

重要事項説明書

記入年月日	令和元年7月1日
記入者名	
所属・職名	

※ 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/ <u>法人</u>	
	※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 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/
	メールアドレス	saga@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	<u>昭和</u> 平成 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) さがけあせんたーそよかぜじゅうたくがたゆうりょうろうじんほーむ さがケアセンターそよ風住宅型有料老人ホーム	
所在地	〒849-0123 佐賀県三養基郡上峰町坊所1523-53	
主な利用交通手段	最寄駅	駅
	交通手段と所要時間	例：①バス利用の場合 ・西鉄バス「坊所」停留所下車、徒歩5分 ②自動車利用の場合 ・長崎自動車道 東背振ICより15分
連絡先	電話番号	0952-55-6050
	FAX番号	0952-55-7971
	ホームページアドレス	http://www.unimat-rc.co.jp/
	メールアドレス	saga@unimat-rc.co.jp
管理者	氏名	
	職名	
建物の竣工日		昭和・平成 18年6月16日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 29年10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	県(市)
	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	2468.95 m ²				
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地				
		2 <u>事業者が賃借する土地</u>				
		抵当権の有無	1 <u>あり</u>	2 なし		
契約期間		1 <u>あり</u> (平成18年3月1日～平成38年2月28日)				
	契約の自動更新	1 あり	2 <u>なし</u>			
建物	延床面積	全体	1996.91 m ²			
		うち、有料老人ホーム部分	300.71 m ²			
	耐火構造	1 <u>耐火建築物</u>				
		2 準耐火建築物				
		3 その他 ()				
		4 その他 ()				
構造	1 <u>鉄筋コンクリート造</u>					
	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 <u>事業者が賃借する建物</u>					
	抵当権の設定	1 <u>あり</u>	2 なし			
	契約期間	1 <u>あり</u> (平成18年3月1日～平成38年2月28日)				
	契約の自動更新	1 あり	2 <u>なし</u>			
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 <u>全室個室</u>				
		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/ <u>無</u>	有/ <u>無</u>	12.74m ²	4	一般居室個室
	タイプ2	有/ <u>無</u>	有/ <u>無</u>	12.8m ²	2	一般居室個室
	タイプ3	有/ <u>無</u>	有/ <u>無</u>	13.56m ²	1	一般居室個室
	タイプ4	有/ <u>無</u>	有/ <u>無</u>	13.59m ²	2	一般居室個室
	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		

※「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	3ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	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	ヶ所				
			大浴場	1ヶ所				
	共用浴室における介護浴室	1ヶ所	チェアー浴	ヶ所				
			リフト浴	ヶ所				
			ストレッチャー浴	2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)	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
消防用施設等	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	入居者の心身の状況把握、突然の病気等に対する的確な把握、必要な助言、医療機関・家族への連絡。 日常生活の相談・助言を行う事とします。
サービスの提供内容に関する特色	入居者に対しての人格・人権の尊重に努めるとともに利用者と家族の希望に沿ったサービス提供を支える多種、多様なニーズにお応えできるように支援いたします。
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
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	
(Ⅲ)		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 回生会 うえきクリニック
		住所	佐賀県三養基郡上峰町坊所1570-55
		診療科目	循環器科・内科・胃腸科
		協力内容	入居者の居宅等における往診。休日及び夜間の緊急時の受診協力。ホームドクターとして健康相談及び健康指導。往診等の費用は実費負担、健康診断についても実費負担がかかります。
	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 (一般個室へ移る場合)	
判断基準の内容	常に見守り等が必要となった場合	
手続きの内容	1 事業所の指定する医師の意見を聴く 2 緊急やむ得ない場合を除いて一定の観察期間を設ける 3 身元引受人の意見を聴く 4 入居者の書面による同意を得る	
追加的費用の有無	1 あり 2 なし	
居室利用権の取扱い	移動先居室に移る	
前払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 2 なし (変更内容)

(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	<p>(入居者からの解除)</p> <p>1 入居者は、事業者に対して30日前に解除の申し入れを行うことにより本契約を解除することができます。解除の申し入れは事業者の定める解約届を事業者へ届け出るものとします。</p> <p>2 入居者が前項の解約届を提出せず居室を退去した場合、事業者が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、本契約は解除されたものとします。</p> <p>(事業者からの解除)</p> <p>1 事業者は、入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことが本契約を将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合に、本契約を解除することがあります。</p> <p>一 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>二 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、</p>	

