

別紙様式

重要事項説明書

記入年月日	2021年11月1日
記入者名	板倉 穰寿
所属・職名	施設長

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成23年10月7日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙4の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の1から3まで及び6の内容については、別紙4の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

1. 事業主体概要

種類	個人 法人	
	法人の場合、その種類	営利法人
名称	(ふりがな)かぶしがいいしや ゆにまっ と りたいあめんとこみゅにてい 株式会社ユニマツ リタイアメント・コミュニティ	
主たる事務所の所在地	〒107-0061 東京都港区北青山二丁目7番13号プラセオ青山ビル	
連絡先	電話番号	03-5413-8228
	FAX番号	03-5413-8227
	ホームページアドレス	http://www.unimat-rc.co.jp
代表者	氏名	中川 清彦
	職名	代表取締役
設立年月日	1975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)かまとりけあこみゅにていそよかぜ 鎌取ケアコミュニティそよ風	
所在地	〒266-0031 千葉県千葉市緑区おゆみ野3-26-3	
主な利用交通手段	最寄駅	JR外房線 鎌取駅
	交通手段と所要時間	鎌取駅南口より徒歩6分
連絡先	電話番号	043-300-4781
	FAX番号	043-300-4785
	ホームページアドレス	http://www.unimat-rc.co.jp
管理者	氏名	近藤 勝裕
	職名	管理者
建物の竣工日	2005年 6月 30日	
有料老人ホーム事業の開始日	2005年 8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		
1又は2に該当する場合	介護保険事業所番号	1270500737	
	指定した自治体名	千葉県	
	事業所の指定日	2005年 8月 1日	
	指定の更新日（直近）	2017年 8月 1日	

3. 建物概要

土地	敷地面積 所有関係	605.45㎡					
		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	(2005年8月1日～ 2025年7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				2637.92㎡	
		うち、老人ホーム部分				2116.81㎡	
	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	(2005年8月1日～ 2025年7月31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・	区分	

					室数	
	タイプ 1	有 / 無	有 / 無	22.32 m ²	38	
	タイプ 2	有 / 無	有 / 無	23.40 m ²	4	
	タイプ 3	有 / 無	有 / 無	m ²		
	タイプ 4	有 / 無	有 / 無	m ²		
	タイプ 5	有 / 無	有 / 無	m ²		
	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		
共用施設	※「一般居室個室」「一般個室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。					
	共用便所における便房	3ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房			3ヶ所
			うち車椅子等の対応が可能な便房			3ヶ所
	共用浴室	2ヶ所	個浴			ヶ所
			大浴場			2ヶ所
	共用浴室における介護浴槽	2ヶ所	チェアー浴			2ヶ所
	介護浴槽	1ヶ所	リフト浴			ヶ所
			ストレッチャー浴			ヶ所
			その他（機械浴）			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	消火器	1 あり	2 なし			
	自動火災報知設備	1 あり	2 なし			
	火災通報装置	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	1. 事業所の介護職員等は、要介護者等の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じた自立した日常生活が営む事が出来る様、日常生活のお世話および機能訓練を行なう事により、利用者の社会的孤独感の解消および心身機能の保持に努めるものとする。 2. 事業の実施にあたっては、関係区市町村、地域の保険・医療・福祉サービスの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。 3. 個人情報に関する法令を遵守する。			
サービスの提供内容に関する特色	安全安心な介護サービスの提供を通じて、ご入居者様に喜ばれ、職員もまた働きやすい、笑顔が絶えない施設運営を目指しています。重度化に備えた健康管理や機能訓練の強化、レクリエーション・行事の充実に重点を置いています。			
入浴、排せつ又は食事の介護	①	自ら実施	2 委託	3 なし
食事の提供	①	自ら実施	2 委託	3 なし
選択、掃除等の家事の供与	①	自ら実施	2 委託	3 なし
健康管理の供与	①	自ら実施	2 委託	3 なし
安否確認又は状況把握サービス	①	自ら実施	2 委託	3 なし
生活相談サービス	①	自ら実施	2 委託	3 なし

(介護サービスの内容) 特定施設入居者生活介護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体制の有無	入居継続支援加算		1	あり	②	なし
	生活機能向上連携加算		1	あり	②	なし
	個別機能訓練加算		1	あり	②	なし
	夜間看護体制加算		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
	医療機関連携加算		①	あり	2	なし
	口腔衛生管理体制加算		①	あり	2	なし
	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
	看取り介護加算		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
	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
人員配置が手厚い介護	1	あり	(介護・看護職員の配置率)			

