

## 有料老人ホーム重要事項説明書

|      |       |       |            |
|------|-------|-------|------------|
|      |       | 記入年月日 | 平成22年 7月1日 |
| 記入者名 | 中畷 康之 | 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="checkbox"/> あり : 営利法人 |
|                                 | 名称<br>(株)舞浜倶楽部 | (ふりがな)<br>かぶしきがいしゃ まいはまくらぶ   |   |
| 事業主体の主たる<br>事務所の所在地             | 〒279-0023      |  |   |
|                                 | 千葉県浦安市高洲 1-2-1 |  |   |
| 事業主体の連絡先                        | 電話番号           | 047-350-7520   |   |
|                                 | FAX番号          | 047-354-8700   |   |
|                                 | ホームページ         | なし   |   |
|                                 | アドレス           | <input checked="" type="checkbox"/> あり : <a href="http://www.maihamaclub.co.jp">http://www.maihamaclub.co.jp</a> |   |
| 事業主体の代表者の<br>氏名及び職名             | 氏名             | 六井 元一  |   |
|                                 | 職名             | 代表取締役社長  |   |
| 事業主体の設立年月日                      | 平成2年4月2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         |
| <b>&lt;居宅サービス&gt;</b>        |    |    |          |             |
| 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 | 新浦安フォーラム | 浦安市高洲 1-2-1 |
| 福祉用具貸与                       | あり | なし |          |             |
| 特定福祉用具販売                     | あり | なし |          |             |
| <b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>     |    |    |          |             |
| 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 | 「はじめ」    | 浦安市高洲 1-2-1 |
| 小規模多機能型居宅介護                  | あり | なし | 「きはち」    | 浦安市高洲 1-2-1 |
| 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 |          |             |
| 居宅介護支援                       | あり | なし | 「よろこび」   | 浦安市高洲 1-2-1 |
| <b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>    |    |    |          |             |
| 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 | 新浦安フォーラム | 浦安市高洲 1-2-1 |
| 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 |          |             |
| <b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b> |    |    |          |             |
| 介護予防認知症対応型通所介護               | あり | なし | 「はじめ」    | 浦安市高洲 1-2-1 |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護              | あり | なし | 「きはち」    | 浦安市高洲 1-2-1 |
| 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 | 「よろこび」   | 浦安市高洲 1-2-1 |
| <b>&lt;介護保険施設&gt;</b>        |    |    |          |             |
| 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) まいはまくらぶ ふじみさんばーろ<br>舞浜倶楽部 富士見サンヴァーロ  |  |
| 施設の所在地   | 〒279-0043   | 千葉県浦安市富士見 3-16-46  |
| 施設の連絡先   | 電話番号  | 047-350-7520   |
|  | F A X 番号  | 047-354-8700   |
|  | ホームページ  | なし   |
|  | アドレス  | あり : <a href="http://www.maihamaclub.co.jp">http://www.maihamaclub.co.jp</a> |
| 施設の開設年月日   |   | 平成 16 年 4 月 1 日  |
| 施設の管理者の氏名<br>及び職名  | 氏名  | 中 篤 康之   |
|  | 職名  | 施設長  |
| 施設までの主な利用交通手段  |   |  |
| J R 京葉線 舞浜駅下車<br>東京ベイシティ交通バス 9 番 (浦安駅行き) 2 停留所目 富士見 5 丁目下車徒歩 1 分     |   |  |
| 施設の類型及び表示事項  | <input type="checkbox"/> 類型： 介護付有料老人ホーム (一般型特定施設入居者生活介護)<br><input type="checkbox"/> 居住の権利形態 : 利用権方式<br><input type="checkbox"/> 利用料の支払い方式 : 選択方式<br><input type="checkbox"/> 入居時の要件 : 入居時要支援・要介護<br><input type="checkbox"/> 介護保険 : 千葉県指定介護保険特定施設<br><input type="checkbox"/> 居室区分 : 全室個室<br><input type="checkbox"/> 介護にかかわる職員体制 : 2.5 対 1 以上 |  |
| 介護保険事業所番号  | 特定施設入居者生活介護事業所 千葉県指定第 1273200467 号<br>介護予防特定施設入居者生活介護事業所 千葉県指定第 1273200467 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   | 平成 16 年 4 月 1 日 (平成 21 年 12 月 7 日)  |  |
| 指定の年月日   | 平成 16 年 4 月 1 日 (平成 21 年 12 月 7 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<br>人数 |
|   | 専従                   | 非専従 | 専従  | 非専従 |     |            |
| 施設長   | 1                    |     |     |     | 1   | 1          |
| 生活相談員   | 1                    |     |     |     | 1   | 1          |
| 看護職員  |                      | 2   | 12  | (3) | 17  | 6.85       |
| 介護職員  | 27                   |     | 15  |     | 42  | 32.19      |
| 機能訓練指導員   |                      | (2) |     | (3) |     | (1)        |
| 計画作成担当者   |                      | 2   |     |     | 2   | 1          |
| 栄養士   | 2                    |     |     |     | 2   | 2          |
| 調理員   | 5                    |     | 5   |     | 10  | 8.86       |
| 事務員   | 3                    |     | 3   |     | 6   | 5.23       |
| 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 時間      |
| ※ 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   | 3                    |     |     |     |     |            |
| 介護福祉士   | 10                   |     |     | 2   |     |            |
| 介護職員基礎研修  |                      |     |     |     |     |            |
| 訪問介護員 1 級   |                      |     |     |     |     |            |
| 2 級   | 18                   |     |     | 2   |     |            |
| 3 級   |                      |     |     |     |     |            |
| 介護支援専門員   | 4                    |     |     |     |     |            |
| 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   |                      | 2   |     |     | 3   |            |
| 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<br>介護職員の人数  | 最少時の人数（宿直の従事者を除いた人数） |     |     |     | 4 人 |            |
|   | 平均時の人数               |     |     |     | 4 人 |            |

