様式第２１号（第４条第１項第４号関係）

# 重要事項説明書

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条及び埼玉県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等

| | | |
|---|---|---|
| 住宅の名称 | （ふりがな）　ごいんきょながやわらくみさとわせだ<br>ご隠居長屋和楽久みさと早稲田 | |
| 所在地※１ | （郵便番号　341-0018　　）<br>埼玉県　　三郷市早稲田五丁目20番地5 ご隠居長屋和楽久みさと早稲田 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 048-951-1966 |
| | FAX番号 | 048-953-9287 |
| | メールアドレス | misato-waseda@takahiro.biz |
| | ホームページアドレス | "https://www.takahiro.biz |
| 利用交通手段 | ■ 1.電車（　　武蔵野　線　　新三郷　　駅からバスで5分、降車後3　　分）<br>■ 2.その他（　新三郷駅より車で6分、首都高三郷JCTより車で10分三郷料金所SICより3分） | |
| 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<br>期間　2014 年　6 月　1 日から　2039 年　5 月　31 日まで<br>契約の自動更新　□あり　□なし<br>抵当権の有無　□あり　■なし | |
| 施設に関する権原※２ | □ 1.所有権　■ ２．賃借権　□ ３．使用貸借による権利<br>期間　2014　年　6 月　1 日から　2039 年　5 月　31 日まで<br>契約の自動更新　■あり　□なし | |
| 敷地に関する権原 | □ 1.所有権　■ ２．賃借権　□ ３．使用貸借による権利<br>期間　2014 年　6 月　1 日から　2039　5 月　31 日まで<br>契約の自動更新　■あり　□なし<br>抵当権の有無　□あり　■なし | |

（※1）住居表示が決定している場合は住居表示を記載すること。
建築前で、建物の所在、住居表示が決定していない場合は、土地の地番を記載すること。
（※2）施設とは、「９　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」を指す。
施設の運営者の権原を記載すること。運営者が複数いる場合、規模が最も大きい施設の運営者の権原を記載し、
その他の運営者の権限について、入居者へ説明すること。

## 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）　かぶしきがいしゃたかひろ<br>株式会社たかひろ | |
| 住　所（法人にあっては主たる事務所） | （郵便番号　341-1108　　）<br>埼玉県三郷市早稲田五丁目20番地5<br>電話番号 048-951-1966 | |
| 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）<br>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） | （郵便番号　　）<br>電話番号 |
| | 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）　かぶしきがいしゃたかひろ<br>株式会社たかひろ |
| 事務所の所在地 | （郵便番号　341-0018　　）<br>埼玉県三郷市早稲田五丁目20番地5<br>電話番号 048-951-1966 |

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　20　戸 | | |
| 居住部分の規模 | （最小）　25.05　㎡ | 詳細については、別添３のとおり | |
| | （最大）　25.05　㎡ | | |
| 構造及び設備 | 共同利用設備　■ あり　□ なし | | |
| | 構　造　木　造 | 階　数　2　階建 | |
| | □耐火建築物　■準耐火建築物　□その他（　） | | |
| | 建築物の延床面積　999.3　㎡　（うちサービス付き高齢者向け住宅部分　736.17　㎡） | | |
| 竣工の年月 | 平成　26　年　6 月　1 日 | | |
| 加齢対応構造等 | ■ 登録基準に適合している | | |
| | ■ エレベーターを備えている | | |
| | ■ 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 | ■ 賃貸借契約　□ 終身建物賃貸借契約　□ 利用権契約 |
| | □ 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 | □ 法第52条の認可を受けている |
| 入居者の資格 | ■ 次の①又は②に該当する者である。<br>①単身高齢者世帯<br>②高齢者＋同居者（配偶者 / 60歳以上の親族 / 要介護認定又は要支援認定を受けている60歳未満の親族 / 特別な理由により同居させる必要があると知事が認める者）<br>（「高齢者」とは、60歳以上の者又は要介護認定若しくは要支援認定を受けている60歳未満の者をいう。） |
| 入居契約の内容 | 別添入居契約書のとおり |

