

## 登録事項等についての説明書(重要事項説明書)

(説明する者)

貸主(甲) 住所 兵庫県淡路市久留麻221番地3

商号、名称又は氏名 NPO法人 淡路島シャロームの会

理事長 岡田光正 印

代理人 所属

職名及び氏名 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(及び老人福祉法第29条第5項)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。

## 事業の目的、運営の方針、サービスの提供内容に関する特色等

本事業は、淡路島の恵まれた居住環境の下で、高齢者が安心して、尊厳を持って心豊かに暮らすことを目標に運営されています。また快適な住まいで、生活上の悩みや相談事のほか、介護や医療の支援、リハビリ等の各種のサービスを総合的に受けられることも、住宅生活の大きな安心につながっています。

## 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) けあびれっじ くるまはなみずき<br>ケアビレッジ くるま花水木  |
| 所在地          | (住居表示※) 兵庫県淡路市久留麻235番地   |
| 利用交通手段       | <input type="checkbox"/> 1. 電車 ( 線 駅から で 分 )<br><input checked="" type="checkbox"/> 2. その他 ( 東浦ICより車で5分、淡路交通東浦事務所前バス停下車すぐ )  |
| 住宅に関する<br>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<br>期間 年 月 日から 年 月 日まで                                 |
| 施設に関する<br>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<br>期間 年 月 日から 年 月 日まで                                 |
| 敷地に関する<br>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<br>期間 年 月 日から 年 月 日まで |

※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<br>又は氏名                     | (ふりがな) えぬびーおーほうじん あわじしましやろーむのかい<br>NPO法人 淡路島シャロームの会                |
| 住所<br>(法人にあっては主<br>たる事務所の所在<br>地) | (郵便番号 656-2311 )<br>兵庫県淡路市久留麻221番地3<br>電話番号 0799-74-0087           |
| 法人の役員                             | 別添1のとおり  |
| 法定代理人<br>(未成年の個人<br>である場合)        | 商号、名称<br>又は氏名 (ふりがな)   |
|                                   | 住所(法人に<br>あっては主たる<br>事務所の所在<br>地)<br>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) けあびれっじ くるまはなみずき<br>ケアビレッジ くるま花木                  |
| 事務所の所在地 | (郵便番号 656-2311 )<br>兵庫県淡路市久留麻235番地<br>電話番号 0799-74-0087 |

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   | 入居定員 30 人       |
| 居住部分の規模 | (最小) 18.30 m <sup>2</sup>   | 詳細については、別添3のとおり |
|         | (最大) 21.04 m <sup>2</sup>   |                 |
| 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 2 階建         |
| 竣工の年月   | 2015 年 10 月 15 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          | <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。<br>①単身高齢者世帯<br>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)<br>(「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。) |  |                               |
| 入居対象者                 | <input type="checkbox"/> 自立している者 <input checked="" type="checkbox"/> 要支援の者 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護の者   |  |                               |
|                       | 留意事項   | 胃ろう、痰吸引、鼻腔経管栄養等の対応はできませんが、その他の療養管理については、要相談。 |                               |
| 入居契約の内容               | 別添入居契約書のとおり  |  |                               |
| 契約の解除の内容              | 貸主から解約を求める場合   | 解約条項   | 自傷・他害行為があり、共同生活を営むのに支障のある場合、等 |
|                       |  | 解約予告期間                                       | 3箇月                           |
|                       | 入居者からの解約予告期間   | 1箇月  |                               |

