

登録事項等についての説明

貸主(甲)住所 京都府京都市西京区桂南巽町75-4  
 氏名 株式会社T. S. I 印  
 代表取締役 北山 忠雄

代理人 住所 印  
 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

|              |   |
|--------------|---|
| 住宅の名称        | (ふりがな) あんじえす おごと<br>アンジェス おごと   |
| 所在地          | (住居表示) 滋賀県大津市苗鹿2丁目37番1号   |
| 利用交通手段       | <input checked="" type="checkbox"/> 1.電車 (JR西日本湖西線 堅田 駅から バスで 10分 降車後 2 分)<br><input checked="" type="checkbox"/> 2.その他( JR湖西線おごと温泉駅より徒歩18分、バスは無し )                                 |
| 住宅に関する<br>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<br>期間 2016年 7月 15日から 2041年 7月 14日まで                                 |
| 施設に関する<br>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<br>期間 2016年 7月 15日から 2041年 7月 14日まで                                 |
| 敷地に関する<br>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<br>期間 2016年 7月 15日から 2041年 7月 14日まで |

(注)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<br>又は氏名              | (ふりがな) かぶしがいいしゃ ていーえすあい<br>株式会社 T. S. I                            |
| 住 所<br>(法人にあつては<br>主たる事務所) | (郵便番号 615-8074 )<br>京都府京都市西京区桂南巽町75-4<br>電話番号 075-393-7177         |
| 法人の役員                      | 別添 1 のとおり  |
| 法定代理人<br>(未成年の個人<br>である場合) | (ふりがな)<br>商号、名称又は氏名  |
|                            | 住所(法人<br>にあつては主<br>たる事務所の<br>所在地)<br>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) かぶしがいしや ていーえすあい<br>株式会社 T. S. I                     |
| 事務所の所在地 | (郵便番号 615-8074 )<br>京都府京都市西京区桂南巽町75-4<br>電話番号 075-393-7177 |

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 28 戸   |
| 居住部分の規模 | (最小) 18.17 m <sup>2</sup>   |
|         | (最大) 18.17 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 階数 2 階建  |
| 竣工の年月   | 2013 年 1 月 31 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。<br>①単身高齢者世帯<br>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<br><input checked="" type="checkbox"/> 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)<br>(「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。) |
| 入居契約の内容               | 別添入居契約書のとおり  |

※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 | 年 月 日から |
|--------|---------|

注) 入居開始年は、西暦で記入すること。

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、<br>別添 4<br>のとおり |            |
|------------------------|---|-------------------|--------------------------|------------|
| 高齢者生活支援サービス            | 状況把握<br>生活相談  | ■ 自ら □ 委託         |                          | 約 33,000 円 |
|                        | 食事の提供   | □ 自ら ■ 委託 □ 提供しない |                          | 約 59,616 円 |
|                        | 入浴等の介護  | ■ 自ら □ 委託 □ 提供しない |                          | 約 16,500 円 |
|                        | 調理等の家事  | ■ 自ら □ 委託 □ 提供しない |                          | 約 3,300 円  |
|                        | 健康の維持増進   | ■ 自ら □ 委託 □ 提供しない |                          | 約 5,500 円  |
| その他                    | ■ 自ら □ 委託 □ 提供しない   | 約 0 円             |                          |            |
| 家賃の概算額                 | (最低) 約 47,000 円   | 住戸ごとの内容は別添 3 のとおり |                          |            |
|                        | (最高) 約 47,000 円   |                   |                          |            |
| 共益費の概算額                | (最低) 約 31,000 円   |                   |                          |            |
|                        | (最高) 約 31,000 円   |                   |                          |            |
| 敷金の概算額                 | (最低) 約 0 円  | 家賃の 0 月分          |                          |            |
|                        | (最高) 約 0 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 0 円  | (最高) 約 0 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               |   |                   |                          |            |
| 家賃等が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<br><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者         | <input type="checkbox"/> 指定を受けている      事業所の番号 ( )   |                   |                          |            |
|                        | ■ 指定を受ける予定はない   |                   |                          |            |
| 介護サービス情報               | (特定施設入居者生活介護事業者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。



|           |  |
|-----------|--|
| 事業所の名称    | 祐森クリニック  |
| 事業所の所在地   | (郵便番号 520-0522 )<br>滋賀県大津市和邇中浜460-1<br>電話番号 077-594-5611 |
| 連携又は協力の内容 | 訪問診療等  |

