

重要事項説明書

記入年月日	平成29年7月1日
記入者名	小柴 順子
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 株式会社アビタシオン
主たる事務所の所在地	〒812-0863 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 ちば アビタシオン千葉
所在地	〒266-0007 千葉県千葉市緑区辺田町2番地12
主な利用交通手段	最寄駅 JR 鎌取駅
	交通手段と所要時間 駅から距離320m (徒歩4分)
連絡先	電話番号 043-300-0707
	FAX番号 043-300-0734
	ホームページアドレス http://www.habitation.co.jp/chiba
管理者	氏名 小柴 順子
	職名 施設長
建物の竣工日	昭和・平成 19年 9月 20日
有料老人ホーム事業の開始日	昭和・平成 19年 10月 8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 千葉県指定1270500968 介護予防特定施設入居者生活介護 千葉県指定1270500968
	指定した自治体名	千葉県
	事業所の指定日	平成19年10月1日
	指定の更新日 (直近)	平成25年10月1日

3. 建物概要

土地	敷地面積	10,249.75㎡	
	所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (平成23年2月28日～平成53年2月27日) <input type="checkbox"/> 2 なし
	契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
建物	延床面積	全体	10,208.57㎡ (3階建)
		うち、老人ホーム部分	10,160.68㎡
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物	
		<input type="checkbox"/> 2 準耐火建築物	
		<input type="checkbox"/> 3 その他 ()	
	構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 鉄筋コンクリート造	
		<input type="checkbox"/> 2 鉄骨造	
		<input type="checkbox"/> 3 木造	
		<input type="checkbox"/> 4 その他 ()	
	所有関係	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
契約期間		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (平成23年2月28日～平成53年2月27日) <input type="checkbox"/> 2 なし	
契約の自動更新		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input 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	
		<input type="checkbox"/> 2 相部屋あり	

	最小		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	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	47.70㎡	24	一般居室 個室
タイプB	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	51.51㎡	15	一般居室 個室
タイプC	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	35.10㎡	72	一般居室 個室
タイプD	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	20.30㎡	8	介護居室 個室
タイプE	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	19.80㎡	41	介護居室 個室
タイプF	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	26.40㎡	12	介護居室 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	12ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		2ヶ所	
		うち車椅子等の対応が可能な便房		7ヶ所	
共用浴室	4ヶ所	個浴		2ヶ所	
		大浴場		2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	1ヶ所	リフト浴		ヶ所	
		ストレッチャー浴		ヶ所	
		その他（特殊浴槽）		1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		
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり（車椅子対応）			
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2 なし		
消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2 なし		
自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2 なし		
火災通報装置	<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		
防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2 なし		

その他	<p>【老番館】 レストラン兼多目的ホール、応接室兼健康管理室、男女大浴場、ロビー、デッキテラス、<u>ゲストルーム兼体験入居室</u>、多目的ルーム、ドッグラン、中庭、<u>ビューティーサロン</u>、売店、図書室、<u>駐車場</u></p> <p>【弐番館】 食堂兼リビング、要介護者用浴室、機能訓練兼多目的ホール、ケアステーション</p> <p>※下線部の施設は利用時に別途料金が発生します。</p>
-----	--

4. サービスの内容 (全体の方針)

運営に関する方針	ペット同居可 老番館居室ではペットとの同居が可能。ペットと暮らすことで生活にリズムが伴い老化予防となる。			
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、掃除の一部のみ)	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) 2.5 : 1				
2	なし					

