

重要事項説明書

記入年月日	2023年7月1日
記入者名	東元 学
所属・職名	取締役

※ 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	営利法人（株式会社）
名称	（ふりがな）かぶしきがいしゃさんけいびるうえるけあ 株式会社サンケイビルウェルケア	
主たる事務所の所在地	〒100 - 0004 東京都千代田区大手町 1-7-2	
連絡先	電話番号	03-6772-7311
	FAX番号	03-6772-7312
	ホームページアドレス	https://www.sankeiwellcare.com
代表者	氏名	佐々木 ゆかり
	職名	代表取締役社長
設立年月日	2011 年 4 月 1 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） うえるけあてらすやつ ウェルケアテラス谷津
----	------------------------------------

所在地	〒275 - 0026 千葉県習志野市谷津 4-7-34	
主な利用交通手段	最寄駅	京成本線 谷津駅
	交通手段と所要時間	谷津駅より徒歩1分
連絡先	電話番号	047-408-0255
	FAX番号	047-408-0256
	メール	
	ホームページアドレス	https://www.sankeiwellcare.com
管理者	氏名	大下 敏之
	職名	ホーム長
建物の竣工日		2013 年 9 月 1 日
有料老人ホーム事業の開始日		2013 年 10 月 1 日

(類型)【表示事項】

<input 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	1272101666
	指定した自治体名	千葉県（市）
	事業所の指定日	2019 年 10 月 1 日
	指定の更新日（直近）	2025 年 9 月 30 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1,685.34 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（普通賃借 ・ 定期賃借）	
		抵当権の有無	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		契約期間	<input type="checkbox"/> 1 あり (2013年9月1日～2043年8月31日) <input type="checkbox"/> 2 なし
	契約の自動更新	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
建物	延床面積	全体	2,766.55 m ²
		うち、老人ホーム部分	2,551.95 m ²

	耐火構造	<input 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 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	1 事業者が自ら所有する建物				
		<input type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物 (<input type="checkbox"/> 普通賃借 ・ <input type="checkbox"/> 定期賃借)				
		抵当権の設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし			
		契約期間	<input type="checkbox"/> 1 あり (2013年9月1日～2043年8月31日) <input type="checkbox"/> 2 なし			
		契約の自動更新	<input 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 type="checkbox"/> 1 全室個室				
		<input type="checkbox"/> 2 相部屋あり				
		最少	人部屋			
		最大	人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分*
	タイプ1	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	18.05 m ²	29 室	介護居室個室
	タイプ2	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	18.66 m ²	25 室	介護居室個室
	タイプ3	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	18.88 m ²	2 室	介護居室個室
	タイプ4	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	19.52 m ²	4 室	介護居室個室
	タイプ5	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ6	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ7	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
タイプ8	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ9	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ10	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²			
※「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	7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	4ヶ所	個室	3ヶ所		
			大浴場	0ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	2ヶ所	チェアー浴	0ヶ所		
			リフト浴	2ヶ所		
ストレッチャー浴			0ヶ所			

			その他 ()	0ヶ所	
	食堂	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	入居者や家族が利用できる調理設備	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	エレベーター	<input type="checkbox"/> 1	あり (車椅子対応)	<input type="checkbox"/> 2	あり (ストレッチャー対応)
		<input type="checkbox"/> 3	あり (上記1・2に該当しない)	<input type="checkbox"/> 4	なし
消防用設備等	消火器	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	自動火災報知設備	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	火災通報設備	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	スプリンクラー	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	防火管理者	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	防災計画	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
緊急通報装置等	居室	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	一部あり
		<input type="checkbox"/> 2	一部あり	<input type="checkbox"/> 3	なし
	便所	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	一部あり
		<input type="checkbox"/> 2	一部あり	<input type="checkbox"/> 3	なし
	浴室	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	一部あり
		<input type="checkbox"/> 2	一部あり	<input type="checkbox"/> 3	なし
	その他 ()	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	一部あり
		<input type="checkbox"/> 2	一部あり	<input type="checkbox"/> 3	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	<p>①ご入居者の個々の心身の状態に合わせた介護目標を立て、その目標が達成できるよう最大限支援するとともに、より安心安全なサービスを提供します。</p> <p>②可能な限り自立した生活を送ることができるような自立支援サービスを基本とし、ご入居者の意思及び人格に配慮したサービスを提供します。</p> <p>③関係自治体、地域住民および地域団体と連携を図り、ご入居者が地域のコミュニティと融合できるよう総合的な支援を行います。</p>
サービスの提供内容に関する特色	<p>ご入居者が自分らしさを取り戻し、希望に満ちてお過ごしいただくために当社ならではのサービスメニューをご用意し、健やかで笑顔に満ちた日々をきめ細かくサポートいたします。</p> <p>ご入居者の体調を整え、活動性を上げることで体</p>

