

## 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 東京都千代田区丸の内3-3-1  
 氏名 ファミリー・ホスピス株式会社  
 代表取締役 高橋 正  
 代理人 住所 神奈川県横浜市栄区小菅ヶ谷三丁目31-16  
 氏名

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

|              |   |
|--------------|---|
| 住宅の名称        | (ふりがな) ふぁみりーほすびすほんごうだいほうす<br>ファミリー・ホスピス本郷台ハウス   |
| 所在地          | (住居表示) 〒247-0007 神奈川県横浜市栄区小菅ヶ谷<br>3丁目31-16  |
| 利用交通手段       | <input checked="" type="checkbox"/> 1. 電車（京浜東北根岸線 本郷台駅から徒歩で10分）<br><input type="checkbox"/> 2. その他（<br>）  |
| 住宅に関する<br>権原 | <input type="checkbox"/> 1. 所有権 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 賃借権 <input type="checkbox"/> 3. 使用貸借による権利<br>期間      2016年      9月      1日から      2046年      8月      31日まで                                 |
| 施設に関する<br>権原 | <input type="checkbox"/> 1. 所有権 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 賃借権 <input type="checkbox"/> 3. 使用貸借による権利<br>期間      2016年      9月      1日から      2046年      8月      31日まで                                 |
| 敷地に関する<br>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<br>期間      2016年      9月      1日から      2046年      8月      31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<br>又は氏名 | (ふりがな) ふぁみりーほすびすかぶしきかいしゃ<br>ファミリー・ホスピス株式会社                         |

|                           |  |         |      |
|---------------------------|--|---------|------|
| 住所<br>(法人にあっては主たる事務所の所在地) | (郵便番号 100-0005 )<br>東京都千代田区丸の内三丁目3番1号<br>電話番号 03-6368-4160 |         |      |
| 法人の役員                     | 別添 1 のとおり  |         |      |
| 法定代理人<br>(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) ふぁみりーほすぴすかぶしきかいしゃ<br>ファミリー・ホスピス株式会社                 |
| 事務所の所在地 | (郵便番号 100-0005 )<br>東京都千代田区丸の内三丁目3番1号<br>電話番号 03-6368-4160 |

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)            | 24.33   | m <sup>2</sup> | 詳細については、別添 3 のとおり |
|         | (最大)            | 26.19   | m <sup>2</sup> |                   |
| 構造及び設備  | 共同利用設備          | ■あり □なし |                |                   |
|         | 構造              | 軽量鉄骨    | 造              | 階数 地上 2 階建        |
| 竣工の年月   | 2016 年 8 月 26 日 |         |                |                   |
| 加齢対応構造等 | ■ 登録基準に適合している   |         |                |                   |
|         | ■ エレベーターを備えている  |         |                |                   |
|         | ■ 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。<br>①単身高齢者世帯<br>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<br>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)<br>(「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 | 2016 年 9 月 1 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<br>生活相談   | <input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託                                | 約 22,000 円    | 詳細については、別添 4 のとおり |
|             | 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 25,920 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 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 円           |                   |
|             | 健康の維持増進  | <input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない | 約 円           |                   |
|             | その他  | <input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない | 約 円           |                   |
| 家賃の概算額      | (最低) 約 102,000 円   | 住戸ごとの内容は別添 3 のとおり   |               |                   |
|             | (最高) 約 150,000 円   |   |               |                   |
| 共益費の概算額     | (最低) 約 66,000 円  |   |               |                   |
|             | (最高) 約 66,000 円  |   |               |                   |
| 敷金の概算額      | (最低) 約 0 円   | 家賃の 0.0 月分  |               |                   |
|             | (最高) 約 0 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<br><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  |  |
|                        | <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  |  |
|                        | <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  |  |
|                        | <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。

7. サービス付き高齢者向け住宅の管理の方法等

|                     |   |
|---------------------|---|
| 管理の方式               | <input checked="" type="checkbox"/> 自ら管理 <input type="checkbox"/> 管理業務を委託 |
| 委託する業務の内容<br>(契約事項) |   |
| 管理業務の委託先            |   |
| 商号、名称<br>又は氏名       | (ふりがな)  |

|                               |  |       |
|-------------------------------|--|-------|
| 住所<br>(法人にあつては<br>主たる事務所の所在地) | (郵便番号 )  | 電話番号  |
| 修繕計画                          |  |       |
| 計画策定の有無                       | <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし |       |
| 大規模修繕の実施予定                    |  | 頃実施予定 |
| その他計画的な修繕予定                   |  |       |

