

有料老人ホーム敬老園サンテール千葉入居契約兼指定特定施設等利用契約
重要事項説明書

		記入年月日	2011/1/1
記入者名	白井 功一	所属・職名	本部総務課

1. 事業主体概要

事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先			
事業主体の名称	法人等の種類	なし	(あり) 宗教法人
	名称 宗教法人阿弥陀寺	(ふりがな) しゅうきょうほうじんあみだじ	
事業主体の主たる 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		
事業主体の連絡先	電話番号	043-265-3820	
	F A X 番号	043-265-7182	
	ホームページ アドレス	なし	
	(あり)	http://www.keirouen.jp/	
事業主体の代表者の 氏名及び職名	氏名	宇野 弘之	
	職名	代表役員	
事業主体の設立年月日	1976/10/27		

事業主体が当該都道府県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	敬老園サ テール千葉 (他7箇所)	千葉市中央区仁戸名町 682-70
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>				
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		
居宅介護支援	あり	なし		
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	なし		
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		
介護予防通所介護	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	敬老園サ テール千葉 (他7箇所)	千葉市中央区仁戸名町 682-70
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		

2. 施設概要

施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先		
施設の名称	(ふりがな) けいろうえん さんてーるちば 敬老園サンテール千葉	
施設の所在地	〒260-0801	市区町村コード：12101
	千葉県千葉市中央区仁戸名町 682-70	
施設の連絡先	電話番号	043-226-7500
	F A X 番号	043-226-7599
	ホームページ	なし
	アドレス	あり http://www.keirouen.jp/
施設の開設年月日		2010/10/1
施設の管理者の氏名 及び職名	氏名	宇野 弘之
	職名	施設長
施設までの主な利用交通手段		
<p>① J R 千葉駅東口下車、千葉中央バス②番乗り場より鎌取駅・誉田駅・大宮団地・千葉リハビリセンター行き乗車「千葉東病院」停留所下車 6m</p> <p>② J R 蘇我駅下車 東口よりタクシー約 5km</p>		
施設の類型及び表示事項	<p>○類型：介護付有料老人ホーム (一般型特定施設入居者生活介護)</p> <p>○居住の権利形態：利用権方式</p> <p>○利用料の支払い方式：一時金方式</p> <p>○入居時の要件：入居時自立</p> <p>○介護保険：千葉県指定介護保険特定施設(一般型特定施設)</p> <p>○居室区分：一般居室・全室個室 介護居室・相部屋あり(2人部屋)</p> <p>○介護にかかわる職員体制：2.0:1以上</p>	
介護保険事業所番号	<p>特定施設入居者生活介護事業所 千葉県指定第 1270102948 号</p> <p>介護予防特定施設入居者生活介護事業所 千葉県指定第 1270102948 号</p>	
特定施設入居者生活介護の事業の開始年月日又は開始予定年月日、指定又は許可を受けた年月日(指定又は許可の更新を受けた場合にはその年月日)		
事業の開始(予定)年月日	2010/10/1	
指定の年月日	2010/10/1 (2010/10/1)	
指定の更新年月日		

3. 従業者に関する事項

職種別の従業者の人数及びその勤務形態						
有料老人ホームの人数及びその勤務形態						
実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算 人 数
	専従	非専従	専従	非専従		
施設長	1	0	0	0	1	1.0
生活相談員	1	0	0	0	1	1.0
看護職員	2	2	3	0	7	6.6 (自立者対応2名)
介護職員	12	2	0	0	14	13.0 (自立者対応2名)
機能訓練指導員	0	2	0	0	2	1.0 看護師兼務
計画作成担当者	0	2	0	0	2	1.0 介護職員兼務
栄養士	1	0	0	0	1	1.0
調理員	0	0	0	0	0	外部委託
事務員	6	1	2	0	9	7.7
その他従業者	0	0	0	0	0	警備等、外部委託
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数						40時間
※ 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。						
従業者である介護職員が有している資格						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
社会福祉士	0	0	0	0		
介護福祉士	3	0	0	0		
介護職員基礎研修	0	0	0	0		
訪問介護員1級	0	0	0	0		
2級	11	0	0	0		
3級	0	0	0	0		
介護支援専門員	0	2	0	0		
従業者である機能訓練指導員が有している資格						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
理学療法士	0	0	0	0		
作業療法士	0	0	0	0		
言語聴覚士	0	0	0	0		
看護師及び准看護師	0	2	0	0		
柔道整復士	0	0	0	0		
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0	0		
夜勤を行う看護職員及び 介護職員の数	最少時の人数（宿直の従事者を除いた人数）				2人	
	平均時の人数				2人 (介護職員1人 +看護職員1人)	

