

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: 兵庫県三木市志染町吉田1213-1
商号、名称又は氏名: 医療法人社団 朋優会

理事長 森田 須美春 印

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

入居高齢者が可能な限りその方の望む形で安心してお過ごしいただけるよう、安全・快適な住環境の提供、医療・介護・住宅が連携し、お困りごとや各種相談にお応えしながら必要なサービスの提供を行う

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)さんふおれすた みき サンフォレスト三木
所在地	(住居表示※) 〒673-0434 兵庫県三木市別所町小林681-6
利用交通手段	■ 1. 電車 (神戸電鉄 粟生線 志染駅から 徒歩で 8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 令和5年11月1日から 令和25年10月31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 令和5年11月1日から 令和25年10月31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 令和5年11月1日から 令和25年10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) いりょうほうじんしゃだん ほうゆうかい 医療法人社団 朋優会	
住所 (法人にあつては主 たる事務所の所在 地)	(郵便番号 673-0501) 兵庫県三木市志染町吉田1213-1 電話番号 0794-85-3061	
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) いりようほうじんしゃだん ほうゆかい 医療法人社団 朋優会 サンフォレスト三木
事務所の所在地	(郵便番号 673-0434) 兵庫県三木市別所町小林681-6 電話番号 0794-88-6668

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 30 戸	入居定員 30 人
居住部分の規模	(最小) 19.20 m ²	詳細については、別添3のとおり
	(最大) 20.48 m ²	
構造及び設備	共同利用設備 ☒ あり ☐ なし	
	構造 鉄骨 造	階数 地上3 階建
竣工の年月	2023 年 2 月 28 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	☒ 自立している者 ☒ 要支援の者 ☒ 要介護の者		
	留意事項	※なお、自立者の入居希望に関しては、医療・介護・生活支援の必要性を鑑み、総合的に可否判断いたします	
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	入居契約書 第11条(契約の解除)相当の場合
		解約予告期間	相当の期間(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※ 2023 年 3 月 25 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、次ページののとおり			
	状況把握・生活相談	☒ 自ら ☐ 委託 (一部委託)	約 27,500 円				
	食事の提供	☐ 自ら ☒ 委託 ☐ 提供しない	約 48,600 円				
	身体介護(入浴介助等)	☒ 自ら ☐ 委託 ☐ 提供しない	約 19,360 円				
	生活援助(洗濯・掃除等)	☒ 自ら ☐ 委託 ☐ 提供しない	約 5,690 円				
	健康の維持増進	☒ 自ら ☐ 委託 ☐ 提供しない	約 5,450 円				
その他		☒ 自ら ☐ 委託 ☐ 提供しない	約 3,300 円				
家賃の概算額	(最低) 約	55,000 円	住戸ごとの内容は、別添3のとおり				
	(最高) 約	55,000 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	165,000 円	家賃の	3.0 月分			
	(最高) 約	165,000 円					
水道光熱費の支払方法	水道光熱費については共益費に含む						
入院等による不在時における家賃等の費用の取扱い	家賃は月額を徴収する。共益費、その他サービス費、食費は日割り計算にて不在日を差し引いた額を徴収する。						
家賃等の費用の改定	条件	地価上昇や物価を勘案し、近隣の賃貸条件等とも比較検討し変更の必要があると判断した場合					
	手続	臨時懇談会又は文書等にて説明し、契約者もしくは保証人の同意を得る					
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(該当する場合のみ)					
		利用者負担(1割)	利用者負担(2割)	利用者負担(3割)	
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)※	要支援1	円	円	円	詳細については、別添5のとおり
	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	
	要介護5	円	円	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	☐ あり ☐ なし		入居者継続支援加算	☐ 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				

※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	☒ 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	運営開始から15年程度経過後実施予定	
その他計画的な修繕予定	毎年定期点検を実施し、緊急時を除き3年毎に修繕予定	

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
デイサービス サンフォレスト	機能回復訓練、食事、入浴	☒ 同一の建築物内 ☐ 同一の敷地内 ☐ 隣接する土地
訪問介護ステーション サンフォレスト	訪問介護事業	☐ 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) いりょうほうじんしゃだん ほうゆうかい みきさんようびょういん 医療法人社団 朋優会 三木山陽病院
医療機関 の所在地	(郵便番号 673-0501) 兵庫県三木市志染町吉田1213-1 電話番号 0794-85-3061
診療科目	内科・消化器内科・整形外科・リウマチ科・外科・眼科・皮膚科・泌尿器科・血液浄化療法・リハビリテーション科
連携又は協力 の内容	訪問診療(対象者のみ) 及び 緊急時対応(入院等)
医療機関 の名称	(ふりがな)
医療機関 の所在地	(郵便番号) 電話番号
診療科目	
連携又は協力 の内容	
協力歯科医療機関	
歯科医療機関 の名称	(ふりがな)
歯科医療機関 の所在地	(郵便番号) 電話番号
連携又は協力 の内容	
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) かぶしきがいしゃ ねくすとわんずそりゅーしょん 株式会社 ネクストワンズソリューション
事業所の所在地	(郵便番号 673-0434) 兵庫県三木市別所町小林681-6 電話番号 0794-73-8726
連携又は協力 の内容	医療法人社団 朋優会と協力して、入居者への食事提供等を行う

