

重要事項説明書

記入年月日	2021年7月1日
記入者名	椎名 一成
所属・職名	ケアウ・レヅジ・美乃里管理者

※ 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 / <input checked="" type="checkbox"/> 法人	
	※法人の場合、その種類	営利法人
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 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	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 ・平成・令和 50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) けあう いれっじみのり ケアヴィレッジ美乃里	
所在地	〒352-0001 埼玉県新座市東北 2-6-26	
主な利用交通手段	最寄駅	東武東上線 志木駅
	交通手段と所要時間	例：①電車利用の場合 ・東武東上線または地下鉄有楽町線、副都心線 「志木駅南口」より約 800m ②バス利用の場合 ・西武バス「志木駅」より「ひばりヶ丘駅北口行き」又は「朝霞台駅行き」で「東三丁目」下車 約 160m
連絡先	電話番号	048-471-1155
	FAX番号	048-476-3939
	ホームページアドレス	http://www.unimat-rc.co.jp
管理者	氏名	椎名 一成
	職名	管理者
建物の竣工日		昭和・平成・令和 61年 5月 15日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成・令和 61年 9月 10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	1175101482 号
	指定した自治体名	埼玉県（市）
	事業所の指定日	平成・令和 24年 7月 1日

項】	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A	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	31.2 m ²	3室	一般居室個室
タイプB	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	22.0 m ²	3室	一般居室個室
タイプC	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	19.6 m ²	18室	一般居室個室
タイプD	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	34.6 m ²	3室	一般居室個室
タイプE	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	17.3 m ²	9室	一般居室個室
タイプF	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	36.4 m ²	2室	一般居室個室
タイプG	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	33.4 m ²	8室	一般居室個室
タイプH	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	25.3 m ²	1室	一般居室個室
タイプI	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	31.6 m ²	3室	一般居室個室
タイプJ	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	28.9 m ²	13室	一般居室個室
タイプK	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	21.7 m ²	1室	一般居室個室
タイプL	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	29.0 m ²	1室	一般居室個室

※「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	5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	5ヶ所	
	共用浴室	2ヶ所	個室	0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	0ヶ所	
			ストレッチャー浴	1ヶ所	
			その他（ ）	0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 あり	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし		
エレベーター	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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		
消防用設備等	消火器	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし	
	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	
緊急通報装置等	居室 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 一部あり 3 なし	便所 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 一部あり 3 なし	浴室 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 一部あり 3 なし	その他 () 1 あり 2 一部あり 3 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	お客様の自由で充実した時間とプライベート空間を大切にし、24 時間安心の介護看護体制ですべてのお客様がゆったりとくつろげる暮らしを提供いたします。
サービスの提供内容に関する特色	【24 時間安心の介護看護体制】お客様の安心安全な生活を支える介護看護サービスを、24 時間体制で提供いたします。
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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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	入居継続支援加算	(I)	1	あり	2	なし	
		(II)	1	あり	2	なし	
	生活機能向上連携加算	(I)	1	あり	2	なし	
		(II)	1	あり	2	なし	
	個別機能訓練加算	(I)	1	あり	2	なし	
		(II)	1	あり	2	なし	
	ADL維持等加算	(I)	1	あり	2	なし	
		(II)	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
	口腔・栄養スクリーニング加算			1	あり	2	なし
	科学的介護推進体制加算			1	あり	2	なし
	障害者等支援加算			1	あり	2	なし
	L I F E への登録			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	(I)	1	あり	2	なし	
		(II)	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	
介護職員処遇改善加算	(I)	1	あり	2	なし		
	(II)	1	あり	2	なし		
	(III)	1	あり	2	なし		
	(IV)	1	あり	2	なし		
	(V)	1	あり	2	なし		

	介護職員特定処遇改善加算	(I)	1 あり 2 <input type="checkbox"/> なし
		(II)	1 <input type="checkbox"/> なし 2 あり
	短期利用（介護予防）特定施設入居者生活介護の算定		1 あり 2 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> なし		

