

## サービス付き高齢者向け住宅 重要事項説明書

貸主(甲) 住所 東京都多摩市中沢2-5-3  
氏名 株式会社コミュニティネット  
代表取締役 須藤康夫

サービス付き高齢者向け住宅への入居に係る契約を締結するに当たり、高齢者の居住の安定確保に関する法律第17条及びさいたま市有料老人ホーム設置運営指導指針12(4)に基づき、以下の事項について、書面を交付して説明します。

## 1. サービス付き高齢者向け住宅の名称及び所在地

住宅の名称	ふりがな わきはうすおおみや 和気ハウス大宮
所在地※	〒 331-0823 埼玉県さいたま市北区日進町二丁目1番地1 電話番号 048-871-6306 FAX番号 048-871-6272 メールアドレス <a href="mailto:t.ando@c-net.jp">t.ando@c-net.jp</a> HPアドレス <a href="https://c-net.jp">https://c-net.jp</a>
利用交通手段	■ 1.電車 埼玉新都市交通 鉄道博物館 駅から 徒歩 で 12分 ) □ 2.その他
住宅に関する権原	□ 1.所有権 ■ 2.賃借権 □ 3.使用貸借による権利 期間 2023年 12月 1日 ~ 2053年 11月 30日まで 契約の自動更新 ■ あり □ なし 抵当権の有無 □ あり ■ なし
施設に関する権原	□ 1.所有権 ■ 2.賃借権 □ 3.使用貸借による権利 期間 2023年 12月 1日 ~ 2053年 11月 30日まで 契約の自動更新 ■ あり □ なし
敷地に関する権原	□ 1.所有権 □ 2.地上権 ■ 3.賃借権 □ 4.使用貸借による権利 期間 2023年 12月 1日 ~ 2053年 11月 30日まで 契約の自動更新 ■ あり □ なし 抵当権の有無 □ あり ■ なし

(※)住居表示が決まっていない場合には、地名地番を記載すること。

## 2. サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者

法人・個人の別	■ 法人 □ 個人
商号、名称 又は氏名	ふりがな かぶしきがいしゃこみゆにていねっと 株式会社コミュニティネット
住所 (法人にあつては 主たる事務所の所在地)	〒 260-0036 東京都多摩市中沢二丁目5番3号 電話番号 03-6256-0574 FAX番号 03-6256-0575
法人の役員	別添1のとおり
法定代理人 (未成年の個人 である場合)	ふりがな
	商号、名称、又は氏名
	住所(法人にあつては主たる事務所の所在地)
法人の役員	別添2のとおり

3. サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者の事務所

事務所の名称	ふりがな <u>かぶしがいいしやこみゆにていねっと</u> 株式会社コミュニティネット
事務所の所在地	〒 160-0023 東京都新宿区西新宿七丁目22番9号 西新宿ワイビル4階 電話番号 03-6256-0574

4. サービス付き高齢者向け住宅の戸数、規模並びに構造及び設備

住宅戸数	登録申請対象戸数 50 戸
居住部分の規模	(最小) 18.3 m <sup>2</sup>
	(最大) 18.3 m <sup>2</sup>
構造及び設備	共同利用設備 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	構造 木 造 階数 3 階建
	<input checked="" type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他( )
	建築物の延床面積 2,044.36 m <sup>2</sup> (うちサービス付き高齢者向け住宅部分 776.41 m <sup>2</sup> )
竣工の年月	2023年 11 月 30日
加齢対応構造等	<input checked="" type="checkbox"/> 登録基準に適合している
	<input checked="" type="checkbox"/> エレベーターを備えている
	<input checked="" type="checkbox"/> 緊急通報装置を備えている

