

重要事項等についての説明

貸主(甲)	住所	千葉県富津市千種新田 761-35
	氏名	株式会社海風 代表取締役 猪谷 記代美
代理人	住所	
	氏名	

1. サービス付き高齢者向け住宅の名称及び所在地

住宅の名称	(ふりがな)さーびすつきこうれいしゃじゅうたく うみかぜ
	サービス付き高齢者住宅 うみかぜ
所在地	(住居表示)千葉県富津市千種新田 761-35
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 電車(内房線 大貫駅 から 徒歩で 15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 checked="" type="checkbox"/> 1. 所有権 <input type="checkbox"/> 2. 地上権 <input type="checkbox"/> 3. 賃借権 <input type="checkbox"/> 4. 使用貸借による権利 期間 年 月 日から 年 月 日まで

(注) 住居表示が決まっていない場所には、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)かぶしきがいしゃ うみかぜ	
	株式会社 海風	
住所 (法人にあつては主たる 事務所の所在地)	(郵便番号 293-0036)	
	千葉県富津市千種新田761-35	電話番号 0439-65-1211
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) さーびすつきこうれいしやじゆうたく うみかぜ サービス付き高齢者住宅 うみかぜ
事務所の所在地	(郵便番号 293-0036) 千葉県富津市千種新田761-35 電話番号 0439-65-1211

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 12 戸	
居住部分の規模	(最小) 19.87 m ²	詳細については、別添 3のとおり
	(最大) 39.74 m ²	
構造及び設備	共同利用設備 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	構造 木 造	階 数 2 階建
竣工の年月	平成 24年 4月 30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	<input checked="" type="checkbox"/> 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。注)入居開始年は、西暦で記入すること。

入居開始時期	年 月 日から
--------	---------

6. サービス付き高齢者向け住宅において提供される高齢者生活支援サービス及び入居者から受領する金銭

サービスの種類	提供形態	提供の対価 (概算・月額)	
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 checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 46,500 円
	入浴等の介護	<input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない	約 0 円
	調理等の家事	<input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない	約 0 円
	健康の維持促進	<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 45,000 円	住宅ごとの内容は別添3のとおり	
	(最高)約 80,000 円		
共益費の概算額	(最低)約 15,000 円		
	(最高)約 30,000 円		
敷金の概算額	(最低)約 135,000 円	家賃の 3 月分	
	(最高)約 240,000 円		
水道光熱費の支払方法			
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。)		

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。

11. 運営方針 別添5のとおり

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

『高齢者の居住の安定の確保に関する基本方針』に基づき、適切に事業を実施します。

- 添付書類 :別添1 役員名簿(高齢者の居住の安定確保に関する法律第6条第1項第3号に該当する者)
別添2 役員名簿(高齢者の居住の安定確保に関する法律第6条第1項第4号に該当する者)
別添3 住宅の規模並びに構造及び設備等
別添4 サービス付き高齢者向け住宅で提供するサービスの概要
別添5 運営方針
別添6 千葉県有料老人ホーム設置運営指導指針で定める重要事項説明書
別添7 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市内で実施する他の介護サービス
別添8 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

説明年月日 年 月 日

登録事業者

所在地 _____

代表者

説明者署

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条及び千葉県有料老人ホーム設置運営指導指針12(4)に基づき、上記について書面による説明を受けました。

借主(乙)署名 _____

×
×

3
102. 103. 104
48000

1号棟
39.74m²

2
105.207
80000

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
浴室・脱衣室	1	9.45	1階	10	
給湯室	1	4.96	2階	10	ミニキッチン有り
食堂 (ダイニング)	1	20.70	1階	10	
居間 (リビング)	1	19.87	1階	10	
共用トイレ	1	4.96	1階	10	

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。

2. 食事の提供サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する <input type="checkbox"/> 委託する			
委託する 場合の 委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)			
	住所 <small>(法人にあつては主たる事務所の所在地)</small>	(郵便番号)		電話番号	
	住所 <small>(法人にあつては本業務に係る事業所の所在地)</small>	(郵便番号)		電話番号	
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()			
	入居者の健康状況に合わせた食事対応			<input checked="" type="checkbox"/> 応相談 <input type="checkbox"/> 対応なし	
	入居者の健康状態に合わせた各居室への配食対応			<input checked="" type="checkbox"/> 応相談 <input type="checkbox"/> 対応なし	
サービス提供の 対価(概算額)	月額※	約 50,220 円	内訳	朝食 432円 昼食 540円 夕食 648円 おやつ 54円	
	前払金	約 円	前払金の 算定方法		
備考		※1ヶ月30日として計算をした場合(消費税を含む)			

