

グランドール 紀の風
重要事項説明書

記入年月日	令和 5年 7月 1日
記入者名	中 村 光 徳
所属・職名	施 設 長

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します。
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します。
3. 建物の概要 「登録事項等についての説明」を添付するため記載欄削除します。

4. サービスの内容
(全体の方針)

運営に関する方針	「高齢者の住居の安定の確保に関する基本的な方針」を遵守し、介護技術の向上、住みやすい環境整備を図りながら適切な運営を図り、入居者の健康・安心・福祉の向上に努める。
サービスの提供内容に関する特色	介護・看護が24時間常駐し、日常生活が毎日安心してお過ごし頂けるようにサポートしています。また、併設している各事業所から、様々なニーズに対応すべく専門のスタッフによるサービスを提供させていただきます。
入浴、排せつ又は食事の介護	① 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	① 自ら実施 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 3 なし
健康管理の供与	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	① 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	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場合は記入不要

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	① 救急車の手配 ② 入退院の付き添い ③ 通院介助 ④ その他 (歯科・眼科の往診)	
協力医療機関	1	名称	すずきこどもクリニック
		住所	和歌山県 新宮市 下田2丁目3-2
		診療科目	小児科
		協力内容	入居者往診診療
	2	名称	紀南病院組合立 紀南病院
		住所	三重県東牟婁郡御浜町阿田和4750
		診療科目	内科・整形外科・外科・産婦人科
		協力内容	入居者診療
協力歯科医療機関	名称	福辻歯科医院	
	住所	和歌山県新宮市徐福1丁目1-12	
	協力内容	歯科往診診療	

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は記入不要

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可	1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 ② その他 (健康状態の変化による)	
判断基準の内容	介護状況や生活環境の変化による	
手続きの内容	ご家族様への説明同意	
追加的費用の有無	1 あり ② なし	
居室利用権の取扱い	賃貸借方式	
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
	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	1 あり ② なし
	要支援の者	1 あり ② なし
	要介護の者	① あり 2 なし
留意事項	入居契約書 第1条2項及び3項	
契約の解除の内容	入居者又は事業者から契約解除が行われた場合 (入居契約書 第11条参照)	
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 (入居契約書第11条参照)
	解約予告期間	1ヶ月
入居者からの解約予告期間	入居契約書 第12条による 30日前による申し出	
体験入居の内容	1 あり (内容:) ② なし	
入居定員	49人	
その他		

5. 職員体制

※住宅の職員について記載すること（同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません）。

（職種別の職員数）

	職員数（実人数）			常勤換算人数※1
	合計	常勤		
		常勤	非常勤	
管理者	1	1		
生活相談員	2		2	
直接処遇職員				
介護職員	7		7	7
看護職員	6		6	3.2
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員	6	5	1	6.6
事務員	3	3		3
その他職員	5		5	2.6
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数				
※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	
社会福祉士			
介護福祉士	6	6	
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	1	1	
介護支援専門員			

(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 (16時 ~ 9時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	1人	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		社会福祉士・介護支援専門員・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			1	2							
前年度1年間の退職者数											
業務に従事した経験年数に応じた職員の数	1年未満		1	2							
	1年以上		1								
	3年未満										
	3年以上										
	5年未満										
	5年以上		4	5			兼務2				
10年未満											
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	12人
	女性	35人
年齢別	65歳未満	人
	65歳以上75歳未満	2人
	75歳以上85歳未満	10人
	85歳以上	35人
要介護度別	自立	人
	要支援1	人
	要支援2	人
	要介護1	7人
	要介護2	13人
	要介護3	13人
	要介護4	10人
	要介護5	4人
入居期間別	6ヶ月未満	5人

	6ヶ月以上1年未満	15人
	1年以上5年未満	24人
	5年以上10年未満	3人
	10年以上15年未満	0人
	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	85.4歳
入居者数の合計	47人
入居率※	96%
※ 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	1人
	医療機関	2人
	死亡者	18人
	その他	0人
生前解約の状況	施設側の申し出	人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	人
		(解約事由の例) 入院が長引き復帰の検討が見つからない為

