

サービス付き高齢者向け住宅 つどいの郷  
重要事項説明書

記入年月日	令和 5年 8月 1日
記入者名	星田 和宏
所属・職名	施設長

(注) 本書は、サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームが、老人福祉法第29条第5項の規定に基づき、契約の重要な事項を説明するための書面です。

サービス付き高齢者向け住宅の事業者が、「食事の提供」「介護の提供」「家事の供与」「健康管理の供与」のいずれかを住宅事業の一部として実施している場合、その住宅は有料老人ホームに該当します。

- 1. 事業者概要 ※「登録事項等についての説明」を添付するため記載欄削除
- 2. 事業の概要 ※「登録事項等についての説明」を添付するため記載欄削除
- 3. 建物概要 ※「登録事項等についての説明」を添付するため記載欄削除

4. サービスの内容  
(全体の方針)

運営に関する方針	ご入居者が、自らの意思に基づいて、生き生きとした生活を送っていただけるようお手伝いいたします。 また、ご入居者がその有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援します。
サービスの提供内容に関する特色	安心できる生活環境を提供します。 生活の質の向上に向けた生活環境を提供します。 自立した生活を営むことのできる生活環境を提供します。 最期の時まで生ききることをサポートし看取りまで支援
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施 2 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1 自ら実施 2 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない為に記入はありません。

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無	入居継続支援加算	(I)	1 あり 2 なし
		(II)	1 あり 2 なし
	生活機能向上連携加算	(I)	1 あり 2 なし
		(II)	1 あり 2 なし
	個別機能訓練加算	(I)	1 あり 2 なし
		(II)	1 あり 2 なし
	ADL維持等加算	(I)	1 あり 2 なし
		(II)	1 あり 2 なし
	夜間看護体制加算		1 あり 2 なし
	若年性認知症入居者受入加算		1 あり 2 なし
	医療機関連携加算		1 あり 2 なし
	口腔衛生管理体制加算		1 あり 2 なし
	口腔・栄養スクリーニング加算		1 あり 2 なし
	科学的介護推進体制加算		1 あり 2 なし
	退院・退所時連携加算		1 あり 2 なし
	看取り介護加算	(I)	1 あり 2 なし
		(II)	1 あり 2 なし
	認知症専門ケア加算	(I)	1 あり 2 なし
		(II)	1 あり 2 なし
	サービス提供体制強化加算	(I)	1 あり 2 なし
(II)		1 あり 2 なし	
(III)		1 あり 2 なし	
介護職員処遇改善加算	(I)	1 あり 2 なし	
	(II)	1 あり 2 なし	
	(III)	1 あり 2 なし	
	(IV)	1 あり 2 なし	
	(V)	1 あり 2 なし	
介護職員等特定処遇改善	(I)	1 あり 2 なし	
	(II)	1 あり 2 なし	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	1 あり	(介護・看護職員の配置率) : 1	
	2 なし		

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		<input type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 <input type="checkbox"/> 4 その他 ( )	
協力医療機関	1	名称	医療法人 久生会 山本クリニック
		住所	和歌山県海南市名高506-4
		診療科目	内科
		協力内容	訪問診療
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	
		住所	
		協力内容	

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない為に記入はありません。

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可		<input type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 3 その他 ( )		
判断基準の内容				
手続きの内容				
追加的費用の有無		1 あり 2 なし		
居室利用権の取扱い				
前払金償却の調整の有無		1 あり 2 なし		
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	1 あり 2 なし		
	便所の変更	1 あり 2 なし		
	浴室の変更	1 あり 2 なし		
	洗面所の変更	1 あり 2 なし		
	台所の変更	1 あり 2 なし		
	その他の変更	1 あり	(変更内容)	
		2 なし		

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項	年齢：60歳以上	
契約の解除の内容	入居契約書の第11条（契約の解除）及び第12条（乙からの解除）の通り	
事業者から解約を求める場合	解約条項	本物件の使用目的遵守義務違反により本契約を継続することが困難であると認められるに至った場合等（入居契約書第11条参照）
	解約予告期間	相当の期間
入居者からの解約予告期間	1ヶ月	
体験入居の内容	1 あり（内容： ） <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
入居定員	41人	
その他		

5. 職員体制

(職種別の職員数)

	職員数（実人数）			常勤換算人数※1
	合計	職員数		
		常勤	非常勤	
管理者（定期巡回サービス業務）	1	1		0.1
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員	14	14	1	14.6
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			2	0.5
その他職員			2	0.8
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数				40時間
※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。				

(資格を有している介護職員の人数)

	合計	
	常勤	非常勤
介護福祉士	10	10
社会福祉士		
養成研修修了者	4	4
看護師		
准看護師		

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計	
	常勤	非常勤
看護師又は准看護師		
理学療法士		
作業療法士		
言語聴覚士		
柔道整復士		
あん摩マッサージ指圧師		

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 ( 17時～ 翌9時 )		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0人	0人
介護職員	2人	2人

