

〔記載例〕

登録事項等についての説明書(重要事項説明書)

貸主(甲) 住所 **〇〇県〇〇市〇〇町1-1-1**
 商号、名称又は氏名 **株式会社〇〇〇〇**
 代表取締役 **〇〇 〇〇**

代理人 住所
 商号、名称又は氏名 **施設長 〇〇 〇〇**

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

消費者に登録住宅をアピールする自由記述部分

地域における高齢者向けの住まいとしての役割を果たしていきます。
 協力医療機関とも連携し、医療介護専門職による自立支援のサポートを行います。

施設とは、併設される高齢者居宅生活支援事業を行う施設をいう

不動産公正競争規約では「徒歩による所要時間は道路距離80メートルにつき1分間を要するものとして算出した数値を表示すること。1分未満の端数が生じたときは、1分として算出」と規定

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) 〇〇はうす 〇〇ハウス
所在地	(住居表示※) 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 電車 (〇〇 線 〇〇 駅 から 徒歩 で 10 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 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
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 〇年〇月〇日から 〇年〇月〇日まで

※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。

「期間」は、定期借家(借地)契約又は期間の定めのある使用貸借契約の場合に記載

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) かぶしきがいしゃまるまる 株式会社〇〇〇〇
住所(法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇) 〇〇県〇〇市〇〇町1-1-1 電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
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)
	電話番号
法人の役員	別添2のとおり

登録事業者が未成年の個人である場合のみ記載

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) かぶしきがいしゃまるまる まるまるしてん 株式会社〇〇〇〇 〇〇支店
事務所の所在地	(郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇) 〇〇県〇〇市〇〇通2-2-2
	電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

登録住宅の運営業務を担当する支店や事業所の情報を記載 (前記2「事業を行う者」と同)

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 40 戸	入居定員 48 人
居住部分の規模	(最小) 18.6 m ²	詳細については、別添3のとおり
	(最大) 25.4 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 4 階建
	構造 鉄筋コンクリート 造	
竣工の年月	2017年4月1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	

例) 単身世帯用32戸、夫婦世帯用8戸の場合、入居定員は、32戸×1人+8戸×2人=48人

入居者が共同で利用する浴室、台所、食堂、居間等の有無を選択

増改築にかかわらず、当初の建物竣工日を記載

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 type="checkbox"/> 賃貸借契約 <input checked="" 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	利用権方式		
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 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	登録住宅の看護職員は、中心静脈栄養管理の対応はできませんが、その他の療養管理については要相談。	
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	入居者の行動が他の入居者・職員の生命に危害を及ぼすかその恐れがあり、通常の介護方法・接遇方法では防止できない場合、等
		解約予告期間	〇箇月
	入居者からの解約予告期間	1箇月	賃貸借契約の場合は、6箇月

「終身賃貸事業者の事業の認可」を受けている場合は、「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」及び「要介護認定又は要支援認定を受けている60歳未満の者」という文言を削除すること