※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 |
|---------|---------|

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

|                         |  |  |  |              |  |
|-------------------------|--|--|--|--------------|--|
| 高齢者生活支援サービス             | サービスの種類  | 提供形態                                     |  | 提供の対価(概算・月額) | 詳細については、別添4のとおり<br><br>特定施設入居者生活介護等の提供を受ける場合の費用は、次ページのとおりに |
|                         | 状況把握・生活相談  | <input checked="" type="checkbox"/> 自ら   | <input type="checkbox"/> 委託                                | 約 15,000 円   |  |
|                         | 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 46,500 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 6,400 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 6,400 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 5,000 円    |  |
| その他                     |  | <input checked="" type="checkbox"/> 自ら   | <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない | 約 0 円        |  |
| 家賃の概算額                  | (最低) 約   | 45,000 円                                 | 住戸ごとの内容は、別添3のとおり   |              |  |
|                         | (最高) 約   | 52,000 円                                 |  |              |  |
| 共益費の概算額                 | (最低) 約   | 18,000 円                                 |  |              |  |
|                         | (最高) 約   | 28,000 円                                 |  |              |  |
| 敷金の概算額                  | (最低) 約   | 250,000 円                                | 家賃の  | 5.5 月分       |  |
|                         | (最高) 約   | 280,000 円                                |  |              |  |
| 水道光熱費の支払方法              | 水道・光熱費は共益費に含まれています。  |  |  |              |  |
| 入院等による不在時における家賃等の費用の取扱い | 入院時の不在時も入居契約は継続し、家賃・共益費はお支払いいただきます。食費及び生活支援サービス費は利用実績により日割り計算を行い、お支払いいただきます。   |  |  |              |  |
| 家賃等の費用の改定               | 条件   | 土地建物価格や物価の変動、人件費の上昇等により数年に1回改定する場合があります。 |  |              |  |
|                         | 手続   | 入居者家族等に改定の内容を説明し、十分な理解を得た上で実施します。        |  |              |  |
| 前払金※有無                  | <input type="checkbox"/> あり [ <input type="checkbox"/> 前払方式のみ <input type="checkbox"/> 前払方式と月払方式を選択可 ] <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            |  |
| 前払金を支払った場合の月々の家賃概算額     | (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                | 入居後3箇月以内の契約解除等   |  |  |              |  |
|                         | 入居後3箇月を超えた契約解除等  |  |  |              |  |
| 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<br><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所          | <input type="checkbox"/> 指定を受けている                      介護保険事業所番号(                      )<br><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                      介護保険事業所番号(                      )<br><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                      介護保険事業所番号(                      )<br><input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けていない                                    |  |  |              |  |
| 介護サービス情報                | 介護保険を使えないサービスについては、ご要望に応じてオプションサービス(自費サービス)を利用できます。  |  |  |              |  |

※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。  
なお、ここでいう「前払方式」には一部を前払いし、一部を月払いする支払方式(併用方式)を含む。

| 特定施設入居者生活介護等の費用(該当する場合のみ)                   |  |  |           |                             |   |
|---|--|--|-----------|-----------------------------|---|
| 特定施設入居者生活介護等の月額費用(介護保険給付対象分、1箇月30日の場合)<br>※ |  | 利用者負担(1割)  | 利用者負担(2割) | 利用者負担(3割)                   | 詳細については、別添5のとおり   |
|   | 要支援1   | 円  | 円         | 円                           |   |
|   | 要支援2   | 円  | 円         | 円                           |   |
|   | 要介護1   | 円  | 円         | 円                           |   |
|   | 要介護2   | 円  | 円         | 円                           |   |
|   | 要介護3   | 円  | 円         | 円                           |   |
|   | 要介護4   | 円  | 円         | 円                           |   |
|   | 要介護5   | 円  | 円         | 円                           |   |
| 特定施設入居者生活介護等の加減算の対象となるサービスの体制の有無            | 身体拘束廃止未実施減算  | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし  |           | 入居者継続支援加算                   | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
|   | 生活機能向上連携加算   | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし  |           | 個別機能訓練加算                    | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
|   | 夜間看護体制加算   | <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 |
|   | 医療機関連携加算   | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし  |           | 口腔衛生管理体制加算                  | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
|   | 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 |
|   | 看取り介護加算  | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし  |           |                             |   |
|   | 認知症専門ケア加算  | <input type="checkbox"/> あり [ <input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II) ]   |           |                             | <input type="checkbox"/> なし                             |
|   | サービス提供体制強化加算   | <input type="checkbox"/> あり [ <input type="checkbox"/> (I)イ <input type="checkbox"/> (I)ロ <input type="checkbox"/> (II) <input type="checkbox"/> (III) ] |           |                             | <input type="checkbox"/> なし                             |
| 介護職員処遇改善加算                                  | <input type="checkbox"/> あり [ <input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II) <input type="checkbox"/> (III) <input type="checkbox"/> (IV) <input type="checkbox"/> (V) ] |  |           | <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 : _____  |           |                             | <input type="checkbox"/> なし                             |
|   |  | 上乗せ介護費(月額) _____ 円   |           |                             |   |
| 利用者の個別選択によるサービスの費用                          | 別添4のとおり  |  |           |                             |   |

※身体拘束廃止未実施減算、入居継続支援加算、生活機能向上連携加算、個別機能訓練加算、夜間看護体制加算、医療機関連携加算、口腔衛生管理体制加算、認知症専門ケア加算、サービス提供体制強化加算及び介護職員処遇改善加算を含めて記入すること。

