

## 重要事項説明書

|       |                |
|-------|----------------|
| 記入年月日 | 2020年7月1日      |
| 記入者名  | 福富 茂           |
| 所属・職名 | 入間ジョイフルホーム・施設長 |

### 1. 事業主体概要

|            |   |   |
|------------|---|---|
| 種類         | 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 ゆにまつりたいあめんとこみゆにてい<br>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2丁目7番地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  | <a href="http://www.unimat-rc.co.jp">http://www.unimat-rc.co.jp</a> |
| 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     | 介護サービス  |   |

### 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)いるまじょいふるほーむそよかぜ<br>入間ジョイフルホームそよ風 |
| 所在地 | 〒358-0026<br>埼玉県入間市小谷田1-12-22          |

|               |            |  |
|---------------|------------|--|
| 主な利用交通手段      | 最寄駅        | 入間市駅   |
|               | 交通手段と所要時間  | 西武池袋線 入間市駅(南口)より西武バス(入間市博物館行き)に乗車,「東金子」バス停より徒歩4分。入間市駅より約2.5km。 |
| 連絡先           | 電話番号       | 04-2960-6700   |
|               | FAX 番号     | 04-2003-1004   |
|               | ホームページアドレス | http://www.unimat-rc.co.jp                                     |
| 管理者           | 氏名         | 福富 茂   |
|               | 職名         | 管理者  |
| 建物の竣工日        |            | 平成 16 年 3 月 18 日   |
| 有料老人ホーム事業の開始日 |            | 平成 18 年 1 月 13 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                        | 介護保険事業者番号  | 1172801159     |
|                                    | 指定した自治体名   | 埼玉県(市)         |
|                                    | 事業所の指定日    | 平成 24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**

|          |             |                |  |
|----------|-------------|----------------|--|
| 土地       | 敷地面積        | 594.21㎡        |  |
|          | 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                              |
|          |             | 契約期間           | 1 あり<br>(平成24年7月1日～平成40年6月30日)<br>2 なし |
|          | 契約の自動更新     | 1 あり 2 なし      |  |
| 建物       | 延床面積        | 全体             | 691.20㎡                                |
|          |             | うち、老人ホーム部分     | 691.20㎡                                |
|          | 耐火構造        | 1 耐火建築物        |  |
|          |             | 2 準耐火建築物       |  |
| 3 その他( ) |             |                |  |
| 4 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<br>(平成24年7月1日～平成40年6月30日)<br>2 なし |                     |       |        |
| 居室の状況  | 居室区分<br>【表示事項】  | 1 全室個室         |  |                     |       |        |
|  |   | 2 相部屋あり        |  |                     |       |        |
|  |   | 最少             | 1人部屋                                   |                     |       |        |
|  |   | 最大             | 1人部屋                                   |                     |       |        |
|  |   | トイレ            | 浴室                                     | 面積                  | 戸数・室数 | 区分*    |
|  | タイプ1  | 有/無            | 有/無                                    | 19.85m <sup>2</sup> | 20室   | 介護居室個室 |
|  | タイプ2  | 有/無            | 有/無                                    | m <sup>2</sup>      |       |        |
|  | タイプ3  | 有/無            | 有/無                                    | m <sup>2</sup>      |       |        |
|  | タイプ4  | 有/無            | 有/無                                    | m <sup>2</sup>      |       |        |
|  | タイプ5  | 有/無            | 有/無                                    | m <sup>2</sup>      |       |        |
|  | タイプ6  | 有/無            | 有/無                                    | m <sup>2</sup>      |       |        |
|  | タイプ7  | 有/無            | 有/無                                    | m <sup>2</sup>      |       |        |
|  | タイプ8  | 有/無            | 有/無                                    | m <sup>2</sup>      |       |        |
| タイプ9   | 有/無   | 有/無            | m <sup>2</sup>                         |                     |       |        |
| タイプ10  | 有/無   | 有/無            | m <sup>2</sup>                         |                     |       |        |
| ※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「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                         |                     | 1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                               |                     | 1ヶ所   |        |
| その他( )   |   |                | 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)<br>2 あり(ストレッチャー対応)<br>3 あり(上記1・2に該当しない)<br>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        | <p>①ホームは利用者に対し食事、入浴、排泄等の介護その他日常生活上の世話等を行う過去により利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営む事が出来るよう提供します。</p> <p>②ホームが提供する指定特定施設等のサービスは、介護保険法令及び厚生労働省通知の内容に沿ったものとします。</p> <p>③利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ち、必要とされるサービスの提供に努めます。</p> <p>④サービスの提供は、個別の介護予防特定施設サービス計画又は特定施設サービス計画を作成し、利用者の同意を基に作成します。</p> <p>⑤利用者の個人情報の取り扱いについては、その利用目的を示し本人のあらかじめの同意を得て取り扱うものとし、個人情報保護法の管理等に努めます。</p> |
| サービスの提供内容に関する特色 | 要介護状態及び要支援状態にある高齢者等に対し適正な指定特定施設入居者生活介護及び指定介護予防特定施設生活介護を提供する事を目的とする。  |
| 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   |
| 洗濯、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 2 なし |
|                                | 夜間看護体制加算 | 1 あり 2 なし |
|                                | 医療機関連携加算 | 1 あり 2 なし |
|                                | 看取り介護加算  | 1 あり 2 なし |

