

## 重要事項説明書

|       |            |
|-------|------------|
| 記入年月日 | 令和7年 3月 1日 |
| 記入者名  | 伊藤 美恵      |
| 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／ <u>法人</u>                              |              |
|            | 法人の場合、その種類                                 | 営利法人         |
| 名称         | (ふりがな) かぶしきがいしゃ たいじゅ<br>株式会社 太寿            |              |
| 主たる事務所の所在地 | 〒160-0023 東京都新宿区西新宿6-6-3<br>新宿国際ビルディング新館4階 |              |
| 連絡先        | 電話番号                                       | 03-5989-0565 |
|            | FAX番号                                      | 03-5989-0568 |
|            | ホームページアドレス                                 |              |
| 代表者        | 氏名                                         | 山口 洋         |
|            | 職名                                         | 代表取締役        |
| 設立年月日      | 昭和・ <u>平成</u> ・令和 20 年 8 月 11 日            |              |
| 主な実施事業     | ※別添1（別の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) じゅうたくがたゆうりょうろうじんほーむ<br>ひまわりのさと あすみがおか<br>住宅型有料老人ホーム ひまわりの郷 あすみが丘 |                                                                   |
| 所在地      | 〒267-0066<br>千葉市緑区あすみが丘2-27-1                                           |                                                                   |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅                                                                     | J R 外房線 土気駅                                                       |
|          | 交通手段と所要時間                                                               | J R 外房線「土気駅」より約800m（徒歩約10分）                                       |
| 連絡先      | 電話番号                                                                    | 043-205-0881                                                      |
|          | FAX番号                                                                   | 043-205-0882                                                      |
|          | ホームページアドレス                                                              | <a href="http://himawarinosato.com">http://himawarinosato.com</a> |
| 管理者      | 氏名                                                                      | 伊藤 美恵                                                             |

|               |                 |     |
|---------------|-----------------|-----|
|               | 職名              | 施設長 |
| 建物の竣工日        | 昭和・平成 元年 6月 19日 |     |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | 令和6年 3月 1日      |     |

（類型）【表示事項】

|                                    |
|------------------------------------|
| 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）       |
| 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） |
| 3 住宅型                              |
| 4 健康型                              |

|                     |            |      |   |   |   |
|---------------------|------------|------|---|---|---|
| 1又は2に<br>該当する場<br>合 | 介護保険事業者番号  |      |   |   |   |
|                     | 指定した自治体名   | 県（市） |   |   |   |
|                     | 事業所の指定日    | 平成   | 年 | 月 | 日 |
|                     | 指定の更新日（直近） | 平成   | 年 | 月 | 日 |

3. 建物概要

|       |                |                |                                                 |
|-------|----------------|----------------|-------------------------------------------------|
| 土地    | 敷地面積           | 1289.86㎡       |                                                 |
|       | 所有関係           | 1 事業者が自ら所有する土地 |                                                 |
|       |                | ② 事業者が賃借する土地   |                                                 |
|       |                | 抵当権の有無         | 1 あり ② なし                                       |
|       |                | 契約期間           | ① あり（契約更新）<br>（令和6年3月1日～<br>令和26年2月29日）<br>2 なし |
|       |                | 契約の自動更新        | ① あり 2 なし                                       |
| 建物    | 延床面積           | 全体             | 1,158.04㎡                                       |
|       |                | うち、老人ホーム部分     | 1,158.04㎡                                       |
|       | 耐火構造           | 1 耐火建築物        |                                                 |
|       |                | ② 準耐火建築物       |                                                 |
|       |                | 3 その他（ ）       |                                                 |
|       | 構造             | 1 鉄筋コンクリート造    |                                                 |
|       |                | ② 鉄骨造          |                                                 |
|       |                | 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>（令和6年3月1日～<br>令和26年2月29日）<br>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・<br>室数 | 区分※ |
| タイプ 1            | 有/無                                                           | 有/無             | 14.98㎡ | 31        |     |
| タイプ 2            | 有/無                                                           | 有/無             | 11.12㎡ | 1         |     |
| タイプ 3            | 有/無                                                           | 有/無             | 21.2㎡  | 1         |     |
| タイプ 4            | 有/無                                                           | 有/無             | ㎡      |           |     |
| タイプ 5            | 有/無                                                           | 有/無             | ㎡      |           |     |
| タイプ 6            | 有/無                                                           | 有/無             | ㎡      |           |     |
| タイプ 7            | 有/無                                                           | 有/無             | ㎡      |           |     |
| タイプ 8            | 有/無                                                           | 有/無             | ㎡      |           |     |
| タイプ 9            | 有/無                                                           | 有/無             | ㎡      |           |     |
| タイプ 10           | 有/無                                                           | 有/無             | ㎡      |           |     |
| 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       | 3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 | 3ヶ所    |           |     |
| 共用浴室             | 2ヶ所                                                           | 個浴              | 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             | ヶ所                                                            | リフト浴            | ヶ所     |           |     |
|                  |                                                               | ストレッチャー浴        | ヶ所     |           |     |
|                  |                                                               | その他（ ）          | 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                                                          | ② なし            |        |           |     |
| エレベーター           | 1 あり（車椅子対応）<br>② あり（ストレッチャー対応）<br>3 あり（上記 1・2 に該当しない）<br>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              |                                                               |                 |        |           |     |

