

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

明石市魚住町西岡842番地の4

商号、名称又は氏名

ケアトラスト株式会社

代表取締役 岩本 正志 ㊟

代理人 所属

職名及び氏名

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(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

この規程は、ケアトラスト株式会社が設置するサービス付き高齢者向け住宅パール明石の管理、運営並びに利用に関する事項を定めたもので、入居者及び来訪者の安全を可能な限り確保した上で快適で安定した生活を営むために資するとともに、施設での良好な生活環境を確保することを目的とします

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) ぱーるあかし パール明石
所在地	(住居表示※) 〒674-0084 明石市魚住町西岡842番地の4
利用交通手段	■ 1. 電車 (JR神戸線 魚住 駅から 徒歩で 10分) ■ 2. その他 (明石市コミュニティバス、神姫バスJR魚住北口バス停より徒歩10分)
住宅に関する 権原	■ 1. 所有権 □ 2. 賃借権 □ 3. 使用貸借による権利 期間 年 月 日から 年 月 日まで
施設に関する 権原	■ 1. 所有権 □ 2. 賃借権 □ 3. 使用貸借による権利 期間 年 月 日から 年 月 日まで
敷地に関する 権原	■ 1. 所有権 □ 2. 地上権 □ 3. 賃借権 □ 4. 使用貸借による権利 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 □ 個人	
商号、名称 又は氏名	(ふりがな) けあとらすとかぶしきがいしや ケアトラスト株式会社	
住所 (法人にあっては主 たる事務所の所在 地)	(郵便番号 674-0048) 明石市魚住町西岡842番地の4	電話番号 078-948-5936
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)	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)
	住所(法人に あっては主たる 事務所の所在 地)	(郵便番号) 電話番号
	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) けあとらすとかぶしきがいしゃ ケアトラスト株式会社
事務所の所在地	(郵便番号 674-0048) 明石市魚住町西岡842番地の4 電話番号 078-948-5936

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 39 戸	入居定員 48 人
居住部分の規模	(最小) 18.11 m ²	詳細については、別添3のとおり
	(最大) 19.20 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 重量鉄骨 造	階数 4 階建
竣工の年月	2018 年 9 月 28 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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。)		
入居対象者	<input type="checkbox"/> 自立している者 <input type="checkbox"/> 要支援の者 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護の者		
	留意事項	胃ろう、インシュリン注射、人工肛門、尿パルーン、末期がん等、医学的管理が必要な方の受入実績はありますが、受入人数に限りがありますので、この場合は要相談となります。	
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	自傷及び他害行為(直接的な暴力のみならず威圧的な言動行動含む)。
		解約予告期間	6か月
	入居者からの解約予告期間	1か月	

※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

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 特定施設入居者生活介護等の提供を受ける場合は、次ページのとおり
	状況把握・生活相談	食事の提供	約	
高齢者生活支援サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託	<input type="checkbox"/> 自ら <input checked="" type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 11,000 円	
	<input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない	<input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない	約 46,980 円	
	<input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない	<input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない	約 円	
	<input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない	<input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない	約 円	
	<input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない	<input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない	約 円	
その他	<input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない	<input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない	約 円	
家賃の概算額	(最低) 約 50,000 円	住戸ごとの内容は、別添3のとおり		
	(最高) 約 50,000 円			
共益費の概算額	(最低) 約 10,000 円			
	(最高) 約 10,000 円			
敷金の概算額	(最低) 約 100,000 円	家賃の 2.0 月分		
	(最高) 約 100,000 円			
水道光熱費の支払方法	居室の電気代は個別メーターにより実費となります。水道代は共益費に含まれます。			
入院等による不在時における家賃等の費用の取扱い	家賃及び共益費は月額を徴収します。サービス費、食費は日割り計算にて徴収します。			
家賃等の費用の改定	条件	物価及び近傍の賃貸条件を鑑みて		
	手続	契約者もしくは保証人全戸の同意を得る		
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 <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() <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() <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() <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所、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。
 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)

