

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) ここふぁんこうのす ココファン鴻巣	
所在地※1	(郵便番号 365-0038) 埼玉県鴻巣市本町5-6-18	
連絡先	電話番号	048-540-0061
	FAX番号	048-543-3138
	メールアドレス	
	ホームページアドレス	"https://www.cocofump.co.jp/"
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 電車 (JR高崎 線 鴻巣 駅から 徒歩 で 10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	2013年 1月 1日から 2032年 12月 31日まで
	契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
施設に関する権原※2	<input type="checkbox"/> 1. 所有権 <input type="checkbox"/> あり 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
敷地に関する権原	<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	2013年 1月 1日から 2032年 12月 31日まで
	契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<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) かぶしきがいしゃがっけんここふぁん 株式会社学研ココファン	
住所 (法人にあっては 主たる事務所)	(郵便番号 141-8420) 東京都品川区西五反田2-11-8	
	電話番号 03-6431-1860	
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) かぶしきがいしゃがっけんここふぁん 株式会社学研ココファン	
事務所の所在地	(郵便番号 141-8420) 東京都品川区西五反田2-11-8	
	電話番号 03-6431-1860	

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)	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 円	
高齢者生活支援サービス	食事の提供	□ 自ら ■ 委託 □ 提供しない	約 49,440 円	
	入浴等の介護	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない	約 円	
	調理等の家事	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない	約 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 38,000 円	住戸ごとの内容は別添3のとおり		
	(最高) 約 81,000 円			
共益費の概算額	(最低) 約 22,571 円			
	(最高) 約 32,857 円			
敷金の概算額	(最低) 約 76,000 円	家賃の 2 月分		
	(最高) 約 162,000 円			
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 (1171701848)		
	□ 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業所	■ 指定を受けている	介護保険事業所番号 (1171701848)		
	□ 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を。

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	近傍家賃相場による
共益費(管理費)	共用部分の維持管理に必要な維持管理費、居室の専用部分の光熱水費。
敷金	家賃の2か月分
高齢者生活支援サービス	人件費、消耗品費等による。※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
食費	食材仕入費用に調理およびサービス提供にかかる人件費から算出
その他	

(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		入居日
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 (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 type="checkbox"/> あり	<input checked="" 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	
利用料金の改定	条件	終身賃貸借契約書第5条第3項による。
	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	<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) いりょうほうじんみずずかいあげおひがしぐちないか 医療法人美寿々会 上尾東口内科
事業所の所在地	(郵便番号) 362-0036) 埼玉県上尾市宮本町2-1 アリコベール上尾サロン館1階 048-771-3322
連携又は協力の内容	・健康医療相談、救急医療支援、入居判定協力、入居者の健康管理に関する情報共有

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

高齢者の居住の安定確保に関する法律第3条の規定に基づき策定された「高齢者の居住の安定確保に関する基本的な方針」及び基本方針に基づき策定された第4条「高齢者居住安定確保計画」を遵守し、適切な管理はもとより、契約上のトラブルを回避する観点から、十分な情報提供を行い、入居者の居住の安定を確保する。

1 1 サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	入居者の希望ならびに心身の状況に応じ、安定的かつ適切なサービスを提供します。連携先のみでなく自由に福祉・医療機関を選択いただけます。
サービスの提供内容に関する特色	・24時間の安心の介護・スタッフ体制 ・自立の方から要介護5の方まで安心して暮らせる設備

(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	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
	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 checked="" 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
	科学的介護推進体制加算		<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	障害者等支援加算		<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	LIFEへの登録		<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	退院・退所時連携加算		<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	看取り介護加算	(I)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
		(II)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	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	
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	
短期利用（介護予防）特定施設入居者生活介護の算定		<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 checked="" type="checkbox"/> あり	(介護・看護職員の配置率) _____ :		
	<input type="checkbox"/> なし			

(医療連携の内容)

