

## 重要事項説明書

|       |           |
|-------|-----------|
| 記入年月日 | 平成29年7月1日 |
| 記入者名  | 林 忍       |
| 所属・職名 | 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                              |                             |
|            | 法人の場合、その種類                         | 株式会社                        |
| 名称         | (ふりがな) (かぶ) あびたしおん<br>株式会社アビタシオン   |                             |
| 主たる事務所の所在地 | 〒812-0863<br>福岡県福岡市博多区金の隈3丁目23番10号 |                             |
| 連絡先        | 電話番号                               | 092-272-1165                |
|            | FAX番号                              | 092-272-4165                |
|            | ホームページアドレス                         | http://www.habitation.co.jp |
| 代表者        | 氏名                                 | 豊澤 賢士                       |
|            | 職名                                 | 代表取締役                       |
| 設立年月日      | 昭和・平成57年8月10日                      |                             |
| 主な実施事業     | ※別添1（別々に実施する介護サービス一覧表）             |                             |

## 2. 有料老人ホーム事業の概要

## (住まいの概要)

|          |  |   |
|----------|--|---|
| 名称       | (ふりがな) あびたしおんけいせいちばちゅうおう<br>アビタシオン京成千葉中央 |   |
| 所在地      | 〒260-0022<br>千葉市中央区神明町2番2号               |   |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅                                      | 京成線「千葉中央駅」<br>JR線「本千葉駅」                                 |
|          | 交通手段と所要時間                                | 京成線「千葉中央駅」より400m<br>(徒歩5分)<br>JR線「本千葉駅」より480m<br>(徒歩6分) |

|               |            |                                  |
|---------------|------------|----------------------------------|
| 連絡先           | 電話番号       | 043-244-2000                     |
|               | FAX番号      | 043-244-2011                     |
|               | ホームページアドレス | http://www.habitation.co.jp/kcc/ |
| 管理者           | 氏名         | 林 忍                              |
|               | 職名         | 施設長                              |
| 建物の竣工日        | 昭和・平成      | 23年4月12日                         |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | 昭和・平成      | 23年5月10日                         |

(類型) 【表示事項】

|                                       |                                   |  |
|---------------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input checked="" 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                         | 特定施設入居者生活介護<br>千葉県指定1270104167<br>介護予防特定施設入居者生活介護<br>千葉県指定1270104167 |
|                                       | 指定した自治体名                          | 千葉県  |
|                                       | 事業所の指定日                           | 平成26年5月1日  |
|                                       | 指定の更新日 (直近)                       |  |

3. 建物概要

|           |   |  |  |
|-----------|---|--|--|
| 土地        | 敷地面積  | 2,868.26㎡  |  |
|           | 所有関係  | 1 事業者が自ら所有する土地                                   |  |
|           |   | <input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地 |  |
|           |   | 抵当権の有無   | 1 あり 2 なし  |
|           |   | 契約期間   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり<br>(平成23年5月1日～平成53年6月30日)<br>2 なし |
| 契約の自動更新   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし   |  |  |
| 建物        | 延床面積  | 全体   | 5,464.67㎡ (5階建)  |
|           |   | うち、老人ホーム部分                                       | 4,810.21㎡  |
|           | 耐火構造  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物      |  |
|           |   | 2 準耐火建築物   |  |
|           |   | 3 その他 ( )  |  |
| 4 その他 ( ) |   |  |  |
| 構造        | <input checked="" type="checkbox"/> 1 鉄筋コンクリート造 |  |  |
|           | 2 鉄骨造   |  |  |
|           | 3 木造  |  |  |
|           | 4 その他 ( )                                       |  |  |
| 所有関係      | 1 事業者が自ら所有する建物                                  |  |  |

