

重要事項説明書

(サービス付き高齢者向け住宅登録事項)

(住宅型有料老人ホーム重要事項説明)

記入年月日	令和7年7月1日 現在
記入者名	川元 貴之
所属・職名	施設管理部・課長

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。なお、生活支援サービスに関する契約については、生活支援サービス重要事項説明書により、別途説明します。

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) はーとらんどせた
	ハートランド瀬田
所在地	(住居表示) 滋賀県大津市大將軍1丁目9番7号
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 電車 (JR東海道線 瀬田駅から 徒歩で15分) <input type="checkbox"/> 2. その他 ()
住宅に関する権原	<input type="checkbox"/> 1. 所有権 期間 年 月 日 から 年 月 日まで <input checked="" type="checkbox"/> 2. 賃借権 <input type="checkbox"/> 3. 使用貸借による権利
施設に関する権原	<input type="checkbox"/> 1. 所有権 期間 年 月 日 から 年 月 日まで <input checked="" type="checkbox"/> 2. 賃借権 <input type="checkbox"/> 3. 使用貸借による権利
敷地に関する権原	<input type="checkbox"/> 1. 所有権 期間 年 月 日 から 年 月 日まで <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

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	(ふりがな) かぶしきがいしゃ かわしょう
又は氏名	株式会社 川商
住 所 (法人にあつては 主たる事務所)	(郵便番号) 540-0024 大阪府大阪市中央区南新町1丁目2番4号 椿本ビル8階 電話番号 06-6937-2711
法人の役員	別添1 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 かわしょう
		株式会社 川商
事務所の所在地	(郵便番号)	540-0024 大阪府大阪市中央区南新町1丁目2番4号 椿本ビル8階 電話番号 06-6937-2711

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	37 戸
居住部分の規模	(最小)	18.00 m ²
	(最大)	18.90 m 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 3階建
竣工の年月	2013年12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、入居開始時期及び入居に関する要件

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	<p>次の①又は②に該当する者である。</p> <p>①単身高齢者世帯</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 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</p> <p>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)</p> <p>(「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。)</p>

※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
--------	----------

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 (月額・税込)	詳細については、 別添4の通り
	提供形態		提供の対価 (月額・税込)	
高齢者生活支援サービス	状況把握生活相談	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託	約13,750円	
	食事の提供	<input type="checkbox"/> 自ら <input checked="" type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約43,200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 checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 0 円	
その他	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約5,280円		
家賃の概算額	(最低) 約 35,000 円		住戸ごとの内容は別添3 のとおり	
	(最高) 約 35,000 円			
共益費の概算額	(最低) 約 8,000 円			
	(最高) 約 8,000 円			
敷金の概算額	(最低) 約 150,000 円	家賃の 4.286 月分		
	(最高) 約 150,000 円			
特記事項	生活保護受給者の方は、家賃 35,000円 共益費 8,000円になります 居室でテレビをご使用される方は、別途NHK受信料相当額(500円/月)をご負担いただきます。			
前払金※の有無	<input type="checkbox"/> あり <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			
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				
家賃等の前払金の返還債務が消滅するまでの期間				
家賃等の前払金の返還額の推移				
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				

※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。

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	(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 (適宜、劣化調査を実施)

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
訪問介護ハートランド瀬田	訪問介護、介護予防訪問介護	<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
		<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

