

エクセルシオール佐原重要事項説明書
(東京都消費生活条例による表示事項を含む)

		記入年月日	2015年7月1日
記入者名	青柳 良美	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"/> 営利法人
	名称	株式会社エクセルシオール・ジャパン	
事業主体の主たる事務所の所在地	〒	274-0054	
	千葉県船橋市金堀町582番地1		
事業主体の連絡先	電話番号	047-457-8511	
	FAX番号	047-457-8020	
	ホームページ	なし	
	アドレス	<input checked="" type="checkbox"/> : http://www.richlando.com	
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	作田 雄太	
	職名	代表取締役	
事業主体の設立年月日	2001年8月16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	
< 居宅サービス >			
訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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"/>	エクセルシオール佐原 デイサービス 香取市佐原字後州ハ 4491
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"/>	リッチランド豊南郷 船橋市金堀町 582-1
福祉用具貸与	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
特定福祉用具販売	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
< 地域密着型サービス >			
夜間対応型訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
認知症対応型通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
小規模多機能型居宅介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
認知症対応型共同生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	いきいきの家鴨川 鴨川市古畑 317-1
地域密着型特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
居宅介護支援	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ケアサービス豊南郷 船橋市金堀町 582-1

＜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	エクセルシオール佐原 デイサービス	香取市佐原字後州ハ 4491	
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	リッチランド豊南郷	船橋市金堀町 582-1	
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	いきいきの家鴨川	鴨川市古畑 317-1	
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			

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) えくせるしおーる さわら エクセルシオール 佐原	
施設の所在地	〒287-0816 千葉県香取市佐原字後州ハ4491	
施設の連絡先	電話番号	0478-50-3061
	FAX番号	0478-50-3062
	ホームページ	なし
	アドレス	あり: http://www.excelsior-sawara.com
施設の開設年月日	2009年7月1日	
施設の管理者の氏名 及び職名	氏名	青柳 良美
	職名	施設長
施設までの主な利用交通手段		
JR 成田線「佐原」駅より路線バス「潮来車庫」行、「水生植物園入口」下車徒歩10分、700m		
施設の類型及び表示事項	○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） ○居住の権利形態：利用権方式 ○利用料の支払い方式：選択方式 ○入居時の要件：自立・要支援・要介護 ○介護保険：千葉県指定介護保険特定施設（一般型特定施設） ○居室区分：全室個室 ○介護にかかわる職員体制： 3：1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 127890111号 介護予防特定施設入居者生活介護事業所 千葉県指定第 127890111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）		

指定の年月日	2009年7月 1日
指定の更新年月日	2015年6月30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 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	5		2		7	6.4
介護職員	12		12		24	19.99
機能訓練指導員			1		1	0.45
計画作成担当者	1				1	1
栄養士	1		1		2	1.57
調理員	1		5		6	4.1
事務員	1		1		2	1.88
その他従業者	1		5		6	4.55

1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 40

※ 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				
介護福祉士	5		3	
介護職員基礎研修				
訪問介護員1級				
2級	6		5	
3級				
介護支援専門員	1			

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			1	
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 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） （看護職員介護職員いずれか）	2
	平均時の人数 （17:00～翌朝9:00の時間帯）	看護1介護職2

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 人 数
	専従	非専従	専従	非専従		
生活相談員	1				1	1

看護職員	5	2	7	6.4
介護職員	12	12	24	19.99
機能訓練指導員		1	1	0.45
計画作成担当者	1		1	1
その他従業者	1	5	6	4.55

1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 40

※ 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				
介護福祉士	5		3	
介護職員基礎研修				
訪問介護員1級				
2級	6		5	
3級				
介護支援専門員	1			

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			1	
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
---------------------	----	----

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 3:1

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		1	2	3	2	
前年度1年間の退職者数			3	4	2	
業務に従事した経験年数	/					
1年未満の者の人数		1	3		1	
1年以上3年未満の者の人数	1	1	4	7		
3年以上5年未満の者の人数	3		5	4		
5年以上10年未満の者の人数	1			1		
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	常勤	非常勤