|                  |  |                  |                                |                  |            |            |
|------------------|--|------------------|--------------------------------|------------------|------------|------------|
|                  |  | 2 事業者が賃借する建物     |                                |                  |            |            |
|                  |  | 抵当権の設定           | 1 あり 2 なし                      |                  |            |            |
|                  |  | 契約期間             | 1 あり<br>(平成23年5月1日～平成53年6月30日) |                  |            |            |
|                  |  |                  | 2 なし                           |                  |            |            |
|                  |  | 契約の自動更新          | 1 あり 2 なし                      |                  |            |            |
| 居室の状況            | 居室区分<br>【表示事項】                                   | 1 全室個室           |                                |                  |            |            |
|                  |  | 2 相部屋あり          |                                |                  |            |            |
|                  |  | 最少               |                                | 人部屋              |            |            |
|                  | 最大   |                  | 人部屋                            |                  |            |            |
|                  |  | トイレ              | 浴室                             | 面積               | 戸数・室数      | 区分※        |
|                  | タイプA   | 有/無              | 有/無                            | 19.51～<br>19.88㎡ | 66         | 介護居室<br>個室 |
| タイプB             | 有/無  | 有/無              | 18.88～<br>19.54㎡               | 27               | 介護居室<br>個室 |            |
| タイプC             | 有/無  | 有/無              | 26.85～<br>27.49㎡               | 22               | 介護居室<br>個室 |            |
| 共用施設             | ※「一般居室個室」「一般個室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。 |                  |                                |                  |            |            |
|                  | 共用便所における便房                                       | 10ヶ所             | うち男女別の対応が可能な便房                 |                  | 4ヶ所        |            |
|                  |  |                  | うち車椅子等の対応が可能な便房                |                  | 6ヶ所        |            |
|                  | 共用浴室   | 2ヶ所              | 個室                             |                  | 0ヶ所        |            |
|                  |  |                  | 中浴場                            |                  | 1ヶ所        |            |
|                  |  |                  | 大浴場                            |                  | 1ヶ所        |            |
|                  | 共用浴室における介護浴槽                                     | ヶ所               | チェアー浴                          |                  | ヶ所         |            |
|                  | 介護浴槽   | 5ヶ所              | リフト浴                           |                  | 2ヶ所        |            |
|                  |  |                  | ストレッチャー浴                       |                  | ヶ所         |            |
|                  |  |                  | その他（特殊浴槽）                      |                  | 3ヶ所        |            |
| 食堂               | 1  | あり 2 なし          |                                |                  |            |            |
| 入居者や家族が利用できる調理設備 | 1  | あり（Cタイプ居室内） 2 なし |                                |                  |            |            |
| エレベーター           | 1  | あり（車椅子対応）        |                                |                  |            |            |
|                  | 2  | あり（ストレッチャー対応）    |                                |                  |            |            |
|                  | 3  | あり（上記1・2に該当しない）  |                                |                  |            |            |
|                  | 4  | なし               |                                |                  |            |            |

|       |   |   |    |   |    |
|-------|---|---|----|---|----|
| 消防用設備 | 消火器   | 1 | あり | 2 | なし |
|       | 自動火災報知設備  | 1 | あり | 2 | なし |
|       | 火災通報装置  | 1 | あり | 2 | なし |
|       | スプリンクラー   | 1 | あり | 2 | なし |
|       | 防火管理者   | 1 | あり | 2 | なし |
|       | 防災計画  | 1 | あり | 2 | なし |
| その他   | 駐車場、玄関ホール、受付、機能訓練室、健康相談室、ヘアサロン、臥床浴、介助浴、洗濯・汚物処理室、ケアステーション、機械浴、リフト浴、大浴場、娯楽・食堂コーナー、談話コーナー、洗濯・汚物処理室 |   |    |   |    |