| 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<br>人 数 |
|   | 専従 | 非専従 | 専従  | 非専従                                   |    |             |
| 生活相談員   | 1  |     |     |                                       | 1  | 1           |
| 看護職員  |    | 2   | 12  | (3)                                   | 17 | 6.85        |
| 介護職員  | 27 |     | 13  |                                       | 40 | 32.19       |
| 機能訓練指導員   |    | (2) |     | (3)                                   |    | (1)         |
| 計画作成担当者   |    | 2   |     |                                       | 2  | 1           |
| その他従業者  | 10 |     | 8   |                                       | 18 | 14.09       |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数  |    |     |     |                                       |    | 40時間        |
| ※ 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   | 3  |     |     |                                       |    |             |
| 介護福祉士   | 10 |     |     | 2                                     |    |             |
| 介護職員基礎研修  |    |     |     |                                       |    |             |
| 訪問介護員1級   |    |     |     |                                       |    |             |
| 2級  | 18 |     |     | 2                                     |    |             |
| 3級  |    |     |     |                                       |    |             |
| 介護支援専門員   | 4  |     |     |                                       |    |             |
| 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   |    | 2   |     |                                       | 3  |             |
| 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<br>介護支援専門員<br>精神保健福祉士<br>社会福祉士 |    |             |
| 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  |    |     |     |                                       |    | 2.07対1      |

