

重要事項説明書

記入年月日	令和7年7月1日
記入者名	藤本 沙津紀
所属・職名	施設長

1. 事業主体概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	合同会社
名称	(ふりがな) ごうどうがいしやすていぶる 合同会社 stable	
主たる事務所の所在地	〒557-0045 大阪市西成区玉出西2丁目4-11	
連絡先	電話番号	06-6655-1255
	FAX番号	06-6655-0130
	メールアドレス	syunimel@outlook.jp
	ホームページアドレス	https://stable-osaka.com/
代表者	氏名	悦田 文秀
	職名	代表社員
設立年月日	令和元年6月3日	
主な実施事業	※別添1 (別に実施する介護サービス一覧表)	

2. 有料老人ホーム事業の概要

(住まいの概要)

名称	(ふりがな) すかいぱれっと スカイパレット	
所在地	〒601-1434 京都府京都市伏見区石田森南町2番地2	
主な利用交通手段	最寄駅	京都市営地下鉄東西線石田駅
	交通手段と所要時間	京都市営地下鉄東西線石田駅から徒歩3分 (280m)
連絡先	電話番号	075-575-5750
	FAX番号	075-575-5756

	メールアドレス	skypalette2025@outlook.jp
	ホームページアドレス	https://stable-osaka.com/
管理者	氏名	藤本 沙津紀
	職名	施設長
建物の竣工日		平成 22 年 8 月 22 日
有料老人ホーム事業の開始日		令和 7 年 4 月 1 日

(類型)【表示事項】

1 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合）		
2 介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合）		
<input checked="" type="checkbox"/> 3 住宅型		
4 健康型		
1 又は 2 に 該当する場 合	介護保険事業者番号	
	指定した自治体名	県 (市)
	事業所の指定日	年 月 日
	指定の更新日 (直近)	年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	568.59 m ²	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地（普通賃借・ <input checked="" type="checkbox"/> 定期賃借）	
		抵当権の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (令和7年4月1日～令和27年3月31日) 2 なし
契約の自動更新	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		
建物	延床面積	全体	956.07 m ²
		うち、老人ホーム部分	651.70 m ²
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物	
		2 準耐火建築物	
		3 その他 ()	
構造	1 鉄筋コンクリート造		
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 鉄骨造		
	3 木造		
	4 その他 ()		
所有関係	1 事業者が自ら所有する建物		
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物（普通賃借・ <input checked="" type="checkbox"/> 定期賃借）		

		抵当権の設定	1 あり 2 なし			
		契約期間	1 あり (令和7年4月1日～令和27年3月31日) 2 なし			
		契約の自動更新	1 あり 2 なし			
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室（縁故者居室を含む）				
		2 相部屋あり				
		最少	人部屋			
		最大	人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
	タイプ1	有/無	有/無	13.459 m ²	8	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	13.515 m ²	8	一般居室個室
	タイプ3	有/無	有/無	13.680 m ²	3	一般居室個室
	タイプ4	有/無	有/無	13.693 m ²	1	一般居室個室
	タイプ5	有/無	有/無	m ²		
	タイプ6	有/無	有/無	m ²		
	タイプ7	有/無	有/無	m ²		
タイプ8	有/無	有/無	m ²			
タイプ9	有/無	有/無	m ²			
タイプ10	有/無	有/無	m ²			
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。						
共用施設	共用便所における 便房	2ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房		2ヶ所	
	共用浴室	4ヶ所	個室		4ヶ所	
			大浴場		ヶ所	
	共用浴室における 介護浴槽	ヶ所	チェアー浴		ヶ所	
			リフト浴		ヶ所	
			ストレッチャー浴		ヶ所	
			その他（ ）		ヶ所	
食堂	1 あり 2 なし					
入居者や家族が利 用できる調理設備	1 あり 2 なし					
エレベーター	1 あり（車椅子対応） 2 あり（ストレッチャー対応） 3 あり（上記1・2に該当しない） 4 なし					

消防用設備等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし	
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし	
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし	
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし	
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし	
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし	
緊急通報装置等	居室	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	一部あり	
	2	一部あり	2	一部あり	2	一部あり
	3	なし	3	なし	3	なし
	3	なし	3	なし	3	なし
その他						

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	大阪市内における介護サービス事業の経験と実績に基づき、スカイパレットにおいて、入居者の尊厳と生きがいある生活支援を目的とした安否確認や介護相談、生活支援サービスを提供します。
サービスの提供内容に関する特色	利用者の個別的な選択による介護サービスを実施するためオプションサービスを提供します
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施 2 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 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	(I)	1 あり 2 なし
		(II)	1 あり 2 なし
※1 「協力医療機関連携加算 (I)」は、「相談・診療を行う体制を常時確保し、緊急時に入院を受け入れる体制を	生活機能向上連携加算	(I)	1 あり 2 なし
		(II)	1 あり 2 なし
	ADL維持等加算	(I)	1 あり 2 なし