|                          |                      |                      |           |
|--------------------------|----------------------|----------------------|-----------|
|                          | 認知症専門<br>ケア加算        | (Ⅰ)                  | 1 あり 2 なし |
|                          |                      | (Ⅱ)                  | 1 あり 2 なし |
|                          | サービス提<br>供体制強化<br>加算 | (Ⅰ)イ                 | 1 あり 2 なし |
|                          |                      | (Ⅰ)ロ                 | 1 あり 2 なし |
|                          |                      | (Ⅱ)                  | 1 あり 2 なし |
| 人員配置が手厚い介護サービスの<br>実施の有無 | 1 あり                 | (介護・看護職員の配置率)<br>3:1 |           |
|                          | 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<br>2 入退院の付き添い<br>3 通院介助<br>4 その他(医療相談、助言、健康管理 ) |                          |                       |
| 協力医療機関   | 1      | 名称   | 医療法人一晃会 小林病院             |                       |
|          |        | 住所   | 埼玉県入間市宮寺 2417            |                       |
|          |        | 診療科目   | 外科、整形外科、神経内科、糖尿病内科、循環器内科 |                       |
|          |        |  | 協力内容                     | 緊急時の対応、健康診断、医療相談、訪問診療 |
|          | 2      | 名称   | 医療法人 永仁会 入間ハート病院         |                       |
|          |        | 住所   | 埼玉県入間市小谷田                |                       |
| 診療科目     |        | 内科、消化器科、呼吸器科、皮膚科、脳外科、                                    |                          |                       |
|          |        | 協力内容   | 健康、医療相談、援助、助言            |                       |
| 協力歯科医療機関 |        | 名称   | 医療法人社団康寧会立川歯科医院津田町診療所    |                       |
|          |        | 住所   | 東京都小平市津田町 2-3-3          |                       |
|          |        | 協力内容   | 訪問診療                     |                       |

(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<br>2 介護居室へ移る場合<br>3 その他(身体状況の変化等による居室移動の場合)                    |  |
| 判断基準の内容          |        | 事業者の指定する医師の意見を聴く、一定の観察期間を設ける  |  |
| 手続きの内容           |        | 入居者及び身元引受人等に説明、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します。この場合、居室の占有面積の減少による入居一時金の減額は有りません。 |  |
| 前払金償却の調整の有無      |        | 1 あり 2 なし   |  |
| 従前の居室との<br>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<br>【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               |   |            |
| 契約の解除の内容           | 以下の場合には、90日の予告期間において契約を解除する事があります<br>①入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正な手段により入居した時<br>②月払い利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞する時<br>③入居契約書第20条に定める禁止又は制限される行為に違反した時<br>④入居者の行為が、他の入居者又は従業員の生命に危険を及ぼし、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又は接遇方法ではこれを防止する事が出来ないとき、又、入居者が契約を解約しようとするときは、30日以上以上の予告期間が必要です。 |            |
| 事業主体から解約を求める場合     | 解約条項  | 上記解約の内容に準ず |
|                    | 解約予告期間  | 90日        |
| 入居者からの解約予告期間       | 30日   |            |
| 体験入居の内容            | 1 あり(内容:1泊食事付5,714円(税別)で体験入居が可能)<br>2 なし  |            |
| 入居定員               | 20人   |            |
| その他                | 料金には介護利用料も含まれております。(期間は1ヶ月以内で応相談)   |            |

