

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
氏名
代理人 住所
氏名

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 おおみやこうえんしょうゆうかんいちごうかん おおみや公園翔裕館 I 号館
所在地※	〒337-0041 埼玉県さいたま市見沼区南中丸254-2 電話番号 048-682-3917 FAX番号 048-683-9061 メールアドレス omiyapark-1@sangaijapan.jp HPアドレス https://sangaijapan.jp/
利用交通手段	■ 1.電車 JR 線 大宮 駅から バス で 15分) ■ 2.その他 電車:東武アーバンパークライン線 大和田駅より徒歩15分)
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 2019年 12月 1日 ~ 2032年 8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 checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
施設に関する権原	<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 ~ 年 月 日まで 契約の自動更新 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
敷地に関する権原	<input type="checkbox"/> 1.所有権 <input type="checkbox"/> 2.地上権 <input checked="" type="checkbox"/> 3.賃借権 <input type="checkbox"/> 4.使用貸借による権利 期間 2019年 12月 1日 ~ 2032年 8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 checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 個人
商号、名称 又は氏名	ふりがな かぶしきがいしゃさんがじゃぼん 株式会社サンガジャパン
住所 (法人にあっては 主たる事務所の所在地)	〒 330-0854 埼玉県さいたま市大宮区桜木町四丁目252番地 電話番号 048-613-8463 FAX番号 048-614-1552
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)
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 おおみやこうえんしょうゆうかんいちごうかん おおみや公園翔裕館 I 号館
事務所の所在地	〒 337-0041 埼玉県さいたま市見沼区南中丸254-2 電話番号 048-682-3917

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 30 戸	
居住部分の規模	(最小) 18 m ²	詳細については、別添3のとおり
	(最大) 19.82 m ²	
構造及び設備	共同利用設備 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	構造 鉄骨 造 階数 2 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 1033.2 m ² (うちサービス付き高齢者向け住宅部分 1033.2m ²)	
竣工の年月	2007年 8月 28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 type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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（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	概ね60歳以上で自立の方、55歳以上で介護を必要とする方
	施設利用時	
契約解除の内容	①入居申込書に虚偽の事項を記載するなどの不正な手段により入居したとき ②月払いの利用料、その他の支払いを正当な理由なく1ヵ月延滞したとき ③サービス付き高齢者向け住宅賃貸借契約書別表第1の規定に違反したとき ④入居者の行動が、他の入居者又は従業員の生命に危害を及ぼし、又はその危害の切迫した恐れがあり、かつ有料老人ホームにおける通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止できないとき	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	サービス付き高齢者向け住宅賃貸借契約書第17条
	解約予告期間	1ヶ月
入居者からの解約予告期間	1ヶ月	
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> あり(内容:1日 7,000円) <input type="checkbox"/> なし	
入居定員	30人	
その他		
事業開始時期	3年 1月 1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
	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 60,750 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 type="checkbox"/> 提供しない	約 円	
家賃の概算額	(最低)	約	63,000	円	住戸ごとの内容は別添3のとおり	
	(最高)	約	63,000	円		
共益費の概算額	(最低)	約	59,728	円	家賃の 3 月分	
	(最高)	約	59,728	円		
敷金の概算額	(最低)	約	189,000	円	家賃の 3 月分	
	(最高)	約	189,000	円		
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	
家賃等の前払金の算定根拠	家賃					
	サービス提供の対価					
想定居住期間(償還年月数)						
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)						
初期償却率						
返還額の算定方法	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					
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 type="checkbox"/> その他()					
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:1176518585) <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 <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:1176518585) <input type="checkbox"/> 指定を受けていない					
介護サービス情報	(特定施設入居者生活介護事業者、地域密着型特定施設入居者生活介護事業所若しくは介護予防特定施設入居者生活介護事業所の指定を受けている場合には、別紙により、介護保険法第115条の35第1項に規定する介護サービス情報を示す。)					

※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 (該当する方式全 て選択)	<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	
	<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	
	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	<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)	〒 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	
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
		<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		<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 type="checkbox"/> その他()	
協力医療機関	1	名称	独立行政法人地域医療機能推進機構さいたま北部医療センター
		住所	埼玉県さいたま市北区宮原町1-851
		診療科目	内科他
		協力内容	診察・各種検査
	2	名称	医療法人社団三世会 大宮桜木町クリニック
		住所	埼玉県さいたま市大宮区桜木町2-324-1 松本ビル3階
協力歯科医療機関	名称	医療法人社団聖伸会 せきね歯科クリニック	
	住所	埼玉県川口市西川口6-7-2	
	協力内容	訪問歯科診療	
その他連携協力事業所	名称	医療法人社団彩の風 さいたま中央クリニック	
	住所	埼玉県さいたま市中央区上落合8-3-32 ホームズさいたま中央店2階	
	協力内容	訪問耳鼻科診療	