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」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。

-----  
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条に基づく書面による説明を受けました。

年 月 日  
借主(乙)住所  
氏名

印

## 役員名簿

| (ふりがな)<br>氏名       | 役名等   |
|--------------------|-------|
| きたやま ただお<br>北山 忠雄  | 代表取締役 |
| きたやま ゆうご<br>北山 優吾  | 取締役   |
| たかおか まりこ<br>高岡 まり子 | 取締役   |
| みやけ ゆうすけ<br>三宅 裕介  | 取締役   |
| かなざわ こうじ<br>金澤 光司  | 取締役   |
| よしだ せいじ<br>吉田 誠司   | 取締役   |
| まつむろ しんじ<br>松室 伸二  | 監査役   |
| ひはら なおと<br>日原 直人   | 監査役   |
| たけだ くみ<br>武田 久美    | 監査役   |
|                    |       |
|                    |       |
|                    |       |
|                    |       |
|                    |       |
|                    |       |
|                    |       |
|                    |       |

法第6条第1項第3号に該当する者を全て記載すること。記載しきれないときは、この様式の例により作成した書面に記載し、その書面をこの書面の次に添付すること。



別添 4

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<br>場合の<br>委託先   | 商号、名称<br>又は氏名  | (ふりがな)  |                               |   |        |
|                      | 住所<br>(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  |        |
| サービスを提供する法人等の別       |  | <input type="checkbox"/> 医療法人   |                               | <input 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 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 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 type="checkbox"/> 看護師   | 人員  | 人                             | <input type="checkbox"/> 介護支援専門員                  | 人員 人   |
|                      | <input type="checkbox"/> 准看護師  | 人員  | 人                             | <input checked="" type="checkbox"/> 養成研修修了者       | 人員 5人  |
|                      | <input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士  | 人員  | 8人                            | <input type="checkbox"/> 上記以外の職員                  | 人員 人   |
|                      |  |   |                               | 合計  | 人員 13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<br><input type="checkbox"/> 近接する土地<br>(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   | 午前 9 時 00分  | ～                             | 午後 5 時 00分  | 人員 1人  |
|                      | 上記以外の時間  | 時 分   | ～                             | 時 分   | 人員 0人  |
| 毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法 | 毎日食事時に状況把握・安否確認を行う   |   |                               |   | 毎日 1 回 |
| 緊急通報サービスの内容          | 提供時間   | 常駐する日   | 0時 0 分 ～ 24時 00分              |   |        |
|                      |  | 上記以外の日  | <input type="checkbox"/> 24時間 |   |        |
|                      | 通報方法   | 居室内・共用部分設置の緊急通報装置   |                               |   |        |
|                      | 通報先  | 1階事務室   | 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 33,000 円  | 前払金の                          |   |        |
|                      | 前払金  | 約 0 円   | 算定方法                          |   |        |
| 備考                   | 上記の金額は要介護1・2の方の料金となります。<br>要介護3・4・5の方は22,000円、自立・要支援の方は55,000円となります。<br>状況把握サービスでは、サービス付き高齢者向け住宅事業者職員の生活支援員が昼食時に1回本人安否確認を行います。<br>夜間常駐していない時間には、各居住部分に緊急通報装置設備が設置されており、通報があった場合には併設事業所職員が速やかに駆けつける |   |                               |   |        |