(注) 高齢者居宅生活支援事業について、老人福祉法等関連法令に基づく事業所の指定を受けている場合にあつては、「事業所の番号」を記入すること

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			
事業所の名称	(ふりがな) かねだいいん 金田医院		
事業所の住所	(郵便番号 520-0865) 滋賀県大津市南郷1-7-1 電話番号 077-534-1134		
診療科目	内科	協力科目	内科
連携又は協力の内容	入居者の症状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	■ あり □ なし	
	診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保	□ あり ■ なし (補足事項： 数日の待ち時間が発生する可能性はあるが、往診時であれば対応可能)	
連携又は協力の相手			
事業所の名称	(ふりがな) なんばがんかいいん ナンバ眼科医院		
事業所の住所	(郵便番号 618-0013) 大阪府三島郡島本町江川2-13-2-101 電話番号 075-962-1121		
診療科目	眼科	協力科目	訪問眼科診療
連携又は協力の内容	入居者の症状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	□ あり ■ なし	
	診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保	□ あり ■ なし	
新興感染症発生時に連携する医療機関	■ あり		
	医療機関の名所	金田医院	
	医療機関の住所	滋賀県大津市南郷1-7-1	
□ なし			
連携又は協力の相手（協力歯科医療機関）			
事業所の名称	(ふりがな) ふたまちなかにししかいいん 二町中西歯科医院		
事業所の住所	(郵便番号 524-0043) 滋賀県守山市二町町堂ノ内216-3 電話番号 077-514-0020		
連携又は協力の内容	訪問歯科診療		

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	
-----------------------	--

11. 運営方針

別添5の通り

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

高齢者の居住の安定の確保に関する基本的な方針に則って、適切に管理運営いたします。
--

別添 3

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

住戸番号	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	18.00	×	○	○	×	×	○	36	102~105、201~216、301~316	35,000
1	18.90	×	○	○	×	×	○	1	101	35,000

注1) 住戸の規模並びに設備及び構造のタイプ別にまとめて記載すること。

注2) 設備及び構造欄の『完備』は、各戸に便所、洗面、浴室、台所及び収納の全てを備えるものを表す。

※有りの場合は○、無しの場合は×を記載すること。完備の場合は、完備を含めてすべての欄に○を記載すること。

2. 共同利用設備等

設備等	整備箇所数	合計床面積 (m ²)	整備箇所	想定利用 戸数 (戸)	備考
食堂	1	124.72	1階	37	
談話室	2	82.14	2階1ヶ所 3階1ヶ所	37	キッチンコーナー有り
浴室	2	26.73	1階1ヶ所 2階1ヶ所	37	浴槽4ヶ所設置 2階は個浴
脱衣室	2	25.77	1階1ヶ所 2階1ヶ所	37	
洗濯室	1	13.2	1階	37	
多目的トイレ	1	5.06	1階	37	

注) 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。

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 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 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	<input type="checkbox"/> 社会福祉士	人員
	<input type="checkbox"/> 看護師 人員	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員	人員
	<input type="checkbox"/> 准看護師 人員	<input checked="" type="checkbox"/> 養成研修修了者	人員 5
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士 人員 6	<input type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員
	合 計		人員
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 00時 00分 ~ 24時 00分 人員 1人 上記以外の時間 時 分 ~ 時 分 人員 人		
誓約事項	登録申請者は、以下について確認し、該当する場合はチェックボックスに「 <input checked="" type="checkbox"/> 」マークを入れること。 <input type="checkbox"/> 施行規則第11条第5号の規定により状況把握サービス及び生活状況サービスを提供する場合にあつては、あらかじめ入居者の承認を得たことを誓約します。		
毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法	各居室への安否確認、24時間緊急コールへの対応、夜間巡回。		毎日 7回
緊急通報サービスの内容	提供時間	常駐する日	00時 00分 ~ 24時 00分
		上記以外の日	<input type="checkbox"/> 24時間
	通報方法	ナースコール	
	通報先	1階事務室および職員携帯のPHS 通報先から住宅までの到着予定時間 2分	
緊急時における対応の内容	各室2か所に設置されている緊急呼び出しボタンが押された場合には、職員がコール応答にて確認の上、居室に駆けつけ対応します。(24時間対応)		

生活相談サービスの内容	日常生活を送られる中で、お困りの事、介護度が重くなった場合のご不安等について、住宅職員がご相談をお受けいたします。		
	提供日	■ 365日対応 □ その他 ()	
	提供時間	00時 00分 ~ 24時 00分	
サービス提供の対価 (概算額)	月額	約13,750 円	前払金の算定 方法
	前払金	約 0 円	
備考	他に、救急搬送の同行及び家族への連絡を行います。 サービス提供の対価は、消費税（10%）込みの価格です。		

