

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) さんらいずう`いらかすかべ サンライズ・ヴィラ春日部		
所在地※1	(郵便番号 344-0022) 埼玉県春日部市大畑363番地1		
連絡先	電話番号	048-745-7055	
	FAX番号	048-745-7056	
	メールアドレス	kasukabe@like-cn.co.jp	
	ホームページアドレス	"https://www.like-cn.co.jp/"	
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 電車 (東武スカイツリーライン線 武里 駅から 徒歩 で 4分) <input type="checkbox"/> 2. その他 ()		
住宅に関する権原	<input type="checkbox"/> 1. 所有権 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 賃借権 <input type="checkbox"/> 3. 使用貸借による権利		
	期間	2014年 4月 1日から	2049年 3月 31日まで
	契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	抵当権の有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
施設に関する権原※2	<input type="checkbox"/> 1. 所有権 <input type="checkbox"/> 2. 賃借権 <input type="checkbox"/> 3. 使用貸借による権利		
	期間	年 月 日から	年 月 日まで
	契約の自動更新	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	抵当権の有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
敷地に関する権原	<input type="checkbox"/> 1. 所有権 <input type="checkbox"/> 2. 賃借権 <input checked="" type="checkbox"/> 3. 使用貸借による権利		
	期間	2014年 4月 1日から	2049年 3月 31日まで
	契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	抵当権の有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> 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、「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」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	<input checked="" type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 個人		
商号、名称 又は氏名	(ふりがな) らいくけあかぶしきがいしゃ ライクケア株式会社		
住 所 (法人にあっては主たる事務所)	(郵便番号 150-0043) 東京都渋谷区道玄坂一丁目12番1号渋谷マークシティウエスト 電話番号 03-5784-5521		
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(法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号)	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) さんらいず・う`いらかすかべ サンライズ・ヴィラ春日部		
事務所の所在地	(郵便番号 344-0022) 埼玉県春日部市大畑363番地1 電話番号 048-745-7055		

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	54	戸
居住部分の規模	(最小)	18.01	m ²
	(最大)	18.01	m ²
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	鉄骨造	
		階数 地上5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	2,179.20 m ²	(うちサービス付き高齢者向け住宅部分 2,179.20 m ²)
竣工の年月	2014	年	3月31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"/> 終身建物賃貸借契約 <input type="checkbox"/> 利用権契約 <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 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"/> 次の①又は②に該当する者である。 ①単身高齢者世帯 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) (「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	2014	年	6月	1日から
--------	------	---	----	------

6 利用料金

サービスの種類	提供形態	提供の対価(概算・月額)	
高齢者生活支援サービス	状況把握・生活相談	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託	約 円
	食事の提供	<input type="checkbox"/> 自ら <input checked="" type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 59,658 円
	入浴等の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 円
	調理等の家事	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input 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 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 90,000 円	住戸ごとの内容は別添3のとおり
	(最高)	約 90,000 円	
共益費の概算額	(最低)	約 44,480 円	
	(最高)	約 44,480 円	
敷金の概算額	(最低)	約 100,000 円	家賃の 1.11 月分
	(最高)	約 100,000 円	
水道光熱費の支払方法	共益費に含む		
前払金※の有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けている 介護保険事業所番号 (1170602716)		
	<input 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 介護保険事業所番号 ()		
	<input checked="" type="checkbox"/> 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業所	<input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けている 介護保険事業所番号 (1170602716)		
	<input type="checkbox"/> 指定を受けていない		

※「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、近隣相場を勘案して算定
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、光熱水費により算定
敷金	家賃の1.11ヵ月分
高齢者生活支援サービス	人件費により算定
食費	業務委託料により算定
その他	人件費、消耗品等により算定。サービス内容・費用は別添6による。 入居者本人が居室で使用されるテレビのNHK受信料およびテレビ電波等共同受信施設（CATV）利用料については、各種業者と直接、指定口座より自動引き落とし契約を行っていただきます。 （令和5年5月15日付け厚生労働省老健局高齢者支援課発出「日本放送協会との放送受信契約の入居者等への説明について」に基づき記載。）