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は記入不要)	契約上の職員配置比率* 【表示事項】	a 1.5 : 1以上 b 2 : 1以上 c 2.5 : 1以上 d 3 : 1以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数)	: 1
※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択		
外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制(外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は記入不要)	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名称	
	通所介護事業所の名称	

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務		1 あり 2 なし							
	業務に係る資格等		1 あり							
	資格等の名称		介護福祉士							
			2 なし							
	看護職員		介護職員		生活相談員		機能訓練指導員		計画作成担当者	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数			4							
前年度1年間の退職者数			3							
に業務に従事した経験年数に応じた職員の数	1年未満		4							
	1年以上3年未満		4							
	3年以上5年未満		5							
	5年以上10年未満	1	5							
	10年以上									
	従業者の健康診断の実施状況			1 あり 2 なし						

6. 利用料金

※「登録事項等についての説明」を添付するため記載欄削除

7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	9人
	女性	30人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	1人
	75歳以上85歳未満	8人
	85歳以上	30人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	0人
	要支援2	3人
	要介護1	10人
	要介護2	14人
	要介護3	5人
	要介護4	4人
	要介護5	3人

入居期間別	6ヶ月未満	5人
	6ヶ月以上1年未満	6人
	1年以上5年未満	24人
	5年以上10年未満	4人
	10年以上15年未満	0人
	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	87.5歳
入居者数の合計	39人
入居率*	95.1%
※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。	

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	0人
	社会福祉施設	3人
	医療機関	0人
	死亡者	7人
	その他(高齢者住宅等)	0人
生前解約の状況	施設側の申し出	0人
	(解約事由)	
	入居者側の申し出	3人
	(解約事由) 社会福祉施設の順番が回ってきた為。	

8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況) ※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

窓口の名称		サービス付き高齢者向け住宅 つどいの郷 苦情受付窓口	海草振興局健康福祉部総務福祉課
電話番号		073-482-4346	073-482-0600
対応している時間	平日	9:00~17:00	9:00~17:45
	土曜	9:00~17:00	
	日曜・祝日	9:00~17:00	
定休日		なし	土曜、日曜、祝日、年末年始

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

損害賠償責任保険の加入状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 東京海上日動火災保険株式会社の損害賠償保険に加入しており、介護サービス提供上の事故により入居者の生命・身体に損害が発生した場合、故意または不可抗力による場合を除き賠償される
	2 なし	
介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 東京海上日動火災保険株式会社の損害賠償保険に加入しており、介護サービス提供上の事故により入居者の生命・身体に損害が発生した場合、故意または不可抗力による場合を除き賠償される
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり      2 なし	

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	令和1年7月1日
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり      2 なし
第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり      2 なし
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		

9. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
事業収支計画書	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
財務諸表の原本	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない



10. その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 2 回
	2 なし	
	<input type="checkbox"/> 1 代替措置あり	(内容)
	2 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 あり (提携ホーム名: )	
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
有料老人ホーム設置時の老人 福祉法第29条第1項に規定す る届出	1 あり 2 なし	
	<input checked="" type="checkbox"/> 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第23条の規定により、届出が不要	
高齢者の居住の安定確保に関 する法律第5条第1項に規定 するサービス付き高齢者向け 住宅の登録	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
サービス付き高齢者向け住宅 運営指導指針の不適合事項	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
不適合事項がある場合の内 容		

※ \_\_\_\_\_ 様

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名 星田 和宏

※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

登録事項等についての説明（高齢者住まい法第17条関係）

令和 年 月 日

登録事項等についての説明

貸主(甲) 住所 和歌山県海南市名高506-4  
 氏名 医療法人久生会 理事長 山本 尚夫 印  
 代理人 住所  
 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。

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) つどいのさと つどいの郷
所在地	(住居表示) 和歌山県海南市且来418-1
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1.電車( JR紀勢本線 海南 駅から バスで20分 降車後、徒歩1分 ) <input type="checkbox"/> 2.その他( )
住宅に関する権原	<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 期間 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
施設に関する権原	<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 期間 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
敷地に関する権原	<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 期間 平成 30年 3月 1日から 令和 20年 2月 28日まで

(注)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 又は氏名	(ふりがな) いりょうほうじん きゅうせいかい 医療法人 久生会
住所(法人に あつては 主たる事務所 の所在地)	(郵便番号 642-0032 ) 和歌山県海南市名高506-4 電話番号 073-482-4346
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)	(ふりがな) 商号、名称、又は氏名
	住所(法人 にあつては 主たる事務所 の所在地) 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) いりようほうじん きゅうせいかい 医療法人 久生会
事務所の所在地	(郵便番号 642-0032 ) 和歌山県海南市名高506-4 電話番号 073-482-4346

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	41 戸
居住部分の規模	(最小)	18.00 m <sup>2</sup>
	(最大)	24.00 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	木 造 階 数 地上 2 階建
竣工の年月	平成 30 年 2 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 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。)
入居契約の内容	別添入居契約書のとおり

