

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 神奈川県横浜市神奈川区片倉2丁目10番6号
 氏名 医療法人恭和会 理事長 加藤 恭正 印
 代理人 住所
 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

登録の区分	<input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新(従前の登録番号)
住宅の名称	(ふりがな) ふれあいかたくら ふれあい片倉
所在地	(住居表示) 〒221-0865 神奈川県横浜市神奈川区片倉1丁目5番14号
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 電車(横浜市営地下鉄ブルーライン線片倉町駅から バス3分 降車後、徒歩3分/または徒歩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 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) いりょうほうじんきょうわかい 医療法人恭和会	
住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 222-0865) 神奈川県横浜市神奈川区片倉2丁目40番6号 電話番号 045-413-1161	
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)	(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) いりょうほうじんきょうわかい 医療法人恭和会
事務所の所在地	(郵便番号 221-0865) 神奈川県横浜市神奈川区片倉2丁目40番6号 電話番号 045-413-1161

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	8 戸
居住部分の規模	(最小)	18.24 m ²
	(最大)	23.31 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	造 階 数 階建
竣工の年月	2018 年 3 月 29 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	2018 年 4 月 1 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 4 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	
	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 15,000 円	
	入浴等の介護	<input type="checkbox"/> 自ら <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 提供しない	約 8,000 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 type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない	約 円	
家賃の概算額	(最低) 約 80,000 円	住戸ごとの内容は別添 3 のとおり		
	(最高) 約 80,000 円			
共益費の概算額	(最低) 約 10,000 円			
	(最高) 約 10,000 円			
敷金の概算額	(最低) 約 160,000 円	家賃の 2.0 月分		
	(最高) 約 160,000 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			

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)
事業所の所在地	(郵便番号) 電話番号
連携又は協力の内容	

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

基本方針及び横浜市の高齢者住居安定確保計画に沿って適切に運営します。

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 4

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 checked="" type="checkbox"/> 医療法人 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> 指定居宅サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定地域密着型サービス事業者		<input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護予防サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者 <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 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	2人		
		<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士	人員	2人	<input type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員	人		
				合 計		人員	4人		
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 <input type="checkbox"/> (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	00時	00分	～	24時	00分	人員	1人
		上記以外の時間	00時	00分	～	00時	00分	人員	人
毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法		定期巡回		毎日		1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	00時 00分 ～ 24時 00分					
			上記以外の日	<input type="checkbox"/> 24時間					
		通報方法	各室室内ナースコール						
		通報先	1階事務所及び職員携帯電話		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 21,600 円	前払金の算定方法					
		前払金	約 円						
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		<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) まごころべんとう ほどがやほんてん			
		まごころ弁当 保土ヶ谷本店			
	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 240-0002)		神奈川県横浜市保土ヶ谷区法泉1-7-12	
				電話番号	045-465-4684
	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 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 checked="" type="checkbox"/> 3食 <input 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 type="checkbox"/> 厨房で調理 <input checked="" 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 15,000 円	内訳	朝食 160 円 昼食 160 円 夕食 180 円	
	前払金	約 0 円	前払金の算定方法		
備考	配食サービスの手配はスタッフが担当する。				

※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 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 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 type="checkbox"/> 調理 <input checked="" type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> 掃除 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (寝具の交換)	
サービス提供の対価（概算額）	月額	約 8,000 円	内訳 洗濯 6,000 円 寝具交換 2,000円
	前払金	約 円	前払金の算定方法
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 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 checked="" type="checkbox"/> その他 (体温、脈、尿量、便量、水分摂取量、食事量の測定)	
サービス提供の対価（概算額）	月額	約 0 円	
	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 (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	約 円	前払金の 算定方法
	前払金	約 円	
備考			

別紙 1

サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けた有料老人ホーム重要事項説明書
(「登録事項等についての説明」の補足)

作成日 2020年 7月 1日
 登録番号 浜 29(1) 002
 施設名 ふれあい片倉

「1. サービス付き高齢者向け住宅の名称及び所在地」について

開設年月日	2018年 4月 1日
住宅の管理者氏名※1	高木 裕子
電話番号 / F A X 番号	045-548-8828 / 045-548-8859
メールアドレス	fureai-katakura@shinyokohama-clinic.jp
ホームページアドレス	http://www.kyouwakai.or.jp