(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	介護保険の利用者負担割合による
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	<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 checked="" type="checkbox"/> 月払い方式
	<input type="checkbox"/> 選択方式 <small>(該当する方式全て選択)</small> <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
年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
要介護状態に応じた金額設定	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input 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 ※ ただし、欠食は、前日までのお申し出により朝食238円、昼食368円、夕食389円として計算し、翌月の請求時に減額精算します。
	<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	<p><賃貸借契約>： サンライズ・ヴィラ春日部賃貸借契約書 第4条3項 甲（貸主）及び乙（借主）は、次の各号のいずれかに該当する場合には、協議の上、賃料を改定することができる。 一 土地又は建物に対する租税その他の負担の増減により賃料が不相当となった場合 二 土地又は建物の価格の上昇又は低下その他の経済事情の変動により賃料が不相当となった場合 三 近傍同種の建物の賃料に比較して賃料が不相当となった場合 四 本物件、附属施設・設備又は本物件の敷地に改良を施した場合 第5条4項 甲及び乙は、維持管理費の増減により共益費が不相当となったときは、協議の上、共益費を改定することができる。 第7条5項 甲及び乙は、消費者物価指数、雇用情勢その他の経済事情の変動により状況把握・生活相談サービス料金が不相当となった場合には、協議の上、状況把握・生活相談サービス料金を変更することができる。</p> <p><（介護予防）特定施設入居者生活介護利用契約>： サンライズ・ヴィラ春日部特定施設入居者生活介護利用契約書 第12条 本契約第8条第2項第一号に定める費用として支払う利用料金、その他介護保険法令等の変更があった場合、事業者は利用者等への説明を行い、当該利用料金等を変更することができます。</p>
	手続き	<p><賃貸借契約>： サンライズ・ヴィラ春日部賃貸借契約書第4条3項、第5条4項及び第7条5項による</p> <p><（介護予防）特定施設入居者生活介護利用契約>： サンライズ・ヴィラ春日部特定施設入居者生活介護利用契約書第12条による</p>

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	<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	(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) 電話番号
修繕計画	
計画策定の 有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
大規模修繕の実 施予定	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
			<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
			<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

※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) いりょうほうじんしゃだんこうわかい さいたまとうぶしんりょうじょ 医療法人社団廣和会 埼玉東部診療所
事業所の所在地	(郵便番号 344-0022) 埼玉県春日部市大畑321-1 宮前ビル1階 電話番号 048-720-8715
連携又は協力の内容	訪問による入居者に対する療養管理指導、定期健康診断及び予防接種の実施、オンコール体制による夜間対応と必要に応じて行う往診、急変時等の病床手配、救急対応等
事業所の名称	(ふりがな) いりょうほうじんしゃだんぜんじんかい とうとかずかべびょういん 医療法人社団全仁会 東都春日部病院
事業所の所在地	(郵便番号 344-0022) 埼玉県春日部市大畑652-7 電話番号 048-739-2000
連携又は協力の内容	入居者の診察・加療のため、受診に協力する。
事業所の名称	(ふりがな) いりょうほうじんせいこうかい ひかりくりにつく 医療法人誠光会 ひかりクリニック
事業所の所在地	(郵便番号 330-0852) 埼玉県さいたま市大宮区大成町3丁目339番地2号 光ビル1F 電話番号 048-779-8191
連携又は協力の内容	訪問による入居者に対する療養管理指導、定期健康診断及び予防接種の実施、オンコール体制による夜間対応と必要に応じて行う往診、急変時等の病床手配、救急対応等
事業所の名称	(ふりがな) いりょうほうじんしゃだんしちふくかい ほりいまーむくりにつくさいたま 医療法人社団七福会 ホリィマームクリニックさいたま
事業所の所在地	(郵便番号 330-0854) 埼玉県さいたま市大宮区桜木町1-1-12NYビル7階 電話番号 048-648-1121
連携又は協力の内容	入居者に対する療養管理指導、定期健康診断及び予防接種の実施、オンコール体制による夜間対応と必要に応じて行う往診、急変時等の病床手配、救急対応等
事業所の名称	(ふりがな) いりょうほうじんしゃだんやまとかい けいわびょういん 医療法人社団大和会 慶和病院
事業所の所在地	(郵便番号 343-0041) 埼玉県越谷市千間台西2-12-8 電話番号 048-978-0033
連携又は協力の内容	入居者の診察・加療のため、受診に協力する。
事業所の名称	(ふりがな) いりょうほうじんしゃだんようざんかい ようざんかいじんとうせきくりにつく 医療法人社団陽山会 陽山会腎透析クリニック
事業所の所在地	(郵便番号 349-0114) 埼玉県蓮田市馬込5丁目198番地 電話番号 048-769-9230
連携又は協力の内容	入居者の診察・加療のため、受診に協力する。

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	日中（9：00～18：00）、看護職員を配置しています。
-----------------------	------------------------------

1 1 運営方針
別添5のとおり

1 2 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の高齢者居住安定確保計画に沿って適切に運営します。

