

登録事項等についての説明（高齢者住まい法第17条関係）

年 月 日

登録事項等についての説明

貸主（甲） 住所 埼玉県北本市石戸宿1-53
 氏名 株式会社アジアメデカ元気事業団
 代理人 住所
 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) ざくらしつくめでかまんしょんおおつ ザ・クラシックメデカマンション大津
所在地	(住居表示) 〒520-0054 滋賀県大津市逢坂1丁目4番36号
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 電車（ JR琵琶湖線 大津駅から徒歩で3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 2022年 11月 1日から 2052年 10月 31日まで
施設に関する 権原	<input 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 2022年 11月 1日から 2052年 10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 2022年 11月 1日から 2052年 10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) かぶしきかいしゃあじあめでかげんきじぎょうだん	
	株式会社アジアメデカ元気事業団	
住 所 (法人にあっ ては 主たる事務所 の所在地)	(郵便番号 364-0025)	
	埼玉県北本市石戸宿 1-5-3 電話番号 048-580-7535	
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	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) かぶしきかいしゃあじあめでかげんきじぎょうだん	
	株式会社アジアメデカ元気事業団	
事務所の所在地	(郵便番号 364-0025)	
	埼玉県北本市石戸宿 1-5-3 電話番号 048-580-7535	

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	42	戸	
居住部分の規模	(最小)	18.00	m ²	詳細については、別添 3 のとおり
	(最大)	18.56	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	RC	造	階数 地上 4 階建
竣工の年月	2022 年 8 月 30 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 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	2022 年 12 月 1 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 (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 18,700 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 58,950 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 24,200 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 3,520 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 2,200 円
	その他	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 2,200 円
家賃の概算額	(最低) 約 69,000 円	住戸ごとの内容は別添 3 のとおり	
	(最高) 約 72,000 円		
共益費の概算額	(最低) 約 26,400 円		
	(最高) 約 26,400 円		
敷金の概算額	(最低) 約 207,000 円	家賃の 3.0 月分	
	(最高) 約 216,000 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	
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	_____ 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)		

詳細については、別添 4 のとおり

特定施設入居者生活介護事業所	<input type="checkbox"/> 指定を受けている
	<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
	<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
	<input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けていない
介護サービス情報	(特定施設入居者生活介護事業者、地域密着型特定施設入居者生活介護事業所若しくは介護予防特定施設入居者生活介護事業所の指定を受けている場合には、別紙により、介護保険法第115条の35第1項に規定する介護サービス情報を示す。)

※前払金とは、終身又は入居契約の期間にわたって受領すべき家賃等の全部又は一部を一括して受領する場合をいう。

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 (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
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	5年ごとの設備点検及び必要により更新を行う

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
ヘルパーステーションクラシック メデカ大津	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
デイサービスクラシックメデカ大津	バイタルチェック・機能訓練・リハビリテーション・作業活動による自立支援	<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

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) せたおおえしょうゆうかん ----- 瀬田大江翔裕館
事業所の所在地	(郵便番号 520-2123) 滋賀県大津市瀬田大江町32-19 電話番号 077-547-2775
連携又は協力の内容	状態把握の情報共有及び連携・緊急時の応援等

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) きょうとおとわしょうゆうかん ----- 京都おとわ翔裕館
	(郵便番号 607-8111)

事業所の所在地	京都府京都市山科区小山南溝町17 電話番号 075-595-2650
連携又は協力の内容	日々の研修及び緊急時の応援体制等の連携
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あかつきかい ----- 医療法人社団あかつき会
事業所の所在地	(郵便番号 520-0105) 滋賀県大津市下阪本2丁目20番57号 電話番号 077-572-8088
連携又は協力の内容	入居者急変時の連絡・相談・受け入れ、定期往診

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法令を遵守し、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。

年 月 日

借主（乙） 住所

氏名

役員名簿

(ふりがな) 氏 名	役名等
まつもとひろし 松本弘	代表取締役
ほらぐちじゅんいち 洞口淳一	取締役社長
あらいよしのり 新井祥典	取締役
ふじいしんご 藤井真吾	取締役
さかまきえみこ 酒巻恵美子	取締役
まるやまかずゆき 丸山一之	監査役

