

## 登録事項等についての説明書(重要事項説明書)

(説明する者)

貸主(甲) 住所 兵庫県佐用郡佐用町佐用1111番地  
 商号、名称又は氏名 医療法人社団一葉会  
 理事長 森 泰宏

代理人 所属  
 職名及び氏名

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(及び老人福祉法第29条第5項)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。

事業の目的、運営の方針、サービスの提供内容に関する特色等

地域における高齢者向けの住まいとしての役割を果たし、医療との連携で安心した生活サポートしていく。

## 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)りばーさいど なかやす リバーサイド なかやす
所在地	(住居表示※)兵庫県佐用郡佐用町米田110番地
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 電車 ( JR 姫新 線 播磨徳久 駅から 徒歩 で 13 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 年 月 日から 年 月 日まで
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 日から 年 月 日まで
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 年 月 日から 年 月 日まで

※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)いりょうほうじんしゃだん いちようかい 医療法人社団 一葉会	
住所 (法人にあつては主 たる事務所の所在 地)	(郵便番号 679-5382 ) 兵庫県佐用郡佐用町佐用1111番地 電話番号 0790-82-2321	
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)	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
	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) いりょうほうじんしゃだん いちようかい 医療法人社団 一葉会
事務所の所在地	(郵便番号 679-5382 ) 兵庫県佐用郡佐用町佐用1111番地 電話番号 0790-82-2321

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	入居定員 40 人
居住部分の規模	(最小) 29.08 m <sup>2</sup>	詳細については、別添3のとおり
	(最大) 39.32 m <sup>2</sup>	
構造及び設備	共同利用設備 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
	構造 RC 造	階数 2 階建
竣工の年月	2017 年 9 月 20 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。 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。）		
入居対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 自立している者 <input checked="" type="checkbox"/> 要支援の者 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護の者		
	留意事項	単身高齢者、高齢者、同居者(配偶者等)	
入居契約の内容	別添入居契約書のとおり		
契約の解除の内容	貸主から解約を求める場合	解約条項	入居者の行動が他の入居者・職員の生命に危害を及ぼすかその恐れがあり、通常の介護方法・接遇方法では防止できない場合等
		解約予告期間	6ヶ月
	入居者からの解約予告期間	30日前	

※以下は、入居の用に供する前である場合に限り記入すること。

入居開始時期※	2017 年 10 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 特定施設入居者生活介護等の提供を受ける場合の費用は、次ページのとおり
	状況把握・生活相談	食事の提供	入浴等の介護	
高齢者生活支援サービス	■ 自ら □ 委託	■ 自ら ■ 委託 □ 提供しない	約 23,100 円	
	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない	約 64,080 円	
	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない	約 27,500 円	
	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない	約 27,500 円	
	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない	約 0 円	
その他	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない	約 35,760 円	
家賃の概算額	(最低) 約 43,000 円	住戸ごとの内容は、別添3のとおり		
	(最高) 約 55,000 円			
共益費の概算額	(最低) 約 20,000 円			
	(最高) 約 20,000 円			
敷金の概算額	(最低) 約 43,000 円	家賃の 2.3 月分	2ヶ月未満の短期入居の場合、家賃の1ヶ月分	
	(最高) 約 100,000 円			
水道光熱費の支払方法	水道料金は、共益費と合算して支払う 電気料金は、毎月電気メーターの検針を行い請求を行う			
入院等による不在時における家賃等の費用の取扱い	入院等の不在時も入居契約は継続、家賃・共益費・基本支援費はお支払頂きます。食費・パック料金は利用実績により日割り計算を行い、お支払いいただきます。			
家賃等の費用の改定	条件	土地建物価格や物価の変動等により改定する場合があります。		
	手続	運営懇談会の意見を聴きます。		
前払金※有無	<input type="checkbox"/> あり [ <input type="checkbox"/> 前払方式のみ <input type="checkbox"/> 前払方式と月払方式を選択可 ] <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		
前払金を支払った場合の月々の家賃概算額	(最低) 約 円	(最高) 約 円		
家賃等の前払金の算定の基礎	家賃			
	サービス提供の対価			
返還額の算定方法	入居後3箇月以内の契約解除等			
	入居後3箇月を超えた契約解除等			
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 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			
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 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			
介護サービス情報	(特定施設入居者生活介護事業所、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。  
なお、ここでいう「前払方式」には一部を前払いし、一部を月払いする支払方式(併用方式)を含む。