1 3 サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	<ul style="list-style-type: none"> ・私たちは介護を「サービス」として考え、提供いたします。 ・私たちはお客様やお客様ご家族の視点に立ったサービスを目指します。 ・私たちはお客様の「安全・安心・自己実現」のためのサービスを目指します。 ・私たちはスタッフの「安全・安心・自己実現」のための社内整備に努めます。 ・私たちはサービスの「心・技・体」の順番と意味を理解してサービスを行います。 ・私たちはサービス品質の安定を目指します。 ・私たちは社内のスタッフを「社内顧客」として考え、互いに理解・協力しながら業務を遂行します。 ・住み慣れたホームで最期までサービスを提供させていただきます。
サービスの提供内容に関する特色	ホーム独自の機能訓練で入居者様のADL維持・向上

(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。

<p>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</p> <p>※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。</p> <p>※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。</p>	入居継続支援加算	(Ⅰ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
		(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	生活機能向上連携加算	(Ⅰ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
		(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	ADL維持等加算	(Ⅰ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
		(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	個別機能訓練加算	(Ⅰ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
		(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	夜間看護体制加算	(Ⅰ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
		(Ⅱ)	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	若年性認知症入居者受入加算		<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> なし
	協力医療機関連携加算(※1)	(Ⅰ)	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
		(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	口腔衛生管理体制加算(※2)		<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 checked="" type="checkbox"/> なし
	退院・退所時連携加算		<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	退去時情報提供加算		<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	看取り介護加算	(Ⅰ)	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
		(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	認知症専門ケア加算	(Ⅰ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
		(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	高齢者施設等感染対策向上加算	(Ⅰ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
		(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	新興感染症等施設療養費		<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	生産性向上推進体制加算	(Ⅰ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
		(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
		(Ⅱ)	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
		(Ⅲ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	介護職員等処遇改善加算	(Ⅰ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
		(Ⅱ)	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
		(Ⅲ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	(Ⅳ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
	(Ⅴ)(1)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
	(Ⅴ)(2)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
	(Ⅴ)(3)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
	(Ⅴ)(4)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
	(Ⅴ)(5)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
	(Ⅴ)(6)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
	(Ⅴ)(7)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
	(Ⅴ)(8)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
	(Ⅴ)(9)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
	(Ⅴ)(10)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
	(Ⅴ)(11)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
	(Ⅴ)(12)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
	(Ⅴ)(13)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
	(Ⅴ)(14)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" 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) :		

(医療連携の内容)

医療支援	<input checked="" type="checkbox"/> 救急車の手配				
	<input checked="" type="checkbox"/> 入退院の付き添い				
	<input checked="" type="checkbox"/> 通院介助				
	<input checked="" type="checkbox"/> その他 (訪問診療医の確保)				
協力医療機関	1	名称	医療法人社団全仁会 東都春日部病院		
		住所	埼玉県春日部市大畑652-7		
		診療科目	内科、消化器内科、循環器内科、肛門外科、外科、整形外科、皮膚科、形成外科、脳神経外科、泌尿器科、アレルギー科、リハビリテーション科、人工透析内科		
		協力内容	入所者の病状の急変時等において相談 対応を行う体制を常時確保	1 あり	2 なし
	診療の求めがあった場合において診療 を行う体制を常時確保		1 あり	2 なし	
	2	名称	医療法人誠光会 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丁目339番地2号 光ビル1F		
		診療科目	内科、老人内科、神経内科、循環器内科、消化器内科、整形外科、精神科、皮膚科		
		協力内容	入所者の病状の急変時等において相談 対応を行う体制を常時確保	1 あり	2 なし
	診療の求めがあった場合において診療 を行う体制を常時確保		1 あり	2 なし	
	3	名称	医療法人社団七福会 ホリィマームクリニックさいたま		
		住所	埼玉県さいたま市大宮区桜木町1-1-12N Yビル7階		
		診療科目	内科、外科、リハビリテーション科		
		協力内容	入所者の病状の急変時等において相談 対応を行う体制を常時確保	1 あり	2 なし
	診療の求めがあった場合において診療 を行う体制を常時確保		1 あり	2 なし	
	4	名称	医療法人社団廣和会 埼玉東部診療所		
		住所	埼玉県春日部市大畑321-1 宮前ビル1階		
		診療科目	内科、整形外科、リハビリテーション科		
		協力内容	入所者の病状の急変時等において相談 対応を行う体制を常時確保	1 あり	2 なし
	診療の求めがあった場合において診療 を行う体制を常時確保		1 あり	2 なし	
	5	名称	医療法人社団大和会 慶和病院		
		住所	埼玉県越谷市千間台西2-12-8		
		診療科目	内科、外科、肛門外科、整形外科、泌尿器科、リハビリテーション科、歯科、歯科口腔外科、精神科（認知症専門）、皮膚科、循環器内科、腎臓内科、人工透析(外来、入院)、健康診断		
		協力内容	入所者の病状の急変時等において相談 対応を行う体制を常時確保	1 あり	2 なし
診療の求めがあった場合において診療 を行う体制を常時確保	1 あり		2 なし		
6	名称	医療法人社団陽山会 陽山会腎透析クリニック			
	住所	埼玉県蓮田市馬込5丁目198番地			
	診療科目	内科、泌尿器科、人工透析			
	協力内容	入所者の病状の急変時等において相談 対応を行う体制を常時確保	1 あり	2 なし	
診療の求めがあった場合において診療 を行う体制を常時確保		1 あり	2 なし		
新興感染症発生時に連携する医療機関	1 あり	医療機関の名称			
		医療機関の住所			
	2 なし				
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)

