

## 重要事項説明書

記入年月日	2025年7月1日
記入者名	森本和義
所属・職名	営業企画部・部長

## 1. 事業主体概要

種類	個人／ <input checked="" type="checkbox"/> 法人	
	※法人の場合、その種類	営利法人
名称	(ふりがな) かぶしがいいしゃさん・らぼーるみなみぼうそう 株式会社サン・ラポール南房総	
主たる事務所の所在地	〒151-0072 東京都渋谷区幡ヶ谷1-8-3	
連絡先	電話番号	03-3319-3611
	FAX番号	03-3319-3615
	ホームページアドレス	<a href="https://www.sun-rapport.co.jp">https://www.sun-rapport.co.jp</a>
代表者	氏名	市原俊男
	職名	代表取締役
設立年月日	1992年7月7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) さん・らぼーるみなみぼうそう サン・ラポール南房総	
所在地	〒292-1179 [壱番館] 千葉県君津市豊英355-1 [弐番館] 千葉県君津市豊英355-10	
主な利用交通手段	最寄駅	JR内房線「君津」駅
	交通手段と所要時間	・JR内房線「君津」駅より28km、施設バス1日2往復(シャトルバス約40分) ・JR内房線「木更津」駅より32km、路線バス「サン・ラポール」停留所より10m(徒歩約1分)

連絡先	電話番号	[ 壱番館 ] 0 4 3 9 - 3 8 - 2 2 3 1 [ 弐番館 ] 0 4 3 9 - 3 8 - 2 1 0 0
	FAX番号	[ 壱番館 ] 0 4 3 9 - 3 8 - 2 7 2 7 [ 弐番館 ] 0 4 3 9 - 3 8 - 2 7 3 1
	メール	
	ホームページアドレス	<a href="https://www.sun-rapport.co.jp">https://www.sun-rapport.co.jp</a>
管理者	氏名	根本和彦
	職名	館長
建物の竣工日		[ 壱番館 ] 1 9 8 8 年 9 月 1 日 [ 弐番館 ] 1 9 9 2 年 3 月 1 日
有料老人ホーム事業の開始日		[ 壱番館 ] 1 9 8 8 年 9 月 3 0 日 [ 弐番館 ] 1 9 9 2 年 5 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		
又は 2 に該当する場合	介護保険事業者番号	特定施設入居者生活介護 介護予防特定施設入居者生活介護 千葉県指定 1 2 7 3 0 0 0 0 1 6 号
	指定した自治体名	千葉県
	事業所の指定日	1 9 9 9 年 1 0 月 1 日 ( 介護予防特定施設 2 0 0 6 年 4 月 1 日 )
	指定の更新日（直近）	2 0 2 4 年 3 月 3 1 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	[ 壱番館 ] 8 , 0 1 0 . 5 1 m <sup>2</sup> [ 弐番館 ] 2 , 9 8 2 . 9 5 m <sup>2</sup>	
	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 ( 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	[壹番館] 8,589.88 m <sup>2</sup> (地上 7 階建) [貳番館] 8,234.10 m <sup>2</sup> (地上 10 階地下 1 階建)			
		うち、老人ホーム部分	[壹番館] 8,569.88 m <sup>2</sup> [貳番館] 8,234.10 m <sup>2</sup>			
	耐火構造	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物 ( <input checked="" type="checkbox"/> 普通賃借 ・ <input type="checkbox"/> 定期賃借 )						
抵当権の設定		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし				
契約期間		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (2012 年 8 月 1 日～2032 年 7 月 31 日) <input type="checkbox"/> 2 なし				
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室				
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 相部屋あり				
		最少		1 人部屋		
	最大		2 人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
	壹Aタイプ	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / 無	29.52 m <sup>2</sup>	1 0 0 戸	一般居室個室
	壹Bタイプ	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / 無	39.65 m <sup>2</sup>	1 8 戸	一般居室個室
	壹Cタイプ	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / 無	48.92 m <sup>2</sup>	1 8 戸	一般居室個室
	壹Dタイプ	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / 無	59.04 m <sup>2</sup>	1 2 戸	一般居室個室
	貳Aタイプ	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / 無	35.28 m <sup>2</sup>	5 6 戸	一般居室個室
	貳Bタイプ	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / 無	50.98 m <sup>2</sup>	1 8 戸	一般居室個室
	貳Cタイプ	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / 無	61.74 m <sup>2</sup>	1 8 戸	一般居室個室
	貳Dタイプ	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / 無	70.56 m <sup>2</sup>	8 戸	一般居室個室
	壹介護居室 ①	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	有 / 無	6.95～23.7 m <sup>2</sup>	4 戸	介護居室個室・相部屋
	壹介護居室 ②	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / 無	6.95～22.4 m <sup>2</sup>	9 戸	介護居室個室・相部屋
貳介護居室	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無		6.6～16.1 m <sup>2</sup>	6 戸	介護居室個室・相部屋	
※「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	12ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	8ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房	9ヶ所	
	共用浴室	4ヶ所	個室	0ヶ所	
			大浴場	4ヶ所	
	共用浴室における 介護浴槽	3ヶ所	チェアー浴	2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	
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） 3 あり（上記1・2に該当しない） 4 なし			
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（介護居室のみ）	2	なし
	防火管理者	1	あり	2	なし
	防災計画	1	あり	2	なし
緊急通報装 置等	居室 1 あり 2 一部あり 3 なし	便所 1 あり 2 一部あり 3 なし	浴室 1 あり 2 一部あり 3 なし	その他（多目的室 等） 1 あり 2 一部あり 3 なし	
その他					