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<br>又は氏名             | (ふりがな) _____  |
| 住所<br>(法人にあっては主たる事務所の所在地) | (郵便番号) _____ )<br><br>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                             | 事業所の場所  |
|------------------|--|---|
| デイサービスセンター くるま花木 | 通所介護事業(機能訓練、食事、入浴、健康チェック、レクリエーション、音楽療法等) | <input checked="" type="checkbox"/> 同一の建築物内<br><input type="checkbox"/> 同一の敷地内<br><input type="checkbox"/> 隣接する土地 |
| ヘルパーステーション くるま花木 | 訪問介護事業(生活援助、身体介護、買物付き添い等)                | <input checked="" type="checkbox"/> 同一の建築物内<br><input type="checkbox"/> 同一の敷地内<br><input type="checkbox"/> 隣接する土地 |

|                               |  |   |
|-------------------------------|--|---|
| 居宅介護支援事業所 くるま花木               | 居宅介護支援事業(ケアプランの作成、サービスの調整、相談等の利用者支援)                     | <input checked="" type="checkbox"/> 同一の建築物内<br><input type="checkbox"/> 同一の敷地内<br><input type="checkbox"/> 隣接する土地 |
| グループホーム くるま花木<br>デイサービス くるま花木 | 認知症の方が住み慣れた地域で共同生活を送る<br>認知症対応型共同生活介護及び共用型認知症<br>対応型通所介護 | <input type="checkbox"/> 同一の建築物内<br><input type="checkbox"/> 同一の敷地内<br><input checked="" 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)

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| 協力医療機関                                |  |
| 医療機関<br>の名称                           | (ふりがな) うちだいいん<br>内田 医院                                     |
| 医療機関<br>の所在地                          | (郵便番号 656-2331 )<br>兵庫県淡路市仮屋247-2<br>電話番号 0799-74-2009     |
| 診療科目                                  | 内科   |
| 連携又は協力<br>の内容                         | 往診や定期検診、急変時における応急処置、あるいは入院等による速やかな対応                       |
| 医療機関<br>の名称                           | (ふりがな) しおかぜしんりょうしょ<br>しおかぜ診療所                              |
| 医療機関<br>の所在地                          | (郵便番号 656-2401 )<br>兵庫県淡路市岩屋片浜1414-35<br>電話番号 0799-74-4700 |
| 診療科目                                  | 外科・内科  |
| 連携又は協力<br>の内容                         | 往診や定期検診、急変時にける応急処置、あるいは入院等による速やかな対応                        |
| 協力歯科医療機関                              |  |
| 歯科医療機関<br>の名称                         | (ふりがな) いのうえしかいじん<br>井上 歯科医院                                |
| 歯科医療機関<br>の所在地                        | (郵便番号 656-2411 )<br>兵庫県淡路市浦907-2<br>電話番号 0799-74-4700      |
| 連携又は協力<br>の内容                         | 訪問診療および定期健診、急変時における応急処置                                    |
| その他の連携又は協力の相手方(自らが運営する併設施設でない事業所を含む。) |  |
| 事業所の名称                                | (ふりがな)   |
| 事業所の所在地                               | (郵便番号 )<br>電話番号  |
| 連携又は協力<br>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

本事業は、高齢者が日常生活を営むために必要な福祉サービスの提供を受けることができる良好な居住環境を備えた賃貸住宅の提供を通じて、地域の高齢者の居住の安定の確保を図り、もって福祉の増進に寄与しようとするものであり、基本方針並びに高齢者居住安定確保計画に沿って、適切に運営します。

11. その他事業運営状況(有料老人ホームに該当するサービス付き高齢者向け住宅である場合に作成)