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    | 2       | 3   | 7       | 5   |       |     |
| 前年度1年間の退職者数    | 2       | 5   | 11      | 7   |       |     |
| 業務に従事した経験年数    |         |     |         |     |       |     |
| 1年未満の者の人数      |         | 8   | 7       | 5   |       |     |
| 1年以上3年未満の者の人数  | 2       | 3   | 11      | 3   | 1     |     |
| 3年以上5年未満の者の人数  |         | 2   | 4       | 2   |       |     |
| 5年以上10年未満の者の人数 |         | 2   | 5       | 3   |       |     |
| 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 |       |     |
| 前年度1年間の採用者数    |         |     |         |     |       |     |
| 前年度1年間の退職者数    |         |     |         | 1   |       |     |
| 業務に従事した経験年数    |         |     |         |     |       |     |
| 1年未満の者の人数      |         |     |         | 1   |       |     |
| 1年以上3年未満の者の人数  | 2       |     |         | 1   |       |     |
| 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>利用者が可能な限りその居室に於いて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう、入浴、排泄、食事等の介助、その他日常生活上の援助及び機能訓練を行なうことにより、利用者の心身の機能の維持、家族の身体的並び精神的負担の軽減を図るよう支援していく。実施にあたっては、地域との連携を図り、総合的なサービス提供に努める。</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   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | なし           |
| 夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | あり           |
| <p><b>【重度化対応の指針】</b><br/> 入居者の心身の状況が重度化した場合は、協力医療機関ならびに主治医との連携により適切な医療サービスが提供できるよう協力するとともに、看護職員による適切な夜間看護体制を確保することで、できる限り目的施設での生活が継続できるよう支援します。</p>   |                                     |                                     |              |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | なし           |
| 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   |                                     |                                     |              |
| <p>(協力の内容) 浦安中央病院 外科・内科・整形外科・循環器科・胃腸科・脳外科<br/> 肛門科<br/> 行徳中央クリニック<br/> 外科・内科・整形外科・循環器科・消化器科<br/> 皮膚科・泌尿器科・放射線科<br/> 受診・入院受け入れ 緊急時診療</p> <p>協力医療機関とは、協力契約を締結しています。施設は通院または入退院の際の付き添い介助などのサービスを提供します。治療及び入院が必要な場合は医療保険が適用されます。その場合の一部負担金及び保険適用外のものについては、入居者の負担となります。</p> <p>協力医療機関については、地域住民等も利用します。入居者が優先的に治療等を受けられるものではありません。</p> |                                     |                                     |              |
| 協力歯科医療機関  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | その名称 まきの歯科医院 |
| <p>(協力の内容)<br/> 受診受け入れ、施設への週1回の訪問歯科診療・口腔ケア指導<br/> 医療費その他の費用は入居者の自己負担となります。</p>  |                                     |                                     |              |
| 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  |                                     |                                     |              |
| <p>通常の状態での介護については入居されている方の介護居室において介護します。</p>  |                                     |                                     |              |

|  |  |  |
|--|--|--|
| 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)<br>一時的に 24 時間介護が必要になった場合は、医師の意見を踏まえ、本人の意思を確認し、身元引受人の意見を聞きながら、ケアプランとして決定します。 |  |  |
| 追加的費用の有無   | <input checked="" type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり            |
| 居室利用権の取扱い  |  |  |
| (その内容)<br>そのまま継続します。   |  |  |
| 入居一時金償却の調整の有無  | <input checked="" type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり            |
| 従前の居室からの面積の増減の有無   | <input checked="" type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり            |
| 従前居室との仕様の変更  |  |  |
| 便所の変更の有無   | <input checked="" type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり            |
| 浴室の変更の有無   | <input checked="" type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり            |
| 洗面所の変更の有無  | <input checked="" type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり            |
| 台所の有無  | <input checked="" type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり            |
| その他の変更の有無  | <input checked="" type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 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)<br>介護居室から他の介護居室へ移る場合は、本人・家族と相談し、主治医の意見を聞いて決定します。                            |  |  |
| 追加的費用の有無   | <input checked="" type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり            |
| 居室利用権の取扱い  |  |  |
| (その内容)<br>新しい介護居室にて継続します。  |  |  |
| 入居一時金償却の調整の有無  | <input type="checkbox"/> なし            | <input checked="" type="checkbox"/> あり |
| 従前の居室からの面積の増減の有無   | <input type="checkbox"/> なし            | <input checked="" type="checkbox"/> あり |
| 従前居室との仕様の変更  |  |  |
| 便所の変更の有無   | <input checked="" type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり            |
| 浴室の変更の有無   | <input checked="" type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり            |
| 洗面所の変更の有無  | <input checked="" type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり            |
| 台所の有無  | <input checked="" type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり            |
| その他の変更の有無  | <input type="checkbox"/> なし            | <input checked="" type="checkbox"/> あり |
| (その内容)<br>増築部 12 室のみ、洗浄便座及び小さい流し台あり。   |  |  |

