋加算給付
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	1000円/時間 協力医療機関以外
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	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	○		
おやつ			なし	あり	○		
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	1600円～/回 自己負担
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	1000円/時間 通常の利用区域に限る
役所手続き代行（介護保険更新等）	なし	あり	なし	あり	○		
金銭・貯金管理			なし	あり			実施していない
健康管理サービス							
定期健康診断			なし	あり		○	希望により年2回自己負担
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			
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり	○		
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり	○		適時実施
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり	○		適時実施

※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：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。

※3：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額の利用料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。