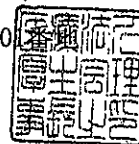


## 登録事項等についての説明（高齢者住まい法第17条関係）

年 月 日

## 登録事項等についての説明

貸主(甲) 住所 福井市下六条20  
医療法人 厚生会  
理事長 林 讓也

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) すまいる・こうせい すまいる・厚生
所在地	(住居表示) 福井県福井市下馬3丁目2302
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 電車( JR北陸 線 福井 駅から バスで25分 降車後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 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 24年 8月 1日から 平成 34年 7月 31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 こうせいかい 医療法人 厚生会
住 所 (法人にあっては 主たる事務所の所 在地)	(郵便番号 918-8537 ) 福井県福井市下六条町201番地 電話番号 0776-41-8300
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) 電話番号
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) いりょうほうじん こうせいかい かいごじぎょうぶ 医療法人 厚生会 介護事業部		
事務所の所在地	(郵便番号 918-8135 ) 福井県福井市下六条町217番地	電話番号	0776-41-8300

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	51 戸	
居住部分の規模	(最小)	18	m <sup>2</sup>
	(最大)	27	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	鉄骨	造
竣工の年月	2013 年	3 月	10 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。 <input checked="" type="checkbox"/> ①単身高齢者世帯 <input checked="" type="checkbox"/> 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)	詳細については 別添2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 30,000 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 45,000 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 円	
	調理等の家事	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input 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 円	
その他	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 10,000 円		
家賃の概算額	(最低) 約 45,000 円	住戸ごとの内容は別添2のとおり		
	(最高) 約 70,000 円			
共益費の概算額	(最低) 約 25,000 円			
	(最高) 約 25,000 円			
敷金の概算額	(最低) 約 135,000 円	家賃の 3月分		
	(最高) 約 210,000 円			
前払金※の有無	<input type="checkbox"/> あり <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		
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。)			

※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	<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
看護小規模多機能型居宅介護 あったかホームひまわり	登録者に対する通い、訪問、宿泊 サービスの提供	<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 あったかホームひまわり	登録者に対する、訪問看護 サービスの提供	<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
		<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) ふくいこうせいびょういん 福井厚生病院	
事業所の所在地	(郵便番号) 918-3537 ) 福井県福井市下六条町210番地	電話番号 0776-41-3377
連携又は協力の 内容	入居者への緊急搬送	

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) へるぱーすてーしょんいなほ ヘルパーステーションいなほ
事業所の所在地	(郵便番号 918-8016 ) 福井県福井市江端町20字20-24 電話番号 0776-38-7221
連携又は協力の内容	入居者への訪問介護サービス
連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) かいごほけんそうだんせんたー 介護保険相談センター
事業所の所在地	(郵便番号 918-8135 ) 福井県福井市下六条町217番地 電話番号 0776-41-8020
連携又は協力の内容	入居者への介護保険相談、ケアプランの作成等
連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) ほうもんかんごひまわりすてーしょん 訪問看護ひまわりステーション
事業所の所在地	(郵便番号 918-8135 ) 福井県福井市下六条町217番地 電話番号 0776-41-8484
連携又は協力の内容	入居者への訪問看護サービス
連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) へるぱーすてーしょんあさがお ヘルパーステーションあさがお
事業所の所在地	(郵便番号 910-0832 ) 福井県福井市新保町19-35-1 電話番号 0776-54-6300
連携又は協力の内容	入居者への訪問介護サービス

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) ほうもんかんどすてーしょんあさがお 訪問看護ステーションあさがお
事業所の所在地	(郵便番号 910-0832 ) 福井県福井市新保町19-35-1 電話番号 0776-54-6300
連携又は協力の内容	入居者への訪問看護サービス

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) たにはたしかりにつく たにはた歯科クリニック
事業所の所在地	(郵便番号 918-8112 ) 福井県福井市下馬2丁目2310 電話番号 0776-34-0418
連携又は協力の内容	入居者への訪問診療, 一般診療

