

シャロームきこえ染井野 重要事項説明書

記入年月日	2023年7月1日
記入者名	兒玉 晴美
所属・職名	管理者

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) ゆうげんがいしゃ どリーむ 有限会社 ドリー夢	
主たる事務所の所在地	〒285-0837 千葉県佐倉市王子台 3-15-15	
連絡先	電話番号	043-460-5630
	FAX番号	043-460-5631
	ホームページアドレス	http://www.shalom-kikoe.jp/
代表者	氏名	北村 剛章
	職名	代表取締役社長
設立年月日	平成7年6月2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) シャロームきこえそめいの シャロームきこえ染井野	
所在地	〒285-0831 千葉県佐倉市染井野 4-5-4	
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	例：①電車バス利用の場合 ・京成臼井駅下車 ちばグリーンバス 染井野南行きで乗車10分、地区センター停留所で下車、徒歩7分(500m) ②自動車利用の場合 ・東関東自動車道 四街道インターから乗車10分
連絡先	電話番号	043-460-5630
	FAX番号	043-460-5631

	ホームページアドレス	http://www.shalom-kikoe.jp/
管理者	氏名	兒玉 晴美
	職名	管理者
建物の竣工日		平成18年7月1日
有料老人ホーム事業の開始日		平成18年7月1日

【類型】【表示事項】

<input type="checkbox"/> 1 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合） <input type="checkbox"/> 2 介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合） <input type="checkbox"/> 3 住宅型 <input type="checkbox"/> 4 健康型		
1又は2に該当する場合	介護保険事業者番号	1291700027
	指定した自治体名	佐倉市
	事業所の指定日	平成18年7月1日
	指定の更新日（直近）	平成30年7月1日

3. 建物概要 シャロームきこえ染井野（壱番館）

土地	敷地面積	787.04 m ²	
	所有関係	<input type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する土地	
		2 事業者が賃借する土地	
		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	553.45 m ²
		うち、老人ホーム部分	228.57 m ²
	耐火構造	1 耐火建築物	
		<input type="checkbox"/> 2 準耐火建築物	
		3 その他（ ）	
構造	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する建物		
	2 事業者が賃借する建物		
	抵当権の設定	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				
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	有/無	有/無	13.75 m ²	4	介護居室個室		
	タイプ2	有/無	有/無	15.00 m ²	1	介護居室個室		
	タイプ3	有/無	有/無	15.00 m ²	1	介護居室個室		
タイプ4	有/無	有/無	18.20 m ²	1	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	1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		1ヶ所			
	共用浴室	1ヶ所	個室		1ヶ所			
			大浴場		ヶ所			
	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴		ヶ所			
			リフト浴		ヶ所			
			ストレッチャー浴		ヶ所			
			その他（普通浴）		1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	2	なし			
	防火管理者	1	あり	2	なし			
	防災計画	1	あり	2	なし			
その他								

3. 建物概要 シャロームきこえ染井野（貳番館）

土地	敷地面積	845.08 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				
		抵当権の有無	1 あり ② なし			
所有関係	契約期間	① あり (2007年4月1日～2057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				699.80 m ²
		うち、老人ホーム部分				699.80 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				
		抵当権の設定	1 あり 2 なし			
契約期間		1 あり (年 月 日～ 年 月 日) 2 なし				
所有関係	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	有/無	有/無	18.28 m ²	2	介護居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	20.88 m ²	10	介護居室個室
	タイプ3	有/無	有/無	25.43 m ²	2	介護居室個室
	タイプ4	有/無	有/無	31.68 m ²	1	介護居室個室
	タイプ5	有/無	有/無	33.40 m ²	1	介護居室個室
タイプ6	有/無	有/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	1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		1ヶ所	
	共用浴室	2ヶ所	個室		2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		ヶ所	
			ストレッチャー浴		ヶ所	
			その他（普通浴）		1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	2	なし	
	防火管理者	1	あり	2	なし	
	防災計画	①	あり	2	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	事業の実施にあたっては入居者である要介護者等の意思及び人格を尊重して、常に入居者の立場に立ったサービスの提供につとめる。また地域との結びつきを重視し、関係市町村、地域包括センター、他の居宅サービス事業者並びに他の保健医療・福祉サービスを提供する者との綿密な連携を図り、地域密着型サービスとして総合的なサービスの提供に努める。
----------	--

サービスの提供内容に関する特色	
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	個別機能訓練加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	夜間看護体制加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	医療機関連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	看取り介護加算	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	
	サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)イ	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅰ)ロ	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
(Ⅱ)		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	(Ⅲ)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
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	
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		