	力を回復し、意欲や活力を取り戻すことを基本とした当社独自の自立支援介護を実践します。		
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	2 委託 3 なし
食事の提供	1	自ら実施	<input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1	自ら実施	<input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	生活機能向上連携加算	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	個別機能訓練加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	夜間看護体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	若年性認知症入居者受入加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	医療機関連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	口腔衛生管理体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	栄養スクリーニング加算	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	退院・退所時連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	看取り介護加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	認知症専門ケア加算	(I)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	サービス提供体制強化加算	(I)イ	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(I)ロ	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(III)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	介護職員処遇改善加算	(I)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
		(II)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(III)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(IV)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
(V)		1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
介護職員等特定処遇改善加算	(I)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	(II)	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	医療法人社団 千葉白報会 つだぬま在宅診療所
		住所	千葉県習志野市谷津 7-10-12 エレル津田沼ビル 201 号室
		診療科目	内科、耳鼻科、皮膚科、眼科、精神科
		協力科目	同上
		協力内容	定期訪問診療、健康診断、健康相談、健康指導、緊急時の診療
	2	名称	医療法人社団 保健会 谷津保健病院
		住所	千葉県習志野市谷津 4-6-16
		診療科目	内科、呼吸器内科、外科、乳腺外科、 整形外科、泌尿器、産婦人科耳鼻咽喉科、 脳神経外科、皮膚科、神経内科、小児科 リハビリテーション科、循環器内科
		協力科目	同上
		協力内容	緊急時の診療
協力歯科医療機関		名称	浅賀歯科クリニック
		住所	千葉県鎌ヶ谷市初富本町 1-10-19 エस्पワール鎌ヶ谷 1 階
		協力内容	定期訪問診療、歯科相談、緊急時の診療

(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 (介護居室を変更する場合)	
判断基準の内容		ご入居者の日常生活の維持及びホーム運営上において、支障又は配慮が必要であると判断した場合に居室を変更することがあります。	
手続きの内容		ご入居者の状態等を総合的に判断して、本人及び身元引受人の同意を得て行います。	
追加的費用の有無		1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
居室利用権の取扱い		住み替え後の居室に移行	
前払金償却の調整の有無		1 あり <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2 なし	
	便所の変更	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	

	浴室の変更	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	洗面所の変更	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	台所の変更	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	その他の変更	1 あり	(変更内容)
		<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	2 なし
	要支援の者	<input type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	要介護の者	<input type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
留意事項	<p>①原則として、65歳以上の方。</p> <p>②複数のご入居者による共同生活を営むことに概ね支障がない方。</p> <p>③常時、医療機関等において治療を必要としない方。</p> <p>④著しい自傷他害の恐れがない方。</p> <p>⑤本契約に定めることを承諾し、株式会社サンケイビルウェルケアの運営方針に賛同できる方。</p>		
契約の解除の内容	<p>①ご入居者がお亡くなりになられた場合。</p> <p>②ご入居者による費用又は料金の支払いが、正当な理由なく2ヶ月以上遅延し、催告にもかかわらず1ヶ月以内に支払われない場合。</p> <p>③ご入居者が正当な理由なく契約開始日（居室引き渡し日）までに入居金を支払われない場合。</p> <p>④入居申込書及び入居に必要な書類に虚偽の記載をし、又は故意に不利益となる事実を告知しない等の不正手段により、株式会社サンケイビルウェルケアとの信頼関係に支障をきたした場合。</p> <p>⑤ご入居者が入居中に医療行為が必要になり、株式会社サンケイビルウェルケアが関係法令に基づきホームでの人員体制では対応が困難であると判断した場合、又は病気治療のため病院もしくは診療所等に入院し、明らかに6ヶ月以内に退院できる見込みがない場合又は6ヶ月を経過しても退院できないことが明らかな場合。</p> <p>⑥ご入居者が、ホームへの所定の届出をせず、6ヶ月以上の長期にわたってホームを離れることが明らかな場合。</p> <p>⑦ご入居者、身元引受人、ご家族又はその他ご関係者が、法令及び本契約の条項に違反し、株式会社サンケイビルウェルケアが改善の見込みがないと判断した場合。</p>		