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可	1	名称	救急車の手配
	2	名称	入退院の付き添い
	3	名称	通院介助
	4	名称	その他（訪問診療医の確保）
	1	名称	医療法人社団 淳英会 おゆみの診療所
		住所	千葉県千葉市緑区大金沢町364-1
		診療科目	内科・消化器内科、呼吸器内科
		協力内容	外来受診
	2	名称	医療法人社団 誠馨会 千葉中央メディカルセンター
		住所	千葉市若葉区加曽利町1835-1
		診療科目	内科・消化器内科・循環器内科・呼吸器内科・アレルギー疾患リウマチ科・腎臓内科・脳神経内科・外科・整形外科・脳神経外科・心臓血管外科・泌尿器科・眼科・皮膚科・形成外科・救急科・麻酔科・放射線科・人工透析内科・リハビリテーション科・病理診断科・和漢診断科・人間ドック科・糖尿病センター・脊椎脊髄センター・脳卒中センター
	協力内容	入居者が緊急な疾病または負傷により治療を必要とする場合に、当該事業者の連絡を受け、適切な指導、助言、受入医療機関の紹介等を行う。夜間、休日においても同様の対応を行う。 夜間、休日においても同様の対応を行う。 ※医療費その他の費用は入居者の自己負担	
	3	名称	医療法人社団 淳英会 おゆみの中央病院
		住所	千葉市緑区おゆみ野南6-49-9
		診療科目	整形外科・内科・循環器内科・呼吸器内科・リハビリテーション科・形成外科・麻酔科・脳神経外科・リウマチ科・ペインクリニック・手の外科・リンパ浮腫外来・まぶた外科・内科（代謝・内分泌内科）
		協力内容	定期的な訪問診療。 入居者が緊急な疾病または負傷により治療を必要とする場合に、当該事業者の連絡を受け、適切な指導、助言、受入医療機関の紹介等を行う。 ※医療費その他の費用は入居者の自己負担

	4	名称	医療法人 社団 三育会 宮野木外科・内科
		住所	千葉県稲毛区長沼町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	定期的な訪問診療。訪問看護。緊急時の往診。夜間急変時の電話による指示・助言。受入医療機関の紹介・斡旋などを行う。 ※医療費その他の費用は入居者の自己負担
	5	名称	医療法人柏葉会 柏戸病院
		住所	千葉県中央区長洲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、検査等を行う。 ※医療費その他の費用は入居者の自己負担
	6	名称	みらいクリニック
		住所	千葉県中央区神明町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	トムラ歯科クリニック
		住所	千葉県緑区おゆみ野3-22-6
		協力内容	協力歯科医療機関1と同じ