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) ふくいみなみあいくりにつく ふくい南アイクリニック
事業所の所在地	(郵便番号 918-8112 ) 福井県福井市下馬3丁目1815 電話番号 0776-36-5278
連携又は協力の内容	入居者への訪問診療, 一般診療

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

登録について、基本方針に照らして適切に申請した。

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

別添1

役員名簿

(ふりがな) 氏名	役名等
はやし じょうや 林 讓也	理事長
はば としひろ 羽場 利博	理事・管理者
かとう ひろし 加藤 浩司	理事
あさだ やすゆき 浅田 康行	理事
まえかわ なおみ 前川 直美	理事
はやし ひでひろ 林 秀洋	理事
ただ かずまさ 多田 和正	理事
やました けいこ 山下 圭子	理事
きたむら よしかず 北村 善和	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	×	○	○	×	×	○	22	101～103号、105～108号 110～113号、115～118号 120～123号、125～127号	50,000
1	21.6	×	○	○	×	○	○	9	226～228号、230～233号 235～236号	55,000
1	21.6	×	○	○	×	○	○	7	208号、210～213号室 215～216号室	55,000
1	27	○	○	○	○	○	○	6	201～203号、205～207号	70,000
1	21.6	×	○	○	×	○	○	7	217～218号、220～223号 225号室	45,000

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
UB1,2,3	3	19.65	(2F)洗濯室前	29	
一般浴室	1	26.4	(1F)階段横	22	
食堂	1	98.02	(1F)階段前	51	
談話スペース	1	23.7	エントランスホール横	51	
談話室 兼 台所	1	80.64	(2F)エレベーター前	51	台所は談話室内にあり
UB2	1	3.74	(1F)リネン庫横	22	

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 3

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 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 委託する</span>				
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 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者</span> <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 指定介護予防サービス事業者</span> <input type="checkbox"/> 指定居宅サービス事業者 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者</span> <input type="checkbox"/> 指定地域密着型サービス事業者 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 上記以外の法人等</span>					
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	1人
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士	人員	1人	<input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員	1人
			合 計		人員	3人
常駐する場所	<input checked="" type="checkbox"/> 同一の敷地内 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 隣接する土地</span> <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 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 次の期間を除く( )</span>					
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	定期的に居室に伺う				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	0時 00分 ～ 24時 00分			
		上記以外の日	<input checked="" type="checkbox"/> 24時間			
	通報方法	居室内通報ボタンにより通報する				
	通報先	1階事務所		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	30,000円	前払金の算定方法		
	前払金	約	円			
備考	居室内の通報ボタンにより1階事務所へ通報され、職員が確認を行う。場合により、福井厚生病院と連絡を取り対応する。(夜間は1階看護小規模多機能型事務所へ転送となり、当該事業所当直者が対応する)					

※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。

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) にほんみーるかぶしがいしや 日本ミール株式会社			
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 918-8231 ) 福井市問屋町2丁目118	電話番号		0120-603-106
	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 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 45,000 円	内訳	朝食 400 円	昼食 500 円 夕食 600 円
	前払金	約 円	前払金の 算定方法		
備考		一ヶ月を固定45,000円とし、欠食分は上記料金を反映する。			

※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 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	約 円	前払金の 算定方法		
	前払金	約 円			
備考		介護保険の看護小規模多機能型居宅介護に登録し、サービス提供となります。			

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 checked="" 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 円	前払金の算定方法
	前払金	約 円	
備考	介護保険の看護小規模多機能型居宅介護に登録し、サービス提供となります。		

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 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 円	
備考	訪問看護のサービス提供となります。		

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	指定したサービスを申し込み、サービスを提供する。		
サービス提供の 対価(概算額)	月額	約 10,000 円	前払金の 算定方法		
	前払金	約 円			
備考	指定したサービス(全9項目)を選択し、サービス項目に応じて料金が発生する。 (選択サービスB) 1項目～3項目 月額10,000円 4項目～6項目 月額20,000円 7項目～9項目 月額30,000円 都度発生するサービス(指定)は一回のサービス提供毎に150円発生する(選択サービスC) 上記サービスは必要な入居者のみ申込みをする。				

