

重要事項説明書

| | |
|-------|--------------|
| 記入年月日 | 令和 7年 5月 1 日 |
| 記入者名 | 國友 利晃 |
| 所属・職名 | あすも市川ハイム・施設長 |

1. 事業主体概要

| | | |
|------------|---|-----------------------|
| 種類 | 個人／ <u>法人</u> | |
| | ※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 にっけあさーびす 株式会社 ニッケ・ケアサービス | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒491-0053 愛知県一宮市今伊勢町本神戸字前畑 1 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 0586-48-5367 |
| | FAX番号 | 0586-28-5015 |
| | ホームページアドレス | http:// nikkecare.com |
| 代表者 | 氏名 | 山崎 佳代 |
| | 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | 平成14年6月25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) にっけあすもいちかわはいむ 仮称) ニッケあすも市川ハイム | |
| 所在地 | 千葉県市川市鬼高二丁目 20-25 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | 京成線 鬼越駅 |
| | 交通手段と所要時間 | 徒歩の場合 徒歩 7 分 |
| 連絡先 | 電話番号 | 047-325-9011 |
| | FAX番号 | 047-325-9022 |
| | ホームページアドレス | http:// nikkecare.com |
| 管理者 | 氏名 | 國友 利晃 |
| | 職名 | 施設長 |
| 建物の竣工日 | | 平成 28 年 12 月 末 日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 平成 29 年 2 月 1 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 |

3. 建物概要

| | | | | | | |
|---------|---------|---|---|---------------------|-------|-----|
| 土地 | 敷地面積 | 2055.34 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 29 年 1 月 25 日～平成 49 年 1 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 | 4062.48 m ² | | | |
| | | うち、老人ホーム部分 | 896.30 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 (平成 29 年 1 月 25 日～平成 49 年 1 月 31 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 | | | 2 人部屋 | | | |
| 最大 | | | 2 人部屋 | | | |
| | | トイレ | 浴室 | 面積 | 戸数・室数 | 区分※ |
| タイプ 1 | | 有／無 | 有／無 | 27.2 m ² | 1 | 相部屋 |
| タイプ 2 | | 有／無 | 有／無 | 29.0 m ² | 1 | 相部屋 |
| タイプ 3 | | 有／無 | 有／無 | 29.6 m ² | 1 | 相部屋 |
| タイプ 4 | | 有／無 | 有／無 | 30.3 m ² | 1 | 相部屋 |
| タイプ 5 | | 有／無 | 有／無 | 31.4 m ² | 1 | 相部屋 |
| タイプ 6 | | 有／無 | 有／無 | 31.6 m ² | 1 | 相部屋 |
| タイプ 7 | | 有／無 | 有／無 | 32.0 m ² | 4 | 相部屋 |

| | | | | | | |
|-------------------------|--|--------------------------------------|-----------------------------|---------------------|-----|-----|
| | タイプ 8 | 有／無 | 有／無 | 32.4 m ² | 2 | 相部屋 |
| | タイプ 9 | 有／無 | 有／無 | 32.8 m ² | 1 | 相部屋 |
| | タイプ 1 0 | 有／無 | 有／無 | 33.2 m ² | 4 | 相部屋 |
| | タイプ 1 1 | 有／無 | 有／無 | 34.1 m ² | 1 | 相部屋 |
| | タイプ 1 2 | 有／無 | 有／無 | 35.0 m ² | 1 | 相部屋 |
| ※「個室」「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ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便房 | | 0ヶ所 | |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | | 1ヶ所 | |
| | 共用浴室 | 0ヶ所 | 個室 | | 0ヶ所 | |
| | | | 大浴場 | | 0ヶ所 | |
| | 共用浴室における介護浴槽 | 0ヶ所 | チェアー浴 | | 0ヶ所 | |
| | | | リフト浴 | | 0ヶ所 | |
| | | | ストレッチャー浴 | | 0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 | 各居室緊急連絡装置設置（室内・トイレ・浴室） 緊急コールを押すとスタッフに連絡がとれます。 各居室生活リズムセンサー設置 設定した時間センサーで感知されない場合は、事務所に通報されます。 | | | | | |