#### 4. サービスの内容 (全体の方針)

|                 |  |      |   |    |        |    |
|-----------------|--|------|---|----|--------|----|
| 運営に関する方針        | 利用者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことが出来るようにサービスを提供する。 |      |   |    |        |    |
| サービスの提供内容に関する特色 | 自立支援を最大の目的とした介護サービスを提供                                   |      |   |    |        |    |
| 入浴、排せつ又は食事の介護   | 1  | 自ら実施 | 2 | 委託 | 3      | なし |
| 食事の提供           | 1  | 自ら実施 | 2 | 委託 | 3      | なし |
| 洗濯、掃除等の家事の供与    | 1  | 自ら実施 | 2 | 委託 | (洗濯のみ) |    |
|                 |  |      |   |    | 3      | なし |
| 健康管理の供与         | 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  | 1  | 自ら実施 | 2 | 委託 | 3      | なし |
| 生活相談サービス        | 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体制の有無 | 個別機能訓練加算     | 1     | あり                     | 2  | なし |    |
|                               | 夜間看護体制加算     | 1     | あり                     | 2  | なし |    |
|                               | 医療機関連携加算     | 1     | あり                     | 2  | なし |    |
|                               | 看取り介護加算      | 1     | あり                     | 2  | なし |    |
|                               | 認知症専門ケア加算    | (I)   | 1                      | あり | 2  | なし |
|                               |              | (II)  | 1                      | あり | 2  | なし |
|                               | サービス提供体制強化加算 | (I) イ | 1                      | あり | 2  | なし |
|                               |              | (I) ロ | 1                      | あり | 2  | なし |
|                               |              | (II)  | 1                      | あり | 2  | なし |
|                               |              | (III) | 1                      | あり | 2  | なし |
|                               | 1            | あり    | (介護・看護職員の配置率)<br>3 : 1 |    |    |    |
| 2                             | なし           |       |                        |    |    |    |

(医療連携の内容)

|                |   |      |   |
|----------------|---|------|---|
| 医療支援<br>※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    | その他 ( 訪問診療医の確保 )  |
| 協力医療<br>機関     | 1 | 名称   | 千葉中央ひかりクリニック  |
|                |   | 住所   | 千葉県千葉市中央区富士見2-19-7  |
|                |   | 診療科目 | 内科、消化器内科、神経内科   |
|                |   | 協力内容 | ①施設内での健康相談、体調急変時に千葉中央ひかりクリニックにおける施設の看護師への指示及び同意書を交わしてからの定期的訪問診察などに協力します。ただし、医療費等は入居者の自己負担となります。 |
|                | 2 | 名称   | 宮野木外科・内科  |
|                |   | 住所   | 千葉県千葉市稲毛区長沼町261-3   |
|                |   | 診療科目 | 内科、外科、整形外科、リハビリテーション科   |
|                |   | 協力内容 | 協力医療機関1と同じ  |
|                | 3 | 名称   | 中村古峽記念病院  |
|                |   | 住所   | 千葉県千葉市中央区千葉寺188   |
|                |   | 診療科目 | 精神科、心療内科、整形外科、リハビリテーション科、内科、放射線科  |
|                |   | 協力内容 | 入居者の受診及びこれに伴う治療、検査入院受入に協力。ただし、医療費等は、入居者の自己負担となります。  |
|                | 4 | 名称   | 柏戸病院  |
|                |   | 住所   | 千葉市中央区長洲2-21-8  |
|                |   | 診療科目 | 内科、神経内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、糖尿病内科、外科、消化器外科、整形外科、肛門外科、眼科   |
|                |   | 協力内容 | 入院、加療が必要とされる入居者の入院支援。通院を必要とする入居者の受入と治療、検査等。ただし、医療費等は、入居者の自己負担となります。                             |
|                | 5 | 名称   | みらいクリニック  |
|                |   | 住所   | 千葉市中央区神明町2-2  |
|                |   | 診療科目 | 内科 (循環器、呼吸器、糖尿病、消化器)  |
|                |   | 協力内容 | 緊急時の往診。入院を必要とする入居者の入院支援。通院を必要とする入居者の受入と治療、検査などを行う。  |
| 協力歯科<br>医療機関   | 1 | 名称   | 田中歯科  |
|                |   | 住所   | 市原市海士有木1793-1   |
|                |   | 協力内容 | 歯科診療における通院治療及び訪問歯科治療  |

|  |   |      |                          |
|--|---|------|--------------------------|
|  |   |      | 。ただし、医療費等は入居者の自己負担となります。 |
|  | 2 | 名称   | 磯貝歯科医院                   |
|  |   | 住所   | 千葉市中央区末広1-15-14          |
|  |   | 協力内容 | 協力歯科医療機関1と同じ             |