医療支援	<input checked="" type="checkbox"/> 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 通院介助 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	1	名称	医療法人美寿々会 上尾東口内科
		住所	埼玉県上尾市宮本町2-1 アリコベール上尾サロン館1階
		診療科目	内科、循環器内科
協力内容		健康医療相談、救急医療支援、入居判定協力、入居者の健康管理に関する情報共有	
2	名称		
	住所		
	診療科目		
	協力内容		
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 type="checkbox"/> 介護居室へ移る場合 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (本人・連帯保証人および身元引受人の希望により他の一般居室に移る場合)		
判断基準の内容	事業主体が独自設定する基準による		
手続きの内容	<input 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 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	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" 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 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 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 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	事業主体が設定する基準による審査あり	
事業主体から契約解除を求める場合	解約条項	終身建物賃貸借契約書第14条第15条第16条
	解約予告期間	6か月
入居者から契約解除を求める場合	解約条項	終身建物賃貸借契約書第16条
	解約予告期間	1か月
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> あり (内容: 1泊2日7,560円、食事は利用分をご請求) <input type="checkbox"/> なし	
入居定員	73人 (1人部屋61室、2人部屋6室)	
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) 21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			0.5
生活相談員	2		2			1.0
直接処遇職員	19	5	4	7	3	14.5
介護職員	15	5	3	7		12.6
看護職員	4		1		3	2.9
機能訓練指導員	4		1		3	0.5
計画作成担当者	1		1			0.5
栄養士						
調理員				8		委託
事務員	1			1		1
その他職員	1				1	0.5
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) 16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	7	2	2	3	
実務研修の修了者	3	2		1	
初任者研修の修了者	5	2		3	
介護支援専門員	1		1		
(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) 4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	4		1		3
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 (17時 00 分～ 9時 00分)		
職種	平均人数	最小時人数※
介護職員	1 人	1 人
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。		

(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
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	田村 宏枝									
	職名	事業所長									
	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	2		8	2			4	4	1		
前年度1年間の退職者数											
経験年数	1年未満			2			1	2	1		
	1年以上 3年未満										
	3年以上 5年未満										
	5年以上 10年未満										
	10年以上										
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	29人
	女性	39人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	9人
	75歳以上85歳未満	20人
	85歳以上	39人
要介護度別	自立	17人
	要支援1	8人
	要支援2	9人
	要介護1	15人
	要介護2	11人
	要介護3	3人
	要介護4	2人
	要介護5	3人

入居期間	6ヶ月未満	10人
	6ヶ月以上1年未満	3人
	1年以上5年未満	27人
	5年以上10年未満	16人
	10年以上15年未満	1人
	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	82	歳
入居者数の合計	68	人
入居率※	99	%
※ 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	2	人	
	社会福祉施設	8	人	
	医療機関	1	人	
	死亡者	4	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	15	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)

1	窓口の名称	株式会社学研ココファン 鴻巣事業所
	電話番号	048-540-0061
	対応している時間	9:00~17:00
	定休日	原則土日は休業日
2	窓口の名称	株式会社学研ココファン事業本部
	電話番号	03-6431-1860
	対応している時間	9:00~17:00
	定休日	原則土日は休業日
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	12/29~1/3、土日祝
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	12/29~1/3、土日祝
5	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	12/29~1/3、土日祝
6	窓口の名称	鴻巣市消費生活センター
	電話番号	048-541-1321
	対応している時間	10:00~12:00、13:00~16:00
	定休日	12/29~1/3、土日祝
7	窓口の名称	鴻巣市介護保険課
	電話番号	048-541-1321
	対応している時間	8:30~17:00
	定休日	12/29~1/3、土日祝
8	窓口の名称	埼玉県国民健康保険団体連合会
	電話番号	048-824-2568
	対応している時間	9:00~17:00
	定休日	12/29~1/3、土日祝

(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) サービス等の提供に伴って、事業者の責めに帰すべき事由による損害を補償 東京海上日動火災保険株式会社 【居宅介護事業者賠償責任保険】
	<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) 事故当事者の身体生命に係る対応を最優先に行い、その後、行政機関に事項報告を行う。
	<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 type="checkbox"/> あり	実施内容		
		結果の開示	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
第三者による評価の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> なし			
	<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 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 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 1 回	
	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 代替措置あり (内容) 入居者のご家族との個別の連絡体制を確保する。 <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 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 (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 6 (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