	<p>⑧ご入居者の行動が株式会社サンケイビルウェルケア、その従業者又は他のご入居者の生命、身体、財産もしくは信用を傷つけ、株式会社サンケイビルウェルケアがこの行動を防止できないと判断した場合。</p> <p>⑨地震等の天災、関係法令の改変、その他やむを得ない事情によって継続的なホーム運営が困難になった場合。</p> <p>⑩①から⑨の他、ご入居者、そのご家族又は身元引受人と株式会社サンケイビルウェルケアとの信頼関係に支障をきたし、その回復が困難であり、株式会社サンケイビルウェルケアが適切なサービスの提供を継続できないと判断した場合。</p>	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第 30 条
	解約予告期間	1 ヶ月
入居者からの解約予告期間		1 ヶ月
体験入居の内容	<p>1 あり（内容：1泊11,000円（税込/最大7日間）※家賃、管理費、食費、介護費を含みます。但し、個別の要望に基づく買物や外出の同行を除きます。また、介護保険適用外となります。）</p> <p>2 なし</p>	
入居定員		60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）			常勤換算人数 ※1※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1		0.5
生活相談員	2	2		1.0
直接処遇職員	35	21	14	27.8
介護職員	25	16	9	20.5
看護職員	10	5	5	7.3
機能訓練指導員	1	1		1.0
計画作成担当者	1	1		0.5
栄養士				
調理員				
事務員	1	1		1.0

その他職員	1	1	0.5
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
<p>※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。</p> <p>※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。</p>			

(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	10	8	2
実務者研修の修了者	2	1	1
初任者研修の修了者	8	2	6
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	
看護師又は准看護師			
理学療法士			
作業療法士	1	1	
言語聴覚士			
柔道整復士			
あん摩マッサージ指圧師			
はり師			
きゅう師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (16時30分 ~ 9時30分)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	1人	1人
介護職員	2人	1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	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
---------------------------	-----------------------	--------------------------

員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)		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)	2.1 : 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	介護福祉士								
	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	1	5	5	12						
前年度1年間の退職者数	1	5	6	9						
応じた業務に従事した経験年数に 職員の人数	1年未満	1	3	6	5					
	1年以上 3年未満	3	1	2	1	1		1		
	3年以上 5年未満	1		6	1					1
	5年以上 10年未満		1	2	2	1				
	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)

居住の権利形態 【表示事項】	1 利用権方式 2 建物賃貸借方式
-------------------	----------------------

		3 終身建物賃貸借方式
利用料金の支払い方式 【表示事項】		1 全額前払い方式
		2 一部前払い・一部月払い方式
		3 月払い方式
	4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 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 利用料金（月払い）の取扱い	1 減額なし 2 日割り計算で減額 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額	
利用料金の改定	条件	ホーム所在地の自治体が発表する消費者物価指数、人件費、関連法令等の改正及び運営懇談会の意見を勘案します。
	手続き	ご入居者及び身元引受人に対して、事前に通知を行います。

