

重要事項説明書

記入年月日	令和3年5月1日
記入者名	大胡 千枝子
所属・職名	施設長

1. 事業主体概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	宗教法人
名称	(ふりがな) しゅうきょうほうじん あみだじ 宗教法人 阿弥陀寺	
主たる事務所の所在地	〒260-0844 千葉県千葉市中央区千葉寺町 33 番地	
連絡先	電話番号	043-265-3870
	FAX番号	043-265-7182
	ホームページアドレス	http://www.keirouen.jp
代表者	氏名	宇野 弘之
	職名	代表役員
設立年月日	昭和・平成 51年 10月 27日	
主な実施事業	法務、霊園事業、有料老人ホーム ※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) けいろうえん ろいやるぐいら・なーしんぐぐいら やちよだい 敬老園ロイヤルヴィラ・ナーシングヴィラ八千代台	
所在地	〒276-0031 千葉県八千代市八千代台北 15-19-27	
主な利用交通手段	最寄駅	京成電鉄 大和田駅
	交通手段と所要時間	①「大和田」駅下車、約1km (徒歩12分) ②「八千代台」駅西口下車。東洋バス1番乗り場より八千代台中央駅・八千代医療センター行で「北市民の森」下車、約200m (徒歩3分)
連絡先	電話番号	047-486-5200
	FAX番号	047-486-8799
	ホームページアドレス	http://www.keirouen.jp
管理者	氏名	大胡 千枝子
	職名	施設長
建物の竣工日	昭和・平成	2年 9月 17日
有料老人ホーム事業の開始日	昭和・平成	2年 8月 23日

(類型)【表示事項】

1又は2に該当する場合	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)	特定施設入居者生活介護事業所 第1272600261号 介護予防特定施設入居者生活介護事業所 第1272600261号 千葉県
	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	
	介護保険事業者番号	特定施設入居者生活介護事業所 第1272600261号 介護予防特定施設入居者生活介護事業所 第1272600261号
	指定した自治体名	千葉県
	事業所の指定日	平成12年2月1日 (介護予防特定施設 平成18年4月1日)
	指定の更新日 (直近)	令和2年1月1日 (介護予防特定施設 平成30年4月1日)

3. 建物概要

土地	敷地面積	2,544.46 m ²					
	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 (年 月 日 ~ 年 月 日)	2	なし		
	契約の自動更新	1	あり	2	なし		
建物	延床面積	全体				2,516.07 m ²	
		うち、老人ホーム部分				2,516.07 m ²	
	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 (年 月 日 ~ 年 月 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 【表示事項】	1 全室個室					
		2 相部屋あり					
		最少				1人部屋	
		最大				4人部屋	
	ロイヤル		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分*
		タイプA	有/無	有/無	25.67 m ²	27	一般居室個室
		タイプB	有/無	有/無	37.82 m ²	6	〃
	ナーシング	タイプA	有/無	有/無	16.53 m ²	3	介護居室個室
		タイプB	有/無	有/無	17.32 m ²	10	〃
		タイプC	有/無	有/無	16.53 m ²	2	介護居室相部屋
		タイプD	有/無	有/無	18.37 m ²	1	〃
タイプE		有/無	有/無	33.06 m ²	2	〃	
	一時介護室	有/無	有/無	35.12 m ²	1	一時介護室	
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。							
共用施設	共用便所における 便房	15ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	0ヶ所			
			うち車椅子等の対応が可能な便房	9ヶ所			
	共用浴室	1ヶ所	個室	0ヶ所			
			大浴場	1ヶ所			
	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴	0ヶ所			
リフト浴			0ヶ所				
ストレッチャー浴			1ヶ所				
		その他 ()	0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 (一般居室ロイヤル棟のみ)
	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)
消防用設備等	消火器	1	あり	2	なし
	自動火災報知設備	1	あり	2	なし
	火災通報設備	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	ロビー、談話室、多目的コーナー、応接室、健康管理室、機能訓練室、中庭、駐車場				