特定施設入居者生活介護の提供に当たる従業者の人数及びその勤務形態						
実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算 人 数
	専従	非専従	専従	非専従		
生活相談員	1	0	0	0	1	1.0
看護職員	1	2	2	0	5	4.6
介護職員	10	2	0	0	12	11.0
機能訓練指導員	0	2	0	0	2	1.0
計画作成担当者	0	2	0	0	2	1.0
その他従業者	0	0	0	0	0	0
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数						40時間
※ 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。						
従業者である介護職員が有している資格						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
社会福祉士	0	0	0	0		
介護福祉士	3	0	0	0		
介護職員基礎研修	0	0	0	0		
訪問介護員1級	0	0	0	0		
2級	9	0	0	0		
3級	0	0	0	0		
介護支援専門員	0	2	0	0		
従業者である機能訓練指導員が有している資格						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
理学療法士	0	0	0	0		
作業療法士	0	0	0	0		
言語聴覚士	0	0	0	0		
看護師及び准看護師	0	2	0	0		
柔道整復士	0	0	0	0		
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0	0		
管理者の他の職務との兼務の有無						なし
管理者が有している当該業務に係る資格等	なし	あり	資格等の名称 介護福祉士 介護支援専門員			
特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護職員及び介護職員の常勤換算方法による人数の割合						1.94 : 1 (51.485%)

従業者の当該介護サービスに係る業務に従事した経験年数等						
	看護職員		介護職員		生活相談員	
	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	0	15	0	0	0
前年度1年間の退職者数	2	0	12	0	0	0
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数	0	0	8	0	0	0
1年以上3年未満の者の人数	0	0	1	0	0	0
3年以上5年未満の者の人数	0	0	0	0	0	0
5年以上10年未満の者の人数	0	0	1	0	0	0
10年以上の者の人数	3	2	2	0	1	0
	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
前年度1年間の採用者数	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数	0	0	0	0	0	0
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数	0	0	1	0	0	0
1年以上3年未満の者の人数	2	0	0	0	0	0
3年以上5年未満の者の人数	0	0	0	0	0	0
5年以上10年未満の者の人数	0	0	0	0	0	0
10年以上の者の人数	0	0	1	0	0	0
従業者の健康診断の実施状況				なし	あり	

※平成22年10月1日より宗教法人阿弥陀寺が事業承継した為、上記前年度データは厚生年金サントール千葉のそれを記載したものです。

4. サービスの内容

施設の運営に関する方針		
<p>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」「皆んな仲良く和」「まごころ奉仕」と有難うとさせていただける社会奉仕としてのお仕事を園訓に、今日まで健全経営を行なっています。</p> <p>敬老園 サンテール千葉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に、職員一同、チームの力を合わせて取り組んでいます。ご入居者・ご家族にお喜びいただ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。</p>		
介護サービスの内容、利用定員等		
個別機能訓練の実施（介護報酬の加算）の有無	なし	あり
夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無	なし	あり
医療機関連携加算（介護報酬の加算）の有無	なし	あり
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	なし	あり
利用者の個別的な選択による介護サービスの実施状況		別紙
協力医療機関の名称	千葉社会保険病院 千葉市中央区仁戸名町 682（施設に隣接）	
<p>（協力の内容）</p> <p>【診療科目】一般内科／消化器内科／循環器科／呼吸器科／泌尿器科／腎臓内科／外科／整形外科／リウマチ科／眼科／耳鼻咽喉科／皮膚科</p> <p>【協力内容】健康相談のための嘱託医師派遣、日帰り人間ドック（年1回、予約） 緊急時、休診日及び夜間時の救急患者受け入れ、入院受け入れ 他の医療機関への紹介。 ※医療費その他費用は入居者自己負担）</p>		
協力歯科医療機関	なし	あり
<p>その名称 東京厚生年金病院 〒162-8543 東京都新宿区津久戸町 5-1 TEL 03-3269-8111 【交通機関】JR「飯田橋」駅下車。 約 400m（徒歩約 5 分）</p>		
<p>（協力の内容） 歯科検診の実施。口腔内衛生の指導等。 ※医療費その他費用は入居者自己負担）</p>		
要介護時における居室の住み替えに関する事項		
要介護時に介護を行う場所		
専用居室、介護居室、一時介護室（ケアルーム）のいずれか。		

入居後に居室を住み替える場合		
一時介護室へ移る場合		
判断基準・手続について		
(その内容) 退院後や日常生活上で一時的に介護を要する場合など。 【手続】 一 事業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。		
追加的費用の有無	なし	あり
居室利用権の取扱い		
(その内容) 一時介護室（ケアルーム）は一時的に利用する共用施設であり、居室の利用権に変更はありません。居室は従来どおりいつでも利用が可能となるので、住み替えではありません。		
入居一時金償却の調整の有無	なし	あり
従前の居室からの面積の増減の有無	なし	あり
従前居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	なし	あり
浴室の変更の有無	なし	あり
洗面所の変更の有無	なし	あり
台所の有無	なし	あり
その他の変更の有無	なし	あり
(その内容) 室内全体の仕様が異なる。		
介護居室へ移る場合		
判断基準・手続について		
(その内容) 長期間にわたり、頻繁な介護が必要となった場合は、介護居室での介護を行う。その場合以下の手続きを行う。 一 事業者の指定する医師の意見を聴く。 二 緊急やむを得ない場合を除いて一定の観察期間を設ける。 三 本人及び身元引受人に相談のうえ、同意を得る。		
追加的費用の有無	なし	あり
居室利用権の取扱い		
(その内容) 当初入居した居室から、住替え後の居室に利用権が移動します。		
入居一時金償却の調整の有無	なし	あり
従前の居室からの面積の増減の有無	なし	あり
従前居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	なし	あり
浴室の変更の有無	なし	あり
洗面所の変更の有無	なし	あり
台所の有無	なし	あり
その他の変更の有無	なし	あり
(その内容) 室内全体の仕様が異なる。		