(入居に関する要件)

|                    |  |   |    |                            |    |
|--------------------|--|---|----|----------------------------|----|
| 入居対象となる者<br>【表示事項】 | 自立している者  | <input checked="" type="checkbox"/> 1   | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
|                    | 要支援の者  | <input checked="" type="checkbox"/> 1   | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
|                    | 要介護の者  | <input checked="" type="checkbox"/> 1   | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
| 留意事項               | ① 入居時の年齢が満65歳以上である方<br>② 自立及び要支援1以上の認定をお持ちの方<br>③ 身元引受人が立てられる方<br>④ 健康保険・介護保険に加入されている方<br>⑤ 当ホームの運営趣旨をご理解いただき、他のご入居者と協調した生活ができる方<br>⑥ その他、ホームが認めた方 |   |    |                            |    |
| 契約の解除の内容           | ① 入居者が逝去した場合<br>② 入居者から契約解除が行われた場合<br>③ 事業者から契約解除が行われた場合   |   |    |                            |    |
| 事業主体から解約を求める場合     | 解約条項   | 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はこれを防止することができないとき、等 |    |                            |    |
|                    | 解約予告期間   | 90日間  |    |                            |    |
| 入居者からの解約予告期間       | 30日間   |   |    |                            |    |
| 体験入居の内容            | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (内容： )<br><input checked="" type="checkbox"/> 2 なし  |   |    |                            |    |
| 入居定員               | 115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<br>人数<br>※1※2 |
|--|----------|----|-----|--------------------|
|  | 合計       | 常勤 | 非常勤 |                    |
| 管理者  | 1        | 1  | 0   | 1                  |
| 生活相談員  | 2        | 0  | 2   | 1.6                |
| 直接処遇職員   | 41       | 19 | 22  | 28.1(自立対応者0.1人含む)  |
| 介護職員   | 28       | 18 | 10  | 21.3               |
| 看護職員   | 13       | 1  | 12  | 6.8                |
| 機能訓練指導員  | 1        | 1  | 0   | 1                  |
| 計画作成担当者  | 3        | 2  | 1   | 2.8                |
| 栄養士  | 0        | 0  | 0   | 0                  |
| 調理員  | 12       | 3  | 9   | 7.5                |
| 事務員  | 2        | 1  | 1   | 2.8                |
| その他職員  | 7        | 4  | 3   | 3.1                |
| 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     | 0  | 0   | 0  |
| 介護福祉士     | 4  | 1   | 3  |
| 実務者研修の修了者 | 0  | 0   | 0  |
| 初任者研修の修了者 | 20 | 8   | 12 |
| 介護支援専門員   | 0  | 0   | 0  |

### （資格を有している機能訓練指導員の人数）

|             | 合計 |     |   |
|-------------|----|-----|---|
|             | 常勤 | 非常勤 |   |
| 看護師または准看護師  | 0  | 0   | 0 |
| 理学療法士       | 1  | 1   | 0 |
| 作業療法士       | 0  | 0   | 0 |
| 言語聴覚士       | 0  | 0   | 0 |
| 柔道整復師       | 0  | 0   | 0 |
| あん摩マッサージ指圧師 | 0  | 0   | 0 |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

| 夜勤帯の設定時間 (16時～9時) |      |                 |
|-------------------|------|-----------------|
|                   | 平均人数 | 最少時人数 (休憩者等を除く) |
| 看護職員              | 1人   | 0人              |
| 介護職員              | 3人   | 2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<br>(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※<br>【表示事項】              | a 1.5 : 1以上<br>b 2 : 1以上<br>c 2.5 : 1以上<br>d 3 : 1以上 |
|  | 実際の配置比率<br>(記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数) | 2.7 : 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<br>(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 |     | 2 なし  |     | 資格等の名称  |     | 介護福祉士   |     |   |
|                |           |     |      |     |       |     |         |     |         |     |   |
|                | 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    | 1         | 2   | 2    | 5   | 0     | 0   | 0       | 0   | 1       | 0   |   |
| 前年度1年間の退職者数    | 2         | 5   | 9    | 6   | 0     | 0   | 0       | 0   | 2       | 0   |   |
| 業務に従事した職員の経験年数 | 1年未満      | 0   | 1    | 5   | 0     | 0   | 0       | 0   | 1       | 0   |   |
|                | 1年以上3年未満  | 0   | 0    | 6   | 5     | 0   | 0       | 0   | 0       | 0   |   |
|                | 3年以上5年未満  | 0   | 0    | 3   | 1     | 0   | 0       | 0   | 0       | 0   |   |
|                | 5年以上10年未満 | 0   | 2    | 3   | 4     | 0   | 2       | 1   | 0       | 0   | 1 |
|                | 10年以上     | 1   | 9    | 1   | 0     | 0   | 0       | 0   | 0       | 1   | 0 |
| 従業者の健康診断の実施状況  |           |     | 1 あり |     | 2 なし  |     |         |     |         |     |   |



