

有料老人ホーム現況調査票【様式1】

この調査票には、令和2年7月1日現在の状況を記載してください。
 調査票の内容は、提出いただく重要事項説明書（R2.7.1現在）等の内容と整合性をとってください。
 ※当該資料は情報開示用資料です。あらかじめご了承ください。

ホーム名		住宅型有料老人ホームそよ風				TEL	097-533-7850				
所在地		大分市生石1丁目80番				FAX	097-533-7851				
ホームページ											
施設類型		住宅型		介護付		開設年月日		平成 25 年 7 月 19 日			
開設者	法人名	医療法人 緑心会				TEL	097-532-2567				
	所在地	大分市府内町1丁目6番35号				FAX	097-533-7896				
入居定員		28 人		入居時要件		要介護・要支援・自立					
入居者数	総数	内訳	性別	男性 10 人	女性 17 人						
			年齢別	60歳未満 0 人	60-69歳 2 人	70-79歳 5 人					
				80-89歳 12 人	90-99歳 7 人	100歳以上 1 人					
			介護度別	自立 0 人	要支援1 0 人	要支援2 0 人					
				要介護1 0 人	要介護2 10 人	要介護3 5 人					
要介護4 8 人	要介護5 4 人										
料金	一時金	0 円		入居一時金は権利金である				入居一時金は権利金でない			
	敷金	0 円		(家賃相当額の 月分)							
	家賃相当額	20,000 円		～		29,000 円					
	管理費	18,000 円		～		18,000 円					
	食費(30日の場合)	39,000 円	朝食 200 円	昼食 500 円	夕食 600 円						
	光熱水道費	5,000 円	内容 室内冷暖房、電灯代、水道代								
	費	円	内容								
	費	円	内容								
居室	個室	14 m ²	16 室	m ²	室	m ²	室	m ²	室		
	人部屋	26 m ²	2 室	21 m ²	2 室	18 m ²	2 室	m ²	室		
	人部屋	m ²	室	m ²	室	m ²	室	m ²	室		
	人部屋	m ²	室	m ²	室	m ²	室	m ²	室		
従業者数	実人数	常勤		非常勤		実人数 合計	同一法人内の介護保険事業所との兼務者の有無				
		専従	非専従	専従	非専従		有	・	無		
	施設長			1		0.3	有	・	無		
	介護職員	4			4	5	有	・	無		
	看護職員						有	・	無		
夜間時間帯の職員数	16:30 時～ 9:30 時に (介護) 職員 (2) 名配置										
有料老人ホーム開設 法人と同一法人が実 施する介護保険サー ビス事業所	事業所名	デイサービスセンターそよ風			サービス種別	通所介護					
	所在地	大分市生石丁目80番			形態	(併設) ・ その他					
	事業所名				サービス種別						
	所在地				形態	併設 ・ その他					
	事業所名				サービス種別						
	所在地				形態	併設 ・ その他					
	事業所名				サービス種別						
	所在地				形態	併設 ・ その他					
防火安全対策	消防法施行令上の区分 <input checked="" type="checkbox"/> 施行令別表第一(6)項 <input type="checkbox"/> ・ 施行令別表第一(6)項 <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
	自動火災報知設備		<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無		火災通報装置		<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無				
	スプリンクラー設備		<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無		消火器具		<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無				
	直近の消防用設備の点検日				R2年1月8日		直近の避難訓練実施日				R2年6月20日