その他	なし	あり
判断基準・手続について		
(その内容)		
適切な介護等を提供する為に必要と判断する場合は、当法人が運営する他の敬老園へ住み替えていただくことがあります。その場合、以下の手続を行います。		
【手続】		
一 事業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。		
四 緊急やむを得ない場合を除いて一定の観察期間を設ける。		
五 住み替え後の居室及び介護等の内容、権利の変動、占有面積の変更に伴う費用負担の増減等について、入居者及び身元引受人等に説明を行う。		
六 入居者の同意を得る。		
追加的費用の有無	なし	あり
居室利用権の取扱い		
(その内容)		
当初入居した居室から、住み替え後の居室に利用権が移動します。		
入居一時金償却の調整の有無	なし	あり
従前の居室からの面積の増減の有無	なし	あり
従前居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	なし	あり
浴室の変更の有無	なし	あり
洗面所の変更の有無	なし	あり
台所の有無	なし	あり
その他の変更の有無	なし	あり
(その内容)		
当法人が経営する他の敬老園へ住み替えを行なった場合、又は当施設内で他の居室へ住み替えた場合等は、室内全体の仕様が異なることがあります。費用としては、介護保険給付以外のサービスに要する費用、管理費食費、その他の費用等を変更する場合があります。又要介護者等の場合には、介護保険給付の自己負担額が異なる場合もあります。		
施設の入居に関する要件		
自立している者を対象	なし	あり
要支援の者を対象	なし	あり
要介護の者を対象	なし	あり
留意事項	<p>○入居時に、原則 65 歳以上で日常の身の回りのことが自分でできる程度に健康で自立された方。</p> <p>○2 人入居の場合は、夫婦、親子、兄弟姉妹に限ります。</p>	
契約の解除の内容	<p>I 入居者が死亡したとき（入居者が 2 名の場合は、いずれもが死亡したとき）。（入居契約書第 35 条第 1 項）</p> <p>II 事業者が入居契約書第 36 条（事業者の契約解除）に基づき解除を通告し、予告期間が満了したとき。</p>	

	<p>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。</p> <p>②管理費その他の費用の支払いを正当な理由がなくて、しばしば遅滞するとき。</p> <p>③事業者の承認を得ないで入居契約書第 7 条（契約当事者以外の第三者の同居）第 1 項に規定する行為を行なったとき。</p> <p>④建物、付属設備又は敷地を故意又は重大な過失により汚損、破損又は滅失したとき。</p> <p>⑤入居契約書第 23 条（使用上の注意）、入居契約書第 29 条（原状回復義務）第 1 項、入居契約書第 31 条（転貸、譲渡等の禁止）又は入居契約書第 32 条（その他の禁止又は制限される行為）の規定に違反したとき。</p> <p>⑥入居者の行動が他の入居者又は従業員の生活、健康、生命に重大な影響を及ぼし、又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。但し、入居者の行動が特定の病因等に基づくものであると事業者の指定する医師により診断され、入居者が医療機関において通院・入院による治療を受けている場合等についてはこの限りではない。</p> <p>⑦入居者の行動が事業者の事業運営に対して著しく障害を与え、これにより事業者が他の入居者に対する日常の諸提供サービスの実施を阻害され、警告にも応じないとき。</p> <p>Ⅲ入居者が入居契約書第 37 条（入居者の契約解除）に基づき解除を通告し、予告期間が満了したとき。</p>
体験入居の内容	<p>1 泊 2 日 3 食付 5,250 円（輝・友の会会員は割引制度あり） 以降 10,500 円／日 最長 1 ヶ月</p>
入居定員	129 名
その他	<p>【短期解約特例】 入居日から 90 日以内に入居者から解約の申し出がなされた場合、または入居者の死亡により契約が終了した場合は、契約書第 51 条に基づき、入居一時金及び月額利用料等、受領済総額の契約期間に係る日割り分、及び専用居室の原状回復等に要する費用を除き、全額を返還いたします。</p>

入居者の状況						
入居者の人数						
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
65歳未満	0	0	0	0	0	0
65歳以上75歳未満	0	0	0	0	0	0
75歳以上85歳未満	1	2	2	3	2	10
85歳以上	5	3	3	3	1	15
	自立	要支援1	要支援2	経過的要介護		合計
65歳未満	0	0	0	0		0
65歳以上75歳未満	8	0	0	0		8
75歳以上85歳未満	66	1	2	0		69
85歳以上	4	0	3	0		7
入居者の平均年齢						83.2歳
入居者の男女別人数	男性	33名		女性	76名	
入居率（一時的に不在となっている者を含む。）					定員129名に対し 84.496%	
前年度の有料老人ホームを退居した者の人数						
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
自宅等	0	0	0	0	0	0
社会福祉施設	0	0	0	0	0	0
医療機関	0	0	0	0	0	0
死亡者	0	0	0	1	0	1
その他	0	0	0	0	0	0
	自立	要支援1	要支援2	経過的要介護		合計
自宅等	0	0	0	0		0
社会福祉施設	0	0	0	0		0
医療機関	0	0	0	0		0
死亡者	1	1	0	0		2
その他	1	0	0	0		1
入居者の入居期間						
入居期間	6ヶ月未満	6ヶ月以上 1年未満	1年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上 15年未満	15年以上
入居者数	0	0	8	12	18	71