## 6. 利用料金

### (利用料金の支払い方法)

|                             |  |  |
|-----------------------------|--|--|
| 居住の権利携帯<br>【表示事項】           | <input type="checkbox"/> 1 利用権方式<br><input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式<br><input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式                                 |  |
| 利用料金の支払い方式<br>【表示事項】        | <input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式<br><input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式<br><input type="checkbox"/> 3 月払い方式                             |  |
|                             | <input type="checkbox"/> 4 選択方式<br>※該当する方式を全て選択  | <input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式<br><input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式<br><input type="checkbox"/> 3 月払い方式 |
| 年齢に応じた金額設定                  | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし  |  |
| 要介護状態に応じた金額設定               | <input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし   |  |
| 入院等による不在時における利用料金(月払い)の取り扱い | <input type="checkbox"/> 1 減額なし<br><input checked="" type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額(食費のみ)<br><input type="checkbox"/> 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   | 施設の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、改定することがある。   |
|                             | 手続き  | 入居者及び身元引受人等へ事前に通知する。   |

### (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                      | 自立・要支援・要介護   | 自立・要支援・要介護   |          |
|            | 年齢                        | 65歳以上  | 65歳以上  |          |
| 居室の状況      | 床面積                       | 18.88㎡   | 27.49㎡   |          |
|            | 便所                        | <input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 |          |
|            | 浴室                        | <input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無 | <input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無            |          |
|            | 台所                        | <input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 |          |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金                       | 5,300,000円   | 8,400,000円   |          |
|            | 敷金                        | 0円   | 0円   |          |
| 月額費用の合計    |                           | 191,478円   | 199,019円   |          |
| 家賃         |                           | 24,000円  | 30,000円  |          |
| サービス費用     | 特定施設入居者生活介護※1の費用(1割負担の場合) | (要介護2) 19,128円   | (要支援2) 9,869円  |          |
|            | ※2<br>介護保険外               | 食費   | 51,150円  | 51,150円  |
|            |                           | 管理費  | 97,200円  | 108,000円 |
|            |                           | 介護費用   | —  | —        |
|            |                           | 光熱水費   | 管理費に含む   | 管理費に含む   |
| その他        | 都度払いサービス有                 | 都度払いサービス有  |  |          |

※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。

※2 有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない）

**（利用料金の算定根拠）**

| 費目                 | 算定根拠  |
|--------------------|---|
| 家賃                 | 賃料、修繕費、借入利息、管理事務費等を基礎とし、近傍家賃を参考として、想定居住期間を勘案して算出。                       |
| 敷金                 | 家賃のヶ月分  |
| 介護費用               |   |
| 管理費                | 共用施設等の維持管理、水光熱費、居室内の水光熱費、事務費、本社経費、日常生活サービス、健康管理に係る職員の人件費、事務員及び管理部門の人件費。 |
| 食費                 | 「1日3食30日喫食」の場合の金額。<br>(朝食：410円 昼食：604円 夕食：691円)<br>喫食分のみ請求。             |
| 光熱水費               | 管理費に含む  |
| 利用者の個別的な選択によるサービス料 | 別添2   |
| その他のサービス利用料        |   |

**（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                       | 基本報酬、P4に記載する加算の利用者負担分。 |
| 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。                         |                        |