護サービスの実施の有無	2 なし
-------------	------

(医療連携の内容)

医療支援		① 救急車の手配	
※複数選択可		② 入退院の付き添い	
		③ 通院介助	
		④ その他（ ）	
協力医療機関	1	名称	医療法人社団 淳英会 おゆみの中央病院
		住所	千葉県緑区おゆみ野南6-49-9 (ホームより直線距離2.5km)
		診療科目	内科、外科、整形外科他
		協力内容	24時間緊急対応(オンコール体制)、月2回の定期訪問による健康相談(医療費その他の費用は入居者の自己負担)
	2	名称	医療法人グリーンエミネンス 古峽みはまクリニック (ホームより直線距離9.5km)
		住所	千葉県美浜区幸町2-7-6
		診療科目	心療内科・精神科
		協力内容	定期訪問による健康相談(医療費その他の費用は入居者の自己負担)
協力歯科医療機関		名称	茂原デンタルクリニック
		住所	茂原市法目1280-1 (ホームより直線距離15.1km)
		協力内容	入居者の診察及び治療、疼痛時の対応(随時、医療費その他の費用は入居者の自己負担)

(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	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	事業者は、入居者に対してより適切な介護等を提供するために必要と判断する場合には、本契約に基づくサービスの提供の場所を目的施設内において変更する場合がある。
手続きの内容	①事業者の指定する医師の意見を聞く。 ②緊急やむをえない場合を除いて一定の観察期間を設ける。 ③住み替え後の変更内容詳細を入居者及び身元引受人等に説明を行う。 ④身元引受人の意見を聞く。 ⑤入居者の同意を得る。
追加的費用の有無	1 あり 2 なし

居室利用権の取り扱い		住み替え前の居室の利用権を本人の同意を得て変動させ、新たな居室の利用権を設定する。	
前払い金償却の調整の有無		1 あり	2 なし
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	1 あり	2 なし
	便所の変更	1 あり	2 なし
	浴室の変更	1 あり	2 なし
	洗面所の変更	1 あり	2 なし
	台所の変更	1 あり	2 なし
	その他の変更	1 あり	(変更内容)
		2 なし	

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	1	あり	2	なし
	要支援の者	1	あり	2	なし
	要介護の者	1	あり	2	なし
留意事項	概ね65歳以上の方で健康な方および日常生活で介護を必要とされる方				
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	・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、しばしば遅延するとき ・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	90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				

	1日につき4,714円（税込、食事代別） ※食事代は朝食411円、昼食514円、夕食617円、おやつ103円（いずれも税込、ご利用に応じて清算） ※体験入居の期間は、7泊8日程度までとさせていただきます。 2 なし
入居定員	42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		0.14
生活相談員	2	2		1.040
直接処遇職員	27	115	712	15.1417.7
介護職員	1719	1012	37	13.0714.7
看護職員	45	12	3	2.073.0
機能訓練指導員	2	02	2	0.306
計画作成担当者	12	12		0.214
栄養士	1	1	1	0.11.0
調理員	86	32	54	5.464.26
事務員				
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	69	46	23
実務者研修の修了者	1	1	
初任者研修の修了者	2	2	
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
看護師または准看護師	45	12	3
理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復師			
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 (16時～ 9時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0人	0人
介護職員	2人	1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)	2.1:1
※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択		
外部サービス利用型特定施 設である有料老人ホームの 介護サービス提供体制 (外部サービス利用型特定 施設以外の場合、本欄は省 略可能)	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所 の名称	
	訪問看護事業所 の名称	
	通所介護事業所 の名称	

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務										1 あり 2 なし		
	業務に係る資格等										1 あり		
											資格等の名称 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年度の採用者数		2	2	3									
前年度1年間の退職者数	1		2	2									
業務に従事した経験年数に 応じた職員の人数	1年未満	4	3	3									
	1年以上	1	6	2			1						
	3年未満												
	3年以上	1	1	3	1		1		1				
	5年未満												
	5年以上		3		1				1				
	10年未満												
10年以上													
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)