5. サービス付き高齢者向け住宅の入居契約、入居者資格及び入居開始時期（居住の用に供する前である場合）

入居契約の別	<input checked="" type="checkbox"/> 賃貸借契約 <input type="checkbox"/> その他	
入居契約が賃貸借契約でない場合には、その旨		
終身賃貸事業者の事業の認可	<input checked="" type="checkbox"/> 法第52条の認可を受けている	
入居者の資格	<input checked="" type="checkbox"/> 次に該当する者とする。 60歳以上の高齢者	
入居契約の内容	別添入居契約書のとおり(下記一部掲載)	
入居対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 要支援 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護	
留意事項	入居時 2023年12月15日	
	施設利用時	
契約解除の内容	住居利用料相当額支払義務違反で事業者履行催促後、期間内に義務履行されないとき等	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	1. 本物件の老朽、損傷、一部の滅失その他の事由により、家賃の価額その他の事情に照らし、本物件を法第54条第1号に掲げる基準等を勘案して適切な規模、構造及び設備を有する賃貸住宅として維持し、又は当該賃貸住宅に回復するのに過分の費用を要するに至ったとき。 2. 入居者が、本物件に長期間にわたって居住せず、かつ、当面居住する見込みがないことにより、本物件を適正に管理することが困難となったとき。ただし、入居者の病院への入院又は心身の状況の変化を理由とする場合には、当該理由が生じた後に、事業者及び入居者が本契約の解約について合意している場合に限る。
	解約予告期間	少なくとも6か月前に解約申し入れ
入居者からの解約予告期間	少なくとも1か月前に解約申し入れ	
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> あり(空室がある場合に限り、1日～最大1週間まで可能) <input type="checkbox"/> なし	

入居定員	50世帯
その他	
事業開始時期	2023年12月15日 から

6. サービス付き高齢者向け住宅において提供される高齢者生活支援サービス及び入居者から受領する金銭

サービスの種類	提供形態			提供の対価(概算・月額)	詳細については、別添4のとおり
	状況把握 生活相談	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら	<input type="checkbox"/> 委託	約 22,000 円	
高齢者生活支援サービス	食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら	<input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 59,160 円	
	入浴等の介護	<input type="checkbox"/> 自ら	<input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない	約 円	
	調理等の家事	<input type="checkbox"/> 自ら	<input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない	約 円	
	健康の維持増進	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら	<input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 16,500 円	
	その他	<input type="checkbox"/> 自ら	<input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない	約 円	
家賃の概算額	(最低) 約 92,000 円	住戸ごとの内容は別添3のとおり			
	(最高) 約 92,000 円				
共益費の概算額	(最低) 約 30,000 円				
	(最高) 約 30,000 円				
敷金の概算額	(最低) 約 200,000 円	家賃の 2.2 月分			
	(最高) 約 200,000 円				
水道光熱費の支払方法	電気・ガス・水道代は16,000円(税込)を各戸へ請求します。				
前払金※の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
家賃等の前払金の概算額	(最低) 約 2,208,000 円		(最高) 約 20,153,000 円		
家賃等の前払金の算定の根拠	家賃	(1ヶ月分の居住利用料相当額×年齢別想定居住月数)(以下、A) + 想定居住月数を超えて入居者が継続して居住した場合に備えて受領する額(A×年齢別男女別に設定した割合【公益社団法人全国有料老人ホーム協会が提供する試算プログラム(契約時の最新年度版)により算出された割合】)			
	サービス提供の対価				
想定居住期間(償還年月数)	年齢別想定居住期間による				
償却の開始日	契約の始期(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)	(A×年齢別男女別に設定した割合【公益社団法人全国有料老人ホーム協会が提供する試算プログラム(契約時の最新年度版)により算出された割合】)				
初期償却率(非返還対象分)	事業者は「想定居住期間を超えて入居契約が継続する場合に備えて受領する額」として合理的に算出された額を前払金の非返還対象分とします。(入居後90日以内の契約終了を除く)				
返還額の算定方法	入居後3月以内の契約終了	返還金=一括前払金-(1ヶ月分の住居利用料相当額÷30日×経過日数)			
	入居後3月を超えた契約終了	返還金=A÷乙の年齢別想定居住月数×入居者契約終了日から乙の年齢別想定居住期間まで			
家賃等の前払金の返還債務が消滅するまでの期間	年 月 日 まで				
家賃等の前払金の返還額の推移	(※原則として入居契約に定めた契約の始期を起算日とする。)				
前払金の保全措置の内容	<input type="checkbox"/> 銀行による債務の保証		<input type="checkbox"/> 信託会社等による元本補てん又は信託		
	<input type="checkbox"/> 保険事業者による保証保険		<input checked="" type="checkbox"/> その他(全国有料老人ホーム協会)		
特定施設入居者生活介護事業所	<input type="checkbox"/> 指定を受けている				
	<input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けていない				
地域密着型特定施設入居者生活介護事業所	<input type="checkbox"/> 指定を受けている				
	<input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けていない				
介護予防特定施設入居者	<input type="checkbox"/> 指定を受けている				

生活介護事業所	<input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けていない
介護サービス 情報	