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  |
|-------------------------------------|---------------|---|
| 看護小規模多機能居宅介護事業所<br>ファミリー・ホスピス本郷台ハウス | 入浴、機能訓練、食事、宿泊 | <input checked="" type="checkbox"/> 同一の建築物内<br><input type="checkbox"/> 同一の敷地内<br><input type="checkbox"/> 隣接する土地 |
| 訪問看護ファミリー・ホスピス本郷台                   | 訪問看護          | <input checked="" type="checkbox"/> 同一の建築物内<br><input type="checkbox"/> 同一の敷地内<br><input type="checkbox"/> 隣接する土地 |
| 訪問介護ファミリー・ホスピス本郷台                   | 訪問介護          | <input checked="" type="checkbox"/> 同一の建築物内<br><input type="checkbox"/> 同一の敷地内<br><input type="checkbox"/> 隣接する土地 |
|                                     |               | <input type="checkbox"/> 同一の建築物内<br><input type="checkbox"/> 同一の敷地内<br><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)

|            |  |
|------------|--|
| 連携又は協力の相手方 |  |
| 事業所の名称     | (ふりがな) ほうもんかんどふあみりーほすぴすほんごうだい<br>訪問看護ファミリー・ホスピス本郷台             |
| 事業所の所在地    | (郵便番号 247-0007 )<br>神奈川県横浜市栄区小菅ヶ谷3丁目31-16<br>電話番号 045-443-8444 |

|            |  |
|------------|--|
| 連携又は協力の内容  | 訪問看護   |
| 連携又は協力の相手方 |  |
| 事業所の名称     | (ふりがな) ほうもんかいごふあみりーほすびすほんごうだい<br>訪問介護ファミリー・ホスピス本郷台           |
| 事業所の所在地    | (郵便番号 247-0007 )<br>神奈川県横浜市栄区小菅ヶ谷3丁目31-16<br>電話番号 0454438444 |
| 連携又は協力の内容  | 訪問介護   |

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居住安定確保計画に沿って適切に運営いたします。

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

役員名簿

| (ふりがな)<br>氏名      | 役名等   |
|-------------------|-------|
| たかはしただし<br>高橋 正   | 代表取締役 |
| こばやしえいいち<br>小林 英一 | 取締役   |
|                   |       |
|                   |       |
|                   |       |
|                   |       |
|                   |       |
|                   |       |

役員名簿

| (ふりがな)<br>氏 名 | 役名等 |
|---------------|-----|
|               |     |
|               |     |
|               |     |
|               |     |
|               |     |
|               |     |
|               |     |
|               |     |

## 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<br>床面積<br>(㎡) | 構造及び設備※ |        |        |        |        |        | 住戸数<br>(戸) | 住戸番号<br>(該当するものを全て記載) | 月額家賃<br>(概算額)<br>(円) |
|------|---------------------|---------|--------|--------|--------|--------|--------|------------|-----------------------|----------------------|
|      |                     | 完<br>備  | 便<br>所 | 洗<br>面 | 浴<br>室 | 台<br>所 | 収<br>納 |            |                       |                      |
| 1    | 26.19               | ×       | ○      | ○      | ×      | ○      | ○      | 1          | ふたご座                  | 102,000              |
| 1    | 25.86               | ×       | ○      | ○      | ×      | ○      | ○      | 1          | かに座                   | 102,000              |
| 1    | 25.18               | ×       | ○      | ○      | ×      | ○      | ○      | 1          | おうし座                  | 150,000              |
| 1    | 25.71               | ×       | ○      | ○      | ×      | ○      | ○      | 1          | しし座                   | 150,000              |
| 1    | 25.30               | ×       | ○      | ○      | ×      | ○      | ○      | 1          | おひつじ座                 | 150,000              |
| 1    | 25.80               | ×       | ○      | ○      | ×      | ○      | ○      | 1          | おとめ座                  | 150,000              |
| 1    | 26.19               | ×       | ○      | ○      | ×      | ○      | ○      | 1          | いて座                   | 150,000              |
| 1    | 24.33               | ×       | ○      | ○      | ×      | ○      | ○      | 1          | やぎ座                   | 150,000              |
| 1    | 25.18               | ×       | ○      | ○      | ×      | ○      | ○      | 1          | さそり座                  | 150,000              |
| 1    | 25.71               | ×       | ○      | ○      | ×      | ○      | ○      | 1          | みずがめ座                 | 150,000              |
| 1    | 25.30               | ×       | ○      | ○      | ×      | ○      | ○      | 1          | てんびん座                 | 150,000              |
| 1    | 25.80               | ×       | ○      | ○      | ×      | ○      | ○      | 1          | うお座                   | 150,000              |

