

**サービス付き高齢者向け住宅
かすがやま翔裕館 1号館**

**高齢者生活支援サービス
[重要事項説明書]**

株式会社サンガジャパン

〒520-0242

滋賀県大津市本堅田6丁目16番8号

TEL:077-571-2510

FAX: 077-571-2520

重要事項説明書

(1) 生活支援サービス提供事業者

事業者の名称・所在地及び電話番号その他の連絡先		
事業所の名称	フリガナ カブシキガイシャ サンガジャパン	
	株式会社サンガジャパン	
事業所の所在地	(〒330-0854) 埼玉県さいたま市大宮区桜木町一丁目11番地9	
事業者の連絡先	電話番号	048-614-1541
	FAX番号	048-614-1552
	ホームページアドレス	
事業者の代表	代表取締役 神成裕介	

(2) 住宅事業主体概要

事業主体の名称・主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先		
事業主体の名称	法人等の種類	株式会社
	フリガナ カブシキガイシャ サンガジャパン	
	株式会社サンガジャパン	
事業主体の主たる事務所の所在地	(〒330-0854) 埼玉県さいたま市大宮区桜木町4丁目252番地	
事業主体の連絡先	電話番号	048-614-1541
	FAX番号	048-614-1552
	ホームページアドレス	
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	神成裕介
	職名	代表取締役
事業主体が行っている主な事業等	・認知症対応型共同生活介護 ・短期入所生活介護 ・居宅介護支援 ・特定施設 ・小規模多機能型居宅介護 ・訪問介護 ・通所介護	

(3) 住宅概要

住宅の名称・所在地及び電話番号その他の連絡先		
住宅の名称	フリガナ カスガヤマショウユウカンイチゴウカン	
	かすがやま翔裕館 I号館	
住宅の所在地	(〒520-0242) 滋賀県大津市本堅田6丁目16番8号	
住宅の連絡先	電話番号	077-571-2510
	FAX番号	077-571-2520
	ホームページアドレス	
住宅の管理者	施設長 久保 美也子	
住宅の開設年月日	平成28年3月1日	
住宅の契約方式	普通賃貸契約	

(4) 生活支援サービスの内容

状況把握及び生活相談	料金(税別)	備 考
フロント受付サービス	20,000 円/月額	来訪者の受付業務、不在時の郵便・宅配便(カール便除く)の受付保管業務、専用居室の鍵等の一時預かり業務をいたします。
安否確認サービス		状況把握サービス(堅田かすがやま翔裕館の職員が交代で1名24時間常駐し、対応いたします) 職員が日常生活上の係わり中で居室に伺った際などに、午前・午後の1日2回、安否確認します。 また、ナースコールシステムにて、緊急時の対応をさせていただきます。
緊急通報(ナースコール)対応サービス		急病、体調急変時に職員が駆けつけ、状況により、救急隊と連絡を取り、適切な対応を致します。また、速やかにご家族への連絡もいたします。
生活相談(援助)サービス		生活相談サービス(堅田かすがやま翔裕館の職員が交代で毎日9:00-17:00の間で対応します) 日常生活上のご相談をお伺いいたします。日常生活上の困りごと、健康・体調に関すること、地域情報に関する事等のご相談に応じます。
上記以外のサービスの内容		
食事提供サービス	52,500 円/月額	食事提供サービスは、喫食された分の請求となります。 食事食費 : 月額 52,500 円(30日の場合) (食費内訳) 朝食 500 円 昼食 650 円 夕食 600 円 [食事提供時間] 朝食 8時00分～ 9時00分まで 昼食 12時00分～ 13時00分まで 夕食 17時00分～ 18時00分まで ※定食は、事前予約(3日前)が必要となります。
おやつ提供サービス	200 円/1食につき	希望によりおやつを提供します。(10時又は15時頃)
配膳・下膳サービス	200 円/1回につき	希望により配膳・下膳を行います。
健康の維持増進サービス	2,000 円/月額	健康上の相談、血圧等の測定を行います。 希望された場合の料金は、定額制となります。
通院等付き添いサービス	1,000 円/30分	入居者の希望により、通院等の付き添い介助が必要な場合には、付き添います。
服薬支援サービス	3,000 円/月額	入居者の希望により、月額定額制で実施いたします。
入浴・排泄・食事等の介護サービス	35,500 円/月額	入浴・排泄・食事等の介護サービスを提供します。 介護サービスは、入居者の希望により提供します。 希望された場合の料金は、定額制となります。
洗濯・清掃等の家事サービス	800 円/30分	洗濯・清掃等の家事サービスを提供します。 入居者が選択したサービスを利用できます。 利用された分を月単位で計算の上、請求します。
その他のサービス 買い物等の代行 行政機関への諸手続き代行 その他各種代行	1,000 円/30分	スーパー等への買い物を代行します。 行政機関へ各種諸手続き及び各種届出を代行します。 その他日常生活上必要な各種代行を行います。

