

登録事項等についての説明書(重要事項説明書)

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

私たちは高齢者とそのご家族にここに届く最適な商品・サービスを提供し「ゆとりと笑顔のある暮らし」の実現をお手伝いすることで社会に貢献します

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) えいじふりーはうすあまがさきみなみむこのそう エイジフリー ハウス 尼崎南武庫之荘
所在地	(住居表示※) 〒661-0033 兵庫県尼崎市南武庫之荘10丁目1番7号
利用交通手段	☒ 1. 電車 (JR線 甲子園口駅から徒歩で15分) ☐ 2. その他 ()
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 2014 年 10 月 10 日から 2036 年 10 月 9 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 2014 年 10 月 10 日から 2036 年 10 月 9 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 2014 年 10 月 10 日から 2036 年 10 月 9 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	☒ 法人 ☐ 個人	
商号、名称 又は氏名	(ふりがな) ぱなそにつくえいじふりーかぶしがいいしや パナソニック エイジフリー株式会社	
住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 571-8686) 大阪府門真市大字門真1048番地 電話番号 06-6900-9831	
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) えいじふりーはうすあまがさきみなみむこのそう エイジフリー ハウス 尼崎南武庫之荘		
事務所の所在地	(郵便番号 661-0033) 兵庫県尼崎市南武庫之荘10丁目1番7号	電話番号 06-6432-8010	

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	20 戸	入居定員	21 人
居住部分の規模	(最小)	18.00 m ²	詳細については、別添3のとおり	
	(最大)	18.00 m ²		
構造及び設備	共同利用設備 ☒ あり ☐ なし			
	構造	木 造	階数	2 階建
竣工の年月	2014 年 9 月 25 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可	☐ 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市長が認める者）（「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	入居時満60歳以上、自傷他害のない方、要保証人	
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	サービス付き高齢者向け住宅定期賃貸借契約書第11条に基づく
		解約予告期間	上記解約条項に基づき、即日～1ヶ月
	入居者からの解約予告期間		30日

※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 47,200 円	
	食事の提供	☒ 自ら	☐ 委託 ☐ 提供しない	約 60,990 円	
	入浴等の介護	☒ 自ら	☐ 委託 ☐ 提供しない	約 17,600 円	
	調理等の家事	☒ 自ら	☐ 委託 ☐ 提供しない	約 4,400 円	
	健康の維持増進	☒ 自ら	☐ 委託 ☐ 提供しない	約 13,200 円	
その他		☒ 自ら	☐ 委託 ☐ 提供しない	約 2,980 円	
家賃の概算額	(最低) 約 60,000 円	住戸ごとの内容は、別添3のとおり ※現家賃と異なる場合有			
	(最高) 約 66,000 円				
共益費の概算額	(最低) 約 27,000 円				
	(最高) 約 27,000 円				
敷金の概算額	(最低) 約 180,000 円	家賃の 3.0 月分			
	(最高) 約 198,000 円				
入院等による不在時における家賃等の費用の取扱い	日割り計算で減額				
家賃等の費用の改定	条件	物価変動、人件費上昇により、2年に1回改定する場合がある			
	手続	運営懇談会の意見を聴く			
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の目安(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)	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
特定施設入居者生活介護等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	☐ 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			

※ 月額費用には、若年性認知症入居者受入加算、栄養スクリーニング加算、退院・退所時連携加算、看取り介護加算を含まない金額を記載する。

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
パナソニック エイジフリーケアセンター尼崎南武庫之荘・小規模多機能	小規模多機能型居宅介護	☒ 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) いりょうほうじんあいせいかいめぐみくりにつく 医療法人 愛成会 めぐみクリニック
医療機関 の所在地	(郵便番号 565-0841) 大阪府吹田市上山手町23番12号 吹田SKIビル1階 電話番号 06-4860-6767
診療科目	内科
連携又は協力 の内容	訪問診療
医療機関 の名称	(ふりがな) ざいだんほうじんよどがわきんろうしゃこうせいきょうかいこしよどびょういん 財団法人淀川勤労者厚生協会 西淀病院
医療機関 の所在地	(郵便番号 555-0024) 大阪市西淀川区野里3-5-22 電話番号 06-6472-1141
診療科目	総合外来、救急医療、呼吸器、消化器、循環器、糖尿病・代謝、血液浄化室、リハビリ テーション科、地域総合内科
連携又は協力 の内容	入院治療の受け入れ、緊急時の搬送先としての受け入れ及び診療
協力歯科医療機関	
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やまぐちしかしんりょうじょ 医療法人社団 山口歯科診療所
歯科医療機関 の所在地	(郵便番号 662-0973) 兵庫県西宮市田中町3-1 エイヴィスプラザ203号 電話番号 0798-34-3600
連携又は協力 の内容	治療の受け入れ、緊急時の受け入れ及び診療
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