※平成22年10月1日より宗教法人阿弥陀寺が事業承継した為、上記前年度データは厚生年金サテール千葉のそれを記載したものです。

施設、設備等の状況						
建物の構造	建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物			なし	あり	
	建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物			なし	あり	
居室の状況	区分			室数	人数	1の居室の床面積
	一般居室個室	あり	なし	96	129	40.03 m ² ～ 49.99 m ²
	一般居室相部屋	あり	なし			m ²
	介護居室相部屋	あり	なし	10	20	19.72 m ²
	一時介護室	あり	なし	1	4	31.10 m ²
共用便所の設置数	12		うち男女別の対応が可能な数		12 か所	
			うち車椅子等の対応が可能な数		8 か所	
個室の便所の設置数	96		個室における便所の設置割合		100%	
			うち車椅子等の対応が可能な数		96 か所	
浴室の設備状況	浴室の数		個浴	介護浴室	特殊浴槽	リフト浴槽
	96 (専用居室)			1	1	1
その他、浴室の設備に関する事項						
食堂の設備状況	自立者用 1階 92席		要介護者用 2階 32席			
入居者等が調理を行う設備状況				なし	あり	
その他、共用施設の設備状況						
なし	あり	(その内容) フロント・ロビー・ダイニングルーム・ラウンジ・温水プール・ホール 多目的ルーム・プレイルーム (ビリヤード) ・プレイルーム (麻雀) 音楽室 (カラオケ) ・和室 (華道・茶道ほか) ・アトリエ (陶芸・絵画) ヘアサロン (有料) ・ゲストルーム (有料) ・コインランドリー (有料) メールコーナー・自販機コーナー・トランクルーム (有料) ・屋上菜園 (有料) 中庭・庭園遊歩道・健康管理室・健康相談室・一時介護室 (ケアルーム) 介護浴室・特殊浴槽・車椅子用リフト浴槽・ケアサロン (要介護者専用 食堂 兼リビングルーム)				
バリアフリーの対応状況						
(その内容) 全居室内、廊下、共用施設に手すり設置。車椅子での移動可能。						
緊急通報装置の設置状況	なし	一部あり		各居室内にあり		
外線電話回線の設置状況	なし	一部あり		各居室内にあり		
テレビ回線の設置状況	なし	一部あり		各居室内にあり		
施設の敷地に関する事項						
敷地の面積			6,991.50 m ²			
事業所を運営する法人が所有		なし	一部あり		あり	
抵当権の設定		なし		あり		
貸借 (借地)						
なし	あり	契約期間	始	終		
契約の自動更新				なし	あり	

施設の建物に関する事項							
建物の延床面積		10,844.50 m ² 高層棟（1号館）： 鉄骨鉄筋コンクリート造 地下1階・地上9階建 低層棟（2号館）： 鉄筋コンクリート造 地上5階建					
事業所を運営する法人が所有		なし		一部あり		あり	
抵当権の設定		なし				あり	
貸借（借家）							
なし		あり		契約期間		始	
						終	
契約の自動更新				なし		あり	

利用者からの苦情に対応する窓口等の状況			
事業主体や施設に設置している利用者からの苦情に対応する窓口			
窓口の名称	①苦情処理担当者（管理者：小藤 芳樹） ②敬老園本部（事業部長：堀田 良勝）		
電話番号	①敬老園サンテール千葉（043-226-7500） ②敬老園本部（043-265-3820）		
対応している時間	平日	①、②9：00～17：00	
	土曜	①、②9：00～17：00	
	日曜・祝日	①、②9：00～17：00	
定休日等	なし		
上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等			
窓口の名称	①社団法人全国有料老人ホーム協会 ②千葉県国民健康保険団体連合会		
電話番号	①03-3272-3781 ②043-254-7428		
対応している時間	平日	①9：00～17：00 ②9：00～17：00	
	土曜	①・②なし	
	日曜・祝日	①・②なし	
定休日等	①・②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			
なし	あり	（その内容）社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、サービス提供上の事故により入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合、不可抗力による場合を除き賠償されます。	
その他、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に関すること			
なし	あり	（その内容）上記で対応する為、なし。	
サービスの提供内容に関する特色等			
<p>（その内容）「お年寄りを大切に」「皆んな仲良く和」「まごころ奉仕」「有難うとっていただける社会奉仕としてのお仕事」を園訓に、敬老精神、父母同然の介護を基本として職員一同、力を合わせたチーム力による介護サービスを提供。またご入居者一人ひとりの状態に合わせた介護を心がけ、自立と尊厳を大切に介護を実践しています。</p> <p>介護福祉士やリハビリテーションの養成校もあり、長期展望のもとに大切な人材を育て、介護サービスの質的向上の態勢を整えています。</p>			
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			
なし	あり	実施した年月日	平成 21 年 10 月 2 日
		当該結果の開示状況	なし あり
第三者による評価の実施状況			
なし	あり	実施した年月日	
		実施した評価機関の名称	
		当該結果の開示状況	なし あり