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		<input type="checkbox"/> 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 通院介助 4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	医療法人社団武蔵野会 新座志木中央総合病院
		住所	埼玉県新座市東北 1-7-2 (ホームから約 800m)
		診療科目	内科・消化器内科・循環器内科・神経内科・外科・整形外科他
		協力科目	内科・消化器内科・循環器内科・神経内科・外科・整形外科他
		協力内容	年 1 回の一般健康診断、治療、入院等の措置が受けられる。
	2	名称	医療法人社団 星の砂 ねりま西クリニック
		住所	東京都練馬区大泉町 3-2-9 (ホームから約 7.8 km)
		診療科目	内科・整形外科・呼吸器内科・循環器科・皮膚科・精神科他
		協力科目	内科・整形外科・呼吸器内科・循環器科・皮膚科・精神科他
		協力内容	24 時間緊急対応(オンコール体制)、月 2 回の訪問診療による入居者の健康指導、診療及び治療
協力歯科医療機関	名称	医療法人エイジング会 エイジング歯科医院	
	住所	埼玉県ふじみ野市上福岡 6-9-21-1F (訪問診療 ホームから 9.6 km)	
	協力内容	定期的な訪問による診察、治療	

(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	<input type="checkbox"/> 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 介護居室へ移る場合 <input type="checkbox"/> その他 ()
--------------------------	---

判断基準の内容	一時介護室において介護を行う場合は、 ①事業者の指定する医師の意見を聞く ②入居者の意思を確認する ③身元引受人等の意見を聞く 緊急を要する場合には、医師の意見及び入居者の意思を確認した上で、事業者が判断します。	
手続きの内容	緊急を要する場合には、医師の意見及び入居者の意思を確認した上で、事業者が判断します。	
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	一時的な共用施設の利用であり、居室の権利は存続する。	
前払金償却の調整の有無	1 あり	2 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	洗面所の変更	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	台所の変更	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	その他の変更	1 あり
	2 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<p>② 年齢は満 60 歳以上（2 人入居の場合は、どちらかで可）</p> <p>②2 人入居の場合は、2 人の関係が 2 親等以内の血族または 1 親等以内の姻族であること</p> <p><追加入居></p> <p>次の場合、原契約から 10 年以内で且つ 1 回に限り、追加入居することが出来ます。</p> <p>① 原契約が 1 人入居の場合</p> <p>② 原契約が 1 人入居で 1 人入居になった場合</p> <p>但し、配偶者を含む全ての追加入居者は、前記入居者の条件に加え原契約の時点で満 60 歳以上であること。</p>		
契約の解除の内容	<p>【契約の終了】</p> <p>①入居者が逝去した場合（2 名の場合はどちらとも逝去した場合）</p> <p>②事業者から契約解除が行われた場合</p> <p>③入居者から契約解除が行われた場合</p> <p>【入居者からの契約解除】</p> <p>事業者に対して少なくとも 30 日前に解約の申し入れを行う事により契約を解除出来ます。</p> <p>解約届を提出しないで退去した場合には、退去の事実を知った日の翌日から起算して 30 日目をもって、契約は解約されたものとします。</p>		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	<p>【事業者からの契約解除】</p> <p>事業者は、つぎのいずれかに該当し、かつ、そのことが本契約をこれ以上将来にわたって維持する事が社会通念上著しく困難と認められる場合に 90 日の予告期間を置いて契約を解除する事があります。</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月額の利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞するとき</p> <p>③入居契約書第 20 条（禁止又は制限される行為）の規定に違反したとき</p> <p>④入居者の行動が、他の入居者の生命に危害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き</p> <p>⑤建物、付属設備又は敷地を故意又は重</p>	