#### 4. サービスの内容 (全体の方針)

|                 |                                                                                                                 |      |   |    |      |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---|----|------|
| 運営に関する方針        | 有料老人ホームが社会的に重要な責任を有する事業であることを自覚し、まず何よりも経営体の維持存続に努め、入居者のニーズに沿ってサービスを形成して、快適で安全な生活環境の創造に努めるとともに、社会的諸価値に対する責任を果たす。 |      |   |    |      |
| サービスの提供内容に関する特色 | 介護サービスについては訪問介護を主とするが、その他のサービスについては施設が行います。(一部有料)                                                               |      |   |    |      |
| 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 | 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<br>介護の加算の対象と<br>なるサービス体制の<br>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<br>ケア加算        | (Ⅰ)  | 1                   | あり | 2 | なし |
|                                           |                      | (Ⅱ)  | 1                   | あり | 2 | なし |
|                                           | サービス<br>提供体制<br>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>：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(在宅医療契約を結ぶことにより、施設にいながら訪問診療、定期往診、夜間・休日・緊急時を問わず電話対応、必要に応じて緊急往診、入院の手配が受けられます) |         |  |  |  |
| 協力医療           | 1 | 名称                                                                             | あすみが丘医院 |  |  |  |

|          |                        |                                                          |                               |                     |
|----------|------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------|
| 機 関      |                        | 住 所                                                      | 千葉市緑区あすみが丘2-17-5              |                     |
|          |                        | 診 療 科 目                                                  | 訪問診療・在宅医療・内科・神経内科・老年内科・緩和ケア   |                     |
|          |                        | 協 力 科 目                                                  | 訪問診療・在宅医療・内科・神経内科・老年内科・緩和ケア   |                     |
|          |                        | 協 力 内 容                                                  | 入居者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 | ① あり                |
|          |                        |                                                          |                               | 2 なし                |
|          |                        |                                                          | 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保   | ① あり                |
|          | 2 なし                   |                                                          |                               |                     |
|          | 新興感染症発生時に対応を行う医療機関との連携 | 1 あり                                                     |                               |                     |
|          |                        | 1 ありの場合                                                  |                               |                     |
|          |                        | 医療機関の名称                                                  |                               | あすみが丘医院             |
|          |                        | 医療機関の住所                                                  |                               | 千葉県千葉市緑区あすみが丘2-17-5 |
|          |                        |                                                          |                               |                     |
| 協力歯科医療機関 | 名 称                    | 医療法人社団 千歯会                                               |                               |                     |
|          | 住 所                    | 千葉県大網白里市みやこ野2-2-1                                        |                               |                     |
|          | 協 力 内 容                | 訪問歯科診療（緊急の歯痛、入れ歯の修正・製作など歯科全般に対応）<br>（医療費その他の費用は入居者の自己負担） |                               |                     |