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<br>(㎡) | 整備箇所      | 想定利用戸数<br>(戸) | 備考 |
|--------|-------|--------------|-----------|---------------|----|
| 脱衣所・浴室 | 3     | 48.82        | 1階×2 2階×1 | 12            |    |
| 居間・食堂  | 2     | 39.90        | 1階×1 2階×1 | 12            |    |
|        |       |              |           |               |    |
|        |       |              |           |               |    |
|        |       |              |           |               |    |
|        |       |              |           |               |    |

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<br>又は氏名   | (ふりがな)  |                               |   |          |     |
|                      | 住所<br>(法人にあっては主たる事務所の所在地)   | (郵便番号 )   |                               |   |          |     |
| 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<br><input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> 指定介護予防サービス事業者<br><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<br><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  | 3 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       | 1 人 |
|                      | <input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士   | 人員  | 2 人                           | <input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員 | 人員       | 2 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<br><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 0 分   | ～                             | 17 時 0 分                                    | 人員 1 人   |     |
|                      | 上記以外の時間   | 17 時 0 分  | ～                             | 9 時 0 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 | 定期的な居室への訪問<br><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)   |   |                               |   | 毎日 1 回   |     |
| 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 type="checkbox"/> 24時間 |   |          |     |
|                      | 通報方法  | 緊急通報装置  |                               |   |          |     |
|                      | 通報先   | 事務室固定電話及びPHS  |                               | 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 22,000 円  | 前払金の                          |   |          |     |
|                      | 前払金   | 約 0 円   | 算定方法                          |   |          |     |
| 備考                   | 税込表示  |   |                               |   |          |     |

※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 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<br>又は氏名   | (ふりがな)   |          |                               |                   |
|                | 住所<br>(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<br>(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                          |                   |
| 食事提供を行う場所      | <input checked="" 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 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 25,920 円   | 内訳       | 朝食 216 円                      | 昼食 324 円 夕食 324 円 |
|                | 前払金   | 約 0 円  | 前払金の算定方法 |                               |                   |
| 備考             | 税込表示  |  |          |                               |                   |

※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<br>場合の<br>委託先 | 商号、名称<br>又は氏名                                  | (ふりがな)   |                               |
|                    | 住 所<br>(法人に<br>あつては主<br>たる事務所<br>の所在地)         | (郵便番号 )  | 電話番号                          |
|                    | 住 所<br>(法人に<br>あつては本<br>業務に係る<br>事業所の所<br>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"/> 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<br>対価（概算額）               | 月額  | 約                      円   | 前払金の<br>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<br>場合の<br>委託先 | 商号、名称<br>又は氏名                                  | (ふりがな)  |                               |
|                    | 住 所<br>(法人に<br>あつては主<br>たる事務所<br>の所在地)         | (郵便番号 )   | 電話番号                          |
|                    | 住 所<br>(法人に<br>あつては本<br>業務に係る<br>事業所の所<br>在 地) | (郵便番号 )   | 電話番号                          |



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<br>又は氏名   | (ふりがな)  |     |                               |  |
|                     | 住所<br>(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<br>(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  | 包括介護サービス (介護保険外の自費介護サービス)   |     |                               |  |
| サービス提供の<br>対価 (概算額) | 月額  | 約   | 円   | 前払金の<br>算定方法                  |  |
|                     | 前払金   | 約   | 0 円 |                               |  |
| 備考                  | 165,000円 (税込) /月このサービスは、介護保険等の公的サービスで賄いきれず、自費で身体介助、生活援助を受ける必要がある方向けのサービス。自費分の身体介助、家事援助を計画に基づき提供いたします。 |   |     |                               |  |