		大な過失により汚損、破損又は滅失したとき ⑥事業者の承認を得ず、第三者を同居させたとき
	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	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり (内容：2泊3日～1週間程度の日程で体験入居が可能 料金：5,500円(税込) 消費税500円 1泊2日 3食付 (朝食・昼食・夕食) 2 なし	
入居定員		80人
その他	【その他入居契約の解除】 契約締結日から14日以内であり、入居前であれば、書面によって事業者へ通知することにより、契約を解除することが出来ます。この場合、基本プラン及び入居金軽減プランを選択されている場合、受領済みの入居一時金を全額無利息で返還します。	

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	1
生活相談員	2	1	1	1.5
直接処遇職員	34	6	28	18.9
介護職員	33	5	28	18.4
看護職員	10	1	9	6.5
機能訓練指導員	3	0	3	0.2
計画作成担当者	2	0	2	1
栄養士	1	0	0	1
調理員	0	5	0	4.2
事務員	1	1	0	1
その他職員	2	0	2	0.6
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				40
<p>※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。</p> <p>※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。</p>				

(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	0	0	0
介護福祉士	8	1	7
実務者研修の修了者	2	1	1
初任者研修の修了者	1	0	1
介護支援専門員	3	0	3

(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	0	1
理学療法士	2	0	2
作業療法士	0	0	0
言語聴覚士	0	0	0
柔道整復士	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0
はり師	0	0	0
きゅう師	0	0	0

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (17 時～ 10 時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	1 人	1 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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) ・要介護者の利用者数に、要支援 1 及び要支援 2 の利用者 1 人を 0.3 人と換算して算出しています。 (7月1日現在の利用者⇒要支援者 14 人、要介護者 47 人、職員 23.9 人で計算)	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 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし								
	業務に係る資格等		1 <input checked="" type="checkbox"/> 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	0	1	3	6	0	0	0	0	0	0	
前年度1年間の退職者数	0	4	2	1	0	0	0	0	0	0	
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満	0	1	3	6	0	0	0	0	0	0
	1年以上 3年未満	0	6	1	10	0	1	0	3	0	1
	3年以上 5年未満	0	2	0	3	0	0	0	0	0	0
	5年以上 10年未満	1	0	1	9	0	0	0	0	0	1
	10年以上	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
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 checked="" type="checkbox"/> 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	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 <input type="checkbox"/> 選択方式 ※該当する方式を全て選択	1 全額前払い方式 <input checked="" type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり 2 <input checked="" 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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。
	手続き	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。

（利用料金のプラン【代表的なプランを2例】）

		プラン1 (基本プラン) Cタイプの場合	プラン2 (月払いプラン) Cタイプの場合
入居者の状況	要介護度	要介護3	要介護3
	年齢	85歳	85歳
居室の状況	床面積	28.9㎡	28.9㎡
	便所	1 <input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無	1 <input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無
	浴室	1 有 2 <input checked="" type="checkbox"/> 無	1 有 2 <input checked="" type="checkbox"/> 無
	台所	1 有 2 <input checked="" type="checkbox"/> 無	1 有 2 <input checked="" type="checkbox"/> 無
入居時点で必要な費用	前払金	1,080万円	0円
	敷金	—円	—円
月額費用の合計		222,388円	378,432円
家賃		0円	156,044円
サービス	特定施設入居者生活介護※ ¹ の費用	21,130 (1割)円	21,130 (1割)円
	保険 食費	60,780円	60,780円

	管理費	110,000 円	110,000 円
	介護費用	— 円	— 円
	光熱水費	水道基本料 478 円(その他実費)円	水道基本料 478 円(その他実費)円
	その他	30,000 円	30,000 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)

