

重要事項説明書

記入年月日	平成30年4月1日
記入者名	木内由佳
所属・職名	ぱれっと 管理者

※ 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 株式会社楽天堂	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃらくてんどう 株式会社楽天堂	
主たる事務所の所在地	〒289-2535 千葉県旭市川口1006-1	
連絡先	電話番号	0479-60-2701
	FAX番号	0479-60-2702
	ホームページアドレス	https://www.rakutendo.net/
代表者	氏名	鈴木雅博
	職名	代表取締役社長
設立年月日	昭和・平成 13年5月1日	
主な実施事業	※別添1（別を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) ぱれっと ぱれっと
----	---------------------

所在地	〒270-1516 千葉県印旛郡栄町安食 2 8 8 8	
主な利用交通手段	最寄駅	J R 成田線 安食 駅
	交通手段と所要時間	例：①電車利用の場合 ・ J R 成田線安食で下車、徒歩 1 0 分 ②自動車利用の場合（東京方面から） ・ 東関道成田インターチェンジ→(国道 295 号線→国道 408 号線→県道成田・安食バイパス線 20 分) →当施設
連絡先	電話番号	0 4 7 6 - 3 7 - 5 6 1 1
	FAX番号	0 4 7 6 - 3 7 - 5 6 6 3
	ホームページアドレス	https://www.rakutendo.net/
管理者	氏名	木内由佳
	職名	施設介護部長
建物の竣工日		昭和・平成 2 8 年 1 1 月 3 0 日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 2 9 年 3 月 1 日

【類型】【表示事項】

<input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 3 住宅型 <input type="checkbox"/> 4 健康型		
1 又は 2 に 該当する場 合	介護保険事業者番号	1 2 9 4 4 0 0 0 2 1
	指定した自治体名	栄町
	事業所の指定日	平成 2 9 年 3 月 1 日
	指定の更新日（直近）	平成 年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	3,236 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		<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
契約期間		<input type="checkbox"/> 1 あり (平成 28 年 12 月 1 日平成 48 年 11 月 30 日) 2 なし	
	契約の自動更新	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	

建物	延床面積	全体	1 4 6 5 . 7 4 m ²			
		うち、老人ホーム部分	1 , 2 9 6 . 5 m ²			
	耐火構造	1 耐火建築物 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 木造 4 その他 ()				
	所有関係	1 事業者が自ら所有する建物				
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物				
		抵当権の設定	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし			
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (平成 28 年 12 月 1 日平成 48 年 11 月 30 日) 2 なし			
		契約の自動更新	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし			
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室 (29室) *各居室、トイレ、浴室にヘルパーコールあり				
		2 相部屋あり				
		最少	1 人部屋			
	最大	1 人部屋				
			トイレ	浴室	面積	戸数・室数
	1階 A-105・106・107 2階 A-201・202・203・204 205・210・211 212・213・214	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	19.87 m ²	13	介護居室個室
	1階 B-101・102・103・104 2階 B-206・207・208・209 215・216・217・218 219・220・221・222	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	18.21 m ²	16	介護居室個室
※「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	8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		8ヶ所	
	共用浴室	2ヶ所	個室		1ヶ所	
			大浴場		1ヶ所	
	共用浴室における 介護浴槽	2ヶ所	個浴槽 (標準タイプ)		2槽	
			個浴槽 (ロングタイプ)		1槽	
ストレッチャー浴			0ヶ所			

			その他 ()	ヶ所
	食堂	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり 2 なし	
	入居者や家族が利用できる調理設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり 2 なし 食堂・談話室にあり	
	エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2	あり (車椅子対応) 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり 2 なし (1階:2箇所設置・2階:2箇所設置)	
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり 2 なし	
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり 2 なし	
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり 2 なし	
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり 2 なし 小松貴子	
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり 2 なし	
	指定避難場所		安食小学校 (栄町安食305 電話番号0476-95-0017)	
その他	*非常時は、当事業所「防災計画」に則り、速やかに対応します。 防災設備、火災通報設備の点検、避難訓練を年2回以上実施します。			