※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。

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 <span style="float: right;"><input checked="" type="checkbox"/> 委託する</span> |                               |
| 委託する<br>場合の<br>委託先 | 商号、名称<br>又は氏名  | (ふりがな) かぶしきがいしゃみーるいのべーしょん<br>株式会社ミールイノベーション  |                               |
|                    | 住所<br>(法人にあっては主たる事務所の所在地)  | (郵便番号 100-0005 )<br>東京都千代田区丸の内1-8-3 丸の内トラストタワー本館20F<br>電話番号 03-5288-5926   |                               |
| 食事提供を行う場所          |  | <input checked="" type="checkbox"/> 食堂 <input checked="" 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"/> 次の期間を除く( )   |                               |
|                    | 内容   | <input checked="" type="checkbox"/> 3食 <input 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<br>対価(概算額) | 月額※  | 約 59,616 円   | 内訳 朝食 648 円 昼食 669 円 夕食 669 円 |
|                    | 前払金  | 約 0 円  | 前払金の算定方法                      |
| 備考                 | <p>特別食の提供も可能。</p> <p>特別食は、一口サイズ、刻み食、ミキサー食、糖尿病食、減塩食、腎臓病食。</p> <p>特別食の提供には、各々1食につき通常料金に54円～550円の追加料金が発生する。</p> <p>上記以外の特別食については、協議により決するものとする。</p> <p>各居室への食事の下膳配膳1回550円</p> |  |                               |

※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<br>又は氏名                | (ふりがな)   |   |                               |  |
|                | 住所<br>(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<br>(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 checked="" type="checkbox"/> その他 ( 食事の配膳下膳等 )  |                               |  |
| サービス提供の対価(概算額) | 月額                           | 約 16,500 円   | 前払金の算定方法  |                               |  |
|                | 前払金                          | 約 0 円  |   |                               |  |
| 備考             |                              | 生活支援サービスオプションにて介護保険適用外のサービスを受ける事が出来る。<br>上記金額はオプションにて、排泄介助を1日1回30日提供した場合の概算額である。<br>550円×30回=16,500円 |   |                               |  |

4. 調理、洗濯、清掃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<br>又は氏名                | (ふりがな)  |   |                               |  |
|                | 住所<br>(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<br>(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"/> 次の期間を除く( )                            |                               |  |
|                |                              | 内容  | <input type="checkbox"/> 調理 <input checked="" type="checkbox"/> 洗濯 <input checked="" type="checkbox"/> 清掃 |                               |  |
|                |                              |   | <input type="checkbox"/> その他 ( )  |                               |  |
| サービス提供の対価(概算額) | 月額                           | 約 3,300 円   | 前払金の算定方法  |                               |  |
|                | 前払金                          | 約 0 円   |   |                               |  |

|    |   |
|----|---|
| 備考 | 生活支援サービスオプションにて介護保険適用外のサービスを受ける事が出来る。<br>上記金額は外出介助を月1回30分提供した場合の概算額である。 |
|----|---|

5. 健康管理サービスの内容(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<br>又は氏名                | (ふりがな)   |   |                               |  |
|                | 住所<br>(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<br>(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"/> 次の期間を除く( )  |                               |  |
|                |                              | 内容   | <input checked="" type="checkbox"/> 健康相談 <input checked="" type="checkbox"/> 血圧等の測定 <input type="checkbox"/> 定期検診 <input checked="" type="checkbox"/> 通院等の付き添い<br><input checked="" type="checkbox"/> その他 (服薬管理等) |                               |  |
| サービス提供の対価(概算額) | 月額                           | 約 5,500 円  | 前払金の算定方法  |                               |  |
|                | 前払金                          | 約 0 円  |   |                               |  |
| 備考             |                              | 生活支援サービスオプションにて介護保険適用外のサービスを受ける事が出来る。上記金額はオプションにて、体調不良時の対応を月1回提供した場合の概算額である。 |   |                               |  |

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<br>又は氏名                | (ふりがな)   |  |                               |  |
|                | 住所<br>(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<br>(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"/> 次の期間を除く( ) |                               |  |
|                |                              | 内容   | 行事企画・フロントサービス・コンシェルジュ  |                               |  |
| サービス提供の対価(概算額) | 月額                           | 約 0 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中で、行事企画・フロントサービス・コンシェルジュ等のサービスが無償で受ける事が出来ます。ただし大きな行事、企画等には別途材料費や参加費がかかる場合があります。 |  |                               |  |