費目	算定根拠
家賃	居室および共用施設等の家賃相当額の一部です。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。 ※「自立」の方は、介護保険給付の対象となりません。 ※「自立」の方は、生活を支援する費用として、自立者生活支援費用 59,070 円/人・月（税込）をお支払い頂きます。
管理費	共用施設等の維持管理費、事務・管理部門の人件費、事務費、生活サービスに係る人件費・備品・消耗品費、定期診察費用、健康診断費用
食費	朝 486 円、昼 715 円、夕 825 円（税込）朝食のみ軽減税率（8%）の対象となります。食費に含まれるサービス：献立、栄養管理、調理、食事サービス全般。食材費、人件費等の諸経費など含む）
光熱水費	居室内において実費負担 ※使用しない場合でも、下記の料金がかかります ・水道基本料金 478 円（税込） ・共用施設の光熱水費の一部
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添 2 人件費等を勘案したサービスごとの価格設定
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	※介護報酬告示上の額に対し、介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額を徴収する。
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>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>※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の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>【基本プラン Cタイプの場合】 10,800,000円 = (一時金に含まれる家賃相当額7,560,000円) + 初期償却3,240,000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）	(代表的プラン) 3,240,000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
	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

	65 歳以上 75 歳未満	2 人
	75 歳以上 85 歳未満	8 人
	85 歳以上	51 人
要介護度別	自立	0 人
	要支援 1	10 人
	要支援 2	4 人
	要介護 1	11 人
	要介護 2	7 人
	要介護 3	7 人
	要介護 4	13 人
	要介護 5	9 人
入居期間別	6 ヶ月未満	4 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	0 人
	1 年以上 5 年未満	38 人
	5 年以上 10 年未満	13 人
	10 年以上 15 年未満	3 人
	15 年以上	3 人

(入居者の属性)

平均年齢	89.03 歳
入居者数の合計	61 人
入居率※	76.2%
※ 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	1 人
	社会福祉施設	1 人
	医療機関	3 人

	死亡者	8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	2人
		(解約事由の例) 在宅(自宅)復帰。特別養護老人ホームへ転居。

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		ケアヴィレッジ美乃里 苦情窓口
電話番号		048-471-1155
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		株式会社エヌマツ リタイアメント・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		新座市介護保険課
電話番号		048-424-9609
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
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	10：00～17：00 月・水・金曜日（祝日及び年末年始を除く。）
	土曜	休み
	日曜・祝日	休み
定休日		火曜、木曜、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 <input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 三井住友海上火災保険株式会社の「福祉事業者総合賠償責任保険」に加入しております。
	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) 当社が所有、使用または管理している各種の施設・設備・用具などの不備や業務活動上のミスが原因で、第三者の身体障害や財物損壊等が生じ、被害者側との間に損害賠償問題が発生した場合で、不可

		抗力による場合を除き賠償する。
	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	意見箱を常時設置
		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 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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				
	<table border="1"> <tr> <td>1 代替措置あり</td> <td>(内容) 懇談会資料郵送</td> </tr> <tr> <td colspan="2">2 代替措置なし</td> </tr> </table>	1 代替措置あり	(内容) 懇談会資料郵送	2 代替措置なし	
1 代替措置あり	(内容) 懇談会資料郵送				
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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	なし				
不適合事項がある場合の内容					

添付書類：別添 1 (別に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 平成・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			併設・隣接の状況	事業所の名称	所在地
<居宅サービス>					
訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・ <input checked="" type="checkbox"/> 隣接	所沢ケアセンターそよ風	所沢市上新井 5-7-12
訪問入浴介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
訪問看護	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
訪問リハビリテーション	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
居宅療養管理指導	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・ <input checked="" type="checkbox"/> 隣接	デイサービスセンターりはせんそよ風	さいたま市見沼区連沼1500-1
通所リハビリテーション	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
短期入所生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・ <input checked="" type="checkbox"/> 隣接	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	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・ <input checked="" type="checkbox"/> 隣接	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	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
特定福祉用具販売	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
<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"/>	なし	併設・ <input checked="" type="checkbox"/> 隣接	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	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
地域密着型通所介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
認知症対応型通所介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
小規模多機能型居宅介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
認知症対応型共同生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・ <input checked="" type="checkbox"/> 隣接	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	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
居宅介護支援	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・ <input checked="" type="checkbox"/> 隣接	三橋ケアセンターそよ風	さいたま市大宮区三橋1-871
<居宅介護予防サービス>					
介護予防訪問入浴介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
介護予防訪問看護	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
介護予防居宅療養管理指導	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
介護予防通所リハビリテーション	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
介護予防短期入所生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・ <input checked="" type="checkbox"/> 隣接	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	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	併設・隣接		