<p>確保している協力医療機関と連携している場合」に該当する場合を指し、「協力医療機関連携加算（Ⅱ）」は、「協力医療機関連携加算（Ⅰ）」以外に該当する場合を指す。</p> <p>※2 「地域密着型特定施設入居者生活介護」の指定を受けている場合。</p>		(Ⅱ)	1	あり	2	なし	
	個別機能訓練加算	(Ⅰ)	1	あり	2	なし	
		(Ⅱ)	1	あり	2	なし	
	夜間看護体制加算	(Ⅰ)	1	あり	2	なし	
		(Ⅱ)	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
	協力医療機関連携加算（※1）	(Ⅰ)	1	あり	2	なし	
		(Ⅱ)	1	あり	2	なし	
	口腔衛生管理体制加算（※2）			1	あり	2	なし
	口腔・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
	退去時情報提供加算			1	あり	2	なし
	看取り介護加算	(Ⅰ)	1	あり	2	なし	
		(Ⅱ)	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	
	高齢者施設等感染対策向上加算	(Ⅰ)	1	あり	2	なし	
		(Ⅱ)	1	あり	2	なし	
	新興感染症等施設療養費			1	あり	2	なし
	生産性向上推進体制加算	(Ⅰ)	1	あり	2	なし	
(Ⅱ)		1	あり	2	なし		
	(Ⅰ)	1	あり	2	なし		

	サービス提供体制強化加算	(Ⅱ)	1 あり	2 なし
		(Ⅲ)	1 あり	2 なし
	介護職員等処遇改善加算	(Ⅰ)	1 あり	2 なし
		(Ⅱ)	1 あり	2 なし
		(Ⅲ)	1 あり	2 なし
		(Ⅳ)	1 あり	2 なし
		(Ⅴ) (1)	1 あり	2 なし
		(Ⅴ) (2)	1 あり	2 なし
		(Ⅴ) (3)	1 あり	2 なし
		(Ⅴ) (4)	1 あり	2 なし
		(Ⅴ) (5)	1 あり	2 なし
		(Ⅴ) (6)	1 あり	2 なし
		(Ⅴ) (7)	1 あり	2 なし
		(Ⅴ) (8)	1 あり	2 なし
		(Ⅴ) (9)	1 あり	2 なし
		(Ⅴ) (10)	1 あり	2 なし
	(Ⅴ) (11)	1 あり	2 なし	
	(Ⅴ) (12)	1 あり	2 なし	
	(Ⅴ) (13)	1 あり	2 なし	
	(Ⅴ) (14)	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		<input type="checkbox"/> 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	医療法人葵会 さくらクリニック		
		住所	京都府京都市伏見区下鳥羽中円面田町 24-205 号		
		診療科目	内科 精神科		
		協力科目	内科 精神科		
		協力内容	入所者の病状の急変時等において 相談対応を行う体制を常時確保	<input type="checkbox"/> あり	2 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	<input type="checkbox"/> あり	2 なし
	2	名称			
		住所			
		診療科目			
		協力科目			
		協力内容	入所者の病状の急変時等において 相談対応を行う体制を常時確保	1 あり	2 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	1 あり	2 なし
	3	名称			
		住所			
		診療科目			
		協力科目			
		協力内容	入所者の病状の急変時等において 相談対応を行う体制を常時確保	1 あり	2 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	1 あり	2 なし
	4	名称			
		住所			
診療科目					
協力科目					
協力内容		入所者の病状の急変時等において 相談対応を行う体制を常時確保	1 あり	2 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	1 あり 2 なし
	5	名称		
		住所		
		診療科目		
		協力科目		
		協力内容	入所者の病状の急変時等において 相談対応を行う体制を常時確保	1 あり 2 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	1 あり 2 なし			
新興感染症発 生時に連携す る医療機関	1	あり		
		医療機関の名称	医療法人葵会 さくらクリニック	
		医療機関の住所	京都府京都市伏見区下鳥羽中円面田町 24-205 号	
		2	なし	
協力歯科医療 機関	1	名称	医療法人おおいしばし歯科・矯正歯科	
		住所	京都府京都市南区東九条中御霊町 49-1 クロス京都南 1F	
		協力内容	歯科治療全般	
	2	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	介護が必要となった場合、介護保険の在宅サービスの利用が可能です		
契約解除の内容	<p>(事業者からの契約解除)</p> <p>事業者は、入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことが本契約を将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合に、本契約を解除することがあります。</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき 二 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、1ヶ月以上怠ったとき 三 入居契約書第18条の規定に違反したとき 四 入居者の行動が、他の入居者又は職員の生命に危害を及ぼし、又はその危害の切迫したおそれがあり、かつ施設における通常の接遇方法等ではこれを防止することができないとき <p>2 前項の規定に基づく契約の解除の場合、事業者は次の各号に掲げる手続きを書面で行います。</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 契約解除の通告について90日の催告期間をおく 二 前号の通告に先立って入居者及び身元引受人等に弁明の機会を設ける 三 解除催告の予告期間中に入居者の移転先の有無について確認し、移転先がない場合には入居者や身元引受人等と協議し、移転先の確保に協力する。 <p>3 本条1項第四号によって契約を解除する場合は、事業者は前項のほか、書面にて次の手続きを行います。</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 医師の意見を聴く 二 一定の観察期間をおく <p>(入居者からの解除)</p> <p>入居者は、事業者に対して3ヶ月前に解除の申し入れを行うことにより本契約を解除することができます。解約の申し入れは事業者の定める解約届を事業者に届け出るものとします。</p> <p>2 前項にかかわらず、入居者は3ヶ月分の月払い利用料相当額を事業者に支払うことにより、本契約を即時解除することができます。また、3ヶ月前に満たない解除の申し入れにあつては、不足する日数に相当する日割り計算した額を事業者に支払うものとします。</p>		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	同上	

