

重要事項説明書

記入年月日	平成28年10月1日
記入者名	齊藤 努
所属・職名	ウエルピア市川・ 施設長

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成23年10月7日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙4の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の1から3まで及び6の内容については、別紙4の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

1. 事業主体概要

種類	個人/法人	
	名称	株式会社
名称	(ふりがな) そんぼけあめっせーじかぶしきがいしゃ SOMPOケアメッセージ株式会社	
主たる事務所の所在地	〒700-0953	岡山県岡山市南区西市522-1
連絡先	電話番号	086-242-1551
	FAX番号	086-242-1577
	ホームページアドレス	なし あり: http://www.sompcare-message.jp/
代表者	職名	代表取締役
	氏名	菊井 徹也
設立年月日	昭和・平成 9 年 5 月 26 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) かいごつきゆうりょうろうじんほ一む うえるぴあ いちかわ 介護付有料老人ホーム ウェルピア市川	
所在地	〒272-0802	千葉県市川市柏井町1丁目1073番地
主な利用交通手段	最寄駅	JR 武蔵野線「船橋法典駅」
	交通手段と所要時間	JR 武蔵野線「船橋法典駅」から徒歩19分(約1.5km)
連絡先	電話番号	047-337-6321
	FAX番号	047-337-6333
	ホームページアドレス	http://www.sompocare-message.jp/
管理者	職名	施設長
	氏名	斉藤 努
建物の竣工日		昭和・平成 2年10月27日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 24年7月1日

(類型)【表示事項】

1 <input checked="" type="checkbox"/> 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	1270803420
	指定した自治体名	千葉県
	事業所の指定日	平成 年 月 日
	指定の更新日(直近)	平成 24年7月1日

3. 建物概要

土地	敷地面積	15,923.72 m ²	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地 なし	
		2 事業者が賃借する土地	
	抵当権の有無	1 あり	2 <input checked="" type="checkbox"/> 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	12,913.52 m ² (壱番館) 3,006.62 m ² (弐番館)			
		うち、老人ホーム部分	12,913.52 m ² (壱番館) 3,006.62 m ² (弐番館)			
	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 なし 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 25 年 5 月 ~平成 55 年 5 月) 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	4 人部屋				
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
	タイプ 1	有/無	有/無	33.30~ 65.07 m ²	136	一般居室個室
	タイプ 2	有/無	有/無	66.57~ 84.29 m ²	26	一般居室相部屋
	タイプ 3	有/無	有/無	18.15~ 22.15 m ²	47	介護居室個室
タイプ 4	有/無	有/無	33.13~ 44.02 m ²	6	介護居室相部屋	
タイプ 5	有/無	有/無	39.99 m ²	1	一時介護居室	
タイプ 6	有/無	有/無	m ²			

	タイプ7	有/無	有/無	m ²		
	タイプ8	有/無	有/無	m ²		
	タイプ9	有/無	有/無	m ²		
	タイプ10	有/無	有/無	m ²		
※「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	4ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	4ヶ所		
			うち車いす等の対応が可能な便房	4ヶ所		
	共用浴室	3ヶ所	個室	0ヶ所		
			大浴場	3ヶ所		
	共用浴室における介護浴槽	2ヶ所	チェアー浴	1ヶ所		
			リフト浴	0ヶ所		
			ストレッチャー浴	2ヶ所		
その他 ()			0ヶ所			
食堂	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> なし					
	エレベーター	1 あり (車椅子対応) 2 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし				
	自動火災報知機	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし				
	火災通報設備	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし				
	スプリンクラー	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし				
	防火管理者	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし				
	防災計画	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし				
その他	緊急通報設備あり					

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	<p>本事業所では、自立した生活が困難になった入居者に対して、その心身の特性を踏まえ、入居者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行うこととする。又、入居者が尊厳ある自立した日常</p>
----------	--