※前払金とは、終身又は入居契約の期間にわたって受領すべき家賃等の全部又は一部を一括して受領する場合をいう。

利用料金の支払方式	<input type="checkbox"/> 全額前払い方式	
	<input type="checkbox"/> 一部前払い・一部月払い方式	
	<input type="checkbox"/> 月払い方式	
	<input checked="" type="checkbox"/> 選択方式	<input checked="" type="checkbox"/> 全額前払い方式
(該当する方式全て選択)	<input checked="" type="checkbox"/> 一部前払い・一部月払い方式	<input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式
年齢に応じた金額設定	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> あり	<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	<input checked="" type="checkbox"/> 減額なし	
	<input type="checkbox"/> 日割り計算で減額	
	<input type="checkbox"/> 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	終身建物賃貸借契約書 第5、第6、第8、第9、第10の各条に記載
	手続き	運営懇談会による協議の場を経て実施する

### 7. サービス付き高齢者向け住宅の管理の方法等

管理の方法	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら管理 <input type="checkbox"/> 管理業務を委託	
委託する業務の内容 (契約事項)		
管理業務の委託先		
商号、名称 又は氏名		
住 所 (法人にあっては 主たる事務所の所在地)	〒	
	電話番号	
修繕計画		
計画策定の 有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
大規模修繕の 実施予定	2033年頃 実施予定	
その他計画的な 修繕予定	防蟻工事を築後10年(2033年)に実施	
登録の更新の申請の日 前一年間における入居 者の数及び退去者の数	入居者の数	人
	退去者の数	人

※登録の更新の申請の日前一年間における入居者の数及び退去者の数は、法第5条第2項の登録の更新の申請をする場合に限り記入すること。

### 8. サービス付き高齢者向け住宅と併設される高齢者居宅生活支援事業を行う施設 (該当する場合のみ)

施設の名称	提供されるサービスの概要	事業所の場所
通所介護 ジョイ大宮	食事、健康管理、機能訓練、レクリエーション等	<input checked="" type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
訪問介護 スマイル大宮	身体介護、生活援助等	<input checked="" type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
		<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
		<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地

9. 高齢者居宅生活支援事業を行う者との連携及び協力（該当する場合のみ）

医療支援 ※複数選択可	■ 救急車の手配		
	■ 入退院の付き添い		
	■ 通院介助		
	■ その他（緊急時以外の入退院の付き添い、通院介助は有料となります）		
協力医療機関	1	名称	コンバスクリニック大宮
		住所	埼玉県さいたま市大宮区桜木町4-193-2
		診療科目	内科
		協力内容	健康管理、医療的判断相談、外来診察、訪問診療
	2	名称	MED AGREE CLINICかわごえ
		住所	埼玉県川越市砂新田2-3-2
		診療科目	内科
	3	名称	ひかりクリニック
		住所	埼玉県さいたま市大宮区大成町3-339-2 光ビル
診療科目		内科	
協力歯科医療機関	名称	コンバスクリニック大宮	
		住所	埼玉県さいたま市大宮区桜木町4-193-2
		協力内容	虫歯予防、訪問歯科診療、インプラント、矯正歯科、レーザー治療
	名称	大成ファミリー歯科	
		住所	埼玉県さいたま市北区大成町4-389-2
		協力内容	虫歯予防、訪問歯科診療、インプラント、矯正歯科、レーザー治療
その他連携協力事業所	名称		
	住所		
	協力内容		

10. 保健医療サービスを提供する体制に関する事項

保健医療サービスを提供する体制に関する事項	
-----------------------	--

※保健医療サービスを提供する場合に限り記入すること。

11. 運営方針

別添5のとおり

12. 登録の申請が基本方針及び高齢者居住安定確保計画に照らして適切なものである旨

サービス付き高齢者向け住宅の実施に当たっては、高齢者の居住の安定確保に関する法律第3条の規定に基づき策定された「高齢者の居住の安定の確保に関する基本的な方針」及び埼玉県の「高齢者居住安定確保計画」を遵守し、適切な管理はもとより契約上のトラブルを回避する観点から、十分な情報提供を行う。

### 1.3. サービスの内容

(全体の方針)