※サービス提供の対価を月額で設定していない場合は、30日間利用した場合の金額を記載すること。

3. 入浴、排せつ、食事等の介護サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		<input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する <input type="checkbox"/> 委託する		
委託する 場合の 委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)		
	住所 <small>(法人にあつては主たる事務所の所在地)</small>	(郵便番号)		電話番号
	住所 <small>(法人にあつては本業務に係る事業所の所在地)</small>	(郵便番号)		電話番号
提供方法		提供日	<input type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他()	
		内容	<input type="checkbox"/> 入浴介護 <input type="checkbox"/> 排せつ介護 <input type="checkbox"/> 食事介護	
			<input type="checkbox"/> その他()	
サービス提供の 対価(概算額)	月額	約 円	前払金の 算定方法	
	前払金	約 円		
備考				

4. 調理、洗濯、掃除等の家事サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		<input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する <input type="checkbox"/> 委託する		
委託する 場合の 委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)		
	住所 <small>(法人にあつては主たる事務所の所在地)</small>	(郵便番号)		電話番号
	住所 <small>(法人にあつては本業務に係る事業所の所在地)</small>	(郵便番号)		電話番号
提供方法		提供日	<input type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他()	
		内容	<input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> 掃除	
			<input type="checkbox"/> その他()	
サービス提供の 対価(概算額)	月額	約 円	前払金の 算定方法	
	前払金	約 円		
備考				

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 <small>(法人にあつては主たる事務所の所在地)</small>	(郵便番号)		電話番号
	住所 <small>(法人にあつては本業務に係る事業所の所在地)</small>	(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 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 checked="" type="checkbox"/> その他(体温測定、酸素飽和度測定、服薬管理)	
サービス提供の 対価(概算額)	月額	約 0 円	前払金の 算定方法	
	前払金	約 0 円		
備考				

6. その他のサービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		<input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する <input type="checkbox"/> 委託する		
委託する 場合の 委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)		
	住所 <small>(法人にあつては主たる事務所の所在地)</small>	(郵便番号)		電話番号
	住所 <small>(法人にあつては本業務に係る事業所の所在地)</small>	(郵便番号)		電話番号
提供方法		提供日	<input type="checkbox"/> 365 日対応 <input type="checkbox"/> その他()	
		内容		
サービス提供の 対価(概算額)	月額	約 円	前払金の 算定方法	
	前払金	約 円		
備考				

別添5 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

記入年月日	2025年7月1日
記入者名	猪谷 記代美
所属・職名	代表取締役

1. サービス等の内容
(全体の方針)

運営に関する方針	入居者様の意志及び人格を尊重して、常に入居者様の立場に立ったサービスの提供に努める。
サービスの提供内容に関する特色	すべての入居者様の笑顔のみられるサービス。
入浴、排せつ又は食事の介護	<input type="checkbox"/> 自ら実施 <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> なし
食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input type="checkbox"/> 自ら実施 <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> なし
安否確認又は状況把握サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> なし

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無	入居継続支援加算	(i)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		(ii)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
※1「協力医療機関連携加算(i)」は、「相談・診療を行う体制を常時確保し、緊急時に入院を受け入れる体制を確保している場合」に該当する場合を指し、「協力医療機関連携加算(ii)」は、「協力医療機関連携加算(i)」以外に該当する場合を指す。	生活機能向上連携加算	(i)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		(ii)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	ADL維持等加算	(i)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		(ii)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	個別機能訓練加算	(i)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		(ii)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	夜間看護体制加算	(i)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		(ii)	<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
	協力医療機関連携加算(※1)	(i)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
(ii)		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
口腔衛生管理体制加算(※2)		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
口腔・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	
退去時情報提供加算		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
※2「地域密着型特定施設入居者生活介護」の指定を受けている場合。	看取り介護加算	(i)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		(ii)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	認知症専門ケア加算	(i)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		(ii)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	高齢者施設等感染対策向上加算	(i)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		(ii)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	新興感染症等施設療養費		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	生産性向上推進体制加算	(i)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		(ii)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	サービス提供体制強化加算	(i)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
(ii)		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
(iii)		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
介護職員等処遇改善加算	(i)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

	(ii)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	(iii)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	(iv)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	(v) (1)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	(v) (2)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	(v) (3)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	(v) (4)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	(v) (5)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	(v) (6)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	(v) (7)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	(v) (8)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	(v) (9)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	(v) (10)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	(v) (11)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	(v) (12)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
(v) (13)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
(v) (14)	<input type="checkbox"/> あり <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 <input type="checkbox"/> なし	(介護・看護職員の配置率) :1