|  |  |  |   |  |
|--|--|--|---|--|
| 体験入居   | <input checked="" type="checkbox"/> あり 内容( 空室がある場合、一泊3食付で6,800円 )<br><input type="checkbox"/> なし |  |   |  |
| 居住部分(住戸)の変更に関する事項※<br><br>※住み替えを行っていない場合は、記入不要 | 入居後に居住部分の変更をお願いする場合  | <input type="checkbox"/> 一時介護室へ移る場合<br><input type="checkbox"/> 介護居室へ移る場合<br><input type="checkbox"/> その他 内容( )                  |   |  |
|  | 変更をお願いする判断基準の内容  |  |   |  |
|  | 変更をお願いする手続の内容  |  |   |  |
|  | 居住部分を利用する権利の取扱い  |  |   |  |
|  | 追加的費用の有無   | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし  |   |  |
|  | 前払金償却の調整の有無  | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし  |   |  |
|  | 従前の居住部分から面積又は仕様が変更になる場合  | 面積の変更  | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 台所の変更  |
| 便所の変更  |  | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし  | 収納の変更   | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし            |
| 洗面の変更  |  | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし  | その他の変更  | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし            |
| 浴室の変更  |  | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし  | 内容( )   |  |
| 職員体制   | 別添6のとおり  |  |   |  |
| 入居者からの苦情に対する窓口等の状況                             | 窓口の名称  | ケアビレッジくるま花水木   |   |  |
|  | 電話番号   | 0799-74-0087   |   |  |
|  | 対応している時間   | 平日   | 9時～18時  |  |
|  |  | 土曜日  | 9時～18時  |  |
|  |  | 日曜・祝日  |   |  |
| 定休日  | 日曜日、祝祭日  |  |   |  |
| 緊急時等における対応方法                                   | 体調の急変等医療が必要になったときの対応   | 24時間各居住のベッドサイド、トイレに設置してあるナースコールを押していただければ、常駐職員が駆けつけ、必要に応じて救急車の手配、家族への連絡を行います。  |   |  |
|  | 緊急やむを得ず身体的拘束を行う際の手続  | 身体拘束は原則禁止としており、三原則(切迫性・非代替性・一時性)に照らし、緊急やむを得ず身体拘束を行う場合、期間を定め、その方法、経過を記録します。また家族等への説明を行い、同意書をいただきます。                               |   |  |
|  | 事故発生時の対応   | 本契約に基づき、介護サービス等を利用者に提供した場合に、万一事故が発生し、利用者の生命・身体等に損害が生じた場合は、速やかに必要な対応及び措置(救急車の手配、家族への連絡等)を行います。また、速やかな事故原因の調査及び再発防止のための取り組みを実施します。 |   |  |
|  | 事故に関する緊急時対応マニュアルの有無  | <input checked="" type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> なし  |   |  |
|  | 損害賠償責任保険の加入状況  | <input checked="" type="checkbox"/> あり 内容( サービス付き高齢者向け住宅協会の賠償責任保険 )<br><input type="checkbox"/> なし                               |   |  |
| 防火体制   | 耐火構造   | <input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input checked="" type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他( )                        |   |  |
|  | 消火器  | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし   | 防火管理者   | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
|  | 自動火災報知設備   | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし   | 消防計画  | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
|  | 火災通報設備   | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし   | 避難訓練  | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
|  | スプリンクラー  | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし   | (年 2 回実施)   |  |

|                               |                    |  |      |            |   |          |        |        |
|-------------------------------|--------------------|--|------|------------|---|----------|--------|--------|
| アンケート調査、意見箱等入居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<br><input checked="" type="checkbox"/> なし             |      |            |   |          |        |        |
| 運営懇談会                         |                    | <input checked="" type="checkbox"/> あり 開催頻度(年2回 )<br>構成員(利用者・家族、ホーム職員、理事長 )<br><input 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( ) 結果の開示 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし<br>評価機関名( )<br><input checked="" type="checkbox"/> なし |      |            |   |          |        |        |
| 入居希望者への事前の情報開示                | 入居契約書の雛形           | <input checked="" type="checkbox"/> 希望者に公開 <input type="checkbox"/> 希望者に配布 <input type="checkbox"/> 非公開 <input type="checkbox"/> 未作成                   |      |            |   |          |        |        |
|                               | 管理規程               | <input checked="" type="checkbox"/> 希望者に公開 <input type="checkbox"/> 希望者に配布 <input type="checkbox"/> 非公開 <input type="checkbox"/> 未作成                   |      |            |   |          |        |        |
|                               | 事業収支計画書            | <input checked="" type="checkbox"/> 希望者に公開 <input type="checkbox"/> 希望者に配布 <input type="checkbox"/> 非公開 <input type="checkbox"/> 未作成                   |      |            |   |          |        |        |
|                               | 財務諸表の要旨            | <input checked="" type="checkbox"/> 希望者に公開 <input type="checkbox"/> 希望者に配布 <input type="checkbox"/> 非公開 <input type="checkbox"/> 未作成                   |      |            |   |          |        |        |
|                               | 財務諸表の原本            | <input checked="" type="checkbox"/> 希望者に公開 <input type="checkbox"/> 希望者に配布 <input type="checkbox"/> 非公開 <input type="checkbox"/> 未作成                   |      |            |   |          |        |        |
| 兵庫県有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項      |                    |  |      |            |   |          |        |        |
| 入居者の状況                        | (記入日: 2023年7月1日現在) | 登録戸数(a)  | 28 戸 | 入居戸数(b)    | 26 戸                                    | 入居率(b/a) | 92.9 % |        |
|                               |                    | 入居定員(c)  | 30 人 | 入居者数(d)    | 26 人                                    | 充足率(d/c) | 86.7 % |        |
|                               | 入居者の内訳             | 性別   | 男性   | 12 人       | 女性                                      | 14 人     |        |        |
|                               |                    |  | 年齢別  | ～59歳       | 0 人                                     | 60～64歳   | 0 人    | 65～74歳 |
|                               |                    | 75～84歳   |      | 5 人        | 85歳～                                    | 20 人     | 平均年齢   | 88.3 歳 |
|                               |                    | 要介護等状態区分別  |      | 自立         | 0 人                                     | 要支援1     | 0 人    | 要支援2   |
|                               |                    |  | 要介護1 | 9 人        | 要介護2                                    | 10 人     | 要介護3   | 1 人    |
|                               |                    |  | 要介護4 | 1 人        | 要介護5                                    | 0 人      |        |        |
|                               | 入居期間別              | 6箇月未満  | 5 人  | 6箇月以上1年未満  | 3 人                                     | 1年以上5年未満 | 11 人   |        |
|                               |                    | 5年以上10年未満  | 7 人  | 10年以上15年未満 | 0 人                                     | 15年以上    | 0 人    |        |
| 前年度における退去者の状況                 | 退去先別の人数            | 自宅   | 1 人  | 社会福祉施設等    | 5 人                                     | 医療機関     | 0 人    |        |
|                               |                    | 死亡(入院先)  | 2 人  | その他        | 0 人                                     | 合計       | 8 人    |        |
|                               | 生前解約の状況            | 事業者側からの申し出   | 0 人  | 解約事由の例     |   |          |        |        |
|                               |                    | 入居者側からの申し出   | 8 人  | 解約事由の例     | 特別養護老人ホームへの入所、グループホーム等への入所、医療機関への入院、ご逝去 |          |        |        |