## (医療連携の内容)

医療支援		① 救急車の手配	
※複数選択可		2 入退院の付き添い	
		3 通院介助	
		④ その他( 受診の受付・処方箋のFAX )	
協力医療機関	1	名称	福井厚生病院
		住所	福井市下六条町201番地
		診療科目	内科・外科・整形外科・循環器科・眼科・ストレスケア科
		協力内容	受診・緊急時の対応
	2	名称	ふくい南アイクリニック
		住所	福井市下馬3丁目1815
		診療科目	眼科
		協力内容	眼科往診
協力歯科医療機関		名称	たにはた歯科クリニック
		住所	福井市下馬2丁目2310
		協力内容	歯科往診

## (入居に関する要件)

入居対象となる者	自立している者	① あり 2 なし
【表示事項】	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	他入居者へ迷惑をかけず共同生活を営むことが出来る方。	
契約の解除の内容	普通建物賃貸借契約書第11条	
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: )	
	② なし	
入居定員	51戸	
その他		

(入居者の人数)

29年7月現在

性別	男性	16人
	女性	36人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	3人
	75歳以上85歳未満	15人
	85歳以上	34人
要介護度別	自立	1人
	要支援1	2人
	要支援2	5人
	要介護1	10人
	要介護2	17人
	要介護3	5人
	要介護4	9人
	要介護5	3人
入居期間別	6ヶ月未満	9人
	6ヶ月以上1年未満	3人
	1年以上5年未満	40人
	5年以上10年未満	人
	10年以上15年未満	人
	15年以上	人

(入居者の属性)

平均年齢	87.25歳
入居者数の合計	52人
入居率 <sup>※</sup>	100%

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	1人
	社会福祉施設	2人
	医療機関	0人
	死亡者	7人
	その他	1人
生前解約の状況	施設側の申し出	1人 (解約事由の例) 他入居者様への迷惑行為の為
	入居者側の申し出	3人 (解約事由の例) 他施設利用の為、自宅復帰の為



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		すまいる・厚生
電話番号		0776-33-6517
対応している時間	平日	8:30~17:30
	土曜	8:30~17:30
	日曜・祝日	8:30~17:30
定休日		なし

窓口の名称		サービス付き高齢者向け住宅協会
電話番号		03-6433-2200
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	-
	日曜・祝日	-
定休日		土曜・日曜・祝日

(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)保険証書の記載の通り
	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)保険証書の記載の通り
	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			

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

職員体制

※有料老人ホーム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※2
	合計		
	常勤	非常勤	
管理者	1		0.3
生活相談員	1		0.2
直接処遇職員			
介護職員		1	
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	1		
その他職員			
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2			
※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。			
※2 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。			

(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	1	
実務者研修の修了者		
初任者研修の修了者		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( 17時30分～ 8時30分)

	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	0人	0人

(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				0	0	0	0				
前年度1年間の退職者数				0	0	0	0				
職員の人数 業務に従事した経 験年数に応じた	1年未満										
	1年以上3年未満				1						
	3年以上5年未満										
	5年以上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							

運営懇談会	1 あり	(開催頻度)年 回
	② なし	
	1 代替措置あり	新年会・敬老会を開催しご家族を呼び話しを聞く
	2 代替措置なし	
提携ホームへの移行	1 あり(提携ホーム名: )	
【表示事項】	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	
有料老人ホーム設置運営指導指針「5. 規模及び構造設備」に合致しない事項	1 あり ② なし	
	合致しない事項がある場合の内容	
「6. 既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	1 適合している(代替措置)	
	2 適合している(将来の改善計画)	
	3 適合していない	
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	なし	
	不適合事項がある場合の内容	