	<p>生活を営むことができるように、食事、入浴、排泄等の日常生活場面での世話や機能訓練などの介護、その他必要な援助を適切に行うものとし、入居者の意思及び人格を尊重し、常に入居者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。</p> <p>事業に当たっては、事業所所在地の市町村、介護施設、協力医療機関に加え、他の事業者、保健医療・福祉サービスを提供する者との連携に努めるものとする。</p>
サービスの提供内容に関する特色	<p>お一人おひとりの生活、お一人おひとりの想いを大切にしたい、それぞれのニーズに基づいたオーダーメイドケアを実現しています。具体的には、お食事の時間もくつろぎの時間も、ご入居者様のご自身のサイクルでお過ごしいただけるスタイルとしています。お買い物や散歩、さらにはお酒やたばこをお楽しみいただくこともできます。また、出来る範囲内でお料理やお洗濯、お掃除をお手伝いいただき、ご自宅での生活と同様の時間をお過ごしいただけるように取り組んでいます。</p>
入浴、排せつ又は食事の介護	1 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 2 <input checked="" type="checkbox"/> 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし	
	夜間看護体制加算	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし	
	医療機関連携加算	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし	
	看取り介護加算	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし	
	認知症専門ケア加算	(I)	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
		(II)	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	サービス提供体制強化加算	(I)イ	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
		(I)ロ	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
(II)		1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし	

		(Ⅲ)	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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)
	2	<input checked="" type="checkbox"/> なし	

(医療連携の内容)

医療支援 ※ 複数選択可		1 救急車の手配 2 入退院の付き添い 3 通院介助 4 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (往診医の派遣・日常の健康相談・入院を要する場合の斡旋、年2回の健康診断の実施機会等(医療費その他の費用は入居者の自己負担)	
協力医療機関	1	名称	医療法人社団 青和会 やまびこクリニック
		住所	千葉県市川市柏井町 1-2204 (ホームから約100m)
		診療科目	内科
		協力内容	上記4に記載通り
	2	名称	医療法人社団 麒麟会 若葉クリニック
		住所	千葉県船橋市上山町 1-157-1 (ホームから約1.5km)
		診療科目	内科
		協力内容	上記4に記載通り
協力歯科医療機関	名称	医療法人社団 立靖会 ラビット歯科	
	住所	千葉県松戸市日暮 1-16-1 RG八柱ビル3F (ホームから約9km)	
	協力内容	訪問歯科診察 (医療費その他の費用は入居者の自己負担)	

(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 <input checked="" type="checkbox"/> 一時介護室へ移る場合 2 <input checked="" type="checkbox"/> 介護居室へ移る場合 3 その他 ()
判断基準の内容	1 一時介護室へ移る場合 (その内容) : 一時的に特に手厚い介護が必要になった場合は、ホームの指定する医師の意見を聞き、本人の意思を確認し、身元引受人の意見を聞いて行います。この場合居室の利用権は継続します。追加の費用はありません。

		2 介護居室へ移る場合（その内容）： 心身の状態により居室の移動が必要になった場合は、ホームの指定する医師の意見を聞き、本人の意思を確認し、身元引受人の同意を得て行います。居室の利用権は転居後の居室へ移行します。
手続きの内容		上記判断基準の内容に記載
追加的費用の有無		1 <input checked="" type="checkbox"/> あり（介護居室へ移る場合） 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし（一時介護室へ移る場合）
居室利用権の取扱い		介護居室へ移る場合：居室の利用権が移行します。
前払金償却の調整の有無		1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
従前の居室と の仕様の変更	面積の増減	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり（介護居室へ移る場合） 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし（一時介護室へ移る場合）
	便所の変更	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり（介護居室へ移る場合） 2 なし
	浴室の変更	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり（介護居室へ移る場合） 2 なし
	洗面所の変更	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり（介護居室へ移る場合） 2 なし
	台所の変更	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり（介護居室へ移る場合） 2 なし
	その他の変更	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立しているもの	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	要支援のもの	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	要介護のもの	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
留意事項	<p>①基本入居時 65 歳以上（2 人入居の場合は双方が 65 歳以上を基本とします。）入居時要介護、要支援、自立の方を対象。（但し自立の方であっても状況状態により介護認定を受けていただき、認定された場合には介護保険の利用をお願いします。）</p> <p>②感染症の方は入居できません。但し他の入居者様に感染する恐れが無いと医師から判断された場合はこの限りではありません。</p>	
契約の解除の内容	<p>1. 事業者は、入居者が以下のいずれかに該当する場合、契約を解除することができる。</p> <p>(1)入院または外泊が連続して2か月を超える場合、又は予想される場合で、復帰の目処がたたないとき。ただし、退去後に入居者が復帰を希望する場合、事業者は他のホームへの入居も含めてその実現に努めるものとする。</p> <p>(2)基本利用料、又はその他利用料の支払いを2か月以上怠り、事業者が</p>	