	利用者負担(1割)	利用者負担(2割)	利用者負担(3割)		
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)※	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	
詳細については、別添5のとおり					
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 : _____ 上乗せ介護費(月額) 円 <input type="checkbox"/> なし				
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

管理の方法	<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 (法人にあっ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			
登録の更新の申請の日前一年間における入居者の数及び退去者の数	入居者の数		10人
	退去者の数		9人

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
パール訪問看護ステーション	訪問看護事業所です。	<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
パール明石小規模多機能事業所	通い泊まり訪問のワンストップサービス事業所です。	<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
パールケアサービス	居宅介護支援事業所(ケアマネージャー)です。	<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
パール明石訪問介護事業所	訪問介護事業所です。	<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

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 の名称	(ふりがな) イ)コウジンカイ アカシニンジュウビョウイン 医療法人 公仁会 明石仁十病院
医療機関 の所在地	(郵便番号 674-0074) 明石市魚住町清水1871-3 電話番号 078-942-1921
診療科目	内科・胃腸内科・循環器内科・糖尿病内科・呼吸器内科・神経内科・耳鼻咽喉科・外科・整形外科・放射線科・泌尿器科・リハビリテーション科
連携又は協力 の内容	外来診療、訪問診療、各種検査、入院加療、リハビリテーション、感染防止の助言
医療機関 の名称	(ふりがな)
医療機関 の所在地	(郵便番号) 電話番号
診療科目	
連携又は協力 の内容	
協力歯科医療機関	
歯科医療機関 の名称	(ふりがな)
歯科医療機関 の所在地	(郵便番号) 電話番号
連携又は協力 の内容	

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) トクベツヨウゴロウジンホーム パール 特別養護老人ホーム パール
事業所の所在地	(郵便番号 674-0084) 明石市魚住町西岡616-1 電話番号
連携又は協力の内容	地域密着型老人福祉施設サービスの提供

10. 保健医療サービスを提供する体制に関する事項

保健医療サービスを提供する体制に関する事項	
-----------------------	--

※保健医療サービスを提供する場合に限り記入すること。

11.

別添5-2のとおり

12. 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

基本方針及び県の高齢者居住安定確保計画に沿って適正に運営します。

13.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(入居期間3か月内とし、入居継続の場合に敷金を支払う) <input type="checkbox"/> なし			
居住部分(住戸)の変更に関する事項※ ※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 <input type="checkbox"/> 介護居室へ移る場合 <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 内容()	<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		
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	パール明石苦情相談窓口		
	電話番号	078-709-9901		
	対応している時間	平日	9:00~17:30	
		土曜日	無し	
		日曜・祝日	無し	
定休日	土日祝日、12月30日~1月3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	住宅職員及び併設施設職員が救急搬送します。ただし急変時には協力医療機関に連絡する事を事前に取り決めている場合は協力医療機関に連絡します。家族様へは早急に連絡するようにしていますが、場合によっては搬送先確定後の連絡になる事もあります。		
	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、入居者の身体状況に応じて方法、期間(最長で1か月)を定め、それらを含む入居者の状況、行う理由を記録します。またか統投へ説明を行い同意書をいただきます。継続して行う場合は経過を記録し、概ね1か月ごとに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、住宅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・健康に損害が生じた場合は速やかに必要な対応措置(救急搬送、か贈答への連絡)を行います。また、速やかに事故原因の調査及び再発防止の為の取組を実施します。		
	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 <input type="checkbox"/> なし		
緊急時等における対応方法	損害賠償責任保険の加入状況	<input checked="" type="checkbox"/> あり 内容(東京海上日動火災保険㈱:事業活動包括保険) <input type="checkbox"/> なし		
防火体制	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 耐火建築物 <input 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 checked="" type="checkbox"/> あり 実施日(随時) 結果の開示 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> なし			
運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> あり 開催頻度(年2回) 構成員(施設長、併設事業所管理者、職員、家族様等) <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 <input checked="" type="checkbox"/> なし 評価機関名()						
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"/> 希望者に公開 <input checked="" 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 type="checkbox"/> 希望者に公開 <input checked="" 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 type="checkbox"/> 希望者に公開 <input checked="" 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 type="checkbox"/> 希望者に公開 <input checked="" 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 type="checkbox"/> 希望者に公開 <input checked="" 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		特になし						
入居者の状況	(記入日: 令和5年 7月1日現在)		登録戸数(a)	39戸	入居戸数(b)	39戸	入居率(b/a)	100.0%
			入居定員(c)	48人	入居者数(d)	42人	充足率(d/c)	87.5%
	入居者の 内訳	性別	男性	10人	女性	32人		
		年齢別	～59歳	人	60～64歳	1人	65～74歳	4人
			75～84歳	14人	85歳～	23人	平均年齢	85.0歳
		要介護 等状態 区分別	自立	人	要支援1	人	要支援2	人
			要介護1	5人	要介護2	8人	要介護3	7人
			要介護4	17人	要介護5	5人		
	入居 期間別	6箇月未満	6人	6箇月以上1年未満	5人	1年以上5年未満	31人	
		5年以上10年未満	人	10年以上15年未満	人	15年以上	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	2人	医療機関	1人
			死亡	6人	その他	人	合計	10人
	生前解約 の状況	事業者側 からの 申し出	2人	解約 事由 の例	自傷行為を行い、入院した為。			
		入居者側 からの 申し出	2人	解約 事由 の例	在宅(一般住宅)への復帰。			