※上記のうち、状況把握及び生活相談以外のサービスは、全て入居者の選択制となります。

※上記の「健康の維持増進サービス」は、入居者の選択により実施いたします。選択された場合の費用は、月額定額制となります。但し、1日の延べサービス提供時間は、30分を上限とし、30分を超える場合には、30分につき1,200円(税別)が別途必要となります。(月額定額制を選択されない場合は、必要な都度30分1200円(税別)で提供します)

※上記の「入浴・排泄・食事等の介護サービス」は、入居者の選択により実施いたします。選択された場合の費用は、月額定額制となります。但し、1日の延べサービス提供時間は1.5時間を上限とし、1.5時間を超える場合には、30分につき1,000円(税別)が別途必要となります。(月額定額制を選択されない場合は、必要な都度30分1000円(税別)で提供します)

※当該施設(サービス付き高齢者向け住宅)で提供されるサービスは、全て介護保険適用外となります。

(5) 生活支援サービス職員体制

生活支援サービス提供職員体制等		
生活支援サービス職員		
サービス種類ごとの業務に係る 人数を記載して下さい。	人数	委託先等
状態把握及び生活相談	2人	
食事提供サービス	0人	
健康の維持増進サービス	1人	
介護サービス	3人	
家事サービス	1人	
その他のサービス	1人	
夜間体制 常駐の(<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無)	0人	

(6) 月額利用料の請求及び支払方法

請求方法		
基本サービス料金	毎月末日に締め切り、当月分を請求します。(後払い) (毎月15日までに請求書を送付いたします)	
食費	毎月末日に締め切り、当月分を請求します。(後払い)	
オプションサービス料金	(毎月15日までに請求書を送付いたします)	
支払方法		
(該当する <input type="checkbox"/> にチェック)	<input type="checkbox"/> 振込方式	振込先金融機関名： 三菱UFJ銀行 京都支店 預 金： 普通預金 口座番号： 3887156 口座名義人： 株式会社サンガジャパン 振込手数料負担者： 借主負担
	<input type="checkbox"/> 口座自動振替方式	都市銀行、地方銀行、信用金庫、ゆうちょ銀行、農業協同組合等の金融機関を指定いただけます。
	<input type="checkbox"/> 持参方式	直接事業所の事務室へお支払下さい
	<ul style="list-style-type: none"> ・振込の場合の振込手数料はご入居者の負担となります。 ・振込方式、持参方式の場合は、翌月末日までにお支払下さい。 	

(7) 生活支援サービス利用者からの苦情に対する窓口等の状況

利用者からの苦情に対応する窓口等の状況			
窓口の名称	かすがやま翔裕館 I 号館 1 階事務室		
電話番号/内線	(電話) 077-571-2510	(内線)	番
対応している時間	平日	9時00分 ~ 17時00分	
	土曜	-	
	日曜	-	
	祝日	-	
定休日	土曜・日曜・祝祭日・年末年始 (12/30-1/4)		
留意事項	苦情受付担当者が不在の場合は、翌日の受付となります。		
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			
	具体的に対応	施設管理者と協議し、迅速に対応します。	
外部苦情窓口			
	(株)サンガジャパン 西日本支社	電話番号	075-256-8700

