

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 大阪府池田市古江町18番地の2

商号、名称又は氏名 社会福祉法人 のぞみ

印

理事長 川邊 浩藏

代理人 所属 兵庫県川西市小花2丁目2番2号

職名及び氏名 川西小花の生活

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

拠点型サ高住として一人一人の固有の生活リズムや習慣を維持し、健康の時から最後までのご入居者の生活を支えます。併設の小規模多機能居宅介護を中心に、近隣の介護事業者とも密接に連携し、入居者の生活の質の向上に努めます。

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) さーびすつきこうれいしやむけじゅうたく かわにしおばなのせいかつ サービス付き高齢者向け住宅 川西小花の生活			
所在地	(住居表示※) 川西市小花2丁目2番2号			
利用交通手段	☒ 1. 電車 (阪急宝塚 線 川西能勢口 駅から 徒歩 で 10 分) ☐ 2. その他 ()			
住宅に関する 権原	☒ 1. 所有権 期間 年 月 日から 年 月 日まで	☐ 2. 賃借権	☐ 3. 使用貸借による権利	
施設に関する 権原	☒ 1. 所有権 期間 年 月 日から 年 月 日まで	☐ 2. 賃借権	☐ 3. 使用貸借による権利	
敷地に関する 権原	☒ 1. 所有権 期間 年 月 日から 年 月 日まで	☐ 2. 地上権	☐ 3. 賃借権	☐ 4. 使用貸借による権利

※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	☒ 法人 ☐ 個人		
商号、名称 又は氏名	(ふりがな) しゃかいふくしほうじん のぞみ 社会福祉法人 のぞみ		
住所 (法人にあつては主 たる事務所の所在 地)	(郵便番号 563-0015) 大阪府池田市古江町18番地2 電話番号 072-754-6541		
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 あつては主たる事 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) しゃかいふくしほうじん のぞみ 社会福祉法人 のぞみ		
事務所の所在地	(郵便番号 666-0015) 兵庫県川西市小花2丁目2番2号	電話番号 072-744-2530	

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	8 戸	入居定員	8 人
居住部分の規模	(最小)	18.01 m ²	詳細については、別添3のとおり	
	(最大)	21.01 m ²		
構造及び設備	共同利用設備	☒ あり ☐ なし		
	構造	鉄筋コンクリート	造	階数 地上6 階建
竣工の年月	2018 年 3 月 30 日			
加齢対応構造等	☒ 登録基準に適合している			
	☐ エレベーターを備えている			
	☒ 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	☒ 賃貸借契約 ☐ 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	☐ 法第52条の認可を受けている		
入居者の資格	次の①又は②に該当する者である。 ①単身高齢者世帯 ■ ②高齢者＋同居者（配偶者 / 60歳以上の親族 / 要介護認定又は要支援認定を受けている60歳未満の親族 / 特別な理由により同居させると知事が認める者） （「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	☒ 自立している者 ☒ 要支援の者 ☒ 要介護の者		
	留意事項		
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	入居契約書第12条
		解約予告期間	即日～6ヶ月
	入居者からの解約予告期間		30日前

