

記入年月日	2025年 9月 1日
記入者名	小野 典子
所属・職名	有限会社タマホーム

1. サービス等の内容
(全体の方針)

運営に関する方針	別添1 運営規定に基づく
サービスの提供内容に関する特色	状況把握・生活相談サービス 食事の提供サービス
入浴、排せつ又は食事の介護	<input type="checkbox"/> 自ら実施 <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> なし (※個別契約による介護事業所により実施)
食事の提供	<input type="checkbox"/> 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input type="checkbox"/> 自ら実施 <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> なし (※個別契約による介護事業所により実施)
健康管理の供与	<input type="checkbox"/> 自ら実施 <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> なし (※個別契約による介護事業所により実施)
安否確認又は状況把握サービス	<input type="checkbox"/> 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> なし
生活相談サービス	<input type="checkbox"/> 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 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 ※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確保している場合」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。	入居継続支援加算	(i)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		(ii)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	生活機能向上連携加算	(i)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		(ii)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	ADL維持等加算	(i)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		(ii)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	個別機能訓練加算	(i)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		(ii)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	夜間看護体制加算	(i)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		(ii)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	若年性認知症入居者受入加算		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	協力医療機関連携加算(※1)	(i)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		(ii)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	口腔衛生管理体制加算(※2)		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
口腔・栄養スクリーニング加算		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
退院・退所時連携加算		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
退去時情報提供加算		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
※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。	看取り介護加算	(i)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		(ii)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	認知症専門ケア加算	(i)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		(ii)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	高齢者施設等感染対策向上加算	(i)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		(ii)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	新興感染症等施設療養費		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	生産性向上推進体制加算	(i)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		(ii)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	サービス提供体制強化加算	(i)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		(ii)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		(iii)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

	介護職員等処遇改善加算	(i)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		(ii)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		(iii)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		(iv)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		(v) (1)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		(v) (2)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		(v) (3)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		(v) (4)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		(v) (5)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		(v) (6)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		(v) (7)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		(v) (8)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		(v) (9)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		(v) (10)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		(v) (11)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
(v) (12)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
(v) (13)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
(v) (14)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	<input type="checkbox"/> あり	(介護・看護職員の配置率)	:1
	<input type="checkbox"/> なし		

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可	<input checked="" type="checkbox"/> 救急車の手配				
	<input type="checkbox"/> 入退院の付き添い (別途自社サービスにて実施可)				
	<input type="checkbox"/> 通院介助 (別途自社サービスにて実施可)				
	<input type="checkbox"/> その他()				
協力医療機関	1	名称	医療法人財団コンフォート コンフォート君津クリニック		
		住所	〒299-1151 千葉県君津市中野 1-15-26 清水ビルⅡ		
		診療科目	内科	協力科目	往診・24時間オンコール
		協力内容	入居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 checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	2	名称	株式会社タカサ		
		住所	〒290-0044 千葉縣市原市玉前西 2-1-3		
		診療科目	薬剤師 居宅療養管理指導	協力科目	配薬・服薬相談等
協力内容		入居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 checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> なし		
新興感染症発生時に連携する医療機関	<input checked="" type="checkbox"/> あり				
	医療機関の名称				
	医療機関の住所				
	<input type="checkbox"/> なし				

協力歯科医療 機関	1	名称	医療法人社団一志会 木更津きらら歯科
		住所	〒292-0835 千葉県木更津市築地 1-4 イノモール木更津 2階
		協力内容	往診・電話相談

(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	<input type="checkbox"/> 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 介護居室へ移る場合 <input checked="" type="checkbox"/> その他(身体状況に適した居室に移る場合)	
判断基準の内容	主治医、介護事業者、ケアマネージャー、ご家族等と検討	
手続きの内容	サービス付き高齢者向け住宅入居契約変更合意書の締結	
追加的費用の有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
居室利用権の取扱い	締結した原契約書に基づく	
前払金償却の調整の有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	便所の変更	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	浴室の変更	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	洗面所の変更	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	台所の変更	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	その他の変更	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※相談に応じる
	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	別添1 運営規定に基づく	
契約の解除の内容	サービス付き高齢者向け住宅入居契約書 契約条項第11条の乙の義務違反	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	契約条項第11条
	解約予告期間	相当期間
入居者からの解約予告期間	30日	
体験入居の内容	<input type="checkbox"/> あり(内容:) <input checked="" type="checkbox"/> なし	
入居定員	29人	
その他	サービス付き高齢者向け住宅入居契約書に基づく	

2. 職員体制 ※サービス付き高齢者向け住宅事業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
生活相談員				

直接処遇職員				
介護職員				
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)