(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		<p>入居者が、日常的に介護サービスを必要とし、且つそのサービスの提供が老番館居室において著しく困難と判断される場合式番館居室に住み替えていただく場合がある。住み替えの判断はおよそ以下の状態を基準として検討する。</p> <p>①入居者の判断能力が著しく低下し老番館居室での生活では危険な状態である場合 ②①以外で要介護状態と認定された方で、入居者本人又は、身元引受人が住み変えを希望する場合</p>		
手続きの内容		<p>式番館居室の住み替えの決定については、下記の①～⑥の事項を経て総合的に判断し、事業者が指定する文書にて契約手続きを行う。</p> <p>①事業者の指定する医師の意見を聴く。 ②入居者の意思を確認する。 ③入居者の身元引受人等の意見を聴く。 ④緊急時や、やむを得ない場合を除いて2ヵ月間の観察期間を設ける。 ⑤住み替え後の居室及び介護等の内容、権利の変動、占有面積の変更に伴う費用負担の増減等についての入居者及び身元引受人等に説明を行う。 ⑥入居者本人、身元引受人等の同意を得る。</p>		
追加的費用の有無		<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
居室利用権の取り扱い		老番館居室の利用権は式番館居室の利用権に移行する。		
前払い金償却の調整の有無		<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
	便所の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
	浴室の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
	洗面所の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
	台所の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
	その他の変更	<table border="1"> <tr> <td rowspan="2"> <input type="checkbox"/> 1 あり </td> <td>(変更内容) 老番館居室から式番館居室への住み替えの場合は室内全体の仕様が異なる。</td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 2 なし </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1 あり	(変更内容) 老番館居室から式番館居室への住み替えの場合は室内全体の仕様が異なる。
<input type="checkbox"/> 1 あり	(変更内容) 老番館居室から式番館居室への住み替えの場合は室内全体の仕様が異なる。			
	<input type="checkbox"/> 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	2	なし
	要支援の者	1	あり	2	なし
	要介護の者	1	あり	2	なし
留意事項	<p>【老番館居室】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・年齢が満65歳以上の方。 ・ご夫婦で入居の場合、ともに満65歳以上の方。 ・ご夫婦以外の場合は2親等以内の関係であって、且つ2人とも満65歳以上の方。 ・健康な方及び公的介護保険制度における要支援1以上の認定を受けている方。 <p>【式番館居室】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・年齢が満65歳以上で、公的介護保険制度における要支援1以上の認定を受けている方。 <p>【その他、共通】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ご本人に入居の意志がある方。 ・入居後に管理費や食費、老番館居室の水道光熱費、当ホームの定める月額費用などを負担できる方。 ・健康保険に加入されている方。 ・身元引受人を立てることの出来る方。 ・当ホームの運営主旨をご理解いただき、ご協力を約束できる方。 ・その他ホームが認めた方。 				
契約の解除の内容	<p>○入居者のご逝去した場合(2名の場合はどちらともご逝去した場合)</p> <p>○入居者からの契約解除</p> <p>○事業者からの契約解除</p>				
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	<p>1 あり (内容: 1泊2日2食付き 5,000円+税 / 1人)</p> <p>2 なし</p>				
入居定員	205人 (老番館142名、式番館63名)				
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	
管理者	1	1	0	1
生活相談員	2	2	0	2
直接処遇職員	54	12	42	35.1
介護職員	42	11	31	27.6（内自立対応1人）
看護職員	12	1	11	7.5（内自立対応1人）
機能訓練指導員	1	1	0	1
計画作成担当者	2	2	0	2
栄養士	0	0	0	0
調理員	19	5	14	12.6
事務員	3	3	0	3
その他職員	13	4	9	9.1
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	1	0	
介護福祉士	12	7	
実務者研修の修了者	4	1	
初任者研修の修了者	32	23	
介護支援専門員	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	
理学療法士	1	0	
作業療法士	0	0	
言語聴覚士	0	0	
柔道整復師	0	0	
あん摩マッサージ指圧師	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	4人	3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合、本欄は省略可能)	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 d 3 : 1以上
	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)	2.45 : 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		介護支援専門員							
	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	3	2	8	1	0	1	0	0	0
前年度1年間の退職者数	0	3	3	5	1	0	1	0	0	0
応じた業務に従事した職員の人数	1年未満	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	1年以上	0	0	1	7	1	0	0	0	0
	3年未満									
	3年以上	0	1	4	9	1	0	0	0	0
	5年未満									
	5年以上	1	1	4	5	0	0	1	0	2
10年未満										
10年以上	0	9	1	10	0	0	0	0	0	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 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式	
	<input type="checkbox"/> 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <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 checked="" 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額(食費のみ) <input type="checkbox"/> 3 不在期間が30日以上(同月内)の場合に限り、所定の額に減額(管理費のみ)	
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	要支援・要介護	
	年齢	65歳以上	65歳以上	
居室の状況	床面積	35.10～51.51㎡	19.80～26.40㎡	
	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 checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
	台所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
入居時点で必要な費用	前払金	800万円～1,943万円	720万円～1,154.4万円	
	敷金	0円	0円	
月額費用の合計		176,189円	162,819円	
家賃		0円	0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)		(要支援2) 9,869円 (要介護3) 21,339円	
	介護保険外※2	食費	51,000円+税 ※ご予約なしのお食事別途100円+税/食をいただきます。	51,000円+税
		管理費	73,000円+税	50,000円+税
		生活支援費	30,000円+税	30,000円+税

		光熱水費	個人契約	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
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※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）</p>				