役員名簿

<p>(ふりがな) 氏 名</p>	<p>役名等</p>

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	3	208.88	2F, 3F, 4F	42	各階1ヶ所
浴室	6	28.97	2F, 3F, 4F	42	各階2ヶ所
脱衣室	6	27.49	2F, 3F, 4F	42	各階2ヶ所
共用便所	3	10.64	2F, 3F, 4F	42	各階1ヶ所
汚物処理室	3	5.55	2F, 3F, 4F	42	各階1ヶ所
洗濯室	3	11.66	2F, 3F, 4F	42	各階1ヶ所

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。

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)				
サービスを提供する法人等の別	<input type="checkbox"/> 医療法人 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> 指定居宅サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定地域密着型サービス事業者		<input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護予防サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者 <input checked="" 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 type="checkbox"/> 養成研修修了者	人員 人	
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士	人員	3 人	<input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員 3 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 <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	8 時	30 分	~	17 時 30 分	人員 3 人
	上記以外の時間	17 時	30 分	~	8 時 30 分	人員 1 人
毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法	居宅訪問				毎日 1 回	
	<input type="checkbox"/> 入居者から居住部分への訪問を希望する旨の申出があった場合は、当該居住部分への訪問（近接する土地に常駐する場合のみ）					

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 0 分	
		上記以外の日	<input type="checkbox"/> 24時間	
	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 18,700 円	前払金の算定方法	
	前払金	約 0 円		
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宿直者を配置します。			

※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。

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) かぶしきがいしやかめおかきゅうしょくせんたー 株式会社亀岡給食センター
	住所 (法人にあつては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 621-0013) 京都府亀岡市大井町並河3丁目28-13 電話番号 0771-25-0147
	住所 (法人にあつては本業務に係る事業所の所在地)	(郵便番号 621-0013) 京都府亀岡市大井町並河3丁目28-13 電話番号 0771-25-0147
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"/> その他 ()
	内容	<input type="checkbox"/> 3食 <input checked="" 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 58,950 円 内訳 朝食 448 円 昼食 718 円 夕食 799 円
	前払金	約 0 円 前払金の算定方法
備考	<ul style="list-style-type: none"> ・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、下膳をいたします。 (配膳、下膳各1回につき220円(税込)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124円(税込)が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 24,200 円	前払金の 算定方法		
	前払金	約 0 円			
備考	介護保険で賄えない「入浴介護、排せつ介護、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1100円（税込）が必要になります。				

4. 調理、洗濯、掃除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"/> その他（土・日・祝祭日・年末年始を除く）	
	内容	<input type="checkbox"/> 調理 <input checked="" type="checkbox"/> 洗濯 <input checked="" type="checkbox"/> 掃除	
		<input type="checkbox"/> その他 ()	
サービス提供の対価（概算額）	月額	約 3,520 円	前払金の算定方法
	前払金	約 0 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880円（税込） 積算根拠：1回30分×週1回×4週		

5. 健康の維持増進サービスの内容（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"/> その他（土・日・祝祭日・年末年始を除く）	
	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 checked="" type="checkbox"/> その他（服薬支援サービス）	
サービス提供の対価（概算額）	月額	約 2,200 円	前払金の算定方法
	前払金	約 0 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1320円（税込）が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1100円（税込）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3300円（税込）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"/> その他（土・日・祝祭日・年末年始を除く）			
	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			
サービス提供の対価（概算額）	月額	約	2,200	円	前払金の算定方法
	前払金	約	0	円	
備考	介護保険の対象とならない、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1100円（税込） 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 年 月 日
記入者名	轟 絃子
所属・職名	施設長

※ 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」を添付するため記載欄削除

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」を添付するため記載欄削除

3. 建物概要

※「登録事項等についての説明」を添付するため記載欄削除

**4. サービスの内容
(全体の方針)**

運営に関する方針	入居者ができる限り継続して地域社会との関わりを持ち続け、自身の生き甲斐を創出できる環境づくりを行う。
サービスの提供内容に関する特色	介護予防及び自立支援の観点から、お世話をするのではなく、自らができる環境整備と的確な支援を行う。
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	入居継続支援加算	1 あり 2 なし	
	生活機能向上連携加算	1 あり 2 なし	
	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	
	若年性認知症入居者受入加算	1 あり 2 なし	
	医療機関連携加算	1 あり 2 なし	
	口腔衛生管理体制加算	1 あり 2 なし	
	栄養スクリーニング加算	1 あり 2 なし	
	退院・退所時連携加算	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	※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	1	名称	医療法人社団あかつき会 本丸たけだ医院
		住所	滋賀県大津市本丸町 2-18
		診療科目	内科