対応できない医療処置の内容等を記載

入居契約書の解約条項の内容を記載 義務違反、不正入居、反社会的勢力への該当の場合の契約解除については、記載不要

※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
---------	---------

建物が建設中であるなど、入居開始前の場合のみ記載

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
次の①又は②のどちらにも該当しない場合は、「提供しない」にチェック ①特定施設入居者生活介護等の指定を受けてサービスを提供 ②介護保険の給付対象外のサービスとして提供	状況把握・生活相談	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託	約 12,000 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、次ページののとおり
	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 30,000 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 2,000 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 500 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 0 円	
家賃の概算額	(最低) 約 60,000 円 (最高) 約 85,000 円	住戸ごとの内容は、別添3のとおり		月当たりの概算額(課税対象の場合は税込)を記載(回数や時間による料金設定の場合は、30日間利用した場合の想定金額を記載) ※特定施設入居者生活介護等の指定を受けている場合は、食事の提供を除き、「介護保険適用あり」
共益費の概算額	(最低) 約 10,000 円 (最高) 約 10,000 円			
敷金の概算額	(最低) 約 120,000 円 (最高) 約 170,000 円	家賃の 2 月分		
水道光熱費の支払方法	共益費と合算して支払う			令和4年9月1日改正
入院等による不在時における家賃等の費用の取扱い	入院等の不在時も入居契約は継続し、家賃・共益費をお支払いいただきます。サービス費、食費は利用実績により日割り計算を行い、お支払いいただきます			
家賃等の費用の改定	条件	土地建物価格や物価の変動、人件費の上昇等により2年に1回改定する場合があります。		
	手続	運営懇談会の意見を聴きます。		
前払金※有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり [<input type="checkbox"/> 前払方式のみ <input checked="" type="checkbox"/> 前払方式と月払方式を選択可] <input type="checkbox"/> なし			
家賃等の前払金の概算額	(最低) 約 1,200,000 円		(最高) 約 1,800,000 円	
前払金を支払った場合の月々の家賃概算額	(最低) 約 30,000 円		(最高) 約 65,000 円	
家賃等の前払金の算定の基礎	家賃	月額家賃の一部(20,000円又は30,000円)×想定居住期間60月		
	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	前払金－(月額家賃の一部÷30日×入居日から契約解除日までの日数)		
	入居後3箇月を超えた契約解除等	(月額家賃の一部÷30日)×契約解除日から想定居住期間満了までの日数		
家賃等の前払金の返還債務が消滅するまでの期間	20XX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 checked="" 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	

別添5で算定した額を記載

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 type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	入居者継続支援加算	<input 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 type="checkbox"/> なし	個別機能訓練加算	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	夜間看護体制加算	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	若年性認知症入居者受入加算	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	医療機関連携加算	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	口腔衛生管理体制加算	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	栄養スクリーニング加算	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	退院・退所時連携加算	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	看取り介護加算	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	認知症専門ケア加算	<input type="checkbox"/> あり [<input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II)]		<input 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 type="checkbox"/> なし
	介護職員処遇改善加算	<input type="checkbox"/> あり [<input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II) <input type="checkbox"/> (III) <input type="checkbox"/> (IV) <input type="checkbox"/> (V)]		<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 上乗せ介護費(月額)	:	円 <input type="checkbox"/> なし
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。

令和4年9月1日改正

7. サービス付き高齢者向け住宅の管理の方法等

管理の方法	<input type="checkbox"/> 自ら管理	<input checked="" 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) かぶしきがいしゃしかくしかく 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 ○○○-○○○) ○○県○○市□□3-3-3 電話番号 ○○○-○○○-○○○	
修繕計画		
計画策定の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
大規模修繕の実施予定	20××年 頃実施予定	
その他計画的な修繕予定	8年ごとに設備更新	
登録の更新の日前一年間における入居者の数及び退去者の数	入居者の数	人
	退去者の数	人

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
デイサービスセンター〇〇	通所介護事業(入浴、機能訓練、食事、健康チェック、レクリエーション等)	<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) まるまるくりにつく 〇〇クリニック
医療機関の所在地	(郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇) 〇〇県〇〇市〇〇4-4-4 (本住宅から300m) 電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
診療科目	内科、消化器内科
連携又は協力の内容	内科医の訪問診療、年2回の健康診断実施（医療費その他の費用は入居者の自己負担。以下同様。）。
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) まるまるしかいいん 〇〇歯科医院
歯科医療機関の所在地	(郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇) 〇〇県〇〇市〇〇5-5-5 (本住宅から200m) 電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
連携又は協力の内容	訪問歯科診療
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) まるまるほうもんかんとすてーしょん 〇〇訪問看護ステーション
事業所の所在地	(郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇) 〇〇県〇〇市〇〇6-6-6 電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
連携又は協力の内容	訪問看護