※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		<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) ふせまるためふーずかぶしきがいしゃ 布施マルタマフーズ株式会社			
	住所 (法人にあっては主たる事 務所の所在地)	(郵便番号) 578-0943	大阪府東大阪市若江南町3丁目6番7号 電話番号 06-6728-5538		
	住所 (法人にあっては本業務に 係る事務所の所在地)	(郵便番号) 520-2145	滋賀県大津市大將軍1丁目9番7号 電話番号 077-547-3791		
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	■ 365日対応 □ 次の期間を除く()		
		内容	■ 3食 □ 入居者が選択 □ 次の食事は提供しない()		
		調理等	■ 厨房で調理 □ 配食サービスを利用 □ その他()		
		入居者の健康状態に合わせた食事対応		■ 応相談 □ 対応なし	
		入居者の健康状態に合わせた各居室への配食対応		■ 応相談 □ 対応なし	
サービス提供の対価 (概算額)	月額※	約43,200 円	内訳	朝食306円 昼食567円 夕食567円	
	前払金	約 0 円	前払金の 算定方法		
備考		サービス提供の対価は、消費税（8%）込みの価格です。 生活保護受給者の方は、月額43,200円 朝食306円 昼食567円 夕食567円 となります。 入居者のお身体状態に応じて、キザミ食、トロミ食、ペースト食等の対応をいたします。 各居室への配食対応につきましては、風邪、発熱、体調不調時、感染症対策時 等、必要な時に対応いたします。			

※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 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 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
	住所 (法人にあつては本業務に係る事務所の所在地)	(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 type="checkbox"/> 通院等の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> その他（専門機関の紹介（医療機関等））	
サービス提供の対価 (概算額)	月額※	約 0 円	内 訳
	前払金	約 0 円	前払金の算定方法
備考	費用は、状況把握及び生活相談サービスの費用に含みます。		

4 その他のサービスの内容

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)	
	住所 (法人にあつては本業務に係る事務所の所在地)	(郵便番号)	
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	金銭等の管理、郵便物、宅配便の荷受受付、面会者への対応、外出通院等の付添い代行サービス	
サービス提供の対価 (概算額)	月額※	約 5,280円	前払金の算定方法
	前払金	約 0 円	
備考	希望があれば、金銭管理を行います。（無償） 外出や通院等の付添いの場合、1時間当たり2,640円（消費税10%込み）が別途かかります。 上記金額は、月当たり2時間利用した場合の想定金額です。		

別添 5

項目	該当
重要事項を記載した書面のひな形を公開する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居及び退去の条件を書面に記載する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者の個人情報の保護に関する事項を書面に記載する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者のに対する虐待を防止する為の委員会の開催、指針の整、研修及び担当者の配置を行う	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
やむを得ず行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為に関して、委員会の開催、指針の整備及び研修を行う	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者のプライバシーの確保について、職員に周知する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者に与えた損害を賠償する為の措置を講じる	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者からの相談及び苦情に適切に対応する為の体制を整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
サービス付き高齢者向け住宅への入居及びサービス付き高齢者向け住宅において提供される福祉サービスの利用に必要な費用に関する書類を発行することができる	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者及びその家族と意見を交換する機会を設ける	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
地域社会との交流及び連携を図る	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
災害に対応する為の仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
事故の発生及び再発を防止するための仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止の為の仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者の健康状態及び生活状況を把握し、変化があったときは、当該入居者の家族に連絡する仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者間の交流の促進を図る	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
登録事業者又は登録事業者から委託を受けた者から提供される福祉サービスと、それ以外の者から提供される福祉サービスを明確に区分する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者が希望する場合には、介護サービスの提供に必要な当該入居者に関する情報を、介護支援専門員と共有する仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
基本理念及び基本方針を定めるとともに、これらを職員及び入居者に周知する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

職員の教育及び研修に関する計画を策定する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
職員に対して、認知症に関する研修を行う	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
職員を登録事業者が行う研修以外の研修に参加させる仕組みを整備する。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
サービス付き高齢者向け住宅事業の実施に必要な人材の確保のために必要な措置を講じる	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

別添 6

令和7年7月1日 現在

1. サービスの内容等

(全体の方針)

