

はなまるケアハウス石山

重要事項説明書

1. 登録事項等についての説明書
2. 食事サービス提供契約重要事項説明書
3. オプションサービス提供契約重要事項説明書
4. 重要事項説明書（有料老人ホーム共通版）
5. 署名押印欄

石山ホームケアリング株式会社

2022年12月1日

登録事項等についての説明

貸主(甲) 住所 滋賀県大津市光が丘町4番77号
 氏名 石山ホームケアリング株式会社
 代表取締役 岡田祥明 印

代理人 住所
 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) はなまるケアはうすいしやま はなまるケアハウス石山
所在地	(住居表示) 滋賀県大津市光が丘町4番77号
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1.電車(JR東海道本線 石山 駅から 徒歩 で 12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 平成 年 月 日から 平成 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 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
敷地に関する権原	<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 期間 平成 25年 1月 1日から 令和 45年 12月 27日まで

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) いしやまほーむけありんぐ かぶしがいいしや 石山ホームケアリング株式会社
住所 (法人にあつては 主たる事務所)	(郵便番号 520-0856) 滋賀県大津市光が丘町4番77号 電話番号 077-533-5311
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) 氏名
	住所 (郵便番号) 電話番号

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) いしやまほーむけありんぐ かぶしがいいしや 石山ホームケアリング株式会社
事務所の所在地	(郵便番号 520-0856) 滋賀県大津市光が丘町4番77号 電話番号 077-533-5311

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	登録戸数 19 戸		
居住部分の規模	(最小)	18.00	m ²
	(最大)	19.50	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	軽量鉄骨	造
竣工の年月	2013	年	7 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または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。)
入居契約の内容	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・税抜月額)	詳細は、別添 3 のとおり	
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 22,500 円
	食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input checked="" type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない		約 48,750 円
	入浴等の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない		約 4,000 円
	調理等の家事	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない		約 4,000 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 4,000 円
その他	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 4,000 円		
家賃の概算額	(最低)	約 50,000 円	住戸ごとの内容は別添 2 のとおり	
	(最高)	約 50,000 円		
共益費の概算額	(最低)	約 21,000 円		
	(最高)	約 21,000 円		
敷金の概算額	(保証人あり)	約 175,000 円	家賃の 3.5~6 月分	
	(保証人なし)	約 300,000 円		
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	

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) いりょうほうじんしゃだんよつばかい くろづげかいいん 医療法人社団よつば会 くろづ外科医院
事業所の住所	(郵便番号 520-2279) 滋賀県大津市黒津2丁目15-22 電話番号 077-546-6658
連携又は協力の内容	医師による定期往診等

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) なのはなやつきよく りつとうだいほうてん なの花薬局 栗東大宝店
事業所の住所	(郵便番号 520-3035) 滋賀県栗東市霊仙寺1丁目1-53 電話番号 077-553-5211
連携又は協力の内容	薬剤師による訪問調剤、服薬指導等

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の確保に関する基本的な方針に基づき、適切にサービス付き高齢者向け住宅事業を実施致します。

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。

20 年 月 日

借主(乙) 住所

氏名 卷末(5-1)署名押印欄に署名押印をします

別添 3

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 (法人にあっては主たる事務所)	(郵便番号)					
常駐する場所		2階スタッフルーム					
サービスを提供するために常駐する者	<input type="checkbox"/> 社会福祉法人の職員 <input type="checkbox"/> 自らの設置する住宅を管理する医療法人の職員 <input type="checkbox"/> 委託を受けてサービスを提供する社会医療法人の職員 <input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護サービス事業者の職員 <input checked="" type="checkbox"/> ホームヘルパー2級以上の資格を有する者	職種	資格名称	人数			
		管理者	介護福祉士	1人			
		サービス提供員	介護福祉士	3人			
		サービス提供員	実務者研修修了者	2人			
		サービス提供員	初任者研修修了者	6人			
提供方法	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> 次の期間は緊急通報サービスによる()					
	提供時間	<input checked="" type="checkbox"/> 24時間常駐 <input type="checkbox"/> 夜間は緊急通報サービスによる(下の日中体制の時間以外の時間帯)					
	日中体制	午前 8時	～	午後 10時 30分	人員	1人	夜間
緊急通報サービスの内容	通報方法	居室、トイレ等各所に設置のナースコール					
	通報先	2階スタッフルーム、職員が携帯するPHS			通報先から住宅までの到着予定時間		
サービス提供の対価(概算額)	月額	22,500円	前払金の算定方法				
	前払金	0円					
備考	サービス提供の対価(月額)は税別となっております。						