4. サービスの内容 (全体の方針)

運営に関する方針	一年中 敬老の日でありたい、それが敬老園の心です。敬老園は超高齢社会の訪れに備えて「お年寄りを大切に」、「皆な仲良く和」「まごころ奉仕」を園訓に、今日まで健全経営を行っております。敬老園ロイヤルヴィラ・ナーシングヴィラ八千代台は高齢者の快適な住まいをめざし、敬老精神・父母同然の介護を基本として職員一同、チームの力を合わせて取り組んでおります。ご入居者ご家族にお喜び戴ける施設でありますよう、今後とも初心を貫いてまいります。					
サービスの提供内容に関する特色	敬老園はお元気な自立の方から介護を必要とされる方まで、最期まで人として尊厳ある生活を送っていただけますよう、同一敷地内に健常者向けホーム（ロイヤル棟）と介護専用ホーム（ナーシング棟）が並び建つ併設型の施設です。開設から30年余を経過しますが、ご入居様が安心してご自分らしい自立した生活を営んでいただけますよう様々な支援サービスの提供を実践して参りました。多様なクラブ活動をご用意して、ご入居者様同士が楽しみながら交流できる場を整え、互いの絆を深めていただくと共に、お一人お一人が輝いていただけますよう願っております。終末期を迎えられたご入居者様より「入居して本当によかった」と心から仰っていただけるホーム、見送られるご家族様から感謝と労いの言葉を頂戴できるホームであり続けることを目標に、質の高いサービスの提供に尚一層努めて参ります。					
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（ベストフード株式会社）	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等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の体制の有無	入居継続支援加算	1	あり	2	なし	
	生活機能向上連携加算	1	あり	2	なし	
	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	
	若年性認知症入居者受入加算	1	あり	2	なし	
	医療機関連携加算	1	あり	2	なし	
	口腔衛生管理体制加算	1	あり	2	なし	
	看取り介護加算	1	あり	2	なし	
	栄養スクリーニング加算	1	あり	2	なし	
	退院・退所時連携加算	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)	1	あり	2	なし
		(II)	1	あり	2	なし
(III)		1	あり	2	なし	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	1	あり	(介護・看護職員の配置率) 2.0 : 1以上			
	2	なし				

(医療連携の内容)

医療支援	※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 (医療機関の選択、主治医の確保に関する助言など)		
協力医療機関	1	名称	医療法人社団幸有会 幸有会記念病院		
		住所	〒262-0013 千葉県花見川区犢橋町 77-3 TEL : 043-259-3210 (敬老園八千代台から約 4.8 km)		
		診療科目	外科、内科、消化器科、乳腺外科、甲状腺外科、循環器内科、末梢血管疾患科、呼吸器科、皮膚科、糖尿病内科、腎臓内科、泌尿器科、婦人科、整形外科、形成外科、老年精神科、人工透析		
		協力内容	診療のための医師派遣、健康相談・看護指導 (週 1 回) 他の医療機関に入院を要する場合の紹介など		
	2	名称			
		住所			
		診療科目			
		協力内容			
協力歯科医療機関	名称	医療法人社団郁栄会 寒竹歯科医院			
	住所	〒261-0004 千葉県美浜区高洲 3-10-1 サンフラワービレッジ稲毛海岸 3F TEL : 043-278-6482 (敬老園八千代台から約 9.6 km)			
	協力内容	訪問歯科診療、歯科検診、口腔ケア			

