

## 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) ゆうりょうろうじんほーむゆうらくひだか 有料老人ホームゆうらく日高		
所在地※1	(郵便番号 350-1248 ) 埼玉県日高市四本木1-2-4		
連絡先	電話番号	042-980-7251	
	FAX番号	042-989-0270	
	メールアドレス	yuraku_hidaka@road.ocn.ne.jp	
	ホームページアドレス	"https://www.yuuraku-group.jp/"	
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 電車 ( JR川越線JR八高線 高麗川 駅から 徒歩 で 5分 ) <input checked="" type="checkbox"/> 2. その他 ( 圏央鶴ヶ島ICより自動車で15分 )		
住宅に関する権原	<input checked="" 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                      平成      年      月      日から      平成      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 type="checkbox"/> なし		
	<input checked="" 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                      平成      年      月      日から      平成      年      月      日まで 契約の自動更新 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	<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                      2018年      9月      21日から      2048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 type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
	<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                      2018年      9月      21日から      2048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 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、「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	<input checked="" type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 個人		
商号、名称 又は氏名	(ふりがな) かぶしきがいしゃいーすとまんらいつ 株式会社イーストマンライツ		
住所 (法人にあつては 主たる事務所)	(郵便番号 350-1248 ) 埼玉県日高市四本木1-2-14 電話番号 042-978-5258		

## 3 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	32	戸
居住部分の 規模	(最小)	19.50	m <sup>2</sup>
	(最大)	29.09	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	
	<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	1181.08	m <sup>2</sup> (うちサービス付き高齢者向け住宅部分 1102.21 m <sup>2</sup> )
竣工の年月	2018	年	9月 1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		



管理の方式	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら管理 <input type="checkbox"/> 管理業務を委託
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	2040年5月 頃実施予定
その他計画的な 修繕予定	特になし

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
介護支援デイセンターゆうらくの里	通所介護	1176300166	<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
訪問介護事業所ゆうらく日高	訪問介護	1176300752	<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input checked="" 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 運営方針

別添5のとおり

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です。

11 サービスの内容

（全体の方針）

運営に関する方針	<p>経営理念</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>わたしたちはすべての人の人権を守り、一人ひとりの尊厳と個性を尊重します。</li> <li>わたしたちはすべての人が地域で自立し、安心して生活できることをめざします。</li> <li>わたしたちは地域・社会に貢献し、必要とされる施設を目指します。</li> <li>わたしたちは、法人経営に当たって関係法令を遵守し、経営に関する情報を開示します。経営にあたっては利用者や第三者の意見を積極的に取り入れていきます。</li> <li>わたしたちは専門職集団として、社会福祉の価値・倫理を常に自覚し最新の知識と技術の習得に努めます。</li> </ol> <p>介護の方針</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ご家族の介護負担を少なくし、ご利用者様の社会との関係性維持を支援します。</li> <li>生活リハビリ介護で生活力の維持向上を目指します。</li> <li>趣味・特技を生かし、生活に楽しみをもたらします。</li> <li>きめ細やかな配慮に心がけ、ご利用者様に寄り添った介護を目指します。</li> </ol>
サービスの提供内容に関する特色	利用者の個別的な選択による介護サービスの実施 生活リハビリを主体に、医療連携により安心な生活を送れるような施設。

（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（診療訪問医の確保）						
協力医療機関	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>           名称 医療法人積仁会 旭ヶ丘病院            住所 埼玉県日高市大字森戸新田99-1            診療科目 内科・外科・整形外科を中心に外来・入院、在宅診療            協力内容 月2回以上の往診。利用者の急変時の対応。         </td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>           名称            住所            診療科目            協力内容         </td> </tr> </table>	1	名称 医療法人積仁会 旭ヶ丘病院 住所 埼玉県日高市大字森戸新田99-1 診療科目 内科・外科・整形外科を中心に外来・入院、在宅診療 協力内容 月2回以上の往診。利用者の急変時の対応。	2	名称 住所 診療科目 協力内容		
1	名称 医療法人積仁会 旭ヶ丘病院 住所 埼玉県日高市大字森戸新田99-1 診療科目 内科・外科・整形外科を中心に外来・入院、在宅診療 協力内容 月2回以上の往診。利用者の急変時の対応。						
2	名称 住所 診療科目 協力内容						
協力歯科医療機関	<table border="1"> <tr> <td>名称</td> <td>医療法人健友会</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td>埼玉県川越市小ヶ谷72-1</td> </tr> <tr> <td>協力内容</td> <td>月2回以上の往診。利用者の急変時の対応。</td> </tr> </table>	名称	医療法人健友会	住所	埼玉県川越市小ヶ谷72-1	協力内容	月2回以上の往診。利用者の急変時の対応。
名称	医療法人健友会						
住所	埼玉県川越市小ヶ谷72-1						
協力内容	月2回以上の往診。利用者の急変時の対応。						