※1 管理者を配置している場合に記入

「2. サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者」について

F A X 番号	045-413-1173
ホームページアドレス	http://www.kyouwakai.or.jp
資本金(基本財産)	101,558千円
主な出資者(出捐者)とその金額又は比率 ※2	加藤 恭正 (100%)
設立年月日	平成 9年 4月 7日
直近の事業収支決算額 ※3	(収益) 991,776千円 (費用) 948,307千円 (損益) 43,469千円
会計監査人との契約	なし・あり
他の主な事業	住宅療養支援診療所 老人保健施設 グループホーム

※2 出資(出捐)額の多い順に上位3者の氏名又は名称並びに各出資(出捐)額又は比率を記入。

※3 原則として、収益は売上高+営業外収益、費用は売上原価+販売費及び一般管理費+営業外費用、損益は経常利益とする。

「3. サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者の事務所」について

F A X 番号	045-548-8859
ホームページアドレス	http://kyouwakai.or.jp

「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」について

建築基準法上の主要用途	寄宿舍 ・ 共同住宅 ・ 有料老人ホーム ・ その他	
建築物の耐火構造	耐火構造 ・ 準耐火構造 ・ その他 ()	
消防用設備等	消火器	なし・あり
	自動火災報知設備	なし・あり
	火災通報設備	なし・あり

	スプリンクラー	なし・ <input checked="" type="radio"/> あり
	防火管理者	なし・ <input checked="" type="radio"/> あり
	防災計画	なし・ <input checked="" type="radio"/> あり
緊急通報装置等 緊急連絡・安否確認	緊急通報装置等の種類及び設置箇所 各居室内ナースコール	
	安否確認の方法・頻度等 随時	

「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）」について

(1) 入居契約の状況等

身元引受人等の条件及び義務等※4		<p>入居者は契約時に身元引受人を定めるものとする。 入居者が病気・死亡等の場合の連絡、相談等に応じ適切な対応をおこなうものとする。 本契約が解除・解約その他の事由により終了した場合は、責任をもって入居者の身柄を引き受けるものとする。 物件の明け渡しについては連帯保証人と連帯して責任を負うものとする。 物件契約終了時の住所・電話番号を変更したときは直ちにその旨を届けるものとする。</p>	
生活保護受給者の受入れ対応		<input checked="" type="radio"/> 否・可	
事業者又は入居者が入居契約を解除する場合の事由及び手続等 ※5		<p>入居契約書における契約の解除 入居契約書第11条（契約の解除）に定める解除事由に該当したとき 入居契約書第12条（乙からの解除）に定める解約の申込みがあった場合</p>	
前年度における 退去者の状況	退去先別の人数	自宅等	人
		社会福祉施設	人
		医療機関	人
		死亡者	1人
		その他	人
	生前解約の状況	事業者側の申し出	(解約事由の例)
入居者側の申し出		(解約事由の例)	人
体験入居の期間及び費用負担等		実施していません	

※4 入居契約書に身元引受人や後見人等の選任を定めている場合に記入

※5 入居契約の条項に沿って、解除の事由及び手続、予告期間、前払金の返還時期等を正確に記入。

(2) 入居状況等

(2020年 7月 1日現在)

入居者内訳	性別	男性 2人、女性 5人			
	介護の 要否別	自立 人			
		要介護 7人	(内訳)	要介護 1	人
			要介護 2	人	
要介護 3	人				
要介護 4	2人				
要介護 5	5人				
要支援 人	(内訳)	要支援 1	人		
		要支援 2	人		
平均年齢	89歳 (男性 88歳、女性 90歳)				

注) 介護の要否別及び平均年齢については、入居者数が少ない等の状況により、個人が特定される場合には、プライバシー保護の観点から記入する必要はない。

「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」について

(1) 運営に関すること

運営に関する方針	私たちは地域福祉を支え、訪れる皆様がこころ豊に過ごしていただける施設づくりに努めます。
サービスの提供内容に関する特色	療養入居から終身まで
運営懇談会の開催状況 ※6 (開催回数、設置者の役職員を除く参加者数、主な議題等)	入居契約時にご説明させていただいた通り入居定員が少数であるため運営懇談会は開催していません。入居者ご家族様との連絡を密に取らせて頂いております。

