
染井野ヒルズひまわりの里

重要事項説明書

介護付有料老人ホーム 染井野ヒルズひまわりの里

千葉県佐倉市生谷1575-5

社会福祉法人 ひまわりの里

重要事項説明書

記入年月日	2025/7/1
記入者名	飯島 環
所属・職名	管理者

※ 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」の一部改正について（令和4年8月18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3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3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	社会福祉法人
名称	(ふりがな) しゃかいふくしほうじんひまわりのさと 社会福祉法人ひまわりの里	
主たる事務所の所在地	〒258-0836 千葉県佐倉市生谷 1613 番地 9	
連絡先	電話番号	043-488-3371
	FAX番号	043-488-3372
	ホームページアドレス	http://www.himawari-sato.jp
代表者	氏名	佐藤 恭之
	職名	理事長
設立年月日	2006年 10月 2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) そめいのひるずひまわりのさと 染井野ヒルズひまわりの里	
所在地	〒285-0836 千葉県佐倉市生谷 1575 番地 5	
主な利用交通手段	最寄駅	京成臼井駅
	交通手段と所要時間	① 徒歩 15 分 ② バスの場合 染井野巡回バスで乗車 5 分、消防署前で下車 徒歩 1 分
連絡先	電話番号	043-488-1411
	FAX番号	043-488-1412
	メール	someino-hills@himawari-sato.jp
	ホームページアドレス	http:// www.someino-hills.jp/
管理者	氏名	飯島 環
	職名	管理者
建物の竣工日		2010年 10月 29日
有料老人ホーム事業の開始日		2011年 1月 21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	1271701805
	指定した自治体名	千葉県 (市)
	事業所の指定日	2012 年 10 月 1 日
	指定の更新日 (直近)	2024 年 10 月 1 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	3307.7 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	1	あり	2	なし
所有関係	契約期間	1	あり	(2010年11月1日～2041年3月31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				1178.73 m ²
		うち、老人ホーム部分				1178.73 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 (普通賃借 ・ 定期賃借)						
抵当権の設定		1	あり	2	なし	
契約期間		1	あり	(2011年10月1日～2047年9月30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				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 checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	18.03～ 27.95 m ²	25	介護居室
	タイプ2	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ3	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ4	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ5	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²		
タイプ6	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²			

	タイプ7	有/無	有/無	m ²			
	タイプ8	有/無	有/無	m ²			
	タイプ9	有/無	有/無	m ²			
	タイプ10	有/無	有/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	3ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房		3ヶ所		
	共用浴室	3ヶ所	個室		3ヶ所		
			大浴場		ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	2ヶ所	チェアー浴		ヶ所		
			リフト浴		2ヶ所		
			ストレッチャー浴		ヶ所		
			その他（ ）		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"/> 3	なし
	便所	<input type="checkbox"/> 1	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"/> 3	なし
	その他（ ）	<input type="checkbox"/> 1	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	染井野ヒルズひまわりの里では、日常生活に介護と医療とを連携し、少しでも介護が必要になった段階から、入居者お一人おひとりの状況にあわせた介護サービスがご利用いただけます。年齢を重ねても自分らしく暮らしたい、そんな想いに応えられる有料老人ホームを目指しています。
サービスの提供内容に関する特色	専門介護スタッフが24時間365日体制で常駐していますので、安心して生活できます。
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 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

<p>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</p> <p>※1「協力医療機関連携加算(i)」は、「相談・診療を行う体制を常時確保し、緊急時に入院を受け入れる体制を確保している場合」に該当する場合を指し、「協力医療機関連携加算(ii)」は、「協力医療機関連携加算(i)」以外に該当する場合を指す。</p> <p>※2「地域密着型特定施設入居者生活介護」の指定を受けている場合。</p>	入居継続支援加算	(i) 1 あり 2 なし
		(ii) 1 あり 2 なし
	生活機能向上連携加算	(i) 1 あり 2 なし
		(ii) 1 あり 2 なし
	ADL維持等加算	(i) 1 あり 2 なし
		(ii) 1 あり 2 なし
	個別機能訓練加算	(i) 1 あり 2 なし
		(ii) 1 あり 2 なし
	夜間看護体制加算	(i) 1 あり 2 なし
		(ii) 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
	協力医療機関連携加算(※1)	(i) 1 あり 2 なし
		(ii) 1 あり 2 なし
	口腔衛生管理体制加算(※2)	1 あり 2 なし
口腔・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	
退去時情報提供加算	1 あり 2 なし	

