

重要事項説明書

記入年月日	令和7年7月1日
記入者名	林 基弘
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	営利法人
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃ はくしょう 株式会社 白松	
主たる事務所の所在地	〒289-1104 千葉県八街市文違 (ひじかい) 301	
連絡先	電話番号	043-444-6141
	FAX番号	043-443-7721
	ホームページアドレス	https://www.habitation.co.jp/
代表者	氏名	井坂 奨吾
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和60年12月20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) あびたしおん はくしょう アビタシオン白松	
所在地	〒289-1104 千葉県八街市文違(ひじかい) 301	
主な利用交通手段	最寄駅	J R 総武線本線 八街駅
	交通手段と所要時間	J R 総武本線八街駅北口下車 タクシー約 5分(約2.5km) (送迎車あり。要電話予 約)
連絡先	電話番号	043-444-6141
	FAX番号	043-443-7721
	メール	
	ホームページアドレス	https://www.habitation.co.jp/hakusho/
管理者	氏名	林 基弘
	職名	施設長
建物の竣工日		昭和61年 1月 8日
有料老人ホーム事業の開始日		平成2年 5月 7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	1273500171号
	指定した自治体名	千葉県
	事業所の指定日	平成12年 4月 1日
	指定の更新日(直近)	令和6年 4月 1日

3. 建物概要

土地	敷地面積	18,563 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		
		契約期間	1 あり (平成29年2月24日～令和19年2月24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	7,039 m ²			
		うち、老人ホーム部分	7,039 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 (平成29年2月24日～令和19年2月24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*
	A1 タイプ	有/無	有/無	49 m ²	2	一般居室個室
	A2 タイプ	有/無	有/無	49 m ²	1	一般居室個室
	B1 タイプ	有/無	有/無	42 m ²	22	一般居室個室
	B2 タイプ	有/無	有/無	42 m ²	4	一般居室個室
	B3 タイプ	有/無	有/無	36 m ²	2	一般居室個室
C1 タイプ	有/無	有/無	27 m ²	2	一般居室個室	

	C2タイプ	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	24 m ²	6	一般居室個室	
	Dタイプ	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	21 m ²	56	一般居室個室	
	Eタイプ	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	18～21 m ²	29	介護居室個室	
※「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	16ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		11ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房		8ヶ所		
	共用浴室	5ヶ所	個室		0ヶ所		
			大浴場		5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		0ヶ所		
			ストレッチャー浴		1ヶ所		
その他（車イス使用）			1ヶ所				
食堂	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし			
エレベーター	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
緊急通報装 置等	居室	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	一部あり	<input type="checkbox"/> 3	なし
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	一部あり	<input type="checkbox"/> 3	なし
	浴室	<input checked="" 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	<p>(1) 営業活動の充実を図る。</p> <p>(2) 我が家にいるような感覚で生活できる場合の提供</p> <p>(3) 身体的変化に早く対応できるような体制づくり</p> <p>(4) 入居者様の意見の尊重と自立支援職員は、心を念頭に「感謝、笑顔、挨拶」を忘れずレベルアップをめざす。</p>
サービスの提供内容に関する特色	<p>一人ひとりの個性を尊重しながら我が町我が家にいるような雰囲気づくりと入居者様を主体とした生活環境。</p> <p>従業員には入居者様に感謝の気持ちを持って接する「心」を介護の基本に心のこもった挨拶や声掛けといった対話を重視し、入居者様に幸せと安心を感じていただけるよう指導教育を徹底している。</p> <p>また、サークル、レクリエーション等についても地域住民を仲間に入れたいろいろな物を取り入れ、何時も何かを見たり聞いたり作ったり習ったり毎日の生活が豊かに過ごせるよう心がけている。</p>
入浴、排せつ又は食事の介護	<p><input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし</p>
食事の提供	<p>1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 3 なし</p>
洗濯、掃除等の家事の供与	<p>1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託(洗濯のみ) 3 なし</p>
健康管理の供与	<p><input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし</p>
安否確認又は状況把握サービス	<p><input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし</p>
生活相談サービス	<p><input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし</p>