## 重要事項説明書

|       |              |
|-------|--------------|
| 記入年月日 | 2025年7月1日    |
| 記入者名  | 金崎 八千代       |
| 所属・職名 | アンジェスおごと 施設長 |

## 1. サービスの内容

## (全体の方針)

|                 |  |      |      |
|-----------------|--|------|------|
| 運営に関する方針        | 高齢者の居住の安定確保に関する法律に基づき策定された「高齢者の居住の安定の確保に関する基本的な方針」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。 |      |      |
| サービスの提供内容に関する特色 | 毎日レクリエーションと嚥下体操を実施。<br>安価な料金設定による介護サービス提供の実施。  |      |      |
| 入浴、排せつ又は食事の介護   | 1 自ら実施   | 2 委託 | 3 なし |
| 食事の提供           | 1 自ら実施   | 2 委託 | 3 なし |
| 洗濯、掃除等の家事の供与    | 1 自ら実施   | 2 委託 | 3 なし |
| 健康管理の供与         | 1 自ら実施   | 2 委託 | 3 なし |
| 安否確認又は状況把握サービス  | 1 自ら実施   | 2 委託 | 3 なし |
| 生活相談サービス        | 1 自ら実施   | 2 委託 | 3 なし |

## (医療連携の内容)

|          |   |                 |                 |
|----------|---|-----------------|-----------------|
| 医療支援     | ※複数選択可<br>1 救急車の手配<br>2 入退院の付き添い<br>3 通院介助<br>4 その他 ) |                 |                 |
| 協力医療機関   | 1   | 名称              | 祐森クリニック         |
|          |   | 住所              | 大津市和邇中浜460番地の1  |
|          |   | 診療科目            | 内科・消化器内科・アレルギー科 |
|          |   | 協力内容            | 訪問診療            |
|          | 2   | 名称              | 北雄琴クリニック        |
|          |   | 住所              | 滋賀県大津市雄琴6丁目11-8 |
|          |   | 診療科目            | 内科              |
|          |   | 協力内容            | 訪問診療等           |
| 協力歯科医療機関 | 名称  | 琵琶湖大橋病院歯科・口腔外科  |                 |
|          | 住所  | 滋賀県大津市真野5丁目1-29 |                 |
|          | 協力内容  | 定期健診、定期相談       |                 |

(入居に関する要件)

|                    |  |   |      |
|--------------------|--|---|------|
| 入居対象となる者<br>【表示事項】 | 自立している者  | 1 あり                                    | 2 なし |
|                    | 要支援の者  | 1 あり                                    | 2 なし |
|                    | 要介護の者  | 1 あり                                    | 2 なし |
| 留意事項               |  |   |      |
| 契約の解除の内容           | 3ヶ月以上の期間を定めて書面により契約解除を通告した上で、本契約を解除することができる。解除の理由は、他の居住者との共同生活の秩序を乱す行為があったとき、賃料等を2か月分以上を滞納したとき、本物件の第三者への転貸等の契約上の禁止行為をしたとき、その他。 |   |      |
| 事業主体の解除を求める場合      | 解約条項   | 賃貸契約書 第12条全項及び第13条全項                    |      |
|                    | 解約予告期間   | 3                                       | ヶ月   |
| 入居者からの解約予告期間       | 2  | ヶ月                                      |      |
| 体験入居の内容            | 1 あり   | 内容:1日当たり3,300円(税込)介護が必要な場合は別途1,100円(税込) |      |
|                    | 2 なし   |   |      |
| 入居定員               | 28   | 人                                       |      |
| その他                |  |   |      |

2. 職員体制

※有料老人ホームの職員について記載すること(同一法人が運営する他の事務所の職員については記載する必要はありません)。

(職種別の職員数)

|  | 職員数 (実人数) |    |             | 常勤換算人数<br>※1※2 |
|--|-----------|----|-------------|----------------|
|  | 合計        | 常勤 | 非常勤         |                |
| 管理者  | 1         |    | 1           | 0.5            |
| 生活相談員  | 13        |    | 13(介護職員を兼務) | 5.2            |
| 直接処遇職員   |           |    |             |                |
| 介護職員   | 13        |    | 13(介護職員を兼務) | 5.2            |
| 看護職員   |           |    |             |                |
| 機能訓練指導員  |           |    |             |                |
| 計画作成担当者  |           |    |             |                |
| 栄養士  |           |    |             |                |
| 調理員  |           |    |             |                |
| 事務員  | 0         |    |             |                |
| その他職員  |           |    |             |                |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 <sup>※2</sup>   |           |    |             |                |
| ※1 常勤換算人数とは、当該事務所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事務所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。 |           |    |             |                |
| ※2 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。   |           |    |             |                |