看取り介護加算	(i) 1	あり	2	なし
	(ii) 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
高齢者施設等感染対策向上加算	(i) 1	あり	2	なし
	(ii) 1	あり	2	なし
新興感染症等施設療養費	1	あり	2	なし
生産性向上推進体制加算	(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
介護職員等処遇改善加算	(i) 1	あり	2	なし
	(ii) 1	あり	2	なし
	(iii) 1	あり	2	なし
	(iv) 1	あり	2	なし
	(v)(1) 1	あり	2	なし
	(v)(2) 1	あり	2	なし
	(v)(3) 1	あり	2	なし
	(v)(4) 1	あり	2	なし
	(v)(5) 1	あり	2	なし
	(v)(6) 1	あり	2	なし
	(v)(7) 1	あり	2	なし
	(v)(8) 1	あり	2	なし
	(v)(9) 1	あり	2	なし
	(v)(10) 1	あり	2	なし
(v)(11) 1	あり	2	なし	
(v)(12) 1	あり	2	なし	
(v)(13) 1	あり	2	なし	
(v)(14) 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) : 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 <input type="checkbox"/> 4 その他 (内服薬、湿布薬等の管理等)	
協力医療機関	1	名称	南ヶ丘病院
		住所	佐倉市下志津 218
		診療科目	脳神経外科、内科、循環器内科、呼吸器内科
		協力科目	脳神経外科、内科、循環器内科、呼吸器内科
		協力内容	入所者の症状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保
	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		<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	2	名称	佐倉中央病院
		住所	佐倉市栄町 20-4
		診療科目	内科、消化器内科、糖尿病・内分泌内科、呼吸器内科、循環器内科、整形外科、脳神経外科、泌尿器科、皮膚科、形成外科、リハビリテーション科
		協力科目	内科、消化器内科、糖尿病・内分泌内科、呼吸器内科、循環器内科、整形外科、脳神経外科、泌尿器科、皮膚科、形成外科、リハビリテーション科
協力内容		入所者の症状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
新興感染症発生時に連携する医療機関	<input type="checkbox"/> 1 あり		
	医療機関の名称	南ヶ丘病院	
	医療機関の住所	佐倉市下志津 218	
協力歯科医療機関	<input type="checkbox"/> 2 なし		
	名称	秀島歯科医院	
	住所	佐倉市生谷 1554-14	
	協力内容	外来診療、訪問診療、歯科定期健康診断	

(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	1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 3 その他 ()	
判断基準の内容	心身機能の低下及びそれに伴う介護保険認定結果の重度化により別の居室への移動をお願いする場合があります。下記具体的な基準に概ね該当するようになった場合です。 具体的基準 (1) 障害老人日常生活自立度判定基準 B2 以上 (介助により車いすへの移乗が必要になった場合) (2) 認知症高齢者日常生活自立度判定基準Ⅱ以上 (意思疎通の困難さが顕著に見られるようになった場合)	
手続きの内容	契約書の変更を行います。	
追加的費用の有無	1 あり 2 なし	
居室利用権の取扱い	居室の利用権が移行します。	
前払金償却の調整の有無	1 あり 2 なし	
従前の居室との 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	1 あり (変更内容) 2 なし

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	1 あり 2 なし
	要支援の者	1 あり 2 なし
	要介護の者	1 あり 2 なし
留意事項	入居者の条件は以下を全て満たす方とします。 (1) 65 歳以上の要支援要介護の方、又は介護保険適用の方 (40 歳以上の方も応相談) (2) ご入居後、月額利用料のお支払いが可能な方 (3) 健康保険に加入している方 (4) 原則として身元引受人と連帯保証人を定められる方	