（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<br>※複数選択可 |        | 1 一時介護室へ移る場合<br>2 介護居室へ移る場合<br>③ その他（見守りをしやすくするため居室移動をすることがある。） |  |
| 判断基準の内容                  |        | ADLの状態の変化                                                       |  |
| 手続きの内容                   |        | 施設長が、ご本人・ご家族に説明して同意を得る。<br>。                                    |  |
| 追加的費用の有無                 |        | 1 あり      ② なし                                                  |  |
| 居室利用権の取り扱い               |        |                                                                 |  |
| 前払い金償却の調整の有無             |        | 1 あり      2 なし                                                  |  |
| 従前の居室との<br>仕様の変更         | 面積の増減  | 1 あり      2 なし                                                  |  |
|                          | 便所の変更  | 1 あり      2 なし                                                  |  |
|                          | 浴室の変更  | 1 あり      2 なし                                                  |  |
|                          | 洗面所の変更 | 1 あり      2 なし                                                  |  |
|                          | 台所の変更  | 1 あり      2 なし                                                  |  |
|                          | その他の変更 | (変更内容)                                                          |  |
|                          |        | 1 あり                                                            |  |
|                          | 2 なし   |                                                                 |  |

(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                                                                                                                                                                                                                                                                          | 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               |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |   |    |   |    |
| 契約の解除の内容           | ①入居者から契約解除が行われた場合<br>②事業者から契約解除が行われた場合<br>1.入居条件を偽って入居したとき<br>2.施設長の許可を得ないで居室や施設の建物<br>あるいは付帯設備等の造作・模様替えを行い<br>、且つ原状回復を行わないとき<br>3.入院期間が1ヶ月（30日）以上に至るとき（事<br>情考慮）<br>(ア)医師の意見を聴くこと<br>(イ)本人又は身元引受人等の同意を得ること<br>(ウ)一定の観察期間を設けること<br>4.その他共同生活の秩序を著しく乱し、他の入<br>居者の迷惑をかける行為を繰り返したとき |   |    |   |    |
| 事業主体から解約を求める場合     | 解約条項                                                                                                                                                                                                                                                                             |   |    |   |    |
|                    | 解約予告期間                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |    |   |    |
| 入居者からの解約予告期間       | 1ヶ月                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |    |   |    |
| 体験入居の内容            | 1 あり<br>2 なし                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |    |   |    |
| 入居定員               | 入居定員34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  |     | 0.5                |
| 生活相談員   | 2        |    | 2   | 1                  |
| 直接処遇職員  | 1        |    | 1   | 0.2                |
| 介護職員    |          |    |     |                    |
| 看護職員    | 1        |    | 1   | 0.2                |
| 機能訓練指導員 |          |    |     |                    |
| 計画作成担当者 |          |    |     |                    |
| 栄養士     |          |    |     |                    |
| 調理員     | 4        | 1  | 3   | 2.1                |
| 事務員     | 2        |    | 2   | 0.6                |

|                                                                                                  |   |   |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|-----|
| その他職員                                                                                            | 5 | 5 | 1.5 |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2                                                                         |   |   |     |
| ※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。 |   |   |     |
| ※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。                                                                   |   |   |     |

**（資格を有している介護職員の人数）**

|           | 合 計 | 常 勤 | 非 常 勤 |
|-----------|-----|-----|-------|
|           |     |     |       |
| 社会福祉士     |     |     |       |
| 介護福祉士     |     |     |       |
| 実務者研修の修了者 |     |     |       |
| 初任者研修の修了者 |     |     |       |
| 介護支援専門員   |     |     |       |

**（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  |     |     |       |
| 理学療法士       |     |     |       |
| 作業療法士       |     |     |       |
| 言語聴覚士       |     |     |       |
| 柔道整復師       |     |     |       |
| あん摩マッサージ指圧師 |     |     |       |

