

有料老人ホーム重要事項説明書

		記入年月日(西暦)	2020年7月1日
記入者名	山本 雅喜	所属・職名	代表取締役 社長

1. 事業主体概要

授業主体の名称、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	あり 営利法人
	名称	(ふりがな)(かぶ)しるばーさーびすふくしまえん 株式会社シルバーサービス福島苑	
事業主体の主たる事務所の所在地	〒	299-4114	
		千葉県茂原市本納2983	
事業主体の連絡先	電話番号	0475-34-2024	
	FAX	0475-34-4611	
	ホームページアドレス	なし	
		あり	http://www.sunrize-mobara.co.jp/
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	山本 雅喜	
	職名	代表取締役	
事業主体の設立年月日	1990年3月6日 (平成2年3月6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・施設サービス・居宅介護支援> [最新版(2020/4/1) 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表 から]			
11 訪問介護	あり	なし	
12 訪問入浴介護	あり	なし	
13 訪問看護	あり	なし	
14 訪問リハビリテーション	あり	なし	
31 居宅療養管理指導	あり	なし	
15 通所介護	あり	なし	
16 通所リハビリテーション	あり	なし	
21 短期入所生活介護(併設型・空床型)	あり	なし	サンライズ茂原 茂原市本納 3356-1
22 短期入所療養介護(介護老人保健施設)	あり	なし	
23 短期入所療養介護(病院療養型)	あり	なし	
33 特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム)	あり	なし	サンライズ茂原 茂原市本納 3356-1
27 特定施設入居者生活介護(短期利用型)	あり	なし	サンライズ茂原 茂原市本納 3356-1
17 福祉用具貸与	あり	なし	
43 居宅介護支援	あり	なし	2020/3/31付廃止
51 介護福祉施設サービス	あり	なし	
52 介護保険施設サービス	あり	なし	
53 介護療養施設サービス	あり	なし	
55 介護医療院サービス	あり	なし	
<介護予防サービス> [最新版(2020/4/1) 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表 から]			
62 介護予防訪問入浴介護	あり	なし	
63 介護予防訪問看護	あり	なし	
64 介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	

34	介護予防居宅療養管理指導	あり	なし		
66	介護予防通所リハビリテーション	あり	なし		
24	介護予防短期入所生活介護	あり	なし	サンライズ茂原	茂原市本納 3356-1
25	介護予防短期入所療養介護 (介護老人保健施設)	あり	なし		
26	介護予防短期入所療養介護 (病院療養型)	あり	なし		
35	介護予防特定施設入居者生活介護 (有料老人ホーム)	あり	なし	サンライズ茂原	茂原市本納 3356-1
67	介護予防福祉用具貸与	あり	なし		
63	介護予防訪問看護	あり	なし		
64	介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし		

2. 施設の概要

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) さんらいずもばら サンライズ茂原	
施設の所在地	〒 299-4114 千葉県茂原市本納3356-1	
施設の連絡先	電話番号	0475-34-2024
	FAX番号	0475-34-4611
	ホームページ アドレス	なし
		あり http://www.sunrize-mobara.co.jp/
施設の開設年月日	1991年3月16日 (平成3年3月16日)	
施設の管理者の 氏名及び職名	氏 名	山本 順子
	職 名	(株)シルバーサービス福島苑 取締役 苑長
施設までの主な利用交通手段		
JR外房線 本納駅より800m(徒歩15分)		
JR外房線 大網駅より5.4km(車で15分)		
施設の類型及び表示事項	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・利用料の支払方式 長期契約 [一般コース(A/B)] ・介護保険:千葉県指定介護保険特定施設(一般型特定施設) ・入居時の要件:入居時 要支援・要介護 ・介護居室区分:相部屋あり(個室・2人室・4人室) ・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1271500074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1271500074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)()内は介護予防特定施設		
事業の開始年月日	2000年4月1日	
指定の年月日	1999年11月1日 (2006年4月1日)	
指定の更新年月日	2018年4月1日 (2024年4月1日)	