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。

年 月 日 (説明を受けた者)
借主(乙) 住所
氏名
代理人 住所
氏名
乙との続柄

役員名簿

(登録申請者が法人である場合に作成)

(ふりがな) 氏名	役名等
いわもと まさし 岩本 正志	代表取締役
いわもと よしこ 岩本 佳子	取締役
ふじもと かずや 藤本 和哉	取締役

法第6条第1項第3号に該当する者を全て記載すること。記載しきれないときは、この様式の例により作成した書面に記載し、その書面をこの書面の次に添付すること。

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	18.11	×	○	○	×	×	○	30	201~210、301~310、401~410	50,000
1	18.14	×	○	○	×	×	○	6	212~213、312~313、412~413	50,000
1	19.20	×	○	○	×	×	○	3	211,311,411	50,000

※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	29.88	2階1か所、3階1か所、4階2か所	39	
台所	3	21.75	2階1か所、3階1か所、4階1か所	39	
食堂・居間	3	165.15	2階1か所、3階1か所、4階1か所	39	
脱衣室	3	59.54	2階1か所、3階1か所、4階1か所	39	
共用トイレ	3	11.88	2階1か所、3階1か所、4階1か所	39	

※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 (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				
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 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> 指定介護予防サービス事業者 <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 <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 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 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	1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 type="checkbox"/> 365日対応 <input checked="" type="checkbox"/> 次の期間を除く (土日祝日、12月29日～1月3日)					
常駐する時間	日中	9時 0分	～	17時 0分	人員	1人
	上記以外の時間	時 分	～	時 分	人員	人
毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法	午前中に1回入室します。また、見守りシステム(機械)にてベッド上の状態を24時間モニタリングしております。 <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 checked="" type="checkbox"/> 24時間			
	通報方法	ナースコールによる				
	通報先	同一建物内事務所	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	住宅職員及び併設施設職員が救急搬送します。ただし急変時には協力医療機関に連絡する事を事前に取り決めている場合は協力医療機関に連絡します。家族様へは早急に連絡するようにしていますが、場合によっては搬送先確定後の連絡になる事もあります。					
生活相談サービスの内容	医療介護サービスの取次ぎ、買い物についてはネット通販及び魚住町近辺への買出しは対応します。その他お困りごとについて、お聞きいたします					
	提供日	<input type="checkbox"/> 365日対応 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (平日営業日)				
	提供時間	9時 0分	～	17時 0分		
サービス提供の対価(概算額)	月額※	約	11,000円	前払金の		
	前払金	約	円	算定方法		
備考	緊急通報サービスにつきまして夜間帯は併設施設での対応となります。					

