

別紙様式

重要事項説明書

記入年月日	令和5年7月1日
記入者名	船山 稜平
所属・職名	シニア事業部

※ 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) かぶしきがいしゃあずぱーとなーず 株 式 会 社 アズパートナーズ	
主たる事務所の所在地	〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台二丁目2番地 御茶ノ水杏雲ビル 11階	
連絡先	電話番号	03-5577-6510
	FAX番号	03-5577-6517
	ホームページアドレス	https://www.as-partners.co.jp/
代表者	氏名	植村 健志
	職名	代表取締役
設立年月日	平成16年11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) あずはいむいちかわ アズハイム市川	
所在地	〒272-0825 千葉県市川市須和田2丁目17番6号	
主な利用交通手段	最寄駅	京成線 市川真間駅 JR総武線 市川駅
	交通手段と所要時間	京成線 市川真間駅 徒歩12分(950m) JR総武線 市川駅 徒歩18分(1,430m)
連絡先	電話番号	047-318-4800
	FAX番号	047-371-7155
	メール	minamisawa.hiroshi@as-partners.co.jp
	ホームページアドレス	https://as-heim.com/
管理者	氏名	南澤 宏
	職名	ホーム長
建物の竣工日	平成 17年 3月 31日	
有料老人ホーム事業の開始日	平成 30年 12月 1日	

(類型)【表示事項】

1 又は 2 に 該当する場 合	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	
	介護保険事業者番号	1 2 7 0 8 0 5 2 9 2
指定した自治体名	千葉県	
事業所の指定日	平成 30年 12月 1日	
指定の更新日(直近)	年 月 日	

3. 建物概要

土地	敷地面積	2,373.31 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 (普通賃借 ・ 定期賃借)				
		抵当権の有無	1 あり 2 なし			
		契約期間	1 あり (年 月 日 ~ 年 月 日) 2 なし			
契約の自動更新	1 あり 2 なし					
建物	延床面積	全体	2,031.85 m ²			
		うち、老人ホーム部分	2,031.85 m ²			
	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 (普通賃借 ・ 定期賃借)					
	抵当権の設定	1 あり 2 なし				
	契約期間	1 あり (令和3年9月1日~令和23年8月31日) 2 なし				
	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			
	タイプA	トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
		有	無	18.0 m ²	46 室	介護居室個室
		有	無	19.4 m ²	6 室	介護居室個室
		有	無	19.7 m ²	4 室	介護居室個室

※「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	0ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房	4ヶ所	
	共用浴室	2ヶ所	個室	1ヶ所	
			大浴場	1ヶ所	
	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴	0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 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 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		
緊急通報装 置等	居室	便所	浴室	その他 ()	
	1 あり	1 あり	1 あり	1 あり	
	2 一部あり	2 一部あり	2 一部あり	2 一部あり	
	3 なし	3 なし	3 なし	3 なし	
その他	風除室、ロビー、ラウンジ、バンダーコーナー、リネン庫、相談室、事務室、健康管理室、休憩室、機能訓練エリア、厨房、倉庫、キッチン、洗濯室、汚物処理室				