(資格を有している介護職員の人数)

|           | 合計 |    |     |
|-----------|----|----|-----|
|           |    | 常勤 | 非常勤 |
| 社会福祉士     |    |    |     |
| 介護福祉士     | 8  |    | 8   |
| 実務者研修の修了者 | 3  |    | 3   |
| 初任者研修の修了者 | 2  |    | 2   |
| 介護支援専門員   |    |    |     |

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

|             | 合計 |    |     |
|-------------|----|----|-----|
|             |    | 常勤 | 非常勤 |
| 看護師又は准看護師   |    |    |     |
| 理学療法士       |    |    |     |
| 作業療法士       |    |    |     |
| 言語聴覚士       |    |    |     |
| 柔道整復士       |    |    |     |
| あん摩マッサージ指圧師 |    |    |     |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

| 夜間帯の設定時間 ( 21 時 ~ 6 時) |      |   |                |   |
|------------------------|------|---|----------------|---|
|                        | 平均人数 |   | 最少時人数(休憩者等を除く) |   |
|                        | 看護職員 | 0 | 人              | 0 |
| 介護職員                   | 1    | 人 | 1              | 人 |

(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<br>(一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能) | 契約上の職員配置比率※<br>【表示事項】           | a 1.5 : 1 以上<br>b 2 : 1 以上<br>c 2.5 : 1 以上<br>d 3 : 1 以上 |
|   | 実際の配置比率<br>(記入時点での利用者数:常勤換算職員数) | :1   |

※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択

|  |            |   |
|--|------------|---|
| 外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制(外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能) | 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                                    | 他の職務との兼務      |      | 1 あり  |       | 2 なし |         |         |     |
|  | 業務に係る資格等      |      | 1 あり  |       | 2 なし |         |         |     |
|  | 資格等の名称        |      | 介護福祉士 |       |      |         |         |     |
|  | 看護職員          | 介護職員 |       | 生活相談員 |      | 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 |
| 前年度1年間の採用者数                            |               |      |       |       |      |         |         |     |
| 前年度1年間の退職者数                            |               |      |       |       |      |         |         |     |
| 応業務に<br>従事した<br>職員の<br>人数<br>経験<br>年数に | 1年未満          |      |       | 0     |      |         |         |     |
|  | 1年以上<br>3年未満  |      |       | 1     |      |         |         |     |
|  | 3年以上<br>5年未満  |      |       | 6     |      |         |         |     |
|  | 5年以上<br>10年未満 |      |       | 6     |      |         |         |     |
|  | 10年以上         |      |       |       |      |         |         |     |
| 従業者の健康診断の実施状況                          |               |      |       | 1 あり  |      | 2 なし    |         |     |

3. 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         | 6  | 人 |
|       | 女性         | 20 | 人 |
| 年齢別   | 65歳未満      | 0  | 人 |
|       | 65歳以上75歳未満 | 2  | 人 |
|       | 75歳以上85歳未満 | 5  | 人 |
|       | 85歳以上      | 19 | 人 |
| 要介護度別 | 自立         | 0  | 人 |
|       | 要支援1       | 0  | 人 |
|       | 要支援2       | 0  | 人 |
|       | 要介護1       | 4  | 人 |
|       | 要介護2       | 9  | 人 |
|       | 要介護3       | 6  | 人 |
|       | 要介護4       | 6  | 人 |
|       | 要介護5       | 1  | 人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満      | 4  | 人 |
|       | 6ヶ月以上1年未満  | 9  | 人 |
|       | 1年以上5年未満   | 11 | 人 |
|       | 5年以上10年未満  | 2  | 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   | 86   | 歳 |
| 入居者数の合計  | 26   | 人 |
| 入居率 <sup>※</sup>   | 92.8 | % |
| <sup>※</sup> 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。 |      |   |