(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 ※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。 ※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。	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		
	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		<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 (訪問診療医の確保)					
協力医療機関	1	名称	医療法人みつや会 新八街総合病院				
		住所	千葉県八街市八街ほ137-1 (アピタシオン白松から 1.5 k m)				
		診療科目	内科・外科・整形外科・眼科・泌尿器科他				
		協力科目	訪問診療 (於アピタシオン白松) 受付予約、救急患者の受け入れ 入院ベッドの常時確保 日常の健康相談 (医療費その他の費用は入居者様の自己負担)				
		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 <table border="1" data-bbox="683 1256 1471 1352"> <tr> <td>医療機関の名称</td> <td>医療法人みつや会 新八街総合病院</td> </tr> <tr> <td>医療機関の住所</td> <td>千葉県八街市八街ほ137-1</td> </tr> </table>		医療機関の名称	医療法人みつや会 新八街総合病院	医療機関の住所	千葉県八街市八街ほ137-1
医療機関の名称	医療法人みつや会 新八街総合病院						
医療機関の住所	千葉県八街市八街ほ137-1						
		2 なし					
協力歯科医療機関	名称	訪問歯科診療 デンタルハート					
	住所	千葉県千葉市中央区新田町 13-16 フクダビル 3F					
	協力内容	週1回の訪問 (医療費その他の費用は入居者様の自己負担)					
	名称	都賀デンタルクリニック					
	住所	千葉県千葉市若葉区都賀 3-2-5 なかや第2ビル 4F					
	協力内容	週1回の訪問 (医療費その他の費用は入居者様の自己負担)					

(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 ※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 ()	
判断基準の内容	<input type="checkbox"/> ① 一時的に常時介護が必要になった場合、一時介護室へ <input type="checkbox"/> ② 長期にわたり常時介護が必要になった場合、介護居室へ	
手続きの内容	医師の意見を踏まえ、本人の意思を確認し、身元引受人の意見を聞いた上、一時介護室または介護居室へ移る。	
追加的費用の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
居室利用権の取扱い	1 一時介護室へ移る場合 移る前の一般居室のまま 2 介護室へ移る場合 移った後の介護居室に移行	
前払金償却の調整の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	便所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	浴室の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	洗面所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	台所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	その他の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (変更内容) 畳敷和室他 <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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項	満65歳以上 他人に危害を与えないように。集団生活がある程度出来る方。 身元引受人、連帯保証人、返還金受取人をたてられる方。(身元引受人、連帯保証人、返還金受取人がいない場合はご相談に応じます。)	
契約の解除の内容	<input type="checkbox"/> ① 入居者が逝去した場合 (2名の場合はどちらともご逝去した場合) <input type="checkbox"/> ② 入居者から契約解除が行われた場合 <input type="checkbox"/> ③ 事業者から契約解除が行われた場合	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	<ul style="list-style-type: none"> ・入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき ・月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞するとき

		・入居者の行動が、他の入居者又は従業員の生命に危害を及ぼし、又はその危害の切迫した恐れがあり、かつ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	30日間
入居者からの解約予告期間		30日間
体験入居の内容	1 あり（内容： ） 2 なし	
入居定員		153人
その他		

5. 職員体制【令和7年7月1日現在】

※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
生活相談員	1	1	0	1
直接処遇職員	42	17	25	34.9
介護職員	25	13	22	28.6
看護職員	7	4	3	6.3
機能訓練指導員	3	1	2	1.6
計画作成担当者	2	2	0	2
栄養士	0	0	0	0
調理員	0	0	0	0
事務員	1	0	1	1
その他職員	11	0	11	7.7
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				38.7
※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	15	7	8
実務者研修の修了者	2	1	1
初任者研修の修了者	4	2	2
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	0	0	0
理学療法士	3	1	2
作業療法士	0	0	0
言語聴覚士	0	0	0
柔道整復士	0	0	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 時 00 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	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 2 : 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)	1.9 : 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	3	0	1	1	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0
応じた職員の数 業務に従事した経験年数に	1年未満	0	1	1	8	0	0	0	0	0
	1年以上	0	0	0	5	0	0	1	2	0
	3年未満									
	3年以上	0	0	2	1	0	0	0	0	0
	5年未満									
	5年以上	0	0	3	1	0	0	0	0	0
	10年未満									
	10年以上	4	2	7	7	1	0	0	0	2
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】	<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 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 <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 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	物価変動、人件費上昇により改訂する場合がある。
	手続き	運営懇談会の意見を聞く

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

(税込)

		プラン1 D2 タイプに1人入居	プラン2 B1 タイプに2人入居
入居者の状況	要介護度	要介護1 (1割)	自立・自立
	年齢	75歳	75歳
居室の状況	床面積	21 m ²	42 m ²
	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 (入居一時金・非課税)	2,250,000円	12,240,000円 (2人目) 4,320,000円
	前払金 (生活支援費)	4,125,000円	(2人分) 8,250,000円
	敷金	0円	0円