※6 運営懇談会を設置している場合は記入

(2) 苦情等の取り扱い

苦情解決の体制 (相談窓口、責任者、連絡先、第三者機関の連絡先等)	<p>施設担当者 管理者 045-548-8828</p> <p>施設内での解決が難しい場合は、次の第三者機関に相談することが出来ます。</p> <ul style="list-style-type: none"> 神奈川県国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口 TEL0570-022-110 (苦情専用) 横浜市役所 介護保険課 TEL045-671-2356 その他行政の介護保険相談窓口 神奈川区役所 高齢障害支援課 TEL045-411-7019
事故発生時の対応 (医療機関等との連携、家族等への連絡方法・説明等)	<p>事故の発生時は施設内マニュアルに沿って速やかに応急措置、協力医療機関へ連絡し、指示を仰ぎます。もしくは119番通報による医療機関への搬入を行うとともに、施設庁から家族への連絡を行います。また、事故についての記録・検証を行い、今後の防止策を講じます。</p>

事故発生の防止のための指針	なし・ あり		
損害賠償（対応方針及び損害保険契約の概要等）	施設内での不慮の事故が発生した場合は、損害補償保険にて支払います。ただし、入居者に重大な過失がある場合には、賠償額を減ずる場合があります		
サービスの提供に伴う事故等が発生した場合の損害賠償保険等への加入	なし・ あり ありの場合の保険名（株損保ジャパン損害賠償保険）		
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		

(3) 医療

協力医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名 称	新横浜クリニック
	診療科目	内科・小児科・皮膚科・外来人工透析
	所在地	横浜市神奈川区片倉2丁目40番6号
	距離及び所要時間	徒歩3分
	協力内容	訪問診療
協力歯科医療機関	名 称	さいとう歯科
	所在地	横浜市神奈川区片倉2丁目40番3号
	距離及び所要時間	徒歩3分
	協力内容	必要に応じて受診及び訪問診療
入居者が医療を要する場合の対応（入居者の意思確認、医師の判断、医療機関の選定、費用負担、長期に入院する場合の対応等）	<p>入居者の意思が確認できない場合は適切に判断を行いご家族（身元引受人）に相談します。</p> <p>受診の場合は、家族（身元引受人）対応する。受信先の紹介可能</p> <p>入院の場合は、新横浜クリニックへの入退院の移送は対応しますが、その他の医療機関への入退院時の移送は対応できません。介護タクシーの手配。相談は可能</p> <p>入院に関わる費用は入居者の負担となります。入院先の選定・紹介可能</p> <p>*入院中居室をそのままにしておく場合、賃料はお支払いいただきます。高齢者生活支援サービス費・共益費は在室日数により日割りにて算出し精算致します。</p>	

(4) 職員体制

ア 職種別の職員数等

(2020年 7月 1日現在)

	職員数	常勤換算後の		夜間勤務職員数 (時～翌 時) (最少人数)	備考 (資格・委託等)	
		人数	うち自立対応			
従業者の内訳	管理者	(1)	/		介護支援専門員	
	生活相談員	(1)			介護福祉士	
	直接処遇職員	()				
	介護職員	(3)			3	ヘルパー2級・ 介護福祉士
	看護職員	()				
	機能訓練指導員	()				
	理学療法士	()				
	作業療法士	()				
	その他	()				
	計画作成担当者	()				
	医師	()				
	栄養士	()				
	調理員	()				
	事務職員	()				
	その他職員	()				
	合計	(5)				
介護に関わる職員体制 ※7		: 以上				

注1) 職員数欄の()内は、非常勤職員数で内数。

2) 直接処遇職員は、要介護者及び要支援者に対して介護サービスを提供する職員と自立者に対して一時的な介護その他日常生活に必要な援助を行う職員を合わせた数とし、また、常勤換算後の人数において、自立者対応の人数を内数で記入。

なお、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

3) 機能訓練指導員及び計画作成担当者が他の職務を兼務している場合は、職員数の人数に※印をつけるとともに、兼務している職名を備考欄に記入。

4) 備考欄には、直接処遇職員や調理員等の委託、看護職員等の機能訓練指導員兼務、計画作成担当者の介護支援専門員資格等を記入。

5) 状況把握等を行う職員を配置している場合は、生活相談員として記入

※7 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

イ 職員の状況

管理者	他の職務との兼務		① あり 2 なし								
	兼務に係る資格等	1 あり									
		資格等の名称									
		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				2							
前年度1年間の退職者数				0							
業務に従事した経歴の年数に	1年未満										
	1年以上3年未満										
	3年以上5年未満										
	5年以上10年未満										
	10年以上			2							
従業者の健康診断の実施状況				① あり 2 なし							