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	ホームにおいて、ご入居者が有する能力に応じ可能な限り自立した生活が出来るように支援し、ご入居者とそのご家族の意見と希望を尊重しながら、身体介護に留まらず対話を通じ精神的な支援を心がけ、快適な住空間の提供を行うものとします。
サービスの提供内容に関する特色	ご家族と同様の絆を築き、安心して暮らしを営み、信頼されるパートナーであることを理念とし、ご入居者のご家族の満足を第一にホーム運営を行います。
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	1 あり	2 なし	
	生活機能向上連携加算	1 あり	2 なし	
	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	
	看取り介護加算	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	
	栄養スクリーニング加算	1 あり	2 なし	
	退院・退所時連携加算	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	
	身体拘束廃止取組	1 あり(基準型)	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の有無	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
	介護職員等特定処遇改善加算	(I)	1 あり	2 なし
		(II)	1 あり	2 なし
介護職員等ベースアップ等支援加算	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) 2.5 : 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 (入居者が疾病、負傷等により治療が必要となった場合は、 契約者、入居者又は身元引受人等の同意を得たうえで、協力医療機関 または希望する医療機関において、治療等を受けていただくための支 援を行います。)		
	協力医療機関	1	名称
住所		千葉県市川市中国分 2-11-6	
診療科目		内科、循環器科、呼吸器科、アレルギー科	
協力科目		内科、循環器科、呼吸器科、アレルギー科	
協力内容		日常の訪問診療及び緊急時の医療対応、健康相談、看護指導、医 療機関に入院を要する場合の紹介など (費用は入居者の実費負担)	
2		名称	医療法人社団一条会 一条会病院
住所		千葉県市川市北国分 4-26-1	
診療科目		内科、外科、整形外科、脳神経外科、循環器科	
協力科目		内科、外科、整形外科、脳神経外科、循環器科	
協力内容		高度医療を必要とする場合の入院、治療、緊急時の対応 (費用は入居者の実費負担)	
3		名称	医療法人社団 東京東双泉会 双泉会クリニックえどがわ
住所		東京都江戸川区瑞江 4-45-9-102	
診療科目		内科、外科、整形外科、精神科、皮膚科	
協力科目		内科、外科、整形外科、精神科、皮膚科	
協力内容		日常の訪問診療及び緊急時の医療対応、健康相談、看護指導、医 療機関に入院を要する場合の紹介など (費用は入居者の実費負担)	
協力歯科医療機関	名称	千葉県歯科医師会 浮谷歯科医院	
	住所	千葉県市川市八幡 1-16-23	
	協力内容	訪問歯科診療 (費用は入居者の実費負担)	

(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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 その他 (他の居室に移る場合)	
判断基準の内容	より適切な介護サービスを提供するために、一定の観察期間を設け、医師の意見を聞いた上で、介護居室を変更していただくことがあります。 この場合、入居者又は身元引受人の同意の上で変更していただきます。	
手続きの内容	入居者及び身元引受人の希望による変更の場合及び事業者都合による場合においても、入居一時金の取扱いに関する変更はございません。	
追加的費用の有無	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
居室利用権の取扱い	変更先の居室に利用権が移ります。	
前払金償却の調整の有無	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	便所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	浴室の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	洗面所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	台所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	その他の変更	1 あり
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<ul style="list-style-type: none"> ・原則として65歳以上の方。 ・医療機関で常時高度医療を受ける必要がない方、感染症でない方。但し、医師により他入居者に感染する恐れがないと判断された場合はこの限りではありません。 ・自傷他害等の恐れがなく、他の入居者と円滑な共同生活が可能の方。 ・健康保険、介護保険に加入されている方。 ・原則として確実な身元引受人がいる方。(入居一時金、月額利用料等を支弁できる方) ・身元引受人を一名定めていただきます。 ・身元引受人は、契約上の責務について、入居者と連携して責任を負うこととなります。 ・身元引受人は、入居契約が終了した場合、身柄を引き取ることとなります。 ・身元引受人は介護サービスの提供にあたっての相談、緊急時の連絡等に協力していただきます。 		
契約の解除の内容	<p>(入居契約書第 28 条)</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 入居者が死亡したとき。 二 事業者が、入居契約書第 29 条 (事業者からの契約解除) に基づき解除を通告し、予告期間が満了したとき。 三 入居者が、入居契約書第 30 条 (入居者からの解約) に基づき解約を行ったとき。 		
事業主体から解約を求める場合 解約条項	<p>(入居契約書第 29 条)</p> <p>アズパートナーズは、入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことにより本契約をこれ以上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、本条第 2 項及び第 3 項に規定した条件の下に、本契約を解除することがあります。</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 入居者が、利用料その他の支払いを 1 ヶ月以上滞納したことが当社にて発覚した場合 二 第 20 条の規定に違反したとき 三 入居に必要な書類に虚偽の記載をし、又は故意に不利益となる事実を告知しない等不正手段により、アズパートナーズとの信頼関係に支障をきたしたとき 四 入居者の言動が、入居者自身または他の入居者あるいはアズパートナーズの従業員の心身または生命に危害を及ぼす恐れがあるとき、または他の入居者へのサービスの提供に著しく悪影響を及ぼすとき 五 身元引受人の言動又は入居者もしくは身元引受人の家族の言動が、入居者自身または他の入居者あるいはアズパートナーズの従業員の心身または生命に危害を及ぼす恐れがあるとき、または他の入居者へのサービスの提供に著しく悪影響を及ぼすとき 六 入居者が入居中にホームで対応困難な医療行為が必要になり、かつアズパートナーズが関係法令に基づくホームでの人員体制では対応が困難であると判断した場合 七 地震等の天災、関係法令の改変、その他やむを得ない事由により継続的なホーム運営が困難になった場合 八 前各号の他、入居者、その家族又は身元引受人とアズパートナーズとの信頼関係に支障をきたし、その回復が困難であり、アズパートナーズが適切なサービスの提供を継続できないと判断した場合 		