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		グランドール 紀の風	東牟婁振興局健康福祉部
電話番号		0735-33100	0735-21-9610
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		365日受付	土日・祝祭日・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	① あり	(その内容)
	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	① あり	(その内容)
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	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	① あり	実施日	
		結果の開示	① あり 2 なし
	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
	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 2 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	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	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	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	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	① あり	(開催頻度) 年 2回
	2 なし	
	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:) 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 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	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 ② なし	
不適合事項がある場合の内 容		

添付書類：別添1（事業者が当該都道府県で実施する介護サービス事業一覧表）

別添2（サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表）

※記載欄削除に伴い添付していません。

※ _____ 様

説明年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明者署名 _____

※私は、上記事業者から入居契約に基づく重要事項説明書の説明を受けました。

署名 _____

別添 1

事業者が当該都道府県で実施する介護サービス事業一覧表

介護サービスの種類		事業所の名称		所在地
< 居宅サービス >				
訪問介護	(あり)	なし	訪問介護紀の風	新宮市佐野 1 3 2 2 - 1
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	(あり)	なし	訪問看護ステーション 紀の風	新宮市佐野 1 3 2 2 - 1
訪問リハビリテーション	(あり)	なし	訪問リハビリ紀の風	新宮市下田 2 丁目 3 - 2
居宅療養管理指導	あり	なし		
通所介護	(あり)	なし	デイサービス紀の風	新宮市佐野 1 3 2 2 - 1
通所リハビリテーション	あり	なし		
短期入所生活介護	あり	なし		
短期入所療養介護	あり	なし		
特定施設入居者生活介護	あり	なし		
福祉用具貸与	あり	なし		
特定福祉用具販売	あり	なし		
< 地域密着型サービス >				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	(あり)	なし	24時間訪問介護	新宮市佐野 1 3 2 2 - 1
夜間対応型訪問介護	あり	なし		
認知症対応型通所介護	あり	なし		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
居宅介護支援	(あり)	なし	介護支援センター	新宮市佐野 1 3 2 2 - 1
< 居宅介護予防サービス >				
介護予防訪問介護	(あり)	なし	訪問介護紀の風	新宮市佐野 1 3 2 2 - 1
介護予防訪問入浴介護	あり	なし		
介護予防訪問看護	(あり)	なし	訪問看護ステーション 紀の風	新宮市佐野 1 3 2 2 - 1
介護予防訪問リハビリテーション	(あり)	なし	訪問リハビリ紀の風	新宮市下田 2 丁目 3 - 2
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし		
介護予防通所介護	(あり)	なし	デイサービス紀の風	新宮市佐野 1 3 2 2 - 1
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし		
< 地域密着型介護予防サービス >				
介護予防認知症対応型通所介護	あり	なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
介護予防支援	あり	なし		
< 介護保険施設 >				
介護老人福祉施設	あり	なし		
介護老人保健施設	あり	なし		
介護療養型医療施設	あり	なし		

別添 2

サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無		個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担）		包含※2	都度※2	料金※3	備考
介護サービス							
食事介助	なし	あり	なし	あり	○		
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	○		
おむつ代	なし	あり	なし	あり	○		
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	○		おむつ一袋 3,250円 リハバンナー袋 1,750円 パット一袋 650円 ロング 1,300円
特浴介助	なし	あり	なし	あり	○		
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり	○		
機能訓練	なし	あり	なし	あり	○		
通院介助	なし	あり	なし	あり	○		
生活サービス							
居室清掃及びびりネン交換	なし	あり	なし	あり	○		
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○		
日常生活用品	なし	あり	なし	あり	○		月 1,000円
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	○		
入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし	あり	なし	あり	○		カローリ一食・柔らか食（一食 III 円）ムース食（一食 165円） 一回 100円
おやつ	なし	あり	なし	あり	○		
理美容師による理美容サービス	なし	あり	なし	あり	○		カット 2,000円 髪染め 3,500円 シャンプー 500円
買い物代行	なし	あり	なし	あり	○		距離により算定 顔そり 1,000円 パーマ 4,000円
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	○		
金銭・貯金管理	なし	あり	なし	あり	○		
健康管理サービス							
定期健康診断	なし	あり	なし	あり	○		
健康相談	なし	あり	なし	あり	○		
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○		
服薬支援	なし	あり	なし	あり	○		
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり	○		
入退院時・入院中のサービス							
移送サービス	なし	あり	なし	あり	○		利用の距離数による
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり	○		
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり	○		
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり	○		