|                  |   |    |    |
|------------------|---|----|----|
| その他              |   | なし | あり |
| 判断基準・手続について      | (その内容)  |    |    |
| 追加的費用の有無         |   | なし | 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    |   | なし | あり |
| 従前の居室からの面積の増減の有無 |   | なし | あり |
| 従前居室との仕様の変更      |   |    |    |
| 便所の変更の有無         |   | なし | あり |
| 浴室の変更の有無         |   | なし | あり |
| 洗面所の変更の有無        |   | なし | あり |
| 台所の有無            |   | なし | あり |
| その他の変更の有無        | (その内容)  | なし | あり |
| 施設の入居に関する要件      |   |    |    |
| 自立している者を対象       |   | なし | あり |
| 要支援の者を対象         |   | なし | あり |
| 要介護の者を対象         |   | なし | あり |
| 留意事項             | 65歳以上で日常生活に援助を必要とする方。   |    |    |
| 身元引受人の条件、義務等     | <p>① 身元引受人は、本契約上の債務の連帯保証人であるとともに、必要なときは入居者の身柄を引き取る。</p> <p>② 施設は、入居者の生活において必要な場合には、身元引受人への連絡・協議等に努める。</p> <p>③ 施設は、入居者が要介護状態にある場合には、入居者の生活及び健康の状況並びにサービスの提供状況等を必要に応じて身元引受人に連絡する。</p> <p>④ 身元引受人は入居者が死亡した場合の遺体及び遺留金品の引き受けを行なう。</p> |    |    |
| 契約の解除の内容         | <p>(契約の終了の事由)</p> <p>以下のいずれかに該当する場合に、入居契約は終了します。</p> <p>① 入居者が死亡したとき（入居者が2名の場合は両者とも死亡したとき）</p> <p>② 下記の『事業者からの契約解除』に基づき当社が解除通告を行ない、予告期間が満了したとき</p> <p>③ 下記の『入居者からの解約』に基づき入居者が解約を行なったとき</p>  |    |    |

|         |   |
|---------|---|
|         | <p>(事業者からの契約解除)</p> <p>入居者が下記のいずれかに該当し、かつ、そのことが本契約をこれ以上維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合に、当社は入居契約を解除することができます。</p> <p>① 入居者の行動が他の入居者の生活と健康に重大な影響を及ぼすようなことがあるとき、または生命及び財産に危害を及ぼす恐れがあるときで、かつ、入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができないとき<br/>ただし、入居者の心身の障害に基づく問題行動の場合は、この限りではない</p> <p>② 当社に事前の承認を必要とする事項の届出をしなかったとき</p> <p>③ 月額家賃、管理費、食費その他の費用の支払いを3ヶ月以上滞納したとき、また、支払をしばしば遅延する等の事情により、入居者と当社の信頼関係が著しく害されたと当社が認めるとき</p> <p>④ 長期不在が3ヶ月以上に及ぶとき、ただし、長期不在の理由が入院等やむを得ないと当社が認めるときはこの限りではない</p> <p>⑤ その他、この契約書・施設管理規程に違反したとき</p> <p>この場合、当社は契約解除の通告について90日間の予告期間をおきます。また解除通告に先立ち、入居者・身元引受人等に弁明の機会を設けます。</p> <p>(入居者からの契約解除)</p> <p>入居者は、少なくとも30日前に当社が定める解約届を提出することにより、契約を解約することができます。</p> <p>入居者が解約届を提出しないで居室を退居した場合には、当社が入居者の退去の事実を知った日の翌日から起算して30日目をもって本契約は解約されたものとします。</p> <p>(90日以内の契約終了)</p> <p>入居者が契約日から90日以内に本契約の解約を申し出た場合、又は入居者の死亡によりこの契約が終了した場合で、契約終了により専用介護居室が明け渡された時は、舞浜倶楽部入居契約書第19条第2項に定める費用を除いた全額を契約終了後90日以内に無利息で返還します。</p> |
| 体験入居の内容 | <p>2泊3日まで6,300円/日 3泊以上7日まで14,700円/日</p> <p>* 体験入居は最長7日まで</p> <p>* 上記料金のほか、別途食事実費が必要になります。</p>   |
| 入居定員    | 79室 定員79名   |
| その他     | 浦安市高洲1丁目2番1号へ、移転する計画があります。  |