	<p>(5) 医療機関で常時治療を受ける必要のない方</p> <p>(6) 結核、疥癬などの感染症に罹患していない方</p> <p>(7) 施設内で円滑に共同生活が営める方</p>	
契約の解除の内容	<p>(1) 契約の終了と認めるのは以下の場合です。</p> <p>① 入居者が死亡したとき</p> <p>② 入居者が、施設に対し一定の手続きに基づいて契約の解除を通告し、予告期間が満了したとき</p> <p>③ 施設が、入居者に対し一定の手続きに基づいて契約の解除を通告し、予告期間が満了したとき（催告期間をおかずに解除が認められる場合には、通知により契約が解除されたとき）</p> <p>(2) 入居者からの契約の解除について</p> <p>① 入居者が、契約を解約しようとするときには、30 日以上の予告期間をもって、施設に契約解約届を提出し、そのとき決まった契約解約日に契約は解約されたものとします。</p> <p>契約終了後直ちに居室は明け渡すものとします。</p>	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	<p>入居契約書第 28 条参照</p> <p>施設からの契約解除について</p> <p>①施設は入居者が次の各号のいずれかに該当しに該当し、かつ、そのことがこの契約をこれ以上将来にわたり、維持することが社会通念上著しく困難であると認められる場合には、入居者に対し、30 日以上の予告期間を置いて、この契約の解除を通告することができます</p> <p>(イ) 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とき</p> <p>(ロ) 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしばまたは 2 ヶ月を超えて遅滞したとき</p> <p>(ハ) 入居契約書に定める禁止条項等につき違反したとき</p> <p>(ニ) 入居者の暴力・奇声等の行為が入居者自身又は他者への身体、生命等に危害を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護サービスの提供などではこれを防止することができないとき。なお、この場合、一定の観察期間を設けるとともに、医師の意見を聞いたのち、判断</p>

	<p>し、契約解除後のことについても出来る限りの協力をいたします。</p> <p>(ホ) 入居者が病院または診療所に入院し、明らかに2ヶ月以内に退院できる見込みがないとき。または入院後2ヶ月経過しても退院できないことが明らかになったとき</p> <p>(ヘ) 入居者が常時医療行為の必要な状態となった為、有料老人ホームにおける通常の介護方法及び医療連携では対応が困難となったとき</p> <p>(ト) 入居者が事業者やサービス従業者又は他の入居者に対して、この契約を継続し難いほどの行為を行ったとき</p> <p>②入居金振込予定日までに入居金(敷金)が入金されなかった場合には、事業者は何らの催告期間をおかずに、入居者に通知することにより、この契約を解除することができるものとし、これに対する入居者及び連帯保証人(身元引受人)等からの異議申し立ては認められないものとします。</p>
	<p>解約予告期間</p> <p style="text-align: right;">30日</p>
入居者からの解約予告期間	30日
体験入居の内容	<p>1 あり (内容：1泊2日以上、7泊8日までご利用できます。 ※1泊2日 11,000円 (食費含む))</p> <p>2 なし</p>
入居定員	25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	0.5
生活相談員	2	2	0	1
直接処遇職員	18	10	8	12.1
介護職員	17	9	8	11.1
看護職員	1	1	0	1
機能訓練指導員	1	1	0	0.1
計画作成担当者	1	1	0	0.5
栄養士	0	0	0	0
調理員	6	3	3	4.3
事務員	1	0	1	0.6
その他職員	1	0	1	0.2
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				40
※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	0	0	0
介護福祉士	14	7	7
実務者研修の修了者	0	0	0
初任者研修の修了者	1	0	1
介護支援専門員	0	0	0