**（夜勤を行う看護・介護職員の人数）**

| 夜勤帯の設定時間（      時～      時） |      |                |
|---------------------------|------|----------------|
|                           | 平均人数 | 最少時人数（休憩者等を除く） |
| 看護職員                      | 人    | 人              |
| 介護職員                      | 人    | 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>※<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） | ： 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      |     |      |     |           |     |         |     |         |     |
|                      | 資格等の名称 初任者研修       |     |      |     |           |     |         |     |         |     |
| 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          |                    |     |      |     |           |     |         |     |         |     |
| 前年度1年間の退職者数          |                    | 1   |      |     |           |     |         |     |         |     |
| 業務に従事した経験年数に応じた職員の人数 | 1年未満               |     |      |     |           |     |         |     |         |     |
|                      | 1年以上               |     |      |     |           |     |         |     |         |     |
|                      | 3年未満               |     |      |     |           |     |         |     |         |     |
|                      | 3年以上               |     |      |     |           | 1   |         |     |         |     |
|                      | 5年未満               |     |      |     |           |     |         |     |         |     |
|                      | 5年以上               | 1   |      |     |           |     |         |     |         |     |
|                      | 10年未満              |     |      |     |           |     |         |     |         |     |
|                      | 10年以上              |     |      |     |           |     |         |     |         |     |
| 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】    | 1 利用権方式<br>② 建物賃貸借方式<br>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】 | 1 全額前払い方式<br>② 一部前払い・一部月払い方式<br>3 月払い方式 |  |
|                      | 4 選択方式<br>※該当する方式を全て選択                  |  |
|                      | 1 全額前払い方式<br>② 一部前払い・一部月払い方式<br>3 月払い方式 |  |
|                      |                                         |  |
| 年齢に応じた金額設定           | 1 あり ② なし                               |  |
| 要介護状態に応じた金額設定        | 1 あり ② なし                               |  |

|                                 |     |                                                                                           |
|---------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 入院等による不在時における<br>利用料金（月払い）の取り扱い |     | <b>①</b> 減額なし<br>2 日割り計算で減額<br>3 不在期間が 日以上の場合に限り、<br>日割り計算で減額                             |
| 利用料金の改定                         | 条件  | 目的施設が所在する地域の自治体が発する消費者物価指数及び人件費等を勘案し、また近隣の賃貸住宅の家賃を考慮して決定                                  |
|                                 | 手続き | 利用料の改定に当たっては、その根拠を入居者に明確にし、運営懇談会で意見を聴いた上で改定するものとします。事業者は利用料改定にあたっては、入居者及び身元引受人等へ事前に通知します。 |

（利用料金のプラン【代表的なプランを2例】）

|            |        |                  | プラン 1    | プラン 2    |         |
|------------|--------|------------------|----------|----------|---------|
| 入居者の状況     | 要介護度   |                  | 1～5      |          |         |
|            | 年齢     |                  | 78歳      | 78歳      |         |
| 居室の状況      | 床面積    |                  | 14.98㎡   | 14.98㎡   |         |
|            | 便所     |                  | 1 有 ② 無  | 1 有 ② 無  |         |
|            | 浴室     |                  | 1 有 ② 無  | 1 有 ② 無  |         |
|            | 台所     |                  | 1 有 ② 無  | 1 有 ② 無  |         |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金    |                  | 円        | 円        |         |
|            | 敷金     |                  | 180,000円 | 164,000円 |         |
| 月額費用の合計    |        |                  | 129,000円 | 109,820円 |         |
|            | 家賃     |                  | 45,000円  | 41,000円  |         |
|            | サービス費用 | 特定施設入居者生活介護※1の費用 | 円        | 円        |         |
|            |        | ※2<br>介護保険外      | 食費       | 54,000円  | 54,000円 |
|            |        |                  | 管理費      | 10,000円  | 1,820円  |
|            |        |                  | 介護費用     | 円        | 円       |
|            |        |                  | 光熱水費     | 20,000円  | 13,000円 |
|            |        | その他              | 円        | 円        |         |

