

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 大阪府吹田市江坂町1丁目23番101号

商号、名称又は氏名 株式会社なごみケア 印

代表取締役 松田 敏樹

代理人 所属

職名及び氏名 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(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

株式会社なごみケアが設置するサービス付き高齢者向け住宅(以下「事業所」という。)において実施する特定施設入居者生活介護[介護予防特定施設入居者生活介護]事業(以下「事業」という。)の適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、事業所の管理者、生活相談員、看護職員、介護職員、機能訓練指導員、計画作成担当者その他の従業者(以下「特定施設入居者生活介護[介護予防特定施設入居者生活介護]従事者」という。)が、要介護状態(要支援状態)の利用者に対し、適切な特定施設入居者生活介護[介護予防特定施設入居者生活介護]を提供することを目的とする。

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) なごみのいえ たからづかあさひまち なごみの家 宝塚旭町
所在地	(住居表示※) 〒665-0835 兵庫県宝塚市旭町2丁目12-21
利用交通手段	■ 1. 電車 (阪急宝塚線 清荒神 駅から 徒歩 で 10 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 年 月 日から 年 月 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 年 月 日から 年 月 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 2012 年 1 月 1 日から 2041 年 12 月 31 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) かぶしきがいしゃなごみケア 株式会社なごみケア	
住所 (法人にあっては 主たる事務所の所 在地)	(郵便番号 564-0063) 大阪府吹田市江坂町1丁目23番101号 電話番号 06-6192-8450	
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	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) なごみのいえ たからづかあさひまち なごみの家 宝塚旭町
事務所の所在地	(郵便番号 665-0835) 兵庫県宝塚市旭町2丁目12-21 電話番号 0797-86-0800

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	入居定員 46 人
居住部分の規模	(最小) 20.16 m ²	詳細については、別添3のとおり
	(最大) 20.16 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	階数 3 階建
	構造 鉄骨 造	
竣工の年月	年 月 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。)		
入居対象者	<input 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		
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	第18条及び第20条
		解約予告期間	6か月
	入居者からの解約予告期間	1か月	

※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	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら	<input type="checkbox"/> 委託	約 0 円	
	食事の提供	<input type="checkbox"/> 自ら	<input checked="" type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 56,700 円	
	入浴等の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら	<input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 介護保険適月円	
	調理等の家事	<input type="checkbox"/> 自ら	<input checked="" type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 介護保険適月円	
	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 介護保険適月円	
その他		<input checked="" type="checkbox"/> 自ら	<input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 1,500 円	
家賃の概算額	(最低) 約	98,500 円			
	(最高) 約	98,500 円			
共益費の概算額	(最低) 約	66,000 円			
	(最高) 約	66,000 円			
敷金の概算額	(最低) 約	295,500 円		家賃の	3.0 月分
	(最高) 約	295,500 円			
入院等による不在時における家賃等の費用の取扱い	月額賃料(家賃、水道光熱費、管理費の合計額)をお支払いいただきます。食費、サービス料金は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	施設が所在する自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案し、家族懇談会の意見を聞いたうえで改定します。			
	手続	事業者より入居者及び身元引受人等に通知します。			
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				
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	<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 checked="" type="checkbox"/> 指定を受けている		介護保険事業所番号(2871104283)		
	<input 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 checked="" type="checkbox"/> 指定を受けている		介護保険事業所番号(2871104283)		
	<input 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。