（利用料金の算定根拠）

費目	算定根拠
家賃	借地料、建設費、借入利息等を基礎とし、平均余命等を勘案した想定居住期間の家賃相当額。
敷金	
生活支援費	<p>※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 内訳は次のとおりです。</p> <p>① 特定施設入居者生活介護サービス及び介護予防特定施設入居者生活介護サービスを、平成12年3月30日老企52号により、介護・看護職員を手厚く配置した場合の介護サービス費用として充当します。</p> <p>② 要支援者及び要介護者以外の入居者に対して、緊急、臨時的、又は、一時的に入浴、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に要する費用として充当します。</p>
管理費	日常の健康管理に要する費用、共用施設の維持管理・水光熱費、事務・管理部門の人件費、日常生活支援サービスおよび一時的な介護に係る人件費に充当。
食費	人件費等の諸経費、食材費に基づく費用。（喫食分のみ請求）
光熱水費	<p>【老番館】 個別の外部契約による自己負担</p> <p>【式番館】 管理費に含む</p>
利用者の個別的な選択によるサービス料	別添2、別添2-2
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）	（上掲）
※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	<p>■入居一時金 借地代、賃料、修繕積立費、管理事務費等を基礎とし、近傍家賃を参照し、想定居住期間を勘案して算出。</p> <p>■生活支援費 要介護者に対して、介護保険を上回る人員体制（要介護者2.5名に対し週40時間換算で常勤換算1名の職員）により介護を行う費用に充当。要支援者及び要介護者以外の入居者に対して、緊急、臨時的、又は、一時的に入浴、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要する費用。</p>
想定居住期間（償却年月数）	<p>【壹番館居室】 ・5年（60ヶ月）</p> <p>【貳番館居室】 ・4年（48ヶ月）</p>
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	20%（返還しない）
返還金の算定方法	<p>入居後3月以内の契約終了</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一時金－{（一時金－初期償却額）÷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）} ・「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>※必要な原状回復費用があれば受領する。</p> <p>入居後3月を超えた契約終了</p> <p>■入居一時金 入居金の80%を償却年月数で均等償却し、この期間内に契約が終了した場合には、下記の算式に基づき無利息で返還する。期間終了後は返還金はなくなるが、追加入居一時金は不要。 （入居者が1人の場合であって契約が終了した場合）</p> <p>返還金 =入居一時金×80%×$\frac{\text{償却日数}-\text{入居経過日数}}{\text{償却日数}}$</p> <p>（入居者が2人の場合であって その一方が死亡又は退去した場合）</p> <p>返還金 =追加入居一時金×80%×$\frac{\text{償却日数}-\text{入居経過日数}}{\text{償却日数}}$</p>

	■生活支援費 返還金 =生活支援費×80%× $\frac{\text{償却日数}-\text{入居経過日数}}{\text{償却日数}}$ ※入居者が2人の場合は、それぞれに返還金が発生する。	
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	41人
	女性	121人
年齢別	65歳未満	2人
	65歳以上75歳未満	13人
	75歳以上85歳未満	65人
	85歳以上	82人
要介護度別	自立	60人
	要支援1	21人
	要支援2	9人
	要介護1	23人
	要介護2	13人
	要介護3	12人
	要介護4	16人
	要介護5	8人
入居期間別	6ヶ月未満	11人
	6ヶ月以上1年未満	15人
	1年以上5年未満	63人
	5年以上10年未満	73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	84.5歳
入居者数の合計	162人

入居率※	88.0%
	(入居室数の合計を居室数で除して得られた割合)
	79.0%
	(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	4人
	社会福祉施設	2人
	医療機関	1人
	死亡者	14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	7人
		(解約事由の例) ホスピスへ転院等