登録住宅から医療機関までの距離を記載することが望ましい

入居者が費用を負担する必要がある旨を記載

10.保健医療サービスを提供する体制に関する事項

保健医療サービスを提供する体制に関する事項	
-----------------------	--

※保健医療サービスを提供する場合に限り記入すること。

令和4年9月1日改正

11.運営方針

別添5-2のとおり

令和4年9月1日改正

12. 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

基本方針及び県の高齢者居住安定確保計画に沿って適切に運営します。

13.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) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 一時介護室へ移る場合 <input checked="" 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	常時介護が必要になった場合に、一般居室から介護居室への住み替えを求める場合があります。			
	変更をお願いする手続の内容	①弊社が指定する医師の意見を聴く ②概ね3箇月間の観察期間を置く ③本人・身元引受人の同意を得る			
	居住部分を利用する権利の取扱い	住み替え後の居室に移行			
	追加的費用の有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			
前払金償却の調整の有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	台所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	便所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	収納の変更	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	洗面の変更	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	その他の変更	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
	浴室の変更	<input checked="" 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	株式会社〇〇お客様相談窓口		兵庫県国民健康保険団体連合会	
	電話番号	000-000-0000		000-000-0000	
	対応している時間	平日	00:00~00:00		00:00~00:00
		土曜日	00:00~00:00		-
		日曜・祝日	-		-
定休日	日祝日		土日祝日		
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住宅職員が携帯しているPHSにて通報を受信の上、住宅職員が駆けつけ、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(最長で1カ月)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カ月ごとに同意書をいただきます。			
	事故発生時の対応	本契約に基づき、介護サービス等を利用者に提供した場合に、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(〇〇保険会社の〇〇賠償責任保険) <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()			
	消化器	<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)		

賃貸借契約で居住部分を変更する場合は、ここで言う「住み替え」ではなく、原則として現契約を合意解除した上で、新たな契約を締結する必要があります

①入院又は②心身の状況変化を理由とした住み替えは、当該理由が生じた後に貸主と入居者が合意した場合に限り可能

複数の窓口がある場合は欄を増やして記載

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(〇.〇.〇) 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) 構成員(入居者、家族、施設長、職員、民生委員) □なし					
第三者による評価の実施状況		■あり 実施日(〇.〇.〇) 結果の開示 ■あり □なし 評価機関名(公益財団法人〇〇サービス評価機構) □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:平成〇年〇月〇日現在)	登録戸数(a)	40戸	入居戸数(b)	38戸	入居率(b/a)	95.0%
		入居定員(c)	48人	入居者数(d)	45人	充足率(d/c)	93.8%
	性別	男性	15人	女性	30人	一時的な不在者を含む	
		年齢別	~59歳	1人	60~64歳	1人	65~74歳
	要介護等状態区分別	75~84歳	15人	85歳~	24人	平均年齢	82.3歳
		自立	2人	要支援1	4人	要支援2	5人
		要介護1	10人	要介護2	9人	要介護3	7人
	入居期間別	要介護4	5人	要介護5	3人		
		6箇月未満	4人	6箇月以上1年未満	10人	1年以上5年未満	31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	2人	医療機関
死亡		5人	その他	1人	合計	8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	3人	解約事由の例	特別養護老人ホームへの入所 親族宅への転居			

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。

〇年〇月〇日

借主(乙) 住所 〇〇市△△7-7-707

氏名 △△ △△

代理人 住所 〇〇市××8-9-107

氏名 △△ 〇〇

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)

<p>(ふりがな) 氏名</p>	役名等
○○ ○○ ○○ ○○	代表取締役
□□ □□ □□ □□	取締役
◇◇ ◇◇ ◇◇ ◇◇	監査役
	法人登記簿に含まれない執行役員まで含めて記載