## 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 2025年5月1日

登録番号 浜 27 (1) 009

施設名 ファミリー・ホスピス本郷台ハウス

## 「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        | 2016年10月3日                  |
| 住宅の管理者氏名※1   | 飛田 篤子                       |
| 電話番号 / FAX番号 | 045-443-5440 / 045-383-9990 |
| ホームページアドレス   | http://f-hospice-hgd.com/   |

※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

|                        |   |
|------------------------|---|
| FAX番号                  | 03-6368-4161  |
| ホームページアドレス             | http://f-hospice-hgd.com/   |
| 資本金(基本財産)              | 資本金35百万円  |
| 主な出資者(出捐者)とその金額又は比率 ※2 | 日本ホスピスホールディングス株式会社 100%   |
| 設立年月日                  | 2013年12月5日  |
| 直近の事業収支決算額 ※3          | (収益) 5,452百万円 (費用) 5,047百万円 (損益) 405百万円   |
| 会計監査人との契約              | <input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 ( ) ※ただし、親会社が契約し、連結子会社として会計監査を受けている(太陽有限責任監査法人) |
| 他の主な事業                 | ホスピス事業、介護保険指定事業、高齢者住宅運営   |

※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

|            |                            |
|------------|----------------------------|
| FAX番号      | 03-6368-4161               |
| ホームページアドレス | http://family-hospice.com/ |

## 「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 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有料老人ホーム ・ その他 |
|-------------|--|

## 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 2025年5月1日

登録番号 浜 27 (1) 009

施設名 ファミリー・ホスピス本郷台ハウス

## 「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        | 2016年10月3日                  |
| 住宅の管理者氏名※1   | 飛田 篤子                       |
| 電話番号 / FAX番号 | 045-443-5440 / 045-383-9990 |
| ホームページアドレス   | http://f-hospice-hgd.com/   |

※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

|                        |   |
|------------------------|---|
| FAX番号                  | 03-6368-4161  |
| ホームページアドレス             | http://f-hospice-hgd.com/   |
| 資本金(基本財産)              | 資本金35百万円  |
| 主な出資者(出捐者)とその金額又は比率 ※2 | 日本ホスピスホールディングス株式会社 100%   |
| 設立年月日                  | 2013年12月5日  |
| 直近の事業収支決算額 ※3          | (収益) 5,452百万円 (費用) 5,047百万円 (損益) 405百万円   |
| 会計監査人との契約              | <input type="checkbox"/> 無 ・ 有 ( ) ※ただし、親会社が契約し、連結子会社として会計監査を受けている (太陽有限責任監査法人) |
| 他の主な事業                 | ホスピス事業、介護保険指定事業、高齢者住宅運営   |

※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

|            |                            |
|------------|----------------------------|
| FAX番号      | 03-6368-4161               |
| ホームページアドレス | http://family-hospice.com/ |

## 「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 | 寄宿舎 ・ 共同住宅 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有料老人ホーム ・ その他 |
|-------------|--|

|                      |   |  |
|----------------------|---|--|
| 建築物の耐火構造             | 耐火構造 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 準耐火構造 ・ その他 ( )                  |  |
| 消防用設備等               | 消火器   | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> |
|                      | 自動火災報知設備  | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> |
|                      | 火災通報設備  | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> |
|                      | スプリンクラー   | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> |
|                      | 防火管理者   | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> |
|                      | 防災計画  | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> |
| 緊急通報装置等<br>緊急連絡・安否確認 | 緊急通報装置等の種類及び設置箇所<br>緊急通報装置 ナースコール<br>設置個所 居室内 ベッドサイド、トイレ<br>共用部分 脱衣所 浴室 トイレ |  |
|                      | 安否確認の方法・頻度等<br>一日一回の見回り、食事時間時の声掛け   |  |

「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                | 入居者は、契約が終了した場合において入居者が残置物を引き取ることができない又は困難であるときに備えて、あらかじめ、当該残置物の引取人（身元引受人）を定めることができる。   |
| 生活保護受給者の受入れ対応                   | <input checked="" type="checkbox"/> ・ 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>(契約の解除)</p> <p>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、事業者が相当の期間を定めて当該義務の履行を催告したにもかかわらず、その期間内に賃貸借契約書に定める当該義務が履行されないときは、賃貸借契約を解除することができる。</p> <p>一 第4条第1項に規定する賃料支払義務<br/>二 第5条第2項に規定する共益費支払義務<br/>三 第6条第3項に規定する生活支援サービス料金支払義務<br/>四 前条第1項後段に規定する費用負担義務</p> <p>2 事業者は、入居者が賃貸借契約書内の次に掲げる義務に違反した場合において、事業者が相当の期間を定めて当該義務の履行を催告したにもかかわらず、その期間内に当該義務が履行されずに当該義務違反により賃貸借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、賃貸借契約を解除することができる。</p> <p>一 第3条に規定する本物件の使用目的遵守義務</p> |

