

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 尼崎市菜切山町4番地1

商号、名称又は氏名 有限会社ハミング

代表取締役 中井 芳美

印

代理人 所属

職名及び氏名

印

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

私たちは、介護サービスを通して、人と人、人と地域、人と社会保障制度とをつなぎ、「人の誰もが普通に暮らせる地域社会」を目指し、地域福祉に貢献します。

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) サービス付き高齢者向け住宅 ハミングバード
所在地	(住居表示※) 尼崎市神田北通6丁目172番地
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 電車 (阪神補本線 出屋敷 駅から 徒歩 で 10 分) <input type="checkbox"/> 2. その他 ()
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 年 月 日から 年 月 日まで
施設に関する 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 年 月 日から 年 月 日まで
敷地に関する 権原	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 所有権 <input type="checkbox"/> 2. 地上権 <input 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) 有限会社ハミング	
住所 (法人にあっては主 たる事務所の所在 地)	(郵便番号 660-0073) 尼崎市菜切山町4番地1 電話番号 06-6418-9474	
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) ヲケガイヤ ハミンク 有限会社ハミンク	
事務所の所在地	(郵便番号 660-0073) 尼崎市菜切山町4番地1	電話番号 06-6418-9474

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 20 戸	入居定員 20 人
居住部分の規模	(最小) 20.07m ²	詳細については、別添3のとおり
	(最大) 20.07m 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 4 階建
竣工の年月	2013 年 7 月 15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	<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市長が認める者）（「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 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		
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	<ul style="list-style-type: none"> 入居規約第1条（虚偽の事実、身元保証人） 入居規約第4条（相互の信頼関係） 入居規約第5条（医療介護の連携） 入居規約第9条（喫煙）
		解約予告期間	・1ヶ月～3か月
	入居者からの解約予告期間	・退去1ヶ月前に告知	

※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※	平成25年 7月 15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

高齢者生活支援サービス	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	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託		
食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない		約 注文数のみ 円	
入浴等の介護	<input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない		約 円	
調理等の家事	<input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない		約 円	
健康の維持増進	<input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" 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 42,500 円	住戸ごとの内容は、別添3のとおり		
	(最高) 約 円			
共益費の概算額	(最低) 約 15,000 円			
	(最高) 約 円			
敷金の概算額	(最低) 約 127,500 円	家賃の 3カ 月分		
	(最高) 約 円			
入院等による不在時における家賃等の費用の取扱い	一般：家賃、共益費、生活相談費 生活保護：1カ月未満の共益費、生活相談サービス費は日割りとし、1カ月以上の場合は、共益費、生活相談サービス費は徴収しない。			
家賃等の費用の改定	条件			
	手続			
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	円	
特定施設入居者生活介護等の加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		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		若年性認知症入居者受入加算	<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
介護職員等特定処遇改善加算	<input type="checkbox"/> あり [<input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II)]			<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 ： 上乗せ介護費(月額) 円	<input type="checkbox"/> なし	
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、若年性認知症入居者受入加算、栄養スクリーニング加算、退院・退所時連携加算、看取り介護加算、認知症専門ケア加算、サービス提供体制強化加算、介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算を含まない金額を記載すること。

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 (法人にあつ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 checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
大規模修繕の実施予定	2023年実施済
その他計画的な修繕予定	・10年ごとに定期点検を行い、必用に応じて内装、外装等修繕予定

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)

協力医療機関	
医療機関の名称	(ふりがな) かはら クリニック かやはらクリニック
医療機関の所在地	(郵便番号 660-0882) 尼崎市今福1丁目1-28 電話番号 06-4950-0122
診療科目	老年内科、心療内科、精神科
連携又は協力の内容	<ul style="list-style-type: none"> ・通院が困難な方への定期的な訪問診療 ・入院や検査等が必要時に、他科受診紹介や救急搬送依頼 ・訪問看護指示書、在宅看取り時の対応や死亡診断書記載
医療機関の名称	(ふりがな) ・兵庫県立尼崎総合医療センター
医療機関の所在地	(郵便番号 660-0892) 尼崎市東難波町2丁目17-77 電話番号 06-6480-7000
診療科目	脳神経内科等
連携又は協力の内容	・指定難病検査受診等及び診断書作成依頼等
協力歯科医療機関	
歯科医療機関の名称	(ふりがな) マカ サコウクワセセンター 尼崎口腔衛生センター
歯科医療機関の所在地	(郵便番号 660-0892) 尼崎市東難波町4丁目13-14 電話番号 06-6481-3005
連携又は協力の内容	<ul style="list-style-type: none"> ・通院が困難な方への定期的な訪問診療 ・口腔外科等への受診や入院が必要となった場合の、受診紹介
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) フロントアキョクカバ ナシ ・フロントア薬局橋店
事業所の所在地	(郵便番号 660-0893) 尼崎市水堂町1丁目10-2 電話番号 06-6432-8087
連携又は協力の内容	・定期的な訪問診療の方への薬剤配達及び管理