5. 利用料金

年齢により一時金の料金が異なる場合		なし	あり	
一時金に関する費用				
①居室に要する一時金（一般居室や介護居室、共用部分の利用のための家賃相当額に充当されるもの）		なし	あり	
名称		入居一時金		
		最低の額	最高の額	最多価格帯
一般居室	1人の入居の場合	1,761万円	3,517万円	2,013万円 63戸
		最低の額	最高の額	最多価格帯
一般居室	2人の入居の場合	2,577万円	4,333万円	3,276万円 33戸
		最低の額	最高の額	最多価格帯
	人の入居の場合	円	円	円 戸
一時金の算定根拠				
(その内容)				
<ul style="list-style-type: none"> ・入居者が居住する居室、及び入居者が利用する共用施設等の費用として、終身にわたり受領する家賃相当費用。 ・土地、建物、建物付属設備、構築物、車輛運搬具、什器備品費の取得費、借入金利息等の総合計を算定基礎とし、平均余命等を勘案した想定居住期間等に係わる家賃相当額。 				
一時金の償却に関する事項				
償却開始		入居をした月	なし	あり
		上記以外	(その内容)	
初期償却率 (%)		15%		
償却年月数		一般居室 180ヶ月（入居時 65歳から 74歳までの方） 一般居室 120ヶ月（入居時 75歳から 79歳までの方） 一般居室 96ヶ月（入居時 80歳以上の方）		
解約時返還金の算定方法		85%を15年間（入居時年齢により償却年数が異なる）で償却し、この期間内に契約が終了した場合には、下記の計算に基づき無利息で居室明け渡し翌日3ヶ月経過後の末日に返還する。償却期間終了後、返還金はなくなるが追加入居金は不要(契約解約条件については第4項を参照) $(入居一時金 \times 0.85) \times (180ヶ月 - 経過月数) \div 180ヶ月$ *入居時の年齢により180ヶ月を次の月数と読み替える。 ・75歳から79歳までの方 120ヶ月 ・80歳以上の方 96ヶ月 ※2人入居で、いずれか1人が退居した場合は、上記計算式の「入居一時金」を「追加一時金」と読み替える。		

保全措置の実施状況	なし	<input checked="" type="radio"/>	(その内容) (社)全国有料老人ホーム協会の入居者基金制度に加入。当法人が個別入居者について基金に拠出金を支払うことにより万一倒産等に至り、入居者すべてが退居せざるを得なくなり、かつ入居者から入居契約が解除された場合、償却期間終了後においても保証金として500万円が入居者に支払われる。(500万円は介護等一時金と併せ、前払い金総額に対する保証額)
②利用者の選定による介護サービス利用料 (人員配置が手厚い場合の介護サービス)	なし	<input checked="" type="radio"/>	
(「あり」の場合、その内容、利用料及び算定根拠) 長期推計に基づき、要介護者等2人に対し、週40時間換算で介護・看護職員を1人以上配置した場合の件費として、入居時に1人当たり378万円(税込)を受領する。但し、入居時年齢が80歳以上の場合は1人当たり189万円とする。			
「あり」の場合、介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない額に充当するものとしての合理的な積算根拠		なし	<input checked="" type="radio"/>
名称	介護保険給付対象外一時金(介護等一時金)		
一時金の償却に関する事項			
償却開始	入居をした月	なし	<input checked="" type="radio"/>
	サービス提供を開始した月	<input checked="" type="radio"/>	あり
	上記以外	(その内容)	
初期償却率(%)	0%		
償却年月数	介護保険給付対象外一時金(介護等一時金)に関わる想定負担期間は入居時の年齢に応じて異なり、介護等一時金の償却期間は入居一時金のそれに準じるものとし、以下のように定める。 入居時年齢65~74歳まで 償却期間180ヶ月(15年) 75~79歳まで 償却期間120ヶ月(10年) 80歳以上 償却期間96ヶ月(8年)		
解約時返還金の算定方法	100%を上記の償却期間で償却し、この期間内に契約が終了した場合は、下記の計算式に基づき無利息で返還する。償却期間終了後、返還金はなくなる。 $\text{介護等一時金} \times (\text{償却期間} - \text{経過月数}) \div \text{償却期間}$		
保全措置の実施状況	なし	<input checked="" type="radio"/>	(その内容) (社)全国有料老人ホーム協会の入居者基金制度に加入。当法人が個別入居者について基金に拠出金を支払うことにより万一倒産等に至り、入居者すべてが退居せざるを得なくなり、かつ入居者から入居契約が解除された場合、償却期間終了後においても保証金として500万円が入居者に支払われる。(500万円は入居一時金と併せ、前払い金総額に対する保証額)