(全体の方針)

(医療連携の内容)

5

| | | | |
|----------|--|------|-------------------------|
| | | 住所 | 千葉県市川市本行徳 5525-2 |
| | | 診療科目 | 内科 整形外科 脳神経外科 眼科等 |
| | | 協力内容 | 一般診療による診察、指導、助言を行う |
| 協力歯科医療機関 | | 名称 | 医療法人社団 千仁会 上田歯科医院 |
| | | 住所 | 千葉県市川市高石神 33-20 |
| | | 協力内容 | 一般診療・訪問診療による診察、指導、助言を行う |

(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>1. 入居対象者は65歳以上の高齢者とし、集合住宅内における共同生活を営むことに支障のない者とする。</p> <p>2. 自立した入居生活の維持が明らかに困難であると認められる場合は、介護保険施設または病院等を紹介するとともに、入居の申し込みを受け入れない場合がある。</p> <p>3. 入居前に指定の書類を提出頂きます</p> <p>◎2人入居の場合</p> <p>1. お2人とも65歳以上で、お2人の関係がご夫婦、三親等以内の血族または一親等の姻族の方</p> <p>2. 一回の入居契約につき、一度限り契約者の追加を行うことができることとする。</p> <p>3. 追加入居契約は当初入居日後3年以内とする。</p> | |
| 契約の解除の内容 | <p>1. 入居者が契約解除の申出を行なったとき 30日前までに書面で通知することにより、いつでも利用契約を解除できます。</p> <p>2. 入居者が死亡したとき（2人入居の場合は、2人とも死亡したとき）死亡の日をもって契約を終了する。</p> <p>3. 入居者が他の介護療養施設などへの入所が決まり、その施設の側で受け入れが可能になったとき</p> <p>4. 事業者が破産等の事情により、事業の断続的な見通しが困難となったとき</p> | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | <p>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</p> <p>二 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</p> <p>三 第19条の規定に違反したとき</p> <p>四 入居者の行動が、他の入居者又は職員の生命に危害を及ぼし、又はその危害の切迫したおそれがあり、かつ施設における通常の接遇方法等ではこれを防</p> |

| | | |
|--------------|--------------------|---|
| | | 止することができないとき 五 入居者やその家族から、職員に対して、ハラスメント行為があった場合 六 常時介護見守りが必要となったとき 七 入居者及び身元引受人が社会通念上反社会的と認められる団体に所属している場合 |
| | 解約予告期間 | 90 日間 |
| 入居者からの解約予告期間 | | 7 日 |
| 体験入居の内容 | ① あり（内容： ） 2 なし | |
| 入居定員 | | 19 室 38 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と兼務する職員については、有料老人ホームの職員として勤務する部分についてのみ記載すること）。

（職種別の職員数）

| | 職員数（実人数） | | |
|---------------------------------------|----------|----|-----|
| | 合計 | 常勤 | 非常勤 |
| 管理者 | 1 | 1 | 0 |
| 生活相談員 | | | 0 |
| 栄養士 | | | |
| 調理員 | | | |
| 事務員 | 2 | 2 | 0 |
| その他職員 | 0 | 0 | 0 |
| 1 週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※ ² | | | |

（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 | 0 | 0 | 0 |
| 介護福祉士 | 0 | 0 | 0 |
| 実務者研修の修了者 | 0 | 0 | 0 |
| 初任者研修の修了者 | 0 | 0 | 0 |
| 介護支援専門員 | 0 | 0 | 0 |

(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 | 0 | 0 | 0 |
| 理学療法士 | 0 | 0 | 0 |
| 作業療法士 | 0 | 0 | 0 |
| 言語聴覚士 | 0 | 0 | 0 |
| 柔道整復士 | 0 | 0 | 0 |
| あん摩マッサージ指圧師 | 0 | 0 | 0 |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

| 夜勤帯の設定時間 (22 時～5 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 | 0 人 | 0 人 |