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

基本方針及び高齢者居住安定確保計画に照らし適正に事業運営を行います

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(入居を前提とした利用で2泊3日程度の期間とする。空室に余裕がない場合は実施不可。) ☐ なし				
居住部分(住戸)の変更に關する事項※ ※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	サンフォレスト三木 苦情相談窓口			
	電話番号	0794-88-6668			
	対応している時間	平日	9:00～17:00		
		土曜日	9:00～17:00		
		日曜・祝日	9:00～17:00		
定休日	基本的に定休はないが、対応者不在のこともあるためその場合は折り返し対応とする				
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	基本的に救急搬送実施。但し、訪問看護事業所利用で事前に取り決めている場合は訪問看護事業所に連絡する。			
	緊急やむを得ず身体的拘束を行う際の手続	やむを得ないケースに相当するか主治医、ケアマネジャー等関係者と相談し、家族様に説明の上行う。			
	事故発生時の対応	治療を要する場合は、適切な対応を行い安全確保・状況の把握の後、家族様等へ連絡し誠実に対応する。			
	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(サービス付き高齢者向け住宅賠償責任保険) ☐ 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	(防火・防災訓練) (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 (サービスの質向上を鑑み適宜実施予定) 結果の開示 ☒ あり ☐ なし ☐ なし											
運営懇談会			☒ あり 開催頻度(年2回予定 (感染状況等開催が困難な場合は別の方法で情報共有を行う)) 構成員(管理者、職員、入居者、入居者家族、サービス関連事業所職員) ☐ 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											
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: 2025 年 4 月 1 日現在)		登録戸数(a)		30 戸		入居戸数(b)		30 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 %	
	入居者の 内訳	性別	男性		5 人		女性		25 人					
		年齢別	～59歳		0 人		60～64歳		0 人		65～74歳		0 人	
			75～84歳		8 人		85歳～		22 人		平均年齢		89.8 歳	
		要介護 等状態 区分別	自立		0 人		要支援1		4 人		要支援2		6 人	
			要介護1		5 人		要介護2		8 人		要介護3		2 人	
			要介護4		2 人		要介護5		3 人					
		入居 期間別	6箇月未満		5 人		6箇月以上1年未満		1 人		1年以上5年未満		24 人	
	5年以上10年未満		0 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		5 人		医療機関		2 人	
			死亡		0 人		その他(老健再入所)		6 人		合計		13 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	13 人		解約 事由 の例		病気療養のため病院に長期入院、特養その他施設への転居、老健施設への再入所 等							

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

(説明を受けた者)

借主(乙) 住所
氏名

印

代理人 住所

氏名

印

乙との続柄

別添1

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
もりた すみはる 森田 須美春	理事長
もりた もとあき 森田 素彰	常務理事
おかもと やすお 岡本 安生	理事
もりた しずよ 森田 静代	理事
ともふじ よしのぶ 友藤 喜信	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。

別添3

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

[illegible]

※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。

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	6	74.04	2・3階に一般浴室各2カ所、特殊浴室各1カ所	30	脱衣室含む
台所	2	16.48	2・3階共、システムキッチン2台設置	30	
食堂	2	65.44	2・3階の台所に隣接して設置	30	居間兼用
機能訓練コーナー	2	32.40	2・3階の食堂に隣接して設置	30	
多目的室	1	20.12	1階に1室設置	30	
共用トイレ	2	9.46	2・3階共用部に各1カ所設置	30	