	<p>催告をしたにもかかわらずその支払いがなされないとき。</p> <p>(3)不正の手段によって入居したとき。</p> <p>(4)提出書類等で虚偽の申告があったとき。</p> <p>(5)入居契約書第11条の規定に違反したとき。</p> <p>(6)常時医療行為が必要となる等、入居者の身体状況が事業者の介護の範囲を超えたとき。ただし、この場合は、医師の意見を聴き、一定の観察期間を経た上で、事業者が判断するものとする。</p> <p>(7)入居契約書第9条（禁止又は制限される行為）に違反し、事業者が催告をしたにもかかわらず、これを是正しないとき。</p> <p>(8)その他、入居者、身元保証人、入居者の家族その他入居者の関係者が、事業者の従業員又は他の入居者に対して社会通念上許容できない行為を行い、事業者との信頼関係を著しく害したと事業者が判断したとき。</p> <p>2.入居者は、退去予定日の属する月の前月末日までに、事業者の定める退去届を事業者に提出し、その退去届に記載された退去日をもって、契約を解除することができる。</p> <p>(1)前月の末日までに退去届を提出せずに本契約を解除する場合は、入居者は、事業者に違約金として1ヶ月分の家賃と管理費を支払うものとする。</p> <p>(2)入居者が入居開始可能日前に契約解除する場合について、事業者は、既受領金の全額を返還するものとする。</p> <p>3.契約は、次の場合に終了する。</p> <p>(1)入居者が死亡したとき。</p> <p>(2)事業者が「1.」に基づき契約の解除を通告し、予告期間が満了したとき。</p> <p>(3)入居者が「2.(1)」の退去届を事業者に提出し、次月の退去予定日が到来したとき。</p>	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	上記 契約解除の内容に記載通り
	解約予告期間	なし
入居者からの解約予告期間	1ヶ月	
体験入居の内容	<p>1 <input type="checkbox"/>あり</p> <p>自立者（最長1週間）：1泊（3食付） 16,200円（税込）</p> <p>介護者（最長1週間）：1泊（3食付） 16,200円（税込）</p>	

	2 なし
入居定員	255名
その他	-

5. 職員体制

	職員数（実人数）			常勤換算人数
	合計			
		常勤	非常勤	
管理者	1	1		1.0
生活相談員	3	3		3.0
直接処遇職員				
看護職員	21	2	19	13.7
介護職員	82	61	21	71.4
機能訓練指導員 （看護職が兼務）	5	1	4	3.0
計画作成担当者	3	3		3.0
栄養士				
調理員				
事務員	3	3		3.0
その他職員	8		8	3.3
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 (看護職員は32時間)
※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		1	
介護福祉士	29	22	7
実務者研修	5	5	

介護職員初任者研修	52	39	13
介護支援専門員	4	4	

(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
看護師及び准看護師	5		5
理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復士	1	1	
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 (19時30分 ~ 8時15分)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	2	1
介護職員	7	5

(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	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c <u>2.5 : 1 以上</u> d 3 : 1 以上
	※ 【表示事項】 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)	2.26 : 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	なし
	通所介護事業所の名称	なし