事業の目的	超高齢社会を迎える中で、自立向けの高齢者住宅から介護型の高齢者住宅まで地域のニーズにあわせた高齢者住宅を運営する。
運営に関する方針	お元気な時も介護が必要になったときも、地域医療、介護サービスを活用しながら自分らしく暮らし続けられる支援、地域に開かれたハウス作りを目指します。
サービスの提供内容に関する特色	①ケアのある生活で安心を提供します ②自由度の高い、介護サービスで日常生活動作(ADL)を維持します ③入居者とご家族の関係をサポートします ④自然なかたちでお部屋で最期を迎えられるを目指します

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護の指定を受けていない場合は省略。

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)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
		(II)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	生活機能向上連携加算	(I)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
		(II)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	個別機能訓練加算	(I)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
		(II)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	ADL維持加算	(I)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
		(II)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	夜間看護体制加算		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	若年性認知症入居者受入加算		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	医療機関連携加算		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	口腔衛生管理体制加算		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	口腔・栄養スクリーニング加算		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	科学的介護推進体制加算		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	退院・退所時連携加算		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	看取り介護加算	(I)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
		(II)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	認知症専門ケア加算	(I)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
		(II)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	サービス提供体制強化加算	(I)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
(II)		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
(III)		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
介護職員処遇改善加算	(I)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	(II)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	(III)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
介護職員等特定処遇改善加算	(I)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	(II)	<input type="checkbox"/> あり	<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	<input type="checkbox"/> あり	(介護・看護職員の配置率) : 1		
	<input type="checkbox"/> なし			

(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(居室の面積、間取りは全室同じです。賃料の支払い条件を含め、旧居室の契約条件をそのまま新居室(変更後の居室)へ引き継ぐものとします。) <input checked="" type="checkbox"/>	
判断基準の内容		
手続きの内容	<input type="checkbox"/> 医師の意見を聞く	
	<input type="checkbox"/> 3か月間の観察期間を置く	
	<input checked="" type="checkbox"/> 終身建物賃貸借契約書 第23条に記載	
追加的費用の有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
居室賃借権(利用権)の取扱い	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
前払金償却の調整の有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	便所の変更	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	浴室の変更	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	洗面所の変更	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	台所の変更	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	収納設備の変更	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
その他の変更	<input type="checkbox"/> あり (変更内容)	



■ なし

14. 職員体制

(職種別の職員数) ※サービス付き高齢者向け住宅事業(以下「住宅事業」という。)の職員数

職種	職務内容	職員数(実人数) 人			常勤換算 人数※1
		合計	常勤	非常勤	
管理者		1	1		
生活相談員		5	1	4	
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		5		5	
事務員					
その他職員					
1週間に常勤の従業者が勤務すべき時間数※1					40 時間
※1 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 (注1)併設の介護保険事業所の勤務時間は表に含めない。 (特定施設入居者生活介護等の勤務時間は含む。) (注2)常勤・非常勤、専従・非専従について [常勤 …住宅事業にのみ従事し、法人の就業規則等で定める常勤の者。 [非常勤 …常勤以外の者。併設の介護保険事業所と兼務する職員は必ず非常勤に該当。 [専従 …住宅事業で1つの職種のみで勤務する者。 [非専従 …専従以外の者。 (注3)業務委託により配置される職員がいる場合は、人数の後ろに(委託)と記載すること。 (注4)常勤換算人数とは、従業者の住宅事業の勤務延時間数を、法人の就業規則等で定める常勤 の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、常勤の従業者の人数に換算した人数。					

(資格を有している介護職員の人数)

職種	職員数(実人数) 人				
	合計	常勤		非常勤	
		専従	非専従	専従	非専従
社会福祉士					
介護福祉士					
実務研修の修了者					
初任者研修の修了者	4	2		2	
介護支援専門員					
(注1) (職種別の職員数)の介護職員が保有する資格について記入。 (注2) 1人の職員が複数の資格を有している場合、いずれか1つの資格にのみ計上。					

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

職種	職員数(実人数) 人				
	合計	常勤		非常勤	
		専従	非専従	専従	非専従
看護師又は准看護師					
理学療法士					
作業療法士					
言語聴覚士					
柔道整復師					
あん摩マッサージ指圧師					
はり師					
きゅう師					
(注1) (職種別の職員数)の機能訓練指導員が保有する資格について記入。 (注2) 1人の職員が複数の資格を有している場合、いずれか1つの資格にのみ計上。					

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 ( 時 分 ~ 時 分)		
職種	平均人数	最小時人数※
看護職員	人	人
介護職員	人	人
※最小時人数は、休憩中の職員も勤務している人数として計上。		