入居後に居室を住み替える場合	<input type="checkbox"/>	一時介護室へ移る場合	
	<input checked="" type="checkbox"/>	介護居室へ移る場合	
	<input type="checkbox"/>	その他 ()	
判断基準の内容	心身の状況により居室移動の場合があります。		
手続きの内容	<input checked="" type="checkbox"/>	医師の意見を聞く	
	<input checked="" type="checkbox"/>	3か月間の観察期間を置く	
	<input checked="" type="checkbox"/>	本人及び身元引受人の同意を得る	
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 checked="" type="checkbox"/>	あり <input 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)
	<input checked="" type="checkbox"/>	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	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
留意事項	入居時に60歳以上の方。	
事業主体から契約解除を求める場合	解約条項	<賃貸借契約> : サンライズ・ヴィラ春日部賃貸借契約書第15条による <(介護予防)特定施設入居者生活介護利用契約> : サンライズ・ヴィラ春日部特定施設入居者生活介護利用契約書第16条による
	解約予告期間	<賃貸借契約> : 当社が定める相当な期間 <(介護予防)特定施設入居者生活介護利用契約> : 3~6か月
入居者から契約解除を求める場合	解約条項	<賃貸借契約> : サンライズ・ヴィラ春日部賃貸借契約書第16条による <(介護予防)特定施設入居者生活介護利用契約> : サンライズ・ヴィラ春日部特定施設入居者生活介護利用契約書第17条による
	解約予告期間	<賃貸借契約> : 30日間 <(介護予防)特定施設入居者生活介護利用契約> : 7日間
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> あり (内容: 1泊2日6,600円(税込)) <input type="checkbox"/> なし ※最長6泊7日 介護保険は適用外です。	
入居定員	54人	
その他	—	

1.4 職員体制 【2025年7月1日現在】

(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) 32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	0	1	0	0	0.5
生活相談員	3	0	3	0	0	1.5
直接処遇職員	28	16	2	9	1	25.6
介護職員	25	14	1	9	1	22.8
看護職員	3	2	1	0	0	2.8
機能訓練指導員	1	0	1	0	0	0.1
計画作成担当者	1	0	0	0	1	0.4
栄養士	0	0	0	0	0	外部委託
調理員	0	0	0	0	0	外部委託
事務員	1	0	1	0	0	0.5
その他職員	2	0	0	2	0	1.4
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) 23 人				
	合計	常勤		非常勤	
		専従	非専従	専従	非専従
社会福祉士	0	0	0	0	0
介護福祉士	16	9	1	5	1
実務研修の修了者	4	3	0	1	0
初任者研修の修了者	3	0	0	3	0
介護支援専門員	0	0	0	0	0
(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) 1 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	1	0	1	0	0
理学療法士	0	0	0	0	0
作業療法士	0	0	0	0	0
言語聴覚士	0	0	0	0	0
柔道整復師	0	0	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0	0	0
(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。					

(夜勤を行う職員の数)