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4

時間帯によって自社と委託事業者で分担する場合などは、「自ら」と「委託」の両方をチェックし、備考欄に役割分担の内容を記載

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)	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 checked="" 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	2	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	2
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士	人員	3	人	<input type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員	人
			合 計		人員	7	
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 (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	9 時 00 分	~	17 時 00 分	人員	2	
	上記以外の時間	17 時 00 分	~	9 時 00 分	人員	1	
毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法	<input checked="" type="checkbox"/> 感知センサーによる居室の入居者の動態把握と、居室への訪問の併用				毎日	1	
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 type="checkbox"/> 24時間				
	通報方法	緊急通報装置を利用					
	通報先	1階事務室、常駐職員の携帯電話		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	日中体制の時間帯は、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	日常生活を送る中で、お困りのこと、介護度が重くなった場合のご不安等について住宅職員がご相談をお受けします。						
	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他 ()					
	提供時間	9 時 00 分		~	17 時 00 分		
サービス提供の対価(概算額)	月額※	約	12,000	円	前払金の算定方法	令和4年9月1日改正	
	前払金	約		円			
備考	月当たりの概算額(課税対象の場合は税込)を記載(回数や時間による料金設定の場合は、30日間利用した場合の想定金額を記載するとともに、備考欄にサービスの単価、想定した利用時間・回数等を記載) ※特定施設入居者生活介護等の指定を受けている場合						

サービス提供者全員の人員数を記載(一日に配置する人員数は、下の「常駐する時間」欄に記載)

上記の様式に表現しきれない内容や、補足説明が必要な内容等について、ここに具体的に記載

※ 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) かぶしきがいしゃまるまるふーどさーびす 株式会社〇〇フードサービス	
	住所 (法人にあっては 主たる事務所の 所在地)	(郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇) 〇〇県〇〇市〇〇9-9-9 電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	
	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 〇〇〇-〇〇〇〇) 〇〇県〇〇市〇〇7-8-9 電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	
食事提供を行う場所		<input checked="" type="checkbox"/> 食堂 <input 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 36,000 円	内訳 朝食 300 円 昼食 400 円 夕食 500 円
	前払金	約 円	前払金の 算定方法
備考		<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> <p>月当たりの概算額(課税対象の場合は税込)を記載 (食事の利用に応じた料金設定の場合は、30日間利用 した場合の想定金額を記載するとともに、備考欄に想 定した回数等を記載)</p> </div> <div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 20px;"> <p>上記の様式に表現しきれない内容 や、補足説明が必要な内容等につ いて、ここに具体的に記載</p> </div>	

※: 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	12,000円	前払金の	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> 月当たりの概算額(課税対象の場合は税込)を記載(回数や時間による料金設定の場合は、30日間利用した場合の想定金額を記載するとともに、備考欄にサービスの単価、想定した利用時間・回数等を記載) ※特定施設入居者生活介護等の指定を受けている場合は、「介護保険適用あり」と記載 </div>
	前払金	約		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)		要支援1・2	3,000円		
		要介護1・2	4,000円		
		要介護3~5	5,000円		
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 checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度	円 /	
排泄介助・おむつ交換	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度	円 /	
おむつ代		<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 包含 <input checked="" type="checkbox"/> 都度	20円 / 枚	
入浴(一般浴)介助・清拭	<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	1,000円 / 回	週2回まで
特浴介助	<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	1,000円 / 回	週2回まで
身辺介助(移動・着替え等)	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度	円 /	
機能訓練	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input 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	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> 上記サービスの提供を対価月額12,000円は、要介護1・2の場合の月額定額料金4,000円に週2回の入浴介助(1回1,000円)を4週利用した場合の金額です。おむつを利用する場合は、別途おむつ代が必要です。 </div> <div style="border: 2px solid red; padding: 5px; margin-top: 10px;"> 上記の様式に表現しきれない内容や、補足説明が必要な内容等について、ここに具体的に記載 </div>				