二 第8条各項に規定する義務(同条第3項に規定する義務のうち、別表第1第六号から第八号までに掲げる行為に係るものを除く。)

三 その他本契約書に規定する入居者の義務

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など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。

4 事業者又は入居者の一方について、賃貸借契約書に定める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、賃貸借契約を解除することができる。

一 第7条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自らの役員が反社会的勢力に該当することとなった場合

5 事業者は、入居者が賃貸借契約書別表第1第六号から第八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。

(事業者からの解約)

事業者は、次のいずれかに該当する場合に限り、入居者に対して少なくとも2ヵ月前に解約の申入れを行うことにより、賃貸借契約を解約することができる。

一 本物件の老朽、損傷、一部の滅失その他の事由により、家賃の価額その他の事情に照らし、適切な規模、構造及び設備を有する賃貸住宅として維持し、又は当該賃貸住宅に回復するのに過分の費用を要するに至ったとき。

二 入居者が、本物件に長期間にわたって居住せず、かつ、当面居住する見込みがないことにより、本物件を適正に管理することが困難となったとき。ただし、入居者の病院への入院又は心身の状況の変化を理由とする場合には、当該理由が生じた後に、事業者及び入居者が賃貸借契約の解約について合意している場合に限る。

(入居者からの解約)

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。

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生活支援サービス料金相当額を含む。)を事業者に支払うことにより、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。 |          |    |
| 前年度の退去者について    | 退去先別の人数 | 自宅等                                | 0人       |    |
|                |         | 社会福祉施設                             | 0人       |    |
|                |         | 医療機関                               | 0人       |    |
|                |         | 死亡者                                | 31人      |    |
|                |         | その他                                | 0人       |    |
|                | 生前解約の状況 | 事業者側の申し出                           | (解約事由の例) | 0人 |
|                |         | 入居者側の申し出                           | (解約事由の例) | 0人 |
| 体験入居の期間及び費用負担等 |         |                                    |          |    |

※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

(2025年5月1日現在)

|       |                         |               |              |       |    |
|-------|-------------------------|---------------|--------------|-------|----|
| 入居者内訳 | 性別                      | 男性 4 人、女性 8 人 |              |       |    |
|       | 介護の要否別                  | 自立 0人         | (要介護度認定中 0名) |       |    |
|       |                         | 要介護10人        | (内訳)         | 要介護 1 | 2人 |
|       |                         |               | 要介護 2        | 0人    |    |
|       |                         |               | 要介護 3        | 0人    |    |
| 要介護 4 | 2人                      |               |              |       |    |
| 要介護 5 | 8人                      |               |              |       |    |
| 要支援0人 | (内訳)                    | 要支援 1         | 0人           |       |    |
|       |                         | 要支援 2         | 0人           |       |    |
| 平均年齢  | 84.1歳 (男性 91歳、女性 77.2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 | 基本方針及び市の高齢者居住安定確保計画に沿って適切に運営いたします。 |
|----------|------------------------------------|

|  |   |
|--|---|
| サービスの提供内容に関する特色                              | がんと難病患者/重度介護者のためのシェアハウス型ホスピス住宅                      |
| 運営懇談会の開催状況 ※6<br>(開催回数、設置者の役職員を除く参加者数、主な議題等) | 年1回 (2023.12.23)<br>参加者: 5名<br>議題: 入居の状況・リクレーションの報告 |

※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)  | 常設の窓口<br>ファミリー・ホスピス本郷台ハウス センター長<br>電話 045-443-5440<br>横浜市健康福祉局高齢施設課 電話 045-263-8084<br>横浜市建築局住宅政策課 電話 045-671-4121          |
| 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) | 緊急性が高い場合<br>救急車要請<br>センター長へ報告<br>ご家族・緊急連絡先、関係機関に電話連絡・説明<br>社内に報告<br>緊急性が低い場合<br>センター長へ報告<br>ご家族・緊急連絡先に関係機関に電話連絡・説明<br>社内に報告 |
| 事故発生の防止のための指針                      | 無・ <input checked="" type="checkbox"/>  |
| 損害賠償 (対応方針及び損害保険契約の概要等)            | 社内規定による   |
| 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   | <input checked="" type="checkbox"/> ・ 有 有の場合の保険名( )   |