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)	詳細については、別添5のとおり	
	要支援1	7,275 円	14,549 円	21,823 円		
	要支援2	11,947 円	23,894 円	35,840 円		
	要介護1	20,179 円	40,358 円	60,537 円		
	要介護2	22,589 円	45,177 円	67,765 円		
	要介護3	25,105 円	50,209 円	75,314 円		
	要介護4	27,442 円	54,883 円	82,324 円		
要介護5	29,921 円	59,842 円	89,763 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	退居時情報提供加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	業務継続計画策定の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	個別機能訓練加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	高齢者施設等感染対策向上加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	若年性認知症入居者受入加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	夜間看護体制加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	ADL維持等加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	協力医療機関連携加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	生産性向上推進体制加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	科学的介護推進体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	看取り介護加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	入居継続支援加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	認知症専門ケア加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし			
	サービス提供体制強化加算	<input type="checkbox"/> あり	[<input type="checkbox"/> (I)イ <input type="checkbox"/> (I)ロ <input type="checkbox"/> (II) <input type="checkbox"/> (III)]			<input checked="" type="checkbox"/> なし
	介護職員処遇改善加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり	[<input type="checkbox"/> (I) <input checked="" type="checkbox"/> (II) <input type="checkbox"/> (III) <input type="checkbox"/> (IV) <input type="checkbox"/> なし]			
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	<input type="checkbox"/> あり	介護・看護職員の配置率		:	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<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)

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ゃだん やなかくりにつく 医療法人社団 やなかクリニック
医療機関の所在地	(郵便番号 665-0842 兵庫県宝塚市川面4丁目9-5 電話番号 0797-83-6888
診療科目	内科・循環器科・脳神経内科
連携又は協力の内容	協力医療機関の医師は、訪問診療を行い、施設の入居者の治療および健康管理等に関する相談に応じます。また、緊急時には、入居者が適切な治療、入院加療または健康管理が受けられるよう可能な限り施設からの相談に応じるとともに他の近隣医療機関等の紹介に努めます。入居者が協力医療機関を受診する場合は、入居者と医療機関との診療契約が必要となります。(医療費は入居者負担)
医療機関の名称	(ふりがな) いりょうほうじんしゃだん それいゆかい こだまびょういん 医療法人社団 それいゆ会 こだま病院
医療機関の所在地	(郵便番号 665-0841) 兵庫県宝塚市御殿山1丁目3番2号 電話番号 0797-87-2525
診療科目	内科、外科、循環器内科、整形外科、泌尿器科、消化器内科・消化器外科、リウマチ科、糖尿病・代謝内科、リハビリテーション科、放射線科、救急科
連携又は協力の内容	協力医療機関は、緊急時等施設の要請に応じて、入居者の入院・外来受診の受入れを行います。ただし、受入れの可否、時期、条件については、入居者の身体状況や協力医療機関の診療体制、混雑状況等に応じての対応となります。(医療費は入居者負担)
医療機関の名称	(ふりがな) いりょうほうじんしょうわかい たからづかだいいちびょういん 医療法人尚和会 宝塚第一病院
医療機関の所在地	(郵便番号 665-0832) 兵庫県宝塚市向月町19番5号 電話番号 0797-84-8811
診療科目	内科、消化器内科、糖尿病内科、呼吸器内科、循環器内科、腎臓内科、神経内科、小児科、アレルギー科、外科、消化器外科、乳腺・甲状腺外科、こう門外科、小児外科、ペインクリニック外科、整形外科、脊椎・脊髄外科、リウマチ科、リハビリテーション科、脳神経外科、眼科、形成外科、美容外科、皮膚科、泌尿器科、放射線科、麻酔科
連携又は協力の内容	協力医療機関は、緊急時等施設の要請に応じて、入居者の入院・外来受診の受入れを行います。ただし、受入れの可否、時期、条件については、入居者の身体状況や協力医療機関の診療体制、混雑状況等に応じての対応となります。(医療費は入居者負担)

協力歯科医療機関	
歯科医療機関の名称	(ふりがな) ハナワシカイイン ハナワ歯科医院
歯科医療機関の所在地	(郵便番号)) 兵庫県宝塚市清荒神1-11-3 電話番号 0797-84-3181
連携又は協力の内容	協力歯科医療機関の医師は、訪問診療を行い施設の入居者の口腔内に関わる治療および相談に応じます。また、口腔ケアや口腔機能回復のための指導および助言も行います。入居者が協力歯科医療機関を受診する場合は、入居者と歯科医療機関との診療契約が必要となります。(医療費は入居者負担)
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

