

重要事項説明書

記入年月日	2020年7月1日
記入者名	戸田ケアコミュニティそよ風
所属・職名	支配人 守田 明弘

※ 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	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃゆにまっと りたいあめんと・こみゆにてい 株式会社ユニマツト 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 2-7-13 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) とだけあこみゆにていそよかぜ 戸田ケアコミュニティそよ風	
所在地	〒335—0027 埼玉県戸田市氷川町 2—16—23	
主な利用交通手段	最寄駅	戸田駅、戸田公園駅
	交通手段と所要時間	① バス利用の場合 戸田公園駅より「下笹目行き」に乗車。 「新曾氷川神社」にて下車。徒歩 3 分。 ② 徒歩の場合 戸田駅より、徒歩 20 分。
連絡先	電話番号	048—447—9530
	FAX番号	048—447—9533
	ホームページアドレス	'http://www.unimat-rc.co.jp
管理者	氏名	春山 智之
	職名	管理者
建物の竣工日		2008年2月28日
有料老人ホーム事業の開始日		2008年4月1日

(類型) 【表示事項】

<input checked="" type="radio"/> 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="radio"/> 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="radio"/> 3 住宅型 <input type="radio"/> 4 健康型		
1 又は 2 に 該当する場 合	介護保険事業者番号	1 1 7 1 9 0 0 8 5 3
	指定した自治体名	埼玉県
	事業所の指定日	2008 年 4 月 1 日
	指定の更新日 (直近)	2020 年 4 月 1 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	3412.47 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 <input type="checkbox"/> なし
		契約期間	1 <input type="checkbox"/> あり (2008年4月1日～2033年3月31日) 2 なし
契約の自動更新	1 <input type="checkbox"/> あり 2 なし		
建物	延床面積	全体	5,667.23 m ²
		うち、老人ホーム部分	3358.64 m ²
	耐火構造	1 <input type="checkbox"/> 耐火建築物	
		2 準耐火建築物	
		3 その他 ()	
	構造	1 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> なし	
	契約期間	1 <input type="checkbox"/> あり (2008年4月1日～2033年3月31日) 2 なし	
	契約の自動更新	1 <input type="checkbox"/> あり 2 なし	
居室の状況	居室区分	1 <input type="checkbox"/> 全室個室	
	【表示事	2 相部屋あり	

項】	最少		1人部屋		
	最大		2人部屋		
	トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
タイプ1	有	無	21.40 m ²	2	介護居室個室
タイプ2	有	無	21.45 m ²	6	介護居室個室
タイプ3	有	無	21.93 m ²	4	介護居室個室
タイプ4	有	無	21.94 m ²	38	介護居室個室
タイプ5	有	無	22.28 m ²	4	介護居室個室
タイプ6	有	無	23.15 m ²	2	介護居室個室
タイプ7	有	無	23.62 m ²	4	介護居室個室
タイプ8	有	有	43.87 m ²	10	介護居室2人部屋
タイプ9	有	有	45.56 m ²	1	介護居室2人部屋
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	9ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	2ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房	7ヶ所	
	共用浴室	14ヶ所	個室	11ヶ所	
			大浴場	2ヶ所	
	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴	1ヶ所	
			リフト浴	ヶ所	
			ストレッチャー浴	ヶ所	
			その他（ ）	ヶ所	
	食堂	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	なし
	入居者や家族が利用できる調理設備	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	なし
エレベーター	1	あり（車椅子対応）	2	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	なし

等	自動火災報知設備	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	なし
	火災通報設備	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	なし
	スプリンクラー	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	なし
	防火管理者	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	なし
	防災計画	1	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<ol style="list-style-type: none"> 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できる様、日常生活のお世話及び機能訓練を行う事により、利用者の社会的孤独感の解消及び心身機能の保持に努めるものとする。 2. 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの実施に努めます。 3. 個人情報に関する法令を遵守します。
サービスの提供内容に関する特色	食事セレクト、行事食、リハビリ、広い居室 24時間看護師配置
入浴、排せつ又は食事の介護	1 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 2 <input checked="" type="checkbox"/> 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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)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実施の有無	1	あり	(介護・看護職員の配置率) : 1			
	2	なし				

(医療連携の内容)

医療支援	※複数選択可	1	救急車の手配
		2	入退院の付き添い
		3	通院介助
		4	その他 ()
協力医療機関	1	名称	中島病院 (中島クリニック)
		住所	埼玉県戸田市下戸田 2-7-10
		診療科目	内科、循環器内科、脳神経外科、神経内科、皮膚科、整形外科、泌尿器科
		協力内容	訪問診療、緊急時の対応、入院療養後治療 (年 2 回の健康診断、医療費その他の費用は入居者の自己負担)