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割又は2割の利用者負担）。
 ※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額サービスの費用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、いずれかの欄に○を記入する。
 ※3：都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。

登録事項等についての説明（高齢者住まい法第17条関係）

年 月 日

登録事項等についての説明

貸主（甲）住所 和歌山県 新宮市 佐野1322-1

株式会社 や さ し さ

氏名 代表取締役 鈴木 幹 啓 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

住宅の名称	(ふりがな) ぐらんどーる きのかぜ ----- グランドール 紀の風
所在地	(住居表示) 〒647-0071 和歌山県 新宮市 佐野1322-1
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 電車（JR紀勢本線 紀伊佐野駅から徒歩で10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 年 月 日から 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 年 月 日から 年 月 日まで
敷地に関する 権原	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 所有権 <input type="checkbox"/> 2. 地上権 <input type="checkbox"/> 3. 賃借権 <input type="checkbox"/> 4. 使用貸借による権利 期間 年 月 日から 年 月 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) かぶしきがいしゃ やさしさ ----- 株式会社 や さ し さ
住 所 (法人にあっては 主たる事務所)	(郵便番号 647-0071) 和歌山県 新宮市 佐野1322-1 電話番号 0735-31-3100
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

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) かぶしがいしや やさしさ ----- 株式会社 やさしさ
事務所の所在地	(郵便番号 647-0071) 和歌山県 新宮市 佐野 1 3 2 2 - 1 電話番号 : 0 7 3 5 - 3 1 - 3 1 0 0 FAX : 0 7 3 5 - 3 1 - 3 1 0 2

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	46	戸	
居住部分の規模	(最小)	18.24	m ²	詳細については、別添 3 のとおり
	(最大)	25.96	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	鉄骨	造	階数 地上 5 階建
竣工の年月	2016 年 3 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) <input checked="" type="checkbox"/> (「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 20,000 円	
	食事の提供	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない	約 48,000 円	
	入浴等の介護	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない	約 0 円	
	調理等の家事	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない	約 0 円	
	健康の維持増進	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない	約 0 円	
	その他	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない	約 0 円	
家賃の概算額	(最低) 約 49,000 円	住戸ごとの内容は別添 3 のとおり		
	(最高) 約 80,000 円			
共益費の概算額	(最低) 約 20,000 円			
	(最高) 約 40,000 円			
敷金の概算額	(最低) 約 240,000 円	家賃の 約 5月分		
	(最高) 約 240,000 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者	<input type="checkbox"/> 指定を受けている 事業所の番号 ()			
	■ 指定を受ける予定はない			
介護サービス情報	(特定施設入居者生活介護事業者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。

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	(郵便番号)	
	電話番号	
修繕計画		
計画の策定の 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	事業所の番号	事業所の場所
デイサービス 紀の風	通所介護事業（入浴、機能訓練、食事、健康チェック、レクリエーションなど）	3072300837	<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
訪問介護 紀の風	訪問介護事業（生活相談、生活援助、身体介護）	3072300829	<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
訪問看護ステーション 紀の風	訪問看護事業（健康チェック、服薬管理、胃瘻管理、点滴管理、医療相談など）	3062390145	<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
介護支援センター 紀の風	居宅介護支援（ケアプランの作成、評価、生活相談）	3072300787	<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
24時間訪問介護 紀の風	定期巡回・随時訪問型訪問介護看護事業	3092300056	<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
ヘアカット紀の風	理美容		<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

（注）高齢者居宅生活支援事業について、老人福祉法等関連法令に基づく事業所の指定を受けている場合にあっては、「事業所の番号」を記入すること

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) すずきこども くりにつく
	すずきこども クリニック
事業所の住所	(郵便番号 647-0042)
	和歌山県 新宮市 下田2丁目3-2 電話番号 0735-28-0111
連携又は協力の内容	訪問リハビリテーション事業。往診、居宅での看取り、胃瘻等管理、痛み管理、人工呼吸器管理や緊急対応。健康相談、医療の連携協力、その他病気になったときの医療の提供、投薬など医師が医療面からもサポートします。