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		「アビタシオン千葉」 苦情相談窓口 担当：施設長 小柴順子
電話番号		0120-17-2617
対応している時間	平日	午前9時00分～午後5時00分
	土曜	午前9時00分～午後5時00分
	日曜・祝日	午前9時00分～午後5時00分
定休日		なし
窓口の名称2		千葉県保健福祉局 高齢障害部 介護保険事業課
電話番号		043-245-5256
対応している時間	平日	午前8時30分～午後5時30分
	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) 全国有料老人ホーム協会の賠償責任保険
	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) 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	<input 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、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	実施日	平成29年3月18日
			結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	<input type="checkbox"/> 2	なし		
第三者による評価の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	実施日	平成22年12月11日
			評価機関名称	(株)ぎょうせい総合研究所
			結果の開示	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1	入居希望者に公開
	<input checked="" type="checkbox"/> 2	入居希望者に交付
	<input type="checkbox"/> 3	公開していない
管理規程	<input type="checkbox"/> 1	入居希望者に公開
	<input checked="" type="checkbox"/> 2	入居希望者に交付
	<input type="checkbox"/> 3	公開していない
事業収支計画書	<input type="checkbox"/> 1	入居希望者に公開
	<input type="checkbox"/> 2	入居希望者に交付
	<input checked="" type="checkbox"/> 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
	<input checked="" type="checkbox"/> 2	入居希望者に交付
	<input type="checkbox"/> 3	公開していない
財務諸表の原本	<input checked="" type="checkbox"/> 1	入居希望者に公開
	<input type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 1	あり	(開催頻度) 年2回
	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	<input type="checkbox"/> 1	代替措置あり	(内容)
	<input type="checkbox"/> 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 checked="" 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<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	

項に規定する届出	、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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 合致しない事項がある場合	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
「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（別の実施する介護サービス一覧表）
別添2、別添2-2（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（介護サービス等の一覧）

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	有料老人ホーム アビタシオン 京成千葉中央	〒260-0022 千葉県千葉市中央区 神明町2-2
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		
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		
＜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	有料老人ホーム アビタシオン 京成千葉中央	〒260-0022 千葉県千葉市中央区 神明町2-2
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)			備考			
	なし	あり	なし	あり	包含※2	都度※2	料金※3	要支援者・要介護者	自立者への 一時的介護サービス (注)記載なしは 管理費で実施
介護サービス									
食事介助	なし	あり	なし	あり	○			必要に応じて介助	必要に応じて介助
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	○	○	右記	必要に応じて介助	300円+税/10分
おむつ代			なし	あり		○	実費	実費負担	実費負担
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	○	○	右記	週2回	300円+税/10分
特浴介助	なし	あり	なし	あり	○	○	右記	週2回	300円+税/10分
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり	○	○	右記	必要に応じて介助	300円+税/10分
機能訓練	なし	あり	なし	あり	○			必要に応じて介助	—
通院介助（協力・指定医療機関）	なし	あり	なし	あり	○	○	右記	必要に応じて介助	300円+税/10分
通院介助（協力医療機関以外）	なし	あり	なし	あり	○	○	右記	協力病院・指定病院以外 300円+税/10分、交通費実費	300円+税/10分
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○	○	右記	必要に応じて実施	300円+税/10分
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○	○	右記	必要に応じて介助	300円+税/10分
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○	○	右記	週2回	300円+税/10分
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	○			必要に応じて介助	必要に応じて介助
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	実費負担
おやつ			なし	あり		○	実費	実費負担	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	実費負担
買い物代行（施設内売店）	なし	あり	なし	あり	○	○	右記	必要に応じ実施	300円+税/10分
買い物代行（上記以外の利用区域）	なし	あり	なし	あり	○	○	右記	300円+税/10分	300円+税/10分
役所手続代行	なし	あり	なし	あり	○			必要に応じ実施	必要に応じ実施
金銭・貯金管理			なし	あり	○			必要に応じ実施	—