(8) 生活支援サービス利用に当たっての留意事項

外出・帰宅・訪問等	
	<ul style="list-style-type: none"> ・住宅正面玄関は、自由に入出入り(8:00-19:00)できますが、外出時は事務室へお声かけ下さい。 ・外泊時は、事前に外泊簿を提出下さい。 ・帰宅及び訪問等は、備え付けのインターホンを鳴らして下さい。事務室とつながります。
共用施設の利用について	
食堂(1階)	ご自由にお使い下さい。他の利用者に迷惑とならないよう配慮をお願いします。(食事時間帯には、食事を提供します)
居間(2・3階)	ご自由にお使い下さい。他の利用者に迷惑とならないよう配慮をお願いします。
台所(2・3階)	台所の利用希望については、予約表に記載下さい。
浴室及び脱衣室 (2階2ヶ所、3階1ヶ所)	飲酒後の入浴は、避けて下さい。予約表に記載し、他の利用者の迷惑とならないよう配慮をお願いします。
共用トイレ (各階1ヶ所)	各階に共用トイレを1ヶ所設置してあります。ご自由にお使い下さい。他の利用者に迷惑とならないよう配慮をお願いします。
洗濯室(1階) *洗濯室内に汚物室あり	他の利用者への迷惑にならないよう配慮をお願いします。 洗剤は、各自で準備をお願いします。 [洗濯場利用時間] 7時00分~20時00分 [洗濯機の利用料] 1回:200円(洗剤別) [乾燥機の利用料] 1回:100円(30分程度)

登録事項等についての説明

貸主(甲)住所 埼玉県さいたま市大宮区桜木町一丁目11番地9

氏名 株式会社サンガジャパン 代表取締役 神成裕介
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) かすがやましようゆうかんいちごうかん かすがやま翔裕館 I 号館
所在地	(住居表示) 滋賀県大津市本堅田6丁目16番8号
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1.電車(湖西 線 堅田 駅から 徒歩 で 7分) <input type="checkbox"/> 2.その他()
住宅に関する権原	<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 期間 平成 28年 2月 1日から 令和 28年 1月 31日まで
施設に関する権原	<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 期間 平成 28年 2月 1日から 令和 28年 1月 31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 28年 2月 1日から 令和 28年 1月 31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 又は氏名	(ふりがな) かぶしきがいしゃさんがじゃぱん 株式会社サンガジャパン
住所 (法人にあっては 主たる事務所)	(郵便番号 330-0854) 埼玉県さいたま市大宮区桜木町一丁目11番地9 電話番号 048-614-1541
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)
	商号、名称又は氏名
	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	

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) かぶしきがいしやさんがじゃばん 株式会社サンガジャパン
事務所の所在地	(郵便番号 330-0854) 埼玉県さいたま市大宮区桜木町一丁目11番地9 電話番号 048-614-1541

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) 18.00 m ²
	(最大) 18.00 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 地上 3 階建
竣工の年月	平成 28 年 2 月 1 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。 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 <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) (「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)	
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 20000円(税別)	詳細については、別添 4 のとおり
	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 52500円(税別)	
	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 35500円(税別)	

	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 3200円(税別)
	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 2000円(税別)
	その他	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 2000円(税別)
家賃の概算額	(最低)	約 56,000 円	
	(最高)	約 63,000 円	
共益費の概算額	(最低)	約 26,000 円	共益費 12,000円 管理費 14,000円(税別)
	(最高)	約 26,000 円	共益費 12,000円 管理費 14,000円(税別)
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	<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 <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 ()		
	<input checked="" type="checkbox"/> 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。

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 ()

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	事業所の番号	事業所の場所
かたた訪問介護ステーション	訪問介護	2570105532	<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
かすがやまデイサービス	デイサービス	2570105533	<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
			<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方		
事業所の名称	(ふりがな) かたたえきまえしょうゆうかん かたた駅前翔裕館	(ふりがな) びわこおおはしびょういん 琵琶湖大橋病院
事業所の住所	(郵便番号 520-0242) 滋賀県大津市本堅田6丁目31番29号 電話番号 077-571-6555	(郵便番号 520-0242) 滋賀県大津市真野5丁目1番29号 電話番号 077-571-4321
連携又は協力の内容	緊急時の応援、日々の研修等の連携 職員の応援体制等。	入院治療、通院治療及び救急受診の受け入れ等。

連携又は協力の相手方		
事業所の名称	(ふりがな)	(ふりがな)
事業所の住所	(郵便番号)	(郵便番号)
連携又は協力の内容		

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を遵守し、サービス付き高齢者向け住宅事業の実施を行います。
 高齢者が住み心地よく、安全・安心な住まいづくりと入居者の居住の安定を確保します。

 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。

令和 年 月 日
 借主(乙)住所
 氏名

印

役員名簿

(ふりがな) 氏名	役名等
かなり ゆうすけ 神成 裕介	代表取締役
とみおか しんすけ 富岡 慎介	常務取締役
あり よしのり 新井 祥典	常務取締役
やまもと まさお 山本 政男	取締役
ほらぐち じゅんいち 洞口 淳一	取締役
やまぐち ともひろ 山口 智博	取締役
ふじい しんご 藤井 真吾	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。