	解約予告期間	3ヶ月
入居者からの解約予告期間		3ヶ月
体験入居の内容	<p>1 あり</p> <p>内容：一泊 6,980 円（消費税別）水道光熱費は宿泊代に含まれます。</p> <p>食事：1日 1,790 円（朝食 460 円 昼食 650 円 夕食 680 円）（消費税別）</p> <p>体験入居期間：1日～7日（延長不可）</p> <p>その他：認知症、寝たきりの方はご相談ください。</p> <p>体験入居中も外出や外食、デイサービスのご利用が可能です。</p> <p>※入居状況により実施出来ない場合があります。</p> <p>2 なし</p>	
入居定員		20人
その他		なし

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		
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員	9		9	
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				
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	4	1	3
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	6		6
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 (18時 00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	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
-------------------------------	-----------------------	---

(一般型特定施設以外の場 合、本欄は省略可能)		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		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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						
前年度1年間の 退職者数				0						
応じた 業務に 従事し た経験 年数に の人数	1年未満			0						
	1年以上 3年未満			1						
	3年以上 5年未満			1						
	5年以上 10年未満			1	5					
	10年以上									
従業者の健康診断の実施状況				<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし						

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式
利用料金の支払い方式	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式

【表示事項】	2 一部前払い・一部月払い方式	
	3 月払い方式	
	4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	1 あり 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり 2 なし	
入院等による不在時における 利用料金（月払い）の取扱い	1 減額なし 2 日割り計算で減額 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額	
利用料金 の改定	条件	施設が所在する自治体が発表する消費者物価 指数及び人件費等 勘案します。
	手続き	運営懇談会の意見を聴いた上で改定するものとします。あらかじめ 事業者は入居者及び身元引受人等に通知します。

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1	プラン2	
入居者の状 況	要介護度	要介護 3	要支援 2	
	年齢	78 歳	80 歳	
居室の状況	床面積	13.459 m ²	13.680 m ²	
	便所	1 有 2 無	1 有 2 無	
	浴室	1 有 2 無	1 有 2 無	
	台所	1 有 2 無	1 有 2 無	
入居時点で 必要な費用	敷金	150,000 円	150,000 円	
	火災保険	20,000 円	20,000 円	
月額費用の合計		135,996 円	135,996 円	
家賃		50,000 円	50,000 円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	円	円	
	介護保険外 ^{※2}	食費	57,996 円	57,996 円
		管理費	17,000 円	17,000 円
		介護費用	実費	実費
		光熱水費	実費	実費
		その他(生活支援サービス費)	11,000 円	11,000 円

※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。

※2 有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない）

(注) 入居者がテレビを設置する場合は、入居者がNHKと個別に契約し、放送受信料を負担する必要

がある。

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	築 10 年以上、近隣の駅から徒歩 5 分などの立地条件から
敷金	150,000 円
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	共用部分の光熱費、施設維持管理費、各居室の水道代
食費	1 日 1 日 1,933 円 (朝食 497 円 昼食 702 円 夕食 734 円) ※税込
光熱水費	電気代は個別契約。水道代は管理費に含む。
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添 2
その他のサービス利用料	受付案内、取次、予約代行、モーニングコール、館内巡回、安否確認、緊急対応、ゴミ収集、記録の作成、配膳・下膳、健康管理、医療機関への連絡

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠) ※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

費目	算定根拠
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担	
特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス (上乘せサービス)	
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能

算定根拠	
想定居住期間 (償却年月数)	ヶ月
償却の開始日	入居日
想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額 (初期償却額)	円
初期償却率	%
返還金の算定方法	入居後 3 月以内の契約終了
	入居後 3 月を超えた契約終了
前払金の保全先	1 連帯保証を行う銀行等の名称
	2 信託契約を行う信託会社等の名称