居住の権利携帯	1 利用権方式	
【表示事項】	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	1 全額前払い方式	
【表示事項】	2 一部前払い・一部月払い方式	
	3 月払い方式	
	4 選択方式	1 全額前払い方式
	※該当する方式を全て選択	2 一部前払い・一部月払い方式
		3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	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）の取り扱い	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	本施設の所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数および人件費、また諸種の経済状況の変化、介護保険制度の改正等を勘案し、事業の安定的継続の視点から、運営懇談会の意見を聞いて、月額施設利用料、有料サービスの単価、介護費用を改定することができます。 また厚生労働省の定める介護保険法上の特定施設入居者生活介護及び介護予防特定施設入居者生活介護の介護報酬単価および所在地域の地域単価等、介護保険給付の基準が変更される場合には、それに応じて介護保険給付費を変更します。
	手続き	月額施設利用料、有料サービスの単価、介護費用の改定にあたっては、運営懇談会の意見を聴いたうえで改定するものとします。

（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		1	1
	年齢		88歳	88歳
居室の状況	床面積		22.3㎡	22.3㎡
	便所	有 2 無	有 2 無	有 2 無
	浴室	1 有 2 無	1 有 2 無	1 有 2 無
	台所	1 有 2 無	1 有 2 無	1 有 2 無
入居時点で必要な費用	前払金		980,000円	0円
	敷金		円	円
月額費用の合計（1ヶ月を30日で算定）			212,438,037円	253,267,633円
家賃 サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用		100,000円(非課税)	140,830円(非課税)
	※2 介護保険外	食費（1日3食で算定）	46,260円(税込)	46,260円(税込)
		管理費	47,144円(税込)	47,144円(税込)
		介護費用	円	円
		水光熱費	個別メーターにて実費計算	個別メーターにて実費計算
		その他	円	円

表の書式変更

書式変更: 蛍光ペン

書式変更: 蛍光ペン

書式変更: 右: 4.5 mm

書式変更: 蛍光ペン

書式変更: 蛍光ペン

コメントの追加 [上田1]: 19,033 円の内訳は？
要介護1、看護体制、口腔・医療連携・処遇で計算すると19,339円になりますが・・・

コメントの追加 [上田2]: 加算を足さないなら削除し、金額を上に記載して下さい。

書式変更: 蛍光ペン

書式変更: Default, 両端揃え, インデント: 左: 0 mm, 最初の行: 0 字, 行間: 1 行, ハイフネーションあり, 禁則処理, 英単語の途中で改行しない, 日本語と英字の間隔を自動調整する, 日本語と数字の間隔を自動調整する

（利用料金の算定根拠）

費目	算定根拠
家賃	居室および共用施設等の家賃相当額です。一時金方式の場合は、その一部を一時金として受領しています。
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	事務管理部門の人件費・事務費及び共用部分の維持費
食費	人件費等の諸経費、食材費に基づく費用。 朝食411円、昼食514円、夕食617円、別途おやつ103円 （税込、ご利用に応じて清算） ※上記食費月額額は日額1,542円（3食）を1ヶ月を30日で算定
光熱水費	ご入居者の居室で使用了水光熱費（個別メーターにて計算）
利用者の個別的な選択によるサービス料	別添2
その他のサービス利用料	

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠)

※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

費目	算定根拠					
特定施設 入居者生活 介護※に対 する自己負 担	※要介護度に応じて介護費用の1割を徴収する。 ※平成30年8月より、一定以上の所得がある65歳以上の方は、介護サービ スの利用者負担割合が2割または3割になる。					
	区分	介護給付日 の単位	30日分の 目安	代理受領時の 自己負担額		
				1割	2割	3割
	要支援1	182単位／ 日	58, 290 <u>312</u> 円	5, 8 29 <u>32</u> 円	11, 6 58 <u>63</u> 円	17, 4 87 <u>94</u> 円
	要支援2	311単位／ 日	99, 6 30 <u>44</u> 円	9, 96 3 <u>5</u> 円	19, 9 26 <u>29</u> 円	29, 8 89 <u>94</u> 円
	要介護1	538単位／ 日	172, 3 50 <u>75</u> 円	17, 23 5 <u>8</u> 円	34, 47 4 <u>5</u> 円	51, 7 05 <u>13</u> 円
	要介護2	604単位／ 日	193, 5 00 <u>21</u> 円	19, 35 0 <u>3</u> 円	38, 70 4 <u>5</u> 円	58, 05 4 <u>7</u> 円
	要介護3	674単位／ 日	215, 94 0 <u>9</u> 円	21, 59 4 <u>5</u> 円	43, 1 88 <u>90</u> 円	64, 78 2 <u>5</u> 円
	要介護4	738単位／ 日	236, 4 30 <u>55</u> 円	23, 64 3 <u>6</u> 円	47, 2 86 <u>91</u> 円	70, 9 29 <u>37</u> 円
	要介護5	807単位／ 日	258, 54 0 <u>62</u> 円	25, 85 4 <u>7</u> 円	51, 7 08 <u>13</u> 円	77, 56 2 <u>9</u> 円
	医療機関連携 加算	80単位／月	854円	86円	171円	257円
	夜間看護体制 加算	10単位／日	3,204円	321円	641円	962円
	看取り介護加 算（Ⅰ） ＜死亡日以前 31日以上45日 以下＞	72単位／日		77円／日	154円／日	231円／日
	看取り介護加 算（Ⅰ）＜死 亡日以前4日 以上30日以下 ＞	144単位／ 日		154円／日	308円／日	462円／日