(前年度における退去者の状況)

|         |          |                        |   |
|---------|----------|------------------------|---|
| 退去先別の人数 | 自宅等      | 1                      | 人 |
|         | 社会福祉施設   | 3                      | 人 |
|         | 医療機関     | 2                      | 人 |
|         | 死亡者      | 4                      | 人 |
|         | その他      | 0                      | 人 |
| 生前解約の状況 |          | 0                      | 人 |
|         | 施設側の申し出  | (解約事由の例)               |   |
|         | 入居者側の申し出 | 10                     | 人 |
|         |          | (解約事由の例) 特養や入院での退居、ご逝去 |   |

#### 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) ※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

|          |       |                 |
|----------|-------|-----------------|
| 窓口の名称    |       | アンジェスおごと 苦情相談窓口 |
| 電話番号     |       | 077-526-5677    |
| 対応している時間 | 平日    | 9:00~17:00      |
|          | 土曜    | 9:00~17:00      |
|          | 日曜・祝日 | 9:00~17:00      |
| 定休日      |       | なし              |

(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                 | 1 <input checked="" type="radio"/> あり           | (その内容)<br>保険種類: 包括職業賠償責任保険<br>保険会社: 富士火災海上保険株式会社 |
|                               | 2 なし  |  |
| 介護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 | 1 <input checked="" type="radio"/> あり           | (その内容) 保険会社及び弁護士と協議のうえ適切に対処します。                  |
|                               | 2 なし  |  |
| 事故対応及びその予防のための指針              | 1 <input checked="" type="radio"/> あり      2 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      | 1 <input checked="" type="radio"/> あり | 実施日    |   |
|                                       |                                       | 結果の開示  | 1 あり      2 <input checked="" type="radio"/> なし |
| 2 なし                                  |                                       |        |   |
| 第三者による評価の実施状況                         | 1 あり                                  | 実施日    |   |
|                                       |                                       | 評価機関名称 |   |
|                                       |                                       | 結果の開示  | 1 あり      2 なし                                  |
| 2 <input checked="" type="radio"/> なし |                                       |        |   |

5. 入居希望者への事前の情報開示

|          |   |
|----------|---|
| 重要事項説明書  | <ul style="list-style-type: none"> <li>1 入居希望者に公開</li> <li>2 入居希望者に交付</li> <li>3 公開していない</li> </ul> |
| 入居契約書の雛形 | <ul style="list-style-type: none"> <li>1 入居希望者に公開</li> <li>2 入居希望者に交付</li> <li>3 公開していない</li> </ul> |
| 管理規程     | <ul style="list-style-type: none"> <li>1 入居希望者に公開</li> <li>2 入居希望者に交付</li> <li>3 公開していない</li> </ul> |

|         |   |
|---------|---|
| 事業収支計画書 | <ul style="list-style-type: none"> <li>1 入居希望者に公開</li> <li>2 入居希望者に交付</li> <li>3 公開していない</li> </ul> |
| 財務諸表の要旨 | <ul style="list-style-type: none"> <li>1 入居希望者に公開</li> <li>2 入居希望者に交付</li> <li>3 公開していない</li> </ul> |
| 財務諸表の原本 | <ul style="list-style-type: none"> <li>1 入居希望者に公開</li> <li>2 入居希望者に交付</li> <li>3 公開していない</li> </ul> |

6.その他

|  |  |              |
|--|--|--------------|
| 運営懇談会  | 1 <input checked="" type="radio"/> あり  | (開催頻度) 年 1 回 |
|  | 2 なし   |              |
|  | 1 代替措置あり   | (内容)         |
|  | 2 代替措置なし   |              |
| 提携ホームへの移行<br>【表示事項】                                      | 1 あり (提携ホーム名: )<br>2 <input checked="" type="radio"/> なし   |              |
| 有料老人ホーム設置時の老人<br>福祉法第29条第1項に規定する<br>届出                   | 1 あり 2 なし<br>3 <input checked="" type="radio"/> サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の<br>安定確保に関する法律第23条の規定により、届出が不要 |              |
| 高齢者の居住の安定確保に関<br>する法律第5条第1項に規定す<br>るサービス付き高齢者向け住宅<br>の登録 | 1 <input checked="" type="radio"/> あり 2 なし   |              |
| 有料老人ホーム設置運営指導<br>指針の不適合事項                                |  |              |
| 不適合事項がある場合<br>の内容  |  |              |