(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（他の敬老園に住み替える場合）				
判断基準の内容	<p>退院後や日常生活上で一時的に介護を必要とする場合、また感染症対応で一時介護室をご利用いただく場合があります。より適切な介護を提供するために必要と判断する場合は、一般居室から介護専用居室への移動、或いは当法人が運営する他の敬老園に住み替えていただくこともあります。</p>				
手続きの内容	<p>一 設置者の指定する医師の意見を聴く。 二 入居者の意思を確認する。 三 入居者の身元引受人等の意見を聴く。 （介護居室への移動、或いは他の敬老園に住み替える場合は、上記に加えて以下の手続きを行います。） 四 緊急已むを得ない場合を除き、一定の観察期間を設ける。 五 入居者の権利や前払金または家賃に関して本契約に重大な変更を生じる場合は、面積の変更に伴う費用負担の増減または費用の調整の有無、提供する介護サービス等の変更の内容について、入居者及び身元引受人等に説明を行う。 六 入居者及び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 <input type="checkbox"/> 2 なし				
居室利用権の取扱い	<p>一時介護室の利用では契約居室の利用権に変更は生じません。介護居室への移動、或いは他の敬老園に住み替える場合は、住み替え後の居室に利用権が移動します。</p>				
前払金償却の調整の有無	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし ※一時介護室利用の場合は前払金の償却に変更なし。				
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし			
	便所の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし			
	浴室の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし			
	洗面所の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし			
	台所の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし			
	その他の変更	<table border="1"> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 1 あり </td> <td> （変更内容） 一時介護室は相部屋です。室内全体の面積・仕様は契約居室と異なります。また介護居室、或いは他の敬老園に住み替える場合は室内の面積・仕様が異なる他、管理費・食費その他の費用が変更になる場合があります。また住み替え後の施設の所在地によって介護保険の利用者負担額が異なる場合もあります。 </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 2 なし </td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1 あり	（変更内容） 一時介護室は相部屋です。室内全体の面積・仕様は契約居室と異なります。また介護居室、或いは他の敬老園に住み替える場合は室内の面積・仕様が異なる他、管理費・食費その他の費用が変更になる場合があります。また住み替え後の施設の所在地によって介護保険の利用者負担額が異なる場合もあります。	<input type="checkbox"/> 2 なし
<input type="checkbox"/> 1 あり	（変更内容） 一時介護室は相部屋です。室内全体の面積・仕様は契約居室と異なります。また介護居室、或いは他の敬老園に住み替える場合は室内の面積・仕様が異なる他、管理費・食費その他の費用が変更になる場合があります。また住み替え後の施設の所在地によって介護保険の利用者負担額が異なる場合もあります。				
<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	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	要支援の者	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	要介護の者	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
留意事項	入居時に原則 65 歳以上で、介護を要しない自立の方、或いは要支援要介護の認定を受けている方が対象となります。 二人入居の場合は、夫婦・親子・兄弟姉妹に限ります。				
契約の解除の内容	一 入居者が死亡したとき。(入居契約第 25 条 1 項) 二 設置者が入居契約第 26 条 [設置者からの契約解除] に基づいて解除を通告し、その予告期間が満了したとき。 三 入居者が入居契約第 27 条 [入居者からの契約解除] に基づいて解除を通告し、その予告期間が満了したとき。				
事業主体から解約を求める場合	解約条項	①入居に際し虚偽の説明を行う等の不正手段により入居したとき。 ②月払い利用料その他の支払いを正当な理由なく、3 か月以上遅滞したとき。 ③入居契約第 3 条第 4 項の規定に違反したとき。 ④入居契約第 19 条第 1 項または同第 2 項の規定に違反したとき。 ⑤入居者の行動が他の入居者または設置者の役職員の生命・身体・健康・財産(設置者の財産を含む)に危害を及ぼし、ないし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。			
	解約予告期間	90 日			
入居者からの解約予告期間	30 日				
体験入居の内容	<input type="checkbox"/> 1	あり (内容: 1 泊 2 日 3 食付 5,500 円)			
	<input type="checkbox"/> 2	なし			
入居定員	66 人				
その他	【短期解約特例】 入居日の翌日から 3 月以内において、入居者から設置者に対し解約届を以て契約解除の申し出がなされた場合、及び入居日の翌日から 3 月以内に死亡して契約終了となった場合は、入居契約第 31 条に基づいて受領済の前払金を入居者に返還します。但し、入居日から起算して解約となった日までの期間の利用料及び原状回復費用を設置者にお支払いいただきます。 ※返還金の算定式は後述の 6. 利用料金の項をご参照ください。				