看取り介護加算（Ⅰ）＜死亡日以前2日又は3日＞	680 単位／日		727 円／日	1,453 円／日	2,179 円／日
看取り介護加算（Ⅰ）＜死亡日＞	1,280 単位／日		1,367 円／日	2,734 円／日	4,101 円／日
区分	介護給付日の単位	30 日分の目安	代理受領時の自己負担額		
			1 割	2 割	3 割
退院・退所時連携加算	30 単位／日	9,612 円	962 円	1,923 円	2,884 円
口腔・栄養スクリーニング加算	20 単位／回	6,390 408 円	639 41 円	127 882 円	1,917 23 円
口腔衛生管理体制加算	30 単位／月	324 0 円	32 2 円	64 5 円	96 7 円
身体拘束廃止未実施減算要支援 1	-18 単位／日	-5,767 8 円	-577 円	-1,154 円	-1,731 円
身体拘束廃止未実施減算要支援 2	-31 単位／日	-9,933 2 円	-994 円	-1,987 円	-2,980 円
身体拘束廃止未実施減算要介護 1	-54 単位／日	-17,301 2 円	-1,731 円	-3,461 円	-5,191 円
身体拘束廃止未実施減算要介護 2	-60 単位／日	-19,224 円	-1,923 円	-3,845 円	-5,768 円
身体拘束廃止未実施減算要介護 3	-67 単位／日	-21,467 6 円	-2,147 円	-4,294 円	-6,440 円
身体拘束廃止未実施減算要介護 4	-74 単位／日	-23,710 09 円	-2,371 円	-4,742 円	-7,113 円
身体拘束廃止未実施減算要介護 5	-81 単位／日	-25,950 2 円	-2,595 6 円	-5,191 0 円	-7,785 6 円
※介護職員処遇改善加算（Ⅰ）…一月の総利用単位数にサービス別加算率として8.2%を乗じた単位数を加算します。 ※介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）…一月の総利用単位数にサービス別加算率として1.2%を乗じた単位数を加算します。					

	(1単位10.68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(上乗せサービス)	なし
※介護予防・地域密着型の場合を含む。	

(前払い金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能

算定根拠		<p>一時金＝（一時金に含まれる１ヶ月分の家賃相当額）×（想定居住期間※１）＋（想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて当社が受領する額※２）</p> <p>※１ 当社既存ホームのお客様情報と有料老人ホーム協会入居者生活保証制度の統計データを元に算定し、60ヶ月と設定しております。</p> <p>※２ 想定居住期間を超えて入居が継続している場合に必要な家賃相当額として算定し、入居金額の30%としております。</p> <p>980,000円＝（一時金に含まれる家賃相当額686,000円）＋初期償却294,000円</p>
想定居住期間（償却年月数）		60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）		294,000円
初期償却率		30%
返還金の算定方法	入居後３月以内の契約終了	<p>3ヶ月以内に契約が終了した場合は、入居契約に基づき、受領済みの一時金の全額を返還します。ただし、この場合において、契約期間に係る利用料（一時金に含まれる家賃相当額）を月額の家賃相当額とは別に受領し、契約終了日までの利用期間に係る利用料及び原状回復の費用については別途精算させていただきます。</p>
	短期解約特例の場合の1日当たり利用料	<p>[1日当たりの利用料の算定方法]</p> <p>（前払い金－入居時償却額）÷償却期間月数÷30</p> <p>*一円未満四捨五入</p>
返還金の算定方法	入居後３月を超えた契約終了	<p>契約終了時返還金の算定方法</p> <p>返還金＝一時金－（月次償却額×利用期間）－（入居時償却額）</p> <p>※月次償却額：「一時金×70%÷償却年月数」で算定する1ヶ月あたりの償却額です。</p> <p>※月途中に利用契約が開始又は終了した月においては、30で除した日割り計算にて算出します。</p> <p>※入居金の30%は、契約開始日から、3ヶ月を経過すると返還されません。</p> <p>※償却年月数を経過すると、返還金がなくなります。</p> <p>※居室の原状回復のための実費を差し引かれることがあります。</p>