様に対して、終身建物賃貸借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 株式会社学研ココファン

所在地 東京都品川区西五反田 2-11-8

代表者名 代表取締役 森 猛

説明者氏名 田村宏枝

私は上記事業者から、終身建物賃貸借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
もり たけし 森 猛	代表取締役
こぼやかわ ひとし 小早川 仁	代表取締役
たかはし やすひろ 高橋 靖宏	常務取締役
やまもと のりお 山本 教雄	取締役
せきづか ひろまさ 関塚 宏昌	取締役
きむら ゆうすけ 木村 祐介	取締役
おくだ るみ 奥田 留美	取締役
ほんだ やすたか 本田 泰隆	取締役
こんどう けんた 近藤 健太	取締役
おだ こうたろう 小田 耕太郎	監査役
たかはし しゅんたろう 高橋 俊太郎	監査役

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) 氏 名	役名等

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 (㎡)	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	18.24	×	○	○	×	×	○	22	211-221.311-321	38,000
1	18.24	×	○	○	×	×	○	10	225-229.325-329	42,000
1	18.24	×	○	○	×	×	○	4	103-106	46,000
1	18.24	×	○	○	×	×	○	1	107	57,000
1	18.24	×	○	○	×	×	○	6	201-205.230	58,000
1	18.24	×	○	○	×	×	○	11	206.209.210.222.224.301-305.330	59,000
1	18.24	×	○	○	×	×	○	6	223.306.309.310.322.324	60,000
1	18.24	×	○	○	×	×	○	1	323	61,000
1	27.36	×	○	○	×	○	○	2	101.102	78,000
1	27.36	×	○	○	×	○	○	1	208	79,000
1	27.36	×	○	○	×	○	○	2	207.308	80,000
1	27.36	×	○	○	×	○	○	1	307	81,000

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 (㎡)	整備箇所	想定 利用戸数 (戸)	利用方法
浴室	9	178.32	1, 2, 3F	67	安全確認のためご利用時には備え付けの電話でスタッフにお声がけをお願いしております。 (ご利用可能時間 9:00~20:00)
食堂	1	214.67	1F	67	お食事時以外でもご自由にご利用になれます。
ラウンジ2	2	16.4	2, 3F	67	いつでもご自由にご利用になれます。
喫煙所	1	3.69	1F	67	いつでもご自由にご利用になれます。

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。

(2) 消防用設備・その他設備

消火器	■ 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	

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 checked="" type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 看護師	人員	3人	<input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員	人員	1人			
	<input checked="" type="checkbox"/> 准看護師	人員	1人	<input checked="" type="checkbox"/> 養成研修修了者	人員	7人			
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士	人員	7人	<input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員	2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	～	17 時	00分	人員	3人	
	上記以外の時間	17 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	居室への訪問、またはインターホンによる確認を行う。						毎日	1	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 0 分		～	24 時	00分		
		上記以外の日	<input type="checkbox"/> 24時間						
	通報方法	各居室設置の緊急通報装置							
	通報先	事務所及び職員用PHS			通報先から住宅までの到着予定時間				1分
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	要支援・要介護認定を受け、特定施設入居者生活介護利用契約を締結した場合、介護保険サービスとして提供されます。(介護保険における自己負担のお支払いが必要です。) 介護保険非該当者様は特定施設自立支援サービス費として月額11,000円/人をご負担していただきます。詳細は重要事項説明書を参照ください。								

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) ぐりんふードかぶしがいしゃ グリーンフード株式会社	
	住所 (法人にあっては 主たる事務所の 所在地)	(郵便番号 330 - 6029) 埼玉県さいたま市中央区新都心11-2 ランド・アクシス・タワー29F 電話番号 048-711-5765	
	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 365-0038) 埼玉県鴻巣市本町5-6-18 電話番号 048-540-0061	
食事提供を行う場所		<input checked="" type="checkbox"/> 食堂 <input 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 49,440 円	内訳 朝食 422 円 昼食 638 円 夕食 588 円
	前払金	約 円	前払金の算定方法
備考		上記金額は1か月30日で1日3食の場合の料金です。 キャンセルの場合は7日前までに連絡する。	

※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 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号)	電話番号
	住所 (法人にあっ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 円	
備考	要支援・要介護認定を受け、特定施設入居者生活介護利用契約を締結した場合、介護保険サービスとして提供されます。(介護保険における自己負担のお支払いが必要です。) 詳細は重要事項説明書を参照ください。		

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 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号)	電話番号
	住所 (法人にあっ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 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 円	
備考	要支援・要介護認定を受け、特定施設入居者生活介護利用契約を締結した場合、介護保険サービスとして提供されます。(介護保険における自己負担のお支払いが必要です。) 詳細は重要事項説明書を参照ください。		

