

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 2023年10月5日
 登録番号 浜2020(1)006
 施設名 juju 横浜上大岡

「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	2021年10月1日
住宅の管理者氏名※1	青木 重徳
電話番号 / F A X 番号	045-355-0070/045-355-0073
メールアドレス	kamiooka.cw@oa-soken.co.jp
ホームページアドレス	https://oa-soken.co.jp/juju/yokohamakamiooka/

※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	03-5909-2033
ホームページアドレス	https://oa-soken.co.jp/
資本金(基本財産)	1億円
主な出資者(出捐者)とその 金額又は比率 ※2	株式会社ネオキャリア/100%
設立年月日	2019年3月22日
直近の事業収支決算額 ※3	(収益) 1,342,422千円 (費用)1,741,898円 (損益) ▲399,476 千円
会計監査人との契約	なし・あり ()
他の主な事業	サービス付き高齢者向け住宅の運営及び介護保険事業

※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	03-5909-2033
ホームページアドレス	https://oa-soken.co.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 ・ <u>その他</u>	
建築物の耐火構造	<u>耐火構造</u> ・ 準耐火構造 ・ その他 ()	
消防用設備等	消火器	<u>なし</u> ・あり
	自動火災報知設備	<u>なし</u> ・あり
	火災通報設備	<u>なし</u> ・あり
	スプリンクラー	<u>なし</u> ・あり
	防火管理者	<u>なし</u> ・あり
	防災計画	<u>なし</u> ・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 24時間、各居室のベッドサイド、トイレ、浴室に設置しておりますケアコールにて通報可です。事務室及び施設職員携行しているipadにて通報を受信の上、住宅職員が駆けつけ必要な対応を行います。必要な際はご家族、かかりつけ医への連絡、救急車の要請等を行います。	
	安否確認の方法・頻度等 □食堂での毎食事時の配膳・下膳を実施し安否確認を行う。※食堂で確認できない場合は、居室に都度確認に伺う □居室の巡視23時、3時（1日2回）それ以外はナースコールにて対応。 ※不要の方は、「巡視に関する届出書」提出 □初任者研修修了者相当の資格者が1日1回は状況把握を行う。	

「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>入居契約書 第22条 入居者は、身元引受人を定めるものとする。ただし、身元引受人を定めることができない相当の理由がある場合はこの限りではない。</p> <p>2 事業者は、入居者が要支援又は要介護状態等にある場合には、入居者の生活及び健康状況並びにサービスの提供状況等を定期的に身元引受人に連絡するものとする。</p> <p>3 身元引受人は、本契約が終了した場合に、入居者が生存しているときは身柄を引き取り、生存していないときは遺体を引き取るものとする。</p> <p>4 入居者及び身元引受人は、入居者の生活に関し、必要に応じて連絡し、協議するものとする。</p>
------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

生活保護受給者の受入れ対応	(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 (事業者からの契約解除)</p> <p>第12条 事業者は、入居者が次に掲げる義務に違反した場合において、事業者が催告を書面にて通知してから2か月間経過しても当該義務の履行が履行されないときは、本契約を解除することができる。</p> <p>一 第5条第1項に規定する賃料支払義務 二 第6条第4項に規定する共益費支払義務 三 第8条第3項に規定するサービス料金支払義務 四 前条第1項後段に規定する入居者の費用負担義務</p> <p>2 事業者は、入居者が次に掲げる義務に違反した場合において、事業者が催告を書面にて通知してから2か月間経過しても当該義務の履行されずに当該義務違反により本契約を継続することが困難であると認められるに至ったときは、本契約を解除することができる。</p> <p>一 第4条に規定する本物件の使用目的遵守義務 二 第10条各項に規定する義務（別表第1第九号から第十二号までを省く） 三 その他本契約書に規定する入居者の義務</p> <p>3 事業者は、入居者が年齢を偽って入居資格を有すると誤認させるまたは、入居時の事業者への提出書類等に虚偽などの入居者の不正の行為によって本物件に入居したときは、本契約を解除することができる。</p> <p>4 事業者又は入居者の一方について、次のいずれかに該当した場合には、その相手方は、何らの催告も要せずして、本契約を解除することができる。</p> <p>一 第9条第1項各号の確約に反する事実が判明した場合 二 契約締結後に自ら又は役員が反社会的勢力に該当することとなった場合</p> <p>5 事業者は、入居者が第9条第2項に規定する義務に違反した場合又は別表第1第九号から第十二号までに掲げる行為を行った場合には、何らの催告も要せずして、本契約を解除することができる。</p> <p>(入居者からの解約)</p> <p>第13条 入居者は、事業者に対して少なくとも30日前に解約の申入れを行うことにより、本契約を解約することができる。</p>