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(及び老人福祉法第29条第5項)に基づく書面による説明を受けました。

(説明を受けた者)

年 月 日 借主(乙) 住所 氏名 印

代理人 住所 氏名 印

乙との続柄



別添1

# 役員名簿

(登録申請者が法人である場合に作成)

| (ふりがな)<br>氏名       | 役名等  |
|--------------------|------|
| おかだ みつまさ<br>岡田 光 正 | 理事長  |
| はなの まさえつ<br>花野 正 悦 | 副理事長 |
| いわさきとしひこ<br>岩崎 利 彦 | 理事   |
| たかぎ ひろき<br>高木 裕 樹  | 理事   |
| おかだ やすあき<br>岡田 泰 彰 | 理事   |
| おかだ かずお<br>岡田 一 夫  | 監事   |
| おかだ かずき<br>岡田 和 樹  | 監事   |
|                    |      |
|                    |      |
|                    |      |
|                    |      |
|                    |      |
|                    |      |
|                    |      |
|                    |      |
|                    |      |
|                    |      |
|                    |      |
|                    |      |
|                    |      |
|                    |      |
|                    |      |

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。

別添3

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※1

| 住棟番号 | 専用部分の床面積 (㎡) | 構造及び設備※2 |    |    |    |    |    | 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    | 18.3         | ×        | ○  | ○  | ×  | ×  | ○  | 25      | 101,102,103,105,106<br>107,108,110,111,112<br>201,202,203,205,206<br>207,208,210,211,212<br>213,215,216,220,221<br>号室 | 45,000         |
| 1    | 21.04        | ×        | ○  | ○  | ×  | ×  | ○  | 2       | 217,218号号室  | 52,000         |
| 1    | 18.76        | ×        | ○  | ○  | ×  | ×  | ○  | 1       | 222号室   | 45,000         |
|      |              |          |    |    |    |    |    |         |   |                |
|      |              |          |    |    |    |    |    |         |   |                |
|      |              |          |    |    |    |    |    |         |   |                |
|      |              |          |    |    |    |    |    |         |   |                |

※1:住戸の規模並びに構造及び設備のタイプ別にまとめて記載すること。

※2:構造及び設備欄の『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      |
|-------|-------|-----------|-----------------|------------|---------|
| 浴室    | 4     | 9.80      | 1階エレベーター前ほか     | 28         | 介護浴室1箇所 |
| 台所    | 3     | 2.58      | 1階食堂隣と2階エレベーター横 | 28         |         |
| 居間・食堂 | 2     | 65.15     | 1階,2階           | 28         |         |
|       |       |           |                 |            |         |
| 収納設備  |       |           |                 |            |         |
|       |       |           |                 |            |         |