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 (法人にあっては 主たる事務所の 所在地)	(郵便番号)		電話番号	
	住所 (法人にあっては 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 type="checkbox"/> 血圧等の測定 <input type="checkbox"/> 定期検診 <input 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	円		
備考		費用は生活支援サービス費に含みます。			

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 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 (法人にあっては 主たる事務所の 所在地)	(郵便番号)		電話番号	
	住所 (法人にあっては 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	介護保険適用外サービス		
サービス提供の対 価(概算額)	月額	約	28600	円	前払金の 算定方法
	前払金	約	0	円	
備考		生活支援サービスの基本サービス部分です。 二人入居の場合:月額37,400円 詳細は重要事項説明書を参照ください。			

別添5

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		個別の利用料で実施するサービス			備考
	■ あり □ なし	■ あり □ なし	包含 ※1	都度 ※2	料金（税込）	
介護サービス						
食事介助	■ あり □ なし	■ あり □ なし		○	10分624円	
排泄介助・おむつ交換	■ あり □ なし	■ あり □ なし		○	10分624円	
おむつ代			■ あり □ なし	○	実費	
入浴（一般浴）介護・清拭	■ あり □ なし	■ あり □ なし		○	10分624円	
特浴介助	■ あり □ なし	□ あり ■ なし				
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		○	10分624円	同一市町村区内
生活サービス						
居室清掃	■ あり □ なし	■ あり □ なし		○	10分440円	
リネン交換	■ あり □ なし	■ あり □ なし		○	10分440円	
日常の洗濯	■ あり □ なし	■ あり □ なし		○	10分440円	
居室配膳・下膳	■ あり □ なし	■ あり □ なし		○	10分440円	
嗜好に応じた特別食			□ あり ■ なし			
おやつ			□ あり ■ なし			
理美容サービス			■ あり □ なし	○	実費	
買物代行	□ あり ■ なし	■ あり □ なし		○	10分440円	
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	○	*	*基本サービスに含む
健康管理サービス						
定期健康診断	■ あり □ なし	□ あり ■ なし				
健康相談	■ あり □ なし	■ あり □ なし	○		*	*基本サービスに含む
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	○		*	*基本サービスに含む
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				
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 「包含」は、複数のサービスをまとめて月額で提供する場合に該当。
 ※2 「都度」は、サービスごとの利用料が決まっている場合に該当。料金を記載すること。

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	主な事業所の名称	主な事業所の所在地
<居宅サービス>			
訪問介護	13	学研ココファン東大宮ヘルパーセンター	埼玉県上尾市瓦葺1902-1
訪問入浴介護			
訪問看護	1	学研ココファンナーシング越谷	埼玉県越谷市南越谷5-13-1 パルハイツ201
訪問リハビリテーション			
居宅療養管理指導			
通所介護	5	デイサービスココファン新座石神	埼玉県新座市石神1-6-7
通所リハビリテーション			
短期入所生活介護	1	ショートステイココファンしらかば	埼玉県さいたま市北区吉野町2-210-1
短期入所療養介護			
特定施設入居者生活介護	4	ココファン大袋	埼玉県越谷市袋山1400-1
福祉用具貸与	1	福祉用具ココファンしらかば	埼玉県さいたま市北区吉野町2-210-1
特定福祉用具販売	1	福祉用具ココファンしらかば	埼玉県さいたま市北区吉野町2-210-1
<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			
小規模多機能型居宅介護			
認知症対応型共同生活介護			
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	6	学研ココファンしらかば	埼玉県さいたま市北区吉野町2-210-1
<介護予防サービス>			
介護予防訪問介護			
介護予防訪問入浴介護			
介護予防訪問看護	1	学研ココファンナーシング越谷	埼玉県越谷市南越谷5-13-1 パルハイツ201
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			
介護予防通所介護			
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	1	ショートステイココファンしらかば	埼玉県さいたま市北区吉野町2-210-1
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	4	ココファン大袋	埼玉県越谷市袋山1400-1
介護予防福祉用具貸与	1	福祉用具ココファンしらかば	埼玉県さいたま市北区吉野町2-210-1
特定介護予防福祉用具販売	1	福祉用具ココファンしらかば	埼玉県さいたま市北区吉野町2-210-1
<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			
介護予防小規模多機能型居宅介護			
介護予防認知症対応型共同生活介護			
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			