4. サービスの内容 (全体の方針)

運営に関する方針	地域密着型特定施設入居者生活介護の提供に当たり、事業所の生活相談員等は、特定施設サービス計画に基づき入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話を行うことにより、要介護状態であってもその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう援助を行う。事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の医療・保健・福祉関係機関と連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。
サービスの提供内容に関する特色	1. 自立支援介護 利用者ができないことを手助けするのではなく、自分でできることを増やし広げることで利用者の主体性を引き出し、自立を目指す介護を実践する。
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし

洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	2 委託	3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	2 委託	3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	夜間看護体制加算	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	医療機関連携加算	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	看取り介護加算	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	認知症専門ケア加算	(I)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	サービス提供体制強化加算	(I)イ	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(I)ロ	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
(III)		1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
医療提供施設連携加算	<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	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	(介護・看護職員の配置率) 3 : 1 *但し、3月1日現在はなし	
	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	
		4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	医療法人社団育誠會 北総栄病院
		住所	千葉県印旛郡栄町安食2421
		診療科目	内科、循環器科、リハビリテーション科、整形外科、外科、形成外科、皮膚科
		協力内容	1 通院治療の受入れ 2 救急医療の対応 3 健康診断の実施 4 医療全般にかかる相談対応
	2	名称	後藤医院
		住所	千葉県印旛郡栄町安食3646番地
		診療科目	内科

		協力内容	1 通院治療の受け入れ 2 健康相談
	3	名称	成田西クリニック
		住所	千葉県成田市公津の杜 2-27-5
		診療科目	内科
		協力内容	1 訪問診療（往診）の対応 2 医療全般にかかる相談対応
協力歯科医療機関		名称	勝田歯科医院
		住所	千葉県印旛郡栄町安食 3 7 3 9 番地
		協力内容	1 通院治療の受け入れ 2 訪問診療（往診）の対応 3 歯科検診の実施 4 歯科医療全般にかかる相談対応

(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	<input type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 3 その他 ()	
判断基準の内容	契約書 2 6 条 4 項に則る	
手続きの内容		
追加的費用の有無	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
居室利用権の取扱い	契約書 8 条に則る	
前払金償却の調整の有無	1 あり 2 なし *入居金なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	便所の変更	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	浴室の変更	1 あり 2 なし *居室になし
	洗面所の変更	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	台所の変更	1 あり 2 なし *居室になし
	その他の変更	1 あり (変更内容) 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 <input type="checkbox"/> 2 なし
	要支援の者	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	要介護の者	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項	栄町に住民登録されており、要介護 1～5 の者	

<p>契約の解除の内容</p>	<p>(契約の終了)</p> <p>契約書6章・第41条に則り、次の各号のいずれかに該当する場合に、本契約は終了するものとします。</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 契約書6章・42条(事業所からの契約解除)に基づき、事業所が解除を通告し、予告期間が満了したとき</p> <p>③ 入居者が第29条(入居者からの解約)に基づき解約をおこなったとき</p> <p>(事業所からの契約解除)</p> <p>第42条 事業所は、入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことが本契約をこれ以上将来にわたって維持することが社会的通念上著しく困難と認められる場合に、本契約を解除することがあります。</p> <p>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とき</p> <p>② 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅延するとき</p> <p>③ 第9条(禁止又は制限される行為)の規定に違反したとき</p> <p>④ 入居者の行動が、他の入居者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、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</p> <p>2 前項の規定に基づく契約解除の場合は、事業者は書面にて次の各号に掲げる手続きによって行います。</p> <p>① 契約解除の通告について90日の予告期間をおく</p> <p>② 前号の通知に先立ち、入居者及び身元引受人等に弁明の機会を設ける</p> <p>③ 解除通告に伴う予告期間中に、入居者の移転先の有無について確認し、移転先がない場合には入居者や身元引受人等、その他関係者・関係機関と協議し、移転先の確保について協力する。</p> <p>3 第42条第1項第四号によって契約を解除する場合には、事業者は前項に加えて次の各号の手続きを行います。</p> <p>① 医師の意見を聴く</p> <p>② 一定の観察期間をおく</p> <p>(入居者からの解約)</p> <p>第43条 入居者は、事業所に対して、少なくとも30日前に解約の申し入れを行なうことにより、本契約を解約することができます。解約の申し入れは事業所の定める解約届を事業者に届け出</p>
-----------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	るものとしします。 2 入居者が前項の解約届を提出しないで居室を退去した場合には、事業所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推定します。	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	第42条
	解約予告期間	3ヶ月
入居者からの解約予告期間	1ヶ月	
体験入居の内容	1 あり（内容： 1日6,000円）食事付 *期間は1週間まで 2 なし	
入居定員	29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の職員については記載する必要はありません）。