(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、省略可能)	契約上の職員配置比率	<input type="checkbox"/> 1.5:1以上
	【表示事項】	<input type="checkbox"/> 2.0:1以上
		<input type="checkbox"/> 2.5:1以上
		<input type="checkbox"/> 3.0:1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の介護サービス提供体制(該当しない場合、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	管理者の氏名	安東 健雄									
	職名	ハウス長									
	他の職務との兼務	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし									
	業務に係る資格等	<input checked="" type="checkbox"/> あり									
		資格等の名称	初任者研修								
	<input 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											
前年度1年間の退職者数											
業務に従事した職員経験人数	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	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし										

15. 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	人
	女性	人
年齢別	65歳未満	人
	65歳以上75歳未満	人
	75歳以上85歳未満	人
	85歳以上	人
		人
要介護度別	自立	人
	要支援1	人
	要支援2	人
	要介護1	人
	要介護2	人
	要介護3	人
	要介護4	人
要介護5	人	

入居期間別	6ヶ月未満	人
	6ヶ月以上1年未満	人
	1年以上5年未満	人
	5年以上10年未満	人
	10年以上15年未満	人
	15年以上	人

(入居者の属性)

平均年齢	歳
入居者数の合計	人
入居率※	%
※ 入居者数の合計を入居定員数で除した割合。 一時不在の者も入居者に含む。	

(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	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)

16. 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）

※5ヶ所以上の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

1	窓口の名称	株式会社コミュニティネット
	電話番号	03-6256-0574
	対応している時間	09:00～17:00
	定休日	土日祝日
2	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	03-3272-3781
	対応している時間	10:00～17:00
	定休日	土日祝日
3	窓口の名称	さいたま市建設局建築部住宅政策課
	電話番号	048-829-1520
	対応している時間	08:30～17:15
	定休日	土日祝日、12月29日から1月3日
4	窓口の名称	さいたま市福祉局長寿応援部介護保険課
	電話番号	048-829-1265
	対応している時間	08:30～17:15
	定休日	土日祝日、12月29日から1月3日
5	窓口の名称	
	電話番号	
	対応している時間	
	定休日	

(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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
	<input type="checkbox"/> なし	
賠償すべき事故が発生したときの対応	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 顧問弁護士および保険会社と連携して対応する。
	<input type="checkbox"/> なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
事故発生時の対応方法	事故対応マニュアル(1次対応、連絡・報告他)により対応する。	
利用者の体調急変時等(緊急時等)における対応方法	緊急時対応マニュアル(1次対応、連絡・報告他)により対応する。	

(緊急時における対応方法)

緊急時(事故及び急病・負傷)に対応できる具体的な計画	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 教育訓練およびマニュアルの整備
	<input type="checkbox"/> なし	

(非常災害対策)

非常災害に対応できる具体的な計画	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) BCPの有効活用
	<input type="checkbox"/> なし	
避難訓練の実施	<input checked="" type="checkbox"/> あり	年 2 回
	<input type="checkbox"/> なし	
業務(事業)継続計画の策定の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり	職員研修の実施 年 1 回 訓練の実施 年 1 回
	<input type="checkbox"/> なし	
感染予防及びまん延防止のための対策の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり	職員研修の実施 年 1 回 訓練の実施 年 1 回
	<input type="checkbox"/> 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"/> あり	実施内容	共用部分にアンケート・意見箱を常設します。
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
第三者による評価の実施状況	<input type="checkbox"/> なし		
	<input type="checkbox"/> あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<input checked="" type="checkbox"/> なし		

17. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開	<input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に交付	<input type="checkbox"/> 公開していない
管理規程	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開	<input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に交付	<input type="checkbox"/> 公開していない
事業収支計画書	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開	<input type="checkbox"/> 入居希望者に交付	<input checked="" type="checkbox"/> 公開していない
財務諸表の要旨	<input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開	<input type="checkbox"/> 入居希望者に交付	<input type="checkbox"/> 公開していない
財務諸表の原本	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開	<input type="checkbox"/> 入居希望者に交付	<input checked="" type="checkbox"/> 公開していない