(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 | | 介護福祉士 介護支援専門員 | | | | | |
| | | | | 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 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 前年度 1 年間の 退職者数 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 応じた職員の人数 業務に従事した経験年数に | 1 年未満 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 1 年以上 3 年未満 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 3 年以上 5 年未満 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 5 年以上 10 年未満 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 10 年以上 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | | | | | | | | | | |

| | |
|---------------|----------------|
| 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 | 地域の自治体が発表する消費者物価指数および人件費等を勘案 | |
| | 手続き | 運営懇談会の意見を聴いた上、事前に入居者および身元引受人等へ通知し改定いたします。 | |

(利用料金のプラン【代表的なプラン例】)

| 入居者の状況 | 要介護度 | 自立 | |
|------------|-------------------------------|---------------------|------------|
| | 年齢 | 88 歳 | |
| 居室の状況 | 床面積 | 32.6 m ² | |
| | 便所 | ① 有 2 無 | |
| | 浴室 | ① 有 2 無 | |
| | 台所 | ① 有 2 無 | |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金 | 12,204,000 円 | 120 ヶ月定額償却 |
| | 敷金 | 200,000 円 | |
| 月額費用の合計 | | 242,870 円 | |
| 家賃 | | 100,000 円 | |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護※ ¹ の費用 | | 円 |
| | 外※ ² 介護保険 | 食費 | 66,420 円 |
| | | 管理費 | 66,000 円 |
| | | 介護費用 | 0 円 |

| | | | | |
|--|--|------------|----------|--|
| | | 光熱水費 | 実費 | |
| | | その他（食事基本料） | 10,450 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 | 本物件の賃借料を専有と共用部分を含めた面積に按分した額に保険料、保全契約料を加算し設定 |
| 敷金 | 家賃の 2.00 ヶ月分 |
| 管理費 | 人件費、共有スペース高熱水費、設備リース代、設備保守料、システム管理費、衛生管理費等を入居者数 90%で按分した額 |
| 食費 | 食材費 47%、人件費他を 50%とし、1 日 2,214 円、月 66,420 円と設定 予約制 朝 432 円 昼 891 円 夕 891 円 ＊来客等入居者以外同一料金 ＊希望者のみ夕食 1 品追加 +50 円 喫食の額に関わらず食事基本料 1 人 10,450 円/月 |
| 光熱水費 | ガス（ガス会社との個人契約） 電気・水道（ホームが検針しホームが請求） |
| 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 | ・通院の付き添い、役所等の届け、電球取替え等 スタッフ 1 名 550 円/15 分 スタッフ 2 名の場合は 2 人分 ・食事 居室配膳 110 円/食 ・理美容 実費 ・レクリエーション 内容により費用負担 ・地域交流カフェ メニュー毎に実費 |

（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 | 家賃の一部（120 ヶ月分）前払い金 想定居住期間と要介護者の平均寿命を勘案し居室、共用部分の広さ等を考慮し算定 |
| 想定居住期間（償却年月数） | 120 ヶ月 |
| 償却の開始日 | 入居日 |
| 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 | | 0% |
| 返還金の算定方法 | 入居後3ヶ月以内の契約終了 | <p>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</p> <p>1. 1日あたり 9,100 円/1 名 12,000 円/2 名 (税抜) の利用日数分・食費・水光熱費実費</p> <p>2. 原状回復費用 (床・天井・壁のクロス替え、クリーニング等)</p> |
| | 入居後3ヶ月を超えた契約終了 | <p>一時金－(一時金÷120ヶ月)×入居期間 申込金－(申込金÷120ヶ月)×入居期間</p> <p>2人入居時 どちらか一方のみ退去時は、2人目入居一時金未償却分を返還する。また、居住継続する者が1人目入居一時金を引き継ぐ。</p> <p>提携施設へ住み替え ニッケあすも市川へ住み替え時は、一時金等返還し当施設と契約解除となる。その上で新たにニッケあすも市川と契約を行う。</p> |
| 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 | みずほ信託銀行 |
| | 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 | 9 人 |
| | 女性 | 10 人 |
| 年齢別 | 60 歳未満 | 0 人 |
| | 65 歳以上 75 歳未満 | 1 人 |
| | 75 歳以上 85 歳未満 | 5 人 |
| | 85 歳以上 | 13 人 |
| 要介護度別 | 自立 | 7 人 |
| | 要支援 1 | 2 人 |
| | 要支援 2 | 3 人 |