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<br>※1※2 |
|--------------------------------------|----------|----|-----|----------------|
|                                      | 合計       | 常勤 | 非常勤 |                |
| 管理者                                  |          | 1  |     | 0.2            |
| 生活相談員                                |          | 3  |     | 1.0            |
| 直接処遇職員                               | 13       | 3  | 10  | 8.0            |
| 介護職員                                 | 12       | 2  | 10  | 6.8            |
| 看護職員                                 | 2        | 1  | 1   | 1.2            |
| 機能訓練指導員                              | 1        |    | 1   | 0.2            |
| 計画作成担当者                              | 1        | 1  |     | 0.4            |
| 栄養士                                  |          |    |     | 委託             |
| 調理員                                  | 2        | 2  |     | 委託             |
| 事務員                                  | 1        |    | 1   |                |
| 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 <sup>※2</sup> |          |    |     |                |

※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     | 4  | 2   | 2 |
| 実務者研修の修了者 |    |     |   |
| 初任者研修の修了者 | 6  | 1   | 5 |
| 介護支援専門員   | 2  | 2   |   |

**(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   | 1  |     | 1 |
| 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( 16:00 時~10:00 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                       | 1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<br>(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※<br>【表示事項】            | a 1.5:1以上<br>b 2:1以上<br>c 2.5:1以上<br>d 3:1以上 |
|  | 実際の配置比率<br>(記入日時点での利用者数:常勤換算職員数) | 2.3:1  |

※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 |           | 介護支援専門員 |           |         |     |         |     |
|                      |           | 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          | 1         | 0    |        | 2         |         |           |         |     |         |     |
| 前年度1年間の退職者数          | 1         |      | 1      | 1         |         |           |         |     |         |     |
| 業務に従事した経験年数に応じた職員の人数 | 1年未満      |      |        |           | 1       |           |         |     |         |     |
|                      | 1年以上3年未満  |      |        |           |         |           |         |     |         |     |
|                      | 3年以上5年未満  |      |        |           | 3       |           |         | 1   |         |     |
|                      | 5年以上10年未満 |      |        |           | 2       |           |         |     |         |     |
|                      | 10年以上     | 1    | 1      | 2         | 4       | 2         |         |     | 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<br>【表示事項】              | 1 利用権方式<br>2 建物賃貸借方式<br>3 終身建物賃貸借方式   |   |
| 利用料金の支払い方式<br>【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<br>※該当する方式を全て選択  | 1 全額前払い方式<br>2 一部前払い・一部月払い方式<br>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<br>利用料金(月払い)の取扱い | ・入院中も入居契約は継続し、家賃をお支払いいただきます。<br>・管理費、光熱費は利用実績による30日の日割り計算を行ない、食費は<br>実際の喫食数にて、お支払いいただきます。 |   |
| 利用料金の<br>改定                    | 条件  | 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を勘案し、<br>運営懇談会の意見を聴いたうえで改定するものとする。 |
|                                | 手続き   | 事業者は入居者及び身元引き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】)

