

別紙様式

重要事項説明書

記入年月日	2020.4.1
記入者名	南 元将
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	昭和・平成50年 6月 2日	
主な実施事業	※別添1（別の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) やちよけあこみゆにていそよかぜ 八千代ケアコミュニティそよ風	
所在地	〒276-0046 千葉県八千代大和田新田917-6	
主な利用交通手段	最寄駅	東葉高速鉄道「八千代緑が丘駅」
	交通手段と所要時間	八千代緑が丘駅 南口より 徒歩15分
連絡先	電話番号	047-480-0305
	FAX番号	047-480-0307
	ホームページアドレス	http:// www.unimat-rc.co.jp/
管理者	氏名	南 元将

	職名	管理責任者
建物の竣工日		昭和・平成 25年 4月 20日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 25年 7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	介護保険事業者番号		
	指定した自治体名		
	事業所の指定日	平成	年 月 日
	指定の更新日 (直近)	平成	年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1542.26㎡				
	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			
		1	あり	2	なし	
		契約期間		1	あり (平成25年5月1日～平成55年4月30日)	
契約の自動更新		1	あり	2	なし	
建物	延床面積	全体	2010.63㎡			
		うち、老人ホーム部分	1273.90㎡			
	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 (平成25年5月1日～平成55年4月30日)		
	契約の自動更新		1	あり	2	なし
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1	全室個室			
		2	相部屋あり			

		最少		人部屋		
		最大		人部屋		
	トイレ	浴室	面積	戸数・ 室数	区分※	
タイプ1	有/無	有/無	18.08㎡	28		
タイプ2	有/無	有/無	18.34㎡	3		
タイプ3	有/無	有/無	18.66㎡	1		
タイプ4	有/無	有/無	19.44㎡	1		
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	5ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		5ヶ所		
		うち車椅子等の対応が可能な便房		2ヶ所		
共用浴室	2ヶ所	個浴		2ヶ所		
		大浴場		ヶ所		
共用浴室における介護浴槽	ヶ所	チェアー浴		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（特殊浴槽）		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	1	あり	2	なし		
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	ご自宅に居たときと同じように自由な暮らしをおくって頂く。				
サービスの提供内容に関する特色					
入浴、排せつ又は食事の介護	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	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	医療法人社団 三業会 おかざき外科クリニック		
		住所	千葉県八千代市大和田新田917-6		
		診療科目	外科・消火器内科・老年内科・整形外科		
		協力内容	診療及び治療、訪問診療 (希望者のみ別途契約)		
	2	名称			
		住所			
		診療科目			
		協力内容			
協力歯科医療機関	名称				
	住所				

	協力内容	
--	------	--

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可	1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 3 その他 ()	
判断基準の内容		
手続きの内容		
追加的費用の有無	1 あり 2 なし	
居室利用権の取り扱い		
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		
契約の解除の内容		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	第11条
	解約予告期間	1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 あり (内容: 1泊3食付 約7,000円) 2 なし	
入居定員		33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	
管理者			
生活相談員			
直接処遇職員			
介護職員			
看護職員			
機能訓練指導員			
計画作成担当者			
栄養士			
調理員			
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			
※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		
実務者研修の修了者		
初任者研修の修了者		
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
看護師または准看護師		
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（ 17時～翌10時）		
	平均人数	最少時人数（休憩者等を除く）

看護職員	人	人
介護職員	人	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)	: 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							
		2 なし								
	看護職員		介護職員		生活相談員		機能訓練指導員		計画作成担当者	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数										
前年度1年間の退職者数										
に 業 務 に 従 事 し た 職 員 の 人 数	1年未満									
	1年以上									
	3年未満									
	3年以上									
	5年未満									
	5年以上									
	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 【表示事項】	1 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式		
利用料金の支払い方式 【表示事項】	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式		
	4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式	
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	甲は、目的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及び人件費、その他の経済事情の変動により費用が不相当になった場合には、費用を改定することができます。	
	手続き	前項の改定にあたっては、甲は乙又は身元引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】)