高齢者の居住の安定の確保に関する基本的な方針(平成21年8月19日厚生労働省・国土交通省告示第1号。以下「基本方針という。)及び兵庫県高齢者居住安定確保計画に照らして適切に賃貸契約の整備及び管理を行う。

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(1泊2食 7,560円) <input type="checkbox"/> なし			
居住部分(住戸)の変更に関する事項※	入居後に居住部分の変更をお願いする場合	<input type="checkbox"/> 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 介護居室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 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			
	※住み替えを行っていない場合は、記入不要	居住部分を利用する権利の取扱い		
	追加的費用の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	前払金償却の調整の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	台所の変更	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	便所の変更	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	収納の変更	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	洗面の変更	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	その他の変更	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	浴室の変更	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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	① なごみの家 宝塚旭町 ② 株式会社なごみケア		
	電話番号	① 0797-86-0800 ② 06-6192-8450		
	対応している時間	平日	① 9:00～17:00 ② 9:00～17:00	
		土曜日	① 9:00～17:00 ② 休	
		日曜・祝日	① 9:00～17:00 ② 休	
定休日	① 無し ② 土・日・祝・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	入居者の意思を確認し、身元引受人の同意を得て、医師の判断・指示により、受診・入院の協力をいたします。		
	緊急やむを得ず身体的拘束を行う際の手続	施設では、サービス提供にあたって利用者の生命、又は身体を保護するため、切迫性・非代替性・一時性の3つの要件すべてを満たす緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行いません。ただし、緊急やむを得ず身体拘束を行う場合は、本人、又はご家族に十分説明を行い、その態様、及び時間、その際の利用者の心身状況、緊急やむを得なかった理由を記録し、ご家族等の要求がある場合、及び行政機関等の指示等がある場合には、開示します。		
	事故発生時の対応	各種サービスにより事故が発生した場合の応急処置、病院への搬送、入院等、初期対応を行います。		
	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(賠償責任保険) <input type="checkbox"/> なし		
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() 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2回) 構成員(施設を代表する役職員・入居者・身元引受人) <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 checked="" type="checkbox"/> 希望者に公開 <input 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 checked="" type="checkbox"/> 希望者に公開 <input 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 type="checkbox"/> 希望者に配布 <input checked="" type="checkbox"/> 非公開 <input type="checkbox"/> 未作成		
	財務諸表の要旨	<input checked="" type="checkbox"/> 希望者に公開 <input 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 type="checkbox"/> 希望者に配布 <input checked="" 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	なし			

入居者の状況	(記入日：2025年3月31日現在)		登録戸数(a)	46戸	入居戸数(b)	46戸	入居率(b/a)	100.0%	
			入居定員(c)	46人	入居者数(d)	46人	充足率(d/c)	100.0%	
	入居者の内訳	性別	男性	9人	女性	37人			
		年齢別	～59歳	0人	60～64歳	1人	65～74歳	3人	
			75～84歳	7人	85歳～	35人	平均年齢	88.1歳	
		要介護等状態区分別	自立	0人	要支援1	2人	要支援2	1人	
			要介護1	13人	要介護2	7人	要介護3	11人	
			要介護4	4人	要介護5	8人			
	入居期間別	6箇月未満	7人	6箇月以上1年未満	6人	1年以上5年未満	26人		
		5年以上10年未満	6人	10年以上15年未満	1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	3人	医療機関	4人	
			死亡	9人	その他	0人	合計	16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	7人	解約事由の例	医療機関4名、社会福祉施設等3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。