| | |
|---|---|
| 事業開始時期 | 平成　26　年　6 月　1 日から |

6 利用料金

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 高齢者生活支援サービス | 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 | ■ 自ら　□ 委託 | 約　24200　円 | |
| | 食事の提供 | ■ 自ら　□ 委託　□ 提供しない | 約　3食1403　円 | |
| | 入浴等の介護 | ■ 自ら　□ 委託　□ 提供しない | 約　15分770　円 | |
| | 調理等の家事 | ■ 自ら　□ 委託　□ 提供しない | 約　15分550　円 | |
| | 健康の維持増進 | ■ 自ら　□ 委託　□ 提供しない | 約　円 | |
| | その他 | ■ 自ら　□ 委託　□ 提供しない | 約　円 | |
| 家賃の概算額 | （最低）　約　65,000　円 | 住戸ごとの内容は別添３のとおり | | |
| | （最高）　約　65,000　円 | | | |
| 共益費の概算額 | （最低）　約　16,500　円 | | | |
| | （最高）　約　16,500　円 | | | |
| 敷金の概算額 | （最低）　約　130,000　円 | 家賃の　2 月分 | | |
| | （最高）　約　130,000　円 | | | |
| 水道光熱費の支払方法 | 居室の電気料金は個別契約、水道料金は個別メーターによる実績 | | | |
| 前払金※の有無 | □ あり　■ なし | | | |
| 家賃等の前払金の概算額 | （最低）　約　円　（最高）　約　円 | | | |
| 特定施設入居者生活介護事業所 | □ 指定を受けている　介護保険事業所番号　（　） | | | |
| | ■ 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 | □ 指定を受けている　介護保険事業所番号　（　） | | | |
| | ■ 指定を受けていない | | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護事 | □ 指定を受けている　介護保険事業所番号　（　） | | | |

| | |
|---|---|
| 入居者生活介護事業所 | ■ 指定を受けていない |
| 介護サービス情報 | （地域密着型）特定施設入居者生活介護の指定を受けている場合は別紙※のとおり |

※「介護サービス情報公表システム」の掲載内容を印刷したもの。

（利用料金の算定根拠）

| 費目 | 算定根拠 |
|---|---|
| 家賃 | 建物賃借料、近隣相場を勘定して算定 |
| 共益費（管理費） | 事務管理費、生活サービスの人件費、共用施設の維持管理費、光熱費により算定 |
| 敷金 | 家賃の2か月分 |
| 高齢者生活支援サービス | 人件費により算定 |
| 食費 | 朝食453円(税込)昼食759円(税込)夕食691円(税込) |
| その他 | 人件費、消耗品等により算定。サービス内容・費用は別紙6による |

（特定施設入居者生活介護に関する利用料金算定の根拠）

| 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（上乗せサービス） | |

※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。

| | | |
|---|---|---|
| 前払金の算定根拠 | | |
| 想定居住期間（償却年数） | | |
| 償却開始日 | | |
| 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 | |

※前払い金を受領していない場合は省略可
※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 | | □　全額前払い方式 |
| | | ■　一部前払い・一部月払い方式 |
| | | □　月払い方式 |
| | | □　選択方式（該当する方式全て選択）　□　全額前払い方式<br>□　一部前払い・一部月払い方式<br>□　月払い方式 |
| 年齢に応じた金額設定 | | □　あり　■　なし |
| 要介護状態に応じた金額設定 | | □　あり　■　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 | | □　減額なし |
| | | ■　日割り計算で減額 |
| | | □　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 | 賃貸契約第5条による |
| | 手続き | |

７　サービス付き高齢者向け住宅の管理の方法等

| | |
|---|---|
| 管理の方式 | ■ 自ら管理　　□　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 | （ふりがな） |
| 住　　所（法人にあっては主たる事務所の所在地） | （郵便番号　　）<br>電話番号 |
| 修繕計画 | |
| 計画策定の有無 | ■ あり　　□ なし |
| 大規模修繕の実施予定 | 施行から10年経過　　頃実施予定 |
| その他計画的な修繕予定 | |