高齢者の居住安定確保に関する基本的な方針に従い、適切に管理します。

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	☒ あり 内容(空室がある場合、1泊11,000円(税込・食費込)で体験入居可 ※2名で宿泊の場合は2倍の料金です。) ☐ 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	エイジフリーハウス 尼崎南武庫之荘			
	電話番号	06-6432-8010/0120-874-872(総合)			
	対応している時間	平日	9:00～18:00		
		土曜日			
		日曜・祝日			
定休日	土日祝及び年末年始				
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	脳卒中、心不全、吐血・下血、骨折、頭部打撲、外傷、窒息(誤飲、誤嚥)、痙攣等が発生時、声かけを行い、応答がない又緊急を要すると判断した場合、救急車を呼ぶと同時に、初期対応をし、かかりつけ医、緊急連絡先へ連絡する。			
	緊急やむを得ず身体的拘束を行う際の手続	・身体的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的拘束を行う場合、入居者の身体状況に応じて、その方法、期間(最長で1月)を定め、それらを含む入居者の状況、行う理由を記録し、経過観察を行います。家族等へ説明を行い、同意をいただきます。(継続して行う場合は概ね1月毎行います。) 2週間に1回以上、ケース検討会議等を開催し、入居者の状態、身体拘束等の廃止及び改善取組等について検討します。 1月に1回以上、身体的拘束廃止委員会を開催し、施設全体で身体拘束等の廃止に取り組みます。 ・身体拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じます。 ①身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催するとともに、その結果について介護職員その他の従業者に周知徹底を図る。 ②身体的拘束等の適正化のための指針を整備する。 ③介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施する。			
	事故発生時の対応	当社事故対応マニュアルに従う			
	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(賠償責任保険) ☐ 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1回) 構成員(管理者、職員及び入居者) □ 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						
入居者の状況	記入日:令和 5 年 11 月 1 日現在)	登録戸数(a)	20 戸	入居戸数(b)	19 戸	入居率(b/a)	95.0 %	
		入居定員(c)	21 人	入居者数(d)	19 人	充足率(d/c)	90.5 %	
	入居者の内訳	性別	男性	7 人	女性	12 人		
		年齢別	～59歳	0 人	60～64歳	0 人	65～74歳	0 人
			75～84歳	5 人	85歳～	14 人	平均年齢	88.9 歳
		要介護等状態区分別	自立	0 人	要支援1	1 人	要支援2	1 人
			要介護1	4 人	要介護2	2 人	要介護3	6 人
			要介護4	1 人	要介護5	4 人		
		入居期間別	6箇月未満	1 人	6箇月以上1年未満	3 人	1年以上5年未満	7 人
			5年以上10年未満	8 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	3 人	その他	2 人	合計	5 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	2 人	解約事由の例	特養入居、他社サ高住入居			

貸主(甲)	住所	大阪府門真市大字門真1048番地
	名称	パナソニック エイジフリー株式会社
		代表取締役 坂口 哲也
代理人	住所	エイジフリー ハウス 尼崎南武庫之荘
(説明者)	名称	兵庫県尼崎市南武庫之荘10丁目1番7号
	(説明者氏名)	_____
	(説明者氏名)	_____

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

借主(乙) 住所

氏名

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
さかぐちてつや 坂口哲也	代表取締役
ひがしさとひろやす 東迫弘泰	代表取締役
まつもとたかし 松元崇	取締役
やまぐちかんた 山口寛太	取締役
たかはしあきひろ 高橋章浩	監査役
いしはらじゅんいち 石原順一	監査役
おだこういち 織田宏一	監査役

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。

役 員 名 簿

(登録申請者が未成年者で、その法定代理人が法人である場合に作成)

[illegible]

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※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※3 (概算額) (円)
		完 備	便 所	洗 面	浴 室	台 所	収 納			
1	18.00	×	○	○	×	×	○	4	205,206,204,207	60,000
1	18.00	×	○	○	×	×	○	2	203,208	63,000
1	18.00	×	○	○	×	×	○	4	101,102,201,202	64,500
1	18.00	×	○	○	×	×	○	10	103,209,210,211,212, 213,214,215,216,217	66,000

※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。

※3:現家賃と異なる場合あり

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・談話室	3	67.15	各階	20	
WC	2	7.93	各階	20	
キッチン・パントリー	3	7.15	各階	20	
浴室・洗濯室	2	12.88	各階	20	

※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

なし

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 ☒ 指定居宅介護支援事業者 ☐ 社会福祉法人 ☒ 指定介護予防サービス事業者 ☒ 指定居宅サービス事業者 ☒ 指定介護予防支援事業者 ☒ 指定地域密着型サービス事業者 ☐ 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 5 人
	☒ 介護福祉士	人員	5 人	☐ 上記以外の職員	人員 人
	合 計		人員	10 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	0 分	～	18 時 0 分
	上記以外の時間	時	分	～	時 分
毎日1回以上の 状況把握サービ スの提供方法	ごみ出しのために毎日居宅を訪問し声掛けを行う (食事の提供がある場合は食事の案内あり)				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	0 時 0 分 ～ 24 時 0 分		
		上記以外の日	☐ 24時間		
	通報方法	ナースコール			
	通報先	1F事務所		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 47,200 円	前払金の		
	前払金	約 円	算定方法		
備考	①状況把握サービス ・緊急コール時は、ナースコールによる声がけを行い、未応答時には居宅へ訪問し、安否の確認を実施 ・フロントサービス ②生活相談サービス ・介護に関するお困りごとのご相談に対応 ※費用には健康相談を含む ※二人入居の場合94,400円				