サービスの提供内容に関する特色	<ul style="list-style-type: none"> <li>・24 時間体制で常勤の看護職員、介護職員が介護サービスを提供します。</li> <li>・健康を医療情報ネットワークで見守ります。</li> <li>・健康を支える栄養豊かな食事の提供。</li> <li>・四季折々のイベントと仲間と楽しめるアクティビティの提案</li> </ul>			
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	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	2 委託	3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	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	(i) 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
		(ii) 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
※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。	生活機能向上連携加算	(i) 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
		(ii) 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
※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。	ADL 維持等加算	(i) 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
		(ii) 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	個別機能訓練加算	(i) <input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
		(ii) 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	夜間看護体制加算	(i) <input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
		(ii) <input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	若年性認知症入居者受入加算	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
		(i) 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	協力医療機関連携加算(※1)	(ii) <input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
		1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	口腔衛生管理体制加算(※2)	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
		1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	口腔・栄養スクリーニング加算	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
		<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	退院・退所時連携加算	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
		1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	退去時情報提供加算	(i) <input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
		(ii) <input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	看取り介護加算	(i) 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
		(ii) 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 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

	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) 2 : 1			
	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（訪問医療の確保、医療情報の提供）

協力医療機関	1	名称	亀田総合病院（ホームから車で 20km、約 25 分）	
		住所	千葉県鴨川市東町 929	
		診療科目	内科（神経・呼吸器・消化器・循環器・内分泌）・ 外科（整形・形成・脳神経・呼吸器・心臓血管）・ 東洋医学・皮膚科・泌尿器科・理学療法科・放射線 科・眼科・耳鼻咽喉科・麻酔科・他計 31 科 病床数：802 床（うち開放病床 30 床）	
		協力科目	内科（神経・呼吸器・消化器・循環器・内分泌）・ 外科（整形・形成・脳神経・呼吸器・心臓血管）・ 東洋医学・皮膚科・泌尿器科・理学療法科・放射線 科・眼科・耳鼻咽喉科・麻酔科・他計 31 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	1 あり <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2 なし			
新興感染症発生時に連携する 医療機関	1 あり			
	医療機関の名称			
	医療機関の住所			
	<input type="checkbox"/> 2 なし			
協力歯科医療機関	名称			
	住所			
	協力内容			