夜勤帯の設定時間 (19時00分～翌7時00分)		
職種	平均人数	最少時人数※
介護職員	3人	3人
看護職員	0人	0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】	<input type="checkbox"/> 1.5 : 1 以上
		<input type="checkbox"/> 2.0 : 1 以上
		<input type="checkbox"/> 2.5 : 1 以上
		<input checked="" 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)	1.8 : 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	太田 清邦										
	職名	施設長										
	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					介護福祉士					
		<input type="checkbox"/> 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	0	0	3	7	1	0	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数	1	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0
経 験 年 数	1年未満	1	0	3	5	0	0	0	0	0	0	0
	1年以上 3年未満	0	0	3	1	3	0	1	0	0	0	0
	3年以上 5年未満	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
	5年以上 10年未満	0	0	8	1	0	0	0	0	0	0	0
	10年以上	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1
従業者の健康診断の実施			<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	13人
	女性	40人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	4人
	75歳以上85歳未満	11人
	85歳以上	38人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	6人
	要支援2	4人
	要介護1	17人
	要介護2	7人
	要介護3	7人
	要介護4	10人
	要介護5	2人

入居期間	6ヶ月未満	11人
	6ヶ月以上1年未満	8人
	1年以上5年未満	25人
	5年以上10年未満	9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	86.9	歳
入居者数の合計	53	人
入居率※	98.1	%

※ 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	1 人	
	医療機関	1 人	
	死亡者	13 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) 自社が運営する他のサービス付き高齢者向け住宅への転居、入院の長期化

1.6 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	サンライズ・ヴィラ春日部
	電話番号	048-745-7055
	対応している時間	9:00~18:00
	定休日	—
2	窓口の名称	ライクケア株式会社
	電話番号	03-5784-5521
	対応している時間	9:00~18:00
	定休日	土曜、日曜、祝日、12月31日~1月3日
3	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月29日~1月3日
4	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月29日~1月3日
5	窓口の名称	埼玉県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情対応係
	電話番号	048-824-2568 (苦情相談専用)
	対応している時間	8:30~12:00、13:00~17:00
	定休日	土曜、日曜、祝日、12月29日~1月3日
6	窓口の名称	春日部市健康保険部介護保険課
	電話番号	048-736-1111 (代表)
	対応している時間	8:30~17:15
	定休日	土曜、日曜、祝日、12月29日~1月3日
7	窓口の名称	埼玉県消費生活支援センター
	電話番号	048-261-0999
	対応している時間	9:00~16:00
	定休日	日曜、祝日、12月29日~1月3日
8	窓口の名称	春日部市消費生活センター
	電話番号	048-736-1111
	対応している時間	10:00~12:00、13:00~16:00
	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"/> あり	(その内容) あいおいニッセイ同和損害保険株式会社の「介護保険・社会福祉事業者総合保険」に加入
	<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) 介護サービス等の提供に当たり、事故が発生し入居者の生命、身体、財産に損害が生じた場合は、地震・津波等の天災、戦争・暴動等、入居者の故意によるものを除いて速やかに損害を賠償します。ただし、入居者に重大な過失がある場合には、賠償額を減ずることがあります。
	<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

(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	常時、意見箱を設置
		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"/> 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 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 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

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		
高齢者虐待防止のための取組の状況	虐待防止対策検討委員会の定期的な開催		1 あり 2 なし
	指針の整備		1 あり 2 なし
	定期的な研修の実施		1 あり 2 なし
	担当者の配置		1 あり 2 なし
身体的拘束等の適正化のための取組の状況	身体的拘束等適正化検討委員会の開催		1 あり 2 なし
	指針の整備		1 あり 2 なし
	定期的な研修の実施		1 あり 2 なし
	緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為(身体的拘束等)を行うこと		
	1 あり	身体的拘束等を行う場合の態様及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録	1 あり 2 なし
2 なし			
業務継続計画の策定状況等	感染症に関する業務継続計画		1 あり 2 なし
	災害に関する業務継続計画		1 あり 2 なし
	職員に対する周知の実施		1 あり 2 なし
	定期的な研修の実施		1 あり 2 なし
	定期的な訓練の実施		1 あり 2 なし
	定期的な業務継続計画の見直し		1 あり 2 なし
提携ホームへの住み替え※	<input type="checkbox"/> あり (提携ホーム名:) <input checked="" 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		
埼玉県有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
	<input type="checkbox"/> あり	(その内容)	

※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)
 - 別紙1 (紙オムツ価格表)
 - 別紙2 (重度化した場合の対応に係る指針)
 - 別紙3 (看取り介護指針)
 - 別紙4 (当事業所からのお願い)

説明年月日

令和 年 月 日

様に対して、賃貸借契約書、特定施設入居者生活介護利用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 **ライクケア株式会社**

所在地 **東京都渋谷区道玄坂一丁目12番1号
渋谷マークシティウエスト**

代表者名 **代表取締役 岡本 泰彦**

説明者氏名

私は上記事業者から、賃貸借契約書、特定施設入居者生活介護利用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