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可	<input checked="" type="checkbox"/> 救急車の手配				
	<input checked="" type="checkbox"/> 入退院の付き添い				
	<input checked="" type="checkbox"/> 通院介助				
	<input type="checkbox"/> その他()				
協力医療機関	1	名称			
		住所			
		診療科目	協力科目		
		協力内容	入居者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
			診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	2	名称			
		住所			
		診療科目	協力科目		
		協力内容	入居者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
			診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	3	名称			
		住所			
診療科目		協力科目			
協力内容		入居者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
		診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
新興感染症発	<input type="checkbox"/> あり				

生時に連携する医療機関	医療機関の名称		
	医療機関の住所		
	<input type="checkbox"/> なし		
協力歯科医療機関	1	名称	
		住所	
		協力内容	
	2	名称	
		住所	
		協力内容	

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可	<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()		
判断基準の内容			
手続きの内容			
追加的費用の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
居室利用権の取扱い			
前払金償却の調整の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	<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	
	浴室の変更	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	洗面所の変更	<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	
	その他の変更	<input type="checkbox"/> あり	(変更内容)
	<input type="checkbox"/> なし		

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	■あり <input type="checkbox"/> なし
	要支援の者	■あり <input type="checkbox"/> なし
	要介護の者	■あり <input type="checkbox"/> なし
留意事項	60歳以上	
契約の解除の内容	①入居者が逝去した場合 ②入居者から契約解除が行われた場合 ③事業者から契約解除が行われた場合	
事業主体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	1ヶ月
入居者からの解約予告期間	1ヶ月	
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> あり(内容:1泊2日3食付8,000円 最長7日間) <input type="checkbox"/> なし	
入居定員	14人	

その他	
-----	--

2. 職員体制 ※サービス付き高齢者向け住宅事業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	1		
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員	9	2	7	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	5		5	
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※2				40
※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)

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

数)

	合計				合計		
		常勤	非常勤			常勤	非常勤
社会福祉士				看護師又は准看護師			
介護福祉士	2		2	理学療法士			
実務者研修の修了者	2		2	作業療法士			
初任者研修の修了者	6	2	4	言語聴覚士			
介護支援専門員				柔道整復士			
				あん摩マッサージ指圧師			
				はり師			
				きゅう師			
夜勤帯の設定時間(19時00分～7時00分)				最少時人数(休憩者等を除く)			
	平均人数					人	
看護職員	人					人	
介護職員	1人					1人	

(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※ 【表示事項】	<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)	:1
※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		
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(外部)	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	

サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	訪問看護事業所の名称	
	通所介護事業所の名称	

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務		■ あり □ なし								
	業務に係る資格等		■ あり								
			資格等の名称		初任者研修						
		□ 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					3						
前年度1年間の退職者数					4						
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	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				1						
	10年以上			3	5					1	
従業者の健康診断の実施状況					■ あり □ なし						

3. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】
(入居者の人数)

性別	男性	2人
	女性	6人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	0人
	75歳以上85歳未満	1人
	85歳以上	7人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	0人
	要支援2	0人
	要介護1	2人
	要介護2	1人

(入居者の属性)

平均年齢	90.25歳
入居者数の合計	8人
入居率 [※]	57%
※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。	

(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	人
	死亡者	3人

	要介護3	2人
	要介護4	1人
	要介護5	2人
入居期間別	6ヶ月未満	1人
	6ヶ月以上1年未満	3人
	1年以上5年未満	3人
	5年以上10年未満	0人
	10年以上15年未満	1人
	15年以上	0人

生前解約 の状況	その他	2人
	施設側の 申し出	1人
		(解約事由の例)
入居者側の 申し出	3人	
	(解約事由の例) より費用の安い別の 施設への移動。	

4. 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		サービス付き高齢者住宅 うみかぜ
電話番号		0439-65-1211
対応している時間	平日	9:00～17:00
	土曜	9:00～17:00
	日曜・祝日	
定休日		日、祝日、年末年始

(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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容)
	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容)
	<input type="checkbox"/> なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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、意見箱等利用者等の意見等を把握する取組の状況	<input checked="" type="checkbox"/> あり	実施日	その都度
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<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	
		評価機関名称	
		結果の開示	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<input checked="" type="checkbox"/> なし		

5. 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"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない
管理規程	<input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない
事業収支計画書	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 公開していない

