

## 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 東京都新宿区西新宿1-22-2  
株式会社 OA総研  
氏名 代表取締役 駒木 俊祥 印  
代理人 住所  
氏名 印

サービス付き高齢者向け住宅への入居に係る契約を締結するに当たり、高齢者の居住の安定確保に関する法律第17条に基づき、以下の事項について、書面を交付して説明します。

## 1. サービス付き高齢者向け住宅の名称及び所在地

住宅の名称	(ふりがな) じゅじゅよこはまかみおおおか juju横浜上大岡
所在地	(住居表示) 〒233-0007 神奈川県横浜市港南区大久保3-5-53
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 電車（京浜急行電鉄、横浜市営地下鉄ブルーライン線 上大岡駅からバスで9分 降車後、徒歩1分 / または徒歩で17分） <input checked="" type="checkbox"/> 2. その他（バス利用の場合：上大岡駅のバス停より「南高校前」・「久保坂」で下車）
住宅に関する権原	<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 期間            2021年    11月    1日から            2041年    10月    31日まで
施設に関する権原	<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 期間            2021年    11月    1日から            2041年    10月    31日まで
敷地に関する権原	<input type="checkbox"/> 1. 所有権 <input type="checkbox"/> 2. 地上権 <input type="checkbox"/> 3. 賃借権 <input checked="" type="checkbox"/> 4. 使用貸借による権利 期間            2021年    11月    1日から            2041年    10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 又は氏名	(ふりがな) かぶしきがいしゃおーえーそうけん 株式会社OA総研
住所 (法人にあっては 主たる事務所の 所在地)	(郵便番号 160-0023 ) 東京都新宿区西新宿1-22-2 電話番号 03-5909-2003
法人の役員	別添 1 のとおり
法定代理人 (未成年の個人 である場合)	(ふりがな) 商号、名称、又は氏名
	住所(法人 にあっては 主たる事務 所の所在 地) 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) かぶしきがいしゃおーえーそうけん 株式会社OA総研
事務所の所在地	(郵便番号 160-0023 ) 東京都新宿区西新宿1-22-2 電話番号 03-5909-2003

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	90	戸	
居住部分の規模	(最小)	18.69	m <sup>2</sup>	詳細については、別添 3 のとおり
	(最大)	19.08	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	RC	造	階数 地上 5 階建
竣工の年月	1993 年 6 月 4 日			
加齢対応構造等	<input checked="" type="checkbox"/> 登録基準に適合している			
	<input checked="" type="checkbox"/> エレベーターを備えている			
	<input checked="" type="checkbox"/> 緊急通報装置を備えている			

5. サービス付き高齢者向け住宅の入居契約、入居者資格及び入居開始時期  
(居住の用に供する前である場合)

入居契約の別	<input checked="" type="checkbox"/> 賃貸借契約 <input type="checkbox"/> その他
入居契約が賃貸借契約でない場合には、その旨	
終身賃貸事業者の事業の認可	<input type="checkbox"/> 法第52条の認可を受けている
入居者の資格	次の①又は②に該当する者である。 ①単身高齢者世帯 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) <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。)
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	2021 年 12 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 生活相談	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託	約 46,750 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 66,000 円
	入浴等の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 円
	調理等の家事	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 円
	健康の維持増進	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 円
	その他	<input 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 62,000 円	住戸ごとの内容は別添 3 のとおり	
	(最高) 約 62,000 円		
共益費の概算額	(最低) 約 28,000 円		
	(最高) 約 28,000 円		
敷金の概算額	(最低) 約 124,000 円	家賃の 2.0 月分	
	(最高) 約 124,000 円		
前払金※の有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
家賃等の前払金の概算額	(最低) 約 円	(最高) 約 円	
家賃等の前払金の算定の基礎	家賃		
	サービス提供の対価		
返還額の算定方法			
家賃等の前払金の返還債務が消滅するまでの期間	年 月 日まで		
家賃等の前払金の返還額の推移	(※原則として入居契約に定めた契約の始期を起算日とする。)		
前払金の保全措置の内容	<input type="checkbox"/> 銀行による債務の保証 <input type="checkbox"/> 信託会社等による元本補てん又は信託 <input type="checkbox"/> 保険事業者による保証保険 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
特定施設入居者生活介護事業所	<input type="checkbox"/> 指定を受けている		
	<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者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 (契約事項)		
管理業務の委託先		
商号、名称 又は氏名	(ふりがな)	
住 所 (法人にあっては 主たる事務所の 所在地)	(郵便番号)	)
		電話番号
修繕計画		
計画策定の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
大規模修繕の実 施予定	2031年9月1日	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
juju横浜上大岡訪問介護ステーション	入浴・排泄・食事等の「身体介護」や調理・洗濯・清掃などの「生活援助」のサービス	<input checked="" type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
		<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
		<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
		<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <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) )
	電話番号
連携又は協力の 内容	