面に記載し、その書面をこの書面の次に添付すること。

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

住棟番号	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	×	○	○	×	○	○	18	201号～203号 205号～208号 210号～211号 301号～303号 305号～308号 310号～311号	63,000
1	18	×		○	×	○	○	10	212号～213号 215号～217号 312号～313号 315号～317号	56,000

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、完備を含め全ての欄に○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 (㎡)	整備箇所	想定利用戸数 (戸)	備考
食堂	1	99.91	1階	28	
共用トイレ	1	4.29	1階	28	
居間	2	44.16	2階、3階各1ヶ所	28	
浴室及び 脱衣室	3	21.12	2階2ヶ所、3階1ヶ所	28	
共用トイレ	2	6.80	2階、3階各1ヶ所	28	
台所	2	12.54	2階、3階各1ヶ所	28	
洗濯・汚物	1	12.00	1階	28	

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 (法人にあって は主たる事務 所の所在地)	(郵便番号)			電話番号		
常駐する場所		1階事務所					
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	職種	資格名称	人数			
	<input type="checkbox"/> 自らの設置する住宅を管理する医療法人の職員	施設管理者		人			
	<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	介護職員	介護福祉士・ヘルパー2級 他	2 人			
	<input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護サービス事業者の職員	看護職員		人			
	<input type="checkbox"/> ホームヘルパー2級以上の資格を有する者			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 type="checkbox"/> 24時間常駐 <input checked="" 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	8時30分～17時30分		人員	1 人	夜間	1 人
緊急通報サービ スの内容	通報方法	ナースコール(居室、共用トイレ、食堂、居間、脱衣室等に設置)					
	通報先	1階事務所		通報先から住宅までの到着予定時間			2 分
サービス提供の 対価(概算額)	月額	約 20,000円(税別)	前払金の				
	前払金	約 0 円	算定方法				
備考	費用は、月額定額制となります。8時30分から17時30分は常駐の職員を配置します。17時30分から翌8時30分は緊急時対応のための宿直者を配置します。						

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 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 所の所在地)	(郵便番号)			電話番号		
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 対価(概算額)	月額※	約 52,500円(税別)	内訳	朝食 500円(税別) 昼食 650円(税別) 夕食600円(税別)			
	前払金	約 0 円	前払金の 算定方法				
備考	食事提供サービスは、喫食された分の請求となります。 希望により、居室への配膳、下膳を致します。(配膳、下膳1回につき200円(税別)が別途必要となります。 食事の他に、希望によりおやつを提供します。料金は、1食200円(税別)別途必要となります。						

※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の所在地)	(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 type="checkbox"/> その他 ()		
サービス提供の 対価(概算額)		月額	約 35,500円(税別)	前払金の 算定方法	
		前払金	約 円		
備考		介護保険で賄えない「入浴介護、排泄介護、食事介護」を入居者の希望により行います。費用は、月額定額制となります。但し、1日の延べサービス提供時間は1.5時間を上限とし、1.5時間を超える場合は30分1000円(税別)が必要になります。			

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の所在地)	(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の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
提供方法		提供日	<input type="checkbox"/> 365日対応 <input checked="" type="checkbox"/> 次の期間を除く(土・日・祝祭日・年末年始(12/30-1/4))		
		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 3,200円(税別)	前払金の 算定方法	
		前払金	約 円		
備考		介護保険の対象とならない、洗濯、居室清掃等については、入居者の希望により行います。サービス提供費用 : 30分 800円(税別) 精算根拠:1回30分 × 週1回×4週			

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	
商号、名称		(ふりがな)			

委託する 場合の 委託先	又は氏名			
	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	
委託先	住所 (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 type="checkbox"/> 365日対応 ■ 次の期間を除く(土・日・祝祭日・年末年始(12/30-1/4))	
	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 checked="" type="checkbox"/> その他 (服薬管理)		
		月額	約 2,000円(税別)	前払金の算定方法
サービス提供の対価(概算額)	前払金	約 円		
備考	健康維持増進サービス、(健康管理、血圧等の測定)は入居者の選択制となります。選択された場合、月額定額制となります。但し1日の延べサービス提供時間は、30分を上限とし、30分を超える場合は、30分1200円(税別)別途必要となります。 ※通院等の付き添いサービスは、別途30分1000円(税別)が必要となります。 ※服薬支援サービスをご希望の場合は、別途月額3000円(税別)が必要となります。			