		※償却期間最終月の償却金額：月次償却額に1円未満の端数が発生する場合は償却期間の最終月に端数金額の合計を月次償却額に上乗せした額を償却するものとします。
前払い金の保全先	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 公益社団法人 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	7人
	女性	35人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	0人
	75歳以上85歳未満	5人
	85歳以上	37人
要介護度別	自立	2人
	要支援1	2人
	要支援2	3人
	要介護1	8人
	要介護2	8人
	要介護3	3人
	要介護4	10人
	要介護5	6人
入居期間別	6ヶ月未満	0人
	6ヶ月以上1年未満	3人
	1年以上5年未満	24人
	5年以上10年未満	10人
	10年以上15年未満	5人
	15年以上	0人

（入居者の属性）

平均年齢	90.0歳
入居者数の合計	42人
入居率※	100%
※入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。	

（前年度における退去者の状況）

退去先別の人数	自宅等	0人
	社会福祉施設	0人
	医療機関	0人
	死亡者	3人
	その他	0人
生前解約の状況	施設側の申し出	0人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	0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		鎌取ケアコミュニティそよ風
電話番号		043-300-4781
対応している時間	平日	8:30~17:30
	土曜	8:30~17:30
	日曜・祝日	8:30~17:30
定休日		なし
窓口の名称		株式会社ユニマット リタイアメント・コミュニティ
電話番号		03-6692-9532
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜	第2・第5
	日曜・祝日	休み
定休日		第1・第3・第4土曜日、日曜、祝日及び年末年始
窓口の名称		千葉県国民健康保険団体連合会
電話番号		043-254-7428
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	休み
	日曜・祝日	休み
定休日		土曜、日曜、祝日及び年末年始
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	月水金	10:00~17:00
	土曜	休み
	日曜・祝日	休み
定休日		火曜、木曜、土曜、日曜、祝日及び年末年始

(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) 三井住友海上火災保険株式会社
	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) 1. サービスの提供にあたって、万一事故が発生し入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、直ちに必要な措置を講ずるとともに、不可抗力による場合を除き、速やかに入居者に対して損害の賠償を行います。ただし、入居者側に故意又は重大な過失がある場合には賠償額を減ずることがあります。利用者の病状の急変、その他の事故が発生した場合には、速やかに保証人や利用者の家族に連絡をとるとともに、主治の医師に連絡をとる等必要な措置を講じます。 2. 状況、処置等の記録を残し、必要に応じて行政へ報告します。 3. 対処方法について対応マニュアルを定めており、都度その原因を解明し、再発生しないように対策を講じます。
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	① あり	2 なし

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	① あり	実施日	2019年12月15日
		結果の開示	① あり 2 なし
第三者による評価の実施状況	2 なし		
	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	② なし		

9. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	①	入居希望者に公開
	②	入居希望者に公布
	3	公開していない

管理規程	<input checked="" type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input checked="" type="radio"/> 2 入居希望者に公布 <input type="radio"/> 3 公開していない
事業収支計画書	<input checked="" type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に公布 <input type="radio"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input checked="" type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に公布 <input type="radio"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	<input checked="" type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に公布 <input type="radio"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input checked="" type="radio"/> 1 あり	(開催頻度) 年 <u>12</u> 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】	<input checked="" type="radio"/> 1 あり (提携ホーム名:) <input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 1 あり 2 なし <input type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 2 なし	
有料老人ホーム設置運営 指導指針「5.規模及び構 造設備」に合致しない事 項	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし	
合致しない事項がある 場合		
「6.既存建築物等の 活用の場合等の特例」 への適合性	<input type="radio"/> 1 適合している (代替措置) <input type="radio"/> 2 適合している (将来の改善計画) <input type="radio"/> 3 適合していない	
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。