10. 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確保計画に照らして適切に運営致します。

1.1. サービスの内容

(全体の方針)

事業の目的	「家族主義」と「現場主義」をモットーに、地域から世界に広がる感動介護を実現し、すべての人が元気に笑顔で楽しく「共に生きる」社会を実現しよう
運営に関する方針	幾多のつらい厳しい人生を乗り越えられたご高齢者の皆様に厳しい冬が終わり、春に吹く爽やかな風が身も心も温かく幸せな気持ちにしてくれるように、私たちの介護サービスは家族主義をモットーに常に笑顔で心温かい感動介護を実践いたします。
サービスの提供内容に関する特色	入居者の自立支援を目的に日々の健康管理者機能低下の防止に努めます。地域の社会資源の活用に笑顔溢れる環境づくりを心がけます。

(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 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
	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
	ADL維持加算	(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		<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	若年性認知症入居者受入加算		<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	医療機関連携加算		<input checked="" 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 checked="" 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
	科学的介護推進体制加算		<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
	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
	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 type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
		(III)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	介護職員処遇改善加算	(I)	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
		(II)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
		(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)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
※(IV)及び(V)は令和4年3月31日まで				
介護職員等特定処遇改善加算	(I)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
	(II)	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> その他(要支援・要介護の状況による変更)	
判断基準の内容	主治医より医療・介護に対する見守り強化が必要と判断された場合にご本人・身元引受人と調整のうえ、居室を移動します。	
手続きの内容	<input checked="" 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 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 type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし 変更後の居室に移行	
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	

12. 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	0	0.5
生活相談員		1	1	0	1
直接処遇職員		13	7	6	10.9
	介護職員	11	6	5	9.6
	看護職員	2	1	1	1.3
機能訓練指導員		1	0	1	0.2
計画作成担当者		1	0	1	0.8
栄養士		0	0	0	0
調理員		0	0	0	外部委託
事務員		0	0	0	0
その他職員		0	0	0	0
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) 11 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	4	3	0	1	0
実務研修の修了者	0	0	0	0	0
初任者研修の修了者	0	0	0	0	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	0	1	0
理学療法士	0	0	0	1	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
はり師	0	0	0	0	0
きゅう師	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。

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (16時 30分～ 翌9時 30分)		
職種	平均人数	最小時人数※
看護職員	0人	0人
介護職員	1人	1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	<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
	【表示事項】	
	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)	3.0:1

※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	中山 優希									
	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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> 資格等の名称 社会福祉士 介護支援専門員 </div> <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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
前年度1年間の退職者数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
業務に従事した職員数 に 経験 人数	1年未満	1	0	1	0	0	0	0	0	0	
	1年以上 3年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	3年以上 5年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	5年以上 10年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	10年以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
従業者の健康診断の実施状況			<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし								

1 3. 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	8人
	女性	16人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上75歳未満	2人
	75歳以上85歳未満	7人
	85歳以上	14人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	3人
	要支援2	0人
	要介護1	4人
	要介護2	5人
	要介護3	4人
	要介護4	7人
要介護5	1人	

入居期間別	6ヶ月未満	3人
	6ヶ月以上1年未満	21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	84.75	歳
入居者数の合計	24	人
入居率※	80	%
※ 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	0	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)

1 4. 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	おおみや公園翔裕館 I 号館
	電話番号	048-682-3917
	対応している時間	9:00~18:00
	定休日	なし
2	窓口の名称	株式会社サンガジャパン 東日本支社管理本部
	電話番号	048-613-8463
	対応している時間	9:00~18:00
	定休日	土曜・日曜・祝日・年末年始(12/30~翌年1/3)
3	窓口の名称	さいたま市 保健福祉局 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	8:30~17:15
	定休日	土曜・日曜・祝日・年末年始(12/29~翌年1/3)
4	窓口の名称	さいたま市見沼区役所 高齢介護課
	電話番号	048-681-6067
	対応している時間	8:30~17:15
	定休日	土曜・日曜・祝日・年末年始(12/29~翌年1/3)
5	窓口の名称	埼玉県国民健康保険団体連合会 介護福祉課 苦情対応係
	電話番号	048-824-2568
	対応している時間	8:30~17:15
	定休日	土曜・日曜・祝日・年末年始(12/29~翌年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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) あいおいニッセイ同和保険会社により、サービスの提供に伴って事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、利用者に対してその損害を賠償します。
	<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) サービスの提供中に利用者の急変が生じた場合、その他必要があった場合は、速やかに必要な措置を講じるとともに家族・身元引受人・行政へ連絡を行います。
	<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	
事故発生時の対応方法	緊急時マニュアルに沿って対応する。状況に応じて関係各所へ連絡を行う。事故発生時の要因を分析し、再発防止策を講じ、報告書にて施設内へ共有する。	
利用者の体調急変時等(緊急時等)における対応方法	バイタルサイン、心身状況の確認を行い往診医へ連絡。往診医指示のもと、対応する。往診利用非該当のご利用者の場合は、緊急搬送を行う。	