(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

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 (法人にあつ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"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> 指定介護予防サービス事業者 <input checked="" type="checkbox"/> 指定居宅サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定地域密着型サービス事業者 <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 checked="" type="checkbox"/> 看護師	人員	3 人	<input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員	人員	2 人
	<input checked="" type="checkbox"/> 准看護師	人員	1 人	<input checked="" type="checkbox"/> 養成研修修了者	人員	4 人
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士	人員	14 人	<input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員	7 人
			合 計		人員	29 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 <input type="checkbox"/> (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	07 時 00 分 ~		22 時 00 分		人員 5 人
	上記以外の時間	22 時 00 分 ~		07 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	居室訪問、巡回サービス					毎日 8 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				
	通報先	1階事務所、2階・3階詰所および職員のインカム		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	0 円	前払金の		
	前払金	約	0 円	算定方法		
備考	定期居室訪問、巡回サービス、ナースコールの受付・対応、緊急通報による緊急対応、健康相談、バイタルチェック、日常生活の相談・取次・情報提供、医療機関・行政機関等の情報提供。					

※：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 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 checked="" 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) はーべすとかぶしきがいしゃ ハーベスト株式会社	
	住所 (法人にあっては 主たる事務所の 所在地)	(郵便番号 240-0004) 神奈川県横浜市保土ヶ谷区岩間町2-120 電話番号 045-336-1101	
	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 550-0012) 大阪府大阪市西区立売堀1-3-11 ダイタイビル8階 電話番号 06-6567-8650	
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 56,700 円	内訳 朝食 400 円 昼食 745 円 夕食 745 円
	前払金	約 0 円	前払金の 算定方法
備考	食事提供は1日当たり(3食) 1,890円/日で提供いたします。上記金額(56,700円)は、30日で計算しています。		

※: 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。

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 checked="" 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※1	約	0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)		介護保険適用あり			
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	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度	円 /	
排泄介助・おむつ交換	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度	円 /	
おむつ代		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度	円 /	
入浴(一般浴)介助・清拭	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度	円 /	
特浴介助	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度	円 /	
身辺介助(移動・着替え等)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度	円 /	
機能訓練	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度	円 /	
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度	円 /	
備考	介護保険によるサービスを受けられない場合で、入居者及び家族からの利用希望があった場合は、別途料金でサービス提供を行う。介護保険適用外の場合は、1,100円/15分となります。				

※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		<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) かんさいめいそうかぶしきかいしゃ 関西明装株式会社	
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 564-0063) 大阪府吹田市江坂町一丁目23番101号 電話番号 06-6190-0100	
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"/> 調理 <input checked="" type="checkbox"/> 洗濯 <input checked="" type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> その他 (買物代行等)	
サービス提供の対価(概算額)	月額※1	約 0 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)		介護保険適用あり	
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	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度	円 /
日常の洗濯	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度	円 /
居室清掃	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度	円 /
リネン交換	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度	円 /
居室配膳・下膳	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度	円 /
買物代行※4	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input checked="" type="checkbox"/> 都度	1,100 円 / 15分
役所手続き代行	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input checked="" type="checkbox"/> 都度	1,100 円 / 15分
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度	円 /
備考	介護保険によるサービスを受けられない場合で、入居者、及び家族からの利用希望があった場合は、別途料金でサービス提供を行う。介護保険適用外の場合は、1,100円/15分となります。 ※居室清掃のみ委託となります。		

- ※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		<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 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※1	約 0 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)		介護保険適用あり	
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	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 円 /	
血圧等の測定	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 円 /	
定期検診	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 円 /	
通院の付き添い※4	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input checked="" type="checkbox"/> 都度 1,100 円 / 15分	
入退院の付き添い※4	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input checked="" type="checkbox"/> 都度 1,100 円 / 15分	
服薬支援	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 円 /	
生活指導・栄養指導	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 円 /	
定期健康診断	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 円 /	
備考	介護保険によるサービスを受けられない場合で、入居者、及び家族からの利用希望があった場合は、別途料金でサービス提供を行う。介護保険適用外の場合は、1,100円/15分となります。		

※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. 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	金銭管理、レクリエーション		
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	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
金銭管理	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度	1,500 円 / 月	
レクリエーション	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度	円 /	実費
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度	円 /	
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度	円 /	
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度	円 /	
備考	月額料金は金銭管理を利用した場合				

※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^協力

※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。

特定施設入居者生活介護等の月額費用算定表(介護保険給付対象分)