3. 従業者に関する事項

職業別の従業者の人数及びその勤務形態						
有料老人ホームの職員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	0	1	0	0	1	0.3
生活相談員	1	0	0	1	2	1.1
看護職員	2	0	1	1	4	2.6
介護職員	10	2	15	0	27	18.8
機能訓練指導員	0	0	3	1	4	1.0
計画作成担当者	0	1	0	0	1	0.7
栄養士	0	0	0	1	1	0.1
調理員	1	1	7	0	9	4.5
事務員	1	0	2	0	3	2.0
その他従業者	0	0	2	0	2	1.3
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数						38 H
※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	0	0	0	0		
介護福祉士	3	2	2	0		
介護職員初任者研修	2	0	6	0		
訪問介護員 1級	0	0	1	0		
(ヘルパー) 2級	1	0	3	0		
3級	0	0	0	0		
介護支援専門員	1	0	0	0		
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	0	0	1	0		
作業療法士	0	0	0	0		
言語聴覚士	0	0	0	0		
看護師及び准看護師	0	0	0	0		
柔道整復士	0	0	0	0		
あん摩マッサージ指圧師	0	0	3	0		
夜勤を行う看護職員及び介護職員の人数						
人数	夜勤帯平均人数 (18時45分～7時15分)		最少時人数 (休憩者等を除く)			
看護職員	0人		0人			
介護職員	2人		2人			

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	0	0	1	2	1.1
看護職員	2	0	1	1	4	2.4
介護職員	10	2	15	0	27	17.0
機能訓練指導員	0	0	3	1	4	0.8
計画作成担当者	0	1	0	0	1	0.5
その他従業者	0	0	2	0	2	1.2
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数						38 H
※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	0	0	0	0		
介護福祉士	3	2	2	0		
介護職員初任者研修	2	0	6	0		
訪問介護員 1級	0	0	1	0		
(ヘルパー) 2級	1	0	3	0		
3級	0	0	0	0		
介護支援専門員	1	0	0	0		
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	0	0	1	0		
作業療法士	0	0	0	0		
言語聴覚士	0	0	0	0		
看護師及び准看護師	0	0	0	0		
柔道整復士	0	0	0	0		
あん摩マッサージ指圧師	0	0	3	0		
管理者の他の職務との兼務の有無					なし	あり
管理者が有している当該業務に係る資格等		なし	あり	資格等の名称 介護支援専門員		
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						36.0% (2.78人)

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	0	0	2	7	0	1
前年度1年間の退職者数	0	0	1	6	0	0
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数	0	0	1	7	0	1
1年以上3年未満の者の人数	0	0	3	4	0	0
3年以上5年未満の者の人数	0	0	0	1	0	0
5年以上10年未満の者の人数	1	2	3	1	0	0
10年以上の者の人数	1	0	5	2	1	0
	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	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数	0	0	0	0	0	0
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数	0	3	0	0	0	0
1年以上3年未満の者の人数	0	1	1	0	0	0
3年以上5年未満の者の人数	0	0	0	0	0	0
5年以上10年未満の者の人数	0	0	0	0	0	0
10年以上の者の人数	0	0	1	0	0	0
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			
要支援1から要介護5まで幅広い利用者に満足頂ける介護の提供 衛生かつ快適な住環境及びバランスの取れた食事の提供			
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	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	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:介護サービス等の一覧表参照		
協力医療機関の名称	・医療法人社団三愛会 君塚病院(茂原市高師2-8)当施設から6km		
(協力の内容)			
○ 診療科目:・三愛会 君塚病院・・・外科・呼吸器科・循環器科・内科・泌尿器科他			
○ 協力内容: 外来診療及び入院治療・年一回の健康診断(医療費等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・医療法人社団千歯会 大網歯科医院 (山武郡大網白里町みやこ野2-2-1)
(協力の内容)			
○訪問歯科診療(医療費等は入居者の自己負担)			
要介護時における居室の住み替えに関する事項			
要介護時に介護を行う場所			
介護付有料老人ホームなので一般的な介護については、それぞれの居室にて行う。介護度の変化に応じてフローアの変更がある。常時目が離せない又は感染急性期などは一時介護室へ移る。			
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・手続きについて			
(その内容)			
病気やけがの為、24時間介護が必要な場合、各自の居室での生活に危険が予想される場合、職員の監視が必要な場合、その際医師の意見を参考にホームの職員が本人及び身元引受人の意向を確認した上で決定する。			
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)・一時的な共用施設の利用であり、居室の権利は存続する。			
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) 一時介護室は4床室1室です。(多床室は専用便所無)			