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	1.0
生活相談員	1	1	0	1.0
直接処遇職員	27	19	8	22.9
介護職員	23	18	5	20.3 (中、自立者対応1.0)
看護職員	4	1	3	2.6 (中、自立者対応0.5)
機能訓練指導員	1	1	0	1.0
計画作成担当者	1	1	0	1.0
栄養士				外部委託 ベストフード株式会社
調理員				外部委託 ベストフード株式会社
事務員	0	0	0	0
その他職員	5	0	5	2.4
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	1	0
介護福祉士	13	11	2
実務者研修の修了者	1	1	0
初任者研修の修了者	18	14	4
介護支援専門員	1	1	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	
看護師又は准看護師	0	0	0
理学療法士	0	0	0
作業療法士	0	0	0
言語聴覚士	0	0	0
柔道整復士	1	1	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0
はり師	0	0	0
きゅう師	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（16:30時～10:00時）		
	平均人数	最少時人数（休憩者等を除く）
看護職員	0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 (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)	1.28 : 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし								
	業務に係る資格等	<input checked="" type="checkbox"/> あり		資格等の名称 社会福祉主事・介護支援専門員・介護福祉士							
		<input type="checkbox"/> 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	0	2	1	0	0	1	0	1	0	
前年度1年間の退職者数	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	
業務に 応じて 従事 した 職員 の 経 験 年 数	1年未満	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0
	1年以上 3年未満	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0
	3年以上 5年未満	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
	5年以上 10年未満	1	3	3	2	1	0	0	0	0	0
	10年以上	0	0	11	1	0	0	0	0	0	0
	従業者の健康診断の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし									

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態 【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 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）の取扱い	<input type="checkbox"/> 1 減額なし（管理費） <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額（食費は喫食数に応じて、一般居室の電気・ガス料金はメーター検針に従って） <input type="checkbox"/> 3 不在期間が2日以上の場合に限り、日割り計算で減額（介護保険利用者負担、水道料金及び介護居室の電気料金）	
利用料金の改定	条件	入居時に一括前払いされる前払金及び介護保険給付対象外一時金を除き、管理費・食費その他の月払い利用料（入居契約第23条）については設置者において改定する可能性があります。
	手続き	費用の改定に当たっては、利用料の収支状況や目的施設が所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数、人件費等を勘案した改定理由について、入居契約第7条に定める運営懇談会の意見を聴きます。尚、改定料金は入居者・連帯保証人・身元引受人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	自立（一人入居）		
	年齢	86歳	86歳と88歳	
居室の状況	床面積	25.67㎡	37.82㎡	
	便所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	浴室	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	台所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
入居時点で必要な費用	前払金	8,900,000円	13,110,000円	
	介護等一時金	1,760,000円	3,520,000円	
	敷金	0円	0円	
月額費用の合計		168,800円	282,600円	
サービス費用	家賃	0円	0円	
	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	食費	58,800円	117,600円
		管理費	110,000円	165,000円
		介護費用	0円	0円
		光熱水費	実費	実費
		その他	実費	実費
介護保険外 ^{※2}				
^{※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	家賃は当該施設の整備に要した費用、大規模修繕費、固定資産税、火災保険料、物価変動費等を含む当該施設の総事業費を積算し、延床面積で除した㎡単価を居室面積に乗じて算定したものです。入居時の年齢に応じた想定居住期間にわたる当該家賃を一括前払いする金額前払い方式により月々の家賃払いは発生しません。
敷金	家賃の 0 ヶ月分
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 特定施設入居者生活介護及び介護予防特定施設入居者生活介護のサービス提供に際し、平成 12 年 3 月 30 日付老企第 52 号に則して介護・看護職員を介護保険法に基づく職員配置基準 (3:1) 以上に手厚く配置 (2:1 以上) して提供する介護サービス、日常生活支援サービス、機能訓練の費用の中介護保険給付で賄えない費用については介護保険給付対象外一時金 (=介護等一時金) を一括前払いいただくため、月々の介護費用は発生しません。
管理費	管理費は事務部門の人件費・事務費、入居者に対する日常生活支援サービス提供のための人件費・事務費、共用施設の維持管理費、備品・消耗品費を内容とします。
食費	前記の食費合計額は食堂にて 1 日 3 食 30 日間喫食した場合の費用であり実際の食数に応じて食費合計額は変動します。 (内訳: 朝食 432 円、昼食 648 円、夕食 880 円/1 日 1,960 円)
光熱水費	<ul style="list-style-type: none"> ●一般居室 (ロイヤル棟) の電気及びガス料金は居室のメーター検針に従って実費をご負担いただきます。電話代は戸別の利用契約に従って電話会社と直接ご精算いただきます。 ●介護居室 (ナーシング棟) の電気料金は居室毎にメーターが設置されていないため、一律 1 人 3,300 円/月を定額でご負担いただきます。 ●水道料金は一般居室・介護居室の別なく定額制とし、一律 1 人 2,354 円、2 人一室 3,532 円を 2 ヶ月毎にご負担いただきます。
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添 2
その他のサービス利用料	<ul style="list-style-type: none"> ●施設による立替金 (医療機関の受診入院及び処方薬の患者負担)、買い物代行による物品購入代金、訪問理美容利用料等) ●介護保険利用者負担 ●施設が提供するオムツ代金 ●一部レクリエーション活動の参加費及び消耗品費