10. 登録の申請が基本方針（及び高齢者居住安定確保計画）に照らして適切なものである旨

基本方針及び横浜市の高齢者居住安定確保計画に沿って適切に運営します。

上記につきまして、高齢者の居住の安定確保に関する法律第17条に基づく書面による説明を受けました。

年 月 日

借主（乙） 住所

氏名

印

## 役員名簿

(ふりがな) 氏 名	役名等
こまきとしひろ	代表取締役
駒木 俊祥	
おおしたじん	取締役
大下 甚	
おびつやすなり	取締役
小櫃 靖也	
くぼゆたか	監査役
久保 裕	

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。

役 員 名 簿

(ふりがな) 氏 名	役名等

法第6条第1項第4号の役員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。

## 住宅の規模並びに構造及び設備等

## 1. 専用部分の規模並びに構造及び設備等

住棟番号	専用部分の 床面積 (㎡)	構造及び設備※						住戸数 (戸)	住戸番号 (該当するものを全て記載)	月額家賃 (概算額) (円)
		完備	便所	洗面	浴室	台所	収納			
1	18.69	×	○	○	×	×	○	66	209～218、223～230、 309～318、321～328、 409～418、421～428、 509～516、519～522	62,000
1	19.08	×	○	○	×	×	○	24	201～206、301～306、401 ～406、501～506	62,000

注1) 住戸の規模並びに設備及び構造のタイプ別にまとめて記載すること。

注2) 設備及び構造欄の『完備』は、各戸に便所、洗面、浴室、台所及び収納の全てを備えるものを表す。

※有りの場合は、○、無しの場合は×を記載すること。完備の場合は、完備を含め全ての欄に○を記載すること。

## 2. 共同利用設備等

設備等	整備箇所数	合計床面積 (㎡)	整備箇所	想定利用戸数 (戸)	備考
浴室・機械浴、 脱衣室 (トイレ含む)	7	226.66	2～5階	90	2階：1カ所、3階：2カ所 4階：2カ所、5階：2カ所
食堂 (キッチン含む)	7	376.08	1～5階	90	1階：食堂、2階：食堂A・食堂B、 3階：食堂・台所、4階：食堂・台所、 5階：食堂A・食堂B
リビング	1	120.12	1階	90	
洗濯室	4	33.81	2～5階	90	
多目的室	1	96.79	1階	90	

注) 整備箇所は、添付図面との対応関係を明確に記載すること。

別添 4

1. 状況把握及び生活相談サービスの内容

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する		<input type="checkbox"/> 委託する	
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)			
	住所 (法人にあ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 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> 指定居宅サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定地域密着型サービス事業者		<input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護予防サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者 <input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の法人等		
サービスを提供する者の人数	<input type="checkbox"/> 医師	人員	人	<input type="checkbox"/> 社会福祉士	人員 人
	<input type="checkbox"/> 看護師	人員	人	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員	人員 人
	<input type="checkbox"/> 准看護師	人員	人	<input type="checkbox"/> 養成研修修了者	人員 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 6 人
常駐する場所	<input checked="" type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地 <input type="checkbox"/> 近接する土地 (所在地: )				
常駐する日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> 次の期間を除く ( )				
常駐する時間	日中	9 時 0 分	～	18 時 0 分	人員 1 人
	上記以外の時間	18 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	毎食時に配膳・下膳、夜間帯(21時・0時・3時・5時)の巡回				毎日 1 回
<input checked="" 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	各居室のナースコールにより通報			
	通報先	事務室およびスタッフが携帯するスマートフォン	通報先から住宅までの到着予定時間 3 分		
サービス提供の対価(概算額)	月額	約 46,750 円	前払金の		
	前払金	約 0 円	算定方法		
備考					