(資格を有している機能訓練指導員の人

	合計				合計		
		常勤	非常勤			常勤	非常勤
社会福祉士	1	1(兼務)		看護師又は准看護師			
介護福祉士	4	2(兼務)	2(兼務)	理学療法士			
実務者研修の修了者	2	2(兼務)		作業療法士			
初任者研修の修了者	1		1(兼務)	言語聴覚士			
介護支援専門員				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00分～翌6時00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】	<input type="checkbox"/> 1.5:1以上 <input type="checkbox"/> 2:1以上 <input type="checkbox"/> 2.5:1以上 <input type="checkbox"/> 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) ※委託先：社会福祉法人多宝会 ハートケア訪問介護支援センター

管理者	他の職務との兼務	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
-----	----------	--

		業務に係る資格等		<input checked="" type="checkbox"/> あり		資格等の名称		准看護師			
				<input type="checkbox"/> 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											
業務に従事した経年数に応じた職員の人数	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				<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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	9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	9人
	85歳以上	12人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	1人
	要支援2	1人
	要介護1	5人
	要介護2	6人
	要介護3	7人
	要介護4	2人
	要介護5	0人
入居期間別	6ヶ月未満	1人
	6ヶ月以上1年未満	3人
	1年以上5年未満	15人
	5年以上10年未満	3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	86.28歳
入居者数の合計	22人
入居率 [※]	75.86%
※ 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	1人
	社会福祉施設	0人
	医療機関	0人
	死亡者	5人
	その他	2人
	生前解約の状況	施設側の申し出
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		社会福祉法人多宝会 訪問介護支援センター
電話番号		0438-53-7831
対応している時間	平日	8:30-17:30 ※24時間対応可能な体制をとる
	土曜	8:30-17:30 ※24時間対応可能な体制をとる
	日曜・祝日	8:30-17:30 ※24時間対応可能な体制をとる
定休日		土・日・祝
窓口の名称		有限会社 タマホーム
電話番号		0438-25-2890
対応している時間	平日	9:00-17:30
	土曜	9:00-17:30
	日曜・祝日	9:00-17:30
定休日		ゴールデンウィーク・お盆・年末年始
窓口の名称		千葉県 県土整備部 都市整備局 住宅課 (高齢者の居住の安定確保に関する法律に係る事項)
電話番号		043-223-3231
対応している時間	平日	8:30-17:15
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土・日・祝

(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	(その内容) 損保ジャパン日本興亜(株)の賠償責任保険。【賠償責任保険/施設所有者特約/生産物特約/受託者特約】
	<input type="checkbox"/> 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"/> あり	(その内容) 事故報告・事故防止委員会・KYTミーティング・リスクアセスメント活動・再発防止対策
	<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"/> あり	実施日	
		結果の開示	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<input checked="" 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 type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input checked="" 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 checked="" 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 ※委託先事業者はHP等で公開
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 ※委託先事業者はHP等で公開
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 ※委託先事業者はHP等で公開

6. その他

運営懇談会	<input type="checkbox"/> あり	(開催頻度)年 回
	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
	<input type="checkbox"/> 代替措置あり	(内容)担当者会議・ケア会議等
	<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	高齢者虐待防止対策検討委員会の定期的な開催	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	指針の整備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	定期的な研修の実施	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	担当者の配置	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
身体的拘束等廃止のための取組状況	身体的拘束等適正化検討委員会の開催	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	指針の整備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	定期的な研修の実施	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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"/> 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
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="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	災害に関する業務継続計画	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	従事者に対する周知の実施	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	定期的な研修の実施	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	定期的な訓練の実施	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	定期的な業務継続計画の見直し	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

提携ホームへの移行 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> あり(提携ホーム名: 地域密着型特別養護老人ホームハートケア八幡台館 小規模多機能型居宅介護ハートケア八幡台館 <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 checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり(平成28年1月4日登録) <input type="checkbox"/> なし
千葉県有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	千葉県有料老人ホームの設置運営指導指針 7・8
不適合事項がある場合の内容	人員の配置 ハ栄養士・二調理員の未配置/運営懇談会の開催(第三者的立場の者の未参加)他

※1. 添付書類:別添1(ハートケア貞元館運営規定)

※2. 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。

説明年月日 年 月 日

登録事業者

_____ 有限会社タマホーム _____

所在地 _____ 千葉県木更津市東中央 2-10-15 _____

代表者

_____ 代表取締役 玉丸 森敏 _____

説明者署

_____ 小野 典子 _____

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及び千葉県有料老人ホーム設置運営指導指針 12 に基づく重要事項説明を受けました。