(特定施設入居者生活介護事業所(外部サービス利用型を除く)、地域密着型特定施設入居者生活介護事業所又は介護予防特定施設入居者生活介護事業所(外部サービス利用型を除く)の指定を受けている場合に作成)

:入力セル
 ※1箇月 30 日の場合

住宅所在市町	宝塚市
地域区分	3級地
1単位の単価	10.68円

地域区分	兵庫県内対象市町	単価
3級地	西宮市、芦屋市、宝塚市	10.68円
4級地	神戸市	10.54円
5級地	尼崎市、伊丹市、川西市、三田市	10.45円
6級地	明石市、猪名川町	10.27円
7級地	姫路市、加古川市、三木市、高砂市、稲美町、播磨町	10.14円
その他	上記以外の市町	10.00円

1. 月額費用

要介護状態区分	基本単位数		利用者負担額(1割)	利用者負担額(2割)	利用者負担額(3割)
要支援1	(183単位/日)	5,490単位	7,275円	14,549円	21,823円
要支援2	(313単位/日)	9,390単位	11,947円	23,894円	35,840円
要介護1	(542単位/日)	16,260単位	20,179円	40,358円	60,537円
要介護2	(609単位/日)	18,270単位	22,589円	45,177円	67,765円
要介護3	(679単位/日)	20,370単位	25,105円	50,209円	75,314円
要介護4	(744単位/日)	22,320単位	27,442円	54,883円	82,324円
要介護5	(813単位/日)	24,390単位	29,921円	59,842円	89,763円

(注)利用者負担額には加減算を含みます。

(加減算の算定状況)

加減算種別	算定	加減算単位数		
身体拘束廃止未実施減算	要支援1	なし	(-18単位/日)	
	要支援2		(-31単位/日)	
	要介護1		(-53単位/日)	
	要介護2		(-60単位/日)	
	要介護3		(-67単位/日)	
	要介護4		(-73単位/日)	
	要介護5		(-80単位/日)	
入居継続支援加算	なし	(36単位/日)		※要介護者のみ
生活機能向上連携加算	なし	(200単位/月) または (100単位/月)		※個別機能訓練加算なしの場合は200単位/月、同加算ありの場合は100単位/月
個別機能訓練加算	(Ⅰ)	あり	(12単位/日)	360単位
	(Ⅱ)	あり	(20単位/月)	20単位
夜間看護体制加算	なし	(10単位/日)		※要介護者のみ
医療機関連携加算 Ⅰ	あり	(100単位/月)	100単位	
ADL維持等加算(Ⅱ)	あり	(60単位/月)	60単位	
科学的介護推進体制加算1	あり	(40単位/月)	40単位	
認知症専門ケア加算	(Ⅰ)	なし	(3単位/日)	
	(Ⅱ)	なし	(4単位/日)	
サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)イ	なし	(18単位/日)	
	(Ⅰ)ロ	なし	(12単位/日)	
	(Ⅱ)	なし	(6単位/日)	
	(Ⅲ)	なし	(6単位/日)	

加算種別	算定	加算単位数
介護職員処遇改善加算	(Ⅰ)	なし (基本単位数+加減算単位数の計)×12.8%
	(Ⅱ)	あり (基本単位数+加減算単位数の計)×12.2%
	(Ⅲ)	なし (基本単位数+加減算単位数の計)×11.0%
	(Ⅳ)	なし (基本単位数+加減算単位数の計)×8.8%

2. 若年性認知症入居者受入加算を算定する場合の追加費用

加算種別	算定	加算単位数	介護職員処遇改善加算単位数	合計単位数	費用額	利用者負担額(1割)	利用者負担額(2割)	利用者負担額(3割)
若年性認知症入居者受入加算	なし	(120単位/日)	0単位	0単位	0円	0円	0円	0円

3. 栄養スクリーニング加算を算定する場合の追加費用(実施月のみ・6月に1回を限度)

