

登録事項についての説明(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 東京都品川区東品川四丁目12番8号

氏名 SOMPOケア株式会社

代表取締役 鷺見 隆充

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あたり、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 type="checkbox"/> 新規 <input checked="" type="checkbox"/> 更新 (従前の登録番号 浜25 (1) 006 )  |
| 住宅の名称        | (ふりがな) そんぼのいええすこうなんささげ<br>そんぼの家S港南笹下   |
| 所在地          | (住居表示) 神奈川県横浜市港南区笹下3丁目13-14  |
| 利用交通手段       | <input checked="" type="checkbox"/> 1.電車 ( 京浜急行線「屏風浦」から、徒歩約17分 )<br><input type="checkbox"/> 2.その他 ( )   |
| 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 2014年 12月 1日から 2035年 5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 2014年 12月 1日から 2035年 5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 2014年 12月 1日から 2035年 5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) そんぼけあかぶしきがいしゃ<br>SOMPOケア株式会社                                |                 |
| 住 所<br>(法人にあつては<br>主たる事務所の所<br>在 地) | (郵便番号 140-0002 )<br>東京都品川区東品川四丁目12番8号<br>電話番号 03-6455-8560         |                 |
| 法人の役員                               | 別添 1 のとおり  |                 |
| 法定代理人<br>(未成年の個人<br>である場合)          | (ふりがな)<br>商号、名称又は氏名  |                 |
|                                     | 住 所<br>(法人にあつては<br>主たる事務所の<br>所 在 地)                               | (郵便番号 )<br>電話番号 |
|                                     | 法人の役員  |                 |

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) <u>      </u><br><u>      </u><br><u>      </u>        |
| 事務所の所在地 | (郵便番号 234-0052 )<br>神奈川県横浜市港南区笹下3丁目13-14<br>電話番号 045-882-0610 |

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   | 60 戸   |                   |
| 居住部分の規模 | (最小)   | 25.02 m <sup>2</sup>   | 詳細については、別添 3 のとおり |
|         | (最大)   | 27.32 m <sup>2</sup>   |                   |
| 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   | 鉄筋コンクリート造  | 階数 地上 5 階建        |
| 竣工の年月   | 2014 年 10 月 31 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   |
| 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><input checked="" type="checkbox"/> (「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。) |

※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 | 年 月 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、<br>別添 4<br>のとおり |            |
|---------------------|---|---|--------------------------|------------|
| 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 33,000 円 |
|                     | 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 51,510 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      |
|                     | 健康の維持増進   | <input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない |                          | 約 0 円      |
| その他                 | <input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない   | 約 0 円   |                          |            |
| 家賃の概算額              | (最低) 約 113,500 円  | 住戸ごとの内容は別添 3 のとおり   |                          |            |
|                     | (最高) 約 113,500 円  |   |                          |            |
| 共益費の概算額             | (最低) 約 13,000 円   |   |                          |            |
|                     | (最高) 約 13,000 円   |   |                          |            |
| 敷金の概算額              | (最低) 約 0 円  | 家賃の 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 0 円 (最高) 約 0 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            |   |   |                          |            |
| 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 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   |   |                          |            |

※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<br>在地) | (郵便番号 )<br><br>電話番号   |
| 修繕計画                               |   |
| 計画策定の<br>有無                        | <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし        |
| 大規模修繕の<br>実施予定                     | 頃実施予定   |
| その他計画的<br>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  |
|-------------------|--------------|---|
| SOMPOケア 港南笹下 訪問介護 | 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            |
|                   |              | <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            |
|                   |              | <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)           |
| 事業所の所在地    | (郵便番号) )<br>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

基本方針及び市の高齢者居住安定確保計画に沿って適切に運営致します。

-----  
 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しました。

年 月 日

説明者

印

-----  
 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 住所

入居者( )  
氏名

印

## 役員名簿

| (ふりがな)<br>氏名       | 役名等   |
|--------------------|-------|
| えんどうけん<br>遠藤 健     | 代表取締役 |
| わしみたかみつ<br>鷺見 隆充   | 代表取締役 |
| きくいてつや<br>菊井 徹也    | 取締役   |
| いわもと たかひろ<br>岩本 隆博 | 取締役   |
| ふじさきもと<br>藤崎 基     | 取締役   |
| あんどうしげる<br>安藤 滋    | 取締役   |
| くめやすき<br>久米 康樹     | 取締役   |
| うおたによしひろ<br>魚谷 宜弘  | 取締役   |
| やのいさお<br>矢野 功      | 監査役   |
| かつざわまこと<br>勝澤 誠    | 監査役   |