※：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)			
	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	
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	60,990 円	内訳	朝食 654 円 昼食 690 円 夕食 689 円
	前払金	約	0 円	前払金の 算定方法	
備考		※上記金額は一人分			

※: 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 17,600 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
食事支援	☒ なし ☐ あり	☐ なし ☒ あり ☐ 包含 ☒ 都度	1,650 円 / 回	30分以内	
排泄支援	☒ なし ☐ あり	☐ なし ☒ あり ☐ 包含 ☒ 都度	3,300 円 / 日	トイレ誘導・ おむつ交換	
おむつ代		☒ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度	円 / 枚	実費	
入浴支援 (入浴)	☒ なし ☐ あり	☐ なし ☒ あり ☐ 包含 ☒ 都度	2,200 円 / 回	40分以内	
特浴介助	☒ なし ☐ あり	☒ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度	円 /		
移動支援	☒ なし ☐ あり	☐ なし ☒ あり ☐ 包含 ☒ 都度	550 円 / 回	10分以内	
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	※月額約17,600円は週2回入浴支援(2200円/回・40分)した場合の概算月額 ※サービス内容及び回数は他の介護サービスやご家族様の状況等により応相談				

※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割または2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 4,400 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	☒ 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 1,650 円 / 回			
居室清掃	☒ なし ☐ あり	☐ なし ☒ あり ☐ 包含 ☒ 都度 550 円 / 回			10分以内
リネン交換	☒ なし ☐ あり	☐ なし ☒ あり ☐ 包含 ☒ 都度 0 円 /			週1回実施
食事支援(配下膳)	☒ なし ☐ あり	☐ なし ☒ あり ☐ 包含 ☒ 都度 550 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	※1 月額約4,400円は週2回居室清掃(550円/回 10分以内)した場合の概算月額 ※サービス内容及び回数は他の介護サービスやご家族様の状況等により応相談				

※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割または2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 (生活リズムの記録、服薬支援等)		
サービス提供の 対価(概算額)	月額※1	約 13,200 円	前払金の		
	前払金	約 0 円	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
健康相談	☒ なし ☐ あり	☐ なし ☒ あり ☒ 包含 ☐ 都度	円 /		月額の状況把握・生活相談サービス費に含まれる
生活リズムの 記録	☒ なし ☐ あり	☐ なし ☒ あり ☐ 包含 ☒ 都度	1,650 円 / 日		
定期検診	☒ なし ☐ あり	☒ なし ☐ あり ☐ 包含 ☒ 都度	円 /		
通院介助※4	☒ なし ☐ あり	☐ なし ☒ あり ☐ 包含 ☒ 都度	3,300 円 / 時		
入退院支援※4	☒ なし ☐ あり	☐ なし ☒ あり ☐ 包含 ☒ 都度	3,300 円 / 時		
服薬支援	☒ なし ☐ あり	☐ なし ☒ あり ☐ 包含 ☒ 都度	330 円 / 日		主治医の指示のもと管理
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	※1 月額約13,200円は週1回通院介助(3,300円/時)した場合の概算月額 ※4 超過分は30分単位で繰り上げ(交通費は実費、同行スタッフ分含む) ※サービス内容及び回数は他の介護サービスやご家族様の状況等により応相談				

※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割または2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		☒ 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	おでかけエスコート等		
サービス提供の 対価(概算額)	月額※1	約	2,980	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	訪問診療	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
おでかけ エスコート	☒ なし ☐ あり	☐ なし ☒ あり ☐ 包含 ☒ 都度	2,980 円 / 時		※ 交通費は 実費(同行ス タッフ分含 む)
	☐ 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	※月額約2,980円は月1回おでかけエスコート(2,980円/時)した場合の概算月額 ※サービス内容及び回数は他の介護サービスやご家族様の状況等により応相談				

※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割または2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	0	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)	4	0	4		
直接処遇職員	10	0	10		
介護職員	10	0	10		
看護職員	0	0	0		
機能訓練指導員	1	0	1		
計画作成担当者	1	0	1		
栄養士	0	0	0		
調理員	0	0	0		
事務員	0	0	0		
その他職員	0	0	0		
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	0	0	0
介護福祉士	12	0	12
実務者研修修了者	1	0	1
初任者研修修了者	0	0	0
介護支援専門員	1	0	1

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			

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		
	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	0人	0人	

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	他の職務との兼務	☒ あり ☐ なし				
	業務に係る資格	☒ あり ☐ なし	資格の名称	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					5	
前年度1年間の退職者数					6	
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数					0	
1年以上3年未満の者の人数					0	
3年以上5年未満の者の人数					5	
5年以上10年未満の者の人数					7	
10年以上の者の人数					5	
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				