		2 前項の規定にかかわらず、入居者は、解約申入れの日から30日分の賃料及び状況把握・生活相談サービス料金（本契約の解約後の賃料相当額及び状況把握・生活相談サービス料金相当額を含む。）を事業者を支払うことにより、解約申入れの日から起算して30日を経過する日までの間、随時に本契約を解約することができる。	
前年度における 退去者の状況	退去先別の人数	自宅等	2人
		社会福祉施設	8人
		医療機関	7人
		死亡者	5人
		その他	5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) 主に自立生活が困難になったため	22人
体験入居の期間及び費用負担等		1泊 11,000円（税込）体験入居期間中は介護保険対象外となりますので、介護保険内でのサービス提供は行う事が出来ません。	

※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

(令和5年7月1日現在)

入居者内訳	性別	男性 28人、女性 41人			
	介護の 要否別	自立	1人		
		要介護 63人	(内訳)	要介護1	12人
			要介護2	11人	
			要介護3	15人	
			要介護4	16人	
要介護5	9人				
要支援 2人	(内訳)	要支援1	1人		
		要支援2	1人		
平均年齢	85.8 歳 (男性 84.7 歳、女性 86.5 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	当住宅では、当制度の基本方針及び神奈川県の高齢者居住安定確保計画に適切に対応致します。
サービスの提供内容に関する特色	入居者様の実態を把握し、基本サービスとして状況把握（安否確認）・生活相談・緊急時対応を行います。また診療所・看護事業所と連携を図り、医療・看護が必要になった方でも安心して住み続けられる様支援していきます。
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)	<p>運営懇談会 細則</p> <p>懇談会は、原則として、定例懇談会を年 1 回開催します。但し、定期懇談会のほか、施設と入居者の双方が必要と認めた場合は、臨時懇談会を随時開催するものとします。</p> <p>(1) 懇談会は施設を代表する役職員及び入居者又はその身元引受人により構成されます。</p> <p>(2) 入居者と施設の双方の合意が成立した場合には、第三者的立場にある学識経験者、民生委員などを構成メンバーとするように努めます。</p> <p>議題</p> <p>(1) 施設における入居者の状況、サービス提供の状況</p> <p>(2) 年度ごとの職員体制の算定方法および算定結果についての説明等</p> <p>(3) 管理費、食材費、介護保険、その他サービス料等収支状況および改定</p> <p>(4) 事業者の直近の事業年度の決算報告</p> <p>(5) 管理規程およびこれに基づく諸規則の改定</p> <p>(6) 事故報告内容及び改善対策</p> <p>(7) 苦情内容及び苦情対応</p> <p>(8) 行政による指導監査の結果</p> <p>(9) 入居者、身元引受人および成年後見人との質疑応答</p> <p>(10) その他必要な事項</p>

※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>相談窓口：juju横浜上大岡 施設長</p> <p>連絡先：045-355-0070</p> <p>第三者機関：横浜市健康福祉局高齢施設課 サービス付き高齢者向け住宅担当 電話（045）671-4117</p>
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）	事故発生時、協力提携医療機関と情報を共有し迅速に対応を致します。連携対応後、家族には電話連絡を行い、
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）	あいおいニッセイ同和損保 介護保険・社旗福祉事業者総合保険

の概要等)			
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(あいおいニッセイ同和損保)	
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	医療法人社団緑風会 みどりクリニック横浜
	診療科目	内科・精神科・皮膚科
	所在地	神奈川県横浜市戸塚区吉田町602フラット鈴木103
	距離及び所要時間	5キロ/15分
	協力内容	訪問診療
協力歯科医療機関	名 称	
	所在地	
	距離及び所要時間	
	協力内容	
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)		

(4) 職員体制

ア 職種別の職員数等

(年 月 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	()	/		
	生活相談員	()			
	直接処遇職員	()			
	介護職員	()			
	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	()				
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	1 あり	

	資格等		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										
前年度1年間の退職者数										
業務に従事した経験年数に応じた職員の数	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									
従業員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		
従業員の勤務体制の概要	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	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	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)		
	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