**（前払い金の受領）※前払金を受領していない場合は省略可能**

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| 算定根拠                                | 入居者が終身にわたって居住する居室、及び利用する共用施設等の費用として受領する家賃相当額の一部に充当する。 |
| 想定居住期間（償却年月数）                       | 4年（48ヶ月）  |
| 償却の開始日                              | 入居日の翌日  |
| 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） | 入居一時金ごとに異なる。  |
| 初期償却率                               | 25%   |

|          |                   |   |
|----------|-------------------|---|
| 返還金の算定方法 | 入居後3月以内の契約終了      | <p>入居日の翌日から三月以内の契約解除の場合は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<br/> 一時金×0.75÷想定居住期間÷30×入居日から契約終了日までの実日数</p> <p>・「償却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計算を行う。</p> <p>※必要な原状回復費用があれば受領する。</p> |
|          | 入居後3月を超えた契約終了     | <p>(入居時年齢により) 入居金の75%を償却日数で均等償却し、この期間内に契約が終了した場合には、下記の計算式に基づき無利息で返還する。入居金償却期間終了後は返還金はなくなるが、入居金の追加徴収は行わない。</p> <p>返還金 = 入居金 × 0.75 × (償却日数 - 経過日数) / 償却日数</p>  |
| 前払い金の保全先 | 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         | 24人 |
|     | 女性         | 67人 |
| 年齢別 | 65歳未満      | 1人  |
|     | 65歳以上75歳未満 | 3人  |
|     | 75歳以上85歳未満 | 26人 |
|     | 85歳以上      | 61人 |

|       |            |     |
|-------|------------|-----|
| 要介護度別 | 自立         | 3人  |
|       | 要支援 1      | 13人 |
|       | 要支援 2      | 8人  |
|       | 要介護 1      | 19人 |
|       | 要介護 2      | 14人 |
|       | 要介護 3      | 11人 |
|       | 要介護 4      | 14人 |
|       | 要介護 5      | 9人  |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満      | 2人  |
|       | 6ヶ月以上1年未満  | 1人  |
|       | 1年以上5年未満   | 84人 |
|       | 5年以上10年未満  | 4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   | 86.5歳 |
| 入居者数の合計  | 91人   |
| 入居率※   | 79.1% |
| ※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   | 3人                 |
|         | 医療機関     | 2人                 |
|         | 死亡者      | 10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 | 5人                 |
|         |          | (解約事由の例) 他の施設に転居,等 |

**8. 苦情・事故等に関する体制**

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況) ※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。)

|        |              |
|--------|--------------|
| 窓口の名称1 | アビタシオン京成千葉中央 |
| 電話番号   | 043-244-2000 |

|          |       |                           |
|----------|-------|---------------------------|
| 対応している時間 | 平日    | 9:00～17:00                |
|          | 土曜    | 9:00～17:00                |
|          | 日曜・祝日 | 9:00～17:00                |
| 定休日      |       | なし                        |
| 窓口の名称2   |       | 千葉県保健福祉局 高齢障害部<br>介護保険事業課 |
| 電話番号     |       | 043-245-5256              |
| 対応している時間 | 平日    | 8:30～17:30                |
|          | 土曜    | 休                         |
|          | 日曜・祝日 | 休                         |
| 定休日      |       | 土日祝及び年末年始                 |

**(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 | あり | (その内容)<br>全国有料老人ホーム協会<br>賠償責任保険 |
|                               | 2 | なし |                                 |
| 介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応 | 1 | あり | (その内容)<br>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              | 1 | あり | 2 なし                            |

**(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)**

|                                  |   |       |        |      |
|----------------------------------|---|-------|--------|------|
| 利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況 | 1 | あり    | 実施日    |      |
|                                  |   | 結果の開示 | 1 あり   | 2 なし |
|                                  | 2 | なし    |        |      |
| 第三者による評価の実施状況                    | 1 | あり    | 実施日    |      |
|                                  |   |       | 評価機関名称 |      |
|                                  |   |       | 結果の開示  | 1 あり |
|                                  | 2 | なし    |        |      |

**9. 入居希望者への事前の情報開示**

|          |   |          |
|----------|---|----------|
| 入居契約書の雛形 | 1 | 入居希望者に公開 |
|          | 2 | 入居希望者に交付 |
|          | 3 | 公開していない  |
| 管理規程     | 1 | 入居希望者に公開 |
|          | 2 | 入居希望者に交付 |
|          | 3 | 公開していない  |
| 事業収支計画書  | 1 | 入居希望者に公開 |
|          | 2 | 入居希望者に交付 |
|          | 3 | 公開していない  |
| 財務諸表の要旨  | 1 | 入居希望者に公開 |
|          | 2 | 入居希望者に交付 |
|          | 3 | 公開していない  |

|         |   |          |
|---------|---|----------|
| 財務諸表の原本 | 1 | 入居希望者に公開 |
|         | 2 | 入居希望者に交付 |
|         | 3 | 公開していない  |