法第6条第1項第3号に該当する者を全て記載すること。記載しきれないときは、この様式の例により作成した書面に記載し、その書面をこの書面の次に添付すること。



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 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 委託する</span> |                               |   |         |    |
| 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 type="checkbox"/> 医療法人 <span style="margin-left: 150px;"><input checked="" type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者</span><br><input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <span style="margin-left: 150px;"><input checked="" type="checkbox"/> 指定介護予防サービス事業者</span><br><input checked="" type="checkbox"/> 指定居宅サービス事業者 <span style="margin-left: 150px;"><input checked="" type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者</span><br><input checked="" type="checkbox"/> 指定地域密着型サービス事業者 <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> 上記以外の法人等</span> |  |                               |   |         |    |
| 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      | 5人 |
|                      | <input type="checkbox"/> 介護福祉士  | 人員   | 人                             | <input type="checkbox"/> 上記以外の職員            | 人員      | 人  |
|                      |   |  | 合 計                           |   | 人員      | 5人 |
| 常駐する場所               | <input checked="" type="checkbox"/> 同一の敷地内 <span style="margin-left: 50px;"><input type="checkbox"/> 隣接する土地</span><br><input type="checkbox"/> 近接する土地<br>(所在地 )   |  |                               |   |         |    |
| 常駐する日                | <input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <span style="margin-left: 50px;"><input type="checkbox"/> 次の期間を除く( )</span>  |  |                               |   |         |    |
| 常駐する時間               | 日中  | 9 時 00分  | ～                             | 17 時 00分                                    | 人員      | 1人 |
|                      | 上記以外の時間   | 時 分  | ～                             | 時 分   | 人員      | 人  |
| 毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法 | 食事や外出等の機会を利用して、毎日少なくとも1回の本人の安否確認を行う。  |  |                               |   | 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  | 0 時 0分                        | ～   | 24 時 0分 |    |
|                      |   | 上記以外の日   | <input type="checkbox"/> 24時間 |   |         |    |
|                      | 通報方法  | 住戸内の緊急通報装置を利用  |                               |   |         |    |
|                      | 通報先   | 管理設備室や職員のPHS   |                               | 通報先から住宅までの到着予定時間                            | 5分      |    |
| サービス提供の対価(概算額)       | 月額  | 約 33,000 円   | 前払金の算定方法                      |   |         |    |
|                      | 前払金   | 約 0 円  |                               |   |         |    |
| 備考                   | 夜間の緊急通報は、併設の介護事業所に待機している職員が受信し、必要に応じて住宅職員として駆けつけ対応いたします。<br>(17時から9時の時間帯は介護保険事業等の職員を兼務する者(余剰の人員)を配置)  |  |                               |   |         |    |



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<br>場合の<br>委託先 | 商号、名称<br>又は氏名                     | (ふりがな) <u>そんぼけあふーずかぶしきかいしゃ</u><br>SOMPOケアフーズ株式会社  |          |  |          |          |
|                    | 住所<br>(法人にあつては主たる事務所の所在地)         | (郵便番号 140-0002 )<br>東京都品川区東品川四丁目12番8号<br>電話番号 03-5715-1755  |          |  |          |          |
|                    | 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 140-0002 )<br>東京都品川区東品川四丁目12番8号<br>電話番号 03-5715-1755  |          |  |          |          |
| 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"/> 次の期間を除く( )                                |          |  |          |          |
|                    | 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( )  |          |  |          |          |
| サービス提供の<br>対価(概算額) | 月額※                               | 約 51,510 円  | 内訳       | 朝食 561 円                                 | 昼食 770 円 | 夕食 715 円 |
|                    | 前払金                               | 約 0 円   | 前払金の算定方法 |  |          |          |
| 備考                 | 1日3食セット価格として、1ヶ月51,510円(税込)となります。 |   |          |  |          |          |