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の所在地)	(郵便番号) 電話番号	
委託先	住所 (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 type="checkbox"/> 365日対応 ■ 次の期間を除く(土・日・祝祭日・年末年始(12/30-1/4))
	内容	日常生活上で必要となる各種代行サービス等①買い物代行②行政機関等への諸手続き代行 ③その他代行サービス	
		月額	約 2,000円(税別)
サービス提供の対価(概算額)	前払金	約 0 円	
備考	介護保険の対象ならない、行政等への各種手続き等の代行サービスを入居者の希望により代行します。 30分1000円(税別)積算根拠 1回30分×月2回		

重要事項説明書

記入年月日	令和 5年 5月 1日
記入者名	久保 美也子
所属・職名	かすがやま翔裕館 I 号館 施設長

1. サービスの内容
(全体の方針)

運営に関する方針	<ul style="list-style-type: none"> ・常に愛情と熱意をもって利用者の自立を助け、その家族の繁栄をお手伝いいたします。 ・介護のスペシャリストとして常に自己研鑽に励み、誠意をもって質の高い介護サービスが提供出来るよう、専門性の向上に努めます。 			
サービスの提供内容に関する特色	何時までも快適で健やかに過ごして頂ける様、支援をさせていただきます			
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場合は省略可能

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無	個別機能訓練加算	1 あり	2 なし	
	夜間看護体制加算	1 あり	2 なし	
	医療機関連携加算	1 あり	2 なし	
	看取り介護加算	1 あり	2 なし	
	認知症専門ケア加算	(I)	1 あり	2 なし
		(II)	1 あり	2 なし
	サービス提供体制強化加算	(I)イ	1 あり	2 なし
		(I)ロ	1 あり	2 なし
		(II)	1 あり	2 なし
(III)		1 あり	2 なし	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	1 あり	(介護・看護職員の配置率) : 1		
	2 なし			

(医療連携の内容)

医療支援		1 救急車の手配 ※複数選択可 2 入退院の付き添い 3 通院介助 4 その他)	
協力医療機関	1	名称	琵琶湖大橋病院
		住所	滋賀県大津市真野5丁目1番29号
		診療科目	内科、循環器科、呼吸器科、外科、整形外科、 脳神経外科、眼科、歯科、口腔外科 他
		協力内容	入居者の日々の健康管理及び緊急時の受け入れ など
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	琵琶湖大橋病院
		住所	滋賀県大津市真野5丁目1番29号
		協力内容	入居者の日々の健康管理及び緊急時の受け入れ など

(入居に関する要件)

入居対象となる者	自立している者	1 あり	2 なし
【表示事項】	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	年齢:60歳以上	
契約の解除の内容	入居者又は事業者から契約解除が行われた場合		
事業主体の解除を求める場合	解約条項	本物件の使用目的厳守義務違反により本契約を継続することが困難であると認められるに至った場合等(入居契約書第11条参照)	
	解約予告期間	相当の期間	
入居者からの解約予告期間	1 ヶ月		
体験入居の内容	1 あり (内容:一泊二日 食事込み5,000円(消費税別)) 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 ※1※2
	合計			
		常勤	非常勤	
管理者	1	1	0	
生活相談員	0	0	0	
直接処遇職員	2	0	3	
介護職員	1	1	0	
看護職員	0	0	0	
機能訓練指導員	0	0	0	
計画作成担当者	0	0	0	
栄養士	0	0	0	
調理員	0	0	0	
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
<p>※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。</p> <p>※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。</p>				

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

(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
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

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜間帯の設定時間 (16:30 時 ~ 9:30 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の利用者に対する看護・介護職員の割合 (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※ 【表示事項】	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 d 3 : 1 以上
	実際の配置比率 (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	かたた訪問介護ステーション
	訪問看護事業所の名称	
	通所介護事業所の名称	かすがやまデイサービス

(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	1						
前年度1年間の退職者数				0	0						
応業し務にたに職従	1年未満			0	0						
	1年以上			0	0						