③利用者の個別的な選択による介護サービス利用料		なし	あり
(「あり」の場合、その内容、利用料及び算定根拠)			
名称			
一時金の償却に関する事項			
償却開始	入居をした月	なし	あり
	サービス提供を開始した月	なし	あり
	上記以外	(その内容)	
初期償却率 (%)			
償却年月数			
解約時返還金の算定方法			
保全措置の実施状況			
なし	あり	(「あり」の場合、その内容)	
④その他に要する一時金		なし	あり
(「あり」の場合、その内容、利用料及び算定根拠)			
名称			
解約時返還金の算定方法			
保全措置の実施状況			
なし	あり	(「あり」の場合、その内容)	
一時金に対する留意事項等			
なし	あり	(「あり」の場合、その内容)	

介護保険給付以外のサービスに要する費用

月額の場合の利用料の額

管理費	なし	<input checked="" type="radio"/> あり	105,000円～157,500円(税込)
(「あり」の場合、その用途) 管理・事務部門の人件費。健康管理及び生活支援サービス提供の為の人件費。定期健康診査、人間ドック、歯科検診実施の費用及び事務費。共用施設の維持管理費、及び備品、消耗品費。また管理費以外の実費徴収サービスに関する詳細は添付の「介護サービス等の一覧表」を参照のこと。 尚、定員2名の居室に1人入居の場合、管理費は157,500円となります。			
食費	なし	<input checked="" type="radio"/> あり	30日 56,700円(税込)
(「あり」の場合、その内容) 56,700円/1人・1ヶ月(30日間) 内訳・朝食：420円/昼食：630円/夕食：840円 ※上記合計金額は、ダイニングルームにて3食1ヶ月(30日間)喫食した場合の費用。 食数に応じて月額食費合計金額は異なります。 ※自炊、外食等でダイニングルームでの喫食がない場合も、月額基本料金として13,020円が必要です。			
光熱水費	なし	<input checked="" type="radio"/> あり	一般居室の水光熱費、電話代は別途実費負担です。

利用者の個別的な選択による介護サービス利用料

人員配置が手厚い場合の介護サービス	<input checked="" type="radio"/> なし	あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料)		
「あり」の場合、介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない額に充当するものとしての合理的な積算根拠	なし	あり
個別的な選択による介護サービス	<input checked="" type="radio"/> なし	あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料)		

家賃相当額 なし あり 円

その他に必要な月額利用料 なし あり

(「あり」の場合、その内容及び利用料)
 ※ 要介護者等の場合、介護保険給付の自己負担額を支払う。
 (介護給付費単位：1単位10.27円)

区分	介護給付費の単位	30日分の目安	法定代理受領時の自己負担分
要支援1	203単位/日	62,544円	6,255円/月
要支援2	469単位/日	144,498円	14,450円/月
要介護1	571単位/日	175,925円	17,593円/月
要介護2	641単位/日	197,492円	19,750円/月
要介護3	711単位/日	219,059円	21,906円/月
要介護4	780単位/日	240,318円	24,032円/月
要介護5	851単位/日	262,193円	26,220円/月

※ 要介護者等の場合、夜間看護体制加算の自己負担額を支払う。

区分	介護給付費の単位	30日分の目安	法定代理受領時の自己負担分
夜間看護体制	10単位/日	3,081円	309円/月

※ 要介護者等の場合、医療機関連携加算の自己負担額を支払う。

区分	介護給付費の単位	1ヶ月分の費用額	法定代理受領時の自己負担分
医療機関連携	80単位/月	821円	83円/月

- ・当施設の介護給付費は、1単位=10.27円です。
- ・30日分の目安は、(介護給付費の単位) × (利用日数) × (単位の単価) で求め小数点以下切り捨て。
- ・続いて法定代理受領相当分として、介護報酬の9割を求め、小数点以下切り捨て。
- ・利用者負担分は、30日分の目安から法定代理受領相当分を差し引いた額です。
- ・上記の30日分の目安は、実際の利用日数に応じて決定します。
- ・法定代理受領時の自己負担分は、1割負担の場合です。
- ・消費税は、非課税です。

その他、一時金及び利用料以外に必要な利用料

なし

あり

(「あり」の場合、その内容及び利用料)
 詳細は添付の「介護サービス等の一覧表」を参照。

6. 千葉県有料老人ホーム設置運営指導指針に対する適合性

千葉県有料老人ホーム設置運営指導要綱に関する手続き			
地元市町村長の意見書	平成	年	月 日
千葉県に対する事前協議終了日	平成	年	月 日
千葉県知事に対する設置届提出日	平成22年	9月	15日
千葉県有料老人ホーム設置運営指導指針に対する適合			
適用する設置運営指導指針（下記のいずれかに「○」印を記入）			
平成20年4月1日施行の設置運営指導指針			
平成20年4月1日施行の設置運営指導指針の特例措置			
平成18年6月20日施行の設置運営指導指針			
平成18年6月20日施行の設置運営指導指針の特例措置			
平成14年12月2日施行の設置運営指導指針			
平成14年12月2日施行の設置運営指導指針の特例措置			
平成13年3月1日施行の設置運営指導指針			
平成13年3月1日施行の設置運営指導指針施行前の設置施設			○
設置運営指導指針における適合の可否			
個室の整備	適合	不適合	
廊下幅	適合	不適合	
居室面積	適合	不適合	
必要な諸室	適合	不適合	
フロア諸機能	適合	不適合	
スプリンクラー設備	適合	不適合	
その他	適合	不適合	
上記不適合に対する対応について			