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

○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：別紙2「介護サービス等の一覧表」

※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 にあつては 主たる事務 所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
	住所(法人 にあつては 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	約	円	前払金の 算定方法	
	前払金	約	円		
備考	○排泄支援プラン:13,200円(税込)/月額 10分程度(1日1回・定時) ○食事支援プラン:16,500円(税込)/月額 1日3回の食事介助や見守り援助を行います。				

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 にあつては 主たる事務 所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
	住所(法人 にあつては 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	約 46,750 円	前払金の 算定方法	
	前払金	約 円		
備考	○リネンサービス・シーツ、タオルレンタル:生活支援サービス費として提供します。 ○お掃除サービス:1650円(税込)/30分 ご利用者のお部屋の掃除			

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(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		
	住所(法人 にあつては 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"/> 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 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	●健康相談は基本サービスの内容に含まれます。 ●訪問診療をご希望の方は、提携医療機関等から月2回の訪問診療と処方箋の発行を居室で受け取る事が出来、費用は健康保険扱いで、自己負担となります。					

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 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 にあつては 主たる事務 所の所在 地)	(郵便番号)		電話番号		
	住所(法人 にあつては 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	有料サービス		
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	<p>○外出同行サービス2,200円(税込)/30分 病院、買物等の同行支援です。 誘導プラン13,200円(税込)/1日2回/月 様々な誘導の支援です。 栄養プラン33,000円(税込)/1日2回/月 経管栄養の支援です。 療養プラン33,000円(税込)/1日2回/月 喀痰吸引の支援です。 ※支援職員の確保を行うため、事前申込みが必要です。</p>			

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

住棟番号	専用部分の 床面積 (㎡)	構造及び設備※						住戸数 (戸)	住戸番号 (該当するものを 全て記載)	月額家賃 (概算額) (円)
		完備	便所	洗面	浴室	台所	収納			
1	18.69	×	○	○	×	×	○	66	209～218、 223～230、 309～318、 321～328、 8、409～418、 421～428、	62,000
1	19.08	×	○	○	×	×	○	24	201～206、 301～306、 401～ 406、501～ 506	62,000

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・機械浴、脱衣室 (トイレ含む)	13	190.43	2～5階	90	2階:4カ所、3階:3カ所 4階:3カ所、5階:3カ所
食堂(キッチン含む)	7	417.36	1～5階	90	1階:食堂、2階:食堂A・食堂B 3階:食堂・台所、4階:食堂・台所 5階:食堂A・食堂B
リビング	1	120.12	1階	90	
洗濯室	4	34.22	2～5階	90	
多目的室	1	96.79	1階	90	

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。

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	<input type="checkbox"/> 医療法人 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 看護師	人員	6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	18人		
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士	人員	8人	<input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員	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 (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	～	18 時	00分	人員	1 人
	上記以外の時間	18 時	00分	～	9 時	00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	毎食時の機会に声掛けや目視により状況把握、夜勤帯の巡回を行います						毎日	2 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	0	時	0 分	～	24 時	0 分
		上記以外の日	<input checked="" type="checkbox"/> 24時間					
	通報方法	各住宅に設置された緊急通報システムを使用						
通報先	事務室、各階の介護ステーション、介護職員のipad	通報先から住宅までの到着予定時間						10 分
緊急時における 対応の内容	各室3箇所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、常駐している職員が居室に駆け付け対応します。(24時間対応)							

※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 にあつては 主たる事務 所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
	住所(法人 にあつては 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	約	円	前払金の 算定方法	
	前払金	約	円		
備考	<input type="checkbox"/> 排泄支援プラン:13,200円(税込)/月額 10分程度(1日1回・定時) <input type="checkbox"/> 食事支援プラン:16,500円(税込)/月額 1日3回の食事介助や見守り援助を行います。				

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 にあつては 主たる事務 所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
	住所(法人 にあつては 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	約 46,750 円	前払金の 算定方法	
	前払金	約 円		
備考	○リネンサービス・シーツ、タオルレンタル:生活支援サービス費として提供します。 ○お掃除サービス:1650円(税込)/30分 ご利用者のお部屋の掃除			

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	(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		
住所(法人 にあつては 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"/> 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 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	●健康相談は基本サービスの内容に含まれます。 ●訪問診療をご希望の方は、提携医療機関等から月2回の訪問診療と処方箋の発行を居室で受け取る事が出来、費用は健康保険扱いで、自己負担となります。				