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計		
		常勤	非常勤
看護師又は准看護師			
理学療法士	1	1	
作業療法士			
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 (21 時 ~ 6 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	2 人	1.2 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*	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 d 3 : 1 以上
	【表示事項】 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
	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			2						
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年以上			2	1					
	3年未満									
	3年以上			1		2			1	
	5年未満									
	5年以上			3	2					
	10年未満									
10年以上	1		3	5			1			
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	
年齢に応じた金額設定	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
	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（家賃を除く） 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	運営懇談会で相談の上改定
	手続き	ホームが定める月払い利用料及び都度払い費用の金額は、物価の変動又は人件費の増減及び設備の維持・運営経費等を勘案の上、運営懇談会等で意見を聞いて改定します。

(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	要介護1	要介護5
	年齢	84歳	95歳
居室の状況	床面積	18.3㎡	22.65㎡
	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 ^{※3}	0円	0円
	敷金 ^{※4}	225,000円	252,000円
月額費用の合計		261,992円	279,488円
家賃		96,000円	105,000円
サービス費用	介護保険外 ^{※2}		
	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	16,992円	25,488円
	食費 ^{※5}	69,000円	69,000円
	管理費	50,000円	50,000円
	介護費用	0円	0円
	光熱水費 ^{※6}	30,000円	30,000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）

※3 入居契約時に2ヵ月分の月額費用をお支払い頂きます。（該当月の利用料と相殺いたします）また居室にて固定電話をご利用の場合は電話設置工事費として15,000円をご負担頂きます。

※4 退居時に原状回復費等として次の費用をご負担頂きます。（居室クリーニング（床・トイレ清掃）、カーテンクリーニング、ペットマットクリーニング、クロス・巾木張替え、エアコンクリーニング）※原状回復費の詳細については入居契約書に記載しております。

敷金は退去時に上記の原状回復費等を差し引いた残額を返還いたします。お預かりした敷金を超える原状回復費等については別途実費をご負担頂きます。

※5 欠食の場合でも1日1,380円の厨房維持管理費を入居契約期間中はご負担頂きます。

※6 電気料金の価格が高騰した場合には日額1,000円～2,000円の範囲にて実費変動額としてご負担頂きます。電気料金が安定している場合は日額1,000円にてご負担頂きます。

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	居室及び共用部の利用料
敷金	家賃の 2.4ヶ月分
介護費用	なし

管理費	施設管理に係る保守費、修繕費、ゴミ収集費、植栽管理費、寝具及びリネン費用、衣類及びタオル洗濯費、消耗品費、事務用品費、通信費、車両費、保険料、及びそれらにかかる人件費
食費	1日2,300円（朝食500円、昼食950円（おやつ含む）、夕食850円）×30日 ※食材費・厨房部門の人件費・厨房設備の維持管理費
光熱水費	居室及び共用浴室等の水道光熱費
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	介護保険による自己負担額
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）	なし
※ 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	
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備えて受領する額（初期償却額）	円
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	3人
	女性	22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	1人
	85歳以上	24人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	0人
	要支援2	1人
	要介護1	7人
	要介護2	5人
	要介護3	3人
	要介護4	3人
	要介護5	6人
入居期間別	6ヶ月未満	3人
	6ヶ月以上1年未満	5人
	1年以上5年未満	13人
	5年以上10年未満	2人
	10年以上15年未満	2人
	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	91.6歳
入居者数の合計	25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	1人
	医療機関	6人
	死亡者	3人
	その他	0人
生前解約の状況	施設側の申し出	0人

況		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	10人 (解約事由の例) 病院等医療機関へ移行。 キーパーソンによる施設移動。ご逝去。

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		染井野ヒルズひまわりの里 苦情受付窓口
電話番号		043-488-1411
対応している時間	平日	8時45分～17時45分
	土曜	8時45分～17時45分
	日曜・祝日	8時45分～17時45分
定休日		なし

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		043-254-7428
対応している時間	平日	9時～12時 13時～17時
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし
定休日		年末年始は除く

窓口の名称		千葉県 高齢者電話相談
電話番号		043-221-3020
対応している時間	平日	9時～17時
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし
定休日		祝祭日及び年末年始(12月29日から1月3日)を除く

(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) あいおいニッセイ同和損保「介護保険・社会福祉事業者総合保険」に加入
	2 なし	
介護サービスの提供により賠償す	1 あり	(その内容)