※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。

3. 専用部分及び共同利用設備等の利用に当たっての留意事項

|  |
|--|
|  |
|--|

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<br>(法人にあっては主たる事務所の所在地)  | (郵便番号) _____<br>電話番号 _____  |                               |   |        |      |    |    |
| サービスを提供する法人等の別       | <input type="checkbox"/> 医療法人 <input checked="" type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者<br><input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input checked="" type="checkbox"/> 指定介護予防サービス事業者<br><input checked="" type="checkbox"/> 指定居宅サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者<br><input checked="" type="checkbox"/> 指定地域密着型サービス事業者 <input 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 checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員 | 人員     | 1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 type="checkbox"/> 介護福祉士   | 人員  | 人                             | <input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員 | 人員     | 1人   |    |    |
|                      |  |   | 合 計                           |   | 人員     | 2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<br><input type="checkbox"/> 近接する土地<br><input type="checkbox"/> (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   | 9時  | 分                             | ～   | 18時    | 分    | 人員 | 1人 |
|                      | 上記以外の時間  | 18時   | 分                             | ～   | 9時     | 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 | 毎日、食事時を利用して、安否確認や声かけを行い、夜間はナースコール等により対応。<br><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   | 各住居に設置するナースコールを通じて通報  |                               |   |        |      |    |    |
|                      | 通報先  | 事務室   | 通報先から住宅までの到着予定時間              |   |        | 1分   |    |    |
| 緊急時における対応の内容         | 各居室に設置されている緊急呼び出しボタンのコールが押された場合は、住宅職員が居室に駆け付け対応します。  |   |                               |   |        |      |    |    |
| 生活相談サービスの内容          | 日常生活を送る中で、お困りのこと、生活や健康などのご不安等について住宅職員がご相談をお受けし   |   |                               |   |        |      |    |    |
|                      | 提供日  | <input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )           |                               |   |        |      |    |    |
|                      | 提供時間   | 9時 0分   |                               | ～   | 18時 0分 |      |    |    |
| サービス提供の対価(概算額)       | 月額※  | 約   | 15,000円                       |   | 前払金の   |      |    |    |
|                      |  | 前払金   | 約                             | 0円  |        | 算定方法 |    |    |
| 備考                   | 生活相談サービスについては、相談員が生活面での相談に応じ、必要な助言を行うとともに、財産管理や医療、介護等の専門的な相談にも応じ、専門家や専門機関を紹介します。   |   |                               |   |        |      |    |    |

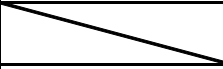
※: 30日間利用した場合の月額

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<br>場合の<br>委託先 | 商号、名称<br>又は氏名                        | (ふりがな)   |                               |
|                    | 住所<br>(法人にあっては<br>主たる事務所の<br>所在地)    | (郵便番号 )  | 電話番号                          |
|                    | 住所<br>(法人にあっては<br>本業務に係る事<br>業所の所在地) | (郵便番号 )  | 電話番号                          |
| 食事提供を行う場所          |                                      | <input checked="" type="checkbox"/> 食堂 <input 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 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 checked="" type="checkbox"/> 配食サービスを利用 <input type="checkbox"/> その他 ( )  |                               |
| サービス提供の<br>対価(概算額) | 月額※                                  | 約 48,000 円   | 内訳 朝食 360 円 昼食 620 円 夕食 620 円 |
|                    | 前払金                                  | 約 円  | 前払金の<br>算定方法                  |
| 備考                 | 前もってキャンセルした分の食費は差し引きます。              |  |                               |

※: 30日間利用した場合の月額

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<br>(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<br>(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<br><input checked="" type="checkbox"/> その他 ( 身辺介助 ) |                |       |
| サービス提供の対価(概算額)                | 月額※1  | 約 6,400 円   | 前払金の算定方法       |       |
|                               | 前払金   | 約 0 円   |                |       |
| 月額のうち定額部分の料金(特定施設入居者生活介護費を除く) |   |   |                |       |
| サービスの種別                       | 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※2)  | 個別の利用料で実施するサービス(利用者が全額負担※3)   |                | 提供回数等 |
| 食事介助                          | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                  | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input checked="" type="checkbox"/> 都度   | 800 円 / 1回     | 30分   |
| 排泄介助・おむつ交換                    | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                  | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input checked="" type="checkbox"/> 都度   | 180 円 / 1回     | 5分    |
| おむつ代                          |  | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度  | 円 /            | 実費    |
| 入浴(一般浴)介助・清拭                  | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                  | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input checked="" type="checkbox"/> 都度   | 800 円 / 1回     | 30分   |
| 特浴介助                          | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                  | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input checked="" type="checkbox"/> 都度   | 1,500 円 / 1回   | 60分   |
| 身辺介助(移動・着替え等)                 | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                  | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input checked="" type="checkbox"/> 都度   | 100~350 円 / 1回 | 5~15分 |
| 機能訓練                          | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                  | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度  | 円 /            |       |
|                               | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                             | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度   | 円 /            |       |
| 備考                            | ・入浴介助を月8回利用した場合6,400円/月<br>・夜間18時~早朝9時までの費用は5割増し                                    |   |                |       |

※1: 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: 利用者の所得等に応じて負担割合が変わる(1割、2割又は3割の利用者負担)。

※3: 「あり」をチェックしたときには、各種サービス費用が月額の定額部分の料金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チェックを入れるとともに、都度払い料金を徴収単位を明確にして記入する。