**（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 3 その他（ ）
判断基準の内容	原則は居室介護を提供しますが、24 時間体制で介護が必要となつた場合、あるいは継続的に医療措置が必要となった場合
手続きの内容	ケアカンファレンスを開催する ・事業者の指定する医師の意見を聞く ・入居者の意思を確認する ・身元引受人等の意見を聞く
追加的費用の有無	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし（ただし、介護居室の水光熱費として月額 11,000 円（税込）はお支払いいただきます）

居室利用権の取扱い		継続（居室はそのまま利用できます）	
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	1 あり	(変更内容)
		<input checked="" 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	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	要介護の者	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・満 60 歳以上の方（夫婦の場合はどちらかが 60 歳以上）。</li> <li>・本人の意思で入居を決められた方。</li> <li>・身の回りのことが自分でできる程度に健康で、かつ健康保険・介護保険に加入している方</li> <li>・身元引受人を原則として 1 人定めていただきます。</li> <li>・身元引受人は利用料等の支払いについて、入居者と連帯して責任を負うとともに、入居契約が解除された時に入居者を引き取る責任を負います。</li> </ul>		
契約の解除の内容	①入居者が逝去した場合 （二人入居の場合はどちらとも逝去した場合） ②入居者から契約解除が行われた場合 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	以下の場合には、相当の予告期間をおいて、契約を解除することがあります。 1. 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 2. 共益費・生活サービス費その他の費用の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞するとき	



		3. 入居者の行動が他の入居者又は従業員の生活又は健康に重大な影響を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常に対応方法ではこれを防止することができないとき 4. 長期の不在で契約継続の意思がないと施設が判断したとき 5. その他、入居契約に定めた事項に義務違反したとき 6. 施設が定める諸規則にしばしば違反があったとき
	解約予告期間	3ヶ月
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（内容：1泊2日3食 7,485円（税込）3泊4日以内） 2 なし	
入居定員		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	1.0
生活相談員	1	1	0	1.0
直接処遇職員	51	33	18	38.4
介護職員	43	29	14	32.9
看護職員	8	4	4	5.5
機能訓練指導員	2	1	1	1.1
計画作成担当者	2	2	0	1.0
栄養士	2	2	0	2.0
調理員	18	6	12	13.5
事務員	9	8	1	8.6
その他職員	17	5	12	11.9
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	19	17	2
実務者研修の修了者	2	0	2
初任者研修の修了者	7	3	4
介護支援専門員	2	2	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	1	1	0
作業療法士	1	0	1
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（17時00分～9時00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	4人	4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. 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							
				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		0	1	2	3	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数		0	4	2	0	0	0	0	0	0	0
応じた業務に従事した経験年数に職員の人数	1年未満	0	2	2	2	0	0	0	0	0	0
	1年以上										
	3年未満	0	0	3	4	0	0	0	0	0	0
	3年以上										
	5年未満	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	5年以上										
	10年未満	2	1	3	6	0	0	1	0	1	0
	10年以上	0	0	2 1	2	1	0	0	1	1	0
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 checked="" 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 <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	決算報告並びに運営状況と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及び人件費等を勘案し、入居契約書第8条に定める運営連絡会並びに入居者集会等で入居者の意見を聴いたうえで行うものとします。	
	手続き	運営連絡会並びに入居者集会等で入居者の意見を聴いたうえで行うものとします。事業者は、入居者並びに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	自立			自立		
	年齢	60歳			60歳		
居室の状況	床面積	29.52㎡			35.28㎡		
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1	有	<input type="checkbox"/> 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1	有	<input type="checkbox"/> 2 無
	浴室	<input checked="" type="checkbox"/> 1	有	<input type="checkbox"/> 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1	有	<input type="checkbox"/> 2 無
	台所	<input checked="" type="checkbox"/> 1	有	<input type="checkbox"/> 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1	有	<input type="checkbox"/> 2 無