追加項目

介護サービスの内容

医療機関連携加算	看護職員が利用者の健康の状況を継続的に記録し、主治医等に対して月に1回以上情報提供を行うための加算です。
----------	--

(医療連携の内容)

医療支援	※複数選択可	<input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配	
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い	
		<input checked="" type="checkbox"/> 3 通院介助	
		4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	医療法人社団凜風会 白銀クリニック
		住所	佐倉市白銀3-3-2
		診療科目	内科、外科
		協力内容	急患時の往診、医師の訪問診療(月2回)、健康診断の実施(医療費その他の費用は入居者の自己負

			担。以下同)
	2	名称	医療法人社団愛信会 佐倉中央病院
		住所	佐倉市栄町 20-4
		診療科目	内科、整形外科、消化器科、脳神経外科
		協力内容	入居者の健康診断及び病状の変化、緊急事態が生じたときに協力
協力歯科医療機関		名称	陵栄会佐倉デンタルクリニック
		住所	佐倉市臼井 53-3
		協力内容	訪問歯科診療

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可	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		
手続きの内容		
追加的費用の有無	1 あり 2 なし	
居室利用権の取扱い		
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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	要支援の者	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項		
契約の解除の内容	1. 入居者が逝去した場合 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	事業者は入居者及び身元引受人に対し、次の各号に該当する場合において、適切な予告期間を

		<p>置いて、この契約を解約することができます。ただし、事業者は、解除通知をするにあたっては、次の第2号を除き入居者及び身元引受人に十分な弁明の機会を設けるものとします。</p> <p>①入居者が正当な理由がなく家賃その他自己の支払うべき費用を3ヵ月分滞納したとき</p> <p>②伝染性疾患により他の入居者の生活または健康に重大な影響を及ぼすおそれがあると医師が認め、かつ入居者の退去の必要があるとき</p> <p>③入居者の行動が他の入居者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の介護方法ではこれを防止することができないと事業者が判断したとき</p> <p>④入居者又は身元引受人が故意に法令その他本契約の条項に重大な違反をし、改善の見込みがないとき</p>
	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	<p>1 あり 費用：1泊2日16,500円(うち消費税1,500円) その他の費用：おむつ代などの費用が発生した場合はその費用 期間：3泊4日を限度とする</p> <p>2 なし</p>	
入居定員		27人
その他		いずれも65歳以上

5. 職員体制

※有料老人ホームの職員について記載すること（同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません）。

（職種別の職員数）

	職員数（実人数）			常勤換算人数 ※1※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1		0.5
生活相談員	1	1		0.5
直接処遇職員				
介護職員	29	7	22	9.0
看護職員	3	1	2	1.0
機能訓練指導員	3	1	2	0.2 (看護職が兼務)
計画作成担当者	1		1	0.2
栄養士	1		1	0.1
調理員	3		3	1.0
事務員	1		1	0.5
その他職員				
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				40時間
※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			
介護福祉士	5	2	3
実務者研修の修了者	1		1
初任者研修の修了者	15	3	12
介護支援専門員	1		1

(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	3	3
理学療法士		
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		

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (17時～ 9時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	人	人
介護職員	3人	3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)	3 : 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											
前年度1年間の退職者数											
応じた職員 の人数 業務に従事した 経験年数に	1年未満		1								
	1年以上		1	2							
	3年未満										
	3年以上			1	10						
	5年未満										
	5年以上	1	1	1	10			1	1		1
	10年未満										
10年以上		1	1	5	1			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	
	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	
年齢に応じた金額設定	1 あり 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり 2 なし	
入院等による不在時における 利用料金(月払い)の取扱い	1 減額なし	
	2 日割り計算で減額	
	3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額	

利用料金の改定	条件	管理費・食材料費・水光熱費の改定を消費者物価指数に併せて、毎年1回、事業者の定める時期に行います
	手続き	管理費・食材料費・水光熱費の改定を消費者物価指数に併せて、毎年1回、事業者の定める時期に行います

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1	プラン2
入居者の状況	要介護度	介護1	介護5
	年齢	87歳	87歳
居室の状況	床面積	13.75㎡	25.43㎡
	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	5,500,000円	10,000,000円
	敷金	円	円
月額費用の合計		190,000円	271,000円
家賃 ※非課税		60,000円	90,000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	(1割計算) 20,000円	(2割計算) 55,000円
	食費 ※課税	28,710円 (うち消費税2,610円)	28,710円 (うち消費税2,610円)
	管理費 ※非課税	66,290円	77,290円
	介護費用 ※非課税	円	円
	光熱水費 ※非課税	20,000円	20,000円
その他		円	円
※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。			
※2 有料老人ホーム事業として受領する費用(訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない)			