	2	名称	戸田中央総合病院
		住所	埼玉県戸田市本町 1—19—3
		診療科目	内科、消化器内科、外科、泌尿器科、腎臓内科、呼吸器内科、脳神経内科、眼科、循環器内科、心臓血管外科、脳神経外科、整形外科、耳鼻咽喉科、形成外科、乳腺外来、麻酔科
		協力内容	診察及び治療、入院療養後治療（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	コンパスデンタルクリニック
		住所	東京都北区志茂 2 丁目 39 番 9 号 ペアシティ秀華 一番館 1-B 号室
		協力内容	訪問診療、治療（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 (2 人部屋に入居した後、1 名利用となった場合)
判断基準の内容	1 1 人部屋に入居中で、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、個室間の住み替えを求める場合があります。 2 5 階の 2 人部屋に入居した後、1 名利用となった場合には、3

	<p>階または 4 階の個室へのご移動をお願いする場合があります。この際、移動後の料金は、ご入居時に選択したプラン（入居金基本プラン、入居金軽減プラン、月払いプラン）に応じた個室の月額利用料となります。</p> <p>移動先の居室につきましては、3 階または 4 階で空室となっている居室を（A から C のタイプを問わず）お選びいただきます。</p> <p>※居室住み替えに伴う前払い金の対応については（前払金の受領） に記載の内容をご確認下さい。</p> <p>※上記に記載のない事項が発生した際は、別途協議するものとします。</p>				
手続きの内容	<p><より適切な介護を提供する場合></p> <ol style="list-style-type: none"> 1 一定の観察期間を設け、主治医の意見を聴く。 2 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。 3 入居者、身元引受人等の同意を得る。 4 覚書を締結する。 				
追加的費用の有無	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし				
居室利用権の取扱い	住み替え後の居室の利用権に移行				
前払金償却の調整の有無	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし				
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし			
	便所の変更	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし			
	浴室の変更	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし			
	洗面所の変更	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし			
	台所の変更	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし			
	その他の変更	<table border="1"> <tr> <td>1 あり</td> <td>(変更内容)</td> </tr> <tr> <td>2 なし</td> <td></td> </tr> </table>	1 あり	(変更内容)	2 なし
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	自立している者	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
----------	---------	---

【表示事項】	要支援の者	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし
	要介護の者	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし
留意事項	概ね 60 歳以上の健康な方		
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 30 日間の予告期間を置いて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	60 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（内容：1 名につき、体験利用料金 3,500 円（税別）/日＋食費（朝食 400 円、昼食 600 円、夕食 700 円、おやつ 100 円）（税別）、体験入居期間 1 泊 2 日～最長 7 泊 8 日まで） ※朝食・昼食・おやつは軽減税率の対象となります。それ以外の食事については軽減税率の対象外となります。 2 なし		
入居定員	82 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		1.0
生活相談員	1	1		1.0
直接処遇職員	27	8	19	19.1
介護職員	22	7	15	16.4
看護職員	5	1	4	2.7
機能訓練指導員	1	1		1.0
計画作成担当者	1	1		0.6
栄養士				
調理員				
事務員	1		1	1.0
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		3	6
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者		1	3
介護支援専門員			

(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			
理学療法士	1	1	
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30分 ~ 9時30分)		
	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	2人	2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)	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
--	-----------------------	--

合、本欄は省略可能)	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)	2.2：1
※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 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし								
	業務に係る資格等		1 あり								
	資格等の名称										
	2 <input checked="" type="checkbox"/> 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	3	1	0	0	0	0	0	0	
前年度1年間の退職者数	1	0	5	2	0	0	0	0	0	0	
業務に従事した経験年数に応じた職員の数	1年未満	1	4	1							
	1年以上3年未満	1	2	3						1	
	3年以上5年未満	2	1	4							
	5年以上10年未満	1	2	1	2			1			
	10年以上	2	3	2	1						
従業者の健康診断の実施状況		1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 利用権方式 2 <input type="checkbox"/> 建物賃貸借方式 3 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 選択方式 ※該当する方式を全て選択	1 <input type="checkbox"/> 全額前払い方式 2 <input type="checkbox"/> 一部前払い・一部月払い方式 3 <input type="checkbox"/> 月払い方式
年齢に応じた金額設定	1 あり 2 <input type="checkbox"/> なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり 2 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 1ヶ月の内、入院による不在期間が16日以上の場合、管理費は <input type="checkbox"/> 半額	
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観点から、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。
	手続き	利用料金の改定にあたっては、その根拠を明確にし、 1 運営懇談会にて説明、意見を聴取する。 2 入居者及び身元引受人等の同意を得る。