(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       | くげぬま緩和ケア内科           |
|                         | 診療科目     | 緩和ケア                 |
|                         | 所在地      | 神奈川県藤沢市鵜沼藤ヶ谷1-9-22   |
|                         | 距離及び所要時間 | 10.0km 車移動にて26分      |
|                         | 協力内容     | 24時間訪問診療、緊急往診対応、看護相談 |

|          |    |  |
|----------|----|--|
| 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

(2025年5月1日現在)

|               | 職員数      | 常勤換算後の  |        | 夜間勤務職員数<br>(21時30分～5時30分)<br>(最少人数) | 備考<br>(資格・委託等) |
|---------------|----------|---------|--------|-------------------------------------|----------------|
|               |          | 人数      | うち自立対応 |                                     |                |
| 従業者の内訳        | 管理者      | 1 ( )   | /      |                                     |                |
|               | 生活相談員    | ( )     |        |                                     |                |
|               | 直接処遇職員   | ( )     |        |                                     |                |
|               | 介護職員     | 11( 6 ) |        | 1                                   |                |
|               | 看護職員     | 12( 6 ) |        | 1                                   |                |
|               | 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      | 1 ( )   |        |                                     |                |
|               | 事務職員     | 1 ( )   |        |                                     |                |
|               | その他職員    | ( )     |        |                                     |                |
| 合計            | 25( 12 ) |         |        |                                     |                |
| 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生活上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 |      | 看護師  |       |      |         |     |         |     |
|                          |               | 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              |               | 0    | 2      | 1    | 1    |       |      |         |     |         |     |
| 前年度1年間の退職者数              |               | 0    | 1      | 1    | 0    |       |      |         |     |         |     |
| 応じた業務に従事した職員の人数<br>経験年数に | 1年未満          |      |        |      |      |       |      |         |     |         |     |
|                          | 1年以上<br>3年未満  |      |        |      |      |       |      |         |     |         |     |
|                          | 3年以上<br>5年未満  |      |        |      |      |       |      |         |     |         |     |
|                          | 5年以上<br>10年未満 |      |        |      |      |       |      |         |     |         |     |
|                          | 10年以上         | 6    | 6      | 7    | 4    |       |      |         |     |         |     |
| 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<br>合計人数に対する配置<br>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        | 11人 ( 人 ) | 看護師  | 12人 ( 人 ) |
| 介護支援専門員      | 人 ( 人 )   | 准看護師 | 0人 ( 人 )  |
| 介護職員実務者研修修了者 | 0人 ( 人 )  | 資格なし | 人 ( 人 )   |
| 介護職員初任者研修修了者 | 0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<br>への<br>情報開示 | 重要事項説明書の公開 | 1 公 開 ( 閲覧・ <input checked="" type="checkbox"/> 写し交付 ) | 2 非公開 |
|                      | 入居契約書の公開   | 1 公 開 ( 閲覧・ <input checked="" type="checkbox"/> 写し交付 ) | 2 非公開 |
|                      | 管理規程の公開    | 1 公 開 ( 閲覧・ <input checked="" type="checkbox"/> 写し交付 ) | 2 非公開 |
|                      | 財務諸表の公開    | 1 公 開 ( <input checked="" type="checkbox"/> 閲覧・写し交付 )  | 2 非公開 |
|                      | 事業収支計画の公開  | 1 公 開 ( <input checked="" type="checkbox"/> 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9～13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