介護居室へ移る場合		
判断基準・手続きについて		
(その内容) 原則として、各自の居室で介護するものではありません。ただし、介護度の変化に応じて、契約室タイプに基づき、施設内で介護居室を移動する場合があります。その際、医師の意見を参考に、ご本人及びご家族の了解を確認した上で移動します。		
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) 利用権は変わりません。一般居室はなく、介護居室の同じタイプの居室へ移動となります。		
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)		
その他 ()	なし	あり
判断基準・手続きについて		
(その内容) なし		
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) 継続する。		
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)		

施設の入居に関する要件							
自立しているものを対象					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	なし						
契約の解除の内容	①入居者が逝去した場合 ②入居者から契約解除が行なわれた場合 ③事業者から契約解除が行なわれた場合 <ul style="list-style-type: none"> ・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時 ・管理費その他の費用の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞する時 ・禁止または制限される行為(入居申込資料第20条参照)の規定に違反した時 ・入居者の行動が、他の入居者に危害や著しい迷惑を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができない時 						
体験入居の内容	日額10,000円(3食付、2日以上は宿泊費込、最長1ヶ月)						
入居定員	61名						
その他	【短期解約特例】 入居一時金の償却起算日後3ヵ月以内に解約される場合は、契約書第45条に基づき、入居一時金及び月額利用料等、受領済総額の契約期間に係る日割り分を除き、全額を返還いたします。						
入居者の状況							
入居者の人数(報告に関する計画の基準日の前月末日)							
		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		0	0	0	1	0	1
65歳以上75歳未満		0	0	1	0	0	1
75歳以上85歳未満		1	3	0	3	2	9
85歳以上		6	6	11	11	9	43
		自立	要支援1	要支援2			合計
65歳未満		0	0	0			0
65歳以上75歳未満		0	0	0			0
75歳以上85歳未満		0	0	0			0
85歳以上		0	0	0			0
入居者の平均年齢	88.3歳						
入居者の男女別人数	男性	9名			女性	45名	
入居率(一時的に不在となっている者を含む。)						88.5%(54/61)	

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		0	2	0	0	0	2
社会福祉施設		0	1	0	0	0	1
医療機関		0	0	0	2	2	4
死亡者		0	0	1	3	2	6
その他		0	0	0	0	0	0
		自立	要支援1	要支援2			合計
自宅等		0	0	0			0
社会福祉施設		0	0	1			1
医療機関		0	0	0			0
死亡者		0	0	1			1
その他		0	0	0			0
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	9	8	23	10	4	0	
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 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	
					なし	あり	
居室の状況	区 分		室数	人数	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				
	介護居室個室	あり	なし	7	7	21	m ²
	介護居室相部屋	あり	なし	13	26	21	m ²
				7	28	39	m ²
	一時介護室	あり	なし	1	4	39	m ²
共用便所の設置数	4	うち男女別の対応が可能な設置数				4	
		うち車椅子等の対応が可能な設置数				4	
個室の便所の設置数	7	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設置数				7	
浴室の設備状況	浴室の数	個 浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴		
		なし	1	1	なし		
その他、浴室の設備に関する事項							
食堂の設備状況	1階(94.5m ²)、2階(60m ²) 計65席						
	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) 健康管理室・ケアステーション・食堂・応接室・多目的コーナー・談話室コーナー・庭・花壇・無料駐車場等				
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。						