## 10. その他

|  |   |  |             |
|--|---|--|-------------|
| 運営懇談会  | 1 | あり   | (開催頻度)年 2 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<br>【表示事項】                          | 1 | あり (提携ホーム名: )  |             |
|  | 2 | なし   |             |
| 有料老人ホーム設置時の老人福祉法第29条第1項に規定する届出               | 1 | あり   | 2 なし        |
|  | 3 | サービス付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 | あり   | 2 なし        |
| 有料老人ホーム設置運営指導指針「5.規模及び構造設備」に合致しない事項          | 1 | あり   | 2 なし        |
| 合致しない事項がある場合                                 |   |  |             |
| 「6.既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性                    | 1 | 適合している (代替措置)  |             |
|  | 2 | 適合している (将来の改善計画)   |             |
|  | 3 | 適合していない  |             |
| 有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項                        |   |  |             |
| 不適合事項がある場合の内容                                |   |  |             |

添付書類：別添1 (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 |          |              |
| 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 | アビタシオン千葉 | 千葉市緑区辺田町2-12 |
| 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 |          |              |
| 複合型サービス              | あり | なし |          |              |
| 居宅介護支援               | あり | なし |          |              |
| <居宅介護予防サービス>         |    |    |          |              |
| 介護予防訪問介護             | あり | なし |          |              |
| 介護予防訪問入浴介護           | あり | なし |          |              |
| 介護予防訪問看護             | あり | なし |          |              |
| 介護予防訪問リハビリテーション      | あり | なし |          |              |
| 介護予防居宅療養管理指導         | あり | なし |          |              |
| 介護予防通所介護             | あり | なし |          |              |
| 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 | アビタシオン千葉 | 千葉市緑区辺田町2-12 |
| 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   | 備考   |      |
|-----------------------------------|----------------------------|----|----|----|------|------|--|------|
| 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 |
|                                   | なし                         | あり | なし | あり |      |      |  |      |
| 介護サービス                            |                            |    |    |    |      |      |  |      |
| 巡回（昼間・夜間）                         | なし                         | あり | なし | あり |      |      | 必要に応じ実施                                      |      |
| 食事介助                              | なし                         | あり | なし | あり |      |      | 必要に応じ実施                                      |      |
| 排泄介助・おむつ交換                        | なし                         | あり | なし | あり |      |      | 必要に応じ実施                                      |      |
| おむつ代                              |                            |    | なし | あり |      | ○ 実費 | 実費負担   |      |
| 入浴（一般浴）介助・清拭                      | なし                         | あり | なし | あり |      |      | 必要に応じ実施                                      |      |
| 特浴介助                              | なし                         | あり | なし | あり |      |      | 必要に応じ実施                                      |      |
| 身辺介助（移動・着替え等）                     | なし                         | あり | なし | あり |      |      | 必要に応じ実施                                      |      |
| 機能訓練                              | なし                         | あり | なし | あり |      |      | 必要に応じ実施                                      |      |
| 通院介助（協力医療機関）                      | なし                         | あり | なし | あり |      |      | 必要に応じ実施 2回/月まで                               |      |
| 通院介助（協力医療機関以外）                    | なし                         | あり | なし | あり |      | ○ 右記 | 324円/10分+交通費実費負担                             |      |
| 生活サービス                            |                            |    |    |    |      |      |  |      |
| 居室清掃                              | なし                         | あり | なし | あり |      |      | 必要に応じ実施                                      |      |
| リネン交換                             | なし                         | あり | なし | あり |      |      | 必要に応じ実施                                      |      |
| 日常の洗濯                             | なし                         | あり | なし | あり |      |      | 必要に応じ実施                                      |      |
| 居室配膳・下膳                           | なし                         | あり | なし | あり |      | ○ 右記 | 必要に応じ実施 個人の都合 108円/回                         |      |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事                   |                            |    | なし | あり |      | ○ 実費 | 実費負担   |      |
| おやつ                               |                            |    | なし | あり |      | ○ 実費 | 実費負担   |      |
| 理美容師による理美容サービス                    |                            |    | なし | あり |      | ○ 実費 | 実費負担   |      |
| 買い物代行                             | なし                         | あり | なし | あり | ○    | ○ 右記 | （ホーム1階売店のみ。管理費に含む）<br>それ以外は 324円/10分+交通費実費負担 |      |
| 役所手続代行                            | なし                         | あり | なし | あり |      |      | 必要に応じ実施                                      |      |
| 金銭・貯金管理                           |                            |    | なし | あり |      | ○ 右記 | 1,080円/月 立替金管理料                              |      |