前年度1年間の採用者数		1	1	
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年以上3年未満の者の人数				
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		1	1	
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				
事業者は、入居者に対し、老人福祉法、介護保険法、その他関係法令、千葉県有料老人ホーム設置運営指導指針及び公益社団法人全国有料老人ホーム協会が定める倫理綱領を遵守し、入居者に対して目的施設を終身にわたり利用する権利を与え、各種サービスを提供します。				
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		なし		あり
夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無		なし		あり
医療機関連携体制加算（介護報酬の加算）の有無		なし		あり
看取り加算（介護報酬の加算）の有無		なし		あり
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無		なし		あり
短期利用特定施設入居者生活介護の有無		なし		あり
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	医療法人社団寿光会 栗源病院 千葉県香取市助沢 832-1 ホームから 18 k m			
(協力の内容)				
○診療科目：リハビリ科、内科				
○協力科目・内容：定期的な往診のために医師を派遣するとともに日常の健康相談などを行うものとします（医療費その他かかる費用は入居者の自己負担）。				
協力医療機関の名称	なし	あり	その名称 香取ホームクリニック 千葉県香取市佐原イ 4187-3-2F ホームから 8 k m	
(協力の内容)				
○診療科目：内科、皮膚科、理学療法科				
○協力科目・内容：定期的な往診のために医師を派遣するとともに日常の健康相談などを行うものとします（医療費その他かかる費用は入居者の自己負担）。				
協力歯科医療機関	なし	あり	その名称 ひろ歯科ファミリークリニック 千葉県香取市佐原イ 3913-1 ホームから 9 k m	
(協力の内容)				
○診療科目：歯科				
○協力科目・内容：当施設からの歯の外来診療及び予防に関する衛生指導の要請には極力応じるものとしております（医療費その他かかる費用は入居者の自己負担）。				

協力歯科医療機関	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	その名称 きたみ歯科医院 千葉県香取市佐原ホ 1251-5 ホームから 8 k m
(協力の内容) ○診療科目：歯科 ○協力科目・内容：当施設からの歯の外来診療及び予防に関する衛生指導の要請には極力応じるものとしております（医療費その他かかる費用は入居者の自己負担）。			
要介護時に介護を行う場所			
全室個室			
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			
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		なし	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) 常時介護が必要となった場合に、介護居室から介護居室へ住み替えていただくことがある。その場合、以下の手続きを行う。 ① ホームが指定する医師の意見を聴く。 ② 3か月間の経過観察期間を置く。 ③ 本人・身元引受人の同意を得る。			
追加的費用の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 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		<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり
従前の居室からの面積の増減の有無		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		なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
浴室の変更の有無		<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり
洗面所の変更の有無		なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
台所の有無		<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり
その他の変更の有無		なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
(その内容)			
その他		なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
判断基準・手続について			
(その内容) 本人もしくは家族の希望により居室を移動する場合			

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) 2階、3階のフロア移動	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	原則65歳以上の方で円満な共同生活を営むことができる方。	
契約の解除の内容	① 入居者が逝去した場合 ② 入居者から契約解約が行われた場合 (30日の予告期間が必要) ③ 事業者から契約解除が行われた場合 (90日の予告期間が必要) 主な解除事由 ・入居契約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 ・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 ・入居者の行動が、他の入居者又は従業員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、かつ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これを防止することができないとき、等 (その他は入居契約書参照)。	
体験入居の内容	1泊2日3食付き 10,000円 税別 (最大6泊7日まで)	
入居定員	60名	

入居者の状況		2015年4月1日 現在				
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			1	1		2
65歳以上75歳未満		1	2			3
75歳以上85歳未満	5	2	3	4	1	15
85歳以上	10	9	9	5	1	34
	自立	要支援1	要支援2	経過的要介護		合計
65歳未満						
65歳以上75歳未満		1				1
75歳以上85歳未満						0
85歳以上	1	3	1			5
入居者の平均年齢	84.85歳					
入居者の男女別人数	男性	24		女性	36	
入居率 (一時的に不在となっている者を含む。)	100%					
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	2	1	1	1		5
社会福祉施設	3		1	1	2	7
医療機関		1				1
死亡者	3	2		2		7
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			2
社会福祉施設		1				1
医療機関		1				1
死亡者						
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 1年未満	1年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上 15年未満	15年以上
入居者数	11	6	37	6		