消火設備等の状況			
(その内容)スプリンクラー・消火器			
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	一部個室にあり	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		2,729 m ²	
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)			
なし	あり	契約期間	始 終
契約の自動更新			なし あり
施設の建物に関する事項			
建物の構造		鉄筋コンクリート造・2階建	
建物の延床面積		2,216 m ²	
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	当施設苦情受付窓口 投書箱を1階、2階ケア室前に設置。入居者からの苦情内容には守秘義務を課し、速やかに対応。苦情申し出による差別的な待遇は一切行わない。		
電話番号	0475-34-2024		
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
定休日等	1月1日(元日のみ)		
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	(公社)全国有料老人ホーム協会		
電話番号	03-3548-1077		
対応している時間	平日	10:00	～ 16:00
	土曜	休み	
	日曜・祝日	休み	
定休日等	土曜・日曜・祝日		

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	<input checked="" type="checkbox"/>	(その内容) (公社)全国有料老人ホーム協会の「有料老人ホーム賠償責任保険」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き賠償される。	
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事			
<input checked="" type="checkbox"/>	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) 温かい心の交流と優しさ、そして一人一人の心身の状態に合わせた、きめ細かい健康管理に努めます。			
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	<input checked="" type="checkbox"/>	給食に関する嗜好調査	2012年1月30日
		当該結果の開示状況	なし <input checked="" type="checkbox"/>
		その他に、月1回月末に投書箱の回収	
		当該結果の開示状況	なし <input checked="" type="checkbox"/>
第三者による評価の実施状況			
なし	<input checked="" type="checkbox"/>	実施した年月日	2011年1月17日
		実施した評価機関の名称	(株)川原経営総合センター
		当該結果の開示状況	なし <input checked="" type="checkbox"/>

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	
敷金	あり	なし	あり	なし		

一時金方式

※当ホームの入居一時金の対象は、長期契約（賃料前払いコース）のみです。概要及び内容については、下記を参照願います。

各コースの概要							
No.	項目	賃料前払いコース					
1	年齢に応じた金額設定	なし	あり	なし	あり	なし	あり
2	要介護状態に応じた金額設定	なし	あり	なし	あり	なし	あり
3	保全措置の実施状況	なし	あり	なし	あり	なし	あり
4	料金プラン	別紙「入居一時金と料金プラン 一覧表」を参照願います。					
5	償却	入居日の翌日					
	開始起算日						
	償却年月数	108/72/48ヶ月					
	初期償却率	21/23/9%					
6	入居一時金の算定根拠	介護居室及び共用部分利用のための家賃相当額に充当されるもの。(1人当りの)居室の面積・利便性、建物構造、共用スペース/設備、及び各年齢層(要支援/要介護)入居者の想定居住期間・想定居住期間超の契約継続等を勘案し、算出。					
7	3ヵ月以内の契約終了による返還金について	入居一時金は、償却開始起算日から3ヵ月以内に解約される場合、在苑中の実費を除き、無利息で3ヵ月以内に全額返還いたします。					