借主(乙)署名 _____

代理人() _____

別添7 事業主体(※委託先法人)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	ハートケア訪問介護支援センター	木更津市清見台東 1-23-1
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		
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	小規模多機能型居宅介護ハートケア八幡台館	木更津市八幡台 4-6-16
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	地域密着型特別養護老人ホーム ハートケア八幡台館	木更津市八幡台 4-6-16
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	ハートケア居宅介護支援センター	木更津市東太田 2-15-19-106
<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	小規模多機能型居宅介護ハートケア八幡台館	木更津市八幡台 4-6-16
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	地域密着型特別養護老人ホーム ハートケア八幡台館	木更津市八幡台 4-6-16
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	ハートケア訪問介護支援センター	木更津市清見台東 1-23-1
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接		
その他の生活支援サービス	あり	なし	併設・隣接		

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
 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

備 考

(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

注記に明記

500 円/15 分

排泄介助・おむつ交換

なし
あり
なし
あり

500 円/15 分

〃

おむつ代

なし
あり

500 円/15 分

〃

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

500 円/15 分

〃

身辺介助(移動・着替え等)

なし
あり
なし
あり

500 円/15 分

//

機能訓練

なし
あり
なし
あり
—
—

通院介助

なし
あり
なし
あり

500 円/15 分

// ※付添いができる範囲を明確化すること
生活サービス

居室清掃

なし
あり
なし
あり

500 円/15 分

注記に明記

リネン交換

なし
あり
なし
あり

500 円/15 分

//

日常の洗濯

なし
あり
なし
あり

500 円/15 分

//

居室配膳・下膳

なし
あり
なし
あり

500 円/15 分

//

入居者の嗜好に応じた特別な食事

なし
あり

500 円/15 分

//

おやつ

なし
あり

500 円/15 分

//

理美容師による理美容サービス

なし
あり

2000 円

訪問理美容師を手配

買い物代行

なし
あり
なし
あり

500 円/15 分

注記に明記

※利用できる範囲を明確化すること

役所手続き代行

なし
あり
なし
あり

注記に明記

500 円/15 分

金銭・貯金管理

なし
あり

金銭管理契約
健康管理サービス

—

定期健康診断

なし
あり
—
—
—

※回数(年○回など)を明記すること

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

注記に明記

500 円/15 分

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

500 円/15 分

注記に明記

入退院時の同行

なし
あり
なし
あり

500 円/15 分

注記に明記

入院中の洗濯物交換・買い物

なし
あり
なし
あり

500 円/15 分

注記に明記

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、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。

注記

- 1) 有償ボランティア契約を締結した場合は、契約条項に基づき利用することができる。
- 2) 有償ボランティア契約は、介護保険サービスで適用できない場合に利用することができる。
- 3) 車両・職員の確保等で、対応できない場合もある。

サービス付き高齢者向け住宅

ハートケア貞元館

運営規程

有限会社 タマホーム

サービス付き高齢者向け住宅 ハートケア貞元館 運営規程

第一章 総則

第1条(事業の目的)

有限会社タマホームが運営するサービス付き高齢者向け住宅ハートケア貞元館(以下「貞元館」という。)は、適正な管理・運営ならびに利用に関する事項を定め、入居者およびその家族、身元引受人または成年後見人を含む代理人(以下「家族等」という)が、快適で心身ともに充実、安定した生活を

継続することを目的とします。

第2条（運営方針）

貞元館は、入居者一人一人の意思及び人格を尊重し安定的かつ継続的、居宅における生活と利用中の生活が連続したものとなるよう配慮しながら、自立した日常生活を営むことができるよう、入居者の心身の機能の維持を支援することをめざすものとする

2 運営理念は以下のとおりとする。

慈愛と生命尊厳を掲げてヒューマンケアのプロを目指す

3 運営方針は以下のとおりとする。

一 長生きして良かった 幸齢社会の創出

一 地域になくはないサービス付き高齢者向け住宅を目指す

4 貞元館は、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村、介護保険施設及びその他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めるものとする。