利用料の支払い方法	一時金方式	月払い方式	<input type="checkbox"/> 選択方式	
敷金	なし			
一時金方式				
一時金及び月単位で支払う利用料				
年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> なし	あり		
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> なし	あり		
料金プラン（税込）				
プラン名称	一時金	月額計	(内訳)	
			家賃相当額 (非課税)	介護費用

基本プラン Aタイプ	576万円	201,740円	0円	—	58,740円	(実費)	143,000円
基本プラン Bタイプ	600万円	201,740円	0円	—	58,740円	(実費)	143,000円
基本プラン Cタイプ	630万円	201,740円	0円	—	58,740円	(実費)	143,000円
基本プラン Dタイプ	1,400万円	337,480円	0円	—	117,480円	(実費)	220,000円
入居金軽減プラン Aタイプ	288万円	235,340円	33,600円	—	58,740円	(実費)	143,000円
入居金軽減プラン Bタイプ	300万円	236,740円	35,000円	—	58,740円	(実費)	143,000円
入居金軽減プラン Cタイプ	315万円	238,490円	36,750円	—	58,740円	(実費)	143,000円
入居金軽減プラン Dタイプ	700万円	419,147円	81,667円	—	117,480円	(実費)	220,000円
※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 ※Dタイプの食費、管理費・食費は2名入居の金額							

利用料の支払い方法	一時金方式	<input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式	選択方式
-----------	-------	---	------

月単位で支払う利用料

年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> なし					
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> なし					
料金プラン (税込)						
プラン名称	月額	(内訳)				
	計	家賃相当額	介護費用	食費	光熱水費	管理費
Aタイプ	296,371円	94,631円	—	58,740円	(実費)	143,000円
Bタイプ	299,296円	97,556円	—	58,740円	(実費)	143,000円
Cタイプ	302,951円	101,211円	—	58,740円	(実費)	143,000円
Dタイプ	532,517円	195,037円	—	117,480円	(実費)	220,000円
※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 ※Dタイプの食費、管理費は2名入居の金額						

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		入居金基本プラン（個室）	月払いプラン（個室）	
入居者の状況	要介護度	要介護 2	要介護 2	
	年齢	86 歳	86 歳	
居室の状況	床面積	21.94 m ²	21.94 m ²	
	便所	1 <input checked="" type="checkbox"/> 有 2 <input type="checkbox"/> 無	1 <input checked="" type="checkbox"/> 有 2 <input type="checkbox"/> 無	
	浴室	1 <input checked="" type="checkbox"/> 有 2 <input type="checkbox"/> 無	1 <input checked="" type="checkbox"/> 有 2 <input type="checkbox"/> 無	
	台所	1 <input checked="" type="checkbox"/> 有 2 <input type="checkbox"/> 無	1 <input checked="" type="checkbox"/> 有 2 <input type="checkbox"/> 無	
入居時点で必要な費用	前払金	6,000,000 円	0 円	
	敷金	円	円	
月額費用の合計		201,740 円	299,296 円	
家賃		0 円	97,556 円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※ ¹ の費用		円	
	介護保険外※ ²	食費	58,740 円（税込）	58,740 円（税込）
		管理費	143,000 円（税込）	143,000 円（税込）
		介護費用	円	円
		光熱水費	円	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）

※食費については、30 日の月の費用を記載しています。

※電気代は別途費用がかかります。

※2 人部屋の電気・ガスは個人契約となります。

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃（非課税）	居室および共用施設等の家賃相当額の一部です。
敷金	なし
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（課税）	事務・管理部門の人件費、共用部分・厨房設備の維持管理費、居室の水道料金、備品、消耗品費等
食費（課税）	朝食 400 円、昼食 600 円、夕食 700 円、おやつ 100 円（税別）

	※朝食・昼食・おやつは軽減税率の対象となります。それ以外の食事については軽減税率の対象外となります。
光熱水費	個室は実費精算。 2 人部屋の電気、ガスは個別契約のため、個別の支払いとなります。
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	なし