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			
	一般居室相部屋	あり	なし			m ²
						m ²
	介護居室個室	あり	なし	60		18.97 m ² 22.94 m ²
	介護居室相部屋	あり	なし			m ² m ²
					m ² m ²	
一時介護室	あり	なし			m ² m ²	
共用便所の設置数	11		うち男女別の対応が可能な数		6	
			うち車椅子等の対応が可能な数		2	
個室の便所の設置数	60		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		60	
浴室の設備状況	浴室の数		個浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴
				1	2	
その他、浴室の設備に関する事項						
食堂の設備状況	2室					
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) ホール、食堂、談話室、健康管理室、機能訓練室 機械浴室、介助浴室、エレベーター、 緊急通知装置、トイレ、洗濯室				
バリアフリーの対応状況						
(その内容) 全居室内、廊下、共用施設に手すり設置、車椅子での移動可能。						
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 3707.36㎡				
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） 3707.36㎡ 職員駐車場1,475㎡				
なし	あり	契約期間	始	2007年5月1日
			終	2037年4月30日
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 3519.93㎡		(有料老人ホーム3377.13㎡・通所介護142.8㎡)		
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	終
契約の自動更新			なし	あり

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	苦情・相談窓口（生活相談員、施設長）	
電話番号	0478-50-3061	
対応している時間	平日	午前9時～午後6時
	土曜	午前9時～午後6時
	日曜・祝日	午前9時～午後6時
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 千葉県国民健康保険団体連合会 ② 千葉県健康福祉部高齢者福祉課施設福祉推進室 ③ 公益社団法人全国有料老人ホーム協会	
電話番号	① 043-254-7428 ② 043-223-2350 ③ 03-3272-3781	
対応している時間	平日	① 9時00分～17時00分 ② 9時00分～17時00分 ③ 10時00分～17時00分
	土曜	休
	日曜・祝日	休
定休日等	土日・祝祭日、年末年始等	
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	あり	
(その内容) 三井住友海上火災保険株式会社の「福祉事業者総合賠償責任保険」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・身体・財産に損害が発生した場合、不可抗力による場合を除いて賠償されます。		
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	あり	(その内容)	
サービスの提供内容に関する特色等				
(その内容) エクセルシオール佐原では、快適な暮らしをサポートする身体介護は勿論、お一人おひとりが自信に満ちた豊かな生活を満喫できるよう、さまざまなレクリエーションやイベントを提供いたします。				
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	あり	2009年10月8日	実施
			当該結果の開示状況	なし
				あり
第三者による評価の実施状況				
	なし	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
				あり

5. 利用料金

利用料の支払い方式	一時金方式	月払い方式	選択方式				
お預り金	保証金（月払い方式）30万円						
一時金方式							
一時金及び月単位で支払う利用料							
年齢に応じた金額設定	なし	あり					
要介護状態に応じた金額設定	なし	あり					
料金プラン							
プラン名称	一時金	月額 計	(内訳)				
			家賃相当額	介護費用	食費 (30日)	光熱水費	管理費
Aタイプ (18.97㎡)	250万円	165,100 (税別)	55,100		60,000 (税別)	なし	50,000 (税別)
Bタイプ (22.94㎡)	250万円	180,200 (税別)	70,200		60,000 (税別)	なし	50,000 (税別)
※介護保険サービスの自己負担額は含まない。							
算定根拠	家賃相当額	入居一時金の一部を月額で受領するもので、算定根拠は入居一時金に準ずる。					
	介護費用	なし。					
	食費	人件費等の諸経費、食材費に基づく費用。（喫食数による返金制度もあり）					
	光熱水費	管理費に含む。					
	管理費	事務管理部門の人件費・事務費、入居者に対する日常生活支援サービス提供のための人件費、事務費、共用施設等の維持管理費、居室内水道光熱費					

一時金	借地料、建設費、借入利息等を基礎として平均余命等を勘案した想定居住期間の家賃相当額及び想定居住期間を超えて入居契約が継続する場合に備えて受領する費用。		
一時金の償却に関する事項			
償却開始日の設定	入居日		入居日の翌日
初期償却率 (%)	30.89 %		
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	772,250円		
権利金等(※)の額	0円		
(※)平成24年3月31日までに老人福祉法第29条第1項の規定により届出がされた施設に限る。			
償却年月数 (想定居住期間)	5年		