加算種別	算定	加算単位数	介護職員処遇改善加算単位数	合計単位数	費用額	利用者負担額(1割)	利用者負担額(2割)	利用者負担額(3割)
栄養スクリーニング加算	なし	6単位	0単位	6単位	64.08円	6.41円	12.82円	19.22円

		P	Q=P*加算率	R=P+Q	S=R*1単位の単価	T=S-S*90/100	U=S-S*80/100	V=S-S*70/100
栄養スクリーニング加算	なし	(5単位/回)	0単位	0単位	0円	0円	0円	0円

4. 退院・退所時連携加算を算定する場合の追加費用(要介護者・入居から30日以内のみ)

加算種別	算定	加算単位数		介護職員処遇改善加算単位数	合計単位数	費用額	利用者負担額(1割)	利用者負担額(2割)	利用者負担額(3割)
		W		$X=W*加算率$	$Y=W+X$	$Z=Y*1単位の単価$	$A'=Z-Z*90/100$	$B'=Z-Z*80/100$	$C'=Z-Z*70/100$
退院・退所時連携加算	なし	(30単位/日)		0単位	0単位	0円	0円	0円	0円

5. 看取り介護加算を算定する場合の追加費用(要介護者・死亡月のみ)

加算種別	算定	加算単位数		介護職員処遇改善加算単位数	合計単位数	費用額	利用者負担額(1割)	利用者負担額(2割)	利用者負担額(3割)
		D'		$E'=D'*加算率$	$F'=D'+E'$	$G'=F'*1単位の単価$	$H'=G'-G'*90/100$	$I'=G'-G'*80/100$	$J'=G'-G'*70/100$
看取り介護加算	なし	死亡日以前4日以上30日以下 (144単位/日)		0単位	0単位	0円	0円	0円	0円
		死亡日の前日及び前々日 (680単位/日)							
		死亡日 (1280単位/日)							
		最大	0単位						

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		
管理者	1	0	1	0.5 生活相談員兼務
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)	29	13	16	介護職員25名、看護職員4名
直接処遇職員	29	13	16	21.0
介護職員	25	13	12	18.0 生活相談員25名
看護職員	4	0	4	3 生活相談員4名
機能訓練指導員	4	1	3	1.7
計画作成担当者	2	1	1	0.7 介護職員兼務
栄養士	1			外部委託
調理員	6			外部委託
事務員	2	1	1	1.3 介護職員兼務1名
その他職員	3			外部委託
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※3			40時間	

※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
介護福祉士	14	7
実務者研修修了者	1	1
初任者研修修了者	3	2
介護支援専門員	2	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	2	0
理学療法士	2	1
作業療法士	0	0
言語療法士	1	0
柔道整復士	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0
はり師	0	0
きゅう師	0	0

4. 夜勤を行う職員の人数

夜勤帯の設定時間	22時 00分 ~ 7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)	2		1 介護職員2名
看護職員	0		
介護職員	2		1 生活相談員2名

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※	<input type="checkbox"/> 1.5:1以上 <input type="checkbox"/> 2:1以上 <input type="checkbox"/> 2.5:1以上 <input checked="" type="checkbox"/> 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)	3.0 : 1
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	古川 武志				
	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	資格の名称	介護支援専門員・介護福祉士		
		<input type="checkbox"/> なし				
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	2	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数	0	2	0	2	0	4
業務に従事した経験年数	/		/		/	
1年未満の者の人数	0	0	0	0	0	0
1年以上3年未満の者の人数	0	0	1	3	1	3
3年以上5年未満の者の人数	0	0	2	0	2	0
5年以上10年未満の者の人数	0	0	4	2	4	2
10年以上の者の人数	0	4	6	7	6	11
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	0	1	0	0		
前年度1年間の退職者数	1	0	0	0		
業務に従事した経験年数	/		/		/	
1年未満の者の人数	0	0	0	0		
1年以上3年未満の者の人数	0	0	0	1		
3年以上5年未満の者の人数	0	0	0	0		
5年以上10年未満の者の人数	0	2	1	0		
10年以上の者の人数	1	2	0	0		
職員の健康診断の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					