(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) 緊急時マニュアルに沿って対応する。状況に応じて関係各所へ連絡を行う。事故発生時の要因を分析し、再発防止策を講じ、報告書にて施設内へ共有する。
	<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) さいたま市ハザードマップを参照し、非常災害計画を策定。防災設備の定期点検、防災訓練を年2回実施。年1回、定例研修時に非常災害時対応について研修実施。
	<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 type="checkbox"/> あり	職員研修の実施 年 回 訓練の実施 年 回
	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
	<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 2回 訓練の実施 年 回
	<input type="checkbox"/> なし	
	<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	サービス内容に関するアンケート等
	<input type="checkbox"/> なし	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		

15. 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"/> 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
管理規程	<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
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 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

16. 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		
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:株式会社サンガジャパン 東日本支社管理本部 周知方法:全スタッフへの申し送りにて共有
	<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 checked="" type="checkbox"/> なし	
	<input type="checkbox"/> あり	(その内容)
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(別の実施する介護サービス一覧表)

別添6(個別選択によるサービス一覧表)

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
借主(乙) 住所
氏名

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(m ²)	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	18.00	○	○	○				29	101.102.103.105.106. 107.108.109.110.111. 201.202.203.205.206. 207.208.209.210.211. 212.213.215.217.218. 219.220.221.222.223	63,000
1	19.82	○	○	○				1	218	63,000

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(m ²)	整備箇所	想定利用戸数(戸)	備考
浴室	3	12.19	1F	30	共同浴室、うち一つは特殊浴槽
台所	1	1.16	2F		
食堂	1	75.84	1F	30	兼機能訓練室
居間					
収納設備					
機能訓練室					

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	■ あり	□ なし	
緊急通報装置	■ あり	□ なし	
自動火災報知設備	■ あり	□ なし	
火災通報設備	■ あり	□ なし	
スプリンクラー	■ あり	□ なし	
防火管理者	■ あり	□ なし	
防災計画	■ あり	□ なし	
エレベーター	■ あり	(□ 車椅子対応	■ ストレッチャー対応)
	□ 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 checked="" 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 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 type="checkbox"/> 養成研修修了者	人員 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 1 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	9 時 00分 ~ 18 時 00分	人員 1 人	
	上記以外の時間	18 時 00分 ~ 9 時 00分	人員 1 人	
毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法	食事毎		毎日 3 回	
	<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)			
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	コールボタン		
	通報先	端末	通報先から住宅までの到着予定時間 2 分	
サービス提供の対価(概算額)	月額	約 50,000 円	前払金の算定方法	
	前払金	約 円		
備考	上記自立者となっております。 要支援以上は特定施設入居者生活介護契約書に準ずる。			

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 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 checked="" 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) かぶしきがいしやにほんいりょうしょくけんきゅうじよ 株式会社日本医療食研究所	
	住所 (法人にあっては 主たる事務所の所 在 地)	(郵便番号 331-0814) 埼玉県さいたま市北区東大成町2-250-3 KBLビル3F 電話番号 048-666-1955	
	住所 (法人にあっては 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 厨房で調理 <input type="checkbox"/> 配食サービスを利用 <input type="checkbox"/> その他()	
サービス提供の対 価(概算額)	月額※	約 60,750 円	内訳 朝食 495 円 昼食 765 円 夕食 765 円
	前払金	約 0 円	前払金の 算定方法
備考			

※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 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"/> 入浴介護 <input checked="" type="checkbox"/> 排せつ介護 <input checked="" 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	0 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 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"/> 調理 <input checked="" type="checkbox"/> 洗濯 <input checked="" 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	0 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 checked="" type="checkbox"/> 血圧等の測定 <input checked="" type="checkbox"/> 定期検診 <input checked="" type="checkbox"/> 通院等の付き添い <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	0 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					