※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		<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 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※1	約	9,600円	前払金の	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> 月当たりの概算額(課税対象の場合は税込)を記載(回数や時間による料金設定の場合は、30日間利用した場合の想定金額を記載するとともに、備考欄にサービスの単価、想定した利用時間・回数等を記載)※特定施設入居者生活介護等の指定を受けている場合は、「介護保険適用あり」と記載 </div>
	前払金	約	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)		なし			
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 checked="" type="checkbox"/> なし <input 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 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			800円 / 回 週3回まで
居室清掃	<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			800円 / 回 週3回まで
リネン交換	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度			円 / 週1回
居室配膳・下膳	<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			200円 / 回
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			800円 / 回 週2回まで
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			800円 / 回 必要に応じ月1回
	<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	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> 上記以外のサービスを提供する場合は、具体的に記載 上記サービス提供の対価月額9,600円は、週2回の日常の洗濯(1回800円)、週1回の居室清掃(1回800円)を4週利用した場合の金額です。 リネン交換は、状況把握及び生活相談サービスの月額料金に含まれます。 買物代行は、市内の商業施設に限ります。 <div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> 上記の様式に表現しきれない内容や、補足説明が必要な内容等について、ここに具体的に記載 </div> </div>				

- ※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		<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 type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	内容	<input type="checkbox"/> 健康相談 <input 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※1	約 3,000 円	前払金の算定方法
	前払金	約 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)		3,000円	月当たりの概算額(課税対象の場合は税込)を記載(回数や時間による料金設定の場合は、30日間利用した場合の想定金額を記載するとともに、備考欄にサービスの単価、想定した利用時間・回数等を記載) ※特定施設入居者生活介護等の指定を受けている場合は、「介護保険適用あり」と記載
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)	
健康相談	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度	円 /
血圧等の測定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度	円 /
定期検診	<input type="checkbox"/> なし <input 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 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	1,500 円 / 回 週2回まで
入退院の付き添い※4	<input 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	1,500 円 / 回
服薬支援	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度	円 /
生活指導・栄養指導	<input type="checkbox"/> なし <input 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 checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input checked="" type="checkbox"/> 都度	円 / 希望により年2回
	<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	上記サービス提供の対価月額3,000円は、月額定額部分の料金です。通院及び入退院の付き添いオプションサービスで、市内の医療機関に限ります。定期健康診断は、協力医療機関で受けていただきます(自己負担)。		
	上記の様式に表現しきれない内容や、補足説明が必要な内容等について、ここに具体的に記載		

※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		<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 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 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※1	約	円	前払金の	月当たりの概算額(課税対象の場合は税込)を記載 (回数や時間による料金設定の場合は、30日間利用 した場合の想定金額を記載するとともに、備考欄に サービスの単価、想定した利用時間・回数等を記載) ※特定施設入居者生活介護等の指定を受けている場合 は、「介護保険適用あり」と記載
	前払金	約	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
	<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 /
	<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	提供するサービス内容を具体的に記載				上記の様式に表現しきれない内容 や、補足説明が必要な内容等につ いて、ここに具体的に記載

※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。

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)

※1箇月 〇〇〇 日の場合

1箇月の日数(通常30日)を入力

住宅所在市町	〇〇〇
地域区分	〇
1単位の単価	〇〇〇

登録住宅の所在地をドロップダウンリストから選択

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
4級地	神戸市	10.54
5級地	尼崎市、伊丹市、川西市、三田市	10.45
6級地	明石市、猪名川町	10.27
7級地	姫路市、加古川市、三木市、高砂市、稲美町、播磨町	10.14
その他	上記以外の市町	10.00

1. 月額費用

要介護状態区分	基本単位数		加減算単位数の計		介護職員処遇改善加算単位数	総単位数	総費用額	利用者負担額(1割)	利用者負担額(2割)	利用者負担額(3割)
	A	B	(注)	C						
要支援1	(180単位/日)	0単位	0単位	0単位	0単位	0単位	0円	0円	0円	0円
要支援2	(309単位/日)	0単位	0単位	0単位	0単位	0単位	0円	0円	0円	0円
要介護1	(534単位/日)	0単位	0単位	0単位	0単位	0単位	0円	0円	0円	0円
要介護2	(599単位/日)	0単位	0単位	0単位	0単位	0単位	0円	0円	0円	0円
要介護3	(668単位/日)	0単位	0単位	0単位	0単位	0単位	0円	0円	0円	0円
要介護4	(732単位/日)	0単位	0単位	0単位	0単位	0単位	0円	0円	0円	0円
要介護5	(800単位/日)	0単位	0単位	0単位	0単位	0単位	0円	0円	0円	0円