運営に関する方針	高齢者がプライバシーに配慮された居室と、介護度が高くなっても安心して生活のできる環境のなかで、高齢者それぞれが必要とする各種サービスを利用しながら、自分らしい生活が実現できる場を提供する。
サービスの提供内容に関する特色	状況把握、安否確認、食事の提供、健康管理・治療への協力、訪問介護事業所・医療機関との連携、身元引受人への連絡、金銭管理等のサービスを提供する。

(入居に関する条件等)

入居対象となる者 【表示事項】	自立しているもの	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" 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歳以上で要支援・要介護認定者の方といたします。		
契約の解除の内容	普通賃貸借契約書第11条、第12条に定めるとおり。		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	普通建物賃貸借契約書第11条	
	解約予告期間	60日間	
入居者からの解約予告期間	30日		
体験入居	あり	内容	空室がある場合
			1泊食事付7,620円(税込み)
入居戸数	37戸		
その他			

2 職員体制

(職種別の職員数)

開始(開設)前は、予定を記載。

職種	職員数(実人数)			常勤換算人数 ※1※2
	合計	常勤	非常勤	
施設管理者	1	1	0	
生活相談員 (直接処遇職員)	11	4	7	
介護職員	11	4	7	
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員	2(委託)			
事務員	0	0	0	
その他職員	0	0	0	
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				40 時間

※1 常勤換算人数とは、当該事業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、当該事業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	6	3
実務者研修の修了者	1	0
初任者研修の修了者	4	1
介護支援専門員	0	0

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜間帯の設定時間 (17時 ~ 9時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員		
介護職員	1 人	1 人 (20:00~翌7:00)

(職員の状況)

施設管理者	他の職務との兼務		■ あり □ なし								
	業務に係る資格等		■ あり □ なし								
		資格の名称		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	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数				0	0	0	0				
前年度1年間の退職者数				0	0	0	0				
業務に従事した経験年数に応じた職員の数	1年未満			0	1	0	1				
	1年以上			2	1	2	1				
	3年未満										
	3年以上			0	0	0	0				
	5年未満										
	5年以上			1	4	1	4				
	10年未満										
	10年以上			1	1	1	1				
従業者の健康診断の実施状況				■ あり □ なし							

3. 入居者の状況

(入居者の人数)

性別	男性	7
	女性	22
年齢別	65歳未満	0
	65歳以上75歳未満	2
	75歳以上85歳未満	10
	85歳以上	17
要介護度別	自立	0
	要支援 1	0
	要支援 2	0
	要介護 1	4
	要介護 2	5
	要介護 3	12
	要介護 4	3
	要介護 5	5
入居期間別	6ヶ月未満	6
	6ヶ月以上1年未満	2
	1年以上5年未満	12
	5年以上10年未満	6
	10年以上15年未満	3
	15年以上	0

(入居者の属性)

平均年齢	86.4
入居者数の合計	29
入居率※	78.30%
※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	0人
	社会福祉施設	0人
	医療機関	1人
	死亡者	3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)
	入居者側の申し出	1人 (解約理由)療養型病院への転院が決まった為等

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)

窓口の名称 1・2		1. ハートランド瀬田	2. 株式会社 川商
電話番号		077-547-3791	06-6937-2711
対応している時間	平日	9:00~18:00	9:00~18:00
	土曜	9:00~18:00	—
	日曜・祝日	9:00~18:00	—
定休日		8/13~8/15、12/30~1/3	8/13~8/15、12/30~1/3
窓口の名称 3		大津市 福祉指導監査室	
電話番号		077-528-2912	
対応している時間	平日	9:00~17:00	
	土曜	—	
	日曜・祝日	—	
定休日		土曜、日曜、祝日、年末年始	

(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	併設訪問介護事業所にて加入 株式会社損保ジャパン
	<input type="checkbox"/> なし	居宅介護事業所等賠償責任保険
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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	介護サービス等の提供にあたり事故が発生し、ご入居者様の生命、身体、財産に損害が生じた場合は、ご入居者様の故意、過失によるものを除いて、速やかに損害を賠償します。
	<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方法等)