介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接	戸田ケアコミュニティそよ風	戸田市氷川町2-16 —23
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
<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	併設・隣接		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接	岩槻ケアセンターそよ風	さいたま市岩槻区飯塚1280-3
介護予防支援	あり	なし	併設・隣接		
<介護保険施設>					
介護老人福祉施設	あり	なし	併設・隣接		
介護老人保健施設	あり	なし	併設・隣接		
介護療養型医療施設	あり	なし	併設・隣接		
介護型医療院	あり	なし	併設・隣接		
<介護予防・日常生活支援総合事業>					
訪問型サービス	あり	なし	併設・隣接		
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接		
その他の生活支援サービス	あり	なし	併設・隣接		

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）			備考	
	なし	あり	なし	あり	包含※2		都度※2
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	○		実費請求（月単位）
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	○		自立の場合 1回 2,200円（消費税 200円）
特浴介助	なし	あり	なし	あり	○		自立の場合 1回 3,850円（消費税 350円）週 2回（火・金曜日）、左記以外 1回 3,850円（消費税 350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	○		協力病院以外の場合、1時間 1,650円消費税 150円（場所により要相談・対応できない場合あり）
送迎介助	なし	あり	なし	あり	○		協力病院以外の場合、1時間 1,100円消費税 100円（場所により要相談・対応できない場合あり）
生活サービス							
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○		自立の場合（月 1回）、要支援 1・2（月 2回）、要介護（月 3回）までは無料。

								左記以上 1 間タイプ 1 回 2,200 円 (消費税 200 円)・2 間タイプ 1 回 3,300 円 (消費税 300 円) その他として、ベランダ清掃 1 回 500 円
リネン交換	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	○			
日常の洗濯	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	○			自立の場合 (月 1 回)、要支援 1・2 (月 2 回)、要介護 (月 3 回) までは無料。 左記以上 1 回 1,100 円消費税 100 円 (3 kg)
居室配膳・下膳	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	あり				
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	<input checked="" type="checkbox"/>	○			医療的な問題がある場合に変更可能
おやつ			なし	<input checked="" type="checkbox"/>	○			希望者のみ・おやつ代 1 食 120 円 (消費税 11 円)
理美容師による理美容サービス			なし	<input checked="" type="checkbox"/>	○			カット 1,650 円 (消費税 150 円) ほか (外部サービス)
買い物代行	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	○			週 1 回木曜日、左記以外 1 回 (1 時間) 1,320 円 (消費税 120 円)、1 時間で往復できる範囲
役所手続き代行	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	○			週 1 回 (1 時間) 1,320 円 (消費税 120 円)
外出付き添い	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	○			自立の場合、1 回 (1 時間) 1,650 円 (消費税 150 円) 要介護の場合、1 時間を超える付添の場合、1 回 (1 時間) 1,650 円 (消費税

								150 円)
金銭・貯金管理			なし	あり				要相談
地下ロッカー			なし	あり				一区画無料
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり	○			年 2 回（訪問診療ご契約者は年 1 回）
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	○			協力病院のみ それ以外 1 時間 1,100 円消費税 100 円(場所要相談・対応出来ない場合あり)
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり	○			協力病院以外の場合、1 回（1 時間）1,650 円（消費税 150 円）
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり	○			1 回 1,650 円消費税 150 円（3 kg）
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり				週 2 回程度（協力病院）

※ 1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割、2割又は3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。