契約終了時返還金の算定方法及び返還金の例			
<p>想定居住期間内に契約終了した場合、以下の算定式に基づく額を返還します。</p> <p>返還金＝一時金×想定居住期間償却率(69.11%)÷(入居日の翌日から償却期間満了日までの実日数)×(契約終了日から償却期間満了日までの実日数)</p> <p>※その他、月払い利用料については日割り精算を行う。</p>			
保全措置の実施状況	なし	あり	(保全先)入居者生活保証制度(公益社団法人全国有料老人ホーム協会) ※当社で入居者生活保証制度に個別入居者の拠出金を支払うことにより、万一倒産等に至り、入居者すべてが退去せざるを得なくなり、かつ入居者から入居契約が解除された場合に、償却期間終了後でも保証金として500万円が支払われる。
三月以内の契約終了による返還金について			
三月の起算日	入居日		入居日の翌日
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>入居日の翌日から三月以内の契約解除の場合又は死亡による契約終了の場合は、受領済みの一時金を全額返金する。ただし、利用期間に係る利用料を下記算定方法に基づき受領する。</p> <p>・算定方法</p> <p>一時金×想定居住期間償却率(69.11%)÷想定居住期間の月数÷30×(入居日から契約終了日までの実日数)</p> <p>・「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費用」は全額返金する。</p> <p>※月払い利用料については日割り精算を行う。</p> <p>※必要な原状回復費用があれば受領する。</p>			
一時金の支払方法			
入居契約締結日後、2週間以内に振り込む。			

月払い方式						
月単位で支払う利用料						
年齢に応じた金額設定		なし	あり			
要介護状態に応じた金額設定		なし	あり			
料金プラン						
プラン名称	月額	(内訳)				
	計	家賃相当額	介護費用	食費	光熱水費	管理費

	Aプラン (18.97㎡)	260,000	150,000	60,000	50,000
	Bプラン (22.94㎡)	277,000	167,000	60,000	50,000
	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 ※短期利用特定施設入居者生活介護は、日額5,565円のご請求となります。 (内訳 : 家賃1,900円/食費1,665円/管理費2,000円 税別)				
算定根拠	家賃相当額	借地料、建設費、修繕費、借入利息、管理事務費等を基礎として平均的な余命等を勘案して一室あたりの月額費用を算出したもの。			
	介護費用	なし。			
	食費	人件費等の諸経費、食材費に基づく費用。(喫食数による返金制度もあり)			
	光熱水費	管理費に含む。			
	管理費	前途の管理費参照 ※実費で提供するサービスは、介護サービス等の一覧表参照			

一時金方式・月払い方式共通			
介護保険サービスの自己負担額			
内容	※要介護度に応じて介護費用の1割を徴収する。		
人員配置が手厚い場合の介護サービス(再掲)		なし	あり
内容			
利用料	円(月額・日額)		
算定根拠			
支払い方法	月単位(日割りの有無あり・なし)		
利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料			
個別的な選択による生活支援サービス		なし	あり
算定根拠	人件費等を勘案したサービスごとの価格設定。(介護サービス等の一覧表を参照。)		
料金改定の手続			
2年に1回、ホームが所在する自治体の消費者物価指数や職員の人件費等を勘案し、運営懇談会の意見を聴いて、家賃相当額以外の月額利用料を改定することがある。			