添付書類：「介護サービス等の一覧表」

※ _____ 様 印

説明年月日 平成 年 月 日

説明者署名 _____ 印

※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

介護サービス等の一覧表

区 分	特定施設 入居者生 活介護費 で、実施す るサービス	特定施設介 護費、各種一 時金、月額 の利用料等 で、実施するサ ービス	別途利用 料を徴収 した上で、 実施する サービス	備 考	
				要支援者・要介護者への介護サービス 【法定介護サービス】 及び 自立者への一時的介護サービス 【施設介護サービス】	自立者
介護サービス					
介護室、ケアサロン配下膳	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	必要に応じ実施	実施しない
食事の準備、後始末等	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	必要に応じ実施	実施しない
おやつ提供	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	必要に応じ実施	実施しない
おやつ代	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	実費負担	実施しない
食事介助(ほぐす等)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	必要に応じ実施	実施しない
食事摂取介助	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	必要に応じ実施	実施しない
トイレへの誘導	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	必要に応じ実施	実施しない
ポータブルトイレ等の消毒	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	必要に応じ実施	実施しない
排尿後の後始末	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	必要に応じ実施	実施しない
排便後の後始末	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	必要に応じ実施	実施しない
摘便	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	必要に応じ実施	実施しない
陰部洗浄	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	必要に応じ実施	実施しない
オムツ交換	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	必要に応じ実施	実施しない
膀胱手圧排尿、叩打法	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	必要に応じ実施	実施しない
人工肛門のケア	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	必要に応じ実施	実施しない
おむつ代	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	実費負担	実施しない
浴室への誘導、見守り	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	必要に応じ実施	実施しない
手指浴、足浴	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	必要に応じ実施	実施しない
洗髪(一部・全)介助	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	通常期週2回・夏期(7~9月)週3回以内	実施しない
洗身(一部・全)介助	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	通常期週2回・夏期(7~9月)週3回以内	実施しない
入浴(一般浴・機械浴)介助	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	通常期週2回・夏期(7~9月)週3回以内	実施しない
乾布清拭	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	必要に応じ実施	実施しない
清拭(一部・全)介助	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	必要に応じ実施	実施しない

衣服、靴下、靴等の準備	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	必要に応じ実施	実施しない
更衣動作等の見守り、指示	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	必要に応じ実施	実施しない
更衣動作(一部・全)介助	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	必要に応じ実施	実施しない
洗面(一部・全)介助	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	必要に応じ実施	実施しない
口腔ケア(歯磨き・うがい・入れ歯)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	必要に応じ実施	実施しない
整容介助(整髪・爪切り・髭剃り・耳掃除)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	必要に応じ実施	実施しない
体位交換(一部・全)介助	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	必要に応じ実施	実施しない
移乗介助	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	必要に応じ実施	実施しない
移動介助(歩行・車椅子・ストレッチャー)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	必要に応じ実施	実施しない
認知症等の対応	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	必要に応じ実施	実施しない
被害妄想等の対応	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	必要に応じ実施	実施しない
夜間行動等の対応	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	必要に応じ実施	実施しない
個別機能訓練(歩行・日常生活動作等)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	必要に応じ実施	実施しない
集団機能訓練(運動・音楽)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	集団体操(月2回)、音楽療法(週4回)	実施しない
施設行事への参加援助	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	必要に応じ実施	実施しない
食事摂取量、水分量チェック	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	必要に応じ実施	実施しない
留置カテーテル尿量チェック	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	必要に応じ実施	実施しない
排尿排便回数、量チェック	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	必要に応じ実施	実施しない
バイタルサインチェック	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	必要に応じ実施	実施しない
口唇の乾燥防止	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	必要に応じ実施	実施しない
与薬管理(薬の照合、区分、用意等)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	必要に応じ実施	実施しない
インスリン自己注射の指導等	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	必要に応じ実施	実施しない
在宅酸素療法の指導等	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	必要に応じ実施	実施しない
褥瘡の処置等	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	必要に応じ実施	実施しない
人工透析関連ケア	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	必要に応じ実施	実施しない
吸引、吸入関連ケア	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	必要に応じ実施	実施しない
気管切開関連ケア	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	必要に応じ実施	実施しない
中心静脈栄養関連ケア	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	必要に応じ実施	実施しない
経管栄養関連ケア	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	必要に応じ実施	実施しない
各種カテーテル関連ケア	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	必要に応じ実施	実施しない
温罨法(ホットパック等)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	必要に応じ実施	実施しない
冷罨法(アイシング等)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	必要に応じ実施	実施しない
通院介助(治療への協力範囲内)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	必要に応じ実施、交通費実費	実施しない
通院介助(治療への協力範囲外)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	1,000円×1時間×人(税込)、交通費実費	実施しない
外出介助(千葉市内)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	1,000円×1時間×人(税込)、交通費実費	実施しない