	しばしば遅滞するとき 三 入居契約書第20条の規定に違反したとき 四 入居者の行動が、他の入居者又は職員の生命に危害を及ぼし、又はその危害の切迫したおそれがあり、かつ施設における通常に対応方法等ではこれを防止することができないとき 2 前項の規定に基づく契約の解除の場合、事業者は書面にて次の各号に掲げる手続きを行います。 一 契約解除の通告について90日の予告期間をおく 二 前号の通告に先立って入居者及び身元引受人等に弁明の機会を設ける 三 解除通告の予告期間中に入居者の移転先の有無について確認し、移転先がない場合には入居者や身元引受人等と協議し、移転先の確保に協力する。 3 第1項第四号によって契約を解除する場合は、事業者は前項のほか、書面にて次の手続きを行います。 一 医師の意見を聴く 二 一定の観察期間をおく	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書 第29条
	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 あり (内容: 1泊 2,000円 (税別) 別途食費) 2 なし	
入居定員	9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	0.3
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員	8	5	3	6.3
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、常勤の従事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	2	1
実務者研修の修了者	1	1	
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	
看護師又は准看護師			
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 (19時～7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	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 (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	1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				3						
前年度1年間の退職者数										
応じた業務に従事した経験年数に 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			1						
	5年以上 10年未満			1	1					
	10年以上			2	2					
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 【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法 【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	物価上昇等
	手続き	1 事業所は、月払い利用料等入居者が支払うべき費用を改定することがあります。 2 事業所は、前項の費用改定にあたっては、施設が所在する自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案し、運営懇談会の意見を聞いた上で改定するものとします。 3 入居者が支払うべき費用を改定する場合、事業所は入居者及び身元引受人等に事前に通知致します。

(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	要介護1	要介護1	
	年齢	80歳	75歳	
居室の状況	床面積	12.74~13.59㎡	12.74~13.59㎡	
	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	円	円	
	敷金	円	円	
月額費用の合計		107,770円	92,770円	
家賃		55,000円	55,000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	34,770円	34,770円
		管理費	3,000円	3,000円
		介護費用	円	円
		光熱水費	円	円
		その他	15,000円	別添2の通り 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)

費用	算定根拠
家賃	建物賃貸料・設備費・修繕費を基礎とし、近傍家賃を勘定し算出
敷金	家賃の 〇ヶ月分
介護費用	※介護保険サービスの自己負担金額は含まない。
管理費	居室の光熱水費、生活相談・助言サービス、生活サービス（フロント業務、不在中の居室管理、ゴミ回収等） 3,000円（税別）
食費	食材費・人件費・設備・備品代（調理具、食器等）から算出 朝食250円（税別） 昼食509円（税別） 夕食400円（税別）
光熱水費	電気代・水道代は管理費に含む
利用者の個別的な選択によるサービス利用料 (プラン2の場合)	別添2
その他のサービス利用料 (プラン1の場合)	介護サービス 生活サービス 健康管理サービス 入退所・入院中のサービスを一日500円で利用できるサービス 生活支援費 15,000円（税別）

(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

費用	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		
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	人
	死亡者	人
	その他	人
生前解約の状況	施設側の申し出	人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	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		1階事務所
電話番号		0952-55-6050
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	9:00~17:00
	日曜・祝日	なし
定休日		年末年始(12月31日から1月3日)

窓口の名称		3階事務所
電話番号		0952-55-6050
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	9:00~17:00
	日曜・祝日	なし
定休日		年末年始(12月31日から1月3日)

(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="radio"/> あり	(その内容) 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時の対応	1 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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="radio"/> あり	実施日	年1回	意見箱常設
		結果の開示	1 <input checked="" type="radio"/> あり	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		
	2 <input checked="" type="radio"/> なし	結果の開示	1 あり	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 <input checked="" type="radio"/> 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公表していない
管理規程	1 <input checked="" type="radio"/> 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公表していない
事業収支計画書	1 <input checked="" type="radio"/> 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公表していない
財務諸表の要旨	1 <input checked="" type="radio"/> 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公表していない
財務諸表の原本	1 <input checked="" type="radio"/> 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公表していない

10 その他

運営懇談会	1 <input checked="" type="radio"/> 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 :)	
	2 <input checked="" type="radio"/> なし	
有料老人ホーム設置時の 老人福祉法29条第1項に 規定する届出	1 <input checked="" type="radio"/> 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="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> あり 2 なし	
合致しない事項があ る場合の内容	1 3㎡未満の居室あり (12.74㎡ 4室 ・ 12, 8㎡ 2室)	
「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	土地・建物に根抵当権の設定あり	

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 平成 年 月 日

説明者署名 _____

説明を受けた者署名 _____

※契約を前提とした説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。