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<br>(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<br>(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 type="checkbox"/> 調理 <input checked="" type="checkbox"/> 洗濯 <input checked="" type="checkbox"/> 掃除<br><input checked="" type="checkbox"/> その他 (リネン交換、居室配膳・下膳、買物代行) |               |
| サービス提供の対価(概算額)                | 月額※1   | 約 6,400 円   | 前払金の算定方法      |
|                               | 前払金  | 約 0 円   |               |
| 月額のうち定額部分の料金(特定施設入居者生活介護費を除く) |  |   |               |
| サービスの種別                       | 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※2)                                   | 個別の利用料で実施するサービス(利用者が全額負担※3)   | 提供回数等         |
| 調理                            | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度  | 円 /           |
| 日常の洗濯                         | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input checked="" type="checkbox"/> 都度                                     | 800 円 /1回 30分 |
| 居室清掃                          | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input checked="" type="checkbox"/> 都度                                     | 800 円 /1回 30分 |
| リネン交換                         | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input checked="" type="checkbox"/> 都度                                     | 800 円 /1回     |
| 居室配膳・下膳                       | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input checked="" type="checkbox"/> 都度                                     | 200 円 /1回     |
| 買物代行※4                        | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input checked="" type="checkbox"/> 都度                                     | 1,000 円 /1回   |
| 役所手続き代行                       | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input checked="" type="checkbox"/> 都度                                     | 800 円 /1回     |
|                               | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり            | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度   | 円 /           |
| 備考                            | 洗濯と居室清掃を月4回利用した場合6,400円/月  |   |               |

※1: 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: 利用者の所得等に応じて負担割合が変わる(1割、2割又は3割の利用者負担)。

※3: 「あり」をチェックしたときには、各種サービス費用が月額の定額部分の料金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チェックを入れるとともに、都度払い料金を徴収単位を明確にして記入する。

※4: 備考欄に利用できる範囲を記入する。

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<br>又は氏名  | (ふりがな)  |          |
|                               | 住所<br>(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<br>(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"/> 健康相談 <input checked="" type="checkbox"/> 血圧等の測定 <input checked="" type="checkbox"/> 定期検診 <input checked="" type="checkbox"/> 通院等の付き添い<br><input checked="" type="checkbox"/> その他 ( 服薬支援 ) |          |
| サービス提供の対価(概算額)                | 月額※1   | 約 5,000 円   | 前払金の算定方法 |
|                               | 前払金  | 約 0 円   |          |
| 月額のうち定額部分の料金(特定施設入居者生活介護費を除く) |  |   |          |
| サービスの種別                       | 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※2)   | 個別の利用料で実施するサービス(利用者が全額負担※3)   | 提供回数等    |
| 健康相談                          | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                   | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 円 /  |          |
| 血圧等の測定                        | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                   | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input checked="" type="checkbox"/> 都度 100 円 /1回   |          |
| 定期検診                          | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                   | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 円 /  |          |
| 通院の付き添い※4                     | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                   | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input checked="" type="checkbox"/> 都度 2,500 円 /1回   | 60分      |
| 入退院の付き添い※4                    | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                   | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input checked="" type="checkbox"/> 都度 1万円～ /1回  |          |
| 服薬支援                          | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                   | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input checked="" type="checkbox"/> 都度 100 円 /1回   |          |
| 生活指導・栄養指導                     | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                   | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 円 /  |          |
| 定期健康診断                        | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                   | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 円 /  |          |
|                               | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                              | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 円 /   |          |
| 備考                            | ・定期健康診断は、主治医との相談の上、希望者には診療所あるいは協力医療機関で受けていただきます(自己負担)。<br>・通院の付き添いを月2回利用した場合5,000円/月 |   |          |

※1: 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: 利用者の所得等に応じて負担割合が変わる(1割、2割又は3割の利用者負担)。

※3: 「あり」をチェックしたときには、各種サービス費用が月額の定額部分の料金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チェックを入れるとともに、都度払い料金を徴収単位を明確にして記入する。

※4: 備考欄に付き添いの範囲を記入する。

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<br>又は氏名  | (ふりがな)  |   |
|                               | 住所<br>(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<br>(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  | フロントサービス  |
| サービス提供の対価(概算額)                | 月額※1   | 約 0 円   | 前払金の算定方法  |
|                               | 前払金  | 約 0 円   |   |
| 月額のうち定額部分の料金(特定施設入居者生活介護費を除く) |  |   |   |
| サービスの種別                       | 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※2)   | 個別の利用料で実施するサービス(利用者が全額負担※3)   | 提供回数等   |
| フロントサービス                      | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり   | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度         円 |   |
|                               | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり  | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度         円 /                     |   |
|                               | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり  | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度         円 /                     |   |
|                               | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり  | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度         円 /                     |   |
|                               | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり  | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度         円 /                     |   |
| 備考                            | フロントサービス等の内容は次のとおり<br>・宅配便や郵便物の受取、保管、手渡し<br>・来客の受付、取次ぎ、不在時の伝言預かり<br>・ご家族や身元引受人等への連絡<br>・ゴミ出し等、身の回りの雑務のお手伝い<br>なお、フロントサービスの月額利用料金は、状況把握及び生活相談サービスを含めた金額 |   |   |