入居時点で	前払金	12,200,000円	18,600,000円
必要な費用	敷金	3,960,000円	3,960,000円
月額費用の合計		130,790円	145,190円
家賃		入居一時金に含む	入居一時金に含む
サービス費用	特定施設入居者生活介護※ <sup>1</sup> の費用	介護度による	介護度による
	食費	58,890円／30日	58,890円／30日
	管理費	71,900円	86,300円
	介護費用	上乗せ介護金に含む	上乗せ介護金に含む
	光熱水費	実費	実費
	その他	都度払いサービスあり	都度払いサービスあり
※ <sup>1</sup> 介護予防・地域密着型の場合を含む。			
※ <sup>2</sup> 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 使途は、入居者が終身にわたって居住し、利用する目的施設（居室及び共用施設等）に係わる退去までの家賃相当額</li> <li>・ 家賃には建物の家賃、開発費、目的施設の維持管理費、什器部品、大規模修繕及びリフォームを含む修繕費、借入利息、管理事務費、租税負担等を含みます。平均余命に基づき入居者が50%生存すると想定した居住期間を設定して、空室率及び近傍同種の住宅家賃等を勘案しつつ、想定居住期間の家賃と入居者が想定居住期間を超えて居住する期間の居住に係わる費用を、厚生労働省の標準指導指針に基づき合理的に算定し、加算したもの。別途書面により明示している（想定居住期間は14年）。</li> </ul>
敷金	なし
介護費用	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ （自立）介護費：自立者に対する一時的介護費用</li> <li>・ （要支援・要介護）上乗せ介護費：長期推計に基づき、要介護者2人に対し週40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、介護保険給付及び利用者負担によって賄えない額に充当するものとして、合理的な算定根拠に基づく</li> </ul>
管理費	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 共益費：共用部分の維持管理費、メンテナンス費、光熱水費、清掃等費用</li> <li>・ 生活サービス費：自立者向けの人件費、日常の健康管理費用、行事・イベント費用の一部、車両関係費、事務管理費</li> </ul>

食費	朝食/529 円 昼食/615 円 夕食 819 円 喫食数に応じて精算する 例：1 日 3 食で 30 日提供した場合 58,890 円 (食材費、光熱水費、食器等消耗品の費用)
光熱水費	居室ごとの実費
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	ー

(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、P5 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）	(上掲)
※ 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	老人福祉法令等に基づき、全国有料老人ホーム協会の試算、プログラムにより算定	
想定居住期間（償却年月数）	1 6 8 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）	入居一時金×15%	
初期償却率	15%	
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"> <li>入居日から契約終了日までの、施設利用費の 1 日当たりの利用料（共益費・生活サービス費及び食費を除く）を入居一時金から差し引いて返還する。</li> <li>※入居一時金－上記 1 日当たりの利用料×上記利用日数</li> </ul>
	入居後 3 月を超えた契約終了	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. 入居者が 1 人の場合であって契約終了した場合</li> <li>・入居一時金想定居住期間内の場合 入居一時金×85%÷想定居住期間の日数（14 年×365 日）×契約終了日から想定居住期間満了日までの日数</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"><li>・入居一時金想定居住期間を超える場合 返還金はありませんが、家賃相当額の追加徴収も行いません。</li></ul> <p>2. 入居者が 2 人の場合、その一方が契約終了退去した場合</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・入居一時金想定期間内の場合 加算入居一時金×85%÷想定居住期間の日数（14 年×365 日）×契約終了日から想定居住期間満了日までの日数</li><li>・入居一時金想定居住期間を超える場合 返還金はありませんが、家賃相当額の追加徴収も行いません。</li></ul>	
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	8 3 人
	女性	1 6 7 人
年齢別	65 歳未満	2 人
	65 歳以上 75 歳未満	1 2 人
	75 歳以上 85 歳未満	8 4 人
	85 歳以上	1 5 2 人
要介護度別	自立	1 6 6 人
	要支援 1	1 0 人
	要支援 2	9 人
	要介護 1	2 1 人
	要介護 2	1 9 人
	要介護 3	1 2 人
	要介護 4	1 1 人
	要介護 5	2 人