※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

入居契約書に定める事項及び管理者がその他に定める事項に準じる

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		☒ 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（一部委託）			
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		☒ 医療法人 ☐ 社会福祉法人 ☐ 指定居宅サービス事業者 ☐ 指定地域密着型サービス事業者 ☐ 指定居宅介護支援事業者 ☐ 指定介護予防サービス事業者 ☐ 指定介護予防支援事業者 ☐ 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 1 人
	☒ 看護師	人員	3 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 人
	☒ 介護福祉士	人員	3 人	☒ 上記以外の職員	人員 7 人
			合 計		人員 14 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	8 時	30 分	～	17 時 30 分 人員 3 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		毎日2回の巡回、及び緊急通報装置による対応			毎日 2 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	☒ 365日対応		
		上記以外の日	☒ 24時間		
	通報方法	ナースコール			
	通報先	スタッフルーム	通報先から住宅までの到着予定時間	1 分	
緊急時における対応の内容		各居室に設置されている緊急呼び出しボタンのコールが押された場合は、住宅職員が居室に駆け付け対応します。			
生活相談サービスの内容		宅配取次や介護タクシー手配、居室内の軽微な営繕等日常生活における相談ごとに対応します			
	提供日	☒ 365日対応 ☐ その他 ()			
	提供時間	0 時 00 分 ～ 24 時 00 分			
サービス提供の対価(概算額)	月額※	約	27,500 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		☐ 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) かぶしがいいしや わくすとわんずそりゅーしょん 株式会社 ネクストワンズソリューション	
	住 所 (法人にあっては 主たる事務所の 所在地)	(郵便番号 673-0434) 兵庫県三木市別所町小林681-6 電話番号 0794-73-8726	
	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	☒ 食堂 ☒ 各居住部分 ☒ その他 (身体状況により居室で提供する場合有り)	
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 48,600 円	内訳 朝食 400 円 昼食 600 円 夕食 620 円
	前払金	約 0 円	前払金の 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。

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 (基本的に365日対応だが、ホームが対応可能な曜日・時間に限り)	
	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 19,360 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)		※1に同じ	
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
身体介助 (排泄、入浴、食事等) ～5分以内程度	☒ なし ☐ あり	☐ なし ☒ あり ☐ 包含 ☒ 都度 275 円 / 回	4
身体介助 (排泄、入浴、食事等) ～20分未満	☒ なし ☐ あり	☐ なし ☒ あり ☐ 包含 ☒ 都度 1,100 円 / 回	2
身体介助 (排泄、入浴、食事等) 20分以上30分未満	☒ なし ☐ あり	☐ なし ☒ あり ☐ 包含 ☒ 都度 1,650 円 / 回	2
身体介助 (排泄、入浴、食事等) 30分以上60分未満	☒ なし ☐ あり	☐ なし ☒ あり ☐ 包含 ☒ 都度 2,530 円 / 回	2
身体介助 (排泄、入浴、食事等) 60分以上	☒ なし ☐ あり	☐ なし ☒ あり ☐ 包含 ☒ 都度 3,850 円 / 回	2
	☐ 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※1 19,360円 は、記載の提供回数の場合の総額です。提供回数が多くなれば総額は多くなります。 介護保険サービス以外(限度単位数いっぱいサービスをご利用された以外)に、頻回に排泄・入浴、食事介助等が必要な方、またはケアプランに位置付けられない突発的なコール対応等の場合に利用いただけるサービスです。		

※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		☒ 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 (基本的に365日対応だが、ホームが対応可能な曜日・時間に限る) 内容 ☐ 調理 ☐ 洗濯 ☐ 掃除 ☒ その他 (洗濯・掃除、食事の配膳・下膳 等)	
サービス提供の対価(概算額)	月額※1	約 5,690 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)		※1に同じ	
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
生活援助 (掃除・その他 等) ～5分以内程度	☒ なし ☐ あり	☐ なし ☒ あり ☐ 包含 ☒ 都度 110 円 / 回	4
生活援助 (掃除・その他 等) 20分未満	☒ なし ☐ あり	☐ なし ☒ あり ☐ 包含 ☒ 都度 330 円 / 回	2
生活援助 (掃除・その他 等) 20分以上45分未満	☒ なし ☐ あり	☐ なし ☒ あり ☐ 包含 ☒ 都度 715 円 / 回	2
生活援助 (掃除・その他 等) 45分以上	☒ なし ☐ あり	☐ なし ☒ あり ☐ 包含 ☒ 都度 880 円 / 回	2
洗濯	☒ なし ☐ あり	☐ なし ☒ あり ☐ 包含 ☒ 都度 700 円 / 回	2
	☐ 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※1 5,690円 は、記載の提供回数の場合の総額です。提供回数が多くなれば総額は多くなります。 介護保険サービス以外(限度単位数いっぱいサービスをご利用された以外)に、頻回に排泄・入浴、食事介助等が必要な方、またはケアプランに位置付けられない突発的なコール対応等の場合に利用いただけるサービスです。		