生活食事サービス

居室、ダイニング配膳・下膳	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	必要に応じ実施	実施しない
居室清掃	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	介護室毎日、居室週1回/2名/30分程度	実施しない
居室バルコニー清掃	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	年2回	左記同様
居室古紙回収サービス	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	毎月第1・第3月曜日	左記同様
居室リネ交換、布団消毒乾燥	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	介護室週1回、居室2週1回	実施しない
衣類の洗濯、乾燥、補修	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	必要に応じ実施(素材によりクリーニング)	実施しない
布団消毒乾燥サービス	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	計画以上希望時、1,050円/回(税込)	実費負担
コインランドリー(乾燥機)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	計画以上希望時、100円/60分(税込)	実費負担
介護浴室一般利用	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	計画以上希望時、100円/回(税込)	実費負担
喫茶サービス(ドリンク類)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	実費負担	実費負担
特別な食事(アラカルト、特別料理等)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	実費負担	実費負担
イベトメニュー(フェアメニュー等)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	実費負担	実費負担
ヘルスマニュー(治療食)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	医師の指示に基づき実施	左記同様
役所手続き代行(千葉市内)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	必要に応じ実施	実施しない
買い物代行(通常の利用区域)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	施設指定日に実施	実施しない
買物代行(通常利用区域を除く千葉市内)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	1,000円×1時間×人(税込)、交通費実費	実施しない
出張サービス(銀行手続き)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	週4回、京葉銀行員	左記同様
出張サービス(理美容)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	月2回、理美容師、実費負担	実費負担
出張サービス(クリーニング)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	週2回、外部業者、実費負担	実費負担
出張サービス(居室清掃)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	計画以上希望時、外部業者、実費負担	実費負担
出張サービス(家事援助)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	計画以上希望時、外部業者、実費負担	実費負担
宅配サービス(出前、食料品、貸布団等)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	実費負担	実費負担
コピー・FAXサービス	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	実費負担	実費負担
郵便物投函サービス	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	依頼時実施	左記同様
金銭管理	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	必要に応じ実施	実施しない
メールボックス管理(郵便物等)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	週2回配達	実施しない
家族等への連絡対応調整等	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	必要に応じ実施	実施しない
日常生活利便サービス(定期)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	居室内定期作業(年1回)	左記同様
日常生活利便サービス(随時)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	居室内軽作業(15分以内/回)	左記同様
生活支援サービス(各種行事の企画)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	参加費等実費負担あり	左記同様
生活支援サービス(サークル活動支援)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	教材費等実費負担あり	左記同様
定期バス運行	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	施設指定日に実施	左記同様
介護用具の貸出(一時的疾病時に限る)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	車椅子、松葉杖、歩行器、便器、自助具等	実施しない

健康管理サービス

定期健康診査	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	看護師による定期健康診査(月1回)	左記同様
人間ドック	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	協力病院での人間ドック(年1回)	左記同様
歯科検診	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	歯科医師による歯科検診(年1回)	左記同様
健康相談	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	嘱託医師(週2回)、看護師(随時)	左記同様
生活指導・栄養指導	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	生活相談(随時)、栄養相談(月2回)	左記同様
介護予防(各種体操・トレーニング指導等)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	サテール・ダンベル体操、介護予防健康体操	左記同様
服薬支援(相談・指導等)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	医師の指示に基づき実施	左記同様
牽引、温熱療法支援(ホットパック等)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	医師の指示に基づき実施	左記同様
応急処置	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	必要に応じ実施	左記同様
生活記録(個人記録等)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	必要に応じ実施	左記同様

入退院時・入院中のサービス(治療への協力)

移送サービス	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり		実施しない
入退院時の同行(治療への協力範囲内)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	必要に応じ実施、交通費実費	実施しない
入退院時の同行(治療への協力範囲外)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	1,000円×1時間×人(税込)、交通費実費	実施しない
入院中の買い物代行(千葉市内)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	1,000円×1時間×人(税込)、交通費実費	実施しない
入院中の洗濯物交換(社保、東病院)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	週3回以内、洗濯費用は実費負担	実施しない
入院中の訪問(社保、東病院)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	原則週1回、急性期は必要に応じ実施	実施しない
入院中の訪問(治療への協力範囲内)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	必要に応じ実施	実施しない

- ・『治療への協力範囲内』とは、「千葉市内及び近隣の市町村内」とします。
- ・『通常の利用区域』とは、「セブンイレブン仁戸名坂上店、及び通常のバス運行日の場所(ジャスコ等)」とします。
- ・『居室内定期作業』とは、ハットネット補修、照明器具の清掃・蛍光灯交換、エアコンフィルター清掃、水道蛇口カルキ取り、ストレーナー清掃、温水器の点検及び水道の水圧調整等、施設設備の点検修理等を行います。
- ・『居室内軽作業』とは、粗大ゴミ処分、衣類等の衣替え、備品の修理・組立・移動・取付け・取外し、電池等の交換、電化製品操作の指導等とし、居室内の清掃、調理およびそれに付随する行為は行いません。