

【2023.7版】

登録事項等についての説明書

重要事項説明書

医療法人伯鳳会

サービス付き高齢者向け住宅 二見の家

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: 兵庫県赤穂市惣門町52-6

商号、名称又は氏名: 医療法人 伯鳳会

理事長 古城 資久

代理人 所属 サービス付き高齢者向け住宅 二見の家

職名及び氏名

印

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

協力医療機関と医療介護の専門職と連携し、自宅での生活に不安のある高齢者及び在宅復帰困難な高齢者が安心して生活ができる場を提供します。

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) さーびすつきこうれいしやむけじゅうたく ふたみのいえ サービス付き高齢者向け住宅 二見の家
所在地	(住居表示※) 兵庫県明石市二見町西二見駅前2丁目56
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 電車 (山陽電車線 西二見 駅から 徒歩で 5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 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 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 2008年10月1日から 2058年9月30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 <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 はくほうかい 医療法人 伯鳳会
住所 (法人にあっては主 たる事務所の所在 地)	(郵便番号 678-0241) 兵庫県赤穂市惣門町52-6 電話番号 0791-45-1111
法人の役員	別添1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) さーびすつきこうれいしやむけじゅうたく ふたみのいえ サービス付き高齢者向け住宅 二見の家
事務所の所在地	(郵便番号 674-0095) 兵庫県明石市二見町西二見駅前2丁目56 電話番号 078-949-5001

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	29 戸	
居住部分の規模	(最小)	18.38 m ²	詳細については、別添3のとおり
	(最大)	37.31 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	軽量鉄骨造	階数 地上2階建
竣工の年月	2009年 3月 21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		
終身賃貸事業者の事業の認	<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。)		
入居対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 自立している者 <input checked="" type="checkbox"/> 要支援の者 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護の者		
	留意事項	医療行為の必要な方については、訪問看護と連携し対応が可能な方に限ります。	
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	賃貸借契約書第25条
		解約予告期間	即~6か月
	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

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
高齢者生活支援サービス	状況把握・生活相談 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託	約 0 円	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
	食事の提供 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 48,000 円	
	入浴等の介護 <input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない	約 円	
	調理等の家事 <input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない	約 円	
	健康の維持増進 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 0 円	
その他	<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 80,000 円		
共益費の概算額	(最低) 約 55,000 円		
	(最高) 約 85,000 円		

敷金の概算額	(最低) 約	0 円	家賃の	0.0 月分
	(最高) 約	0 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・共益費は継続してお支払いいただきます。食事代は利用実績により、お支払いいただきます。			
家賃等の費用の改定	条件	管理費・共益費の改定は、消費者物価指数に併せて、毎年1回行います。		
	手続	相互に協議をした上で行います。		
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			
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。

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	提供されるサービスの概要	事業所の場所
		<input type="checkbox"/> 同一の建物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 近接する土地

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) あかしりはびりてーしよんびょういん 明石リハビリテーション病院	
医療機関の所在地	(郵便番号 674-0094) 兵庫県明石市二見町西二見85-3	電話番号 078-941-6161
診療科目	内科・外科・整形外科・脳神経外科・リハビリ科	
連携又は協力の内容	定期訪問による健康相談、訪問診察、緊急時対応、健康診断(随時)等 (※医療費等事故負担)	

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

基本方針及び兵庫県高齢者居住安定確保計画に従い適切に運営し、自宅での生活に不安のある高齢者及び在宅復帰困難な高齢者が安心して生活ができる場を提供します。

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	<input checked="" type="checkbox"/> あり 内容(空室がある場合。1泊食事付き5,000円(税込)) <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	二見の家		
	電話番号	078-949-5001		
	対応している時間	平日	0:00~24:00	
		土曜日	0:00~24:00	
		日曜・祝日	0:00~24:00	
	定休日	なし		
	窓口の名称	藤の家		
	電話番号	078-943-7773		
	対応している時間	平日	0:00~24:00	
		土曜日	0:00~24:00	
		日曜・祝日	0:00~24:00	
	定休日	なし		
	窓口の名称	明石市福祉局高齢者総合支援室いきいき係		
	電話番号	078-918-5166		
	対応している時間	平日	9:00~17:00	
土曜日		—		
日曜・祝日		—		
定休日	土・日・祝			
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	24時間各住戸のベッドサイド、トイレ、浴室に設置してあるナースコールを押していただければ事務室及び職員が携帯しているPHSにて通報を受信の上、職員が駆けつけ、必要に応じ救急車の手配、家族への連絡を行います。		
	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、その方法、期間を定め、それらを含む入居者の状況、行う理由を記録します。また、家族等へ説明を行い、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か月ごとに同意をいただきます。		
	事故発生時の対応	万一事故が発生し、利用者の生命・身体等に損害が生じた場合は、速やかに必要な対応及び措置(救急車の手配、家族への連絡等)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ため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		
	損害賠償責任保険の加入状況	<input checked="" type="checkbox"/> あり 内容(みなど保険 サービス提供上の事故により入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合、不可抗力による場合を除き賠償される。)		
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(意見箱常設) 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3回以上) 構成員(管理者、介護職員、入居者) <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 評価機関名() <input checked="" type="checkbox"/> なし						
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								
入居者の状況	(記入日: 2023年7月1日現在)	登録戸数(a)	29戸	入居戸数(b)	29戸	入居率(b/a)	100.0%	
		入居定員(c)	30人	入居者数(d)	30人	充足率(d/c)	100.0%	
	性別	男性	18人	女性	12人			
		年齢別	~59歳	0人	60~64歳	1人	65~74歳	6人
	要介護等状態区分別	75~84歳	7人	85歳~	16人	平均年齢	83.2歳	
		自立	6人	要支援1	5人	要支援2	4人	
		要介護1	5人	要介護2	9人	要介護3	0人	
	入居期間別	要介護4	1人	要介護5	0人			
		6箇月未満	5人	6箇月以上1年未満	7人	1年以上5年未満	12人	
		5年以上10年未満	6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	1人	社会福祉施設等	3人	医療機関	4人	
		死亡	0人	その他	1人	合計	9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	なし			
		入居者側からの申し出	9人	解約事由の例	介護施設への転居、医療機関への長期入院、自宅での介護を開始			