(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 type="checkbox"/> 介護居室へ移る場合 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( 一般居室個室⇔一般居室相部屋 )	
判断基準の内容	2人部屋利用のご夫婦のどちらか一方が亡くなられた場合、1人部屋へ移動を進めること、また、ご夫婦の一方が先に入居されその後相手方が入居される場合、2人部屋に移動を進めることがあります。	
手続きの内容	<input 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 checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
居室賃借権 (利用権) の取扱い	住み替え後の居室に変更	
従前の居室との仕様の 変更	面積の増減	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input 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 checked="" type="checkbox"/> あり <input 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 checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	収納設備の変更	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input 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	60歳以上の親族。要支援・要介護認定を受けている者	
事業主体から契約解除を求める場合	解約条項	入居契約書第11条による
	解約予告期間	90日間
入居者から契約解除を求める場合	解約条項	特になし
	解約予告期間	30日間
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> あり (内容: 1泊2日3食付 10,800円 税別) <input type="checkbox"/> なし	
入居定員	34人	
その他		

1.2 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) 5人 以上				
	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	1名以上	1名以上	1名以上	必要数	必要数
直接処遇職員	必要数	1名以上	必要数	1名以上	必要数
介護職員	2名以上	1名以上	必要数	必要数	1名以上
看護職員	必要数				必要数
機能訓練指導員					
計画作成担当者					
栄養士					
調理員	1名以上			1名以上	
事務員					
その他職員					

(資格を有している介護職員の人数)

職種	職員数 (実人数) 5名 以上				
	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	1以上	必要数	必要数	必要数	必要数
実務研修の修了者					
初任者研修の修了者	1以上	必要数	必要数	必要数	必要数
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) 必要数 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	必要数	必要数	必要数	必要数	必要数
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 ( 20時 00分～ 7時 00分)		
職種	平均人数	最小時人数※
介護職員	1人以上	1人以上
看護職員	0 人	0 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。

(職員の状況)

管理者	管理者の氏名	吉原 大行									
	職名	管理者									
	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	2	0	8	5	1	3	1	3	2	0	
前年度1年間の退職者数			3	0	1	1	1	1			
経験年数	1年未満	1	0	5	5	0	2	0	2	2	0
	1年以上 3年未満	0	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	0
	5年以上 10年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	10年以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
従業者の健康診断の実施			<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし								

13 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	14人
	女性	20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	3人
	85歳以上	30人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	1人
	要支援2	1人
	要介護1	5人
	要介護2	11人
	要介護3	8人
	要介護4	6人
要介護5	2人	

入居期間	6ヶ月未満	10人
	6ヶ月以上1年未満	4人
	1年以上5年未満	13人
	5年以上10年未満	7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	88.67	歳
入居者数の合計	34	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	4	人	
	医療機関	1	人	
	死亡者	6	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	4	人	特養へ入所 3名 住へ転居 1名 サ高

14 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	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・日・祝日、年末年始(12/29~1/3)
2	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・日・祝日、年末年始(12/29~1/3)
3	窓口の名称	日高市消費生活相談センター
	電話番号	042-989-2111
	対応している時間	10:00 ~ 16:00
	定休日	木・土・日・祝日 年末年始(12/29~1/3)
4	窓口の名称	埼玉県消費生活支援センター川越
	電話番号	049-247-0888
	対応している時間	9:00 ~ 16:00
	定休日	土・日・祝日、年末年始(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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 介護事業者賠償責任補償加入 東京海上日動火災保険株式会社
	<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) 直ちに救急要請等を行うとともに、入居者の身元引受人、担当ケアマネジャー及び関係行政機関に報告し、必要な処置を講じます。事故の原因が事業者の故意または過失による場合には、入居者及び身元引受人に誠意をもって対応します。ただし、入居者側に故意または過失がある場合には、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	意見箱を常設
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<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 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 checked="" 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 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
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 type="checkbox"/> あり (開催頻度) 年 回		
	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> 代替措置あり	新型コロナウイルス感染症拡大により無期限中止中。年1回運営の財務諸表の要旨と活動記録を交付。また、適宜SNSなどにより入居者の状態を報告するとともに家族より意見や要望を求める。
		<input type="checkbox"/> 代替措置なし	
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 type="checkbox"/> あり	<input checked="" 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)

説明年月日

令和 ○年 ○○月 ○○日

---

○○ ○○○様・ご家族様に対して、入居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 株式会社イーストマンライツ

---

所在地 埼玉県日高市四本木1-2-14

---

代表者名 吉原 行

---

説明者氏名

---

私は上記事業者から、入居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) 氏 名	役名等
よしはら すすむ 吉原 行	代表取締役
よしはら すみこ 吉原 寿美子	取締役
よしはら ひろゆき 吉原 大行	取締役
よしはら さよこ 吉原 小夜子	監査役
さいとう さとみ 齋藤 さとみ	取締役