第3条（事業所の名称等）

事業を行う施設の名称及び所在地は、次の通りとする。

名 称：サービス付き高齢者向け住宅 ハートケア貞元館

所在地：千葉県君津市貞元 1079 番地 1

第4条（入所定員）

サービス付き高齢者向け住宅 ハートケア貞元館の入所定員は次のとおりとする。

個室 29名

第二章 設備

第5条（設備及び備品）

施設は法令に定められた設備及び所定の備品を備えるものとする。

第三章 運営

第6条（入居者に対するサービスの内容）

入居者に対するサービスの内容は次のとおりとし、入居者の自立の支援及び日常生活の充実に資するものとする。

1 状況把握サービス…介護提供事業者へ委託して運営するものとする。

安否確認を午前1回・午後1回に実施。

ほか呼び出しインターホンでコールがあった時。

2 生活相談サービス…介護提供事業者へ委託して運営するものとする。

日常生活全般に係わる（病院の通院、受診、薬服用、役所、年金、食事、買い物等）の相談窓口となるものとする。

3 食事の提供サービス…介護提供事業者へ委託して運営するものとする。

入居者が希望した場合は、食事の提供をするものとする。但し、料金の支払い方法は委託業者の規定によるものとする。

委託業者：社会福祉法人多宝会

所在地：〒292-0814 木更津市八幡台四丁目6番16号

電話番号：TEL 0438-53-8111 FAX 0438-53-8112

代表者

：理事長 玉丸 森敏

事業所

：ハートケア訪問介護支援センター

所在地：〒292-0041 木更津市清見台東一丁目23番1号

電話番号：TEL 0438-53-7831 FAX 0438-53-7832

委託事業内容：状況把握サービス・生活相談サービス及び食事の提供サービス

4 食事の提供は、栄養並びに入居者の身体の状況及び健康維持を考慮したものとするとともに、適切な

- 時間に行う。又、入居者の自立の支援に配慮して、可能な限り、離床して食堂で行うように努める。
- 5 常に入居者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、入居者又はその家族に対し、その相談に適切に応じるとともに、必要な助言その他の援助を行う。
 - 6 常に入居者の家族との連携を図るように努める。
 - 7 職員は、常に入居者の健康の状況に注意し、必要に応じて健康保持のための適切な措置をとる。

第7条(費用)

運営者有限会社タマホームは、入居者より次に掲げる費用の額の支払いを受けるものとする。

- (1)家賃
- (2)共益費
- (3)サービス提供費

詳細については、契約書及び重要事項説明書による。

第8条(貞元館利用にあたっての留意事項)

貞元館は、入居者が入院治療を必要とする場合やその他入居者に対し適切な便宜を供与することが困難である場合は、家族等と協力し適切な措置を速やかに講ずることとする。

- 2 入居者の入居に際しては、その者の心身の状況や病歴等の把握に努める。
- 3 貞元館は、入居者に病状の急変その他緊急事態が生じた時は、速やかに家族に連絡する等の措置を講じなければならない。

第9条(非常災害対策)

貞元館は、防火管理についての責任者を定め、非常災害に関する防災計画を作成し、非常災害に備えるため、定期的に避難・救出等訓練を行う。

第10条(施設運営に関する重要事項)

貞元館の管理者は、専ら施設の職務に従事する常勤の者でなければならない。

- 2 貞元館は入居者に対し適切なサービスが提供できるよう、職員の勤務体制を定める事とする。
- 3 貞元館は、職員に対し、その資質の向上のための研修の機会を設けるものとする。
- 4 貞元館は、入院治療を必要とする入居者のために、予め協力病院及び協力歯科医療機関を定めるものとする。

第11条(秘密保持等)

貞元館の職員は正当な理由がなく、その業務上知り得た入居者又はその家族の秘密を漏らしてはならない。

- 2 貞元館は、職員であった者が、正当な理由がなく、その業務上知り得た入居者又はその家族の秘密を漏らすことがないように、必要な措置を講じる。
- 3 貞元館は、別に関連事業所が定める個人情報の利用目的を逸脱しない範囲内での情報を提供する際には、予め入居者の同意を得るものとする。

第12条(苦情処理)

その提供したサービスに関する入居者からの苦情に迅速かつ適切に対処するために、苦情を受け付けるための窓口を設置するなどの必要な措置を講じる。

第13条(事故発生時の対応)

貞元館は、サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、入居者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じる。

第14条(記録の整備)

貞元館は、入居者に対するサービスの提供に関する諸記録を整備し、その完結の日から5年間保存する。

第15条(その他)

この規定の定める事項のほか、貞元館の運営及び管理について必要な事項は、運営者有限会社タマホームと委託先社会福祉法人多宝会の管理者の協議に基づいて定めるものとする。

第四章 人員

第16条(職員の職種・員数及び職務の内容)

(1) 施設長 1

(2) 介護職員及び介護福祉士

勤務形態：365日対応で24時間 ※9時～18時：1名 ※18時～翌日9時：1名
居宅・訪問介護支援事業所の職員と貞元館の人員配置の職員は兼務するので、勤務時間を明確に区分することとする。

附則

この規程は、平成28年11月1日から施行する。

この規程は、平成29年4月1日から、その一部を改正して施行する。

この規程は、平成29年7月1日から、その一部を改正して施行する。

この規程は、令和3年4月1日から、その一部を改正して施行する。