(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	別添 2 を参照
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）	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	<p>前払金 = (1ヶ月分の家賃相当額) × (想定居住期間※1) + (想定居住期間を越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 入居軽減プラン場合、 1ヶ月分の家賃相当額 = (前払い金に含まれる1ヶ月分の家賃相当額) + (月額の家賃相当額) となり、(前払い金に含まれる1ヶ月分の家賃相当額) × (想定居住期間※1) + (想定居住期間を越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>※2 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基金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>※3 想定居住期間を越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、前払金の30%としておりま</p>
------	---

		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）		1,800,000 円（基本プラン B タイプの場合）
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、契約期間に係る家賃相当額（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。尚、返還金の算定方法は以下の通りです。</p> $\text{一時金} - (\text{一時金} \times 70\%) \div \text{想定居住月数} \div 30 \text{ 日} \times (\text{入居の日から契約終了日までの日数})$
	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】 償却年月数内に利用契約が終了した場合の返還金 = $(\text{一時金} \times 70\%) \div (\text{入居日の翌日から想定居住期間の日数}) \times (\text{契約終了日から想定居住期間満了日までの日数})$ ※一時金の 30% は、入居日から、3 ヶ月を経過すると返還されません。 ※償却年月数を経過すると、返還金がなくなります。 ※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。 ※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。</p> <p>【居室を住み替える場合の算定方法】 （償却を終えている場合）</p>

		<p>60 ヶ月の償却期間を終えている場合、返還金はありません。契約時のプランに応じた、住み替え後の1人部屋の月額家賃相当額をお支払いいただきます。</p> <p>(償却年月数内の場合)</p> <p>居室を住み替える場合は、同一期間居室に入居したと仮定し、入居者又は返還金受取人に、契約終了日から償却期間満了日までの返還金差額を返還します。</p> <p>返還金 = 上記契約終了時返還金 - (想定居住日数 - 償却済期間の日数) × 1日分の個室家賃相当額 (住替後)</p> <p>契約時のプランに応じた、住み替え後の1人部屋の月額家賃相当額をお支払いいただきます。</p> <p>返還金から差引いた額は、住み替え後の1人部屋の前払家賃として償却させていただきます。</p>
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 <input type="text" value="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	20人
	女性	33人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上 75歳未満	2人
	75歳以上 85歳未満	15人
	85歳以上	35人
要介護度別	自立	4人

	要支援 1	3 人
	要支援 2	2 人
	要介護 1	10 人
	要介護 2	12 人
	要介護 3	6 人
	要介護 4	8 人
	要介護 5	8 人
入居期間別	6 ヶ月未満	12 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	8 人
	1 年以上 5 年未満	20 人
	5 年以上 10 年未満	8 人
	10 年以上 15 年未満	5 人
	15 年以上	人

(入居者の属性)

平均年齢	86.1 歳
入居者数の合計	53 人
入居率*	64.6%

※ 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	8 人
	死亡者	8 人
	その他	1 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	3 人

		(解約事由の例) 退院の目途が立たず退去。併設のグループホームに入居の 為退去
--	--	---

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		戸田ケアコミュニティそよ風苦情窓口
電話番号		048-447-9530
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		株式会社ユニマツ リタイメント・コミュニティ 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		① 戸田市役所長寿介護課 ② 埼玉県国民健康保険団体連合会 (介護福祉課 苦情対応係) ③ 公益社団法人全国有料老人ホーム協会
電話番号		① 048-441-1800 ② 048-824-2568 (苦情相談専用) ③ 03-3272-3781
対応している時間	平日	① 8:30~17:15 ② 8:30~12:00、13:00~17:00 ③ 10:00~17:00
	土曜	休み
	日曜・祝日	休み
定休日		土・日・祝日及び年末年始等

(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 <input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 保険会社名：三井住友海上火災保険株式会社 保険名：福祉事業者総合賠償責任保険 保障の概要：対人・対物、人格権侵害、 管理財物、管理現金盗難の補償
	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 <input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容)
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> あり	実施日	2019年12月21日
		結果の開示	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
2 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	1 <input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
事業収支計画書	1 入居希望者に公開 2 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に交付
	3	公開していない

10. その他

運営懇談会	1	<input checked="" type="checkbox"/> 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 【表示事項】	1	あり (提携ホーム名:)	
	2	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
有料老人ホーム設置時の老人 福祉法第 29 条第 1 項に規定 する届出	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	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	2 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	合致しない事項がある場合 の内容		

「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） 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 指針の不適合事項	あり
不適合事項がある場合の内 容	想定居住期間（60 ヶ月）を超えて契約が継続する場合に備えて受領する 額（入居一時金の 30%）については、入居日を起算として 3 ヶ月を経過 すると返還されません。