<p>事業主体から解約を求める場合</p> <p>解約予告期間</p>	<p>一 契約解除の通告について、契約終了まで90日の予告期間をおく（但し、前項一号の場合は、予告期間を30日とする。）</p> <p>二 前号の通告に先立ち、入居者及び身元引受人等に弁明の機会を設ける</p> <p>三 解除通告に伴う予告期間中に、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、その他関係者・関係機関と協議し、移転先の確保について協力する</p>
<p>入居者からの解約予告期間</p>	<p>(入居契約書第30条)</p> <p>1 入居者は、アズパートナーズに対して、少なくとも30日前に解約の申し入れを行うことにより、本契約を解約することができます。解約の申し入れはアズパートナーズの定める解約届をアズパートナーズに提出するものとします。</p> <p>2 入居者が前項の解約届を提出しないで居室を退去した場合には、アズパートナーズが入居者の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、本契約は解約されたものと推定します。</p> <p>3 入居者は、アズパートナーズ又はその役員が次の各号のいずれかに該当した場合には、前2項の規定に関わらず、催告することなく、本契約を解約することができます。</p> <p>一 第46条の各号の確約に反する事実が判明したとき</p> <p>二 本契約締結後に自ら又は役員が反社会的勢力に該当したとき</p>
<p>体験入居の内容</p>	<p>1 あり</p> <p>内容：宿泊費用：お一人様（朝昼夕3食付）11,000円/1泊（※税込） その他費用：おむつ代、日用雑貨品等は実費負担。 （7泊を限度とさせていただきます。）</p> <p>2 なし</p>
<p>入居定員</p>	<p>56人</p>
<p>その他</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ホームに持ち込まれる物品は、ご入居者本人の自己管理を原則としています。 ・高額な現金、宝飾品等の貴重品の持込みはお断りさせていただいております。

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	0.5
生活相談員	2	2	0	1.0
直接処遇職員	32	19	13	24.7
介護職員	29	17	12	22.1
看護職員	3	2	1	2.6
機能訓練指導員	1	1	0	1.0
計画作成担当者	1	1	0	0.5
栄養士	0			
調理員	0			
事務員	2	1	1	1.4
その他職員	0			
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	11	6	5
実務者研修の修了者	2	1	1
初任者研修の修了者	11	10	1
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			
はり師			
きゅう師			

(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	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)	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 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし								
	業務に係る資格等		1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし								
			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		1		3	1						
前年度1年間の退職者数		1		6	2						
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満	2		4	2			1			
	1年以上 3年未満		1	6	1						
	3年以上 5年未満			5	9	1					
	5年以上 10年未満										
	10年以上			2		1				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】	<input type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式	
	<input type="checkbox"/> 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 減額なし （家賃、管理費、光熱水費、厨房管理費は、減額はありませんが、食費は喫食に基づいた請求となります。） <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 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	1. 月額利用料および有料サービスの単価については、当ホームの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などを勘案し、事業の安定継続の視点から運営懇談会の意見を聞いて、改定する場合がございます。 2. 介護保険給付費については、介護保険の介護給付基準が変更される場合、それに応じて変更します。
	手続き	運営懇談会の意見を聴いた上で行うものとします。