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	実施日	意見箱を常時設置
		結果の開示	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" 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			

5. 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 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
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

6. 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) <input type="checkbox"/> 代替措置なし				
高齢者虐待防止のための取組の状況	虐待防止対策検討委員会の定期的な開催	<input checked="" type="radio"/> 1 あり	<input type="radio"/> 2 なし		
	指針の整備	<input checked="" type="radio"/> 1 あり	<input type="radio"/> 2 なし		
	定期的な研修の実施	<input checked="" type="radio"/> 1 あり	<input type="radio"/> 2 なし		
	担当者の配置	<input checked="" type="radio"/> 1 あり	<input type="radio"/> 2 なし		
身体拘束等の適正化のための取組の状況	身体拘束等適正化検討委員会の開催	<input checked="" type="radio"/> 1 あり	<input type="radio"/> 2 なし		
	指針の整備	<input checked="" type="radio"/> 1 あり	<input type="radio"/> 2 なし		
	定期的な研修の実施	<input checked="" type="radio"/> 1 あり	<input type="radio"/> 2 なし		
	緊急やむを得ない場合に行う心的拘束戸の他の入居者の行動を制限する行為(身体的構想等)を行うこと	1 あり	身体的拘束を行う場合の態用及び時間、入居者の状況並びに緊急止むを得ない場合の理由の記録	1 あり	<input checked="" type="radio"/> 2 なし
		<input checked="" type="radio"/> 2 なし			
業務継続計画の策定状況等	感染症に関する業務継続計画	<input checked="" type="radio"/> 1 あり	<input type="radio"/> 2 なし		
	災害に関する業務継続計画	<input checked="" type="radio"/> 1 あり	<input type="radio"/> 2 なし		
	職員に対する周知の実施	<input checked="" type="radio"/> 1 あり	<input type="radio"/> 2 なし		
	定期的な研修の実施	<input checked="" type="radio"/> 1 あり	<input type="radio"/> 2 なし		
	定期的な訓練の実施	<input checked="" type="radio"/> 1 あり	<input type="radio"/> 2 なし		
	定期的な業務継続計画の見直し	<input checked="" type="radio"/> 1 あり	<input type="radio"/> 2 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
有料老人ホーム設置時の老人福祉法第29条第1項に規定する届出	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
サービス付き高齢者向け住宅運営指導指針の不適合事項	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
不適合事項がある場合の内容	

入居者が介護サービス事業者を自由に選択できることについて	入居者は、ケアマネジャーやホームヘルパー等の介護サービスを自由に選択し、契約することができます。
------------------------------	--

添付書類： 別添7 (別に実施する介護サービス一覧表)
 別添8 (個別選択による介護サービス一覧表)

別添 7

事業主体が大津市内で実施する他の介護サービス

介護保険サービスの種類		事業所の名称	所在地
<居宅サービス>			
訪問介護	あり	訪問介護ハートランド瀬田	大津市大將軍1丁目9番7号
		訪問介護ハートランド南志賀	大津市南志賀3丁目20番1号
訪問入浴介護	なし		
訪問看護	なし		
訪問リハビリテーション	なし		
居宅療養管理指導	なし		
通所介護	なし		
通所リハビリテーション	なし		
短期入所生活介護	なし		
短期入所療養介護	なし		
特定施設入居者生活介護	なし		
福祉用具貸与	なし		
特定福祉用具販売	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	なし		
夜間対応型訪問介護	なし		
地域密着型通所介護	なし		
認知症対応型通所介護	なし		
小規模多機能型居宅介護	なし		
認知症対応型共同生活介護	なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護	なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	なし		
看護小規模多機能型居宅介護	なし		
居宅介護支援	なし		