※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>(法人にあって<br>は主たる事務所<br>の所在地)        | (郵便番号 )  |   | 電話番号                          |  |
|                    | 住所<br>(法人にあって<br>は本業務に係<br>る事業所の所<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<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |   |                               |  |
| サービス提供の<br>対価(概算額) | 月額                                       | 約  | 円 | 前払金の算定<br>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<br>場合の<br>委託先 | 商号、名称<br>又は氏名                            | (ふりがな)  |   |                               |  |
|                    | 住所<br>(法人にあって<br>は主たる事務所<br>の所在地)        | (郵便番号 )   |   | 電話番号                          |  |
|                    | 住所<br>(法人にあって<br>は本業務に係<br>る事業所の所<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"/> 調理 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> 掃除<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |   |                               |  |
| サービス提供の<br>対価(概算額) | 月額                                       | 約   | 円 | 前払金の算定<br>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 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>(法人にあっ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   | <input 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<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |                               |              |
| サービス提供の<br>対価(概算額) |                              | 月額   | 約   | 円                             | 前払金の算定<br>方法 |
|                    |                              | 前払金  | 約   | 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 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>(法人にあっ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 checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他( ) |                               |              |
|                    |                              | 内容  | アクティビティーサービスの企画・運営・自治会の事務局の運営の補助、簡便な営繕作業な                                  |                               |              |
| サービス提供の<br>対価(概算額) |                              | 月額  | 約  | 0 円                           | 前払金の算定<br>方法 |
|                    |                              | 前払金   | 約  | 0 円                           |              |
| 備考                 |                              | 各種アクティビティーサービスの参加判断は任意ですが、参加費等は実費となります。                       |  |                               |              |

別紙

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 2022年7月1日  
登録番号 浜25(2)006  
施設名 そんぼの家S港南笹下

「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        | 2014年12月1日   |
| 住宅の管理者氏名※1   | 茨田 良   |
| 電話番号 / FAX番号 | TEL : 045-882-0610 / FAX : 045-882-0611  |
| メールアドレス      | <a href="mailto:kounansasage_s@sompocare.com">kounansasage_s@sompocare.com</a> |
| ホームページアドレス   | <a href="https://www.sompocare.com/">https://www.sompocare.com/</a>            |

※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                  | 03-5783-4170  |
| ホームページアドレス             | <a href="https://www.sompocare.com/">https://www.sompocare.com/</a> |
| 資本金(基本財産)              | 39億2,516万円  |
| 主な出資者(出捐者)とその金額又は比率 ※2 | SOMP Oホールディングス株式会社  |
| 設立年月日                  | 1997年5月26日  |
| 直近の事業収支決算額 ※3          | (収益)131,794百万円(費用)117,368百万円(損益)14,425百万円                           |
| 会計監査人との契約              | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> (新日本有限責任監査法人)                |
| 他の主な事業                 | 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅・グループホームの運営、居宅サービス事業                           |

※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

|            |   |
|------------|---|
| FAX番号      | 045-882-0611  |
| ホームページアドレス | <a href="https://www.sompocare.com/">https://www.sompocare.com/</a> |

「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 ・ 有料老人ホーム ・ <input checked="" type="checkbox"/> その他 |  |
| 建築物の耐火構造    | <input checked="" type="checkbox"/> 耐火構造 ・ 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"/> 各居室に4箇所設置 |

|                      |  |  |
|----------------------|--|--|
|                      | 防火管理者  | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 |
|                      | 防災計画   | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 |
| 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>・居室内に4箇所                         |  |
|                      | 安否確認の方法・頻度等<br>・食事や外出等の機会を利用して、毎日少なくとも1回の本人の安否確認を行う。 |  |