(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	要介護2	要介護2	
	年齢	86歳	86歳	
居室の状況	床面積	18.05㎡	18.05㎡	
	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	6,800,000円	0円	
	敷金	0円	918,000円	
月額費用の合計		273,122円	397,122円	
家賃		73,000円	153,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	22,432円	22,432円	
	介護保険外 ^{※2}	食費	68,790円	68,790円
		管理費	75,900円	119,900円
		介護費用	33,000円	33,000円
		光熱水費	0円	0円
		その他	0円	0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	建物賃貸料、設備費、修繕費、維持管理費等を基礎とした上で、近傍家賃を勘案して算出しています。
敷金	家賃の6ヶ月分(0円プランのみ該当)
介護費用	○要介護者2.5名に対し、常勤換算1名以上の職員体制としています。 この介護保険給付の基準を上回る人員体制分の費用を入居定員で除し、要介護度別に一定割合を乗じて設定しています。 ○自立の方については、介護保険給付を利用することができないため、上乘せ介護費用はありません。ただし、生活サポート費として月額44,000円(税込)をいただきます。 ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	ホームの運営費、管理部門の人件費、事務管理費、光熱水費を基礎として算出しています。
食費	30日3食喫食した場合を想定して算出しています。 ※1食あたりの料金は以下の通りです(すべて税込) 【朝食】345円 【昼食】511円※おやつ代含む 【夕食】511円 【ソフト食】実費負担(1食あたり) ※ソフト食を希望する場合には、上記の食事代に追加されます。 ※厨房管理費27,780円(税込)は喫食にかかわらず課金します。
光熱水費	管理費に含みます。
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	

(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	基本報酬及び前掲の加算の介護保険負担割合証の記載の負担(1割から3割)によります。
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)	(前掲)
※ 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	厚生労働省の有料老人ホーム設置運営標準指導指針及び事務連絡(平成24年3月16)
------	--

		日付) で示された算式に基づいて算出して おります。
想定居住期間 (償却年月数)		6年(72ヶ月)/5年(60ヶ月)/4.5年(54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備えて受 領する額 (初期償却額)		1,780,000～4,684,000 円
初期償却率		29.18～29.98%
返還金の 算定方法	入居後3月以内の契約終了	返還金 = 入居前払金 - (入居経過日数 × 1 日の実費) ※1日の実費額 = 入居前払金 ÷ (想定居 住期間 (月数) × 30日)
	入居後3月を超えた契約終了	返還金 = (入居前払金 - 想定居住期間を超 えて契約が継続する場合に備えて有料老人 ホームの設置者が受領する額) - (入居前 払金の月額単価 × 入居経過月数) ※契約開始日及び本契約終了日が属する月 については、それぞれ日割計算して算出す るものとします。
前払金の 保全先	1 連帯保証を行う銀行等の名称	株式会社みずほ銀行
	2 信託契約を行う信託会社等の名称	みずほ信託銀行株式会社
	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	19人
	女性	41人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	0人
	75歳以上 85歳未満	12人
	85歳以上	48人
要介護度別	自立	1人
	要支援1	9人
	要支援2	4人
	要介護1	14人

	要介護 2	7 人
	要介護 3	6 人
	要介護 4	5 人
	要介護 5	14 人
入居期間別	6 ヶ月未満	10 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	7 人
	1 年以上 5 年未満	21 人
	5 年以上 10 年未満	22 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	88.4 歳
入居者数の合計	60 人
入居率*	100%
※ 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	0 人
	死亡者	15 人
	その他	2 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	2 人
		(解約事由の例) 他施設への転居 (2 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	株式会社サンケイビルウェルケア お客様相談室	
電話番号	0120-114-040	
対応している時	平日	9 : 00 ~ 17 : 00

間	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土日祝
窓口の名称		千葉県国民健康保険 団体連合会苦情処理係
電話番号		043-254-7404
対応している 時間	平日	9:00~17:00
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土日祝
窓口の名称		習志野市役所
電話番号		047-453-7345
対応している 時間	平日	9:00~17:00
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土日祝