< 居宅介護予防サービス >			
介護予防訪問介護	あり	訪問介護ハートランド瀬田	大津市大將軍1丁目9番7号
		訪問介護ハートランド南志賀	大津市南志賀3丁目20番1号
介護予防訪問入浴介護	なし		
介護予防訪問看護	なし		
介護予防訪問リハビリテーション	なし		
介護予防居宅療養管理指導	なし		
介護予防通所介護	なし		
介護予防通所リハビリテーション	なし		
介護予防短期入所生活介護	なし		
介護予防短期入所療養介護	なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	なし		
介護予防福祉用具貸与	なし		
特定介護予防福祉用具販売	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	なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	なし		
介護予防支援	なし		
< 介護保険施設 >			
介護老人福祉施設	なし		
介護老人保健施設	なし		
介護療養型医療施設	なし		
介護医療院	なし		

別添 8 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

		個別の利用料で実施するサービス		
			料金※(税込)	
介護サービス	食事介助	なし		特別な事情により対応いたします (要相談)
	排せつ介助・おむつ交換	なし		失禁された際など、緊急時は対応いたします
	おむつ代	あり	実費 (種類やサイズにより料金設定あり)	袋単位の販売になり、翌月の家賃とともにご請求させていただきます
	入浴 (一般浴) 介助・清拭	なし		訪問介護等のサービスを利用する事により提供が可能
	特浴介助	なし		訪問介護等のサービスを利用する事により提供が可能
	身辺介助 (移動・着替え等)	なし		訪問介護等のサービスを利用する事により提供が可能
	機能訓練	なし		訪問看護、訪問リハビリ等のサービスを利用する事により提供が可能
	通院介助	あり	(職員の付添) 2,640円/時間	ご家族様が対応ができない際に提供いたします (要相談) 介護タクシー等を手配する場合は別途タクシー代が必要。
生活サービス	居室清掃	なし		訪問介護等のサービスを利用する事により提供が可能
	リネン交換	なし		訪問介護等のサービスを利用する事により提供が可能
	日常の洗濯	なし		訪問介護等のサービスを利用する事により提供が可能
	居室配膳・下膳	なし		医師からの指示や特別な事情がある際は対応いたします
	入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし		
	おやつ	なし		
	理美容師による理美容サービス	あり	(カット) 1,700円~	メニューにより料金設定あり。(料金表は館内に掲示)
	買い物代行	なし		訪問介護等のサービスを利用する事により提供が可能
	役所手続代行	なし		特別な事情により対応。(要相談)
	金銭・貯金管理	あり	無料	別途、金銭等管理委託契約を締結いたします
健康管理サービス	定期健康診断	あり	実費	年2回の健康診断受診機会の提供 (任意)
	健康相談	あり	月額サービス費に含まれています。	適宜、専門家等を紹介することがございます。
	生活指導・栄養指導	あり	月額サービス費に含まれています。	適宜、専門家等を紹介することがございます。
	服薬支援	あり	月額サービス費に含まれています。	配薬のみ
	生活リズムの記録 (排便・睡眠等)	あり	月額サービス費に含まれています。	
入退院のサービス	移送サービス	あり	(職員の付添) 2,640円/時間	ご家族様が対応ができない際に提供いたします (要相談) 職員の付添の実費。介護タクシー等を手配する場合は別途タクシー代が必要。
	入退院時の同行	あり	(職員の付添) 2,640円/時間	ご家族様が対応ができない際に提供いたします (要相談)
	入院中の洗濯物交換・買い物	あり		必要に応じて対応いたします
	入院中の見舞い訪問	あり		カンファレンスの参加など、必要に応じて対応いたします

※「あり」を選択したときは、各種サービスの費用が、月額のサービス費用に含まれる場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、1回当たりの金額など単位を明確にして入力する。

説明年月日

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

様に対して、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、契約内容とともに、老人福祉法第29条5項に基づく重要事項及び高齢者の居住の安定確保に関する法律第17条に基づく登録事項等を、書面を交付して説明しました。

登録事業者名

株式会社 川商

所在地

大阪府大阪市中央区南新町1丁目2番4号 椿本ビル8階

代表者名

代表取締役 川畑 佳子

印

説明者氏名

私は、上記事業者から、老人福祉法第29条5項及び高齢者の居住の安定確保に関する法律第17条に基づき、重要事項及び登録事項等について書面による説明を受けました。

署 _____ 名

印

乙による自署が困難なため、私 _____ (乙との関係: _____) が
本人に代わり署名しました。