18. その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> あり (開催頻度)年 2 回	
	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 代替措置あり (内容)
	<input type="checkbox"/> 代替措置なし	
提携ホームへの移行※	<input type="checkbox"/> あり (提携ホーム名: ) <input checked="" type="checkbox"/> なし	
虐待の防止のための措置	従業員・・・虐待防止に関する研修の定期実施 提携先・・・「高齢者の虐待防止策に関する確認書」による実施確認	
ホームにおけるハラスメントの規定	<input checked="" type="checkbox"/> あり	担当窓口:ハウス長 周知方法:従業員への定期研修、館内掲示
	<input type="checkbox"/> なし	
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"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
さいたま市有料老人ホーム設置運営指導指針に合致しない事項	<input type="checkbox"/> なし	
	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 返還金の算定方法については「さいたま市有料老人ホーム設置運営指導指針第11項(2)五の定めとは異なるので「想定居住期間を超えて入居契約が継続する場合に備えて受領する額」は返還致しません。
施設の利用に当たっての留意事項		
※提携ホームとは、(介護予防)特定施設入居者生活介護の指定を受けている提携施設を指す。		

添付書類:

別添1(役員名簿※法人の場合)

別添2(役員名簿※法定代理人の場合)

別添3(住宅の規模並びに構造及び設備等)

別添4(サービス付き高齢者向け住宅で提供するサービスの概要)

別添5(運営方針)

別添6(事業主体が埼玉県内で実施する事業所一覧)

別添7(サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービス一覧表)

上記につきまして、高齢者の居住の安定確保に関する法律第17条及びさいたま市有料老人ホーム設置運営指導指針12(4)に基づく書面による説明を受けました。

○年○月○日

入居者 \_\_\_\_\_様

説明者 \_\_\_\_\_

役員名簿

<small>(ふりがな)</small> 氏名	役名等
すどう やすお 須藤 康夫	代表取締役
さとう ごう 佐藤 剛	取締役
たまい はるこ 玉井 美子	取締役
ありむら ひでゆき 有村 秀幸	取締役
あんざわ よしつぐ 安澤 嘉丞	取締役
あらい としき 荒井 俊樹	監査役

法第6条第1項第3号に該当する者を全て記載すること。記載しきれないときは、この様式の例により作成した書面に記載し、その書面をこの書面の次に添付すること。

## 住宅の規模並びに構造及び設備等

## 1. 専用部分の規模並びに構造及び設備等

住棟番号	専用部分の床面積 (㎡)	構造及び設備※						住戸数 (戸)	住戸番号 (該当するものを全て記載)	月額家賃 (概算額) (円)
		完備	便所	洗面	浴室	台所	収納			
1	18.30	×	○	○	×	×	○	50	101～111 210～220 301～319	92,000

注1) 住戸の規模並びに設備及び構造のタイプ別にまとめて記載すること。

注2) 設備及び構造欄の『完備』は、各戸に便所、洗面、浴室、台所及び収納の全てを備えるものを表す。

※有りの場合は、○、無しの場合は×を記載すること。完備の場合は、完備を含め全ての欄に○を記載すること。

## 2. 共同利用設備等

## (1) 共同利用設備

設備等	整備箇所数	合計床面積 (㎡)	整備箇所	想定利用戸数 (戸)	備考
食堂・談話室・多目的 トイレ	1	95.70	1階	50	
浴室	1	57.85	1階	50	洗濯室:1 トイレ:1 前室(待合コーナー):1 脱衣室:4 浴室:4
食堂・談話室・収納 コーナー	1	84.11	2階	50	食堂内トイレ含む
浴室	1	38.82	2階	50	洗濯室:1 トイレ:1 前室(待合コーナー):1 脱衣室:3 浴室:3
食堂・談話室・収納 コーナー	1	84.11	3階	50	食堂内トイレ含む

注1) 整備箇所は、添付図面との対応関係を明確に記載すること。

注1) 設備等は、適宜加筆修正すること。

## (2) 消防用設備・その他設備

消火器	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
緊急通報装置	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> あり	( <input checked="" type="checkbox"/> 車椅子対応 <input checked="" type="checkbox"/> ストレッチャー対応 )
	<input type="checkbox"/> なし	