月払い方式  
一時金方式

入居者の状況  
要介護度  
3  
1

年齢

93歳

84歳

居室の状況  
床面積

19.85㎡

19.85㎡

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

1z 有 2 無

入居時点で必要な費用

入居金

0円

|                               |                     |                                  |
|-------------------------------|---------------------|----------------------------------|
|                               |                     | 300<br>円                         |
| 敷金                            |                     | 0 円<br>0 円                       |
| 月額費用の合計                       |                     | 253.725 (税別) 円<br>185.041 (税別) 円 |
| 家賃                            |                     | 144,556 円<br>80,000 円            |
| 特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用 | サービス費用              | 20.674 円<br>16.515 円             |
| 食費                            | 介護保険外 <sup>※2</sup> | 38,160 (税別) 円<br>38,160 (税別) 円   |
| 管理費                           |                     | 21,857 (税別) 円<br>21,857 (税別) 円   |
| 介護費用                          |                     | 0 円<br>0 円                       |
| 光熱水費                          |                     | 28,571 (税別) 円<br>28,571 (税別) 円   |
| その他                           |                     | 円<br>円                           |

※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。1割負担で1か月を30日として算出。

※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)**

| 費目                   | 算定根拠  |
|----------------------|---|
| 家賃                   | 居室及び共用施設等の家賃相当額です   |
| 一時金                  | 家賃の60ヶ月分  |
| 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                  | 共有施設等の維持管理費、事務部門の人件費、生活サービスに関わる人件費、備品消耗品費                                   |
| 食費                   | 朝 319 円 昼 429 円 夕 524 円(税別)30日3食を想定<br>※朝食・昼食・夕食、いずれも軽減税率(8%)の対象とさせていただきます。 |
| 光熱水費                 | 居室内及び共用部分の光熱水費の一部   |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 実費(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を参照)                                   |
| その他のサービス利用料          | レクリエーションに係る材料費及び外部講師代等は実費   |

**(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 <sup>※</sup> に対する自己負担                       | それぞれの要介護度毎の介護費用の介護保険負担割合証に応じた額 |
| 特定施設入居者生活介護 <sup>※</sup> 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) | なし                             |
| ※ 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                                | 厚生労働省の有料老人ホーム設置運営標準指導指針及び事務連絡(平成24年3月16日付)で示された算式に基づき算定します |  |
| 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) | 900,000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   | 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、契約期間に係る家賃相当(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。 |
|                                     | 入居後3月を超えた契約終了  | 入居金の30%は、3ヶ月を経過すると返還されません  |
| 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  | (株)朝日信託  |
|                                     | 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         | 4人  |
|       | 女性         | 14人 |
| 年齢別   | 65歳未満      | 0人  |
|       | 65歳以上75歳未満 | 2人  |
|       | 75歳以上85歳未満 | 2人  |
|       | 85歳以上      | 14人 |
| 要介護度別 | 自立         | 0人  |
|       | 要支援1       | 1人  |
|       | 要支援2       | 1人  |
|       | 要介護1       | 7人  |
|       | 要介護2       | 2人  |
|       | 要介護3       | 0人  |
|       | 要介護4       | 6人  |
|       | 要介護5       | 1人  |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満      | 1人  |
|       | 6ヶ月以上1年未満  | 4人  |
|       | 1年以上5年未満   | 8人  |
|       | 5年以上10年未満  | 3人  |
|       | 10年以上15年未満 | 1人  |
|       | 15年以上      | 0人  |

**(入居者の属性)**

|   |       |
|---|-------|
| 平均年齢  | 88.4歳 |
| 入居者数の合計   | 18人   |
| 入居率*  | 90%   |
| ※ 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   | 2人            |
|         | 医療機関     | 3人            |
|         | 死亡者      | 1人            |
|         | その他      | 人             |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出  | 人<br>(解約事由の例) |
|         | 入居者側の申し出 | 人<br>(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 | 入間ジョイフルホームそよ風 |
|-------|---------------|