「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                | 身元保証人   |
| 生活保護受給者の受入れ対応                   | <input checked="" type="checkbox"/> 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>(事業者からの解約)</p> <p>1 事業者は、次の各号のいずれかに該当したときは、入居者に対し、居室の明渡しを通告し、本契約を解除することができる。</p> <p>(1) 入居時の提出書類に虚偽の事項を記載し、または虚偽の資料を提出し、その他不正の手段を用いて入居したとき</p> <p>(2) 建物賃貸借契約書【表題部】(5)「入居後に支払う費用」記載の月額費用、その他これに準じる事業者に対する支払を2か月以上遅延し、または、正当な理由なくしばしば遅延し、事業者が相当の期間を定めて催告したにもかかわらず支払わなかったとき</p> <p>(3) 建物・付帯設備・敷地を故意または重大な過失により滅失、毀損、汚損したとき</p> <p>(4) 入居者の行動が、他の入居者または職員の身体・生命・精神に危害を及ぼし、または、その危害の切迫したおそれがあり、かつ、サービス付き高齢者向け住宅における通常のサービス提供ではこれを防止することができないとき</p> <p>(5) 建物賃貸借契約書第12条第1項、第2項、第4項、第5項の規定その他本契約の規定に違反し、事業者が相当の期間を定めて催告したにもかかわらず、これを是正しないとき</p> <p>(6) その他、入居者、身元保証人、入居者の家族その他の入居者の関係者が、事業者、職員、他の入居者等に対して社会通念上許容できないような行為を行う等、事業者との信頼関係を破壊する行為があり、本契約を継続することが困難と認められるとき</p> <p>2 事業者は、入居者または身元保証人が次の各号のいずれかに該当したときは、何らの催告・手続きを要せず、直ちに本契約を解除することができる。</p> <p>(1) 建物賃貸借契約書第11条に反する事実が判明したとき、または反していると事業者が合理的に判断したとき</p> <p>(2) 建物賃貸借契約書第12条第3項各号に掲げる行為を行ったとき</p> <p>3 事業者は、本条第1項または第2項に基づき本契約を解除した場合に入居者、身元保証人に損害が生じても何らこれを賠償する</p> |

|                   |         |  |          |
|-------------------|---------|--|----------|
|                   |         | 責任を負わない。<br>(入居者からの解約)<br>1 入居者は、事業者に対して、事業者の定める書面をもって、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。入居者は、事業者に対し、解約日までに居室を明け渡さなければならない。<br>2 前項の規定にかかわらず、入居者は、事業者所定の解約届提出の日から1か月分の賃料、共益費および生活支援サービス費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1か月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。<br>3 入居者は、事業者について、第11条に反する事実が判明したとき、または反していると入居者が合理的に判断したときは、何らの催告を要せず、直ちに本契約を解除することができる。<br>4 入居者は、前項に基づき本契約を解除した場合、事業者に損害が生じても、何らこれを賠償する責任を負わない。 |          |
| 前年度における<br>退去者の状況 | 退去先別の人数 | 自宅等  | 0人       |
|                   |         | 社会福祉施設   | 0人       |
|                   |         | 医療機関   | 3人       |
|                   |         | 死亡者  | 6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) |
| 入居者側の申し出          |         | (解約事由の例)<br>医療機関への入院、死亡退去  | 9人       |
| 体験入居の期間及び費用負担等    |         | 体験入居は行っていない。   |          |

※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

(2022年7月1日現在)

|         |                           |               |      |      |    |
|---------|---------------------------|---------------|------|------|----|
| 入居者内訳   | 性別                        | 男性 16人、女性 40人 |      |      |    |
|         | 介護の<br>要否別                | 自立            | 18人  |      |    |
|         |                           | 要介護 26人       | (内訳) | 要介護1 | 6人 |
|         |                           |               | 要介護2 | 10人  |    |
|         |                           |               | 要介護3 | 4人   |    |
| 要介護4    | 5人                        |               |      |      |    |
| 要介護5    | 1人                        |               |      |      |    |
| 要支援 12人 | (内訳)                      | 要支援1          | 2人   |      |    |
|         |                           | 要支援2          | 10人  |      |    |
| 平均年齢    | 87.8歳 (男性 85.8歳、女性 88.7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                                     | 高齢者の尊厳を敬い、良質な住まいを提供します。   |
| サービスの提供内容に関する特色                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>・自立の方から要介護5の方まで入居可能</li> <li>・介護スタッフが24時間常駐し、生活をサポート</li> <li>・サービス付き高齢者向け住宅のメリットに加えて、介護が必要な方にカスタムメイドケアを提供</li> <li>・入居一時金(敷金、保証金、事務手数料など) 不要</li> </ul> |
| 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) | 第4回運営懇談会を2021年6月に実施。  |