※ 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 | （一般者向け）<br>個室利用料 45,000円/月（1,500円/日×30日）<br>※家賃額は近隣のアパート賃料を参考にして決定。<br>（生活保護者向け） |

|                        |                                                                                                                                                                 |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                        | 個室利用料 41,000/月額（1,366円/1日×30日）<br>※家賃額は近隣のアパート賃料を参考にして決定。<br>※一般者向けプランとの差額については、事業者（施設）が負担しています。                                                                |
| 敷金                     | 家賃の4ヶ月分 ※入居者の故意・過失による居室の著しい<br>損傷等に対する原状回復費用として、精算して返還あり。                                                                                                       |
| 介護費用                   | ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。                                                                                                                                           |
| 管理費                    |                                                                                                                                                                 |
| 食費                     | 食費 54,000円/月額（1,800円/1日×30日）<br>内訳（朝食450円・昼食526円・おやつ100円・夕食724円）                                                                                                |
| 水道光熱費                  | （一般者向け）<br>20,000/月額（666円/1日×30日）<br>水道・ガス・電気の使用料を含みます。<br>（生活保護者向け）<br>13,000/月額（433円/1日×30日）<br>水道・ガス・電気の使用料を含みます。<br>※一般者向けプランとの差額については、事業者（施設）が<br>負担しています。 |
| 利用者の個別的な選択に<br>よるサービス料 | 別添 2                                                                                                                                                            |
| その他のサービス利用料            | ※施設サービス費（事務管理費）<br>（一般者向け）10,000円 （333円/1日×30日）<br>（生活保護者向け）<br>1,820/月額（60円/1日×30日）<br>～6,720/月額（224円/1日×30日）<br><br>通院時付添料、車両代（一般・福祉）、ガソリン代等                  |

（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※<br>に対する自己負担                               |      |
| 特定施設入居者生活介護※<br>における人員配置が手厚い<br>場合の介護サービス（上乗せ<br>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                 |     |
| 想定居住期間（償却年月数）        | ヶ月  |
| 償却の開始日               | 入居日 |
| 想定居住期間を超えて契約が継続する場合に | 円   |

|                 |                                              |   |
|-----------------|----------------------------------------------|---|
| 備えて受領する額（初期償却額） |                                              |   |
| 初期償却率           |                                              | % |
| 返還金の算定方法        | 入居後３月以内の契約終了                                 |   |
|                 | 入居後３月を超えた契約終了                                |   |
| 前払い金の保全先        | １ 連帯保証を行う<br>銀行等の名称                          |   |
|                 | ２ 信託契約を行う<br>信託会社等の名称                        |   |
|                 | ３ 保証保険を行う<br>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                 | 18人 |
|           | 女 性                 | 13人 |
| 年 齢 別     | 6 5 歳 未 満           | 0人  |
|           | 6 5 歳 以 上 7 5 歳 未 満 | 11人 |
|           | 7 5 歳 以 上 8 5 歳 未 満 | 10人 |
|           | 8 5 歳 以 上           | 11人 |
| 要 介 護 度 別 | 自 立                 | 0人  |
|           | 要 支 援 1             | 0人  |
|           | 要 支 援 2             | 0人  |
|           | 要 介 護 1             | 2人  |
|           | 要 介 護 2             | 6人  |
|           | 要 介 護 3             | 8人  |
|           | 要 介 護 4             | 13人 |
|           | 要 介 護 5             | 2人  |
| 入 居 期 間 別 | 6 ヶ 月 未 満           | 9人  |
|           | 6 ヶ 月 以 上 1 年 未 満   | 2人  |
|           | 1 年 以 上 5 年 未 満     | 17人 |
|           | 5 年 以 上 1 0 年 未 満   | 3人  |
|           | 1 0 年 以 上 1 5 年 未 満 | 0人  |
|           | 1 5 年 以 上           | 0人  |

(入居者の属性)

|         |     |
|---------|-----|
| 平均年齢    | 78歳 |
| 入居者数の合計 | 31人 |
| 入居率※    | 91% |

※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   | 4人                         |
|         | 医療機関     | 2人                         |
|         | 死亡者      | 6人                         |
|         | その他      | 1人                         |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出  | 2人                         |
|         |          | （解約事由の例）<br>医療的な処置が必要な為    |
|         | 入居者側の申し出 | 4人                         |
|         |          | （解約事由の例）<br>家族希望で他施設等に転居の為 |

