

(説明する者)
貸主(甲) 住所 兵庫県豊岡市中陰376-6
商号、名称又は氏名 関西スマイルケア株式会社
代表取締役 宇佐見 健夫 印
代理人 所属 四季の里とよおか
職名及び氏名 施設長 宇佐見 健夫 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、すべての高齢者の皆さまが、健康で安心して笑顔で暮らせる地域社会の実現に向け、日々努力と精進を重ねて参ります。

1. サービス付き高齢者向け住宅の名称及び所在地 4

住宅の名称	(ふりがな) しきのさと とよおか 四季の里 とよおか
所在地	(住居表示※) 兵庫県豊岡市中陰376-6
利用交通手段	■ 1. 電車 (JR 山陰 線 豊岡 駅から 徒歩 で 15 分) □ 2. その他 ()
住宅に関する 権原	□ 1. 所有権 ■ 2. 賃借権 □ 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	□ 1. 所有権 ■ 2. 賃借権 □ 3. 使用貸借による権利 期間 年 月 日から 年 月 日まで 8
敷地に関する 権原	□ 1. 所有権 □ 2. 地上権 ■ 3. 賃借権 □ 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	■ 法人 □ 個人
商号、名称 又は氏名	(ふりがな) かんさいすまいるけあかぶしきがいしゃ 関西スマイルケア株式会社
住所 (法人にあっては主 たる事務所の所在 地)	(郵便番号 668-0013) 兵庫県豊岡市中陰376-6 電話番号 0796-26-8200
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) かんさいすまいるけあかぶしがいしゃ 関西スマイルケア株式会社
事務所の所在地	(郵便番号 668-0013) 兵庫県豊岡市中陰376-6 電話番号 0796-26-8200

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 人
居住部分の規模	(最小) 18.30 m ²	詳細については、別添3のとおり
	(最大) 18.30 m ²	
構造及び設備	共同利用設備 ☒ あり ☐ なし	
	構造 鉄筋 造	階数 3 階建
竣工の年月	2014 年 6 月 16 日	
加齢対応構造等	☒ 登録基準に適合している	
	☒ エレベーターを備えている	
	☒ 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	☒ 賃貸借契約 ☐ 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	☐ 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	☐ 自立している者 ☒ 要支援の者 ☒ 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	賃料・共益費等を支払期限までに履行されないとき
		解約予告期間	6ヵ月
	入居者からの解約予告期間		30日

※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※	2025 年 8 月 4 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	☒ 自ら	☐ 委託	約 16,500 円	
	食事の提供	☒ 自ら	☐ 委託 ☐ 提供しない	約 51,090 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 45,000 円	住戸ごとの内容は、別添3のとおり			
	(最高) 約 45,000 円				
共益費の概算額	(最低) 約 25,000 円				
	(最高) 約 25,000 円				
敷金の概算額	(最低) 約 90,000 円	家賃の 2.0 月分			
	(最高) 約 90,000 円				
水道光熱費の支払方法	電気料金のみ、関西スマイルケア株式会社が関西電力(株)に対して毎月関西電力から請求される四季の里とよおか全体の使用電気料金額を使用電気総量で除した金額に各戸の備え付けられた電気メーターによって計測される個別使用量を掛けた金額を翌月請求し27日に自動引き落としで支払うものとする。				
入院等による不在時における家賃等の費用の取扱い	入院時の不在時も入居契約は継続し、家賃・共益費をお支払いいただきます。サービス費・食事は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、人件費の上昇等により改定する場合があります。			
	手続	入居者様と協議のうえ行う。			
前払金※有無	☐ あり [☐ 前払方式のみ ☐ 前払方式と月払方式を選択可] ☒ 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	☐ 銀行による債務の保証		☐ 信託会社等による元本補てん又は信託		
	☐ 保険事業者による保証保険		☐ その他()		
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				
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()		
	☒ 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	☐ あり ☐ なし		入居者継続支援加算	☐ あり ☐ なし
	生活機能向上連携加算	☐ あり ☐ なし		個別機能訓練加算	☐ あり ☐ なし
	夜間看護体制加算	☐ あり ☐ なし		若年性認知症入居者受入加算	☐ あり ☐ なし
	医療機関連携加算	☐ あり ☐ なし		口腔衛生管理体制加算	☐ あり ☐ なし
	栄養スクリーニング加算	☐ あり ☐ なし		退院・退所時連携加算	☐ あり ☐ なし
	看取り介護加算	☐ あり ☐ なし			
	認知症専門ケア加算	☐ あり [☐ (Ⅰ) ☐ (Ⅱ)] ☐ なし			
	サービス提供体制強化加算	☐ あり [☐ (Ⅰ)イ ☐ (Ⅰ)ロ ☐ (Ⅱ) ☐ (Ⅲ)] ☐ なし			
介護職員処遇改善加算	☐ あり [☐ (Ⅰ) ☐ (Ⅱ) ☐ (Ⅲ) ☐ (Ⅳ) ☐ (Ⅴ)] ☐ なし				
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	☐ あり 介護・看護職員の配置率 : ☐ 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	☒ 自ら管理 ☐ 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	☐ あり ☒ 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	8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
デイサービスセンター四季の里	通所介護、介護予防通所介護（デイサービスでの機能訓練、レクリエーション、食事、入浴等）	☒ 同一の建築物内 ☐ 同一の敷地内 ☐ 隣接する土地
		☐ 同一の建築物内 ☐ 同一の敷地内 ☐ 隣接する土地
		☐ 同一の建築物内 ☐ 同一の敷地内 ☐ 隣接する土地
		☐ 同一の建築物内 ☐ 同一の敷地内 ☐ 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) おぼたないかいいん 小幡内科医院
医療機関 の所在地	(郵便番号 668-0013) 兵庫県豊岡市中陰376-22 電話番号 0796-24-2511
診療科目	内科・呼吸器科・循環器科
連携又は協力 の内容	入居者の発病等による診療治療・健康相談・健康診断(希望者)・感染症の対応・ワクチン接種等
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)
歯科医療機関 の所在地	(郵便番号) 電話番号
連携又は協力の 内容	
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)
事業所の所在地	(郵便番号) 電話番号
連携又は協力の 内容	