入居者の状況

| 入居者の人数                 |       |               |              |               |                |       |
|------------------------|-------|---------------|--------------|---------------|----------------|-------|
|                        | 要介護1  | 要介護2          | 要介護3         | 要介護4          | 要介護5           | 合計    |
| 65歳未満                  | 0     | 0             | 0            | 0             | 1              | 1     |
| 65歳以上75歳未満             | 1     | 3             | 0            | 0             | 0              | 4     |
| 75歳以上85歳未満             | 7     | 2             | 4            | 5             | 4              | 22    |
| 85歳以上                  | 5     | 12            | 5            | 6             | 2              | 30    |
|                        | 自立    | 要支援1          | 要支援2         | 経過的要介護        |                | 合計    |
| 65歳未満                  | 0     | 0             | 0            |               |                | 0     |
| 65歳以上75歳未満             | 0     | 0             | 1            |               |                | 1     |
| 75歳以上85歳未満             | 0     | 5             | 2            |               |                | 7     |
| 85歳以上                  | 1     | 2             | 2            |               |                | 5     |
| 入居者の平均年齢               | 83.54 |               |              |               |                |       |
| 入居者の男女別人数              | 男性    | 18人           |              | 女性            | 52人            |       |
| 入居率（一時的に不在となっている者を含む。） |       |               |              |               |                | 88.6% |
| 前年度の有料老人ホームを退居した者の人数   |       |               |              |               |                |       |
|                        | 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                    |       |               |              |               |                |       |
| 社会福祉施設                 |       |               |              | 2             |                | 2     |
| 医療機関                   |       | 1             |              |               | 1              | 2     |
| 死亡者                    | 3     | 4             | 3            | 1             | 5              | 16    |
| その他                    |       |               |              |               |                |       |
|                        | 自立    | 要支援1          | 要支援2         | 経過的要介護        |                | 合計    |
| 自宅等                    |       | 1             |              |               |                | 1     |
| 社会福祉施設                 |       |               |              |               |                |       |
| 医療機関                   |       |               |              |               |                |       |
| 死亡者                    |       |               | 2            |               |                | 2     |
| その他                    |       |               |              |               |                |       |
| 入居者の入居期間               |       |               |              |               |                |       |
| 入居期間                   | 6ヶ月未満 | 6ヶ月以上<br>1年未満 | 1年以上<br>5年未満 | 5年以上<br>10年未満 | 10年以上<br>15年未満 | 15年以上 |
| 入居者数                   | 16    | 4             | 31           | 19            |                |       |