ウ 要介護者・要支援者に対する直接処遇職員体制（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）

	前々年度の平均値	前年度の平均値 ※11	今年度の平均値 ※10
要支援者の人数			
要介護者の人数			
指定基準上の直接処遇職員の人数 ※8			
配置している直接処遇職員の人数 ※9			
要支援者・要介護者の合計人数に対する配置直接処遇職員の人数の割合	:	:	:
常勤換算方法の考え方※11	常勤職員の週勤務時間 時間で除して算出		

従業者の勤務体制の概要	介護職員	早番	:	～	:
		日勤	:	～	:
		遅番	:	～	:
		夜勤	:	～	:
	看護職員	早番	:	～	:
		日勤	:	～	:
		遅番	:	～	:
		夜勤	:	～	:

※8 常勤換算後の人数。

※9 常勤換算後の人数。自立者対応の人数を除く。

※10 今年度の平均値は、作成日の前月までの平均値とすること。

※11 「前年度の平均値」及び「常勤換算方法」等については指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年3月31日厚生省令第37号）等の規定によること

エ 状況把握(安否確認)および生活相談サービスに係る職員の資格取得状況

社会福祉士	人 (人)	医 師	人 (人)
介護福祉士	2人 (人)	看護師	人 (人)
介護支援専門員	人 (人)	准看護師	人 (人)
介護職員実務者研修修了者	人 (人)	資格なし	人 (人)
介護職員初任者研修修了者	2人 (人)		

注1) 資格を複数持っている職員がいる場合は、社会福祉士、介護福祉士の順に優先して記入する。他の資格を持っている職員を () に外数で記入する。

注2) 介護職員基礎研修及び各ホームヘルパー研修修了者は、介護職員初任者研修に含めて記入する。

(5) 登録事項の情報開示

入居希望者等への情報開示	重要事項説明書の公開	① 公開 (閲覧・写し交付)	2 非公開
	入居契約書の公開	① 公開 (閲覧・写し交付)	2 非公開
	管理規程の公開	① 公開 (閲覧)・写し交付)	2 非公開
	財務諸表の公開	① 公開 (閲覧)・写し交付)	2 非公開
	事業収支計画の公開	① 公開 (閲覧)・写し交付)	2 非公開

(6) その他

横浜市サービス付き高齢者向け住宅整備運営指導指針に適合していない事項 ※12	<適合していない事項がある場合の内容>
--	---------------------

※12 市の指針上適合していない事項について、指針の8～14に該当する運営面に関することを記述すること。

なお、代替措置及び改善計画等は、別紙で明記することでも可

●特定施設入居者生活介護に関する事項（該当する場合のみ）

（1）介護を行う場所等

要介護時(認知症を含む) に介護を行う場所	
--------------------------	--

（2）住み替える場合の条件等

入 を居 住後 みに 替居 え室 る又 場は 合施 設	居室から一時介護室へ移 る場合(判断基準・手続、追 加費用の要否、居室利用権 の取扱い等)	
	従前の居室から別の居室 へ住み替える場合（同上）	
	提携ホームへ住み替える 場合（同上）	

(3) 介護保険に係る利用料

介護保険に係る利用料 (適用を受ける場合は、市区町村から交付される「介護保険負担割合証」に記載された利用者負担の割合に応じた額) ※13	○特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例)																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">区 分</th> <th style="text-align: center;">月 額</th> <th style="text-align: center;">利用者負担額 (1割の場合/2割の場合)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">要介護1</td> <td style="text-align: center;">円</td> <td style="text-align: center;">円 / 円</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">要介護2</td> <td style="text-align: center;">円</td> <td style="text-align: center;">円 / 円</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">要介護3</td> <td style="text-align: center;">円</td> <td style="text-align: center;">円 / 円</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">要介護4</td> <td style="text-align: center;">円</td> <td style="text-align: center;">円 / 円</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">要介護5</td> <td style="text-align: center;">円</td> <td style="text-align: center;">円 / 円</td> </tr> </tbody> </table>	区 分	月 額	利用者負担額 (1割の場合/2割の場合)	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		
	区 分	月 額	利用者負担額 (1割の場合/2割の場合)																		
	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																		
	○各種加算の状況																				
	身体拘束廃止取組の有無	(減算型・基準型)																			
	退院・退所時連携加算	(無・有)																			
	入居継続支援加算	(無・有)																			
	生活機能向上連携加算	(無・有)																			
	個別機能訓練加算	(無・有)																			
	夜間看護体制加算	(無・有)																			
	若年性認知症入居者受入加算	(無・有)																			
	医療機関連携加算	(無・有)																			
	口腔衛生管理体制加算	(無・有)																			
	栄養スクリーニング加算	(無・有)																			
	看取り介護加算	(無・有)																			
認知症専門ケア加算	(無・有)	(Ⅰ) (Ⅱ)																			
サービス提供体制強化加算	(無・有)	(Ⅰ)イ (Ⅰ)ロ (Ⅱ) (Ⅲ)																			
介護職員処遇改善加算	(無・有)	Ⅰ Ⅱ Ⅲ Ⅳ Ⅴ																			
介護職員等特定処遇改善加算	(無・有)	Ⅰ Ⅱ																			