※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)    | SOMP Oケア株式会社 お客様相談窓口 0120-65-1192<br>横浜市 健康福祉局高齢健康福祉部高齢施設課<br>045-671-4117                |        |     |
| 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)   | (1) 関係者への連絡・報告(管理者、事業部長)<br>(2) 主治医へ報告<br>(3) 救急車の手配(消防署への連絡)<br>(4) 家族への連絡<br>(5) 警察への通報 |        |     |
| 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)              | 生活支援サービス契約書 第12条参照  |        |     |
| 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    | 無・ <input checked="" type="checkbox"/><br>有の場合の保険名(損害保険ジャパン株式会社)                          |        |     |
| 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    | 有   | 実施日    |     |
|                                     |   | 結果の開示  | 有 無 |
| <input checked="" type="checkbox"/> |   |        |     |
| 第三者による評価の実施状況                       | 有   | 実施日    |     |
|                                     |   | 評価機関名称 |     |
|                                     |   | 結果の開示  | 有 無 |
| <input checked="" type="checkbox"/> |   |        |     |

(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 一英会 大倉クリニック                    |
|  | 診療科目  | 内科                                  |
|  | 所在地   | 横浜市港南区最戸2-15-42<br>上大岡グリーンハイブ棟-105号 |
|  | 距離及び所要時間  | 車(15分)                              |
|  | 協力内容  | 契約のある方へ在宅診療全般                       |
| 協力歯科医療機関   | 名 称   | 医療法人社団 慶実会 グレースデンタルクリニック            |
|  | 所在地   | 藤沢市湘南台2-17-17<br>グランドメゾン湘南台101号     |
|  | 距離及び所要時間  | 車(50分)                              |
|  | 協力内容  | 契約のある方へ在宅歯科診療全般                     |
| 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） | 住宅は、事故・急病・負傷に関しては、主治医又は協力医療機関との連絡を密にして、迅速かつ適切にしかるべき医療機関への搬送等が行われるような配慮に努めます。<br>入院中も入居契約は継続し、家賃・共益費・生活支援サービス費をお支払いいただきます。 |                                     |

(4) 職員体制

ア 職種別の職員数等

( 2022年 7月 1日現在)

|               | 職 員 数   | 常勤換算後の |        | 夜間勤務職員数<br>( 時～翌 時 )<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   | 8 ( )  |        |                                |                 |
|               | 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    | 1 ( )  |        |                                |                 |
|               | その他職員   | ( )    |        |                                |                 |
| 合 計           | 10 ( )  |        |        |                                |                 |
| 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 <input checked="" type="checkbox"/> あり |     | 2 なし    |     |         |     |
|                         |               | 兼務に係る資格等 |     | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり |     | 資格等の名称                                   |     | 介護福祉士   |     |         |     |
|                         |               |          |     | 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             |               |          |     |  |     | 1  |     |         |     |         |     |
| 応じた業務に従事した職員の人数<br>経年数に | 1年未満          |          |     |  |     | 1  |     |         |     |         |     |
|                         | 1年以上<br>3年未満  |          |     |  |     | 1  |     |         |     |         |     |
|                         | 3年以上<br>5年未満  |          |     |  |     | 0  |     |         |     |         |     |
|                         | 5年以上<br>10年未満 |          |     |  |     | 6  |     |         |     |         |     |
|                         | 10年以上         |          |     |  |     | 0  |     |         |     |         |     |
| 従業者の健康診断の実施状況           |               |          |     | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり |     | 2 なし                                     |     |         |     |         |     |

※生活相談員は介護職員と兼務

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    | 7:00～16:00  |
|  |                     | 日勤    | 9:00～18:00  |
|  |                     | 遅番    | 10:00～19:00 |
|  |                     | 夜勤    | 16:00～翌9:00 |
|  | 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        | 7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 | 2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<br>への<br>情報開示 | 重要事項説明書の公開 | 1 <input type="checkbox"/> 公開 ( 閲覧・ <input type="checkbox"/> 写し交付 )       | 2 非公開 |
|                      | 入居契約書の公開   | 1 <input type="checkbox"/> 公開 ( 閲覧・ <input type="checkbox"/> 写し交付 )       | 2 非公開 |
|                      | 管理規程の公開    | 1 <input type="checkbox"/> 公開 ( 閲覧・ <input type="checkbox"/> 写し交付 )       | 2 非公開 |
|                      | 財務諸表の公開    | 1 <input type="checkbox"/> 公開 ( <input type="checkbox"/> 閲覧:HP ) ・ 写し交付 ) | 2 非公開 |
|                      | 事業収支計画の公開  | 1 <input type="checkbox"/> 公開 ( <input type="checkbox"/> 閲覧:HP ) ・ 写し交付 ) | 2 非公開 |