		プラン1	プラン2	
入居者の状況	要介護度	1	2	
	年齢	81歳	88歳	
居室の状況	床面積	18㎡	18㎡	
	便所	1 有 2 無	1 有 2 無	
	浴室	1 有 2 無	1 有 2 無	
	台所	1 有 2 無	1 有 2 無	
入居時点で必要な費用	前払金	0円	0円	
	敷金	0円	0円	
月額費用の合計		191,247円	191,247円	
家賃		74,000円	74,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用	— 円	— 円	
	※2 介護保険外	食費	55,950円	55,950円
		共益費	45,000円	45,000円
		介護費用	円	円
		光熱水費	0円	0円
		その他	16,297円	16,297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）
- ※3 朝食・夕食は軽減税率の対象となります。朝食・夕食以外の食事は軽減税率の対象外とさせていただきます。

（利用料金の算定根拠）

費目	算定根拠
家賃	オーナーとの建物質貸借契約の賃借料に基づき算定。
敷金	家賃の 0 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	共同利用設備・共用部分の維持管理に充当いたします。
食費	3食+おやつ代×30日の場合。お召上がり頂いた分のみ。
光熱水費	居室の光熱水費となります。
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	生活相談・状況把握サービス提供にかかる人件費・事務費等に基づき算定。

（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	
特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乘せサービス）	
※介護予防・地域密着型の場合を含む。	

（前払い金の受領）※前払金を受領していない場合は省略可能

算定根拠	
想定居住期間（償却年月数）	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）	円
初期償却率	%
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了
	入居後3月を超えた契約終了
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 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	8人
	女性	24人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	1人
	75歳以上85歳未満	5人
	85歳以上	22人
要介護度別	自立	1人
	要支援1	1人
	要支援2	3人
	要介護1	10人
	要介護2	5人
	要介護3	7人
	要介護4	2人
	要介護5	3人
入居期間別	6ヶ月未満	3人
	6ヶ月以上1年未満	1人
	1年以上5年未満	28人
	5年以上10年未満	0人
	10年以上15年未満	0人
	15年以上	0人

（入居者の属性）

平均年齢	87.04歳
入居者数の合計	32人
入居率※	96%
※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	2人
	医療機関	0人
	死亡者	2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) 他社施設へ入居。

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	八千代ケアコミュニティそよ風	
電話番号	047-480-0305	
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	八千代市消費生活センター 047-485-0559 千葉県健康福祉部保健指導課介護保険室 043-223-2386 千葉県県土整備部都市整備局住宅課 043-223-3231

(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) 共用部分での事故については、事業者側で傷害保険に加入しております。 住戸内での事故については、入居者様にて傷害保険加入をお願い致します。保険会社の紹介も承ります。
	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	あり	(その内容) 入居者に対するサービス提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を致します。なお、損害賠償はサービス提供における事業者側の過失を原因として事故が発生した場合に実施するものです。サービス提供以外の時間及び外出中の不慮の事故により入居者が受けた損害災難について、一切の責任を負いません。
	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	1	あり	実施日	
-----------	---	----	-----	--

査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況		結果の開示	1 あり	2 なし
	<input checked="" type="checkbox"/> 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
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1	入居希望者に公開
	2	入居希望者に交付
	3	公開していない
管理規程	<input checked="" type="checkbox"/> 1	入居希望者に公開
	2	入居希望者に交付
	3	公開していない
事業収支計画書	1	入居希望者に公開
	2	入居希望者に交付
	<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	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	(開催頻度) 年	1回
	2	なし		
	1	代替措置あり	(内容)	
	2	代替措置なし		
提携ホームへの移行【表示事項】	1	あり (提携ホーム名:)		
	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし		
有料老人ホーム設置時の老人福祉法第29条第1項に規定する届出	1	あり	2	なし
	<input checked="" type="checkbox"/> 3	サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第23条の規定により、届出が不要		
高齢者の居住の安定確保に関する法律第5条第1項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	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	なし
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。