(注) 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、看取り介護加算及び介護職員処遇改善加算を除く。

(加減算の算定状況) 加算算定の有無をドロップダウンリストから選択

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	(-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		(36単位/日)	※要介護者のみ
生活機能向上連携加算		(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		(12単位/日)	
夜間看護体制加算		(10単位/日)	※要介護者のみ
医療機関連携加算		(80単位/月)	
口腔衛生管理体制加算		(30単位/月)	
認知症専門ケア加算	(I)	(3単位/日)	
	(II)	(4単位/日)	
サービス提供体制強化加算	(I)イ	(18単位/日)	
	(I)ロ	(12単位/日)	
	(II)	(6単位/日)	
	(III)	(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)	(基本単位数+加減算単位数の計)×8.2%
	(II)	(基本単位数+加減算単位数の計)×6.0%
	(III)	(基本単位数+加減算単位数の計)×3.3%
	(IV)	(基本単位数+加減算単位数の計)×3.3%×90/100
	(V)	(基本単位数+加減算単位数の計)×3.3%×80/100

加算算定の有無をドロップダウンリストから選択

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		(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		(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		(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		死亡日以前4日以上30日以下 (144単位/日)						
		死亡日の前日及び前々日 (680単位/日)						
		死亡日 (1280単位/日)						
		最大						

加算算定の有無をドロップダウンリストから選択

別添5-2
運営方針

項目	該当
重要事項を記載した書面のひな形を公開する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居及び退去の条件を書面に記載する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者の個人情報の保護に関する事項を書面に記載する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者に対する虐待を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修及び担当者の配置を行う	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
やむを得ず行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為に関して、委員会の開催、指針の整備及び研修を行う	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者のプライバシーの確保について、職員に周知する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者に与えた損害を賠償するための措置を講じる	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者からの相談及び苦情に適切に対応するための体制を整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
サービス付き高齢者向け住宅への入居及びサービス付き高齢者向け住宅において提供される福祉サービスの利用に必要な費用に関する書類を発行することができる	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者及びその家族と意見を交換する機会を設ける	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
地域社会との交流及び連携を図る	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
災害に対応するための仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
事故の発生及び再発を防止するための仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者の健康状態及び生活状況を把握し、変化があったときは、当該入居者の家族に連絡する仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者間の交流の促進を図る	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
登録事業者又は登録事業者から委託を受けた者から提供される福祉サービスと、それ以外の者から提供される福祉サービスを明確に区分する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者が希望する場合には、介護サービスの提供に必要な当該入居者に関する情報を、介護支援専門員と共有する仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
基本理念及び基本方針を定めるとともに、これらを職員及び入居者に周知する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
職員の教育及び研修に関する計画を策定する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
職員に対して、認知症に関する研修を行う	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
職員を登録事業者が行う研修以外の研修に参加させる仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
サービス付き高齢者向け住宅事業の実施に必要な人材の確保のために必要な措置を講じる	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