| | | |
|-------|---------------|-----|
| | 要介護 1 | 6 人 |
| | 要介護 2 | 0 人 |
| | 要介護 3 | 1 人 |
| | 要介護 4 | 0 人 |
| | 要介護 5 | 0 人 |
| 入居期間別 | 6 ヶ月未満 | 2 人 |
| | 6 ヶ月以上 1 年未満 | 2 人 |
| | 1 年以上 5 年未満 | 7 人 |
| | 5 年以上 10 年未満 | 8 人 |
| | 10 年以上 15 年未満 | 0 人 |
| | 15 年以上 | 0 人 |

(入居者の属性)

| | |
|-----------------------------|--------|
| 平均年齢 | 86.4 歳 |
| 入居者数※の合計 | 19 人 |
| 入居率※※ | 100% |
| ※ 入院等で一時的に不在となっている者も入居者に含む。 | |
| ※※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。 | |

(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 | 2 人 |
| | 医療機関 | 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 | 0 人 |
| | | (解約事由の例) |
| | 入居者側の申し出 | 2 人 |
| | | (解約事由の例) 自立での生活が困難なため、介護付き 有料老人ホームへ住み替えを行う |

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 | | あすも市川ハイム 苦情受付窓口 | 市川市福祉部 介護保険課 | 千葉県健康福祉部 高齢者福祉課 | 千葉県国民健康保険 団体連合会介護 保険課 |
| 電話番号 | | 047-325-9011 | 047-712-8548 | 043-221-3020 | 043-254-7428 |
| 対応 時間 | 平日 | 9:00~18:00 | 8:45~17:15 | 8.30~17:15 | 9:00~17:00 |
| | 土曜 | 9:00~18:00 | | | |
| | 日曜・祝日 | 9:00~18:00 | | | |
| 定休日 | | なし | 土日祝 | 土日祝 | 土日祝 |

(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 | 東京海上日動火災保険株式会社 損害責任保険の補償範囲 |
| | 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) 施設管理者の指示のもと、医療関係やその他関係各所やご家族への連絡をとる |
| | 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 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: ニッケあすも市川) 住み替え先としての受け入れ判断基準 ・日常的に介護を必要とする場合 ・要介護認定 3 以上の認定がされた場合 ・医師の意見を聞く。 ・施設の判定委員会において、住み替えの必用性を判定する。 ・一定の観察期間を設ける。 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 2 なし 3 サービス付高齢者向け住宅の登録を行っており、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 ② なし | |
| 有料老人ホーム設置運営指導指針 「5. 規模及び構造設備」に合致しない事項 | 1 あり ② なし | |
| 合致しない事項がある場合の内容 | | |
| 「6. 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 | |
| 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 (事業者が運営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)

説明年月日 年 月 日

ご入居者 _____

身元引受人 _____

説明者署名 _____

別添1 事業者が千葉県内で運営する他の介護サービス事業

| 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 | ニッケつどい市川 | 市川市鬼高 2-20-25 |
| 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 | ニッケてとて市川 | 市川市北方1丁目3-7 |
| 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 | ニッケつどい市川 | 市川市鬼高2-20-25 |
| 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 | ニッケてとて市川 | 市川市北方1丁目3-7 |
| 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） | | 利用料に含む※ ² | その都度徴収※ ² | 料金※ ³ | 備 考 |
| | | | | | | | | |
| 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 | | | | |
| 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 | | | | |
| 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 | | | 110 円/1 回 | |
| 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 | | | | |
| 買い物代行 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 役所手続き代行 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 金銭・貯金管理 | | | なし | あり | | | | |
| 健康管理サービス | | | | | | | | |
| 定期健康診断 | なし | あり | なし | あり | | | | 年1回協力医療機関での健康診断の案内を行う希望者には取次ぎを行う。費用は医療機関へ個別支払い |
| 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 | | | | 協力医療機関 |
| 入退院時の同行 | なし | あり | なし | あり | | | | 協力医療機関 |
| 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 | | | | 協力医療機関 |