特定施設入居者生活介護等の費用(該当する場合のみ)					
特定施設入居者生活介護等の月額費用(介護保険給付対象分、1箇月30日の場合) ※	利用者負担(1割)	利用者負担(2割)	利用者負担(3割)	詳細については、別添5のとおり	
	要支援1	円	円		円
	要支援2	円	円		円
	要介護1	円	円		円
	要介護2	円	円		円
	要介護3	円	円		円
	要介護4	円	円		円
要介護5	円	円	円		
特定施設入居者生活介護等の加減算の対象となるサービスの体制の有無	身体拘束廃止未実施減算	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		入居者継続支援加算	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		個別機能訓練加算	<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
	栄養スクリーニング加算	<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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
	認知症専門ケア加算	<input type="checkbox"/> あり [ <input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II) ]			<input type="checkbox"/> なし
	サービス提供体制強化加算	<input type="checkbox"/> あり [ <input type="checkbox"/> (I)イ <input type="checkbox"/> (I)ロ <input type="checkbox"/> (II) <input type="checkbox"/> (III) ]			<input type="checkbox"/> なし
介護職員処遇改善加算	<input type="checkbox"/> あり [ <input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II) <input type="checkbox"/> (III) <input type="checkbox"/> (IV) <input type="checkbox"/> (V) ]			<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 : <input type="checkbox"/> なし 上乗せ介護費(月額) 円				
利用者の個別選択によるサービスの費用	別添4のとおり				

※身体拘束廃止未実施減算、入居継続支援加算、生活機能向上連携加算、個別機能訓練加算、夜間看護体制加算、医療機関連携加算、口腔衛生管理体制加算、認知症専門ケア加算、サービス提供体制強化加算及び介護職員処遇改善加算を含めて記入すること。

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	(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		
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	8人
	退去者の数	11人

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）

協力医療機関	
医療機関の名称	(ふりがな) いりょうほうじんしゃだんいちようかい さようきょうりつびょういん 医療法人社団 一葉会 佐用共立病院
医療機関の所在地	(郵便番号 679-5382 ) 兵庫県佐用郡佐用町佐用1111番地 電話番号 0790-82-2321
診療科目	外科、脳外科、耳鼻科、内科、整形外科、眼科 等
連携又は協力の内容	緊急対応、訪問診療、健康診断等の実施、他医療機関への紹介。(医療費その他の費用は入居者の自己負担)
医療機関の名称	(ふりがな)
医療機関の所在地	(郵便番号 ) 電話番号
診療科目	
連携又は協力の内容	
協力歯科医療機関	
歯科医療機関の名称	(ふりがな) いりょうほうじんしゃだんいちようかい さようきょうりつびょういん 医療法人社団 一葉会 佐用共立病院
歯科医療機関の所在地	(郵便番号 679-5382 ) 兵庫県佐用郡佐用町佐用1111番地 電話番号 0797-82-2321
連携又は協力の内容	歯科医療面で診察等が必要な場合。
その他の連携又は協力の相手方(自らが運営する併設施設でない事業所を含む。)	
事業所の名称	(ふりがな) さようきょうりつびょういん きょたくかいごしえんじぎょうしょ 佐用共立病院 居宅介護支援事業所
事業所の所在地	(郵便番号 679-5382 ) 兵庫県佐用郡佐用町佐用1111番地 電話番号 0790-82-2321
連携又は協力の内容	ケアプラン作成

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5-2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

基本方針及び高齢者居住安定確保計画に沿って適切に運営します
-------------------------------

13.その他事業運営状況(有料老人ホームに該当するサービス付き高齢者向け住宅である場合に作成)