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 | 事業所番号 | 事業所の場所 |
|---|---|---|---|
| デイサービスセンターわせだ | 食事の提供、入浴、機能訓練 | 117120278 | ■ 同一の建築物内<br>□ 同一の敷地内<br>□ 隣接する土地 |
| ケアプランわせだ(休止中) | 介護保険におけるサービスの支払い及び相談 | 117120245 | ■ 同一の建築物内<br>□ 同一の敷地内<br>□ 隣接する土地 |
| | | | □ 同一の建築物内<br>□ 同一の敷地内<br>□ 隣接する土地 |

※表に記載された施設、サービスに限らず、介護サービス事業者の選択は自由とする。

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）

| | |
|---|---|
| 連携又は協力の相手方 | |
| 事業所の名称 | （ふりがな） |
| 事業所の所在地 | （郵便番号　　）<br>電話番号 |
| 連携又は協力の内容 | |

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 | たにぐちファミリークリニック　三愛会総合病院　ブリストデンタルクリニックと連携、協力 |

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

| |
|---|
| 基本方針及び埼玉県高齢者居住安定計画に沿い適切に運営 |

１３　サービスの内容

（全体の方針）

| | |
|---|---|
| 運営に関する方針 | ご入居者様が必要としているサービスをご自身で選択頂き「安全・安心な快適」な日常生活が送れるに全面的にサポートします。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 自立支援を念頭においたサービス |

（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体制の有無<br><br>※１　「協力医療機関連携加算（Ⅰ）」は、「相談・診療を行う体制を常時確保し、緊急時に入院を受け入れる体制を確保している協力医療機関と連携している場合」に該当する場合を指し、「協力医療機関連携加算（Ⅱ）」は、「協力医療機関連携加算（Ⅰ）」以外に該当する場合を指す。<br><br>※２　「地域密着型特定施設入居者生活介護」の指定を受けている場合。 | 入居継続支援加算 | （Ⅰ） | □　あり | □　なし |
| | | （Ⅱ） | □　あり | □　なし |
| | 生活機能向上連携加算 | （Ⅰ） | □　あり | □　なし |
| | | （Ⅱ） | □　あり | □　なし |
| | ADL維持等加算 | （Ⅰ） | □　あり | □　なし |
| | | （Ⅱ） | □　あり | □　なし |
| | 個別機能訓練加算 | （Ⅰ） | □　あり | □　なし |
| | | （Ⅱ） | □　あり | □　なし |
| | 夜間看護体制加算 | （Ⅰ） | □　あり | □　なし |
| | | （Ⅱ） | □　あり | □　なし |
| | 若年性認知症入居者受入加算 | | □　あり | □　なし |
| | 協力医療機関連携加算（※１） | （Ⅰ） | □　あり | □　なし |
| | | （Ⅱ） | □　あり | □　なし |
| | 口腔衛生管理体制加算（※２） | | □　あり | □　なし |
| | 口腔・栄養スクリーニング加算 | | □　あり | □　なし |
| | 退院・退所時連携加算 | | □　あり | □　なし |
| | 退去時情報提供加算 | | □　あり | □　なし |
| | 科学的介護推進体制加算 | | □　あり | □　なし |
| | 看取り介護加算 | （Ⅰ） | □　あり | □　なし |
| | | （Ⅱ） | □　あり | □　なし |
| | 認知症専門ケア加算 | （Ⅰ） | □　あり | □　なし |
| | | （Ⅱ） | □　あり | □　なし |
| | 高齢者施設等感染対策向上加算 | （Ⅰ） | □　あり | □　なし |
| | | （Ⅱ） | □　あり | □　なし |
| | 新興感染症等施設療養費 | | □　あり | □　なし |
| | 生産性向上推進体制加算 | （Ⅰ） | □　あり | □　なし |
| | | （Ⅱ） | □　あり | □　なし |
| | | （Ⅲ） | □　あり | □　なし |
| | サービス提供体制強化加算 | （Ⅰ） | □　あり | □　なし |
| | | （Ⅱ） | □　あり | □　なし |
| | | （Ⅲ） | □　あり | □　なし |
| | 介護職員等処遇改善加算 | （Ⅰ） | □　あり | □　なし |
| | | （Ⅱ） | □　あり | □　なし |
| | | （Ⅲ） | □　あり | □　なし |
| | | （Ⅳ） | □　あり | □　なし |
| | | （Ⅴ）（１） | □　あり | □　なし |
| | | （Ⅴ）（２） | □　あり | □　なし |
| | | （Ⅴ）（３） | □　あり | □　なし |
| | | （Ⅴ）（４） | □　あり | □　なし |
| | | （Ⅴ）（５） | □　あり | □　なし |
| | | （Ⅴ）（６） | □　あり | □　なし |
| | | （Ⅴ）（７） | □　あり | □　なし |
| | | （Ⅴ）（８） | □　あり | □　なし |
| | | （Ⅴ）（９） | □　あり | □　なし |
| | | （Ⅴ）（10） | □　あり | □　なし |
| | | （Ⅴ）（11） | □　あり | □　なし |
| | | （Ⅴ）（12） | □　あり | □　なし |
| | | （Ⅴ）（13） | □　あり | □　なし |
| | | （Ⅴ）（14） | □　あり | □　なし |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無 | □　あり | （介護・看護職員の配置率）<br>10　　： | | |