※1: 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: 利用者の所得等に応じて負担割合が変わる(1割、2割又は3割の利用者負担)。

※3: 「あり」をチェックしたときには、各種サービス費用が月額の定額部分の料金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チェックを入れるとともに、都度払い料金を徴収単位を明確にして記入する。



## 職員体制

(有料老人ホームに該当するサービス付き高齢者向け住宅である場合に作成、  
同一法人が運営する他の事業所の職員については記載不要)

### 1. 職種別の職員数

|                              | 職員数(実人数)※1 |    | 常勤換算人数<br>※1※2※3 | 兼務している職種及び人数 |
|------------------------------|------------|----|------------------|--------------|
|                              | 合計         | 常勤 |                  |              |
| 管理者                          | 1          | 1  |                  | グループホーム管理者   |
| 状況把握及び生活相談サービスを提供する職員(生活相談員) | 2          | 2  |                  |              |
| 直接処遇職員                       |            |    |                  |              |
| 介護職員                         | 3          | 2  | 1                |              |
| 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  |                  | 他事業所と兼務      |
| 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※3     |            |    |                  |              |

※1:業務を委託する場合、委託先の職員についても記載。

※2: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。

※3: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。

### 2. 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  |     |
| 実務者研修修了者 |    |   |    |     |
| 初任者研修修了者 |    |   |    |     |
| 介護支援専門員  |    |   |    |     |

### 3. 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       |    |  |    |     |
| 言語療法士       |    |  |    |     |
| 柔道整復士       |    |  |    |     |
| あん摩マッサージ指圧師 |    |  |    |     |
| はり師         |    |  |    |     |
| きゅう師        |    |  |    |     |

4. 夜勤を行う職員の人数

|                              |                       |                |              |
|------------------------------|-----------------------|----------------|--------------|
| 夜勤帯の設定時間                     | 18時 00分 ~ 9時 00分 (宿直) |                |              |
|                              | 平均人数                  | 最少時人数(休憩者等を除く) | 兼務している職種及び人数 |
| 状況把握及び生活相談サービスを提供する職員(生活相談員) | 1                     |                | 1 介護職員他      |
| 看護職員                         |                       |                |              |
| 介護職員                         |                       |                |              |

5. 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の利用者に対する看護・介護職員の割合<br>(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※                      | <input type="checkbox"/> 1.5:1以上<br><input type="checkbox"/> 2:1以上<br><input type="checkbox"/> 2.5:1以上<br><input type="checkbox"/> 3:1以上 |
|  | 実際の配置比率<br>(記入日時点での利用者数:常勤換算職員数) | :  |
| 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                       | ホームの職員数                          |  |
|  | 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                       |  |

※: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

6. 職員の状況

|                |          |  |     |         |     |       |     |
|----------------|----------|--|-----|---------|-----|-------|-----|
| 管理者            | 職名・氏名    | 岡田洋子(ホーム長)   |     |         |     |       |     |
|                | 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  | <input type="checkbox"/> あり    資格の名称<br><input checked="" type="checkbox"/> なし |     |         |     |       |     |
| 区分             |          | 看護職員   |     | 介護職員    |     | 生活相談員 |     |
|                |          | 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    |          |  |     |         |     |       |     |
| 業務に従事した経験年数    |          | /  |     | /       |     | /     |     |
| 1年未満の者の人数      |          |  |     |         |     |       |     |
| 1年以上3年未満の者の人数  |          |  |     |         |     |       |     |
| 3年以上5年未満の者の人数  |          |  |     |         |     |       |     |
| 5年以上10年未満の者の人数 |          |  |     |         | 1   | 1     |     |
| 10年以上の者の人数     |          |  |     | 2       |     | 1     |     |
| 区分             |          | 機能訓練指導員  |     | 計画作成担当者 |     |       |     |
|                |          | 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    |          |  |     |         |     |       |     |
| 業務に従事した経験年数    |          | /  |     | /       |     | /     |     |
| 1年未満の者の人数      |          |  |     |         |     |       |     |
| 1年以上3年未満の者の人数  |          |  |     |         |     |       |     |
| 3年以上5年未満の者の人数  |          |  |     |         |     |       |     |
| 5年以上10年未満の者の人数 |          |  |     |         |     |       |     |
| 10年以上の者の人数     |          |  |     |         |     |       |     |
| 職員の健康診断の実施状況   |          | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし             |     |         |     |       |     |