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 印

乙との続柄

役員名簿

(ふりがな) 氏名	役名等
こじょうもとひさ 古城資久	理事長
ながおとしひこ 長尾俊彦	理事
こじょうなおこ 古城尚子	理事
きたざわうたこ 北澤詩子	理事
ふくもとさとる 福本悟	理事
おおしまながとし 大島永俊	理事
ひろはたまこと 廣畑誠	理事
なかむらひでみ 中村秀美	理事
きらまさみち 吉良正道	理事
やのひであき 矢野秀明	理事
やまもとやすひろ 山本保博	理事
はせがわやすお 長谷川康雄	理事
こがまさふみ 古賀正史	理事
すずきまさあき 鈴木正昭	理事
やまもとみちのり 山本道法	理事
ゆばたけよし 弓場健義	理事
たちばなけんた 立花研人	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(m ²)	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	18.38	×	○	○	×	×	○	5	110, 205, 211, 217, 223	50,000
1	18.65	×	○	○	×	×	○	8	102, 107, 202, 208, 213 215, 218, 222	50,000
1	18.93	×	○	○	×	×	○	15	101, 103, 106, 108, 111 201, 203, 206, 207, 210 212, 216, 220, 221, 225	50,000
1	37.31	○	○	○	○	○	○	1	105	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(m ²)	整備箇所	想定利用戸数(戸)	備考
浴室	3	23.38	1階1箇所、2階2箇所	28	
台所	2	5.34	各階に1箇所	28	
食堂	2	70.84	各階に1箇所	29	

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)			
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 checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員 3 人
常駐する場所	<input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地 <input checked="" type="checkbox"/> 近接する土地 (所在地： 明石市二見町西二見字中池ノ下653-3 サービス付き高齢者向け住宅藤の家)				
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	8 時 30 分	～	17 時 30 分	人員 1 人
	上記以外の時間	17 時 30 分	～	8 時 30 分	人員 1 人
毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法	巡回、安否確認、食事提供、食事摂取量チェック、ゴミ捨て、デイサービスの見送り				毎日 1 回
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 type="checkbox"/> 24時間			
	通報方法	居室トイレ、ベッド、浴室、共有浴室、共有トイレに安心コール（ナースコール）が職員のPHSと連動			
	通報先	事務室、管理人室		通報先から住宅までの到着予定時間 5 分	
サービス提供の対価（概算額）	月額	約 0 円	前払金の		
	前払金	約 0 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)			
	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 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(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 checked="" type="checkbox"/> その他 (希望により部屋までの配膳・下膳を行います)			
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	
	調理等	<input checked="" type="checkbox"/> 厨房で調理		<input type="checkbox"/> 配食サービスを利用	
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		※特別食(療養食)は食事ごとにプラス50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。

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 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(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	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 ては主たる事 務所の所在 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						

3. 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 ては主たる事 務所の所在 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"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 通院等の付き添い		
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						

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 ては主たる事 務所の所在 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	約	円	前払金の 算定方法	
	前払金	約	円		
備考					

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			兼務している職種及び人数
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1		1	状況把握及び生活相談を提供する職員1名
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)	11		11	管理者兼務1名
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	3		3	
事務員				
その他職員				

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			5
実務者研修修了者			
初任者研修修了者			3
介護支援専門員			

3. 夜勤を行う職員の人数

夜勤帯の設定時間	17時 30分 ~ 8時 30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)	1		0
看護職員	0		0
介護職員	0		0

4. 職員の状況

管理者	職名・氏名	管理者 亀田 陽一				
	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 <input type="checkbox"/> 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						0
前年度1年間の退職者数						3
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						2
3年以上5年未満の者の人数						4
5年以上10年未満の者の人数						5
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					