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 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 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) たいへいかぶしきがいは							
	住所 (法人にあっては主たる事務所)	(郵便番号 289-2144) 千葉県匝瑳市八日市場イ2614 電話番号 0120-911-613							
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 type="checkbox"/> 厨房で調理 <input type="checkbox"/> 配食サービスを利用 <input checked="" type="checkbox"/> その他(厨房で調理・配食サービス併用)							
サービス提供の対価(概算額)	月額※	約 48,750円	内訳	朝食	425円	昼食	550円	夕食	650円
	前払金	約 円	前払金の算定方法						
備考	朝食、昼食の主食、夕食の主食はサービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供致します。昼食の主菜・副菜、夕食の主菜・副菜は委託業者に調理を委託します。食事のキャンセルはキャンセル日の3日前の15時までにお申し付け下さい。また、サービス提供の対価(月額・内訳)は税別となっております。								

※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. 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)	(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)	(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 (ケアプランに予定されていない、必要な介護。)		
サービス提供の対価(概算額)		月額	約 4,000 円	前払金の算定方法	
		前払金	約 円		
備考		ケアプランに予定されていない、身体介護の生活支援サービスを、オプションサービスとしてご用意しております。それらのオプションサービスを、ご入居者の希望や必要に応じて、500円(税抜)/15分を目安に提供します。毎月6,000円(税抜)分までのご利用は無料とし、6,000円を超過した場合のみ、超過分のオプションサービス利用料が必要です。(※サービス提供の概算額は、月に300分(20回)オプションサービスを利用された場合の税抜請求額です。)			

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 又は氏名	(ふりがな)			
	住所 (法人にあっては主たる事務所)	(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)	(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"/> 調理 <input checked="" type="checkbox"/> 洗濯 <input checked="" type="checkbox"/> 清掃 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (ケアプランに予定されていない、必要な生活援助。)		
サービス提供の対価(概算額)		月額	約 4,000 円	前払金の算定方法	
		前払金	約 円		
備考		ケアプランに予定されていない、生活援助の生活支援サービスを、オプションサービスとしてご用意しております。それらのオプションサービスを、ご入居者の希望や必要に応じて、500円(税抜)/15分を目安に提供します。毎月6,000円(税抜)分までのご利用は無料とし、6,000円を超過した場合のみ、超過分のオプションサービス利用料が必要です。(※サービス提供の概算額は、月に300分(20回)オプションサービスを利用された場合の税抜請求額です。)			

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 又は氏名	(ふりがな)			
	住所 (法人にあって は主たる事務 所)	(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)	(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 <input type="checkbox"/> その他 ()		
サービス提供の 対価(概算額)		月額	約 4,000 円	前払金の算定 方法	
		前払金	約 0 円		
備考		健康についての相談を受けた場合、ご希望により提携の医療機関、調剤薬局にお取次ぎすることができます。なお、健康相談サービスについては、生活相談サービスに含まれているものとし、健康相談サービス単体として、対価を請求することはありません。また、ケアプランに予定されていない、血圧等の測定、通院等の付添の生活支援サービスを、オプションサービスとしてご用意しております。それらのオプションサービスを、ご入居者様の希望や必要に応じて、500円(税抜)/15分を目安に提供します。毎月6,000円(税抜)分までのご利用は無料とし、6,000円を超過した場合のみ、超過分のオプションサービス利用料が必要です。(※サービス提供の概算額は、月に300分(20回)オプションサービスを利用された場合の税抜請求額です。)			