**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    |       | ひまわりの郷       |
| 電話番号     |       | 043-205-0881 |
| 対応している時間 | 平日    | 9：00～18：00   |
|          | 土曜    | 9：00～18：00   |
|          | 日曜・祝日 | 9：00～18：00   |
| 定休日      |       | 12/31～1/3    |

**（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>○三井住友海上火災の「賠償責任保険」に加入。<br>施設内及び施設敷地内でサービス提供上が起因する怪我及び飲食物、付属設備（エレベーター）による事故等が賠償される |
|                               | 2 なし |                                                                                             |
| 介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応 | ① あり | （その内容）<br>○上記に準ずる                                                                           |
|                               | 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 |
|               | 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<br>②    入居希望者に交付<br>3    公開していない |
| 管理規程     | 1    入居希望者に公開<br>②    入居希望者に交付<br>3    公開していない |
| 事業収支計画書  | 1    入居希望者に公開<br>2    入居希望者に交付<br>③    公開していない |
| 財務諸表の要旨  | ①    入居希望者に公開<br>2    入居希望者に交付<br>3    公開していない |
| 財務諸表の原本  | ①    入居希望者に公開<br>2    入居希望者に交付<br>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1回 |
|                   | 2    なし                                     |            |
|                   | 1    代替措置あり                                 | (内容)       |
|                   | 2    代替措置なし                                 |            |
| 高齢者虐待防止のための取組の状況  | 高齢者虐待防止対策委員会の定期的な開催                         | 1    あり    |
|                   | 指針の整備                                       | 1    あり    |
|                   | 研修の定期的な実施                                   | 1    あり    |
|                   | 担当者の配置                                      | 1    あり    |
| 身体的拘束等廃止のための取組の状況 | 身体拘束適正化委員会の開催                               | 1    あり    |
|                   | 指針の整備                                       | 1    あり    |
|                   | 研修の実施                                       | 1    あり    |
|                   | 緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為(身体的拘束等) | 2    なし    |
| 業務継続計画の策定状況       | 感染症に関する業務継続計画                               | 1    あり    |

|                                                          |                                                                                                               |                                                    |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| 況 等                                                      | 画 (BCP)                                                                                                       |                                                    |
|                                                          | 災害に関する業務継続計画 (BCP)                                                                                            | 1    あり                                            |
|                                                          | 従業者に関する周知の実施                                                                                                  | 1    あり                                            |
|                                                          | 定期的な研修実施                                                                                                      | 1    あり                                            |
|                                                          | 定期的な訓練の実施                                                                                                     | 1    あり                                            |
|                                                          | 定期的な見直し                                                                                                       | 1    あり                                            |
| 提携ホームへの移行<br>【表示事項】                                      | ① あり (提携ホーム名: ひまわりの郷 土気城趾/リブ<br>イン若葉 )<br>2 なし                                                                |                                                    |
| 有料老人ホーム設置時の<br>老人福祉法第29条第1<br>項に規定する届出                   | ① あり            2 なし<br>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<br>、高齢者の居住の安定確保に関する法律第23条の規定<br>により、届出が不要                  |                                                    |
| 高齢者の居住の安定確保<br>に関する法律第5条第1<br>項に規定するサービス付<br>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<br>指導指針「5.規模及び構<br>造設備」に合致しない事<br>項          | ① あり            2    なし                                                                                       |                                                    |
| 合致しない事項がある<br>場合                                         | 居室面積 (1室) 227号室・11.12平米                                                                                       |                                                    |
|                                                          | 「6.既存建築物等の<br>活用の場合等の特例」<br>への適合性                                                                             | 1 適合している (代替措置)<br>② 適合している (将来の改善計画)<br>3 適合していない |
| 有料老人ホーム設置運営<br>指導指針の不適合事項                                |                                                                                                               |                                                    |
| 不適合事項がある場合<br>の内容                                        | 千葉市の指針では、1居室床21.6平米又は14.85平米<br>(収納・トイレ・洗面を除く)と定められているが<br>、一部不適合居室 (227号室・11.12平米) があつた<br>ので、改修時に改善することとした。 |                                                    |

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      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。