員事 のし た 人 数 経 験 年 数 に	3年未満			0	0						
	3年以上 5年未満			1	0						
	5年以上 10年未満			0	0						
	10年以上			1	0						
従業者の健康診断の実施状況					1 <input checked="" type="radio"/> 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	3	人
	女性	25	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	22	人
要介護度別	自立	0	人
	要支援1	3	人
	要支援2	5	人
	要介護1	9	人
	要介護2	4	人
	要介護3	2	人
	要介護4	3	人
	要介護5	1	人
入居期間別	6ヶ月未満	5	人
	6ヶ月以上1年未満	1	人
	1年以上5年未満	22	人
	5年以上10年未満	0	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	88	歳
入居者数の合計	27	人
入居率*	96	%

※ 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	0	人
	死亡者	4	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) 病状悪化により対応が困難になった為等	
	入居者側の申し出	0	人
		(解約事由の例)	

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	かすがやま翔裕館 I 号館 1階事務室		
電話番号	077-571-2510		
対応している時間	平日	9時00分～17時00分	
	土曜	—	
	日曜・祝日	—	
定休日	土曜・日曜・祝祭日・年末年始(12/30-1/4)		

(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) サービス提供上の事故により入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合、不可抗力による場合を除き賠償される。
	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) サービス提供上の事故により入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合、不可抗力による場合を除き賠償される。
	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		

5. 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

6. その他

運営懇談会	1 あり	(開催頻度) 1年 1 回程度
	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の不適合事項	1 あり 2 なし
不適合事項がある場合の内容	

※ _____様

説明年月日 令和 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

事業主体が滋賀県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	かたた訪問介護ステーション	大津市本堅田6-16-8
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	かすがやまデイサービス	大津市本堅田6-16-8
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	琵琶湖大橋ケアホテル	大津市本堅田4-4-21
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	ひらたデイサービス	彦根市平田町1114-1
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	琵琶湖大橋グループホーム	大津市本堅田4-4-18
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	ひらたケアレジデンス翔裕館	彦根市平田町1114-1
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	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	かたた駅前ケアプランセンター	大津市本堅田6-31-29
＜居宅介護予防サービス＞				
介護予防訪問介護	あり	なし	かたた訪問介護ステーション	大津市本堅田6-16-8
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	かすがやまデイサービス	大津市本堅田6-16-8
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	琵琶湖大橋ケアホテル	大津市本堅田4-4-21
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	ひらたデイサービス	彦根市平田町1114-1
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	琵琶湖大橋グループホーム	大津市本堅田4-4-18
介護予防支援	あり	なし	かたた駅前ケアプランセンター	大津市本堅田6-31-29
＜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		
-----------	----	----	--	--

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	あり	備考	
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）				包含※2	都度※2		料金※3
	なし	あり	なし	あり				
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり	○	○	1,100 都度サービスの場合、30分につき1,110円（税込）が必要となります	
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	○	○	1,100 都度サービスの場合、30分につき1,100円（税込）が必要となります	
おむつ代			なし	あり			実費	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	○	○	1,100 都度サービスの場合、30分につき1,100円（税込）が必要となります	
特浴介助	なし	あり	なし	あり	○	○	1,100 都度サービスの場合、30分につき1,100円（税込）が必要となります	
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり	○	○	1,100 都度サービスの場合、30分につき1,100円（税込）が必要となります	
機能訓練	なし	あり	なし	あり				
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	1,100 通院等の付き添い介助が必要な場合には、付き添います	
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○	880 必要な都度、30分880円（税込）が必要となります	
リネン交換	なし	あり	なし	あり		○	880 必要な都度、30分880円（税込）が必要となります	
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	880 必要な都度、30分880円（税込）が必要となります	
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり		○	220 配膳・下膳1回につき、220円（税込）が必要となります	
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり		○	実費	
おやつ			なし	あり		○	110 ご希望により、10時若しくは15時に提供します	
理美容師による理美容サービス			なし	あり				
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	1,100 必要な都度、30分1100円（税込）が必要となります	
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	1,100 必要な都度、30分1100円（税込）が必要となります	
金銭・貯金管理			なし	あり				
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり				
健康相談	なし	あり	なし	あり	○	○	2,200 健康上の相談、血圧測定等を行います	
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり				
服薬支援	なし	あり	なし	あり	○		3,300 希望により月額定額制で実施します	
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり	○			
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	なし	あり	なし	あり				
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり			必要な都度、30分1100円（税込）が必要となります（緊急時等）	
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり				
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり				

※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、月額サービス費用に包括される場合と、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回あたりの金額と、単位を明確にして記入する。