		協力内容	訪問診療
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
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場合は省略可能

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可	1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 3 その他 ()	
判断基準の内容		
手続きの内容		
追加的費用の有無	1 あり 2 なし	
居室利用権の取扱い		
前払金償却の調整の有無	1 あり 2 なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	1 あり 2 なし
	便所の変更	1 あり 2 なし
	浴室の変更	1 あり 2 なし
	洗面所の変更	1 あり 2 なし
	台所の変更	1 あり 2 なし
	その他の変更	1 あり (変更内容) 2 なし

(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	<p>① 外出・帰宅・訪問等 住宅正面玄関は、オートロックとなっております。 外出時は、1階事務所へ声掛けしてください。外泊時は、事前に外泊簿を提出してください。</p> <p>② 共用施設の利用について ・浴室 飲酒後の入浴は避けてください。予約表に記載し、他の利用者に迷惑にならないように配慮をお願いします。 ・台所 台所の利用希望については、予約表に記載ください。 ・食堂 他の利用者に迷惑にならないように配慮をお願いします。 ・洗濯室 洗剤等はご自分の物を使用してください。 洗濯場利用時間：7：00～20：00</p> <p>③ ゴミ処理について ゴミ出しについては、既定の日時に各自で廃棄してください。各自の廃棄が困難な場合は玄関入口にて対応致します。</p>	

契約の解除の内容	1 か月前に解約の申し入れを行うことにより本契約を解約できる。	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	正当な理由なく入居者が支払うべき利用料 3 か月分以上滞納した場合において、入居者に対して相当の期間を定めてもなお期間内に滞納額の全額の支払いがない場合、解除できる。
	解約予告期間	1 ヶ月
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：空室がある場合に限る） 2 なし	
入居定員	42 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）

	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		0.5
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員	6	3	3	4.5
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	1	1		0.5
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※2				
※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	3	2	1
実務者研修の修了者	1	1	
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			
はり師			
きゅう師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (17時30分～8時30分)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	人	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 (記入日時点での利用者数 : 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								
		資格等の名称								
		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										
前年度1年間の退職者数										
業務に応じた職員の数 業務に従事した経験年の人数	1年未満									
	1年以上									
	3年未満									
	3年以上									
	5年未満									
	5年以上									
	10年未満									
10年以上										
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」を添付するため記載欄削除

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

(入居者の属性)

平均年齢	歳
入居者数の合計	人
入居率※	%
※ 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を含む。	

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	人
	社会福祉施設	人
	医療機関	人
	死亡者	人
	その他	人
生前解約の状況	施設側の申し出	人 (解約事由の例)
	入居者側の申し出	人 (解約事由の例)

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		施設長
電話番号		077-572-9122
対応している時間	平日	8:30~17:30
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		日曜日・祝祭日

(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) ・利用者の私物破損の賠償 ・施設の責に帰すべき事由による事象
	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) ・受診手配及び付き添い ・救急車手配 ・家族への電話連絡 ・加入保険による金銭補償
	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	令和4年12月予定
		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 1 回 予定
	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		
不適合事項がある場合の 内容		

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）

※_____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 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	なし	ヘルパーステーションクラシックメデカ大津	大津市逢坂一丁目4番36号
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		
<居宅介護予防サービス>				
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		
介護医療院	あり	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	あり		
	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	備 考
			なし	あり	なし				
介護サービス									
食事介助	なし	あり	なし	あり	○				
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	○				
おむつ代			なし	あり					
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	○				
特浴介助	なし	あり	なし	あり	○				
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり	○				
機能訓練	なし	あり	なし	あり					
通院介助	なし	あり	なし	あり					※5km 圏内
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○				
リネン交換	なし	あり	なし	あり					
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○				
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	○				
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり	○				
おやつ			なし	あり	○				
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	○				※5km 圏内
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	○				
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	○				
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	○				
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					
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。