※サービス提供の対価を月額で設定していない場合は、30日間利用した場合の金額を記載すること。



2. 食事の提供サービスの内容（該当する場合のみ）

提供形態		<input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する <span style="float: right;"><input checked="" type="checkbox"/> 委託する</span>	
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな) かぶしきがいしやれおつく 株式会社LEOC	
	住所 (法人にあつては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 100-0004 ) 東京都千代田区大手町1-1-3 大手町センタービル17階 電話番号 03-5220-8550	
	住所 (法人にあつては本業務に係る事業所の所在地)	(郵便番号 100-0004 ) 東京都千代田区大手町1-1-3 大手町センタービル17階 電話番号 03-5220-8550	
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 66,000 円	内訳 朝食 715 円 昼食 737 円 夕食 748 円
	前払金	約 0 円	前払金の算定方法
備考			

※サービス提供の対価を月額で設定していない場合は、30日間利用した場合の金額を記載すること。

3. 入浴、排せつ、食事等の介護サービスの内容（該当する場合のみ）

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 委託する</span>	
委託する 場合の 委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)	
	住 所 (法人に あつては主 たる事務所 の所在地)	(郵便番号 )	電話番号
	住 所 (法人に あつては本 業務に係る 事業所の所 在 地)	(郵便番号 )	電話番号
提供方法	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	内容	<input checked="" type="checkbox"/> 入浴介護 <input checked="" type="checkbox"/> 排せつ介護 <input checked="" type="checkbox"/> 食事介護 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
サービス提供の 対価（概算額）	月額	約 円	前払金の 算定方法
	前払金	約 0 円	
備考	550円/1回（税込） ＊事前の申し込みが必要です ＊スタッフの手配の状況によってはお受けできない場合もあります ＊詳細は重要事項説明書をご参照ください		

4. 調理、洗濯、掃除等の家事サービスの内容（該当する場合のみ）

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する		<input type="checkbox"/> 委託する	
委託する 場合の 委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)			
	住所 (法人に あつては主 たる事務所 の所在地)	(郵便番号 )		電話番号	
	住所 (法人に あつては本 業務に係る 事業所の所 在 地)	(郵便番号 )		電話番号	
提供方法	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	内容	<input checked="" type="checkbox"/> 調理 <input checked="" type="checkbox"/> 洗濯 <input checked="" type="checkbox"/> 掃除			
		<input type="checkbox"/> その他 ( )			
サービス提供の 対価（概算額）	月額	約	円	前払金の 算定方法	
	前払金	約	0 円		
備考	550円/10分（税込） ＊事前の申し込みが必要です ＊スタッフの手配の状況によってはお受けできない場合もあります ＊詳細は重要事項説明書をご参照ください				

5. 健康の維持増進サービスの内容（該当する場合のみ）

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する		<input type="checkbox"/> 委託する	
委託する 場合の 委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)			
	住所 (法人に あつては主 たる事務所 の所在地)	(郵便番号 )		電話番号	
	住所 (法人に あつては本 業務に係る 事業所の所 在地)	(郵便番号 )		電話番号	
提供方法	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	内容	<input checked="" type="checkbox"/> 健康相談 <input checked="" type="checkbox"/> 血圧等の測定 <input checked="" type="checkbox"/> 定期検診 <input checked="" type="checkbox"/> 通院等の付き添い			
		<input type="checkbox"/> その他 ( )			
サービス提供の 対価（概算額）	月額	約	円	前払金の 算定方法	
	前払金	約	0 円		
備考	550円/10分（税込） ＊事前の申し込みが必要です ＊スタッフの手配の状況によってはお受けできない場合もあります ＊詳細は重要事項説明書をご参照ください				