その他、一時金及び利用料以外に必要な利用料	なし	あり																																				
<p>(「あり」の場合、その内容及び利用料)</p> <p>要介護者以外の入居者に対する生活支援サービス費用 (税別)</p> <table border="0"> <tr> <td>入浴介護 2,000 円/回</td> <td>排泄介助 500 円/回</td> <td>おむつ交換 250 円/回</td> </tr> <tr> <td>食事介助 300 円/回</td> <td>食事配下膳 150 円/回</td> <td>移動介助 250 円/回</td> </tr> <tr> <td>衣類着脱 500 円/回</td> <td>身だしなみ 500 円/回</td> <td>口腔ケア 500 円/回</td> </tr> <tr> <td>洗濯 250 円/回</td> <td>シーツ交換 250 円/回</td> <td>居室清掃 1,000 円/回</td> </tr> <tr> <td>洗髪 750 円/回</td> <td>髭剃り 500 円/回</td> <td>夜間巡回 500 円/回</td> </tr> <tr> <td>衣類補修 100 円/回</td> <td colspan="2">食品カット 100 円/回 (フルーツのカット)</td> </tr> </table> <p>個別送迎 1,200 円/時間 (交通費別)</p> <p>介護用品費は実費負担。</p> <p>福祉用具 (車いす、ポータブルトイレなど) は施設の物をお貸しいたしますが長期 (おむね 3 か月以上) に渡ってご使用の場合は自己負担となります。</p>			入浴介護 2,000 円/回	排泄介助 500 円/回	おむつ交換 250 円/回	食事介助 300 円/回	食事配下膳 150 円/回	移動介助 250 円/回	衣類着脱 500 円/回	身だしなみ 500 円/回	口腔ケア 500 円/回	洗濯 250 円/回	シーツ交換 250 円/回	居室清掃 1,000 円/回	洗髪 750 円/回	髭剃り 500 円/回	夜間巡回 500 円/回	衣類補修 100 円/回	食品カット 100 円/回 (フルーツのカット)																			
入浴介護 2,000 円/回	排泄介助 500 円/回	おむつ交換 250 円/回																																				
食事介助 300 円/回	食事配下膳 150 円/回	移動介助 250 円/回																																				
衣類着脱 500 円/回	身だしなみ 500 円/回	口腔ケア 500 円/回																																				
洗濯 250 円/回	シーツ交換 250 円/回	居室清掃 1,000 円/回																																				
洗髪 750 円/回	髭剃り 500 円/回	夜間巡回 500 円/回																																				
衣類補修 100 円/回	食品カット 100 円/回 (フルーツのカット)																																					
<p>その他、実費にて負担となる利用料 (税込)</p> <p>(おむつ)</p> <p>光洋：オンリーワン薄型パンツ Sサイズ 26 枚入/1,300 円 Mサイズ 26 枚入/1,404 円 Lサイズ 26 枚入/1,582 円</p> <p>光洋：オンリーワンスーパーロング 32 枚入/1,123 円</p> <p>光洋：尿取りパット サーフ 30 枚入/405 円</p> <p>(備品)</p> <table border="0"> <tr> <td>トイレットペーパー</td> <td>1 個</td> <td>84 円</td> <td>乾電池(単三)</td> <td>1 個</td> <td>30 円</td> </tr> <tr> <td>ティッシュペーパー</td> <td>1 個</td> <td>72 円</td> <td>カミソリ</td> <td>1 個</td> <td>100 円</td> </tr> <tr> <td>マスク</td> <td>1 枚</td> <td>11 円</td> <td>選択ネット</td> <td>1 個</td> <td>120 円</td> </tr> <tr> <td>ポータブルトイレ用消臭剤</td> <td>1 個</td> <td>830 円</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>歯ブラシ</td> <td>1 個</td> <td>100 円</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>歯磨き粉</td> <td>1 個</td> <td>200 円</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>※上記商品を購入または利用した場合に自己負担となります。</p>			トイレットペーパー	1 個	84 円	乾電池(単三)	1 個	30 円	ティッシュペーパー	1 個	72 円	カミソリ	1 個	100 円	マスク	1 枚	11 円	選択ネット	1 個	120 円	ポータブルトイレ用消臭剤	1 個	830 円				歯ブラシ	1 個	100 円				歯磨き粉	1 個	200 円			
トイレットペーパー	1 個	84 円	乾電池(単三)	1 個	30 円																																	
ティッシュペーパー	1 個	72 円	カミソリ	1 個	100 円																																	
マスク	1 枚	11 円	選択ネット	1 個	120 円																																	
ポータブルトイレ用消臭剤	1 個	830 円																																				
歯ブラシ	1 個	100 円																																				
歯磨き粉	1 個	200 円																																				

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	2007年	3月	27日
千葉県に対する事前協議終了日	2007年	5月	11日
千葉県知事に対する設置届提出日	2008年	12月	5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24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			
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	
廊下幅	適合	不適合	
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			

添付書類：「介護サービス等の一覧表」

※ 様

説明年月日 年 月 日

説明者署名 _____ (印)

※ (株) エクセルシオール・ジャパン殿

本日、エクセルシオール佐原に関する重要事項説明書の説明を受け受領しました。

受領年月日 年 月 日

氏 名 _____ (印)

(本人 ・ 身元引受人)