添付書類

別添1(別に実施する介護サービス一覧表)

別添2(別記1 生活支援サービス一覧

別記2 生活支援サービス有料オプション一覧表)

管理規定

※ \_\_\_\_\_ 様

説明年月日 年 月 日

説明者署名 \_\_\_\_\_

※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

別添6 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市内で実施する他の介護サービス

| 介護サービスの種類            |    | 事業所の名称 |   | 所在地   |
|----------------------|----|--------|---|---|
| <居宅サービス>             |    |        |   |   |
| 訪問介護                 | あり | なし     | ケアステーションあんじえずおごと<br>ケアステーションあんじえず堅田<br>ケアステーションあんじえず石山寺<br>ケアステーションあんじえず守山<br>ケアステーションあんじえず瀬田 | 滋賀県大津市苗鹿2-37-1<br>滋賀県大津市今堅田1-10-7<br>滋賀県大津市平津2丁目4-3<br>滋賀県守山市古高町602<br>滋賀県大津市大江2丁目3-1 |
| 訪問入浴介護               | あり | なし     |   |   |
| 訪問看護                 | あり | なし     |   |   |
| 訪問リハビリテーション          | あり | なし     |   |   |
| 居宅療養管理指導             | あり | なし     |   |   |
| 通所介護                 | あり | なし     |   |   |
| 通所リハビリテーション          | あり | なし     |   |   |
| 短期入所生活介護             | あり | なし     |   |   |
| 短期入所療養介護             | あり | なし     |   |   |
| 特定施設入居者生活介護          | あり | なし     |   |   |
| 福祉用具貸与               | あり | なし     |   |   |
| 特定福祉用具販売             | あり | なし     |   |   |
| <地域密着型サービス>          |    |        |   |   |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護     | あり | なし     |   |   |
| 夜間対応型訪問介護            | あり | なし     |   |   |
| 認知症対応型通所介護           | あり | なし     |   |   |
| 小規模多機能型居宅介護          | あり | なし     |   |   |
| 認知症対応型共同生活介護         | あり | なし     |   |   |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護     | あり | なし     |   |   |
| 地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護 | あり | なし     |   |   |
| 看護小規模多機能型居宅介護        | あり | なし     |   |   |
| 居宅介護支援               | あり | なし     | ケアプランセンターえんじゅ大津   | 滋賀県大津市苗鹿2丁目37-32  |
| <居宅介護予防サービス>         |    |        |   |   |
| 介護予防訪問介護             | あり | なし     |   |   |
| 介護予防訪問入浴介護           | あり | なし     |   |   |
| 介護予防訪問看護             | あり | なし     |   |   |
| 介護予防訪問リハビリテーション      | あり | なし     |   |   |
| 介護予防居宅療養管理指導         | あり | なし     |   |   |
| 介護予防通所介護             | あり | なし     |   |   |
| 介護予防通所リハビリテーション      | あり | なし     |   |   |
| 介護予防短期入所生活介護         | あり | なし     |   |   |
| 介護予防短期入所療養介護         | あり | なし     |   |   |
| 介護予防特定施設入居者生活介護      | あり | なし     |   |   |
| 介護予防福祉用具貸与           | あり | なし     |   |   |
| 特定介護予防福祉用具販売         | あり | なし     |   |   |
| <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       | あり | なし     |   |   |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護      | あり | なし     |   |   |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護     | あり | なし     |   |   |
| 介護予防支援               | あり | なし     |   |   |
| <介護保険施設>             |    |        |   |   |
| 介護老人福祉施設             | あり | なし     |   |   |
| 介護老人保健施設             | あり | なし     |   |   |
| 介護療養型医療施設            | あり | なし     |   |   |