6. その他のサービスの内容（該当する場合のみ）

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する		<input type="checkbox"/> 委託する	
委託する 場合の 委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)			
	住 所 (法人に あつては主 たる事務所 の所在地)	(郵便番号 )		電話番号	
	住 所 (法人に あつては本 業務に係る 事業所の所 在 地)	(郵便番号 )		電話番号	
提供方法	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	内容	有料サービス			
サービス提供の 対価（概算額）	月額	約	円	前払金の 算定方法	
	前払金	約	0 円		
備考	外出時の同行・買い物代行・各種手続き代行・その他：550円（税込）/10分 電球の交換・窓ふき・その他：550円（税込）/1回  ＊事前の申し込みが必要です ＊スタッフの手配の状況によってはお受けできない場合もあります ＊近隣で購入できるものに限り ＊詳細は重要事項説明書をご参照ください				

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5月26日  
登録番号 浜2020(1)006  
施設名 juju 横浜上大岡

「1. サービス付き高齢者向け住宅の名称及び所在地」について

開設年月日	2021年12月1日
住宅の管理者氏名※1	
電話番号 / FAX番号	045-355-0070 / 045-355-0073
メールアドレス	kamiooka@oa-soken.co.jp
ホームページアドレス	https://oa-soken.co.jp/juju/yokohamakamiooka/

※1 管理者を配置している場合に記入

「2. サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者」について

FAX番号	03-5909-2033
ホームページアドレス	https://oa-soken.co.jp/
資本金(基本財産)	1億5,000万
主な出資者(出捐者)とその金額又は比率 ※2	株式会社ネオキャリア/100%
設立年月日	2019年3月22日
直近の事業収支決算額 ※3	(収益) 円 (費用) 円 (損益) 円
会計監査人との契約	<input checked="" type="radio"/> 無 ・ 有 ( )
他の主な事業	・ 介護施設運営 ・ 医療機関・薬局・介護施設に対する経営コンサルティング ・ 介護施設・医療施設・その他関連施設等の管理

※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	03-5909-2033
ホームページアドレス	https://oa-soken.co.jp/

「4. サービス付き高齢者向け住宅の戸数、規模並びに構造及び設備」について

建築基準法上の主要用途	寄宿舍 ・ <b>共同住宅</b> ・ 有料老人ホーム ・ その他	
建築物の耐火構造	<b>耐火構造</b> ・ 準耐火構造 ・ その他 ( )	
消防用設備等	消火器	無・ <b>有</b>
	自動火災報知設備	無・ <b>有</b>
	火災通報設備	無・ <b>有</b>
	スプリンクラー	無・ <b>有</b>
	防火管理者	無・ <b>有</b>
	防災計画	無・ <b>有</b>
緊急通報装置等 緊急連絡・安否確認	緊急通報装置等の種類及び設置箇所 24時間、各居室のベットサイド、トイレに設置のケアコールにて通報可。事務室及び、各階のケアステーションが受信し、介護職員が駆け付け、必要な際はご家族、かかりつけ医への連絡、救急車の要請等を行います。	
	安否確認の方法・頻度等 ・食事や外出、ゴミ出し等の機会を利用して、毎日少なくとも1回の安否確認を行う。	

「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	連帯保証人及び身元引受人（サービス付き高齢者向け住宅賃貸借契約書約款第23条に基づく）		
生活保護受給者の受入れ対応	否 ・ <b>可</b>		
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	サービス付き高齢者向け住宅賃貸借契約書約款第16・17条に基づく		
退去者の状況 前年度における	退去先別の人数	自宅等	人
		社会福祉施設	人
		医療機関	人
		死亡者	人
		その他	人
	生前解約の状況	事業者側の申し出	(解約事由の例)
入居者側の申し出		人 (解約事由の例)	
体験入居の期間及び費用負担等	11,000円/日 税込		

※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

( 年 月 日現在)