（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	
		18人		
管理者	1	1（兼務）		0.2
生活相談員	1	1（兼務）		0.3
直接処遇職員				
介護職員	14	5（専従）3（兼務）	6（兼務）	8.4
看護職員	2	1（兼務）	1（兼務）	0.4
機能訓練指導員	3	1（兼務）	2（兼務）	0.7
計画作成担当者	1	1（兼務）		0.5
栄養士				
調理員				
事務員	1	1（兼務）		0.5
その他職員				
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

※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			
介護福祉士	3	3	
実務者研修の修了者			
2級ヘルパー	0	0	0
初任者研修の修了者	1	1	0
介護支援専門員	1	1	

(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	2	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	1		1

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (16時30分～9時30分)		
	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	1人	1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)	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 <input checked="" type="checkbox"/> d 3 : 1 以上
------------------------------------------------	-----------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------

合、本欄は省略可能)	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)	3：1
※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							
	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	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
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年以上 3年未満		2 1兼務	4	1兼務					
	3年以上 5年未満									
	5年以上 10年未満		1兼務 1							
	10年以上	1兼務	1兼務	1兼務 1	1			1兼務	1兼務 1	1兼務
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	
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 一部月払い方式 ・ <前月払い> (家賃、管理費) ・ <後月払い> (介護サービス利用料、食費) *介護サービス利用料・食費は、当月末に計算し、翌月 15 日までに明細を添えて請求します。原則翌月の 27 日に金融機関から引き落とされますので、それまでに入金ください。	
	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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし (介護サービス利用料以外は、共通)	
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 checked="" type="checkbox"/> 1 減額なし *家賃は減額なし <input checked="" type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 *管理費は日割り減額 *介護サービス利用料・食費は、実績に基づき算出 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	1 事業所は、費用を改定することがあります。 2 事業所は、前項の費用の改定にあたっては、目的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聞いた上で改定するものとします。 3 契約書 4 章第 38 条第 1 項の改定にあたっては、事業所は入居者及び身元引受人等へ事前に通知します。

(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	1	4
	年齢	80 歳	85 歳
居室の状況	床面積	(B-101) 18.21 m ²	(A-210) 19.87 m ²
	便所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 2 無
	浴室	1 有 2 無	1 有 2 無
	台所	1 有 2 無	1 有 2 無
入居時点で必要な費用	前払金 (入居金)	0 円	0 円
	敷金<家賃 3 ヶ月>	165,000 円	180,000 円
	家賃<前月払い>	55,000 円	60,000 円

	管理費<前月払い>	41,040 円	41,040 円	
月額費用の合計		163,540 円	165,300 円	
家賃（非課税）<前月払い>		55,000 円	60,000 円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護の費用	108,540 円	105,300 円	
	介護保険外	食費（税込）<喫食数算出>	53,460 円	53,460 円
		管理費（税込）<前月払い>	41,040 円	41,040 円
		介護費用	円	円
		寝具・リネン・タオル類リース	10,800 円	10,800 円
		衣類洗濯代<オプション>	3,240 円	（家族持帰り行う）0 円
その他	円	円		