※：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。

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) ゆうふいえぬかんぱにい (有)ブイエヌカンパニイ			
	住所 (法人にあつては 主たる事務所の 所在地)	(郵便番号 654-0036) 神戸市須磨区南町3-3-20-1F		電話番号 078-739-8599	
	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 654-0036) 神戸市須磨区南町3-3-20-1F		電話番号 078-739-8599	
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 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 対価(概算額)		月額※	約 46,980 円	内訳	朝食 378 円 昼食 540 円 夕食 648 円
		前払金	約 円	前払金の 算定方法	
備考		表示金額の消費税は8%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 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 type="checkbox"/> その他 ()	
	内容	<input type="checkbox"/> 入浴介護 <input type="checkbox"/> 排せつ介護 <input 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※1	約	円
	前払金	約	円
		前払金の算定方法	
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 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 /
排泄介助・おむつ交換	<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 /
おむつ代		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度	円 /
入浴(一般浴)介助・清拭	<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 /
特浴介助	<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 /
身辺介助(移動・着替え等)	<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 /
機能訓練	<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			

※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 type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する		<input type="checkbox"/> 委託する	
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)			
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
	住所 (法人にあっては本業務に係る事業所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
提供方法	提供日	<input type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	内容	<input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> その他 ()			
サービス提供の対価(概算額)	月額※1	約	円	前払金の算定方法	
	前払金	約	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 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 /	
日常の洗濯	<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 /	
居室清掃	<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 /	
リネン交換	<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 /	
居室配膳・下膳	<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 /	
買物代行※4	<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 /	
役所手続き代行	<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					

※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 type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する <input type="checkbox"/> 委託する	
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)	
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号)	電話番号
	住所 (法人にあっては本業務に係る事業所の所在地)	(郵便番号)	電話番号
提供方法	提供日	<input type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	内容	<input type="checkbox"/> 健康相談 <input type="checkbox"/> 血圧等の測定 <input type="checkbox"/> 定期検診 <input type="checkbox"/> 通院等の付き添い <input type="checkbox"/> その他 ()	
サービス提供の対価(概算額)	月額※1	約	円
	前払金	約	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)		前払金の算定方法	
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 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 /
血圧等の測定	<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 /
定期検診	<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 /
通院の付き添い※4	<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 /
入退院の付き添い※4	<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 /
服薬支援	<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 /
生活指導・栄養指導	<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 /
定期健康診断		<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			

※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 type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する		<input type="checkbox"/> 委託する	
委託する 場合の 委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)			
	住所 (法人にあっては 主たる事務所の 所在地)	(郵便番号)		電話番号	
	住所 (法人にあっては 本業務に係る事 業所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
提供方法		提供日	<input type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他 ()		
		内容			
サービス提供の 対価(概算額)	月額※1	約	円	前払金の 算定方法	
	前払金	約	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
	<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 /	
	<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					