|                     |  |  |    |  |   |      |   |
|---------------------|--|--|----|--|---|------|---|
| 健康管理サービス            |  |  |    |  |   |      |   |
| 定期健康診断              |  |  | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | ○ |      | 2回/年(管理費に含む)  |
| 健康相談                | なし                                     | <input checked="" type="checkbox"/> あり | なし | あり                                     |   |      | 必要に応じ実施   |
| 生活指導・栄養指導           | なし                                     | <input checked="" type="checkbox"/> あり | なし | あり                                     |   |      | 必要に応じ実施   |
| 往診の対応               | なし                                     | <input checked="" type="checkbox"/> あり | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり |   | ○ 右記 | 医療費は入居者の実費負担<br>緊急性のない場合は往診の対応も実費負担                     |
| 訪問診療の対応             | なし                                     | <input checked="" type="checkbox"/> あり | なし | あり                                     |   |      | 医療費は入居者の実費負担  |
| 緊急訪問の対応             | なし                                     | <input checked="" type="checkbox"/> あり | なし | あり                                     |   |      | 医療費は入居者の実費負担  |
| 服薬支援                | なし                                     | <input checked="" type="checkbox"/> あり | なし | あり                                     |   |      | 必要に応じ実施   |
| 生活リズムの記録(排便・睡眠等)    | なし                                     | <input checked="" type="checkbox"/> あり | なし | あり                                     |   |      | 必要に応じ実施   |
| 入退院時・入院中のサービス       |  |  |    |  |   |      |   |
| 移送サービス              | <input checked="" type="checkbox"/> なし | あり                                     | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり |   | ○ 右記 | 付き添い 324円/10分   |
| 入退院時の同行(協力医療機関)     | <input checked="" type="checkbox"/> なし | あり                                     | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | ○ |      | 必要に応じ実施(管理費に含む) 2回/月まで                                  |
| 入退院時の同行(協力医療機関以外)   | <input checked="" type="checkbox"/> なし | あり                                     | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり |   | ○ 右記 | 指定病院(四街道徳洲会病院)は必要に応じ実施(2回/月まで)その他の医療機関は324円/10分+交通費実費負担 |
| 入院中の洗濯物交換・買い物       | <input checked="" type="checkbox"/> なし | あり                                     | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり |   | ○ 右記 | 洗濯:1回 324円 買い物 324円/10分                                 |
| 入院中の見舞い訪問(協力医療機関)   | <input checked="" type="checkbox"/> なし | あり                                     | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | ○ | ○ 右記 | 1回/月実施(管理費に含む)(交通費は実費負担)                                |
| 入院中の見舞い訪問(協力医療機関以外) | <input checked="" type="checkbox"/> なし | あり                                     | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり |   | ○ 右記 | 324円/10分+交通費実費  |
| その他のサービス            |  |  |    |  |   |      |   |
| 館内レクリエーション          | なし                                     | <input checked="" type="checkbox"/> あり | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり |   | ○ 右記 | 材料費、講師代等入居者の実費負担  |
| 館外活動                | なし                                     | あり                                     | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | ○ | ○ 右記 | 外食代、入園料、高速代、駐車場代等は入居者の実費負担<br>付き添い費用は管理費に含む             |
| 買物・観劇等個人の用事の付添      | なし                                     | あり                                     | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり |   | ○ 右記 | 324円/10分+交通費実費負担  |

※ 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、月額サービスの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