※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
--------	---------

注)入居開始年は、西暦で記入すること。

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)	
高齢者生活支援サービス	状況把握 生活相談	■ 自ら □ 委託	約 10,000 円
	食事の提供	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない	約 57,000 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 円
その他	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない	約 2,160 円	
家賃の概算額	(最低) 約 40,000 円	住戸ごとの内容は別添 3 のとおり	
	(最高) 約 53,000 円		
共益費の概算額	(最低) 約 18,000 円		
	(最高) 約 18,000 円		
敷金の概算額	(最低) 約 100,000 円	家賃の 2.5 月分	
	(最高) 約 132,500 円		
前払金※の有無	□ あり ■ なし		
家賃等の前払金の概算額	(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			
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者、地域密着型特定施設入居者生活介護事業者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。)		

詳細については、別添 4 のとおり

※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。

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 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 _____
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
		<input 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
		<input 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
		<input 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
		<input 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)

連携又は協力の相手方		
事業所の名称	(ふりがな) やまもとくりにつく 山本クリニック	
事業所の所在地	(郵便番号 642-0032 ) 和歌山県海南市名高506-4	電話番号 073-482-4346
連携又は協力の内容	訪問診療	

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) やまもとくりにつくぎよたくかいごしえん 山本クリニック居宅介護支援
事業所の所在地	(郵便番号 642-0032 ) 和歌山県海南市名高506-4 電話番号 073-482-4347
連携又は協力の内容	居宅介護支援

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) やまもとくりにつくいでいきじゅんかい 山本クリニック定期巡回
事業所の所在地	(郵便番号 642-0032 ) 和歌山県海南市名高506-4 電話番号 073-482-4346
連携又は協力の内容	定期巡回サービス

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

基本方針及び高齢者居住安定確保計画に沿って適切に運営します。

上記につきまして、高齢者の居住の安定確保に関する法律第17条に基づく書面による説明を受けました。

令和 年 月 日  
借主(乙) 住所  
氏名

印

役員名簿

(ふりがな) 氏 名	役名等
やまもと ひさお 山本 尚夫	理事長
やまもと しゅうへい 山本 周平	理事
やまもと ようへい 山本 洋平	理事
ほくとう あきひろ 北東 章宏	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

住棟番号	専用部分の床面積 (㎡)	構造及び設備※						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	18.00	×	○	○	×	×	○	39	101～103、105～108、110～113、115～118、120、201～203、205～208、210～213、215～218、220～223、225～228号	40,000
1	24.00	×	○	○	×	○	○	2	121、230号	53,000

注1) 住戸の規模並びに設備及び構造のタイプ別にまとめて記載すること。  
 注2) 設備及び構造欄の『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
食堂・居間	2	165.40	1階食堂・居間1、2階食堂・居間2	41	
便所	3	15.09	1階HWC、2階WC、WC5	41	
洗濯室	2	40.94	1階洗濯1、2階洗濯2	41	
浴室	2	30.99	1階機械浴室、脱衣1.2、UB1、WC2	41	
浴室	3	26.10	2階UB2.3.4、脱衣3.4.5	41	
台所	2	18.00	1階給湯1、2階給湯2	41	

注) 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。



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 checked="" type="checkbox"/> 医療法人 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> 指定居宅サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定地域密着型サービス事業者		<input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護予防サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者 <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 checked="" type="checkbox"/> 養成研修修了者	人員 3 人	
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士	人員	5 人	<input type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員 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 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	00分	～	17 時 00分	人員 1 人
	上記以外の時間	17 時	00分	～	9 時 00分	人員 2 人
毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法	定期巡回				毎日 3 回	
	<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	00時 00分 ～		24時 00分	
		上記以外の日	<input type="checkbox"/> 24時間			
	通報方法	ナースコール、携帯電話PHS				
	通報先	各階スタッフコーナー及び1階事務所内	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 10,000 円	前払金の			
	前払金	約 円	算定方法			
備考						

※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 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)			
	法定代理人 (未成年の 個人である 場合)	(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)	(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 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 checked="" type="checkbox"/> 厨房で調理 <input 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 57,000 円	内訳	朝食 300 円 昼食 600 円 夕食 500 円	
	前払金	約 0 円	前払金の 算定方法	食事管理費 15,000 円	<small>内訳: 厨房設備費・光熱水費・委託人件費・衛生管理費・水質検査費・防虫防鼠費・消耗品費等</small>
備考	※食事管理費は、入院等により不在であったとしても月額料金が必要です。				

※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)	(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	約	円	前払金の 算定方法	
	前払金	約	円		
備考					

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"/> 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	約	円	前払金の 算定方法	
	前払金	約	円		
備考					

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 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 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 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	約	円	前払金の算定方法	
	前払金	約	0 円		
備考	・服薬支援については、薬局からいただいたお薬を管理し確実に服用されたことを確認して、その都度記録します。				

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 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 checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他( )			
	内容	買い物代行、役所手続き代行			
サービス提供の対価(概算額)	月額	約	2,160 円	前払金の算定方法	
	前払金	約	0 円		
備考	買い物代行: ¥2,160/1時間、 役所手続き代行: ¥2,160/1時間				