## 別記1 アンジェスおごと 生活支援サービス一覧 2025年7月現在

生活支援サービス基本料金は月額33,000円(税込)の定額制とする。

### ■サービス提供方法

日中1名以上の生活支援員が、午前9時～午後5時の間サービス提供を行います。  
上記時間外は、緊急コールにて24時間対応しております。

### ■状況把握サービス

毎日食事時を利用して、本人安否確認を行います。

### ■コール対応

各居室に緊急コール機器を配置しております。夜間常駐していない時間に通報があった場合には、併設施設の訪問介護職員が対応します。

### ■生活相談サービス

一般的対応や紹介ができる相談に対し、助言を行います。  
また、専門的な相談や助言のために、専門家や専門機関を紹介します。

### ■アクティビティ

レクリエーションやイベントの企画運営

### ■フロント・コンシェルジュサービス

保険証類、認印のお預かり  
郵便・電話のお取次ぎ

| 生活支援サービス費   |             |             |
|-------------|-------------|-------------|
| 自立・要支援      | 要介護1・2      | 要介護3・4・5    |
| 55,000円(税込) | 33,000円(税込) | 22,000円(税込) |

別記2 アンジェスおごと 生活支援サービス有料オプション一覧表 2025年7月現在

表記は税込とする。

■安心パック

|   |           |
|---|-----------|
| オプション安心パック(外出系・人員補充が必要なレベルの特殊対応除く)※交通費は別。 | 49,500円/月 |
|---|-----------|

■健康

| 項目                  | オプション                             |
|---------------------|-----------------------------------|
| 薬の受け取り・お預かり・お渡し     | 8,800円/月                          |
| 服薬介助                | 550円/1日                           |
| 身体介助                | 1,100円/15分毎                       |
| 体調不良時の対応(検温、クーリング等) | 5,500円/1日(0時基準)                   |
| 誘導(見守り)・移乗介助        | 1日770円又は月19,800円(上限)              |
| 通院・外出介助             | 3,300円/30分                        |
| 看取り対応               | 5,500円/1日                         |
| 水分の促し(介助あり)。日に2回    | 5,500円/月                          |
| 個別対応                | 訪問対応1回あたり3分まで無料。<br>その後は2,200円/1日 |

■安全・緊急対応

| 項目           | オプション                      |
|--------------|----------------------------|
| 救急車同乗、院内付き添い | 8,800円/60分(60分超4,400円/30分) |

■環境整備・洗濯

| 項目                       | オプション   |
|--------------------------|---|
| 生活援助                     | 550円/15分  |
| つけおき洗い                   | 550円/1回   |
| 洗濯物の(①回収②洗い③室内干し④たたみ、収納) | 各137円/1台分の量につき<br>※ただし週2回までの定期的な洗濯についての回収・洗いは無償 |
| 乾燥機の使用                   | 550円/1台につき                                      |
| 本人・もしくは家族が洗濯機・乾燥機使用      | 週2回までは無償。<br>それ以上は550円/1台につき                    |
| ゴミ収集                     | 1,100円/月  |
| 金銭等管理を要する事               | 1,100円/月  |
| Wi-Fi使用料(入居者のみ対象)        | 1,650円/月  |

■入浴・排泄

| 項目                     | オプション          |
|------------------------|----------------|
| 排泄介助・ストマ対応(介護職対応可能な場合) | 550円/1回 上限設定あり |

|            |           |
|------------|-----------|
| 排泄介助上限     | 2,200円/1日 |
| 排便チェック     | 1,100円/月  |
| 2人介助が必要な場合 | 各項目金額×2倍  |

#### ■アクティビティ

| 項目    | 基本 | オプション           |
|-------|----|-----------------|
| 行事参加費 |    | 行事により別途参加費をお知らせ |

#### ■お食事

| 項目       | オプション   |
|----------|---------|
| 居室への配膳下膳 | 550円/1回 |
| 食事介助     | 550円/1回 |

\* 場合によりお受けできないサービスもあります