① 各契約の詳細

名称 (1) 長期契約 (賃料前払いコース)					
室タイプ		最低の額	最高の額	最多価格帯	備考
介護居室	1人入居の場合	4,300,000 円	6,300,000 円	5,300,000 円	7 床
介護居室	2人入居の場合	2,000,000 円	3,300,000 円	2,500,000 円	26 床
一時金の償却に関する事項					
	償却開始	入居をした月	なし	あり	
		上記以外	(その内容)		
	入居一時金の返還制度	(1) 3ヵ月が経過するまでの間に契約が終了された場合 (入居一時金)-(1ヵ月分の家賃相当額)÷30×(入居日から起算して契約終了日までの日数) (2) 3ヵ月が経過し、想定居住期間が経過するまでの間に契約が終了された場合 契約終了日以降、想定居住期間が経過するまでの期間につき、日割り計算により算出した家賃相当額			
	償却年月数	108/72/48ヶ月 (70/80/90代以上)			
	解約時返金の算定方法	上記 (1)(2)を参照			
	保全措置の実施状況	なし	あり	(その内容) (公社)全国有料老人ホーム協会の入居者生活保証制度に加入。当社が個別入居者について制度に拠出金を支払うことにより、万一倒産等に至り、入居者の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、償却期間終了後においても保証金として500万円が入居者に支払われる。(500万円は前払い金総額に対する保証額)	

② 利用者の選定による介護サービス利用料 (人員配置が手厚い場合の介護サービス) (「あり」の場合、その内容および利用料)	なし	あり
③ 利用者の個別的な選択による介護サービス利用料 (「あり」の場合、その内容及び利用料)	なし	あり
④ その他に要する一時金 一時金に対する留意事項等	なし	あり
	なし	あり
	あり	(「あり」の場合、その内容)

介護保険給付以外のサービスに要する費用

月額の場合の利用料の額

下表はH26.12.1現在の当施設の(介護サービス区分:特定施設入居者生活介護)全ての契約について、月(30日)換算で纏めたものです。

契約タイプ	室条件	食費	管理費	月額賃料
長期契約	賃料前払いコース	個室	80,000 円	0 円
		2人室(窓側)	65,000 円	0 円
		2人室(通路側)	65,000 円	0 円
	賃料月払いコース	個室	80,000 円	81,600 円
		2人室(窓側)	65,000 円	41,100 円
		2人室(通路側)	65,000 円	34,500 円
		4人室(窓側)	60,000 円	36,000 円
		4人室(通路側)	60,000 円	30,000 円
日単位契約	ミドルコース	2人室(同時)	65,000 円	18,900 円
		個室	2,880 円	2,720 円
		2人室(窓側)	2,340 円	1,370 円
		2人室(通路側)	2,340 円	1,150 円
		4人室(窓側)	2,160 円	1,200 円
		4人室(通路側)	2,160 円	1,000 円

- 注 (1) 上記金額は、税込(賃料は非課税)です。
(2) 食費は、通常食(普通/刻み/経管食)の金額です。トロミ食は、65,000円です。
(3) (賃料月払いコース)の2人室(2人同時同室入居の場合)の金額はお1人様分です。
(4) 日単位契約(ミドルコース)を連続してのご利用は、30日までです。
(5) 日単位契約(ミドルコース)の金額は、1日当たりの金額です。

利用者の個別的な選択による介護サービス利用料			
人員配置が手厚い介護サービス (「あり」の場合、その内容及び利用料)	なし	あり	
利用者の個別的な選択による介護サービス (「あり」の場合、その内容及び利用料) 介護サービス一覧表参照	なし	あり	
家賃相当額	なし	あり	上記一覧表参照