健康管理サービス										
定期健康診断			なし	あり	○				定期健康診断（年2回） オプションについては 自己負担	定期健康診断（年2回） オプションについては 自己負担
健康相談	なし	あり	なし	あり	○	○	右記		必要に応じ実施	300円+税/10分
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○	○	右記		必要に応じ実施	300円+税/10分
服薬支援	なし	あり	なし	あり	○	○	右記		必要に応じ実施	300円+税/10分
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり	○	○	右記		必要に応じ実施	300円+税/10分
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	○	○	右記		必要に応じ実施	300円+税/10分、交通費
入退院時の同行（協力医療機関）	なし	あり	なし	あり	○	○	右記		必要に応じ実施	300円+税/10分
入退院時の同行（協力医療機関以外）	なし	あり	なし	あり	○	○	右記		指定病院、また中央区、 緑区内の医療機関への 入退院時の同行実施。 それ以外 300円+税/10 分、交通費	300円+税/10分、交通費
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり	○	○	右記		洗濯：300円+税/1回 （電気・水道・洗剤含む） 買物：病院内の売店以外 300円+税/10分	洗濯：300円+税/1回 （電気・水道・洗剤含む） 買物：病院内の売店以外 300円+税/10分
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり	○	○	右記		協力病院・指定病院へ1 回/週実施 協力病院・指定病院以外 の中央区・緑区内の病院 300円+税/10分	協力病院・指定病院・中 央区・緑区内の病院 300 円+税/10分

※ 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含まれる場合と、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。

その他、必要な利用料の一覧表

1. 『介護認定者』が以下のサービスをご利用になる場合

通院付添および送迎

- ①協力病院・指定病院までの交通費
(タクシー代、都市高速代、駐車場代)
- ②協力病院・指定病院以外の交通費
(タクシー代、都市高速代、駐車場代) ※実費負担
- ③協力病院・指定病院以外の受診・スタッフ付添費用
(300円+税/10分) + 交通費(タクシー代、都市高速代、駐車場代)

2. 『介護認定者』でなく、且つホームが認める要介護者でない『自立』の方が、以下のサービスをご利用になる場合

- 食事 (配膳) 100円+税/1回
(その他の食事介助) 300円+税/10分
- 洗濯 300円+税/10分
- 掃除 300円+税/10分
- ゴミ処理 300円+税/10分
- 買い物代行 300円+税/10分
- 施設内ランドリー使用料 300円+税/1回

3. 『介護認定者』及び『自立』の方が、以下のサービスをご利用になる場合

- 家具・電化製品の組立、移動 300円+税/10分
- 絵・額等の取り付け 300円+税/1ヶ所
- 不在時、居室内の花・植木に水を差す 300円+税/10分
- 料理をする 300円+税/10分
- 裁縫をする 300円+税/10分
- 季節に応じた衣類・布団・カーペット等の日干し、交換 300円+税/10分
- アイロンがけ 300円+税/10分
- 緊急コール延長(注1) 300円+税/m
- 薬取り代行 300円+税/10分
- 入院中検査・手術の立ち会い(注2) 300円+税/10分
- 施設内売店以外の買い物代行 300円+税/10分
- 個人的な外出の付添 300円+税/10分+交通費
- ビューティーサロンサービス 実費
- レク・催し等の参加の際に発生する費用 実費

(注1) 緊急コール増設の際は、別途費用負担が必要です。

(注2) 入院中の検査・手術の立ち会いに関し必要な交通費(タクシー代、高速代等)実費負担。

4. 介護保険では『自立』であるが、ホームが必要と認める方が介護用品貸出をご利用になる場合

- 歩行補助つえ 1,500円/1ヶ月
- 特殊寝台用テーブル 2,000円/1ヶ月
- 特殊寝台 10,000円/1ヶ月
- 褥そう予防具 5,000円/1ヵ月
- 車椅子・車椅子用テーブル・歩行器 3,000円/1ヶ月
- シャワーチェア・その他入浴補助用具※1 1,000円/1回(2週間)
- ポータブルトイレ・その他の排泄補助用具※2 2,000円/1回(2週間)

※1※2については、貸し出し期間は2週間。常態的に必要な方は購入していただきます。