※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。

別添5-2

運営方針

項目	該当
重要事項を記載した書面のひな形を公開する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居及び退去の条件を書面に記載する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者の個人情報の保護に関する事項を書面に記載する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者に対する虐待を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修及び担当者の配置を行う	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
やむを得ず行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為に関して、委員会の開催、指針の整備及び研修を行う	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者のプライバシーの確保について、職員に周知する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者に与えた損害を賠償するための措置を講じる	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者からの相談及び苦情に適切に対応するための体制を整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
サービス付き高齢者向け住宅への入居及びサービス付き高齢者向け住宅において提供される福祉サービスの利用に必要な費用に関する書類を発行することができる	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者及びその家族と意見を交換する機会を設ける	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
地域社会との交流及び連携を図る	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
災害に対応するための仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
事故の発生及び再発を防止するための仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者の健康状態及び生活状況を把握し、変化があったときは、当該入居者の家族に連絡する仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者間の交流の促進を図る	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
登録事業者又は登録事業者から委託を受けた者から提供される福祉サービスと、それ以外の者から提供される福祉サービスを明確に区分する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者が希望する場合には、介護サービスの提供に必要な当該入居者に関する情報を、介護支援専門員と共有する仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
基本理念及び基本方針を定めるとともに、これらを職員及び入居者に周知する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
職員の教育及び研修に関する計画を策定する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
職員に対して、認知症に関する研修を行う	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
職員を登録事業者が行う研修以外の研修に参加させる仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
サービス付き高齢者向け住宅事業の実施に必要な人材の確保のために必要な措置を講じる	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

サービス付き高齢者向け住宅の入居契約の登録基準適合性に関するチェックリスト

チェック内容	根拠規定	チェック欄
(1) 書面(その作成に代えて電磁的記録(電子的方式、磁気的方式その他人の知覚によっては認識することができない方式で作られる記録であって、電子計算機による情報処理の用に供されるものをいう。第五十二条第二項及び第五十四条第二号において同じ。))	法第7条第1項第6号イ	○
(2) 居住の用に供する専用部分が明示されていること (※単に建物全体を示すのではなく、具体の部屋番号が記載されているなど特定されていること)	法第7条第1項第6号ロ	○
(3) ①敷金、②家賃、③高齢者生活支援サービスの提供の対価、④家賃等(②及び③)の前払金以外の金銭(権利金等)を受領しないこと (※①～④が明確に分けられていること)	法第7条第1項第6号ハ	○
(4) 家賃等の前払金を受領する場合には、その算定の基礎が明示されていること	法第7条第1項第6号ニ	非該当
(5) 家賃等の前払金を受領する場合には、家賃等の前払金について事業者が返還債務を負うこととなる場合における当該返還債務の金額の算定方法が明示されていること	法第7条第1項第6号二	非該当
(6) 入居者の入居後、3月が経過するまでの間に契約が解除され、又は入居者の死亡により終了した場合には、家賃等の月額を30で除した額に、入居の日から起算して契約が解除され、又は入居者の死亡により終了した日までの日数を乗じた額を除き、家賃等の前払金を返還すること。 入居者の入居後、3月が経過し、想定居住期間が経過するまでの間に契約が解除され、又は入居者の死亡により終了した場合には、契約が解除され、又は入居者の死亡により終了の日以降の期間につき日割計算により算出した家賃等の額を、家賃等の前払金の額から控除した額を除き、家賃等の前払金を返還すること。	・法第7条第1項第6号ホ ・規則第12条	非該当
(7) 入居者の病院への入院又は入居者の心身の状況の変化を理由として、当該理由が生じた後の入居者の合意が無く、一方的に居住部分を変更し、又は契約を解約することができないこと	・法第7条第1項第6号ヘ ・規則第13条	○
(8) 住宅の整備に関する工事の完了前に敷金又は家賃等の前払金を受領しないこと	法第7条第1項第7号	○
(9) 家賃等の前払金について、事業者が返還債務を負うこととなる場合に備えて、必要な保全措置が講じられていること	・法第7条第1項第8号 ・規則第14条	非該当

(※)根拠規定

法: 高齢者の居住の安定確保に関する法律(平成13年法律第26号)、規則: 国土交通省・厚生労働省関係高齢者の居住の安定確保に関する法律施行規則(平成23年厚生労働省令・国土交通省令第2号)

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 ※1※2※3	兼務している職種及び人数
	合計	常勤		
管理者	1	1		
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		
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※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		
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	時 分 ~ 時 分		
	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)			
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 (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 <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)	:
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	藤本 和哉					
	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 checked="" type="checkbox"/> あり 資格の名称 <input type="checkbox"/> なし	介護福祉士				
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	
10年以上の者の人数							
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					