その他に必要な月額利用料							なし	あり
介護費内訳							単位(円)	
区分	1日当り						1ヶ月当り	
	生活介護費 (負担率)			※サ提加算Ⅲ 処遇加算Ⅲ 特定加算Ⅱ			※ 1日小計	※30日の目安
	1割	2割	3割	1割	2割	3割		
要支援 1	180	360	540	20.7	41.4	62.0	200.7	6,021
要支援 2	309	618	927	30.2	60.3	90.5	339.2	10,175
要介護 1	534	1,068	1,602	47.7	95.4	143.1	581.7	17,451
要介護 2	599	1,198	1,797	53.5	107.1	160.6	652.5	19,576
要介護 3	668	1,336	2,004	58.6	117.1	175.7	726.6	21,797
要介護 4	732	1,464	2,196	63.3	126.6	189.8	795.3	23,859
要介護 5	800	1,600	2,400	69.3	138.2	208.0	869.3	26,080
・介護保険対象外の介護費については、「介護サービス等の一覧表」参照								
注) ※サ提加算Ⅲ=サービス提供体制強化加算Ⅲ 処遇加算Ⅲ=特定施設処遇改善加算Ⅲ 特定加算Ⅱ=特定施設特定処遇改善加算Ⅱ ※1日小計、30日の目安:1割負担の場合の金額です。								
その他、一時金及び利用料以外に必要な利用料							なし	あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料) 要介護者等に対する週4回以上の入浴介助(1,500円/回)、協力医療機関以外の通院付き添い(1,500円/時)、おやつ代、おむつ代。(詳細は添付の「介護サービス等の一覧表」を参照)								

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に係る事前協議等実施要綱に関する手続き			
地元市町村長の意見書	平成2年3月16日		
千葉県に対する事前協議終了日	平成3年3月29日		
千葉県知事に対する設置届提出日	平成3年4月 1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方針 (下記のいずれかに「○」印を記入)			
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	○		
平成13年3月1日改正指針における適合の可否			
個室の整備	○ 適合	不適合	多床室(2人・4人部屋)あり
廊下幅	○ 適合	不適合	
介護居室面積	○ 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 令和 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。

【介護サービス等の一覧表】

2020年7月1日

	特定施設入居者生活 介護費で 実施するサービス		特定施設入居者生活 介護費、各種一時金、 月額の利用料金等で、 実施するサービス		別途利用料を 徴収した上で、 実施するサービス		備 考
介護サービス							
食事介助	なし	あり	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	なし	あり	
おむつ代	なし	あり	なし	あり	なし	あり	実費負担
入浴(一般浴)介助・清拭	なし	あり	なし	あり	なし	あり	週3回以上で1,500円/回
特浴介助	なし	あり	なし	あり	なし	あり	週3回以上で1,500円/回
身辺介助(移動・着替え等)	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
機能訓練	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
通院介助(協力医療機関)	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
通院介助(協力医療機関以外)	なし	あり	なし	あり	なし	あり	指定機関以外は、実費負担
生活サービス							
居室清掃	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
リネン交換	なし	あり	なし	あり	なし	あり	週2回以上実費
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
居室配膳・下膳	なし	あり	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	なし	あり	なし	あり	実費負担
おやつ	なし	あり	なし	あり	なし	あり	通常おやつは食費に含む。個人の要望によるおやつは、実費負担
理美容師による理美容サービス	なし	あり	なし	あり	なし	あり	実費負担
買い物代行(通常の利用区域)	なし	あり	なし	あり	なし	あり	必要に応じ週2回まで実施
買い物代行(上記以外の利用区域)	なし	あり	なし	あり	なし	あり	通常利用区域以外1,500円/回
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	なし	あり	1回1,050円
金銭・貯金管理	なし	あり	なし	あり	なし	あり	実施していない
健康管理サービス							
定期健康診断	なし	あり	なし	あり	なし	あり	2回/年。実費負担
健康相談	なし	あり	なし	あり	なし	あり	看護職員による
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
服薬支援	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
入退院時・入院中サービス							
移送サービス	なし	あり	なし	あり	なし	あり	実施していない
入退院時の同行(協力医療機関)	なし	あり	なし	あり	なし	あり	適宜実施(交通費自己負担)
入退院時の同行(協力医療機関外)	なし	あり	なし	あり	なし	あり	適宜実施(交通費自己負担)+指定期間以外 平日(08:45-18:00) (看護職員)2,800円/h(介護職員)2,000円/h(時間外・日・祭・深夜は加算 あり)
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり	なし	あり	適宜実施
入院中に見舞い訪問	なし	あり	なし	あり	なし	あり	適宜実施