(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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 福祉事業者総合賠償責任保険 (あいおいニッセイ同和損保株式会社)
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 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 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	2022/9/10
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 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 2 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
事業収支計画書	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
財務諸表の要旨	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
財務諸表の原本	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	1 あり	(開催頻度) 年 2 回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
	2 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 あり (提携ホーム名:) 2 なし	
有料老人ホーム設置時の老人福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出	1 あり (2013 年 3 月 21 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 (年 月 日登録) 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	1 あり 2 なし	(2012 年 4 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	
「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	
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（個別選択による介護サービス一覧表）

※_____様

説明年月日 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			併設・隣接の 状況	事業所の名称	所在地
<居宅サービス>					
訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
通所介護	あり	なし	併設・隣接		
通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
<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	併設・隣接		
夜間対応型訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
居宅介護支援	あり	なし	併設・隣接		
<居宅介護予防サービス>					
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
<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	併設・隣接		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防支援	あり	なし	併設・隣接		
<介護保険施設>					
介護老人福祉施設	あり	なし	併設・隣接		
介護老人保健施設	あり	なし	併設・隣接		
介護療養型医療施設	あり	なし	併設・隣接		
介護医療院	あり	なし	併設・隣接		
<介護予防・日常生活支援総合事業>					
訪問型サービス	あり	なし	併設・隣接		
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接		
その他の生活支援サービス	あり	なし	併設・隣接		

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）			包含※2	都度※2	料金※3	備考
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		
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり		○	2,200円(税込)/回	週2回まで介護保険で提供し、3回目以降は1回・スタッフ1名配置につき2,200円(税込)にて提供。	
特浴介助	なし	あり	なし	あり		○	2,200円(税込)/回	週2回まで介護保険で提供し、3回目以降は1回・スタッフ1名配置につき2,200円(税込)にて提供。	
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		○	2,200円(税込)/30分	協力医療機関以外の通院介助の場合は同行スタッフ1名あたり30分2,200円(税込)にて提供、交通費実費等が必要な場合にはその実費。	
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○	○	1,100円(税込)/回	ケアプランにより週1回まで実施。週2回以降は1回1,100円(税込)にて提供。	
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○	○	550円～2,200円(税込)/回	ケアプランにより週1回まで実施。2回目以降の個人の要望による交換については、1回1枚当たり【枕】550円/【包布・ベッドパット】各1,100円/【掛布団】2,200円(すべて税込)にて提供。	
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	3,740円(税込)/月	月払いで追加費用はなし。ドライクリーニングは別料金。	
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり		○	330円(税込)/1膳	体調不良を除く、個別要望による居室への配膳は1膳あたり330円(税込)で提供。	
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり		○	実費負担		
おやつ			なし	あり		○	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	外部からの訪問理美容。	
買い物代行	なし	あり	なし	あり	○	○	1,100円(税込)/30分	通常の利用区域内においては、週1回指定日にホーム指定のネットスーパーにて飲食品物及び生活用品等の購入を実施(欠品やご指定の品物が無い場合は対応できません)。2回目以降の買い物又はネットスーパーにて購入できないものの購入については、対応するスタッフ1名あたり30分1,100円で提供。それ以外の区域ではスタッフ1名あたり30分1,100円にて提供、交通費実費等が必要な場合にはその実費。	
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	1,100円	スタッフ1名あたり30分1,100円(税込)にて提供、	

							(税込) /30分	交通費実費等が必要な場合にはその実費。
金銭・貯金管理			なし	あり				当ホームでは対応しておりません。
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり		○	実費負担	ご希望により年2回実施。
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		○	2,200円 (税込) /30分	協力医療機関以外の同行については、同行スタッフ1名あたり30分2,200円(税込)にて提供、交通費実費等が必要な場合にはその実費。
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり		○	1,100円 (税込) /30分	スタッフ1名あたり30分1,100円(税込)にて提供、交通費実費等が必要な場合にはその実費。
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり		○	1,100円 (税込) /30分	スタッフ1名あたり30分1,100円(税込)にて提供、交通費実費等が必要な場合にはその実費。

※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、月額サービス費用に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。

※3：都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。