別表5-1①

介護サービス等の一覧表

税抜き表示になります。

	(自立)		(要支援)		(要介護1～5)	
介護を行う場所	居室内		居室内		居室内	
	一時金及び月額利用料を含むサービス	その都度徴収するサービス	介護保険給付、一時金及び月額利用料を含むサービス	その都度徴収するサービス	介護保険給付、一時金及び月額利用料を含むサービス	その都度徴収するサービス
介護サービス						
○巡回						
・昼間 ～	——	——	2時間毎に巡回	——	2時間毎に巡回	——
・夜間 ～	——	500円/1回	2時間毎に巡回	500円/1回	2時間毎に巡回	——
○食事介助	——	300円/1回	都度見守り、一部介助	300円/1回	都度一部介助または全介助	
○排泄						
・排泄介助	——	500円/1回	都度見守り、一部介助	500円/1回	随時一部介助または全介助	——
・おむつ交換	——	250円/1回	必要に応じ随時	250円/1回	必要に応じ随時	——
・おむつ代	——	実費負担	——	実費負担	——	実費負担
○入浴等						
・清拭	——		必要に応じ随時	左記以外	必要に応じ随時	左記以外
・一般浴介助	——	2,000円/1回	週2回入浴時介助	2,000円/1回	週2回入浴時介助	2,000円/1回
・特浴介助	——	2,000円/1回	週2回入浴時介助	2,000円/1回	週2回入浴時介助	2,000円/1回
・洗髪		750円/1回		750円/1回		
・髭剃り		500円/1回		500円/1回		
○身辺介助						
・体位交換	——		必要に応じ随時		必要に応じ随時	——
・居室からの移動	——	250円/1回	杖、歩行器、手引き、車いすでの移動を介助	250円/1回	杖、歩行器、手引き、車いすでの移動を介助	——
・衣類の着脱	——	500円/1回	毎日朝・夜及び入浴時に見守り	500円/1回	毎日朝・夜及び入浴時に見守り	——
・身だしなみ介助	——	500円/1回	毎日朝・夜及び入浴時に見守り	500円/1回	毎日朝・夜及び入浴時に見守り	——
・口腔ケア		500円/1回		500円/1回		
○機能訓練						
・リハビリ	——	——	随時身体状況に応じた訓練		随時身体状況に応じた訓練	——
○通院の介助	——	協力医院以外で半径6km以上に限り付添い及び送迎人件費、移動コスト等の実費負担1,200円/1時間(交通費別)	——	協力医院以外で半径6km以上に限り付添い及び送迎人件費、移動コスト等の実費負担1,200円/1時間(交通費別)	——	協力医院以外で半径6km以上に限り付添い及び送迎人件費、移動コスト等の実費負担1,200円/1時間(交通費別)

○緊急時対応 ・ナースコール	移動電話（PHS） で24時間対応		移動電話（PHS） で24時間対応		移動電話（PHS） で24時間対応	
生活サービス ○家事 ・清掃		1000円/1回	週3回まで	左記以外 1000円/1回	週3回まで	左記以外 1000円/1回
・洗濯		250円/1回	週2回まで	左記以外 250円/1回	週2回まで	左記以外 250円/1回
・シーツ交換		250円/1回	週1回まで	左記以外 250円/1回	週1回まで	左記以外 250円/1回
○居室配膳・下膳	病気等でやむを得ない場合	左記以外 150円/1回	病気等でやむを得ない場合	左記以外 150円/1回	病気等でやむを得ない場合	左記以外 150円/1回
○理美容	————	実費負担	————	実費負担	————	実費負担
○代行 ・買物	週1回指定日	左記以外 1000円/1回	週1回指定日	左記以外 1000円/1回	週1回指定日	左記以外 1000円/1回
・役所手続	週1回指定日	左記以外 1500円/1回	週1回指定日	左記以外 1500円/1回	週1回指定日	左記以外 1500円/1回
健康管理サービス ・健康診断 ・健康相談 ・生活相談 ・医師の往診	年1回 必要に応じ随時看護師対応 適宜相談員対応 ————	超過分実費負担 主治医対応は 実費負担 ———— 実費負担	年1回 必要に応じ随時看護師対応 適宜相談員対応 ————	超過分実費負担 主治医対応は 実費負担 ———— 実費負担	年1回 必要に応じ随時看護師対応 適宜相談員対応 ————	超過分実費負担 主治医対応は 実費負担 ———— 実費負担
入退院時、入院中のサービス ・医療費 ○移送サービス ・半径6km内の医療機関 ・半径6km外の医療機関	———— 適宜対応 ————	実費負担 ———— 協力医院以外で半径6km以上に限り付添い及び送迎人件費、移動コスト等の実費負担	———— 適宜対応 ————	実費負担 ———— 協力医院以外で半径6km以上に限り付添い及び送迎人件費、移動コスト等の実費負担	———— 適宜対応 ————	実費負担 ———— 協力医院以外で半径6km以上に限り付添い及び送迎人件費、移動コスト等の実費負担
その他サービス ・入居者の嗜好に応じた特別な食事 ・館内レク ・館外活動 ・個別送迎	———— ———— ————	品代実費負担 使用物品は 実費負担 外食代、有料施設 入園料等実費負担 1,200円/1時間	———— 週1回 ————	品代実費負担 使用物品は 実費負担 外食代、有料施設 入園料等実費負担 1,200円/1時間	———— 週1回 ————	品代実費負担 使用物品は 実費負担 外食代、有料施設 入園料等実費負担 1,200円/1時間