入居期間別	6ヶ月未満	16人
	6ヶ月以上1年未満	7人
	1年以上5年未満	53人
	5年以上10年未満	61人
	10年以上15年未満	48人
	15年以上	65人

#### (入居者の属性)

平均年齢	85.8歳
入居者数の合計	250人
入居率※	83.3%
※ 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	4人
	社会福祉施設	0人
	医療機関	0人
	死亡者	16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) なし
	入居者側の申し出	4人
		(解約事由の例) 自己都合

### 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		サン・ラポール南房総相談窓口（担当：館長及び副館長）
電話番号		０４３９－３８－２２３１
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		なし



窓口の名称		サン・ラポール相談窓口
電話番号		0120-067-650
対応している時間	平日	10:00～17:00
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土・日・祝日、年末年始
窓口の名称		千葉県健康福祉高齢者福祉課
電話番号		043-223-2350
対応している時間	平日	8:30～17:15
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土・日・祝日、年末年始
窓口の名称		千葉県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情相談窓口
電話番号		043-254-7428
対応している時間	平日	9:00～12:00、13:00～17:00
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土・日・祝日、年末年始
窓口の名称		君津市高齢者支援課
電話番号		0439-56-1736
対応している時間	平日	8:30～17:15
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土・日・祝日、年末年始

**(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) 有料老人ホーム賠償責任保険
	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) 総合賠償責任保険
	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"/> あり	実施日	2013年7月1日 ※意見箱は常設
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> あり      2 なし
第三者による評価の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし	
		実施日	2017年2月10日
		評価機関名称	特定非営利活動福祉経営ネットワーク
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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"/> あり	(開催頻度) 年 1 2 回			
	<input type="checkbox"/> なし				
	<input type="checkbox"/> 代替措置あり	(内容)			
	<input type="checkbox"/> 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"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
	指針の整備	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
	定期的な研修の実施	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
	担当者の配置	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 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"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
	指針の整備	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
	定期的な研修の実施	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 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"/> 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"/> あり <input type="checkbox"/> 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"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
	災害に関する業務継続計画	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
	従事者に対する周知の実施	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
	定期的な研修の実施	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
	定期的な訓練の実施	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
	定期的な業務継続計画の見直し	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
提携ホームへの移行 【表示事項】	<input type="checkbox"/> あり（提携ホーム名： ）				
	<input type="checkbox"/> 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"/> あり（壱番館 1988 年 10 月 20 日届出） （弐番館 1992 年 5 月 1 日届出） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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"/> あり（ 年 月 日登録） <input type="checkbox"/> 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	<div>1 あり</div> <div>2 なし</div> <div>(2001年3月1日施行の設置運営指導指針を適用)</div>
合致しない事項がある場合の内容	<div>・個室の整備 一部不適合(多床室あり)</div> <div>・スプリンクラー設備不適合(介護居室のみ設置)</div>
「既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	<div>1 適合している(代替措置)</div> <div>2 適合している(将来の改善計画)</div> <div>3 適合していない</div>
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	サン・ラボ ール南房総	千葉県君津市豊英355-1
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	サン・ラボ ール南房総	千葉県君津市豊英355-1
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			備考	
					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		○		週 4 回以上は 1 回 2,000 円	
特浴介助	なし	あり	なし	あり		○		週 4 回以上は 1 回 2,000 円	
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		○		協力医療機関以外は 30 分 440 円、交通費実費	
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○		月 3 回以上は 30 分 440 円	
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					
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		○	実費		
おやつ			なし	あり		○	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 440 円	
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	○			年 2 回	
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		○		協力医療機関以外は 30 分 440 円、交通費実費	
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○		協力医療機関以外は 30 分 440 円、交通費実費	

入院中の洗濯物交換・買い物	なし	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>		○		協力医療機関は週 3 回以上 30 分 440 円。 協力医療機関以外は 30 分 440 円、交通費 実費
入院中の見舞い訪問	なし	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>		○		協力医療機関は週 3 回以上 30 分 440 円。 協力医療機関以外は 30 分 440 円、交通費 実費

※ 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、月額の利用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。