別添5

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			
訪問入浴介護			
訪問看護			
訪問リハビリテーション			
居宅療養管理指導			
通所介護	7	西おおみや翔裕館	埼玉県さいたま市西区指扇3624
通所リハビリテーション			
短期入所生活介護	5	ところざわ翔裕館2号館	埼玉県所沢市下富724-3
短期入所療養介護			
特定施設入居者生活介護	8	ところざわ翔裕館1号館	埼玉県所沢市下富720-1
福祉用具貸与			
特定福祉用具販売			
＜地域密着型サービス＞			
定期巡回・随時対応型訪問介護看護			
夜間対応型訪問介護			
認知症対応型通所介護	1	こしがや翔裕館	埼玉県越谷市平方2815-1
小規模多機能型居宅介護	1	こしがや翔裕館	埼玉県越谷市平方2815-1
認知症対応型共同生活介護	2	こしがや翔裕館	埼玉県越谷市平方2815-1
地域密着型特定施設入居者生活介護			
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護			
看護小規模多機能型居宅介護			
居宅介護支援			
＜介護予防サービス＞			
介護予防訪問入浴介護			
介護予防訪問看護			
介護予防訪問リハビリテーション			
介護予防居宅療養管理指導			
介護予防通所リハビリテーション			
介護予防短期入所生活介護	5	ところざわ翔裕館2号館	埼玉県所沢市下富724-3
介護予防短期入所療養介護			
介護予防特定施設入居者生活介護	8	ところざわ翔裕館1号館	埼玉県所沢市下富720-1
介護予防福祉用具貸与			
特定介護予防福祉用具販売			
＜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	1	こしがや翔裕館	埼玉県越谷市平方2815-1
介護予防小規模多機能型居宅介護	1	こしがや翔裕館	埼玉県越谷市平方2815-1
介護予防認知症対応型共同生活介護	2	こしがや翔裕館	埼玉県越谷市平方2815-1
介護予防支援			
＜介護保険施設＞			
介護老人福祉施設			
介護老人保健施設			
介護療養型医療施設			
介護医療院			

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

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						■ あり	□ なし	
サービス内容	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)		包含※2	都度※2	料金(税込)※3	備考
<介護サービス>								
食事介護	■ あり	□ なし	□ あり	□ なし				
排泄介助・おむつ交換	■ あり	□ なし	□ あり	□ なし				
おむつ代			■ あり	□ なし		○		実費
入浴(一般浴)介助・清拭	■ あり	□ なし	■ あり	□ なし		○	3,300	3回目以降(週のうち)
特浴介助	■ あり	□ なし	■ あり	□ なし		○	3,300	3回目以降(週のうち)
身辺介助(移動・着替え等)	■ あり	□ なし	□ あり	□ なし				
機能訓練	■ あり	□ なし	□ あり	□ なし				
通院介助	■ あり	□ なし	■ あり	□ なし		○	30分/990	協力医療機関は無料、それ以外は近医医療機関に限る
<生活サービス>								
居室清掃	■ あり	□ なし	■ あり	□ なし		○	2,200	2回目以降(週のうち)
リネン交換	■ あり	□ なし	■ あり	□ なし		○	2,200	2回目以降(週のうち)
日常の洗濯	■ あり	□ なし	■ あり	□ なし		○	2,200	2回目以降(週のうち)
居室配膳・下膳	■ あり	□ なし	□ あり	□ なし				
嗜好に応じた特別な食事			■ あり	□ なし		○		実費
おやつ			□ あり	■ なし				
理美容サービス			■ あり	□ なし		○		実費
買い物代行	□ あり	■ なし	■ あり	□ なし		○		近隣店舗に限る
役所手続き代行	□ あり	■ なし	□ あり	■ なし				
金銭・貯金管理			□ あり	■ なし				
<健康管理サービス>								
定期健康診断	■ あり	□ なし	■ あり	□ なし		○		希望者のみ 年1回
健康相談	■ あり	□ なし	□ あり	□ なし				
生活指導・栄養指導	■ あり	□ なし	□ あり	□ なし				
服薬支援	■ あり	□ なし	□ あり	□ なし				
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	■ あり	□ なし	□ あり	□ なし				
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	□ あり	■ なし	□ あり	■ なし				
入退院時の同行	□ あり	■ なし	■ あり	□ なし		○		協力医療機関は無料、それ以外は近医医療機関に限る
入院中の洗濯物交換・買い物	□ あり	■ なし	□ あり	■ なし				
入院中の見舞い訪問	□ あり	■ なし	□ あり	■ なし				

※1: 利用者の所得等に応じて負担割合が変わる(1割又は2割の利用者負担)。

※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含まれる場合と、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。