(利用料金の算定根拠) シャロームきこえ染井野(壱番館)

費目	算定根拠
家賃	設備備品費、平米数、及び近隣の相場にあわせて、1室あたりの家賃を算出した。家賃は、消費税の非課税対象。
敷金	-
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	66,290円/月。共用施設をはじめとするホームを維持・管理するための費用、厨房を維持・管理するための費用、及び事務職員・調理職員の人件費。非課税。

食費	28,710 円/月(うち消費税 2,610 円)。食材料費。消費税の課税対象。
光熱水費	20,000 円/月。電気代、ガス代、水道代、及び維持・管理費用。非課税。
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	22,000 円(うち消費税 2,000 円)。課税対象。エンゼルケア。 ※口腔ケア、腔部(鼻耳等)の詰めもの、全身清拭、着衣の装着、容姿の整容等を行います。

(利用料金の算定根拠) シャロームきこえ染井野(弐番館)

費目	算定根拠
家賃	設備備品費、平米数、及び近隣の相場にあわせて、1室あたりの家賃を算出した。家賃は、消費税の非課税対象。
敷金	-
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	1人入居 77,290 円/月。2人入居 134,580 円/月。共用施設をはじめとするホームを維持・管理するための費用、厨房を維持・管理するための費用、及び事務職員・調理職員の人件費。非課税。
食費	1人入居 28,710 円/月(うち消費税 2,610 円)。2人入居 57,420 円/月(うち消費税 5,220 円)。食材料費。消費税の課税対象。
光熱水費	1人入居 20,000 円/月。2人入居 30,000 円/月。電気代、ガス代、水道代、及び維持・管理費用。非課税。
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	22,000 円(うち消費税 2,000 円)。課税対象。エンゼルケア。 ※口腔ケア、腔部(鼻耳等)の詰めもの、全身清拭、着衣の装着、容姿の整容等を行います。

(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 ※消費税は非課税です。	(1) 介護保険分 (法令に定められた給付単位数×地域単価 10,450 円)				
	① 基本利用料				
	介護度	単位	自己負担額		
			1割	2割	3割
	要介護 1	542 単位/日	567 円	1,133 円	1,700 円
	要介護 2	609 単位/日	637 円	1,273 円	1,910 円

要介護3	679 単位/日	710 円	1,420 円	2,129 円
要介護4	744 単位/日	778 円	1,555 円	2,333 円
要介護5	813 単位/日	850 円	1,700 円	2,549 円

② 加算

サービス内容	単位	自己負担額			
		1割	2割	3割	
サービス提供体制加算(Ⅲ)	6 単位/日	7 円	13 円	19 円	
医療機関連携加算	80 単位/月	84 円	168 円	251 円	
夜間看護体制加算	10 単位/日	11 円	21 円	32 円	
退院・退所時連携加算	30 単位/日	32 円	63 円	95 円	
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	本加算以外×0.082 単位	上記基本部分と各種加算減算合計の 8.2%			
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	本加算以外×0.012 単位	上記基本部分と各種加算減算合計の 1.2%			
介護職員等ベースアップ等支援加算	本加算以外×0.015 単位	上記基本部分と各種加算減算合計の 1.5%			
看取り介護加算	(1) ご逝去日 以前 31 日以上 45 日以下	72 単位/日	76 円	151 円	226 円
	(2) ご逝去日 以前 4 日以上 30 日以下	144 単位/ 日	151 円	301 円	452 円
	(3) ご逝去日前 日及び前々日	680 単位/ 日	711 円	1,422 円	2,132 円
	(4) ご逝去日	1,280 単位 /日	1,338 円	2,676 円	4,013 円

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）

※ 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)		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)		入居一時金の25% 62.5万円～175万円
初期償却率		25%
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	・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) ・初期償却費用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で受領します。
	入居後3月を超えた契約終了	・(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	
	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	5人
	女性	17人
年齢別	65歳未満	人
	65歳以上 75歳未満	人
	75歳以上 85歳未満	2人
	85歳以上	20人
要介護度別	自立	人
	要支援1	人

	要支援 2	人
	要介護 1	2 人
	要介護 2	4 人
	要介護 3	5 人
	要介護 4	5 人
	要介護 5	6 人
入居期間別	6 ヶ月未満	2 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	3 人
	1 年以上 5 年未満	7 人
	5 年以上 10 年未満	10 人
	10 年以上 15 年未満	人
	15 年以上	人

(入居者の属性)

平均年齢	89.2 歳
入居者数の合計	22 人
入居率※	95.6%
※ 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	人
	社会福祉施設	人
	医療機関	人
	死亡者	2 人
	その他	人
生前解約の状況	施設側の申し出	人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	人
		(解約事由の例)