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

「高齢者の居住の安定の確保に関する基本的な方針」を遵守し、介護技術の向上、住みやすい環境整備を図りながら適切な運営を図り、入居者の健康・安心・福祉の向上に努めます。

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。

年 月 日

借主（乙）住所

氏名

印

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。

役員名簿

<p>(ふりがな) 氏 名</p>	<p>役名等</p>

法第6条第1項第4号の役員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	18.24	×	○	○	×	×	○	10	212. 213. 214. 215. 312. 313. 314. 412. 413. 414	49,000
1	20.68	×	○	○	×	×	○	3	201. 301. 401	49,000
1	25.08	×	○	○	×	○	○	2	315. 415 (夫婦用居宅)	69,000
1	18.30	×	○	○	×	×	○	30	202~211 302~311 402~411	49,000
1	25.96	×	○	○	×	○	○	1	418 (夫婦用居室)	80,000

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
浴室	3	20.63	2-3階	46	
台所	6	45.00	2-4階	43	
食堂・居間	3	121.49	2-4階	46	
脱衣所	3	17.17	各浴室前	46	
便所	6	22.50	2-5階	46	
談話テラス	3	31.47	2-4階	46	
洗濯・リネン室	3	31.26	2-4階	46	

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 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 看護師	人員	3人	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員	人員 人
	<input checked="" type="checkbox"/> 准看護師	人員	3人	<input checked="" type="checkbox"/> 養成研修修了者	人員 1人
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士	人員	8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	～	18時 00分	人員 7人
	上記以外の時間	18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	時間を決め定期巡回を行っている				毎日 7回
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	各部屋の緊急コール(希望者GPS付き緊急コールを携帯)			
	通報先	事務室またはスタッフPHS	通報先から住宅までの到着予定時間 3分		
サービス提供の 対価(概算額)	月額	約 20,000 円	前払金の 算定方法		
	前払金	約 円			
備考	※夜間緊急時に対応できるように、常時2～3人体制で常駐します。 ※日割り計算方法 退去時の申し出が、7日以内は、15,000円、8日～14日以内は、11,000円、 15日～21日以内は、7,000円、22日～28日以内は、5,000円を頂きます。 29日以上は日割り計算はありません。				

※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)	
	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
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 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 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 48,000 円	内訳 朝食 400 円 昼食 600 円 夕食 600 円
	前払金	約 0 円	前払金の算定方法
備考	外出や外泊の場合は、一週間前までに連絡頂ければ、欠食分は無料とします。 また、一週間を超える入院の場合は、欠食分を差し引くこととする。 ※1斗3菜を基本とし、米はコシヒカリにこだわっている。盛り付けに工夫を凝らし、漆器などによる配膳で目で楽しむこともできる。		

※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		<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		
	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 checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他()			
	内容	<input type="checkbox"/> 入浴介護 <input checked="" type="checkbox"/> 排せつ介護 <input checked="" 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 0 円	前払金の算定方法		
	前払金	約 0 円			
備考	※生活支援サービスに含まれます。				

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 (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 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 <input type="checkbox"/> その他 ()			
サービス提供の対価(概算額)	月額	約 0 円	前払金の算定方法		
	前払金	約 0 円			
備考	※生活支援サービスに含まれます。				

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 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 <input type="checkbox"/> その他 ()		
サービス提供の 対価(概算額)		月額	約 0 円	前払金の 算定方法	
		前払金	約 0 円		
備考		※生活支援サービスに含まれます。			

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 checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他()		
		内容	1. 医師の指示による医療処置 2. 血圧・体温・バイタルチェック 3. 褥瘡処置 4. 終末期の看護 5. 療養上の御世話(食事、洗髪、入浴介助ほか)		
サービス提供の 対価(概算額)		月額	約 0 円	前払金の 算定方法	
		前払金	約 0 円		
備考		※医療での看護対応で、実費費用が発生します。			