べき事故が発生したときの対応		事故が発生し、入居者の生命、身体、財産に損害が発生した場合は、地震・津波等の天災、戦争・暴動等または入居者の故意によるもの等を除いて損害賠償保険等の手配を行い誠実に対応します。
	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 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	<input type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 1~2 回		
	<input type="checkbox"/> 2 なし			
	<input type="checkbox"/> 1 代替措置あり	(内容)		
	<input type="checkbox"/> 2 代替措置なし			
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検討委員会の定期的な開催		<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	指針の整備		<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	定期的な研修の実施		<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	担当者の配置		<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
身体的拘束等廃止のための取組状況	身体的拘束等適正化検討委員会の開催		<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	指針の整備		<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	定期的な研修の実施		<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	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)を行うこと	<input type="checkbox"/> 1 あり	身体的拘束等を行う場合の態様及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録	<input type="checkbox"/> 2 なし
業務継続計画の策定状況等	感染症に関する業務継続計画		<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	災害に関する業務継続計画		<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	従事者に対する周知の実施		<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	定期的な研修の実施		<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	定期的な訓練の実施		<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	定期的な業務継続計画の見直し		<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
提携ホームへの移行 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名:)			
	<input type="checkbox"/> 2 なし			
有料老人ホーム設置時の老人福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出	<input type="checkbox"/> 1 あり (平成 22 年 5 月 28 日届出)			
	<input type="checkbox"/> 2 なし			
	<input type="checkbox"/> 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、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	<input type="checkbox"/> 1 あり (年 月 日登録)			
	<input 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	<input type="checkbox"/> 1 あり			
	<input type="checkbox"/> 2 なし			

備」に合致しない事項	(令和7年3月31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（別を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	リハビリデイ ひまわりの里	千葉県佐倉市生谷16 13-9
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	ケアステーション ひまわり 王子台	千葉県佐倉市生谷16 13-9 3階
<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	佐倉市臼井・千 代田地域包括 支援センター	千葉県佐倉市王子 台1-23 レイクピ アうすい3階
<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		個別の利用料で、実施するサービス （利用者が全額負担）			なし	あり	備考
	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} ）		包含 ^{※2}	都度 ^{※2}	料金 ^{※3}			
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	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり		○	1回 /2,000円	週3回目以降1回につき
特浴介助	なし	あり	なし	あり		○	1回 /2,000円	週3回目以降1回につき
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		○	30分 /1,500円	協力医療機関への受診付添等 佐倉市一部、四街道市一部、八千代市一部、印西市一部
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり				
リネン交換	なし	あり	なし	あり				
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	1回 /1,000円	週3回目以降の業者洗濯及び指定業者以外の洗濯は1回1,000円 ドライクリーニングは実費
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				別途料金
おやつ			なし	あり		○	1日 /200円	昼食（950円）に含まれる 買い物代行での嗜好品購入の場合は実費。
理美容師による理美容サービス			なし	あり			実費	
買い物代行	なし	あり	なし	あり	○	○	30分 /1,500円	ネットスーパーにて月2回は管理費に充当。（商品代は実費負担） ネットスーパー2回目以降、実店舗及び商品購入立ち合い等は30分/1,500円
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	○	○	30分 /1,500円	介護保険更新、おむつ券の手続きは管理費に充当

								上記以外の手続きについては 30分/1,500円
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		○	実費	自己負担 主治医指示のもと適宜実施
健康相談	なし	あり	なし	あり	○			管理費に充当
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○			管理費に充当
服薬支援	なし	あり	なし	あり	○			管理費に充当
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	なし	あり	なし	あり	○			管理費に充当
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		○	30分/1,500円	協力医療機関は管理費に充当 協力医療機関以外は 30分/1,500円 交通費注釈実費負担 (佐倉市一部、四街道市一部、八千代市一部、印西市一部)
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○	30分/1,500円	協力医療機関は管理費に充当 協力医療機関以外は 30分/1,500円 交通費実費負担 (佐倉市一部、四街道市一部、八千代市一部、印西市一部)
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり				
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり				

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割～3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。