|          |  |                        |
|----------|--|------------------------|
| 電話番号     | 04-2960-6700                                   |                        |
| 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    | 株式会社ユニマットリタイアメント・コミュニティ<br>介護サービスに関する苦情・事故相談窓口 |                        |
| 電話番号     | TEL:03-6692-9532 FAX:03-3403-3585              |                        |
| 対応している時間 | 平日   | 9:00～18:00             |
|          | 土曜   | 9:00～18:00             |
|          | 日曜・祝日  | 休み                     |
| 定休日      | 日曜、祝日、第1・第3・第4土曜日及び12月30日～1月3日                 |                        |
| 窓口の名称    | 入間市福祉部高齢者福祉課                                   |                        |
| 電話番号     | 04-2964-1111(代表)                               |                        |
| 対応している時間 | 平日   | 8:30～17:15             |
|          | 土曜   | 休み                     |
|          | 日曜・祝日  | 休み                     |
| 定休日      | 土曜、日曜・祝日・年末年始                                  |                        |
| 窓口の名称    | 埼玉県国民健康保険団体連合会 介護福祉課 苦情対応係                     |                        |
| 電話番号     | 048-824-2568                                   |                        |
| 対応している時間 | 平日   | 8:30～12:00、13:00～17:00 |
|          | 土曜   | 休み                     |
|          | 日曜・祝日  | 休み                     |
| 定休日      | 土曜、日曜・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)<br>三井住友海上火災保険株式会社<br>福祉事業者総合賠償責任保険  |
|                               | 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)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、不可抗力による場合を除き、速やかに入居者に呈して損害の賠償をおこなう。ただし、入居者側に故意又は重大な過失がある場合には、賠償額を減ずるばあいがある。 |
|                               | 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   | 随時        |
|                                  |      | 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<br>2 入居希望者に交付<br>3 公開していない |
| 管理規程     | 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>3 公開していない |
| 事業収支計画書  | 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>3 公開していない |
| 財務諸表の要旨  | 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>3 公開していない |
| 財務諸表の原本  | 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>3 公開していない |

### 10. その他

|  |  |             |
|--|--|-------------|
| 運営懇談会  | 1 あり   | (開催頻度)年 2 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<br>【表示事項】                          | 1 あり(提携ホーム名: )<br>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 2 なし<br>3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っている為、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 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 2 なし  |             |
| 合致しない事項がある場合の内容                              | 中廊下 1.645m   |             |
| 「6.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)<br>2 適合している(将来の改善計画)                                      |             |

|                           |           |
|---------------------------|-----------|
|                           | 3 適合していない |
| 有料老人ホーム設置運営指導<br>指針の不適合事項 |           |
| 不適合事項がある場合の内<br>容         |           |

添付書類: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)  
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)