※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 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
	状況把握・生活相談	☒ 自ら	☐ 委託	約 35,200 円	
	食事の提供	☐ 自ら	☒ 委託 ☐ 提供しない	約 59,400 円	
	入浴等の介護	☐ 自ら	☐ 委託 ☒ 提供しない	約 円	
	調理等の家事	☐ 自ら	☐ 委託 ☒ 提供しない	約 円	
	健康の維持増進	☒ 自ら	☐ 委託 ☐ 提供しない	約 5,400 円	
	貴重品管理 日常生活費支払代行	☒ 自ら	☐ 委託 ☐ 提供しない	約 1,500 円	
その他		☐ 自ら ☐ 委託 ☒ 提供しない	約 円		
家賃の概算額	(最低) 約	85,000 円	住戸ごとの内容は、別添3のとおり		
	(最高) 約	89,000 円			
共益費の概算額	(最低) 約	34,300 円			
	(最高) 約	34,300 円			
敷金の概算額	(最低) 約	200,000 円	家賃の2.3ヶ月相当分	入居契約書記載の指定口座への振り込み手数料はご負担いただきます(返金時も含む)。	
	(最高) 約	200,000 円			
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・共益費は頂く サービス費・食費は頂かない				
家賃等の費用の改定	条件	物価高騰など			
	手続	通常懇談会			
前払金※有無	☐ あり [☐ 前払方式のみ ☐ 前払方式と月払方式を選択可] ☒ 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	☐ 銀行による債務の保証 ☐ 信託会社等による元本補てん又は信託 ☐ 保険事業者による保証保険 ☐ その他()				
特定施設入居者生活介護事業所	☐ 指定を受けている 介護保険事業所番号() ☒ 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	☐ 指定を受けている 介護保険事業所番号() ☒ 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	☐ 指定を受けている 介護保険事業所番号() ☒ 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)					
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) ※		利用者負担(1割)	利用者負担(2割)	利用者負担(3割)	
	要支援1	円	円	円	詳細については、別添5のとおり
	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	☐ あり ☐ なし		入居者継続支援加算	☐ あり ☐ なし
	生活機能向上連携加算	☐ あり ☐ なし		個別機能訓練加算	☐ あり ☐ なし
	夜間看護体制加算	☐ あり ☐ なし		若年性認知症入居者受入加算	☐ あり ☐ なし
	医療機関連携加算	☐ あり ☐ なし		口腔衛生管理体制加算	☐ あり ☐ なし
	栄養スクリーニング加算	☐ あり ☐ なし		退院・退所時連携加算	☐ あり ☐ なし
	看取り介護加算	☐ あり ☐ なし			
	認知症専門ケア加算	☐ あり [☐ (Ⅰ) ☐ (Ⅱ)] ☐ なし			
	サービス提供体制強化加算	☐ あり [☐ (Ⅰ)イ ☐ (Ⅰ)ロ ☐ (Ⅱ) ☐ (Ⅲ)] ☐ なし			
	介護職員処遇改善加算	☐ あり [☐ (Ⅰ) ☐ (Ⅱ) ☐ (Ⅲ) ☐ (Ⅳ) ☐ (Ⅴ)] ☐ なし			
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	☐ あり 介護・看護職員の配置率 : ☐ 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	☒ 自ら管理 ☐ 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	☐ あり ☒ 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
小規模多機能型居宅介護 川西小花の生活	小規模多機能型居宅介護の住宅サービス	☒ 同一の建築物内 ☐ 同一の敷地内 ☐ 隣接する土地
		☐ 同一の建築物内 ☐ 同一の敷地内 ☐ 隣接する土地
		☐ 同一の建築物内

- | | | |
|--|--|----------------------------------|
| | | ☐ 同一の敷地内 |
| | | ☐ 隣接する土地 |
| | | ☐ 同一の建築物内 |
| | | ☐ 同一の敷地内 |
| | | ☐ 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) いりょうほうじんしんしんかい ベリたすびょういん 医療法人晋真会 ベリタス病院
医療機関 の所在地	(郵便番号 666-0125) 川西市新田1丁目2番地23号 電話番号 072-793-7890
診療科目	内科・外科・消化器・循環器・脳神経外科・その他
連携又は協力 の内容	外来診察・入院
協力歯科医療機関	
歯科医療機関 の名称	(ふりがな) かわにししいしかいりつしかほうもんせんたー 川西市歯科医師会立歯科訪問センター
歯科医療機関 の所在地	(郵便番号 666-0017) 川西市火打1丁目12番地16号 キセラ川西 プラザ2階 電話番号 072-757-0418
連携又は協力 の内容	歯科検診、訪問歯科診療、摂食嚥下障害の相談
歯科医療機関 の名称	(ふりがな) いりょうほうじんしゃだん たにだしかいいん 医療法人社団 タニダ歯科医院
歯科医療機関 の所在地	(郵便番号 669-1133) 西宮市東山台1丁目10-5 電話番号 0797-61-2000
連携又は協力 の内容	歯科検診、訪問歯科診療、摂食嚥下障害の相談
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) 電話番号
連携又は協力 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

基本方針及び県の高齢者居住安定確保計画に沿って適切に運営します。また、本事業は「拠点型サ高住」です。併設の小規模多機能型居宅介護事業所を中心に、近隣の介護事業者とも密接に連携し、入居者のせいかつの質の向上に努めます。