サービス付き高齢者向け住宅の入居契約の登録基準適合性に関するチェックリスト

チェック内容	根拠規定	チェック欄
(1)書面(その作成に代えて電磁的記録(電子的方式、磁気的方式その他人の知覚によっては認識することができない方式で作られる記録であって、電子計算機による情報処理の用に供されるものをいう。第五十二条第二項及び第五十四条第二号において同じ。))	法第7条第1項第6号イ	✓
(2)居住の用に供する専用部分が明示されていること (※単に建物全体を示すのではなく、具体の部屋番号が記載されているなど特定されていること)	法第7条第1項第6号ロ	✓
(3)①敷金、②家賃、③高齢者生活支援サービスの提供の対価、④家賃等(②及び③)の前払金以外の金銭(権利金等)を受領しないこと (※①～④が明確に分けられていること)	法第7条第1項第6号ハ	✓
(4)家賃等の前払金を受領する場合には、その算定の基礎が明示されていること	法第7条第1項第6号ニ	✓
(5)家賃等の前払金を受領する場合には、家賃等の前払金について事業者が返還債務を負うこととなる場合における当該返還債務の金額の算定方法が明示されていること	法第7条第1項第6号ニ	✓
(6)入居者の入居後、3月が経過するまでの間に契約が解除され、又は入居者の死亡により終了した場合には、家賃等の月額を30で除した額に、入居の日から起算して契約が解除され、又は入居者の死亡により終了した日までの日数を乗じた額を除き、家賃等の前払金を返還すること。 入居者の入居後、3月が経過し、想定居住期間が経過するまでの間に契約が解除され、又は入居者の死亡により終了した場合には、契約が解除され、又は入居者の死亡により終了の日以降の期間につき日割計算により算出した家賃等の額を、家賃等の前払金の額から控除した額を除き、家賃等の前払金を返還すること。	・法第7条第1項第6号ホ ・規則第12条	✓
(7)入居者の病院への入院又は入居者の心身の状況の変化を理由として、当該理由が生じた後の入居者の合意が無く、一方的に居住部分を変更し、又は契約を解約することができないこと	・法第7条第1項第6号ヘ ・規則第13条	✓
(8)住宅の整備に関する工事の完了前に敷金又は家賃等の前払金を受領しないこと	法第7条第1項第7号	✓
(9)家賃等の前払金について、事業者が返還債務を負うこととなる場合に備えて、必要な保全措置が講じられていること	・法第7条第1項第8号 ・規則第14条	

(※)根拠規定

法：高齢者の居住の安定確保に関する法律(平成13年法律第26号)、規則：国土交通省・厚生労働省関係高齢者の居住の安定確保に関する法律施行規則(平成23年厚生労働省令・国土交通省令第2号)

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)

複数の職種を兼務する職員については、職員数(実人数)欄はそれぞれの資格で1名を計上、常勤換算人数は、当該職員の勤務時間数を兼務する職種間で従事状況により按分して算出

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			状況把握及び生活相談を提供する職員及び看護職員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)	7	6	1		管理者及び看護職員1名、介護職員5名、看護職員1名
直接処遇職員	7	6	1		
介護職員	5	5			状況把握及び生活相談を提供する職員5名
看護職員	2	1	1		管理者及び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を提供する職員1名
機能訓練指導員					
計画作成担当者					
栄養士	1		1		
調理員	3		3		
事務員					
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					

特定施設入居者生活介護等の指定を受けている場合で、「個別選択サービスを行う職員」、「自立者に対応する職員」がいるときは、常勤換算人数欄に内数を記載
【例】17.5(うち自立者対

- ※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			
初任者研修修了者	2	2	
介護支援専門員			

複数の資格を有する職員は、それぞれの資格で1名計上

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			

複数の資格を有する職員は、それぞれの資格で1名計上

4. 夜勤を行う職員の人数

夜勤帯の設定時間	9時 00分 ~ 17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)	1		0 介護職員 1名
看護職員	0		0
介護職員	1		0 状況把握及び生活相談サービスを提供する職員 1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 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)	:
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	

宿直者を除き、夜勤者数と最少時人数を記載
最少時人数は、休憩時間等で持ち場を離れる職員を除き、夜勤帯で最も手薄になる時間の職員数を記載
よって、夜勤職員が1名の場合の最少時人数は0名

※: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

「1.職種別職員数」の常勤・非常勤別職員数と整合させる

管理者	職名					
	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	看護師		
		<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		1	1			
前年度1年間の退職者数		0	1			
業務に従事した経験年数	/					
1年未満の者の人数		1	1			
1年以上3年未満の者の人数			1			
3年以上5年未満の者の人数	1		2			
5年以上10年未満の者の人数			1			
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					

当該業務に従事した経験年数は、当該登録住宅や事業者における業務経験に関わらず、当該業務に従事した通年の経験年数を記載