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)	(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)	(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	ケアプラン外の随時対応生活支援		
サービス提供の 対価(概算額)		月額	約 4,000 円	前払金の算定 方法	
		前払金	約 円		
備考		ケアプランに予定されていない、身体介護、通院介助、生活援助の生活支援サービスを、オプションサービスとしてご用意しております。それらのオプションサービスを、ご入居者様の希望や必要に応じて、500円(税抜)/15分を目安に提供します。毎月6,000円(税抜)分までのご利用は無料とし、6,000円を超過した場合のみ、超過分のオプションサービス利用料が必要です。(※サービス提供の概算額は、月に300分(20回)オプションサービスを利用された場合の税抜請求額です。)			

食事サービス提供についての重要事項説明書

事業者 住所 滋賀県大津市光が丘町4番77号
 乙 氏名 石山ホームケアリング株式会社
 代表取締役 岡田祥明 印
 代理人 住所
 氏名 印

サービス付き高齢者向け住宅における食事サービス提供契約を締結するに当たり、以下の事項について、書面を交付して説明します。

1. 食事サービス提供を行う者

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) いしやまほーむけありんぐ かぶしがいしや 石山ホームケアリング株式会社
住 所 (法人にあっては 主たる事務所)	(郵便番号 520-0856) 滋賀県大津市光が丘町4番77号 電話番号 077-533-5311
法人の役員	別添 1 のとおり

2. 食事サービス提供を行う者の事務所

事務所の名称	(ふりがな) いしやまほーむけありんぐ かぶしがいしや 石山ホームケアリング株式会社
事務所の所在地	(郵便番号 520-0856) 滋賀県大津市光が丘町4番77号 電話番号 077-533-5311

3. 食事サービス提供の詳細と料金

	日額料金 (税別)	一月の概算料金 (税別)	支払方法	備考
朝食	425円	12,750円	当月分を 翌月末までに 支払う 銀行振込 または 口座振替による	食事サービス提供を行う者自ら提供
昼食	550円	16,500円		主食は食事提供サービスを行う者 自らが厨房で調理、主菜・副菜は 配食サービスに調理を委託（詳細 は「5. 業務委託の内容と委託 先」を参照）。
夕食	650円	19,500円		※一月の概算料金は、30日毎食提 供した場合
合計	1,625円	48,750円		

4. 利用を希望しない場合

食事サービス提供日3日前の午後3時までに、利用を希望しない旨を乙に申し出る。
 それ以降の利用中止は、料金が発生する。

5. 業務委託の内容と委託先

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) たいへいかぶしがいしや タイヘイ株式会社
住 所 (法人にあっては 主たる事務所)	(郵便番号 289-2144) 千葉県匝瑳市八日市場イ2614 電話番号 0120-911-613
委託業務の内容	献立作成、食事の調理、食事の運搬・納入、調理・運搬・納入時の品質管理

上記につきまして、書面による説明を受けました。

20 年 月 日

利用者(甲)

住所

氏名 卷末(5-1)署名押印欄に署名押印をします

オプションサービス提供についての重要事項説明書

事業者 住所 滋賀県大津市光が丘町4番77号
 乙 氏名 石山ホームケアリング株式会社
 代表取締役 岡田祥明 印
 代理人 住所
 氏名 印

サービス付き高齢者向け住宅におけるオプションサービス提供契約を締結するに当たり、以下の事項について、書面を交付して説明します。

1. オプションサービス提供を行う者

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) いしやまほーむけありんぐ かぶしきがいしゃ 石山ホームケアリング株式会社
住 所 (法人にあつては 主たる事務所)	(郵便番号 520-0856) 滋賀県大津市光が丘町4番77号 電話番号 077-533-5311
法人の役員	別添 1 のとおり

2. オプションサービス提供を行う者の事務所

事務所の名称	(ふりがな) いしやまほーむけありんぐ かぶしきがいしゃ 石山ホームケアリング株式会社
事務所の所在地	(郵便番号 520-0856) 滋賀県大津市光が丘町4番77号 電話番号 077-533-5311