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 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	(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		
住所(法人 にあつては 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	有料サービス		
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	<p>○外出同行サービス2,200円(税込)/30分 病院、買物等の同行支援です。</p> <p>誘導プラン13,200円(税込)/1日2回/月 様々な誘導の支援です。</p> <p>栄養プラン33,000円(税込)/1日2回/月 経管栄養の支援です。</p> <p>療養プラン33,000円(税込)/1日2回/月 喀痰吸引の支援です。</p> <p>※支援職員の確保を行うため、事前申込みが必要です。</p>			

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

サービス付き高齢者向け住宅が提供する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	その都度徴収するサービス	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	3回 食事時							
・ 夜間 時～時	有・無	23時、2時頃に巡回							
②食事介助	有・無		食事支援プラン：1日3回の食事介助	18,500円/月		食事支援プラン：1日3回の食事介助	18,500円/月	食事支援プラン：1日3回の食事介助	18,500円/月
③排泄									
・ 排泄介助	有・無		排泄支援プラン：10分程度（1日1回・定時）	13,200円/月		排泄支援プラン：10分程度（1日1回・定時）	13,200円/月	排泄支援プラン：10分程度（1日1回・定時）	13,200円/月
・ おむつ交換	有・無		排泄支援プラン：10分程度（1日1回・定時）	13,200円/月		排泄支援プラン：10分程度（1日1回・定時）	13,200円/月	排泄支援プラン：10分程度（1日1回・定時）	13,200円/月
・ おむつ代	有・無		提携先からの購入	実費負担		提携先からの購入	実費負担	提携先からの購入	実費負担
④入浴等									
・ 清拭	有・無								
・ 一般浴介助	有・無								
・ 特浴介助	有・無								
⑤身辺介助									
・ 体位交換	有・無								
・ 居室からの移動	有・無								
・ 衣類の着脱	有・無								
・ 身だしなみ介助	有・無								
⑥機能訓練	有・無								
⑦通院の介助	有・無		外出同行サービス 病院、買物等の同行支援	2,200円/30分		外出同行サービス 病院、買物等の同行支援	2,200円/30分	外出同行サービス 病院、買物等の同行支援	2,200円/30分
⑧緊急時対応									
・ ナースコール	有・無	緊急通報システム							
2. 生活サービス									
①家事									
・ 清掃	有・無		お掃除サービス/回（30分）	1,650円/回		お掃除サービス/回（30分）	1,650円/回	お掃除サービス/回（30分）	1,650円/回
・ 洗濯	有・無	リネンレンタル							
②居室配膳・下膳	有・無								
③理美容	有・無		提携美容院紹介	実費負担		提携美容院紹介	実費負担	提携美容院紹介	実費負担
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	日々の相談等/15分							
・ 生活指導	有・無	医療・介護相談/15分							
・ 医師の往診	有・無		協力医紹介	実費負担		協力医紹介	実費負担	協力医紹介	実費負担
4. 入退院時、入院中のサービス									
・ 医療費	有・無	立替金							
・ 移送サービス	有・無		外出同行サービス 病院、買物等の同行支援	2,200円/30分		外出同行サービス 病院、買物等の同行支援	2,200円/30分	外出同行サービス 病院、買物等の同行支援	2,200円/30分
5. その他サービス									
・ 有料サービスの組合せ	有・無		松竹梅バックプラン	22,000円～55,000円		松竹梅バックプラン	22,000円～55,000円	松竹梅バックプラン	22,000円～55,000円

注1) 自立・要支援1～2・要介護1～5を区分した場合は8区分となるが、提供サービス内容が同じである場合等は、適宜、複数の区分をまとめることとして差し支えない。
 注2) 「提供サービスの別」の「利用料金」とは、前払金および月額利用料を指す。なお、特定施設入居者生活介護（介護予防を含む）の指定を受けていない場合は、要支援・要介護の際は、「利用料金に含まれるサービス」とすること。
 注3) 各サービスごとに提供方法（回数等）及び金額（費用負担等）を明示すること。
 注4) 上記のサービス項目以外に、サービス提供の状況等に依り、適宜、項目の増減等を行って差し支えない。
 注5) 「その他サービス」欄は、上記以外のサービスが必要に応じて記入すること。