別添 4

サービス付き高齢者向け住宅で提供するサービスの概要

1. 状況把握及び生活相談サービスの内容

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する <input type="checkbox"/> 委託する				
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)				
	住所 (法人にあつては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 )  電話番号				
サービスを提供する法人等の別	<input type="checkbox"/> 医療法人 <input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> 指定介護予防サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定居宅サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定地域密着型サービス事業者 <input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の法人等					
サービスを提供する者の人数	<input type="checkbox"/> 医師	人員	人	<input type="checkbox"/> 社会福祉士	人員	人
	<input type="checkbox"/> 看護師	人員	人	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員	人員	人
	<input type="checkbox"/> 准看護師	人員	人	<input checked="" type="checkbox"/> 養成研修修了者	人員	4人
	<input type="checkbox"/> 介護福祉士	人員	人	<input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員	2人
常駐する場所	<input checked="" type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地 <input type="checkbox"/> 近接する土地 (所在地 )					
常駐する日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> 次の期間を除く( )					
常駐する時間	日中	7 時 00分	～	20 時 00分	人員	1人
	上記以外の時間	20 時 00分	～	7 時 00分	人員	0人
毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法	毎朝10時からスタッフが各居室を訪問することにより安否確認を実施します。 <input type="checkbox"/> 入居者から居住部分への訪問を希望する旨の申出があった場合は、当該居住部分への訪問(近接する土地に常駐する場合のみ)				毎日	1 回
緊急通報サービスの内容	提供時間	常駐する日	00 時 00分	～	24 時 00分	
		上記以外の日	<input type="checkbox"/> 24時間			
	通報方法	緊急通報装置(各住戸・トイレ・浴室内のボタンを押す)				
	通報先	職員の携帯電話番号	通報先から住宅までの到着予定時間			3分
緊急時における対応の内容	各室に設置されている緊急呼び出しボタンのコールが押された場合、スタッフが居室に駆けつけ対応します。					
生活相談サービスの内容	日常生活を送る中で、お困りのこと、介護度が重くなった場合のご不安等について職員がご相談をお受けします。					
	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他( )				
	提供時間	9時 00分 ～ 18 時 00分				
サービス提供の対価(概算額)	月額	約 22,000 円	前払金の			
	前払金	約 円	算定方法			
備考						

2. 食事の提供サービスの内容（該当する場合のみ）

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する		<input type="checkbox"/> 委託する	
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)			
	住所 (法人にあつては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 )		電話番号	
	住所 (法人にあつては本業務に係る事業所の所在地)	(郵便番号 )		電話番号	
食事提供を行う場所		<input checked="" type="checkbox"/> 食堂 <input type="checkbox"/> 各居住部分 <input type="checkbox"/> その他( )			
提供方法	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他( )			
	内容	<input type="checkbox"/> 3食 <input checked="" type="checkbox"/> 入居者が選択 <input type="checkbox"/> 次の食事は提供しない( )			
	調理等	<input type="checkbox"/> 厨房で調理 <input checked="" type="checkbox"/> 配食サービスを利用 <input type="checkbox"/> その他( )			
	入居者の健康状態に合わせた食事対応			<input checked="" type="checkbox"/> 応相談 <input type="checkbox"/> 対応なし	
	入居者の健康状態に合わせた各居室への配食対応			<input checked="" type="checkbox"/> 応相談 <input type="checkbox"/> 対応なし	
サービス提供の対価(概算額)	月額※	約 59,160 円	内訳	朝食 432 円	昼食 770 円 夕食 770 円
	前払金	約 円	前払金の算定方法		
備考	朝食は軽減税率(8%)が適用されます。なお、昼食・夕食は標準税率(10%)となります。				

※サービス提供の対価を月額で設定していない場合は、30日間利用した場合の金額を記載すること。

3. 入浴、排せつ、食事等の介護サービスの内容（該当する場合のみ）

提供形態		<input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する		<input type="checkbox"/> 委託する	
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)			
	住所 (法人にあつては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 )		電話番号	
	住所 (法人にあつては本業務に係る事業所の所在地)	(郵便番号 )		電話番号	
提供方法	提供日	<input type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他( )			
	内容	<input type="checkbox"/> 入浴介護 <input type="checkbox"/> 排せつ介護 <input type="checkbox"/> 食事介護			
		<input type="checkbox"/> その他 ( )			
サービス提供の対価(概算額)	月額	約	円	前払金の算定方法	
	前払金	約	円		
備考					

4. 調理、洗濯、掃除等の家事サービスの内容（該当する場合のみ）

提供形態		<input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する		<input type="checkbox"/> 委託する	
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)			
	住所 (法人にあつては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 )		電話番号	
	住所 (法人にあつては本業務に係る事業所の所在地)	(郵便番号 )		電話番号	
提供方法	提供日	<input type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他( )			
	内容	<input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> 掃除			
		<input type="checkbox"/> その他 ( )			
サービス提供の対価(概算額)	月額	約	円	前払金の算定方法	
	前払金	約	円		
備考					