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	☐ あり 内容() ☒ 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		☐ 一時介護室へ移る場合 ☐ 介護居室へ移る場合 ☐ 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		☐ あり ☐ なし		
	前払金償却の調整の有無		☐ あり ☐ 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	☐ あり ☐ なし	台所の変更	☐ あり ☐ なし
		便所の変更	☐ あり ☐ なし	収納の変更	☐ あり ☐ なし
洗面の変更		☐ あり ☐ なし	その他の変更	☐ あり ☐ なし	
浴室の変更		☐ あり ☐ 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		サービス付き高齢者向け住宅 川西小花の生活		
	電話番号		072-744-2530		
	対応して いる時間	平日	9:00～17:00		
		土曜日	FAX、Eメールは随時		
		日曜・祝日	FAX、Eメールは随時		
定休日		なし			
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		家族への連絡、協力医療機関への受診など必要な措置を講ずる。緊急性の高い場合、救急車の手配、かかりつけ医への連絡調整等を速やかにおこなう		
	緊急やむを得ず身体的拘束を行う際の手続		高齢者虐待防止法に基づき、本人もしくは家族への説明と同意、記録、書類の整備をおこなう		
	事故発生時の対応		必要な措置を講じるとともに、状況により協力医療機関及び家族に速やかに報告をおこなう		
	事故に関する緊急時対応マニュアルの有無		☒ あり ☐ なし		
	損害賠償責任保険の加入状況		☒ あり 内容(あいおいニッセイ同和損保株式会社) ☐ なし		
防火体制	耐火構造		☒ 耐火建築物 ☐ 準耐火建築物 ☐ その他()		
	消火器	☒ あり ☐ なし	防火管理者	☒ あり ☐ なし	
	自動火災報知設備	☒ あり ☐ なし	消防計画	☒ あり ☐ なし	
	火災通報設備	☒ あり ☐ なし	避難訓練	☒ あり ☐ なし	
	スプリンクラー	☒ あり ☐ 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		☐ あり 実施日() 結果の開示 ☐ あり ☐ なし ☒ なし						
運営懇談会		☒ あり 開催頻度(年2回) 構成員(ご入居・ご家族・管理者・施設長) ☐ なし						
第三者による評価の実施状況		☐ あり 実施日() 結果の開示 ☐ あり ☐ なし 評価機関名() ☒ なし						
入居希望者への事前の情報開示	入居契約書の雛形	☐ 希望者に公開 ☒ 希望者に配布 ☐ 非公開 ☐ 未作成						
	管理規程	☒ 希望者に公開 ☐ 希望者に配布 ☐ 非公開 ☐ 未作成						
	事業収支計画書	☐ 希望者に公開 ☐ 希望者に配布 ☒ 非公開 ☐ 未作成						
	財務諸表の要旨	☐ 希望者に公開 ☐ 希望者に配布 ☒ 非公開 ☐ 未作成						
	財務諸表の原本	☐ 希望者に公開 ☐ 希望者に配布 ☒ 非公開 ☐ 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: R7 年 7 月 1 日現在)		登録戸数(a)	8 戸	入居戸数(b)	7 戸	入居率(b/a)	87.5 %
			入居定員(c)	8 人	入居者数(d)	7 人	充足率(d/c)	87.5 %
	入居者の内訳	性別	男性	2 人	女性	5 人		
		年齢別	～59歳	0 人	60～64歳	0 人	65～74歳	2 人
			75～84歳	1 人	85歳～	4 人	平均年齢	85.4 歳
		要介護等状態区分別	自立	1 人	要支援1	0 人	要支援2	0 人
			要介護1	0 人	要介護2	4 人	要介護3	2 人
			要介護4	0 人	要介護5	0 人		
		入居期間別	6箇月未満	1 人	6箇月以上1年未満	0 人	1年以上5年未満	5 人
	5年以上10年未満		1 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	0 人	社会福祉施設等	0 人	医療機関	0 人
			死亡	1 人	その他	0 人	合計	0 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	0 人	解約事由の例				

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
乙との続柄

印

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
かわべ こうぞう 川邊 浩藏	理事長
あかぎ ゆうすけ 赤木 祐介	理事
やまぐち しょうこ 山口 賞子	理事
やまもと よしえ 山本 由枝	理事
たなか まさかつ 田中 正勝	理事
にしむら あきら 西村 章	理事
いぬい よしのり 乾 禎則	監事
むかい かずあき 迎 和明	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。

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	21.01	×	○	○	×	×	○	2	1号室 5号室	89,000
1	20.26	×	○	○	×	×	○	1	2号室	89,000
1	20.48	×	○	○	×	×	○	1	3号室	89,000
1	19.80	×	○	○	×	×	○	1	4号室	87,000
1	18.43	×	○	○	×	×	○	1	6号室	85,000
1	18.01	×	○	○	×	×	○	1	7号室	85,000
1	18.02	×	○	○	×	×	○	1	8号室	85,000