体験入居	<input checked="" type="checkbox"/> あり 内容(空室がある場合:原則2泊3日まで、宿泊料・食事料金・寝具代 無料 ) <input type="checkbox"/> なし			
居住部分(住戸)の変更に関する事項※  ※住み替えを行っていない場合は、記入不要	入居後に居住部分の変更をお願いする場合	<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 内容( )		
	変更をお願いする判断基準の内容			
	変更をお願いする手続の内容			
	居住部分を利用する権利の取扱い			
	追加的費用の有無	<input 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 type="checkbox"/> なし		
	従前の居住部分から面積又は仕様が変更になる場合	面積の変更	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	台所の変更
便所の変更		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	収納の変更	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
洗面の変更		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	その他の変更	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
浴室の変更		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
職員体制	別添6のとおり			
入居者からの苦情に対する窓口等の状況	窓口の名称	医療法人社団 一葉会 リバーサイドなかやす		
	電話番号	0790-78-8343		
	対応している時間	平日	8:30～17:30	
		土曜日	8:30～17:30	
		日曜・祝日	8:30～17:30	
定休日	なし			
緊急時等における対応方法	体調の急変等医療が必要になったときの対応	24時間各居室のベッドサイド、トイレに設置してある緊急通報装置を押して頂ければ事務室及び住宅職員がPHSにて受信の上駆けつけ、必要に応じ救急車手配、家族への連絡を行います。		
	緊急やむを得ず身体的拘束を行う際の手続	身体拘束は原則禁止としています。緊急時やむを得ず身体拘束を行う場合、ご家族等へ説明を行い同意書を頂いた上でその様態及び時間、その際の入居者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。		
	事故発生時の対応	事故が発生し、入居者の生命の危機や身体等に障害が生じた場合は、救急車の手配や家族への連絡等速やかに必要な対応及び措置を行います。また速やかに事故原因の調査及び再発防止のための取り組みを実施します。		
	事故に関する緊急時対応マニュアルの有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
緊急時等における対応方法	損害賠償責任保険の加入状況	<input checked="" type="checkbox"/> あり 内容(サ住協賠償責任保険 ) <input type="checkbox"/> なし		
防火体制	耐火構造	<input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input checked="" type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他( )		
	消火器	<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
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	消防計画	<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	避難訓練	<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	(年 2 回実施)	

アンケート調査、意見箱等入居者の意見等を把握する取組の状況		<input checked="" type="checkbox"/> あり 実施日(2024.2/8~2/) 結果の開示 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> なし						
運営懇談会		<input checked="" type="checkbox"/> あり 開催頻度( 年2回 ) 構成員(入居者(家族)、民生委員、施設長、法人管理者、事務員) <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( ) 結果の開示 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 評価機関名( ) <input checked="" type="checkbox"/> なし						
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"/> 希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 希望者に配布 <input type="checkbox"/> 非公開 <input type="checkbox"/> 未作成						
	管理規程	<input checked="" type="checkbox"/> 希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 希望者に配布 <input type="checkbox"/> 非公開 <input type="checkbox"/> 未作成						
	事業収支計画書	<input checked="" type="checkbox"/> 希望者に公開 <input type="checkbox"/> 希望者に配布 <input type="checkbox"/> 非公開 <input type="checkbox"/> 未作成						
	財務諸表の要旨	<input checked="" type="checkbox"/> 希望者に公開 <input type="checkbox"/> 希望者に配布 <input type="checkbox"/> 非公開 <input type="checkbox"/> 未作成						
	財務諸表の原本	<input checked="" type="checkbox"/> 希望者に公開 <input type="checkbox"/> 希望者に配布 <input type="checkbox"/> 非公開 <input type="checkbox"/> 未作成						
兵庫県有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項								
入居者の状況	(記入日: 年 月 日現在)		登録戸数(a)	30 戸	入居戸数(b)	戸	入居率(b/a)	0.0 %
			入居定員(c)	40 人	入居者数(d)	人	充足率(d/c)	0.0 %
	入居者の内訳	性別	男性	人	女性	人		
		年齢別	~59歳	人	60~64歳	人	65~74歳	人
			75~84歳	人	85歳~	人	平均年齢	歳
		要介護等状態区分別	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箇月未満	人	6箇月以上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	
前年度における退去者の状況	退去先別の人数		自宅	1 人	社会福祉施設等	3 人	医療機関	0 人
			死亡	1 人	その他	0 人	合計	5 人
	生前解約の状況	事業者側からの申し出	0 人	解約事由の例				
		入居者側からの申し出	5 人	解約事由の例	自宅での生活可能になった(1人)他のグループホーム・小規模へ入所(3人) 病院にてご逝去(1人)			

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(及び老人福祉法第29条第5項)に基づく書面による説明を受けました。

(説明を受けた者)

年 月 日

借主(乙) 住所

氏名

代理人 住所

氏名

乙との続柄