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務				1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし					
	業務に係る資格等		1 <input checked="" type="checkbox"/> あり							
			資格等の名称		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	0	2	12	30				1		
前年度1年間の退職者数	0	3	15	22						
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満			3	0					
	1年以上			21	7					
	3年未満									
	3年以上			13	2					
	5年未満									
	5年以上		4	12	4	1			1	
10年未満										
10年以上	2	17	11	8	2		1	3	3	
従業者の健康診断の実施状況					1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> なし	

要介護状態に応じた金額設定	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 減額なし 2 日割り計算で減額 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 (介護居室ⅡA)	プラン2 (一般居室A)
入居者の状況	要介護度	要介護2	要介護2
	年齢	歳	歳
居室の状況	床面積	22.55 m ²	33.30 m ²
	便所	1 <input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無	1 <input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無
	浴室	1 有 2 <input checked="" type="checkbox"/> 無	1 有 2 <input checked="" type="checkbox"/> 無
	台所	1 <input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無	1 <input checked="" type="checkbox"/> 有 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		241,562 円	252,402 円
家賃		80,750 円	90,750 円
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用		20,520 円
	介護保険外※2	食費	62,532 円
		管理費	75,600 円
		介護費用	円
		光熱水費	2,160 円
その他		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）

項目	算定根拠
----	------

家賃	建物の賃借料と居室数を元に算出
敷金	家賃の____ヶ月分
介護費用	※介護保険サービスの自己負担費用は含まない
管理費	1人 月額 75,600円 2人 月額 151,200円
食費	1人 62,532円 (30日当たり) (朝食 534円、昼食 653円、夕食 896円：税抜)
光熱水費	水道光熱費等公共料金については、これを供給する各事業体にホームが一括して支払いを行い、別途請求させていただきます(式番館居室は一律2,160円/1ヶ月)
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	
その他のサービス利用料	個別的な選択による生活支援サービス：あり 算定根拠：身体状況及び自立支援上妨げとならないと判断された場合に提供

(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	
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)	
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

(前払金の受領) ※前払い金を受領していない場合は省略可能

算定根拠	
想定居住期間(償還年月数)	
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)	
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： ）

7 入居者の状況

性別	男性	51人
	女性	141人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上 75歳未満	12人
	75歳以上 85歳未満	48人
	85歳以上	129人
要介護度別	自立	19人
	要支援 1	22人
	要支援 2	11人
	要介護 1	46人
	要介護 2	19人
	要介護 3	22人
	要介護 4	29人
	要介護 5	20人
入居期間別	6か月未満	10人
	6か月以上 1年未満	8人
	1年以上 5年未満	108人
	5年以上 10年未満	66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	86.3歳
入居者数の合計	192人
入居率※	81.7%

※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	3人
	社会福祉施設	8人
	医療機関	2人
	死亡者	33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	13人
		(解約事由の例) 自宅に戻り、子供と暮らすため。

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)※4カ所以上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		お客様相談室
電話番号		0120-57-2255
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜日	定休日
	日曜・祝日	定休日
定休日		土曜・日曜・祝日・年末年始 (※担当者が不在の場合、本部へ引き継ぐ連絡体制をとっています。)

窓口の名称		ウエルピア市川 (生活相談員が窓口)
電話番号		047-337-6321
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜日	9:00~18:00
	日曜・祝日	9:00~18:00
定休日		※担当者が不在の場合、本部へ引き継ぐ連絡体制をとっています。

窓口の名称		千葉県国民健康保険団体連合会
電話番号		043-254-7428
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜日	定休日
	日曜・祝日	定休日
定休日		土曜・日曜・祝日・お盆・年末年始

窓口の名称		千葉県庁 健康福祉部 保険指導課
電話番号		043-223-2350

対応している時間	平日	9:00 ~ 18:00
	土曜日	定休日
	日曜・祝日	定休日
定休日		土曜・日曜・祝日・お盆・年末年始

窓口の名称		市川市福祉部 介護保険課事業推進担当
電話番号		047-704-0282
対応している時間	平日	9:00 ~ 18:00
	土曜日	定休日
	日曜・祝日	定休日
定休日		土曜・日曜・祝日・お盆・年末年始