財務諸表の要旨	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 公開していない
財務諸表の原本	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 公開していない

6. その他

運営懇談会	<input type="checkbox"/> あり	(開催頻度)年 回	
	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
	<input type="checkbox"/> 代替措置あり	(内容)	
	<input checked="" type="checkbox"/> 代替措置なし		
高齢者虐待防止のための取組の状況	高齢者虐待防止対策検討委員会の定期的な開催	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	指針の整備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	定期的な研修の実施	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	担当者の配置	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
身体的拘束等廃止のための取組状況	身体的拘束等適正化検討委員会の開催	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	指針の整備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	定期的な研修の実施	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為(身体的拘束等)を行うこと	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	<input type="checkbox"/> あり	身体的拘束等を行う場合の態様及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
業務継続計画の策定状況等	感染症に関する業務継続計画	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	災害に関する業務継続計画	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	従事者に対する周知の実施	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	定期的な研修の実施	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	定期的な訓練の実施	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	定期的な業務継続計画の見直し	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
提携ホームへの移行【表示事項】	<input type="checkbox"/> あり(提携ホーム名:) <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり(平成24年2月20日登録) <input type="checkbox"/> なし		
千葉県有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項			
不適合事項がある場合の内容			

別添7 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市内で実施する他の介護サービス

介護サービス等の種類	併設・隣接の状況		事業所の名称	所在地
<居宅サービス>				
訪問介護	あり	なし	併設・隣接	訪問介護事業所海風 富津市千種新田761-35
訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接	
訪問看護	あり	なし	併設・隣接	
訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接	
居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接	
通所介護	あり	なし	併設・隣接	
通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接	
短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接	
短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接	
特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接	
福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接	
特定福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接	
<地域密着型サービス>				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	あり	なし	併設・隣接	
夜間対応型訪問介護	あり	なし	併設・隣接	
地域密着型通所介護	あり	なし	併設・隣接	
認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接	
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接	
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接	
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接	
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし	併設・隣接	
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接	
居宅介護支援	あり	なし	併設・隣接	
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接	
介護予防訪問看護	あり	なし	併設・隣接	
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接	
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接	
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接	
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接	
介護予防短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接	
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接	
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接	
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接	
<地域密着型介護予防サービス>				
介護予防認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接	
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接	
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接	
介護予防支援	あり	なし	併設・隣接	
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	あり	なし	併設・隣接	
介護老人保健施設	あり	なし	併設・隣接	
介護療養型医療施設	あり	なし	併設・隣接	
介護医療院	あり	なし	併設・隣接	
<介護予防・日常生活支援総合事業>				
訪問型サービス	あり	なし	併設・隣接	
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接	
その他の生活支援サービス	あり	なし	併設・隣接	

別添 8

有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無	なし					あり		
	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 ^{*1)}		個別の利用料で、実施するサービス(利用者が全額負担)			備考		
			包含 ^{*2}	都度 ^{*2}	料金 ^{*3}			
介護サービス	食事介助	なし	あり	なし	あり			
	排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり			
	おむつ代			なし	あり			
	入浴(一般浴)介助・清拭	なし	あり	なし	あり			
	特浴介助	なし	あり	なし	あり			
	身辺介助(移動・着替え等)	なし	あり	なし	あり			
	機能訓練	なし	あり	なし	あり			
	通院介助	なし	あり	なし	あり			※付添いができる範囲を明確化すること
生活サービス	居室清掃	なし	あり	なし	あり			
	リネン交換	なし	あり	なし	あり			
	日常の洗濯	なし	あり	なし	あり			
	居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり			
	入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり			
	おやつ			なし	あり	1回	54円	
	理美容師による理美容サービス			なし	あり			
	買い物代行	なし	あり	なし	あり			※利用できる範囲を明確化すること
	役所手続き代行	なし	あり	なし	あり			
	金銭・貯金管理			なし	あり			
健康管理サービス	定期健康診断			なし	あり			※回数(年〇回など)を明記すること
	健康相談	なし	あり	なし	あり		0円	

	生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり				
	服薬支援	なし	あり	なし	あり			0円	
	生活リズムの記録(排便・睡眠等)	なし	あり	なし	あり				
入退院時・入院中のサービス									
	移送サービス	なし	あり	なし	あり				
	入退院時の同行	なし	あり	なし	あり				※付添いのできる範囲を明確化すること
	入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり				
	入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり				

※1:利用者の所得等に応じて負担割合が変わる(1割～3割の利用者負担)。

※2:「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額サービス費用に含まれる場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。

※3:都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。