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン A	プラン B
入居者の状況	要介護度	介護・1	介護・1
	年齢	一歳	一歳
居室の状況	床面積	18.0 m ² ~19.7 m ²	18.0 m ² ~19.7 m ²
	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	7,200,000 円
	敷金	600,000 円	0 円
月額費用の合計		378,598 円	258,598 円
家賃		175,000 円	55,000 円
サービス費用	介護保険外 ^{※2}	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	19,598 円
		食費	71,500 円
		管理費	85,000 円
		介護費用	—円
		光熱水費	27,500 円
		その他	—円
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※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）</p>			

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	・地域周辺の家賃を基に算出しています。
敷金	・家賃の約3.5ヶ月分 ・月払い方式による契約の場合、ご契約時に敷金として一人部屋の場合60万円をお預かりいたします。 敷金は契約終了時に全額返還いたしますが、契約債務の担保金となりますので債務がある場合は差し引かせていただくことがあります。
介護費用(税込)	・自立の方については生活を支援する費用として、「生活サポート費」を月額77,000円/人(税込)をお支払いいただきます。 ※介護保険サービスの自己負担額は含まない
管理費(非課税)	・建物の維持管理修繕にかかる費用、共用部の設備利用及び運営管理にかかる費用となります。
食費(税込)	・1日3食を30日喫食した場合の料金となります。 内訳/厨房管理費(税込):31,900円、 朝食:330円、昼食:440円、夕食:550円 ・食事は入居者の喫食数に応じた額をお支払いいただきます。 ・欠食を希望する場合は、前日のAM10:00までにご連絡ください。 ・厨房管理費は、喫食の有無に関わらずお支払いいただきます。 ・飲食料品の提供の「全て」について、軽減税率の累計額の計算対象となる飲食料品の提供の対象ではありません。
光熱水費(税込)	・ホームの年間水光熱費を目安に算出しております。
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	別途運営規程に定める通り

徳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	市区町村から交付される「介護保険負担割合証」に記載された利用者負担の割合に応じた額
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)	該当なし
※ 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	<ul style="list-style-type: none"> 入居一時金 プランB=7,200,000円 プランC=9,900,000円 想定居住期間内における前払い家賃 プランB=(月額)90,000円×(償却期間)60か月=5,400,000円 プランC=(月額)123,750円×(償却期間)60か月=7,425,000円 	
想定居住期間(償却年月数)	<ul style="list-style-type: none"> 5年(60か月) 	
償却の開始日	<ul style="list-style-type: none"> 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)	<ul style="list-style-type: none"> 想定居住期間を超えた部分における家賃 プランB=1,800,000円 プランC=2,475,000円 	
初期償却率	<ul style="list-style-type: none"> 25% 	
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	<ul style="list-style-type: none"> 契約締結後3か月以内に退去された場合は、いかなる理由であっても入居一時金全額を無利息にて返還いたします。但し、入居一時金は家賃の前払いとなるので、入居日から契約終了日までの日割り計算に基づき入居一時金から差し引いた金額を返還させていただきます。
	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及び返還金の例</p> <ul style="list-style-type: none"> 入居一時金のうち解約時に返還される額は、下記の計算式によって決定いたします。 $(\text{入居一時金の75\%}) \times \frac{60\text{ヶ月} - \text{利用月数}}{60\text{ヶ月}} = \text{返還金額}$ ※契約時に返還金の明細書をお渡しします。 入居一時金のうち25%は入居日に償却されます。 5年(60ヶ月)経過後は、返還金がなくなります。但し、追加の入居一時金は不要です。 居室の使用にあたっては、通常の使用に伴い生じた居室の損耗を除き、居室を原状回復することおよび居室のクリーニングを実施することとします。原状回復にかかる費用および居室のクリーニングにかかる費用は、入居者の負担とします。使用期間、使用状況により費用は異なります。
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	株式会社朝日信託
	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	14人
	女性	41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	11人
	85歳以上	43人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	6人
	要支援2	6人
	要介護1	12人
	要介護2	12人
	要介護3	10人
	要介護4	5人
	要介護5	4人
入居期間別	6ヶ月未満	7人
	6ヶ月以上 1年未満	7人
	1年以上 5年未満	41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	88.4歳
入居者数の合計	55人
入居率*	98.2%
※ 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	0人
	社会福祉施設	1人
	医療機関	3人
	死亡者	11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	0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		アズハイム市川
電話番号		047-318-4800
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		無休（年中無休で営業しております。）