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                     |           |                      | m <sup>2</sup>       |                |
|                   | 一般居室相部屋                  | あり                                | なし                     |           |                      |                      |                |
|                   |                          |                                   |                        |           |                      |                      | m <sup>2</sup> |
|                   |                          |                                   |                        |           |                      |                      |                |
|                   | 介護居室個室                   | あり                                | なし                     | 79        |                      | 18.08 m <sup>2</sup> |                |
|                   | 介護居室相部屋                  | あり                                | なし                     |           |                      |                      | m <sup>2</sup> |
|                   |                          |                                   |                        |           |                      | m <sup>2</sup>       |                |
|                   |                          |                                   |                        |           |                      |                      | m <sup>2</sup> |
| 一時介護室             | あり                       | なし                                | 1                      | 1         | 8.76 m <sup>2</sup>  |                      |                |
|                   |                          |                                   | 1                      | 4         | 37.71 m <sup>2</sup> |                      |                |
|                   |                          |                                   |                        |           | m <sup>2</sup>       |                      |                |
| 共用便所の設置数          | 8                        | 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                    |                        |           | 5                    |                      |                |
| 個室の便所の設置数         | 79                       | 個室における便所の設置割合                     |                        |           | 100%                 |                      |                |
|                   |                          | うち車椅子等の対応が可能な数                    |                        |           | 79                   |                      |                |
| 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                                 | 1                      | 1         | 1                    |                      |                |
| その他、浴室の設備に関する事項   |                          |                                   |                        |           |                      |                      |                |
| 食堂の設備状況           | 館内1階に大食堂兼多目的ホールあり        |                                   |                        |           |                      |                      |                |
| 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) 中庭 ラウンジ 談話コーナー 理美容室 ゲストルーム |                        |           |                      |                      |                |
| バリアフリーの対応状況       |                          |                                   |                        |           |                      |                      |                |
| (その内容) 全館バリアフリー仕様 |                          |                                   |                        |           |                      |                      |                |
| 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             |                          |                                   | 1952.54 m <sup>2</sup> |           |                      |                      |                |
| 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       |                          |                                   |                        |           |                      |                      |                |
| 建物の延床面積           |                          |                                   | 4206.53 m <sup>2</sup> |           |                      |                      |                |
| 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                      | 平成16年4月1日 | 終                    |                      |                |
| 契約の自動更新           |                          |                                   |                        | なし        | あり                   |                      |                |
|                   |                          | 平成36年3月31日                        |                        |           |                      |                      |                |

|   |                                     |                                  |  |
|---|-------------------------------------|----------------------------------|--|
| 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   | 管理事務所(中畠康之・大杉泰史)                    |                                  |  |
| 電話番号  | 047-350-7520                        |                                  |  |
| 対応している時間  | 平日                                  | 9:00~18:00                       |  |
|   | 土曜                                  | 9:00~18:00                       |  |
|   | 日曜・祝日                               | 9:00~18:00                       |  |
| 定休日等  | なし                                  |                                  |  |
| 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   | ① 浦安市介護保険課<br>② 千葉県国民健康保険団体連合会      |                                  |  |
| 電話番号  | ①047-351-1111 ②043-254-7428         |                                  |  |
| 対応している時間  | 平日                                  | 9:00~17:00                       |  |
|   | 土曜                                  | —                                |  |
|   | 日曜・祝日                               | —                                |  |
| 定休日等  | 年末年始(12/29~1/3)                     |                                  |  |
| 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  | <input checked="" type="checkbox"/> | (その内容)<br>東京海上日動火災の在宅介護サービス事業者保険 |  |
| 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  | <input checked="" type="checkbox"/> | (その内容)<br>グループ会社(ダイニチ)本社が協力      |  |
| サービスの提供内容に関する特色等  |                                     |                                  |  |
| (その内容)<br>基本理念に基づいた6項目の具体的なケア方針を公開し、それを目標にスウェーデン・クオリティ・ケア等との連携により、人材育成につとめている。特に認知症緩和ケアではスウェーデンから指導者を招くなど力を入れている。 |                                     |                                  |  |
| 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  | <input checked="" type="checkbox"/> | 実施した年月日 第25回運営懇談会                | 平成22年6月19日                             |
|   |                                     | 当該結果の開示状況 議事録                    | なし <input checked="" type="checkbox"/> |
| 第三者による評価の実施状況   |                                     |                                  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/>   | 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 <input checked="" type="checkbox"/> |