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）

※ _____ 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	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	三橋ケアセンターそよ風	さいたま市大宮区三橋1-871
訪問入浴介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
訪問看護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
訪問リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
居宅療養管理指導	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	デイサービスセンターはせんそよ風	さいたま市見沼区蓮沼1500-1
通所リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
短期入所生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	大宮東ケアセンターそよ風	さいたま市見沼区南中野1136-7
短期入所療養介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	戸田ケアコミュニティそよ風	戸田市氷川町2-16-23
福祉用具貸与	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
特定福祉用具販売	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<地域密着型サービス>				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	そよ風定期巡回わらび	蕨市中央2-10-1
夜間対応型訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
認知症対応型通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
小規模多機能型居宅介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
認知症対応型共同生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	岩槻ケアセンターそよ風	さいたま市岩槻区表慈恩寺625-1
地域密着型特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
看護小規模多機能型居宅介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
居宅介護支援	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	南古谷ケアセンターそよ風	川越市大字久下戸1971-2
介護予防訪問入浴介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護予防訪問看護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護予防訪問リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護予防居宅療養管理指導	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護予防通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	デイサービスセンターはせんそよ風	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	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護予防短期入所生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	大宮東ケアセンターそよ風	さいたま市見沼区南中野1136-7
介護予防短期入所療養介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

介護予防特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	戸田ケアコミュニティそよ風	戸田市氷川町2-16—2 3
介護予防福祉用具貸与	あり	<input type="checkbox"/>		
特定介護予防福祉用具販売	あり	<input type="checkbox"/>		
<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	<input type="checkbox"/>		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防認知症対応型共同生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	岩槻ケアセンターそよ風	さいたま市岩槻区表慈恩寺625-1
介護予防支援	あり	<input type="checkbox"/>		
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	あり	<input type="checkbox"/>		
介護老人保健施設	あり	<input type="checkbox"/>		
介護療養型医療施設	あり	<input type="checkbox"/>		

別添 2

有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無						なし	あり		
	特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者一部負担※ ¹ ）		個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担）			包含※ ²	都度※ ²	料金※ ³	備 考
	なし	あり	なし	あり					
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	○				料金は使用するオムツ等の種類により異なります。持ち込みも可能です。
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	○		1,650円（1回）		入浴は週3回までは介護費にて行います。
特浴介助	なし	あり	なし	あり	○		1,650円（1回）		週4回目から1回1,650円の料金がかかります。
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	○		825円（30分）		協力医療機関以外の病院への付き添いは、別途料金がかかります。付き添い範囲は、戸田市、蕨市、川口市、さいたま市桜区（一部）、さいたま市南区（一部）となります。
生活サービス									

居室清掃	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	○	1,320 円 (1 回)	居室清掃・リネン交換は 1 回/週までは介護費
リネン交換	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	○	1,320 円 (1 回)	で行います。
日常の洗濯	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	○	1,320 円 (1 回)	洗濯は週 3 回までは介護費にて行います。 4 回目からは、1 回 1,320 円の料金がかかります。
居室配膳・下膳	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	○	132 円 (1 回)	
入居者の嗜好に応じた特別な食事			<input checked="" type="checkbox"/>	あり			
おやつ			なし	<input checked="" type="checkbox"/>	○		1 食 108 円。
理美容師による理美容サービス			なし	<input checked="" type="checkbox"/>	○		理美容代は実費となります。
買い物代行	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	○	1,650 円 (1 回)	週に 1 回の代行日で、市内であれば介護費にて行います。市外、買い物代行日以外については、1 回 1,650 円の料金がかかります。
役所手続き代行	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	あり			役所手続きの代行は月に 1 回まで行います。
金銭・貯金管理			<input checked="" type="checkbox"/>	あり			入居者からの依頼により、月 3 万円を上限として預り金を行います。
健康管理サービス							
定期健康診断			なし	<input checked="" type="checkbox"/>	○		年に 1 回健康診断を受ける機会を設けます。 費用は実費です。
健康相談	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	あり			

生活指導・栄養指導	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				
服薬支援	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	<input type="checkbox"/> なし	あり	<input type="checkbox"/> なし	あり	○			
入退院時の同行	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○	825円 (30分)	協力医療機関以外の病院への付き添い・入退院時の同行は、別途料金がかかります。付き添い範囲は、戸田市、蕨市、川口市、さいたま市桜区（一部）、さいたま市南区（一部）となります。	
入院中の洗濯物交換・買い物	<input type="checkbox"/> なし	あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				
入院中の見舞い訪問	<input type="checkbox"/> なし	あり	<input type="checkbox"/> 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。