入居日までに払う費用 （基本、家賃・管理費は前月払）	A-105・106・107・201・202・203・204・205・210・211・212・213・214	入居金 敷金	0 円	家賃	60,000 円	管理費	41,040 円 （税込）
	B-101・102・103・104 206・207・208・209・215・216・217・218・219・220・221・222		180,000 円				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	サブリース原建物賃貸契約の賃料、修繕費、本部管理事務費の総費用などを勘案し、一室当たりの月額費用を算出したもの。
敷金	家賃の3ヶ月分 用途及び返還方法： 原則として退去時に全額返還とするが、賃料の滞納、原状回復費用の未払いその他の債務の不履行が存在する場合は、当該債務の額を敷金から差し引く。
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	共用施設等の維持・管理費、事務・管理部門職員の人件費及び事務費並びに各種相談、余暇活動サービス、水道光熱費（居室の電気・水道代及びそれらの維持保守費）

寝具・リネン・タオル類 レンタル費用	寝具（ベッド・マット・掛け布団・枕は年1回）リネン（敷布・包布・枕カバーは週1回）タオル類（フェイスタオルは1日1回、バスタオルは週2回入浴時）をレンタル料を消費税をかけて算出したもの。
食費	朝 450 円・昼 550 円・夜 550 円・おやつ 100 円を 30 日で計算し、消費税をかけて算出したもの。 *契約書 3 章第 35 条に基づき、喫食実績により算出。キャンセルは、第 35 条 3 項に基づく。 *外食・出前は実費
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添 2 に則る。
その他のサービス利用料	入居者が使用する持病における医療機器、内服薬及び外用薬、衛生材料（ガーゼ・テープ等）は、入居者に負担して頂きます。

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠)

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	※要介護度に応じて介護費用の 1 割または 2 割を徴収（負担割合による） 介護保険給付サービス単価 1 日あたり 地域密着型特定施設入居者生活介護 要介護 1 534 単位 要介護 2 599 単位 要介護 3 668 単位 要介護 4 732 単位 要介護 5 800 単位 ※介護職員処遇改善加算 I 1 ヶ月につき 所定単位数×82/1000 ※栄町は 6 級地 1 単位が 10.27 円
医療提供施設を退院・退所時連携加算	1 日あたり 30 単位（入居から 30 日以内に限り）
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）	平成 29 年 3 月 1 日現在はなし

(その他費用)

コピー代	1 枚 20 円
おむつ、パット代	入居者が原則用意。レギュラーサイズは、パッケージで販売も可（別途見積りあり）
個別的な希望によるレク活動・行事等	材料費やそれに関係する費用等は自己負担

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能 ー前払金はありませんー

算定根拠		
想定居住期間 (償却年月数)		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)		円
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【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	6人
	女性	5人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	0人
	75歳以上85歳未満	1人
	85歳以上	10人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	0人
	要支援2	0人
	要介護1	5人
	要介護2	5人
	要介護3	0人
	要介護4	1人
	要介護5	0人
入居期間別	6ヶ月未満	8人
	6ヶ月以上1年未満	1人
	1年以上5年未満	2人
	5年以上10年未満	0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	89.1歳
入居者数の合計	11人
入居率*	34%
※ 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	0人
	社会福祉施設	0人
	医療機関	2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) 体調不良による入院

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	楽天堂ぱれっと		
苦情窓口担当者	管理者 木内 由佳		
所在地	千葉県印旛郡栄町安食2888番地		
電話番号	0476-37-5611	FAX 番号	0476-37-5663
受付時間	午前9時から午後5時まで		

■行政機関その他苦情受付機関

窓 口	国保担当：健康保険課	介護担当：福祉課
所在地	千葉県印旛郡栄町安食台1-2番地	
電話番号	0476-33-7706	0476-33-7709
受付時間	午前9時から午後5時まで（土曜、日曜、祝日、年末年始を除く）	

窓 口	千葉県国民健康保険団体連合会介護保険課
所在地	千葉市稲毛区天台6丁目4番3号
電話番号	043-254-7428
受付時間	午前8時30分から午後5時15分まで (土曜、日曜、祝日、年末年始を除く)