介護保険に係る利用料 (適用を受ける場合は、 市区町村から交付される「介護保険負担割合証」に記載された利用者負担の割合に応じた額) ※13	○介護予防特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例)		
	区分	月額	利用者負担額 (1割の場合/2割の場合)
	要支援1	円	円 / 円
	要支援2	円	円 / 円
	各種加算の状況		
	身体拘束廃止取組の有無	(減算型・基準型)	
	生活機能向上連携加算	(無・有)	
	個別機能訓練加算	(無・有)	
	若年性認知症入居者受入加算	(無・有)	
	医療機関連携加算	(無・有)	
口腔衛生管理体制加算	(無・有)		
栄養スクリーニング加算	(無・有)		
認知症専門ケア加算	(無・有)	(I) (II)	
サービス提供体制強化加算	(無・有)	(I) イ	
		(I) ロ	
		(II) (III)	
介護職員処遇改善加算	(無・有)	I	
		II	
		III	
		IV	
		V	
介護職員等特定処遇改善加算	(無・有)	<u>I</u> <u>II</u>	

短期利用の設定 (短期利用特定施設入居者生活介護の届出がある) ※14	無・有
-------------------------------------	-----

※13 月額、個別機能訓練加算、夜間看護体制加算、医療機関連携加算、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。

※14 短期利用特定施設入居者生活介護の届出がある場合には添付書類の別添2を添付する。

○添付書類：別添1「介護サービス等の一覧表」

介護サービス等の一覧表

特定施設入居者生活介護（介護予防を含む）の指定（有・無）

区分	自立			要支援1～2			要介護1～5		
	提供サービスの別	利用料金に含まれるサービス	その都度徴収するサービス	介護予防特定施設入居者生活介護により提供されるサービス、又は、利用料金に含まれるサービス	その都度徴収するサービス		特定施設入居者生活介護により提供されるサービス、又は、利用料金に含まれるサービス	その都度徴収するサービス	
サービスの提供内容等	提供方法（回数等）	提供方法（回数等）	金額（単価）	提供方法（回数等）	提供方法（回数等）	金額（単価）	提供方法（回数等）	提供方法（回数等）	金額（単価）
1. 介護サービス									
①巡回									
・昼間 時～時	有・無								
・夜間 時～時	有・無								
②食事介助	有・無						必要時対応	—	
③排泄									
・排泄介助	有・無								
・おむつ交換	有・無								
・おむつ代	有・無						—	—	実費
④入浴等									
・清拭	有・無						必要時対応	—	
・一般浴介助	有・無								
・特浴介助	有・無								
⑤身辺介助									
・体位交換	有・無						必要時対応	—	
・居室からの移動	有・無								
・衣類の着脱	有・無						必要時対応	—	
・身だしなみ介助	有・無						必要時対応	—	
⑥機能訓練	有・無								
⑦通院の介助	有・無								
⑧緊急時対応									
・ナースコール	有・無						必要時対応	—	
2. 生活サービス									
①家事									
・清掃	有・無						週1回程度	—	
・洗濯	有・無								
②居室配膳・下膳	有・無						必要時対応	—	
③理美容	有・無						—	訪問理美容対応	実費
④代行									
・買物	有・無								
・役所手続	有・無								
3. 健康管理サービス									
・健康診断	有・無								
・健康相談	有・無						適宜対応		
・生活指導	有・無						適宜対応		
・医師の往診	有・無						—	月2回程度	医療保険適用
4. 入退院時、入院中のサービス									
・医療費	有・無								医療保険適用
・移送サービス	有・無								
5. その他サービス									
・洗濯及び寝具交換	有・無						—	必要時対応	洗濯6,000円/月 寝具交換2,000円/月