|                |  |  |
|----------------|--|--|
| 入居後住みに替居え室は合施設 | 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<br>(適用を受ける場合は、<br>市区町村から交付され<br>る「介護保険負担割合証」<br>に記載された利用者負<br>担の割合に応じた額) ※<br>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<br>(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                |                               |                         |
|   | 個別機能訓練加算                |                               | (無・有)                   |
|   | 夜間看護体制加算                |                               | (無・有)                   |
|   | 医療機関連携加算                |                               | (無・有)                   |
|   | 看取り介護加算                 |                               | (無・有)                   |
|   | 認知症専門ケア加算               | (無・有)                         | (I)<br>(II)             |
| サービス提供体制強化加算  | (無・有)                   | (I)イ<br>(I)ロ<br>(II)<br>(III) |                         |
| 介護職員処遇改善加算  | (無・有)                   | I<br>II<br>III<br>IV          |                         |
| ○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  |                         |                               |                         |
| 個別機能訓練加算  |                         | (無・有)                         |                         |
| 医療機関連携加算  |                         | (無・有)                         |                         |
| 認知症専門ケア加算   | (無・有)                   | (I)<br>(II)                   |                         |
| サービス提供体制強化加算  | (無・有)                   | (I)イ<br>(I)ロ<br>(II)<br>(III) |                         |
| 介護職員処遇改善加算  | (無・有)                   | I<br>II<br>III<br>IV          |                         |
| 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 月額は、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「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」

別添2「短期利用のサービス等の概要」（設定がある場合のみ）

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 |        |
| 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） |
| <b>1. 介護サービス</b>        |           |               |              |  |                      |            |  |              |        |
| ①巡回                     |           |               |              |  |                      |            |  |              |        |
| ・昼間 9時～21時              | 有・無       |               |              |  | 必要時                  |            | 1回/日（ゴミ回収時）                              |              |        |
| ・夜間 21時～9時              | 有・無       |               |              |  |                      |            |  |              |        |
| ②食事介助                   | 有・無       |               |              |  |                      |            |  |              |        |
| ③排泄                     |           |               |              |  |                      |            |  |              |        |
| ・排泄介助                   | 有・無       |               |              |  |                      |            |  |              |        |
| ・おむつ交換                  | 有・無       |               |              |  |                      |            |  |              |        |
| ・おむつ代                   | 有・無       |               |              |  |                      |            |  |              |        |
| 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       |               |              |  |                      |            |  |              |        |
| ⑧緊急時対応                  |           |               |              |  |                      |            |  |              |        |
| ・ナースコール                 | 有・無       |               |              | 都度対応   |                      |            | 都度対応                                     |              |        |
| <b>2. 生活サービス</b>        |           |               |              |  |                      |            |  |              |        |
| ①家事                     |           |               |              |  |                      |            |  |              |        |
| ・清掃                     | 有・無       |               |              | 4回以上/週                                       |                      |            | 4回以上/週                                   |              |        |
| ・洗濯                     | 有・無       |               |              |  | 週2回～                 | 1,100円/袋   | 週2回～                                     | 1,100円/袋     |        |
| ②居室配膳・下膳                | 有・無       |               |              | 3回/日   |                      |            | 3回/日                                     |              |        |
| ③理美容                    | 有・無       |               |              |  |                      |            |  |              |        |
| ④代行                     |           |               |              |  |                      |            |  |              |        |
| ・買物                     | 有・無       |               |              |  |                      |            |  |              |        |
| ・役所手続                   | 有・無       |               |              |  |                      |            |  |              |        |
| <b>3. 健康管理サービス</b>      |           |               |              |  |                      |            |  |              |        |
| ・健康診断                   | 有・無       |               |              |  |                      |            |  |              |        |
| ・健康相談                   | 有・無       |               |              |  |                      |            |  |              |        |
| ・生活指導                   | 有・無       |               |              |  |                      |            |  |              |        |
| ・医師の往診                  | 有・無       |               |              |  |                      |            |  |              |        |
| <b>4. 入退院時、入院中のサービス</b> |           |               |              |  |                      |            |  |              |        |
| ・医療費                    | 有・無       |               |              |  |                      |            |  |              |        |
| ・移送サービス                 | 有・無       |               |              |  |                      |            |  |              |        |
| <b>5. その他サービス</b>       |           |               |              |  |                      |            |  |              |        |
| TVレンタル                  | 有・無       |               |              |  | 希望者                  | 5,500円/月   | 希望者                                      | 5,500円/月     |        |
| 包括介護サービス費               | 有・無       |               |              |  | 介護保険等の公的サービスで賄いきれない方 | 165,000円/月 | 介護保険等の公的サービスで賄いきれない方                     | 165,000円/月   |        |

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・要介護の欄は、「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応じ、適宜、項目の順序の変更、項目の追加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を必要に応じて記入すること。