月額費用の合計		180,618 円	(2 人分) 305,160 円	
家賃		0 円	0 円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	16,488 円	0 円	
	介護保険外 ^{※2}	食費	45,330 円	90,660 円
		厨房維持管理費	25,300 円	50,600 円
		管理費	82,500 円	141,900 円
		生活支援費	0 円	0 円
	光熱水費	11,000 円	22,000 円	
<p>・生活支援費は月払い 55,000 円(税込)を選択可</p> <p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※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)</p>				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
前払金(入居一時金・非課税)	老人福祉法令等に基づき全国有料老人ホーム協会の入居時のデータ厚生労働省発表の簡易生命表を基にした全国特定施設連絡協議会の試算システムにより算定。 入居一時金 = (1ヶ月の家賃相当額 × 想定居住期間) + (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)
敷金(非課税)	家賃の6ヶ月分 (月払い方式の場合)
前払金(生活支援費・課税)	要支援者及び要介護者に対し手厚い介護(上乘せ人員配置)をするサービス、健常者に対して一時的に入浴・排泄・食事等の介護、生活上の世話をするサービスに対し、長期推計に基づき、要介護者等2人に対し週37.5時間換算で介護・看護職員を1人以上配置するための費用として、介護保険給付によって賄えない額に充当するものとして算定した額
管理費(課税)	共用部分の維持・管理に要する経費。並びに事務、管理部門の人件費として算定した額
食費(課税)	1日3食を提供するための費用
厨房維持管理費(課税)	—
光熱水費(課税)	各居室の電気代・水道代(居室面積・入居人数による)
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)

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、P6 に記載する加算の利用者負担分。
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）	手厚い介護（上乘せ人員配置）に関するサービスに対し、長期推計に基づき、要介護者等2人に対し週37.5時間換算で介護・看護職員を1人以上配置するための費用として、介護保険給付によって賄えない額に充当するものとして算定した額
※ 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	(上記利用料欄に入居一時金として記載)	
想定居住期間（償却年月数）	厚生労働省公表の簡易生命表を基に各年齢における想定居住期間を月数に換算して、入居一時金の償却期間を算出する。 自立：96ヶ月 要支援以：60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）	(最多価格帯D1タイプの例) 自立： 1,920,000円 要支援以上： 600,000円	
初期償却率	自立： 33.33% 要支援以上：20% (家賃×48ヶ月) (家賃×15ヶ月)	
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	<ul style="list-style-type: none"> ・入居一時金 - (入居一時金 - 初期償却額) ÷ 想定居住月数 ÷ 30 × (入居日から契約終了日までの日数) ・初期償却額については無利息で全額返還する。 ・月額利用料については日割り計算にて受領する。
	入居後3月を超えた契約終了	<ul style="list-style-type: none"> ・(入居一時金 - 初期償却額) × (契約終了日から想定居住期間満了日までの日数) ÷ (入居日の翌日から想定居住期間満了日までの日数)
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	

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	2人
	社会福祉施設	3人
	医療機関	0人
	死亡者	20人
	その他	0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	5人
		(解約事由の例) 他施設への転居、自宅へ戻るため

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)

窓口の名称	アビタシオン白松相談窓口 投書箱食堂前、階段踊り場に2か所設置 責任者：施設長 担当：生活相談員	
電話番号	043-444-6141、0120-894-312	
対応している時間	平日	9:00-17:30
	土曜	9:00-17:30
	日曜・祝日	9:00-17:30
定休日	年中無休	
窓口の名称	① 千葉県国民健康保険団体連合会 苦情窓口直通 ② 公益社団法人 全国有料老人ホーム協会	
電話番号	① 043-254-7428 ② 03-5207-2763	
対応している時間	平日	9:00-17:00
	土曜	休み
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 損害保険会社の賠償責任保険に加入(身体賠償・財物賠償)
	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	居住者懇談会時にアンケート用紙配布他
		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
<input checked="" type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	<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
財務諸表の原本	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

10. その他

運営懇談会	<input type="checkbox"/> 1 あり (開催頻度) 年 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	<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 2 年 5 月 7 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「規模及び構造設備」に合致しない事項	1 あり 2 なし (2024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
	なし	あり	なし	あり				
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり	○			保険給付＋人員過配置
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	使用量に応じ実費負担
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	○			保険給付＋人員過配置
特浴介助	なし	あり	なし	あり	○			"
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	○			" 提携病院もしくは隣接市町村
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○	○	介護認定者以外は月3回以上は330円/10分	保険給付＋人員過配置
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○	○	介護認定者以外は2200円/月（週1回交換）	"
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○	○	介護認定者以外は440円/回	外部へ委託
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	○		介護認定者以外は110円/回	保険給付＋人員過配置
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	外部より
買い物代行	なし	あり	なし	あり	○			近隣のスーパー・ホームセンター
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	○			
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	○			
健康相談	なし	あり	なし	あり	○			保険給付＋人員過配置
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	○	○	介護認定者以外は330円/日	"
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				保険給付＋人員過配置 提携病院もしくは通院病院
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり				"
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり				提携病院の場合 2回/週
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。