5. 健康の維持増進サービスの内容（該当する場合のみ）

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する		<input type="checkbox"/> 委託する	
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)			
	住所 (法人にあつては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 )		電話番号	
	住所 (法人にあつては本業務に係る事業所の所在地)	(郵便番号 )		電話番号	
提供方法	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他( )			
	内容	<input checked="" type="checkbox"/> 健康相談 <input type="checkbox"/> 血圧等の測定 <input type="checkbox"/> 定期検診 <input checked="" type="checkbox"/> 通院等の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> その他 (体温管理、ワクチン接種時のケア)			
サービス提供の対価(概算額)	月額	約 16,500 円	前払金の算定方法		
	前払金	約 円			
備考					

6. その他のサービスの内容（該当する場合のみ）

提供形態		<input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する		<input type="checkbox"/> 委託する	
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)			
	住所 (法人にあつては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 )		電話番号	
	住所 (法人にあつては本業務に係る事業所の所在地)	(郵便番号 )		電話番号	
提供方法	提供日	<input type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他( )			
	内容				
サービス提供の対価(概算額)	月額	約 円	前払金の算定方法		
	前払金	約 円			
備考					

## 運営方針

項目	該当
重要事項を記載した書面のひな形を公開する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居及び退去の条件を書面に記載する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者の個人情報の保護に関する事項を書面に記載する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者に対する虐待を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修及び担当者の配置を行う	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
やむを得ず行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為に関して、委員会の開催、指針の整備及び研修を行う	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者のプライバシーの確保について、職員に周知する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者に与えた損害を賠償するための措置を講じる	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者からの相談及び苦情に適切に対応するための体制を整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
サービス付き高齢者向け住宅への入居及びサービス付き高齢者向け住宅において提供される福祉サービスの利用に必要な費用に関する書面を発行することができる	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者及びその家族と意見を交換する機会を設ける	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
地域社会との交流及び連携を図る	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
災害に対応するための仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
事故の発生及び再発を防止するための仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者の健康状態及び生活状況を把握し、変化があったときは、当該入居者の家族に連絡する仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者間の交流の促進を図る	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
登録事業者又は登録事業者から委託を受けた者から提供される福祉サービスと、それ以外の者から提供される福祉サービスを明確に区分する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者が希望する場合には、介護サービスの提供に必要な当該入居者に関する情報を、介護支援専門員と共有する仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
基本理念及び基本方針を定めるとともに、これらを職員及び入居者に周知する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
職員の教育及び研修に関する計画を策定する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
職員に対して、認知症に関する研修を行う	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
職員を登録事業者が行う研修以外の研修に参加させる仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
サービス付き高齢者向け住宅事業の実施に必要な人材の確保のために必要な措置を講じる	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

## 別添6

## 事業主体が埼玉県内で実施する事業所一覧

介護サービスの種類	箇所数	事業所の名称	事業所の所在地
<居宅サービス>			
訪問介護	1	訪問介護 スマイル大宮	さいたま市北区日進町2-1-1
訪問入浴介護	無		
訪問看護	無		
訪問リハビリテーション	無		
居宅療養管理指導	無		
通所介護	1	通所介護 ジョイ大宮	さいたま市北区日進町2-1-1
通所リハビリテーション	無		
短期入所生活介護	無		
短期入所療養介護	無		
特定施設入居者生活介護	無		
福祉用具貸与	無		
特定福祉用具販売	無		
<地域密着型サービス>			
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	無		
夜間対応型訪問介護	無		
認知症対応型通所介護	無		
小規模多機能型居宅介護	無		
認知症対応型共同生活介護	無		
地域密着型特定施設入居者生活介護	無		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	無		
看護小規模多機能型居宅介護	無		
居宅介護支援	無		
<介護予防サービス>			
介護予防訪問入浴介護	無		
介護予防訪問看護	無		
介護予防訪問リハビリテーション	無		
介護予防居宅療養管理指導	無		
介護予防通所リハビリテーション	無		
介護予防短期入所生活介護	無		
介護予防短期入所療養介護	無		
介護予防特定施設入居者生活介護	無		
介護予防福祉用具貸与	無		
特定介護予防福祉用具販売	無		
<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	無		
介護予防小規模多機能型居宅介護	無		
介護予防認知症対応型共同生活介護	無		
介護予防支援	無		
<介護保険施設>			
介護老人福祉施設	無		
介護老人保健施設	無		
介護療養型医療施設	無		
介護医療院	無		