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

- ・高齢者の居住安定確保に関する基本的な方針に従い、適正に管理します。

11.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 type="checkbox"/> あり 内容() <input checked="" type="checkbox"/> なし				
居住部分(住戸)の変更に関する事項※	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				
	※住み替えを行っていない場合は、記入不要	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	内容()	
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	ハミングバード苦情相談窓口			
	電話番号	06-6430-6368			
	対応している時間	平日	日中：9時～18時	夜間：18時～翌朝9時	
		土曜日	日中：9時～18時	夜間：18時～翌朝9時	
		日曜・祝日	日中：9時～18時	夜間：18時～翌朝9時	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・日中（10時、15時）夜間（21時、翌朝6時）の定時巡回時に安否確認を行い、急変時には主治医、家族、CM等に連絡を取り、通院や救急搬送等の対応を行う。 			
	緊急やむを得ず身体的拘束を行う際の手続	<ul style="list-style-type: none"> ・切迫性、非代替性、一時性の要件を満たした場合、やむを得ず身体拘束を利用者本人・ご家族に身体拘束に関する説明を行い、同意書を作成して署名を頂き、その後の経過を記録して保管。 身体的拘束の必要性がなくなれば迅速に解除する。 			
	事故発生時の対応	<ul style="list-style-type: none"> ・事故・病状急変・急病等発生時の緊急連絡網の設置（利用者別に作成し、緊急連絡ができるように詳細に記載） 			
	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			
	損害賠償責任保険の加入状況	<input checked="" type="checkbox"/> あり 内容(東京海上日動火災(事業活動包括保険)) <input type="checkbox"/> なし			
防火体制	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他()			
	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() 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1~2回) 構成員(施設長) <input checked="" 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 <input checked="" type="checkbox"/> なし 評価機関名()						
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 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 type="checkbox"/> 希望者に公開 <input type="checkbox"/> 希望者に配布 <input type="checkbox"/> 非公開 <input checked="" type="checkbox"/> 未作成						
	事業収支計画書	<input type="checkbox"/> 希望者に公開 <input type="checkbox"/> 希望者に配布 <input type="checkbox"/> 非公開 <input checked="" 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						
尼崎市有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項		なし						
入居者の状況	(記入日: 令和8年4月1日現在)		登録戸数(a)	20戸	入居戸数(b)	20戸	入居率(b/a)	100.0%
			入居定員(c)	20人	入居者数(d)	20人	充足率(d/c)	100.0%
	入居者の内訳	性別	男性	6人	女性	14人		
		年齢別	~59歳	0人	60~64歳	0人	65~74歳	3人
			75~84歳	10人	85歳~	7人	平均年齢	81.7歳
		要介護等状態区分別	自立	0人	要支援1	0人	要支援2	0人
			要介護1	6人	要介護2	4人	要介護3	6人
			要介護4	2人	要介護5	2人		
	入居期間別	6箇月未満	0人	6箇月以上1年未満	3人	1年以上5年未満	12人	
		5年以上10年未満	4人	10年以上15年未満	1人	15年以上	0人	
前年度における退去者の状況	退去先別の人数		自宅	0人	社会福祉施設等	0人	医療機関	2人
			死亡	1人	その他	1人	合計	4人
	生前解約の状況	事業者側からの申し出	1人	解約事由の例	・疾病の重度化による入院、老健入所等。			
		入居者側からの申し出	4人	解約事由の例	・入院 ・施設入所			

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

印

代理人 住所
氏名
乙との続柄

印