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.

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

高齢者の居住の安全確保に関する基本的な方針及び、兵庫県の高齢者居住安定確保計画に照らして適切な運営を行う。

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	☐ あり 内容() ☒ 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	☐ 一時介護室へ移る場合 ☐ 介護居室へ移る場合 ☐ 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	☐ あり ☐ なし			
	前払金償却の調整の有無	☐ あり ☐ 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	☐ あり ☐ なし	台所の変更	☐ あり ☐ なし	
	便所の変更	☐ あり ☐ なし	収納の変更	☐ あり ☐ なし	
	洗面の変更	☐ あり ☐ なし	その他の変更	☐ あり ☐ なし	
	浴室の変更	☐ あり ☐ 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		四季の里とよおか					
	電話番号		0796-26-8200					
	対応している時間	平日	9:00～17:00					
		土曜日	9:00～17:00					
		日曜・祝日	9:00～17:00					
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コールを押していただければ職員のPHS等にて通報を受信の上、職員が駆けつけ、必要に応じて救急車の手配、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		ケアマネージャー及び家族様と相談する(原則的に拘束はしない)					
	事故発生時の対応		救急搬送及び家族様への連絡をします。また速やかに事故原因の調査及び再発防止の為に取り組みを行います。					
	事故に関する緊急時対応マニュアルの有無		☒ あり ☐ 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		☒ あり 内容(損害保険ジャパン株式会社 賠償責任保険) ☐ なし					
防火体制	耐火構造		☒ 耐火建築物 ☐ 準耐火建築物 ☐ その他()					
	消火器		☒ あり ☐ なし	防火管理者		☒ あり ☐ なし		
	自動火災報知設備		☒ あり ☐ なし	消防計画		☒ あり ☐ なし		
	火災通報設備		☒ あり ☐ なし	避難訓練		☒ あり ☐ なし		
	スプリンクラー		☒ あり ☐ なし			(年 3 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			☒ あり 実施日() 結果の開示 ☒ あり ☐ なし ☐ なし					
運営懇談会			☐ あり 開催頻度(年2回) 構成員(施設長・職員・入居者様・ご家族様) ☐ なし					
第三者による評価の実施状況			☐ あり 実施日() 結果の開示 ☐ あり ☐ なし 評価機関名() ☒ なし					
入居希望者への事前の情報開示	入居契約書の雛形		☐ 希望者に公開 ☐ 希望者に配布 ☐ 非公開 ☐ 未作成					
	管理規程		☐ 希望者に公開 ☐ 希望者に配布 ☐ 非公開 ☐ 未作成					
	事業収支計画書		☐ 希望者に公開 ☐ 希望者に配布 ☐ 非公開 ☐ 未作成					
	財務諸表の要旨		☐ 希望者に公開 ☐ 希望者に配布 ☐ 非公開 ☐ 未作成					
	財務諸表の原本		☐ 希望者に公開 ☐ 希望者に配布 ☐ 非公開 ☐ 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: 令和7 年 8 月 3 日 現在)		登録戸数(a)	30 戸	入居戸数(b)	29 戸	入居率(b/a)	96.6 %
			入居定員(c)	30 人	入居者数(d)	29 人	充足率(d/c)	96.6 %
	入居者の内訳	性別	男性	10 人	女性	19 人		
		年齢別	～59歳	0 人	60～64歳	0 人	65～74歳	0 人
			75～84歳	9 人	85歳～	20 人	平均年齢	88.3 歳
		要介護等状態区分別	自立	0 人	要支援1	2 人	要支援2	3 人
			要介護1	9 人	要介護2	8 人	要介護3	1 人
			要介護4	6 人	要介護5	1 人		
		入居期間別	6箇月未満	4 人	6箇月以上1年未満	5 人	1年以上5年未満	16 人
			5年以上10年未満	4 人	10年以上15年未満	0 人	15年以上	0 人
退去先別の人数	自宅	0 人	社会福祉施設等	8 人	医療機関	2 人		
	死亡	1 人	その他	0 人	合計	11 人		

前年度における 退去者の状況	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	11 人	解約 事由 の例	介護度が変わり特養等の施設へ、医療行為が必要となり医療機関・病院へ。

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。

令和 年 月 日

(説明を受けた者)

借主(乙) 住所

氏名

代理人 住所

氏名

乙との続柄