(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 <input checked="" type="checkbox"/>	(その内容) 福祉事業者総合賠償責任保険(損害保険ジャパン日本興亜火災(株))
	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 <input checked="" type="checkbox"/>	(その内容) 福祉事業者総合賠償責任保険(損害保険ジャパン日本興亜火災(株))
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	1 <input checked="" 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、意見箱等利用者等の意見を把握する取組の状況	1 <input checked="" type="checkbox"/>	実施日	
		結果の開示	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/>
	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 <input checked="" type="checkbox"/>		

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 <input type="checkbox"/> 公開していない
管理規程	1 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 公開していない

10. その他

運営懇談会	1 <input type="checkbox"/> あり	(開催頻度) 年 <u> 2 </u> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> あり 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 <input type="checkbox"/> あり 2 なし	
有料老人ホーム設置運営指針「5. 規模及び構造設備」に合致しない事項	1 あり 2 <input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> 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	なし
不適合事項がある場合の内容	

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。

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	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	メッセージケアサービス柏 メッセージケアサービス船橋前原 メッセージケアサービス柏青葉台	柏市高柳1478-1 船橋市前原西3-16-6 柏市青葉台2-1615
訪問入浴介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
訪問看護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
訪問リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
居宅療養管理指導	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
通所リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
短期入所生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
短期入所療養介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	そんぼの家 津田沼	習志野市藤崎4-10-18

			そんぼの家 京成大久保 そんぼの家 蘇我 そんぼの家 柏豊四季 そんぼの家 朝日ヶ丘 そんぼの家 都賀	習志野市大久保2丁目9-30 千葉市中央区蘇我5-22-37 柏市豊四季295-2 千葉市花見川区朝日ヶ丘2-5-2 千葉市若葉区桜木北2-14-1
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		
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	メッセージケアプランセンター柏高柳 メッセージケアプランセンター船橋前原 メッセージケアプランセンター柏青葉台	柏市高柳1478-1 船橋市前原西3-16-6 柏市青葉台2-16-15
＜居宅介護予防サービス＞				
介護予防訪問介護	あり	なし	メッセージケアプランセンター柏高柳 メッセージケアプランセンター船橋前原 メッセージケアプランセンター柏青葉台	柏市高柳1478-1 船橋市前原西3-16-6 柏市青葉台2-16-15
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	そんぼの家 津田沼 そんぼの家 京成大久保 そんぼの家 蘇我 そんぼの家 柏豊四季 そんぼの家 朝日ヶ丘 そんぼの家 都賀	習志野市藤崎4-10-18 習志野市大久保2丁目9-30 千葉市中央区蘇我5-22-37 柏市豊四季295-2 千葉市花見川区朝日ヶ丘2-5-2 千葉市若葉区桜木北2-14-1
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		
＜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）			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			○	実費	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり			○	右記	週 4 回以上で 702 円/回
特浴介助	なし	あり	なし	あり			○	右記	週 4 回以上で 1,944 円/回
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（協力医療機関）	なし	あり	なし	あり					協力医療機関以外は※ 4
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり					自立の方には必要に応じ実施（1,296 円/時）
リネン交換	なし	あり	なし	あり					自立の方には必要に応じ実施（1,296 円/時）
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり					自立の方には必要に応じ実施（1,296 円/時）
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり					自立の方には必要に応じ実施（205 円/回）
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり			○	実費	
おやつ			なし	あり			○	実費	
理美容師による理美容サービス			なし	あり			○	実費	
買い物代行（通常の利用区域）	なし	あり	なし	あり					概ね 2km 以内。通常の利用区域外は※ 4
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			○	実費	年 2 回実施の機会を提供
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			○	※ 4	必要に応じ実施
入退院時の同行（協力医療機関）	なし	あり	なし	あり			○		協力医療機関以外は※ 4
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					適宜実施

※ 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：「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。

※ 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。

※ 4：1,296 円/1 時間 + 交通費実費（施設車両使用時は 1km 当り 54 円）