※\_\_\_\_\_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            |    | 事業所の名称 |                   | 所在地                     |
|----------------------|----|--------|-------------------|-------------------------|
| ＜居宅サービス＞             |    |        |                   |                         |
| 訪問介護                 | あり |        | 三橋ケアセンター<br>そよ風   | さいたま市大宮区三橋 1-871        |
| 訪問入浴介護               |    | なし     |                   |                         |
| 訪問看護                 |    | なし     |                   |                         |
| 訪問リハビリテーション          |    | なし     |                   |                         |
| 居宅療養管理指導             |    | なし     |                   |                         |
| 通所介護                 | あり |        | りはせんそよ風           | さいたま市見沼区蓮沼 1500-1       |
| 通所リハビリテーション          |    | なし     |                   |                         |
| 短期入所生活介護             | あり |        | 大宮東ケアセン<br>ターそよ風  | さいたま市見沼区大字南中野<br>1135-7 |
| 短期入所療養介護             |    | なし     |                   |                         |
| 特定施設入居者生活介護          | あり |        | 戸田ケアコミュニ<br>ティそよ風 | 戸田市氷川町 2-16-23          |
| 福祉用具貸与               |    | なし     |                   |                         |
| 特定福祉用具販売             |    | なし     |                   |                         |
| ＜地域密着型サービス＞          |    |        |                   |                         |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護     |    | なし     |                   |                         |
| 夜間対応型訪問介護            |    | なし     |                   |                         |
| 認知症対応型通所介護           | あり |        | こうのすケアセン<br>ターそよ風 | 鴻巣市天神 4-32-1            |
| 小規模多機能型居宅介護          |    | なし     |                   |                         |
| 認知症対応型共同生活介護         | あり |        | 岩槻ケアセン<br>ターそよ風他  | さいたま市岩槻区飯塚 1280-3       |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護     |    | なし     |                   |                         |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 |    | なし     |                   |                         |
| 看護小規模多機能型居宅介護        |    | なし     |                   |                         |
| 居宅介護支援               | あり |        | 三橋ケアセン<br>ターそよ風他  | さいたま市大宮区三橋 1-871        |
| ＜居宅介護予防サービス＞         |    |        |                   |                         |
| 介護予防訪問介護             | あり |        | 三橋ケアセン<br>ターそよ風他  | さいたま市大宮区三橋 1-871        |
| 介護予防訪問入浴介護           |    | なし     |                   |                         |
| 介護予防訪問看護             |    | なし     |                   |                         |
| 介護予防訪問リハビリテーション      |    | 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 |        | りはせんそよ風<br>他      | さいたま市見沼区蓮沼 1500-1       |
| 介護予防通所リハビリテーション      |    | なし     |                   |                         |
| 介護予防短期入所生活介護         | あり |        | 大宮東ケアセン<br>ターそよ風他 | さいたま市見沼区大字南中野<br>1135-7 |
| 介護予防短期入所療養介護         |    | なし     |                   |                         |
| 介護予防特定施設入居者生活介護      | あり |        | 戸田ケアコミュニ<br>ティそよ風 | 戸田市氷川町 2-16-23          |
| 介護予防福祉用具貸与           |    | なし     |                   |                         |
| 特定介護予防福祉用具販売         |    | 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       |    | なし     |                   |                         |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護      |    | なし     |                   |                         |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護     | あり |        | 岩槻ケアセン<br>ターそよ風   | さいたま市岩槻区飯塚 1280-3       |



|           |  |    |  |  |
|-----------|--|----|--|--|
| 介護予防支援    |  | なし |  |  |
| <介護保険施設>  |  |    |  |  |
| 介護老人福祉施設  |  | なし |  |  |
| 介護老人保健施設  |  | なし |  |  |
| 介護療養型医療施設 |  | 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 | 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 |      | 備考<br>(費用は税別) |                                |
|                                  | (利用者が全額負担)                        |    |    |    |    | 包含※2             | 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 | ○                |      |               | 2回/週までは介護費にて実施。<br>3回目以降/1000円 |
|                                  | 特浴介助                              | なし | あり | なし | あり | ○                |      |               | 2回/週までは介護費にて実施。<br>3回目以降/1000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 |                  | ○    | 952円          | ※協力病院以外(30分単位 952円)            |
| 生活サービス                           | 居室清掃                              | なし | あり | なし | あり | ○                |      |               |                                |
|                                  | 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 | ○                | ○    | 回/<br>500円    | 週2回以外の日常の洗濯、個別希望のものは実費負担       |
|                                  | 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 |                  | ○    |               | 実費負担                           |
|                                  | おやつ                               |    |    | なし | あり |                  |      |               |                                |
|                                  | 理美容師による理美容サービス                    |    |    | なし | あり |                  | ○    | 1500円～        | 外部委託                           |
|                                  | 買い物代行                             | なし | あり | なし | あり |                  | ○    | 952円          | 通常区域(入間市内)以外(30分単位 952円)       |
|                                  | 役所手続き代行                           | なし | あり | なし | あり |                  | ○    | 952円          | 通常区域(入間市内)以外(30分単位 952円)       |
|                                  | 金銭・貯金管理                           |    |    | なし | あり | ○                |      | 1500円         | 月額(途中入居・退去の場合 1日/50)           |

|               |                  |    |    |    |    |   |   | 円)                 |
|---------------|------------------|----|----|----|----|---|---|--------------------|
| 健康管理サービス      | 定期健康診断           |    |    | なし | あり |   | ○ | ※年2回の機会の設定 希望者のみ実費 |
|               | 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 |   | ○ | 協力病院以外(30分単位 952円) |
|               | 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。