入居者内訳	性別	男性 人、女性 人			
	介護の 要否別	自立 人			
		要介護 人	(内訳)	要介護 1	人
			要介護 2	人	
要介護 3	人				
要介護 4	人				
要介護 5	人				
要支援 人	(内訳)	要支援 1	人		
		要支援 2	人		
平均年齢	歳 (男性 歳、女性 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、県の高齢者居住安定確保計画に沿って、適切に運営します。
サービスの提供内容に関する特色	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護スタッフが24時間常駐</li> <li>・入居者様のプライバシーや感染症のリスクに配慮したバイタルの自動測定・記録機器の利用</li> </ul>
運営懇談会の開催状況 ※6 (開催回数、設置者の役職員を除く参加者数、主な議題等)	年2回開催予定。

※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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・juju横浜上大岡 管理者：045-355-0070</li> <li>・横浜市 健康福祉局高齢健康福祉部高齢施設課：045-671-4117</li> </ul>		
事故発生時の対応 (医療機関等との連携、家族等への連絡方法・説明等)	事故対応マニュアルに基づき、速やかに必要な対応及び措置 (ご家族への連絡、救急車の呼び出し等) を行います。		
事故発生の防止のための指針	無・ <input checked="" type="radio"/>		
損害賠償 (対応方針及び損害保険契約の概要等)	サービス付き高齢者向け住宅賃貸借契約書約款第14条に基づく		
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="radio"/> 有の場合の保険名 (あいおいニッセイ同和損保)		
利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	有	実施日	
		結果の開示	有 無
<input checked="" type="radio"/>			



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
	(無)		

(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	みどりクリニック横浜
	診療科目	内科・精神科・皮膚科
	所在地	神奈川県横浜市戸塚区吉田町602-103
	距離及び所要時間	JR・市営地下鉄「戸塚」駅より徒歩10分
	協力内容	訪問診療
協力歯科医療機関	名 称	
	所在地	
	距離及び所要時間	
	協力内容	
入居者が医療を要する場合の対応（入居者の意思確認、医師の判断、医療機関の選定、費用負担、長期に入院する場合の対応等）		

(4) 職員体制

ア 職種別の職員数等

( 年 月 日現在)

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

注1) 職員数欄の( )内は、非常勤職員数で内数。

2) 直接処遇職員は、要介護者及び要支援者に対して介護サービスを提供する職員と自立者に対して一時的な介護その他日常生活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									
	2 なし										
	看護職員		介護職員		生活相談員		機能訓練指導員		計画作成担当者		
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	
前年度1年間の採用者数											
前年度1年間の退職者数											
応じた業務に従事した職員の人 数に経験年数に	1年未満										
	1年以上 3年未満										
	3年以上 5年未満										
	5年以上 10年未満										
	10年以上										
従業者の健康診断の実施状況				1 あり 2 なし							

ウ 要介護者・要支援者に対する直接処遇職員体制（特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要）

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

	看護職員 早番	:	～	:
	日勤	:	～	:
	遅番	:	～	:
	夜勤	:	～	:

※8 常勤換算後の人数。

※9 常勤換算後の人数。自立者対応の人数を除く。

※10 今年度の平均値は、作成日の前月までの平均値とすること。

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

エ 状況把握(安否確認)および生活相談サービスに係る職員の資格取得状況

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

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

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

(5) 登録事項の情報開示

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

(6) その他

神奈川県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 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)に介護を行う場所	
----------------------	--

(2) 住み替える場合の条件等

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

(3) 介護保険に係る利用料

介護保険に係る利用料(適用を受ける場合は、市区町村から交付される「介護保険負担割合証」に記載された利用者負担の割合に応じた額) ※13	○特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例)		
	区 分	月 額	利用者負担額 (1割の場合/2割の場合)
	要介護1	円	円 / 円
	要介護2	円	円 / 円
	要介護3	円	円 / 円
	要介護4	円	円 / 円
	要介護5	円	円 / 円