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		シャロームきこえ染井野 苦情窓口
電話番号		043-460-5630
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜日	9:00~17:00
	日曜日・祝日	祝日のみ9:00~17:00
定休日		日曜日、12月31日~1月3日
窓口の名称		佐倉市役所 介護保険課
電話番号		043-484-6174
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜日	—
	日曜日・祝日	—
閉庁日・休館日		土曜日、日曜日、祝日、12月29日~1月3日
窓口の名称		公益社団法人全国有料老人ホーム協会
電話番号		03-3548-1077
対応している時間	平日	月曜日・水曜日・金曜日のみ 10:00~17:00
	土曜日	—
	日曜日・祝日	—
定休日		年末年始、祝祭日

(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	1 あり	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べき事故が発生したときの対応	1 あり	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	
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	

況	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 シャロームきこえ染井野（壱番館）

運営懇談会	1 あり	(開催頻度) 年 1回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
	2 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 あり (提携ホーム名 :) 2 なし	
有料老人ホーム設置時の老人福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出	1 あり (平成 18 年 7 月 1 日届出) 2 なし 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要	
高齢者の居住の安定確保に関する法律第 5 条第 1 項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録	1 あり (平成 年 月 日登録) 2 なし	

千葉県有料老人ホーム設置運営指導指針「規模及び構造設備」に合致しない事項	1 あり 2 なし (平成 年 月 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	居室面積 介護居室の一部が有効面積 10.74~13.14 m ²
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)

10. その他シャロームきこえ染井野 (武番館)

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (開催頻度) 年 1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
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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり (平成 20 年 5 月 1 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 (平成 年 月 日登録) <input checked="" 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし (平成 20 年 4 月 1 日施行の設置運営指導指針の特例措置を適用)
合致しない事項がある場合の内容	廊下幅の一部が 1.7m
「既存建築物等の活用の場合」	<input type="checkbox"/> 1 適合している (代替措置)

合等の特例」への適合性	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	

※ _____ 様

説明年月日 令和 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			事業所の名称	所在地
<居宅サービス>				
訪問介護	あり	なし	ヘルプサービス きこえ	佐倉市王子台3-15-15
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	ショートステイ きこえ染井野	佐倉市染井野4-5-4
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		
福祉用具貸与	あり	なし	きこえのて	佐倉市王子台3-15-15
特定福祉用具販売	あり	なし	きこえのて	佐倉市王子台3-15-15
<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		
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	デイサービス きこえ染井野 (認知症対応型)	佐倉市染井野4-5-4
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	グループホーム シャロームきこえ	佐倉市染井野4-5-4
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		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
居宅介護支援	あり	なし	在宅介護相談所 きこえ	佐倉市王子台3-15-15
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	なし	ヘルプサービス きこえ	佐倉市王子台3-15-15
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	ショートステイ きこえ染井野	佐倉市染井野4-5-4
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		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	きこえのて	佐倉市王子台3-15-15
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	きこえのて	佐倉市王子台3-15-15
<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	デイサービス きこえ染井野 (認知症対応型)	佐倉市染井野4-5-4

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	グループホーム シャロームきこ え	佐倉市染井野4-5-4
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		

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）				包含 ^{※2}	都度 ^{※2}	料金 ^{※3}	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} ）							備考	
介護サービス									
食事介助	なし	あり	なし	あり					
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり					
おむつ代			なし	あり					
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり					
特浴介助	なし	あり	なし	あり					特浴無の為
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					
外出同行 （病院への同行は別途料金）	なし	あり	なし	あり					開始から 30 分までに 1,500 円、以降 30 分毎に 1,000 円。介護基本料金、家賃等と共に請求。
通院介助・院内同行	なし	あり	なし	あり					開始から 30 分までに 1,500 円、以降 30 分毎に 1,500 円。介護基本料金、家賃等と共に請求。
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり					ケアプランにより実施
リネン交換	なし	あり	なし	あり					同上
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり					同上
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり					同上
入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし	あり	なし	あり					
おやつ	なし	あり	なし	あり					
理美容師による理美容サービス	なし	あり	なし	あり					
買い物代行	なし	あり	なし	あり					
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	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					適宜実施
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり					同上
服薬支援	なし	あり	なし	あり					同上
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり					同上
入退院時・入院中のサービス									
移送サービス	なし	あり	なし	あり					
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり					
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割又は2割の利用者負担）。

※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額サービスの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。

※4：「個別の利用料で実施するサービス」における利用料は消費税の課税対象であり、上記一覧に記載されている価格は税抜価格。