(6) その他

|   |                     |
|---|---------------------|
| 神奈川県サービス<br>付き高齢者向け住<br>宅整備運営指導指<br>針に適合していな<br>い事項 ※12 | <適合していない事項がある場合の内容> |
|---|---------------------|

※12 県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)<br>に介護を行う場所 |  |
|--------------------------|--|

(2) 住み替える場合の条件等

|  |  |  |
|--|--|--|
| 入<br>を居<br>住後<br>みに<br>替居<br>え室<br>る又<br>場は<br>合施<br>設 | 居室から一時介護室へ移<br>る場合(判断基準・手続、<br>追加費用の要否、居室利<br>用権の取扱い等) |  |
|  | 従前の居室から別の居室<br>へ住み替える場合(同上)                            |  |
|  | 提携ホームへ住み替える<br>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<br>れる「介護保険負担割<br>合証」に記載された利<br>用者負担の割合に応じ<br>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<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                   |

|   |               |           |
|---|---------------|-----------|
| 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<br>証」に記載された利用<br>者負担の割合に応じた<br>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         |                      |

|  |   |
|--|---|
| 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)<br>※14 | <input checked="" type="checkbox"/> 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」

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 時～ 時                | 有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> |               |              |  |              |        |  |              |        |
| ・夜間 時～ 時                | 有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> |               |              |  |              |        |  |              |        |
| ②食事介助                   | 有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> |               |              |  |              |        |  |              |        |
| ③排泄                     |  |               |              |  |              |        |  |              |        |
| ・排泄介助                   | 有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> |               |              |  |              |        |  |              |        |
| ・おむつ交換                  | 有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> |               |              |  |              |        |  |              |        |
| ・おむつ代                   | 有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> |               |              |  |              |        |  |              |        |
| ④入浴等                    |  |               |              |  |              |        |  |              |        |
| ・清拭                     | 有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> |               |              |  |              |        |  |              |        |
| ・一般浴介助                  | 有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> |               |              |  |              |        |  |              |        |
| ・特浴介助                   | 有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> |               |              |  |              |        |  |              |        |
| ⑤身辺介助                   |  |               |              |  |              |        |  |              |        |
| ・体位交換                   | 有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> |               |              |  |              |        |  |              |        |
| ・居室からの移動                | 有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> |               |              |  |              |        |  |              |        |
| ・衣類の着脱                  | 有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> |               |              |  |              |        |  |              |        |
| ・身だしなみ介助                | 有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> |               |              |  |              |        |  |              |        |
| ⑥機能訓練                   | 有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> |               |              |  |              |        |  |              |        |
| ⑦通院の介助                  | 有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> |               |              |  |              |        |  |              |        |
| ⑧緊急時対応                  |  |               |              |  |              |        |  |              |        |
| ・ナースコール                 | 有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> | 必要時           |              | 必要時  |              |        | 必要時                                      |              |        |
| <b>2. 生活サービス</b>        |  |               |              |  |              |        |  |              |        |
| ①家事                     |  |               |              |  |              |        |  |              |        |
| ・清掃                     | 有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> |               |              |  |              |        |  |              |        |
| ・洗濯                     | 有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> |               |              |  |              |        |  |              |        |
| ②居室配膳・下膳                | 有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> |               |              |  |              |        |  |              |        |
| ③理美容                    | 有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> |               |              |  |              |        |  |              |        |
| ④代行                     |  |               |              |  |              |        |  |              |        |
| ・買物                     | 有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> |               |              |  |              |        |  |              |        |
| ・役所手続                   | 有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> |               |              |  |              |        |  |              |        |
| <b>3. 健康管理サービス</b>      |  |               |              |  |              |        |  |              |        |
| ・健康診断                   | 有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> |               |              |  |              |        |  |              |        |
| ・健康相談                   | 有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> |               |              |  |              |        |  |              |        |
| ・生活指導                   | 有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> |               |              |  |              |        |  |              |        |
| ・医師の往診                  | 有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> |               |              |  |              |        |  |              |        |
| <b>4. 入退院時、入院中のサービス</b> |  |               |              |  |              |        |  |              |        |
| ・医療費                    | 有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> |               |              |  |              |        |  |              |        |
| ・移送サービス                 | 有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> |               |              |  |              |        |  |              |        |
| <b>5. その他サービス</b>       |  |               |              |  |              |        |  |              |        |
|                         | 有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> |               |              |  |              |        |  |              |        |

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。