※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		☒ 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 (服薬支援等)		
サービス提供の対価(概算額)		月額※1	約 5,450 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
服薬支援	☒ なし ☐ あり	☐ なし ☒ あり ☐ 包含 ☒ 都度	55 円 / 回	90	
お薬のセッティング(お薬ボックス等)	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度	500 円 / 回	1	
	☐ 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 /		
	☐ 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	お薬入力で管理されているお薬を服薬前にご本人にお渡しして服薬されたことを確認いたします。 月額※1 5,450円 は、記載の提供回数(朝・昼・夕 各1回/日×30日)と月に1回ボックスへのセッティングをした場合の総額です。提供回数が多くなれば総額は多くなります。				

※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		☒ 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 (基本的に365日対応だが、ホームが対応可能な曜日・時間に限り)		
		内容	通院介助(緊急時家族がやむを得なく対応できない時の臨時的対応のみ) また、協力病院・近隣に限ります。※場合によっては対応できない時もあります。		
サービス提供の 対価(概算額)	月額※1	約	3,300 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
通院介助	☒ なし ☐ あり	☐ なし ☒ あり	☐ 包含 ☒ 都度	1,100 円 / h	2h
車への移乗補助	☒ なし ☐ あり	☐ なし ☒ あり	☐ 包含 ☒ 都度	550 円 / 回	2
	☐ 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 ※1 2,200円 は緊急時対応にて、通院介助にて2時間付添、車への移乗対応を往復行った 場合の金額です。				

※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。

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	1			生活相談員業務 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)	14	4	10		管理者、事務員、介護・看護職員
直接処遇職員	11	1	10		
介護職員	8		8		初任者研修修了以上の者
看護職員	3	1	2		
機能訓練指導員					
計画作成担当者					
栄養士					
調理員					
事務員	2	2			状況把握・生活相談 兼務
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※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			
介護福祉士	3		3
実務者研修修了者	1		1
初任者研修修了者	4		4
介護支援専門員	1		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			
はり師			
きゅう師			

4. 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	介護職員
看護職員	0	0	
介護職員	1	0	生活相談員

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

職員状況

管理者	職名・氏名	事務長 ・ 山下 智也					
	他の職務との兼務	☒ あり ☐ なし					
	業務に係る資格	☒ あり	資格の名称		社会福祉士		
		☐ 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							
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					3		3
1年以上3年未満の者の人数		1	2		5	4	7
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							
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					

個人情報使用同意書

サービス付き高齢者向け住宅 サンフォレスタ三木が、借主（以下「入居者」という）及びその家族の個人情報※について、以下に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1. 使用する目的

- (1) 入居者の介護認定申請、更新または変更を行う場合。
- (2) 入居者のケアプラン作成に際し、円滑にサービスを提供するために実施される会議等で情報を共有する場合。
- (3) 入居者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業者、地域包括支援センターとの連携（地域ケア会議、サービス担当者会議等）、照会に対する回答をする場合。
- (4) 入居者の病状が急変した場合や医療機関連携加算取得等、医療機関（歯科医療機関も含む）や主治医に情報提供をする場合。
- (5) 円滑に入居者のサービス提供を行う際に必要な場合や上記各号に関わらず、緊急を要する連絡を行う場合。事業者が管理する携帯電話（スマートフォン等）やICT機器（パソコン・タブレット等の記録管理専用アプリ）等への連絡先登録をする場合。
- (6) 入居者が参加せず、医療・介護の関係者のみで実施するものについて「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」及び「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を参考にして、ビデオ通話等を活用する場合。
- (7) 入居者が参加して実施するものについて、入居者の同意を得た上でビデオ通話等を活用して実施する場合。
- (8) ビデオ通話装置等（リアルタイムでの画像を介したコミュニケーションが可能な機器）を活用し、その場での入力作業をする場合。

2. 使用する期間

入居期間に準じます。

3. 使用にあたっての条件

個人情報の使用・提供は1に記載する目的の範囲内で必要最小限とし、入居者とのサービス利用に係わる契約締結前から個人情報の保護期限において、関係者以外の第三者に漏れることのないよう細心の注意を払い、保管します。

また法令上義務付けられている関係機関（医療・警察・消防等）からの依頼があった場合を除いて、入居契約期間内外において第三者に漏らしません。

※個人情報とは、氏名・生年月日・性別・住所・家族構成など特定の個人を識別できる情報をいいます。

令和 年 月 日

サービス付き高齢者向け住宅 サンフォレスタ三木

【借主（入居者様）】

住 所

氏 名

印

【代理人（ご家族様または入居契約における連帯保証人様 等）】

住 所

氏 名

印