介護保険に係る利用料(適用を受ける場合は、市区町村から交付される「介護保険負担割合証」に記載された利用者負担の割合に応じた額) ※13	○各種加算の状況		
	身体拘束廃止取組の有無	(減算型・基準型)	
	退院・退所時連携加算	(無・有)	
	入居継続支援加算	(無・有)	
	生活機能向上連携加算	(無・有)	
	個別機能訓練加算	(無・有)	
	夜間看護体制加算	(無・有)	
	若年性認知症入居者受入加算	(無・有)	
	医療機関連携加算	(無・有)	
	口腔衛生管理体制加算	(無・有)	
	栄養スクリーニング加算	(無・有)	
	看取り介護加算	(無・有)	
	認知症専門ケア加算	(無・有)	(Ⅰ) (Ⅱ)
	サービス提供体制強化加算	(無・有)	(Ⅰ) イ (Ⅰ) ロ (Ⅱ)

	介護職員処遇改善加算	(無・有)	(Ⅲ)
			I
			Ⅱ
			Ⅲ
			Ⅳ
	介護職員等特定処遇改善加算	(無・有)	V
			I
			Ⅱ

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

※13 月額、個別機能訓練加算、夜間看護体制加算、医療機関連携加算、認知症専門ケア加算、サービス提供体制強化加算、介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定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	
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～18時	有	—	—	—	—	—	—	1日1回以上の居室巡回	—	—
・夜間 時～ 時	無	—	—	—	—	—	—	—	—	—
②食事介助										
・食事介助	有	—	—	—	—	—	—	必要時対応	希望時	550円/1回
③排泄										
・排泄介助	有	—	—	—	—	—	—	必要時対応	希望時	550円/1回
・おむつ交換	有	—	—	—	—	—	—	必要時対応	希望時	550円/1回
・おむつ代	有	—	—	—	—	—	—	—	—	実費
④入浴等										
・清拭	有	—	—	—	—	—	—	必要時対応	希望時	550円/1回
・一般浴介助	有	—	—	—	—	—	—	必要時対応	希望時	550円/1回
・特浴介助	有	—	—	—	—	—	—	必要時対応	希望時	1100円/1回
⑤身辺介助										
・体位交換	有	—	—	—	—	—	—	必要時対応	希望時	550円/10分
・居室からの移動	有	—	—	—	—	—	—	必要時対応	希望時	550円/10分
・衣類の着脱	有	—	—	—	—	—	—	必要時対応	希望時	550円/10分
・身だしなみ介助	有	—	—	—	—	—	—	必要時対応	希望時	550円/10分
⑥機能訓練										
・機能訓練	無	—	—	—	—	—	—	—	—	—
⑦通院の介助										
・通院の介助	有	—	—	—	—	—	—	必要時対応	希望時	550円/10分
⑧緊急時対応										
・緊急時対応	有	—	—	—	—	—	—	—	—	—
・ライフリズムナビ（見守りシステム）	有	—	—	—	—	—	—	—	希望時	1650円/月
<b>2. 生活サービス</b>										
①家事										
・清掃	有	—	—	—	—	—	—	必要時対応	希望時	550円/10分
・洗濯	有	—	—	—	—	—	—	必要時対応	生活支援サービス費を含む	—
②居室配膳・下膳										
・居室配膳・下膳	有	—	—	—	—	—	—	必要時対応	希望時	550円/1回
③理美容										
・理美容	有	—	—	—	—	—	—	—	訪問理美容	各種施術別の料金/1回
④代行										
・買物	有	—	—	—	—	—	—	月1回指定日	※利用できる範囲を明確化すること	550円/10分
・役所手続	無	—	—	—	—	—	—	—	—	—
<b>3. 健康管理サービス</b>										
・健康診断	有	—	—	—	—	—	—	—	希望により年2回	自己負担
・健康相談	無	—	—	—	—	—	—	適宜対応	—	—
・生活指導	無	—	—	—	—	—	—	適宜対応	—	—
・医師の往診	有	—	—	—	—	—	—	—	月2回程度	医療保険適用
<b>4. 入退院時、入院中のサービス</b>										
・医療費	無	—	—	—	—	—	—	—	—	医療保険適用
・移送サービス	有	—	—	—	—	—	—	—	希望時（職員付添い）	550円/10分
<b>5. その他サービス</b>										

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。