※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	1	4.00	2階台所横	8	
脱衣室	1	4.11	2階台所横	8	
台所	1	6.88	2階食堂横	8	
食堂	1	23.36	2階台所横	8	
収納設備	1	0.75	2階便所横	8	
便所	1	2.23	2階玄関横	8	

※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

--

1. 状況把握及び生活相談サービスの内容

提供形態		☒ 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				☐ 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		☐ 医療法人 ☒ 社会福祉法人 ☐ 指定居宅サービス事業者 ☐ 指定地域密着型サービス事業者				☐ 指定居宅介護支援事業者 ☐ 指定介護予防サービス事業者 ☐ 指定介護予防支援事業者 ☐ 上記以外の法人等		
サービスを提供する者の人数		☐ 医師	人員	人	☐ 社会福祉士	人員	人	
		☐ 看護師	人員	人	☐ 介護支援専門員	人員	人	
		☐ 准看護師	人員	人	☒ 養成研修修了者	人員	2 人	
		☒ 介護福祉士	人員	1 人	☐ 上記以外の職員	人員	人	
				合 計		人員	3 人	
常駐する場所		☒ 同一の敷地内 ☐ 隣接する土地 ☐ 近接する土地 ☐ (所在地)						
常駐する日		☒ 365日対応 ☐ 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	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		1日1回の部屋の見回り、食堂への案内等を通じて本人の安否を確認します。					毎日 1 回	
		☐ 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	9 時 0 分 ～ 18 時 0 分				
			上記以外の日	☐ 24時間				
		通報方法	ナースコールが同一建物内に発報、管理者のメールに通知					
		通報先	小規模多機能型居宅介護 川西小花の生活 事務所			通報先から住宅までの到着予定時間	1 分	
サービス提供の 対価(概算額)		月額※	約 35,200 円	前払金の				
		前払金	約 円	算定方法				
備考		・状況把握サービス26,400円、生活相談サービス8,800円 ・職員常駐で1日1回の部屋の見回り、食堂への案内を通じて本人の安否を把握いたします。 また、突発的な事故、体調の急変などの場合には必要な措置を講じるとともに状況により協力医療機関及び家族へ連絡を行う。 ・夜間緊急時においては、館内の夜勤職員により適切に対応いたします。						

※：サービス提供の対価を月額で設定していない場合は、30日間利用した場合の金額を記載すること。

2. 食事の提供サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		☐ 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 ☒ 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) えーむさーびすかぶしかいしゃ エームサービス株式会社	
	住 所 (法人にあっては 主たる事務所の 所在地)	(郵便番号 531-0011) 大阪市淀川区西中島5-12-8 エス ティ エスビス6階 電話番号 06-6390-2132	
	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 563-0015) 大阪府池田市古江町18番地の2 電話番号 072-754-6541	
食事提供を行う場所		☒ 食堂 ☒ 各居住部分 ☐ その他 ()	
提供方法	提供日	☒ 365日対応 ☐ その他 ()	
	内容	☒ 3食 ☐ 入居者が選択 ☐ 次の食事は提供しない ()	
	調理等	☐ 厨房で調理 ☐ 配食サービスを利用 ☒ その他 ()	
サービス提供の 対価(概算額)	月額※	約 59,400 円	内訳 朝食 400 円 昼食 830 円 夕食 750 円
	前払金	約 0 円	前払金の 算定方法
備考		四季の移ろいを感じていただけるよう、旬の食材を利用します。ハレの日としてお食事を楽しんでいただけるように、寿司や折り弁当、てんぷらなどの人気メニューをとりいれます。飽きのこない献立をお出できるようにメニューのサイクルは1年ごととし、新しいメニューにも取り組みます。食事提供を行う場所として各居室部分にて提供する場合は、入居者のその時の状況のみ対応する事とする。	

※: 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		☐ 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		☐ 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	☐ 365日対応 ☐ その他 ()			
		内容	☐ 入浴介護 ☐ 排せつ介護 ☐ 食事介護			
			☐ 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
食事介助	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度	円 /			
排泄介助・ おむつ交換	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度	円 /			
おむつ代		☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度	円 /			
入浴(一般浴) 介助・清拭	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度	円 /			
特浴介助	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度	円 /			
身辺介助(移 動・着替え等)	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度	円 /			
機能訓練	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度	円 /			
	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度	円 /			
備考	各介助にかかる費用については別途オプションサービスの表(介助サービス)をご参照ください。支援の必要性に応じて、介護保険の申請や併設の小規模多機能型居宅介護のご利用等についてご検討頂けるよう担当者へおつなぎ致します。					