(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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 東京海上日動火災保険株式会社の「居宅介護事業者賠償責任保険」に加入しており、サービス提供上の事故により入居者の生命等に損害が発生した場合、不可抗力による場合を除き賠償される。
	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	(その内容) 別紙、事故対応マニュアルに基づく
	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	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	
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 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
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	*H29.3.1 現在	

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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 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 2 入居希望者に交付

	3 公開していない
財務諸表の要旨	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 2 回
	2 なし	
	<input type="checkbox"/> 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】	<input type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名:) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり (平成 28 年 12 月 15 日届出) <input type="checkbox"/> 2 なし <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり (平成 年 月 日登録) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし (平成 年 月 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	<input type="checkbox"/> 1 適合している (代替措置) <input type="checkbox"/> 2 適合している (将来の改善計画) <input type="checkbox"/> 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		
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

<事業者> 株式会社 楽天堂
<事業所> ぱれっと 印
<所在地> 千葉県印旛郡栄町安食2888番地
<管理者> 木内 由佳

<説明者署名> _____印

※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。

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、了承しました。

<利用者>

住 所

氏 名

印

<代理人>

住 所

氏 名

印

続 柄

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	楽天堂ホームケア旭 他8箇所	旭市口865
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし	楽天堂訪問看護ステーション	旭市イ1662-4
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	アットホーム 他8箇所	旭市川口1006-2
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	楽天堂和楽	東庄町笹川い573-4
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	スイートホームうなかみ	旭市蛇園3060-1
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	楽天堂居宅介護支援事業所旭 他5箇所	旭市イ1662-4
＜居宅介護予防サービス＞				
介護予防訪問介護	あり	なし	楽天堂ホームケア旭 他8箇所	旭市口865
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	楽天堂訪問看護ステーション	旭市イ1662-4
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	アットホーム 他8箇所	旭市川口1006-2
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	楽天堂和楽	東庄町笹川い573-4
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	スイートホームうなかみ	旭市蛇園3060-1

介護予防支援	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	楽天堂居宅介護 支援事業所旭 他5箇所	旭市イ1662-4
<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		○	実費	おむつは入居者が原則用意する
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり		○		週 2 回までは介護保険で実施 それ以外は 1 回 1,620 円（税込）
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		○		協力医療機関及びホームと入居者との間で合意した近隣医療機関 それ以外は 1 時間あたり 1,080 円税込（半径 10 km 以内）
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり				
寝具・リネン交換・タオル類レンタル	なし	あり	なし	あり				10,800 円/月税込 寝具（ベッドパット・掛布団・枕）年 1 回交換 リネン（シーツ・包布・枕カバー）週 1 回交換 タオル（フェイスタオル 1 回・バスタオル 週 2 回入浴時）
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○		個人衣類は洗濯代 3,240 円/月税込で対応
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	○	○	実費	個人嗜好により出前や外食の場合は実費 治療の為の特別な食事は実費となる場合あり
おやつ			なし	あり	○			食費に含む（外食・出前は実費）
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	実費	外部からの訪問理美容
買い物代行	なし	あり	なし	あり	○	○	実費	日常生活用品 2 週に 1 回程度。
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	○			必要に応じ管理費で実施
個別の外出支援			なし	あり			実費	職員付き添い費用 1 時間あたり 1,080 円 税込（外出範囲は随時相談）

健康管理サービス								
定期健康診断			なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	実費	希望により年2回
健康相談	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				
生活指導・栄養指導	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				
服薬支援	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	実費	薬局による服薬管理も含む
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	あり	○			
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	<input type="checkbox"/> なし	あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				
入退院時の同行	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				町内の医療機関の場合に適宜実施
入院中の洗濯物交換・買い物	<input type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり				原則週1回の見舞い訪問時に実施。200円/回
入院中の見舞い訪問	<input type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり				1時間当たり1,080円(税込み)

※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、月額サービス費用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。