3. オプションサービス提供の詳細

サービスの内容	排泄の介助、清拭や入浴の介助、食事の介助、洗面や身だしなみの介助、着替えの介助、体位変換、移乗・移動の介助、付き添い介助、服薬の介助、起床・就寝の介助、その他必要な身体介護のうち、ケアプランに予定されていないもの。
	住居等の掃除、洗濯やアイロンがけ、衣服の整理・被服の補修、生活必需品の購入代行、その他必要な生活援助のうち、ケアプランに予定されていないもの。
	体温および血圧等の測定、通院および入退院への付添い。
提供にあたる者	介護保険の下で提供される訪問介護サービスに従事中ではなく、ホームヘルパー2級以上または介護福祉士およびこれらと同等以上の介護に関する専門知識と技術を有する者。

4. オプションサービス提供の料金

上 限 制 を 適 用 し な い 場 合		
通 常 の 場 合	料金	1回15分あたり500円(税抜)。 5分未満の短時間で提供完了できる生活援助は無料。 ただし、サービス提供に要した交通費は実費を請求。
	無料分	1月あたり6,000円(税抜)までは無料。超過分のみ請求。
	請求上限額	請求の上限額はない。
	支払方法	銀行振込または口座振替による。当月分を翌月末までに支払う。

上 限 制 を 適 用 す る 場 合		
適用条件	①甲の契約する居宅介護支援事業所が作成した、当月の甲の介護保険サービス提供票（予定）における給付計画単位数（限度額管理対象単位数）が、甲の区分支給限度基準額（単位）の9割5分を超過（小数点以下を切捨し算出）している場合。	
	②当月の間、甲が日常生活を継続して営む上で、ケアプラン外の身体介護ないし生活援助の提供を受ける必要性が極めて高いものであったと、乙が認めた場合。	
	※ただし、上制限を適用した結果の請求額が、通常の場合（上制限を適用しなかった場合）により算出した請求額より多くなる場合、上制限を適用しない。	
適用条件を全て充足する場合	料金	1回15分あたり500円（税抜）。 5分未満の短時間で提供完了できる生活援助は無料。 ただし、サービス提供に要した交通費は実費を請求。
	無料分	無料分なし。
	請求上限額	当月1日時点の要介護度が1の場合、1ヵ月当たり税抜22,500円を超えて請求しない。
		当月1日時点の要介護度が2の場合、1ヵ月当たり税抜19,000円を超えて請求しない。
		当月1日時点の要介護度が3の場合、1ヵ月当たり税抜11,000円を超えて請求しない。
		当月1日時点の要介護度が4の場合、1ヵ月当たり税抜6,500円を超えて請求しない。
当月1日時点の要介護度が5の場合、1ヵ月当たり税抜1,000円を超えて請求しない。		
上限額の対象外となる料金	①日常生活の範囲を超えるサービスの提供料金。 ②単なる利便のために提供したサービスの提供料金。 ③生きがい（趣味・嗜好）に関するサービスの提供料金。 ④通院・入退院への付添のサービス提供料金。 ⑤サービス提供に要した交通費の実費。	
支払方法	銀行振込または口座振替による。当月分を翌月末までに支払う。	

上記につきまして、書面による説明を受けました。

20 年 月 日

利用者
(甲) 住所

氏名 卷末(5-1)署名押印欄に署名押印をします

はなまるケアハウス石山
重要事項説明書

記入年月日	2022年11月1日
記入者名	岡田 祥明
所属・職名	運営法人の代表者

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成23年10月7日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙4の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の1から3まで及び6の内容については、別紙4の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