※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		☐ 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 ☐ 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	☐ 365日対応 ☐ その他 ()		
		内容	☐ 調理 ☐ 洗濯 ☐ 掃除		
			☐ 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	☒ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度	円 /		
日常の洗濯	☒ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度	円 /		
居室清掃	☒ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度	円 /		
リネン交換	☒ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度	円 /		
居室配膳・下膳	☒ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度	円 /		
買物代行※4	☒ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度	円 /		
役所手続き代行	☒ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度	円 /		
	☒ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度	円 /		
備考	上記の支援については別途オプションサービス表(生活支援サービス)をご参照ください。支援の必要性に応じて、介護保険の申請や併設の小規模多機能型居宅介護のご利用等についてご検討頂けるよう担当者へおつなぎ致します。				

※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		☒ 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		☐ 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	☐ 365日対応 ☒ その他 ()		
		内容	☒ 健康相談 ☒ 血圧等の測定 ☐ 定期検診 ☐ 通院等の付き添い ☒ その他 ()		
サービス提供の 対価(概算額)		月額※1	約 5,400 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
健康相談	☒ なし ☐ あり	☐ なし ☒ あり ☐ 包含 ☐ 都度 0 円 /			
血圧等の測定	☒ なし ☐ あり	☐ なし ☒ あり ☐ 包含 ☐ 都度 5,400 円 / 月			月額契約医 師の指示によ り週1から毎 日まで
定期検診	☒ なし ☐ あり	☒ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度 円 /			
通院の 付き添い※4	☒ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☒ 都度 4,500 円 / 時間			別途オプショ ンによる
入退院の 付き添い※4	☒ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☒ 都度 4,500 円 / 時間			別途オプショ ンによる
服薬支援	☒ なし ☐ あり	☐ なし ☒ あり ☐ 包含 ☐ 都度 500 円 / 回			別途オプショ ンによる
生活指導・ 栄養指導	☒ なし ☐ あり	☒ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度 円 /			
定期健康診断		☒ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度 円 /			
	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度 円 /			
備考	ご入居者の状況により、服薬管理が必要な場合、または主治医より、定期的な血圧測定や健康管理に関する具体的な指示がある場合には契約をして頂きます。通院・入院に関する付添いについては、有料オプションサービスにてご利用頂きます。				

※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. 貴重品管理・日常生活費支払代行サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		☒ 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		☐ 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	☒ 365日対応 ☐ その他 ()		
		内容	貴重品預かり証に記載の貴重品の管理、利用料口座引き落とし処理、個人購入物品等購入にかかる立て替え金処理・その他の代行サービス		
サービス提供の対価(概算額)	月額※1	約	1,500 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
貴重品管理	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☒ あり ☐ 包含 ☐ 都度	円 /		必要に応じて
利用料口座引き落とし処理	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☒ あり ☐ 包含 ☐ 都度	円 /		毎月27日 (土日・祝日除く)
個人物品等購入にかかる立て替え処理	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☒ あり ☐ 包含 ☐ 都度	円 /		必要に応じて
その他	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☒ あり ☐ 包含 ☐ 都度	円 /		利用・必要に応じて
	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度	円 /		
備考	ご入居者様の管理能力に応じて、ご相談をお受けします。 ご入居者様、ご家族様に少しでも安心してお過ごし頂けますよう支援します。				

※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。

7. その他のサービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		☐ 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		☐ 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	☐ 365日対応 ☐ 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
	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり	☐ 包含 ☐ 都度	円 /	
	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり	☐ 包含 ☐ 都度	円 /	
	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり	☐ 包含 ☐ 都度	円 /	
	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり	☐ 包含 ☐ 都度	円 /	
	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり	☐ 包含 ☐ 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。

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	非常勤		
管理者	1	1			生活相談員
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)	3	1	2		管理者1名・介護職員2名
直接処遇職員	2		2		
介護職員	2		2		2名
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	1		1
実務者研修修了者			
初任者研修修了者	1		1
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※		☐ 1.5:1以上 ☐ 2:1以上 ☐ 2.5:1以上 ☐ 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						
	他の職務との兼務	☒ あり ☐ なし					
	業務に係る資格	☒ あり 資格の名称 ☐ なし	実務者研修・防火管理者				
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					2		
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		☒ あり ☐ なし					