## 5. 利用料金

|  |         |   |        |
|--|---------|---|--------|
| 年齢により一時金の料金が異なる場合  |         | なし  | あり     |
| 一時金に関する費用  |         |   |        |
| ①居室に要する一時金（一般居室や介護居室、共用部分の利用のための家賃相当額に充当されるもの）   |         | なし  | あり     |
| 名称   |         | 入居一時金   |        |
|  |         | 最低の額  | 最高の額   |
| 1  | 人の入居の場合 | 100万円   | 930万円  |
|  |         | 最低の額  | 最高の額   |
|  | 1年契約の場合 | 138万円   | 156万円  |
|  |         | 最低の額  | 最高の額   |
|  | 人の入居の場合 | 円   | 円      |
|  |         | 円   | 円      |
|  |         | 円   | 円      |
| 一時金の算定根拠   |         |   |        |
| (その内容) 建物・敷地全体の60%以上を占める共用部の家賃と一部介護居室家賃に相当。地代、標準設備、改修費、修繕費、募集経費、事務管理費を基礎とし、近傍家賃および想定居住期間を勘案し算出した家賃相当額。 |         |   |        |
| 一時金の償却に関する事項   |         |   |        |
| 償却開始   |         | 入居をした月  | なし     |
|  |         | 上記以外  | あり     |
|  |         | (その内容)  |        |
| 初期償却率 (%)  |         | 17%   |        |
| 償却年月数  |         | 7年  |        |
| 解約時返還金の算定方法  |         | $(\text{入居一時金} - 90\text{万円}) \times (84\text{ヶ月} - \text{入居月数}) / 84\text{ヶ月}$ |        |
| 保全措置の実施状況  |         | なし  | あり     |
|  |         | (その内容)  |        |
|  |         | グループ会社による連帯保証   |        |
| ②利用者の選定による介護サービス利用料<br>(人員配置が手厚い場合の介護サービス)   |         | なし  | あり     |
| (「あり」の場合、その内容、利用料及び算定根拠)   |         |   |        |
| 「あり」の場合、介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない額に充当するものとしての合理的な積算根拠  |         | なし  | あり     |
| 名称   |         |   |        |
| 一時金の償却に関する事項   |         |   |        |
| 償却開始   |         | 入居をした月  | なし     |
|  |         | サービス提供を開始した月  | あり     |
|  |         | 上記以外  | (その内容) |
| 初期償却率 (%)  |         |   |        |
| 償却年月数  |         |   |        |
| 解約時返還金の算定方法  |         |   |        |
| 保全措置の実施状況  |         | なし  | あり     |
|  |         | (その内容)  |        |

|                          |              |                |    |
|--------------------------|--------------|----------------|----|
| ③利用者の個別的な選択による介護サービス利用料  |              | なし             | あり |
| (「あり」の場合、その内容、利用料及び算定根拠) |              |                |    |
| 名称                       |              |                |    |
| 一時金の償却に関する事項             |              |                |    |
| 償却開始                     | 入居をした月       | なし             | あり |
|                          | サービス提供を開始した月 | なし             | あり |
|                          | 上記以外         | (その内容)         |    |
| 初期償却率 (%)                |              |                |    |
| 償却年月数                    |              |                |    |
| 解約時返還金の算定方法              |              |                |    |
| 保全措置の実施状況                |              |                |    |
| なし                       | あり           | (「あり」の場合、その内容) |    |
| ④その他に要する一時金              |              | なし             | あり |
| (「あり」の場合、その内容、利用料及び算定根拠) |              |                |    |
| 名称                       |              |                |    |
| 解約時返還金の算定方法              |              |                |    |
| 保全措置の実施状況                |              |                |    |
| なし                       | あり           | (「あり」の場合、その内容) |    |
| 一時金に対する留意事項等             |              |                |    |
| なし                       | あり           | (「あり」の場合、その内容) |    |