	3 保証保険を行う保険会社の名称	
	4 全国有料老人ホーム協会	
	5 その他（名称： _____ ）	

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	6人
	女性	13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	3人
	85歳以上	14人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	1人
	要支援2	2人
	要介護1	6人
	要介護2	5人
	要介護3	4人
	要介護4	0人
	要介護5	1人
入居期間別	6ヶ月未満	1人
	6ヶ月以上 1年未満	1人
	1年以上 5年未満	12人
	5年以上 10年未満	3人
	10年以上 15年未満	2人
	15年以上	0人

（入居者の属性）

平均年齢	88.2歳
入居者数の合計	19人
入居率*	95%
※ 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	自宅等	人
-------	-----	---

人数	社会福祉施設		人
	医療機関		人
	死亡		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		スカイパレット (ホーム内窓口 1 階)
電話番号		075-575-5750
対応している時間	平日	8:30~17:30
	土曜	8:30~17:30
	日曜・祝日	8:30~17:30
定休日		なし

窓口の名称		合同会社 stable
電話番号		06-6655-1255
対応している時間	9:00~18:00	9:00~17:00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土曜日、日曜日、祝日、年末年始 (12/29~1/3)

窓口の名称		伏見区役所保健福祉センター 健康福祉部 健康長寿推進課 介護保険担当
電話番号		075-611-2279
対応している時間	平日	8:30~17:00
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし
定休日		土曜日、日曜日、祝日、閉庁日

窓口の名称	京都府福祉サービス運営適正化委員会
-------	-------------------

電話番号	075-252-2152	
対応している 時間	平日	9:00~17:00
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし
定休日	土曜日、日曜日、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"/> 1 あり	(その内容) 東京海上日動火災保険 超ビジネス保険
	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 施設サービス等により事故が発生した場合、 上記損害賠償責任保険において入居者に対し 速やかに損害を賠償します。
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり	実施日	
		結果の開示	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		
第三者による評価の実施状況	<input type="checkbox"/> 1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
管理規程	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
事業収支計画書	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない

財務諸表の要旨	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 1 回
	2 なし	
	<input type="checkbox"/> 1 代替措置あり	(内容)
	2 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 type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	指針の整備	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	定期的な研修の実施	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	担当者の配置	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
身体的拘束等の適正化のための取組の状況	身体的拘束等適正化検討委員会の開催	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	指針の整備	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	定期的な研修の実施	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為（身体的拘束等）を行うこと	
	<input type="checkbox"/> 1 あり	身体的拘束等を行う場合の態様及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録
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 type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	災害に関する業務継続計画	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	職員に対する周知の実施	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	定期的な研修の実施	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	定期的な訓練の実施	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	定期的な業務継続計画の見直し	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 あり (提携ホーム名 :) <input type="checkbox"/> 2 なし	
有料老人ホーム設置時の老人	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	

福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出	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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 年 月 日

説明者署名

私は、事業者から本書面により、重要事項の説明を受け、スカイパレット住宅型有料老人ホームの入居に同意し、本書面を受領しました。

(入居者)

住所 〒

氏名

印

(代理人)

住所 〒

氏名

印

(続柄)

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等

介護サービス等の種類			併設・隣接の状況	事業所の名称	所在地
<居宅サービス>					
訪問介護	あり	なし	併設・隣接	ステーブル石田	京都府京都市伏見区石田森南町2番地2
訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
通所介護	あり	なし	併設・隣接	デイサービスセンター空	京都府京都市伏見区石田森南町2番地2
通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
<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	併設・隣接		
夜間対応型訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
居宅介護支援	あり	なし	併設・隣接		
<居宅介護予防サービス>					
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
<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	併設・隣接		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防支援	あり	なし	併設・隣接		
<介護保険施設>					
介護老人福祉施設	あり	なし	併設・隣接		
介護老人保健施設	あり	なし	併設・隣接		
介護療養型医療施設	あり	なし	併設・隣接		
介護医療院	あり	なし	併設・隣接		
<介護予防・日常生活支援総合事業>					
訪問型サービス	あり	なし	併設・隣接	ステーブル石田	京都府京都市伏見区石田森南町2番地2
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接	デイサービスセンター空	京都府京都市伏見区石田森南町2番地2
その他の生活支援サービス	あり	なし	併設・隣接		

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		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		
介護サービス							
食事介助	なし	あり	なし	あり		○	※都度の個別料金については、別紙オプションサービス料金体系表を参照
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		○	
口腔衛生管理	なし	あり	なし	あり			
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	○		基本的には食堂での食事となります
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		○	通常の利用区域に限る
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		○	看護師による月1回の定期問診
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							
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○	協力医療機関及び協力医療機関以外も可能
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～3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。