| | |
|---|---|
| サービスの実施の有無 | □　なし |

（医療連携の内容）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 医療支援 | | ■　救急車の手配 | |
| | | ■　入退院の付き添い | |
| | | ■　通院介助 | |
| | | □　その他（　　） | |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | 三愛会総合病院 |
| | | 住所 | 埼玉県三郷市彦成2-342 |
| | | 診療科目 | 全科 |
| | | 協力内容 | 受付・送迎 |
| | 2 | 名称 | 医療法人エレソル　たにぐちファミリークリニック |
| | | 住所 | 埼玉県三郷市仁蔵523番地1 |
| | | 診療科目 | 内科、外科、消化器科、小児科 |
| | | 協力内容 | 訪問診療 |
| 協力歯科医療機関 | | 名称 | ブリストデンタルクリニック |
| | | 住所 | 埼玉県三郷市下彦川戸799 |
| | | 協力内容 | ケア、治療 |

（入居後に居室を住み替える場合）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 入居後に居室を住み替える場合 | | □ | 一時介護室へ移る場合 |
| | | □ | 介護居室へ移る場合 |
| | | ■ | その他（　見守りが必要な方への2階から1階へ住み替え等 |
| 判断基準の内容 | | | 入居者のADL変化 |
| 手続きの内容 | | □ | 医師の意見を聞く |
| | | □ | ３か月間の観察期間を置く |
| | | ■ | 本人及び身元引受人の同意を得る |
| 追加的費用の有無 | | ■ | あり　□　なし |
| 居室賃借権（利用権）の取扱い | | ■ | あり　□　なし |
| 前払金償却の調整の有無 | | □ | あり　■　なし |
| 従前の居室との仕様の変更 | 面積の増減 | □ | あり　■　なし |
| | 便所の変更 | □ | あり　■　なし |
| | 浴室の変更 | □ | あり　■　なし |
| | 洗面所の変更 | □ | あり　■　なし |
| | 台所の変更 | □ | あり　■　なし |
| | 収納設備の変更 | □ | あり　■　なし |
| | その他の変更 | □ | あり　（変更内容） |
| | | ■ | 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 | ■　あり | □　なし |
| | 要支援の者 | ■　あり | □　なし |
| | 要介護の者 | ■　あり | □　なし |
| 留意事項 | | | |
| 事業主体から契約解除を求める場合 | 解約条項 | 建物賃貸契約書第18条及び第20条 | |
| | 解約予告期間 | 即時又は6か月 | |
| 入居者から契約解除を求める場合 | 解約条項 | 建物賃貸契約書第19条による | |
| | 解約予告期間 | 1ヵ月又は2か月 | |
| 体験入居の内容 | ■ | あり　（内容：　1泊2日3食　） | |
| | □ | なし | |
| 入居定員 | 20名 | | |
| その他 | | | |