1. 事業主体概要

（登録事項等についての説明（高齢者住まい法第17条関係）を参照）

2. 有料老人ホーム事業の概要

（登録事項等についての説明（高齢者住まい法第17条関係）を参照）

3. 建物概要

（登録事項等についての説明（高齢者住まい法第17条関係）を参照）

4. 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の確保に関する基本的な方針に基づき、適切にサービス付き高齢者向け住宅事業を実施致します。
サービスの提供内容に関する特色	介護を受ける方が住み慣れた地域で安心して快適な生活を送って頂けるよう、様々なニーズにお応えできる、高い専門知識と豊かな人間性を併せ持った職員の養成に努めています。
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

（介護サービスの内容）

特定施設入居者生活介護等の提供を行っていないため省略

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可	① 救急車の手配 ② 入退院の付き添い ③ 通院介助 4 その他 ()	
協力医療機関	名称	医療法人くろづ外科医院
	住所	滋賀県大津市黒津 2 丁目 15-22
	診療科目	外科、内科、整形外科、リハビリテーション科
	協力内容	居宅療養管理指導に基づく往診
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)
住み替えを行っていないため省略

(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	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	入居後に自立または要支援認定となった場合、居住の継続が可能。	
契約の解除の内容	入居者または事業者から契約解除が行われた場合	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	賃借人が支払義務を怠った場合、使用目的遵守義務に違反した場合など。詳細は、サービス付き高齢者向け住宅で状況把握・生活相談サービスが提供されるものに係る賃貸借契約書第 11 条に記載。
	解約予告期間	相当の期間
入居者からの解約予告期間	30日	
体験入居の内容	1 あり (内容 :) ② なし	
入居定員	19人	
その他		

5. 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業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）

特定施設入居者生活介護等を提供していないため省略

（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	1	0	1
介護福祉士	3	0	3
実務者研修の修了者	2	0	1
初任者研修の修了者	6	0	6
介護支援専門員	1	0	1

（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	0	0	0
理学療法士	0	0	0
作業療法士	0	0	0
言語聴覚士	0	0	0
柔道整復士	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0
はり師	0	0	0
きゅう師	0	0	0

（夜勤を行う看護・介護職員の人数）

夜勤帯の設定時間（ 22時30分～ 8時）		
	平均人数	最少時人数（休憩者等を除く）
看護職員	0人	0人
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等を提供していないため省略

(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				
						資格等の名称		介護福祉士		
2 なし										
	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	1	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数	0	0	0	1	0	0	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	0	0	0	0	0	0	0	0
	1年以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	3年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	3年以上	0	0	0	4	0	0	0	0	0
	5年未満	0	0	0	4	0	0	0	0	0
	5年以上	0	0	0	5	0	0	0	0	0
10年未満	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0
10年以上	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0
従業者の健康診断の実施状況				① あり 2 なし						

6. 利用料金

(登録事項等についての説明(高齢者住まい法第17条関係)を参照)

7. 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	4人
	女性	13人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	1人
	75歳以上 85歳未満	6人
	85歳以上	10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	5人
	要介護2	6人
	要介護3	3人
	要介護4	3人
	要介護5	0人
入居期間別	6ヶ月未満	2人
	6ヶ月以上 1年未満	2人
	1年以上 5年未満	9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

(入居者の属性)

平均年齢	87.3歳
入居者数の合計	17人
入居率※	89%
※ 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	2人
	医療機関	2人
	死亡者	0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	4人
		(解約事由の例) 社会福祉施設への入所、療養型病棟への入院

8. 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		はなるケアハウス石山管理者	大津市長寿政策課
電話番号		077-533-5311	077-528-2741
対応している時間	平日	9時～17時30分	8時40分～17時25分
	土曜	9時～17時30分	なし
	日曜・祝日	9時～17時30分	なし
定休日		なし	土、日、祝日

(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 あり	(その内容) 社会福祉事業者総合保険
	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 あり	(その内容) 状況把握・生活相談・健康相談サービスの提供に伴って、事業者の責めに帰すべき事由により入居者の生命、身体又は財産に損害を及ぼした場合は、入居者に対してその損害を賠償する。
	② なし	
事故対応及びその予防のための指針	① 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 あり	実施日	
		結果の開示	1 あり 2 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 なし		

9. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	1 入居希望者に公開 ② 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 ③ 公開していない
事業収支計画書	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 ③ 公開していない
財務諸表の要旨	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 ③ 公開していない
財務諸表の原本	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 ③ 公開していない

10. その他

運営懇談会	1 あり	(開催頻度) 年 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 【表示事項】	1 あり (提携ホーム名:) ② 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	1 あり 2 なし ③ 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 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	① あり 2 なし	
有料老人ホーム設置運営指導 指針「5.規模及び構造設備」 に合致しない事項	1 あり ② なし	
合致しない事項がある場合 の内容		
「6.既存建築物等の活用 の場合等の特例」への適合 性	1 適合している (代替措置) 2 適合している (将来の改善計画) 3 適合していない	
有料老人ホーム設置運営指導 指針の不適合事項	【3設置者(4)】個人経営でないこと。また少数の個人株主等による 独断専行的な経営が行われる可能性のある体制でないこと。 【4立地条件(3)一借地の場合ホ】設置者による増改築の禁止特約 がないこと、又は、増改築について当事者が協議し土地の所有者は特 段の事情がない限り増改築につき承諾を与える旨の条項が契約に入 っていること。	
不適合事項がある場合の 内容	【3(4)】事業者代表取締役が持ち株比率 100%の個人株主である。 【4(3)一ホ】定期借地権設定契約について、当該条項は入っていない。	

添付書類：別添 1 (別を実施する介護サービス一覧表)
別添 2 (個別選択による介護サービス一覧表)

※巻末 (5-1) 署名押印欄に署名をします 様

説明年月日 20 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 1 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	はなまる訪問介護	大津市光が丘町4-77
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	あり	はなまるデイサービス	大津市光が丘町4-77
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		
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 2

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

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							なし	
	特定施設入居者生活介護費 で、実施するサービス（利用 者一部負担 ^{*1} ）		個別の利用料で、実施するサービス （利用者が全額負担）				料金 ^{*3}	備 考
			包含 ^{*2}	都度 ^{*2}				
介護サービス								
食事介助	なし			あり		○	¥500/15分	
排泄介助・おむつ交換	なし			あり		○	¥500/15分	
おむつ代			なし					
入浴（一般浴）介助・清拭	なし			あり		○	¥500/15分	
特浴介助	なし		なし					
身辺介助（移動・着替え等）	なし			あり		○	¥500/15分	
機能訓練	なし		なし					
通院介助	なし			あり		○	¥500/15分	概ね片道 20 分以内の病院等
生活サービス								
居室清掃	なし			あり		○	¥500/15分	
リネン交換	なし			あり		○	¥500/15分	
日常の洗濯	なし			あり		○	¥500/15分	
居室配膳・下膳	なし			あり	○			
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし					
おやつ				あり		○	¥500/15分	
理美容師による理美容サービス			なし					
買い物代行	なし			あり		○	¥500/15分	概ね片道 15 分以内の商店等
役所手続き代行	なし		なし					
金銭・貯金管理			なし					
健康管理サービス								
定期健康診断			なし					
健康相談	なし			あり		○	¥500/15分	相談のみ無料、バイタル測定等を行った場合
生活指導・栄養指導	なし		なし					
服薬支援	なし		なし					
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし		なし					
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	なし		なし					
入退院時の同行	なし			あり		○	¥500/15分	
入院中の洗濯物交換・買い物	なし		なし					
入院中の見舞い訪問	なし		なし					

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割又は2割の利用者負担）。

※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額の利用料に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。

※3：都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。

署名押印欄

「登録事項等についての説明」、「食事サービス提供についての重要事項説明書」、「オプションサービス提供についての重要事項説明書」および「はなまるケアハウス石山重要事項説明書」の中にある署名押印に代え、以下に署名押印を行います。

登録事項等についての説明（該当頁：1-4） 食事サービス提供についての重要事項説明書（該当頁：2-1） オプションサービス提供についての重要事項説明書（該当頁：3-2） はなまるケアハウス石山重要事項説明書（該当頁：4-9）		
署名押印	(様)	印

以上