介護保険給付以外のサービスに要する費用

月額の場合の利用料の額

|  |    |  |         |
|--|----|--|---------|
| 管理費  | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | 84,000円 |
| (「あり」の場合、その使途)<br>共用施設の水光熱費・施設維持管理費・事務費・事務部門の人的費等            |    |  |         |
| 食費   | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | 66,780円 |
| (「あり」の場合、その内容)<br>朝食 420円 昼食 693円 夕食 1,113円 1日 2,226円×30日で計算 |    |  |         |
| 光熱水費   | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | 4,200円  |

利用者の個別的な選択による介護サービス利用料

|   |  |                             |
|---|--|-----------------------------|
| 人員配置が手厚い場合の介護サービス                                       | <input checked="" type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| (「あり」の場合、その内容及び利用料)                                     |  |                             |
| 「あり」の場合、介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない額に充当するものとしての合理的な積算根拠 |  |                             |
|   | <input checked="" type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| 個別的な選択による介護サービス   | <input checked="" type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| (「あり」の場合、その内容及び利用料)                                     |  |                             |

|       |    |  |                  |
|-------|----|--|------------------|
| 家賃相当額 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | 40,000円～140,000円 |
|-------|----|--|------------------|

その他に必要な月額利用料

|                                      |    |  |
|--------------------------------------|----|--|
|                                      | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり |
| (「あり」の場合、その内容及び利用料)<br>介護保険給付額の一割負担分 |    |  |

その他、一時金及び利用料以外に必要な利用料

|                                  |                          |  |
|----------------------------------|--------------------------|--|
|                                  | なし                       | <input checked="" type="checkbox"/> あり |
| (「あり」の場合、その内容及び利用料)              |                          |  |
| 特に本人の希望による家事援助サービス等…1時間 1,500円   |                          |  |
| 提携医療機関以外の医療機関への受診付き添い…1時間 1,500円 |                          |  |
| 指定日以外の買い物代行、役所手続き代行 …1時間 1,500円  |                          |  |
| *上記3件は1時間経過以降30分毎に750円を加算        |                          |  |
| 施設車利用時の交通費                       | … 片道 15 <sup>*</sup> 未満  | 1往復 525円                               |
|                                  | 片道 15～25 <sup>*</sup> 未満 | 1往復 1,050円                             |
|                                  | 片道 25 <sup>*</sup> 以上    | 5 <sup>*</sup> まで毎に210円加算              |
| 医療費実費、居室の消耗品類、介護用品(オムツ等)、電話代等    |                          |  |

## 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  | 平成 15 年 10 月 16 日 (67 戸開設時)<br>平成 17 年 6 月 8 日 (79 戸 12 室 12 名増設時) |     |          |
| 千葉県に対する事前協議終了日                                      | 平成 15 年 12 月 8 日 (67 戸開設時)<br>平成 17 年 7 月 1 日 (12 戸増設時)            |     |          |
| 千葉県知事に対する設置届提出日                                     | 平成 16 年 1 月 26 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 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 | 全室個室     |
| 廊下幅   | 適合   | 不適合 | 中廊下 1.6m |
| 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                                     |  |     |          |
| 中廊下幅 1.8 メートル未満で不適合なるも特例措置の範囲内でアルコープ設置により車椅子交互相行を確保 |  |     |          |

添付書類：「介護サービス等の一覧表」

私は、本書面に基づいて重要事項の説明を受けた事を確認し同意します。

私は、医療上、緊急の必要がある場合に医療機関等に契約者に関する心身の状況等の情報を提供する事並びにそれに付随して家族の情報を提供する事、また、サービス担当者会議等において事業者が把握している個人情報を用いる事に同意します。

※ \_\_\_\_\_ 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。