## 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 | 職員数（実人数）　10人 | | | | | 常勤換算人数※1 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 合計 | 常勤 | | 非常勤 | | |
| | | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | |
| 管理者 | 1 | | 1 | | | |
| 生活相談員 | | | | | | |
| 直接処遇職員 | 9 | | 3 | 4 | 2 | |
| 介護職員 | 9 | | 3 | 4 | 2 | |
| 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 | | 2 | | 3 | |
| 事務員 | 1 | | | | 1 | |
| 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 | | | | | | 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） 10 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 | 4 | | 2 | 2 | |
| 実務研修の修了者 | 2 | | 1 | | 1 |
| 初任者研修の修了者 | 3 | | | 2 | 1 |
| 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） 0 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 | | | | | |

（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。

（夜勤を行う職員の人数）

| 夜勤帯の設定時間 （16時30分～8時30分 ） | | |
|---|---|---|
| 職種 | 平均人数 | 最小時人数※ |
| 介護職員 | 2 人 | 1 人 |
| 看護職員 | 人 | 人 |

※最少時人数は、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【表示事項】 | | □ 1.5：1以上 |
| | | | □ 2.0：1以上 |
| | | | □ 2.5：1以上 |
| | | | □ 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 |
| 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 | 阿部　聡之 |
| | 職名 | 住宅管理者 |
| | 他の職務との兼務 | ■　あり　　□　なし |
| | 業務に係る資格等 | ■　あり<br>資格等の名称 |
| | | □　なし |

| | | 生活相談員 | | 介護職員 | | 看護職員 | | 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 | | | | | 0 | | | | | | |
| 経験年数 | 1年未満 | | | | 3 | | | | | | |
| | 1年以上3年未満 | | | | 1 | | | | | | |
| | 3年以上5年未満 | | | | 3 | | | | | | |
| | 5年以上10年未満 | | | | 3 | | | | | | |
| | 10年以上 | | | | | | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| 従業者の健康診断の実施 | □　あり | □　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 | 3人 |
| | 女性 | 17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 | 2人 |
| | 85歳以上 | 17人 |
| 要介護度別 | 自立 | 0人 |
| | 要支援１ | 0人 |
| | 要支援２ | 2人 |
| | 要介護１ | 4人 |
| | 要介護２ | 2人 |
| | 要介護３ | 2人 |
| | 要介護４ | 5人 |
| | 要介護５ | 5人 |

| | | |
|---|---|---|
| 入居期間 | 6ヶ月未満 | 0人 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | 1人 |
| | 1年以上5年未満 | 9人 |
| | 5年以上10年未満 | 10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 | 91歳 |
| 入居者数の合計 | 20人 |
| 入居率※ | 100% |

※ 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 | 0　人 | |
| | 社会福祉施設 | 0　人 | |
| | 医療機関 | 0　人 | |
| | 死亡者 | 1　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） |

## 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）

| | | |
|---|---|---|
| 1 | 窓口の名称 | ご隠居長屋和楽久みさと早稲田 |
| | 電話番号 | 048-951-1966 |
| | 対応している時間 | 8：00～17：00 |
| | 定休日 | なし |
| 2 | 窓口の名称 | 埼玉県福祉部高齢者福祉課 |
| | 電話番号 | 048-830-3254 |
| | 対応している時間 | 8：30～17：15 |
| | 定休日 | 土曜、日曜、祝日、12/29～1/3 |
| 3 | 窓口の名称 | 埼玉県都市整備部住宅課 |
| | 電話番号 | 048-830-5562 |
| | 対応している時間 | 8：30～17：15 |
| | 定休日 | 土曜、日曜、祝日、12/29～1/3 |
| 4 | 窓口の名称 | 埼玉県消費者生活支援センター |
| | 電話番号 | 048-261-0999 |
| | 対応している時間 | 9：00～16：00 |
| | 定休日 | 土曜、日曜、祝日、12/29～1/3 |
| 5 | 窓口の名称 | 三郷市消費者生活センター |
| | 電話番号 | 048-930-7725 |
| | 対応している時間 | 月～金　10時～12時　13時～16時 |
| | 定休日 | 12-29～1/3 |