(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	介護保険法に基く要介護度に応じた基本報酬と P4 の 4. サービスの内容 (介護サービスの内容) に記載した各種加算項目を合算した介護報酬総額に対する利用者負担分。
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)	特定施設入居者生活介護及び介護予防特定施設入居者生活介護のサービス提供に際し、平成 12 年 3 月 30 日付老企第 52 号に則り、介護・看護職員を法定職員配置基準 (3:1) 以上に手厚く配置して (2:1 以上) 提供する介護サービス、日常生活支援サービス及び機能訓練に要する費用の中、介護保険給付では賄えない費用について、介護保険給付対象外一時金 (=介護等一時金) として一人 176 万円をお支払いいただきます。
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能

算定根拠	老人福祉法令等に基づき、厚生労働省発表の簡易生命表に示される男女別・年齢別の平均余命及び厚生労働省事務連絡(H24.3.16)に即した公益社団法人全国有料老人ホーム協会の試算プログラムに従って算出した想定居住期間にわたり家賃の全てを一括前払いいただきます。
想定居住期間(償却年月数)	入居時年齢に応じて 60~108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)	入居時年齢に基づく初期償却率に応じて 1,014,300~7,067,200円
初期償却率	入居時年齢に応じて 23~28%
返還金の算定方法	<p>入居後3月以内の契約終了</p> <p>入居日の翌日から3月以内に、設置者に対して解約届を以て契約解除を行った場合、及び入居日の翌日から3月以内に死亡して契約終了となった場合は、老人福祉法施行規則に則り、入居契約第31条により、以下の要領で受領済の前払金を返還します。</p> <p>返還金 = 【前払金】 - 【入居日から起算して契約終了日までの利用料】</p> <p>契約終了日までの利用料は、老人福祉法施行規則第21条第2項第1号に基づき、入居契約第31条に定める1日あたりの利用料で、以下の通り算出します。</p> <p>1日あたり利用料 = 【前払金 - 初期償却額】 ÷ 償却期間月数 ÷ 30日</p> <p>※初期償却費用は無利息で全額返金します。 ※前払金以外の月払い利用料、並びに居室の原状回復費用は別途ご負担いただきます。</p>
	<p>入居後3月を超えた契約終了</p> <p>前払金の償却期間内に契約を終了した場合には以下の算式に基づき、未償却残高を無利息で居室明渡しの翌日より6経過後の末日に返還します。</p> <p>返還金 = 【前払金 - 初期償却額】 ÷ 入居日の翌日を起算日とした償却期間日数 × 契約終了日から償却期間満了日までの日数</p> <p>※償却期間を超えて契約が継続する場合、返還金はなくなりますが、家賃の追加徴収は行いません。</p>
算定根拠 (介護保険給付対象外費用を内容とする前払金について)	<p>特定施設入居者生活介護及び介護予防特定施設入居者生活介護のサービス提供に際し、平成12年3月30日付老企第52号に則して介護・看護職員を介護保険法に基づく職員配置基準(3:1)以上に手厚く配置して(2:1以上)提供する介護サービス日常生活支援サービス及び機能訓練の費用の中介護保険給付では賄えない費用について、当該施設での要介護発生率及び要介護状態の継続期間の推計に基づき、入居時年齢に関わらず、一律5年(60ヶ月)の想定要介護期間にわたり介護保険給付対象外一時金(=介護等一時金)として176万円を一括前払いいただきます。</p>
想定要介護期間(償却年月数)	60ヶ月
償却の開始日	入居日の翌日
想定要介護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)	0円
初期償却率	0%

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3月以内に、設置者に対して解約届を以て契約解除を行った場合、及び入居日の翌日から3月以内に死亡して契約終了となった場合は、老人福祉法施行規則に則り、入居契約第31条により、以下の要領で受領済の前払金を返還します。</p> <p>返還金＝【介護保険給付対象外一時金】－ 【入居日から起算して契約終了日までの利用料】</p> <p>契約終了日までの介護保険給付対象外一時金に係る利用料は、老人福祉法施行規則第21条第2項第1号に基づき、入居契約第31条に定める1日あたりの利用料で、以下の通り算出します。</p> <p>1日あたり利用料＝ 【介護保険給付対象外一時金】÷60月÷30日</p>
	入居後3月を超えた契約終了	<p>前払金の償却期間内に契約を終了した場合には以下の算式に基づき、未償却残高を無利息で居室明渡しの翌日より6月経過後の末日に返還します。</p> <p>返還金＝【介護保険給付対象外一時金】 ÷入居日の翌日を起算日とした償却期間日数 ×契約終了日から償却期間満了日までの日数</p> <p>※償却期間を超えて契約が継続する場合、返還金はなくなりますが、介護等一時金の追加徴収は行いません。</p>
前払金の保全先	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	11人
	女性	35人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	2人
	75歳以上85歳未満	8人
	85歳以上	36人
要介護度別	自立	15人
	要支援1	5人
	要支援2	0人
	要介護1	11人
	要介護2	2人
	要介護3	1人
	要介護4	6人
入居期間別	6ヶ月未満	0人
	6ヶ月以上1年未満	2人
	1年以上5年未満	19人
	5年以上10年未満	14人
	10年以上15年未満	5人
	15年以上	6人

(入居者の属性)

平均年齢	89.09 歳
入居者数の合計	46 人
入居率*	69.70%
※ 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	0 人
	医療機関	1 人
	死亡者	7 人
	その他	0 人
生前解約の状況	施設側の申し出	(解約事由の例) 0 人
	入居者側の申し出	(解約事由の例) 0 人

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	苦情処理担当者 施設長： 大胡 千枝子	敬老園本部 営業部長： 堀田 良勝	
電話番号	047-486-5200	043-265-3820	
対応している時間	平日	9：00～17：00	9：00～17：00
	土曜	9：00～17：00	9：00～17：00
	日曜・祝日	9：00～17：00	9：00～17：00
定休日	なし	なし	
窓口の名称	公益社団法人 全国有料老人ホーム協会	千葉県 国民健康保険団体連合会	
電話番号	03-3272-3781	043-254-7428	
対応している時間	平日	10：00～17：00 (月・水・金のみ)	9：00～17：00
	土曜	なし	なし
	日曜・祝日	なし	なし
定休日	土曜・日曜・祝日	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	1 あり	(その内容) 公益社団法人全国有料老人ホーム協会の「有料老人ホーム損害賠償責任保険」に加入しており、介護等サービス提供上の事故により入居者の身体・生命・財産に損害が発生した場合、不可抗力による場合を除いて賠償されます。
	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き、入居者のご家族に連絡すると共に、必要に応じて協力医療機関または入居者の主治医等、適切な医療機関を受診する。
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	令和3年2月7日
	2 なし	結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 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24年2月9日
		評価機関名称	NPO 福祉経営ネットワーク
	2 なし	結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 3 公開していない
事業収支計画書	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" 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 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 4回
	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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名: 他の敬老園) ※詳細は P.5「入居後に居室を住み替える場合」の項をご参照ください。 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (平成3年3月30日届出) 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 (平成 年 月 日登録) <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
千葉県有料老人ホーム設置運営指導指針「規模及び構造設備」に合致しない事項	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし (平成13年3月1日施行の設置運営指導指針を適用)	
合致しない事項がある場合の内容	介護居室において個室以外に多床室があり、また居室面積及び廊下の幅員が有料老人ホーム設置運営指導指針の基準に不適合であるが、平成12年4月1日の介護保険法施行以前の建築物であり、構造上の改善を行うことができません。	
「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	

千葉県有料老人ホーム設置 運営指導指針の不適合事項	なし
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^⑩（入居者との続柄： _____）

説明年月日 令和 _____年 _____月 _____日

説明者署名 _____^⑩

※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 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核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	敬老園ロイヤルグレイ・ ナッシンググレイ八千代台 (他6箇所)	八千代市八千代台北15-19-27
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・随時対応型訪問介護看護	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	敬老園ロイヤルグレイ・ ナッシンググレイ八千代台 (他6箇所)	八千代市八千代台北15-19-27
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		
介護医療院	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	
			包含※2	都度※2	料金※3		要支援・要介護者		
介護サービス									
食事介助	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	○				
おむつ代			なし	あり		○	実費負担	種類別価格表を施設内に掲示	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	○	○	660円	週3回以上660円/回	週3回以上660円/回
特浴介助	なし	あり	なし	あり	○	○	660円	週3回以上660円/回	週3回以上660円/回
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり	○				
機能訓練	なし	あり	なし	あり	○				
通院介助	なし	あり	なし	あり	○	○	介護660円 看護880円/30分	協力医療機関は実費負担なし 協力医療機関以外は左記付添料+交通費実費	
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○	○	550円 2,750円	週2回以上550円/20分 大掃除2,750円/60分	
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○	○	330円	週2回以上330円/回。寝具リース代4,950円/月	
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○	○	550円	1日2回以上550円/回。乾燥機は別途330円/回	
居室配膳・下膳	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				治療食、禁食等に対しては食材変更で対応	
おやつ			なし	あり		○	実費負担	買物代行により購入代金を実費負担	
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	実費負担	訪問理美容料金表を施設内に掲示	
買い物代行	なし	あり	なし	あり	○	○	1,100円/回	通常利用区域内は実費負担なし 通常利用区域外は左記の人員費+交通費実費	
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	○	○	1,100円/回	八千代市内は実費負担なし 市外は左記の人員費+交通費実費	
金銭・貯金管理			なし	あり	○				
健康管理サービス									
定期健康診断			なし	あり	○			年2回。検査項目は施設内に掲示	
健康相談	なし	あり	なし	あり	○				
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○				
服薬支援	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	○				
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					
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり	○	○	介護660円 看護880円/30分	協力医療機関は実費負担なし 協力医療機関以外は左記付添料+交通費実費	
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり	○	○	660円	週2回以上660円/回	週2回以上660円/回
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり	○	○	660円	週2回以上660円/回	週2回以上660円/回