窓口の名称		(株)アズパートナーズ 本社お客様相談室
電話番号		0120-834-655
対応している時間	平日	9:00～18:00
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土曜・日曜・祝日・年末年始

窓口の名称		千葉県 健康福祉部高齢者福祉課
電話番号		043-223-2834
対応している時間	平日	9:00～17:00
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土曜・日曜・祝日・年末年始

窓口の名称		千葉県国民健康保険団体連合会 苦情処理係
電話番号		043-254-7428
対応している時間	平日	9:00～17:00
	土曜	—
	日曜・祝日	—
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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 賠償責任保険 損害保険ジャパン株式会社
	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) サービス提供にあたり事故、体調の急変等が生じた時は協力医療機関も含め救急対応をいたします。 事故、体調の急変等が生じた場合は速やかに緊急連絡先に連絡、状況の報告、受診の経過、結果等を連絡します。 賠償の有無についてははしかるべき調査後決定いたします。
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	1 階受付に意見箱を設置 年に一度、顧客満足度アンケートを実施
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	<input type="checkbox"/> 2 なし		
第三者による評価の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	<input 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
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付
	<input type="checkbox"/> 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
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付
	<input type="checkbox"/> 3 公開していない
事業収支計画書	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開
	<input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付
	<input type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開
	<input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付
	<input type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開
	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 (平成 30 年 12 月 1 日届出)	
	2 <input type="checkbox"/> 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 (年 月 日登録)	
	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし	
千葉県有料老人ホーム設置運営指 導指針「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	
	(年 月 日施行の設置運営指導指針を適用)	
合致しない事項がある場合の内容		
「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	
千葉県有料老人ホーム設置運営指 導指針の不適合事項	—	
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 _____ 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	あり	なし	併設・隣接		
訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
通所介護	あり	なし	併設・隣接	アズハイム新松戸デイサービスセンター	松戸市大金平4-299-1
通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接	アズハイム千葉幕張	千葉市花見川区幕張町3-876-3
福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定福祉用具販売	あり	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	あり	なし	併設・隣接		
夜間対応型訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	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	なし	併設・ 隣接	アズハイム市川アネックス	市川市須和田2-17-4
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
居宅介護支援	あり	なし	併設・隣接		
＜居宅介護予防サービス＞					
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所療養介護	あり	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		
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		
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	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}	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	○	○	¥1,100	1回/週3回以上
特浴介助	なし	あり	なし	あり	○	○	¥1,100	1回/週3回以上
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり		あり	○			
機能訓練	なし	あり		あり	○			
通院介助	なし	あり	なし	あり	○	○	¥1,100	～30分/協力医療機関以外/以降30分毎に追加
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	○	○	¥550	1回/週2回以上利用の場合
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○	○		クリーニング業者を利用する場合は実費負担
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	見積もり提示
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		○	実費	
買い物代行	なし	あり	なし	あり	○	○	¥1,100	～30分/週2回以上利用の場合30分毎に追加
近隣への散歩、外出付添い	なし	あり	なし	あり		○	¥1,100	～30分/以降30分毎に追加
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	¥1,100	～30分/以降30分毎に追加
金銭・貯金管理			なし	あり				
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり		○	実費	外部の医療機関により年2回実施
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	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり					
入退院時の同行	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○	○	¥1,100	～30分/協力医療機関以外/以降30分毎に追加	
入院中の洗濯物交換・買い物	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり					
入院中の見舞い訪問	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり					

※1：市区町村から交付される「介護保険負担割合証」に記載された額を負担する。

※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。