（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 | ■　あり | （その内容）　あいおいニッセイ同和損保<br>介護保険社会福祉事業者総合保険 |
| | □　なし | |
| 賠償すべき事故が発生したときの対応 | ■　あり | （その内容）　直ちに救急要請を行うと共に、入居者の身元引<br>および関係行政機関に報告し必要な措置を講じます<br>事故の原因が事業者の故意または過失による場合には<br>入居者及び身元引受人に誠意をもって対応します<br>ただし、入居者側にも故意または過失がある場合には<br>事業者の損害賠償責任が免除または軽減される場合がありま |
| | □　なし | |
| 事故対応及びその予防のための指針 | ■　あり | □　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 | ■　あり | 実施内容 | サービスや食事に関する内容 |
| | | 結果の開示 | □　あり　■　なし |
| | □　なし | | |
| 第三者による評価の実施状況 | □　あり | 実施日 | |
| | | 評価機関名称 | |
| | | 結果の開示 | □　あり　□　なし |
| | ■　なし | | |

## １７　入居希望者への事前の情報開示

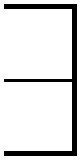
| | | | |
|---|---|---|---|
| 入居契約書の雛形 | □　入居希望者に公開 | ■ 入居希望者に交付 | □　公開していな |
| 管理規程 | □　入居希望者に公開 | ■ 入居希望者に交付 | □　公開していな |
| 事業収支計画書 | □　入居希望者に公開 | □ 入居希望者に交付 | ■　公開していな |
| 財務諸表の要旨 | □　入居希望者に公開 | □ 入居希望者に交付 | ■　公開していな |
| 財務諸表の原本 | □　入居希望者に公開 | □ 入居希望者に交付 | ■　公開していな |

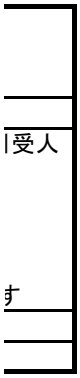
## １８　その他

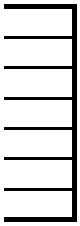
<table>
<tr><td rowspan="3">運営懇談会</td><td colspan="3">■　あり　（開催頻度）年　　2　回</td></tr>
<tr><td rowspan="2">□　なし</td><td>□　代替措置あり</td><td>（内容）</td></tr>
<tr><td colspan="2">□　代替措置なし</td></tr>
<tr><td>提携ホームへの住み替え※</td><td colspan="3">□　あり　（提携ホーム名：　　）<br>■　なし</td></tr>
<tr><td>高齢者の居住の安定確保に関する法律第５条第１項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録</td><td colspan="3">■　あり　　□　　なし</td></tr>
<tr><td rowspan="2">埼玉県有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項</td><td colspan="3">■　なし</td></tr>
<tr><td>□　あり</td><td colspan="2">（その内容）</td></tr>
<tr><td colspan="4">※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。</td></tr>
</table>

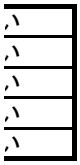
（添付資料）　別添１（役員名簿（法第６条第１項第３号に該当する者））
別添２（役員名簿（法第６条第１項第４号に該当する者））
別添３（住宅の規模並びに構造及び設備等）
別添４（サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの概要）
別添５（運営方針）
別添６（サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービス一覧表）
別添７（事業主体が埼玉県内で実施する事業所一覧）

よう




受人
す





説明年月日　　令和　　年　　月　　日

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様に対して、＿＿＿＿＿＿契約書及び重要事項説明書に基づいて、重要な事項を説明しました。

登録事業者名　株式会社たかひろ

所在地　埼玉県三郷市早稲田5丁目20番地5

代表者名

説明者氏名

私は上記事業者から、＿＿＿＿＿＿契約書及び重要事項説明書に基づいて、重要な事項の説明を受けました。

署名

別添1

役員名簿
（高齢者の居住の安定確保に関する法律第6条第1項第3号に該当する者）

| （ふりがな）<br>氏　　名 | 役名等 |
|---|---|
| おかだ　たかひろ<br>岡田　高弘 | 代表取締役 |
| おかだ　ひろみ<br>岡田　裕美 | 取締役 |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

別添2

役員名簿
（高齢者の居住の安定確保に関する法律第6条第1項第4号に該当する者）

| （ふりがな）<br>氏　　名 | 役名等 |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |