

登録事項についての説明(高齢者住まい法第17条関係)【参考様式】

年　月　日

登録事項等についての説明

貸主(甲)住所神奈川県三浦市初声町下宮田601-5

株式会社ルナランド 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あたり、高齢者の居住の安定確保に関する第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 神23(1)008)
住宅の名称	(ふりがな) あんじゅみうらかいがん あんじゅ三浦海岸
所在地	(住居表示) 三浦市南下浦町上宮田3368-1
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1.電車(京浜急行 線 三浦海岸 駅から 徒歩 で 6 分) <input type="checkbox"/> 2.その他()
住宅に関する権原	<input checked="" type="checkbox"/> 1.所有権 <input type="checkbox"/> 2.賃借権 <input type="checkbox"/> 3.使用貸借による権利 期間 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
施設に関する権原	<input checked="" type="checkbox"/> 1.所有権 <input type="checkbox"/> 2.賃借権 <input type="checkbox"/> 3.使用貸借による権利 期間 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
敷地に関する権原	<input checked="" type="checkbox"/> 1.所有権 <input type="checkbox"/> 2.地上権 <input type="checkbox"/> 3.賃借権 <input type="checkbox"/> 4.使用貸借による権利 期間 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで

(注)住居表示が決まっていない場合には、地名地番を記載すること。

2. サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者

法人・個人の別	<input checked="" type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 個人
商号、名称 又は氏名	(ふりがな) かぶしきかいしゃ るならんど だいひょうとりしまりやく ふじた さだお 株式会社 ルナランド 代表取締役 藤田 貞夫
住 所 (法人にあっては 主たる事務所の所 在地)	(郵便番号 238-0111) 神奈川県三浦市初声町下宮田601-5 電話番号 046-887-1670
法人の役員	別添 1 のとおり
法定代理人 (未成年の個人 である場合)	(ふりがな) 商号、名称又は氏名 住 所 (法人にあっては 主たる事務所の 所在地) (郵便番号) 電話番号
法人の役員	別添2のとおり

3. サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者の事務所

事務所の名称	(ふりがな) かぶしきかいしゃ るならんど 株式会社 ルナランド
事務所の所在地	(郵便番号 238-0111) 神奈川県三浦市初声町下宮田601-5 電話番号 046-8871670

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 13 戸		
居住部分の規模	(最小) 35、40 m ²		詳細については、別添 3 のとおり
	(最大) 64、07 m ²		
構造及び設備	共同利用設備 ■ あり □ なし		
	構 造 鉄筋コンクリート 造	階 数 地上4 階建	
竣工の年月	1993 年 8 月 24 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"/> 貸貸借契約 <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。 ①単身高齢者世帯 ②高齢者十同居者（配偶者 / 60歳以上の親族 / 要介護認定又は要支援認定を受けている60歳未満の親族 / 特別な理由により同居させる必要があると知事が認める者） （「高齢者」とは、60歳以上の者又は要介護認定若しくは要支援認定を受けている60歳未満の者をいう。）

※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)	
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 50,000 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 49,500 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 107,000 円	住戸ごとの内容は別添 3 のとおり	
	(最高)	約 186,000 円		
共益費の概算額	(最低)	約 15,000 円		
	(最高)	約 20,000 円		
敷金の概算額	(最低)	約 321,000 円	家賃の 3 月分	
	(最高)	約 558,000 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 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		
	<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 (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 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
ルナランドデイサービス	通所介護・介護予防介護	<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
居宅介護支援事業所 ルナランド	居宅介護支援	<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) いりょうほうじんつばさかいみうらかいかんつばさくりにっく 医療法人 つばさ会 三浦海岸 つばさクリニック
事業所の所在地	(郵便番号 238-0101) 神奈川県三浦市南下浦町上宮田3230 マホロバマインズ別館1F 電話番号 046-887-3555
連携又は協力の内容	受診・健康相談

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

基本方針及び県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受けました。

年　　月　　日

借主（　　　　）住所

氏名　　　　　印

役員名簿

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

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。

別添 3

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

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 (m ²)	整備箇所	想定利用戸数 (戸)	備考
台所	1	8.04	2階	13	
食堂	1	22.23	2階	13	居室にも配膳可
居間	1	22.8	2階	13	
収納設備	1	17.7	3階	13	

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 (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"/> 指定居宅介護支援事業者 <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 <input 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 <input type="checkbox"/> 指定地域密着型サービス事業者 <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 0人	<input type="checkbox"/> 社会福祉士	人員 0人	
	<input type="checkbox"/> 看護師	人員 1人	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員	人員 0人	
	<input type="checkbox"/> 准看護師	人員 0人	<input type="checkbox"/> 養成研修修了者	人員 4人	
	<input type="checkbox"/> 介護福祉士	人員 3人	<input type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員 2人	
				合 計	
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	8 時 30分	～	17 時 30分	人員 1人
	上記以外の時間	17 時 30分	～	8 時 30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	夜間1回以上の見回り。喫食・新聞お届け <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 回 1
緊急通報サービスの内容	提供時間	常駐する日	365日 8時 30 分 ～ 17 時 30分		
	上記以外の日	365日 17時 30分 ～ 8 時 30分			
	通報方法	PHS連動型ナースコール			
	通報先	あんじゅ三浦海岸フロント		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 50,000 円	前払金の算定方法		
	前払金	約 0 円			
備考	月額50,000円(税別)にて行われるサービス(日中、来訪者や宅配物の引き継ぎ業務・安否確認・コール対応等) ※詳しくは担当までお問い合わせ下さい。				

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、名称又は氏名	(ふりがな).....		
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号) 電話番号		
	住所 (法人にあっては本業務に係る事業所の所在地)	(郵便番号) 電話番号		
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 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"/> 廉房で調理 <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 49,500 円	内訳	朝食 450 円 昼食 550 円 夕食 650 円
	前払金	約 0 円	前払金の算定方法	
備考	利用分の実費支払。各居室でも食堂でも利用可。各居室利用の場合には配膳・下膳致します。月49,500円は1ヶ月の利用が3食30日の場合の金額(税別)となります。 ※詳しくは担当までお問い合わせ下さい。			

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

3. 入浴、排せつ、食事等の介護サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態	<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する <input type="checkbox"/> 委託する			
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな).....		
	住所 (法人にあって は主たる事務所 の所在地)	(郵便番号) 電話番号		
	住所 (法人にあって は本業務に係 る事業所の所 在地)	(郵便番号) 電話番号		
提供方法	提供日	<input 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 checked="" type="checkbox"/> その他 (15分500円(税別))		
サービス提供の 対価(概算額)	月額	約 0 円	前払金の算定 方法	
	前払金	約 0 円		
備考	要支援・要介護の方は訪問介護事業所と個別契約をすることで介護保険サービスをご利用できます。介護保険対応外の方でも15分500円(税別)にて入浴・排泄・食事介助等を行います。 ※詳しくは担当までお問い合わせ下さい。			

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 (法人にあって は主たる事務所 の所在地)	(郵便番号) 電話番号		
	住所 (法人にあって は本業務に係 る事業所の所 在地)	(郵便番号) 電話番号		
提供方法	提供日	<input 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 checked="" type="checkbox"/> その他 ()		
サービス提供の 対価(概算額)	月額	約 0 円	前払金の算定 方法	
	前払金	約 0 円		
備考	要介護・要支援の方は訪問介護事業所と個別契約をすることで介護保険サービスをご利用できます。介護保険対応外の方でも15分500円(税別)にて調理・洗濯・掃除等を行います。 ※詳しくは担当までお問い合わせ下さい。			

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 (法人にあって は主たる事務所 の所在地)	(郵便番号) 電話番号			
	住所 (法人にあって は本業務に係 る事業所の所 在地)	(郵便番号) 電話番号			
提供方法	提供日	<input type="checkbox"/> 365日対応 <input checked="" type="checkbox"/> その他(週1回居室に看護師が訪室致します。)			
	内容	<input checked="" type="checkbox"/> 健康相談 <input checked="" type="checkbox"/> 血圧等の測定	<input type="checkbox"/> 定期検診		<input type="checkbox"/> 通院等の付き添い
		<input type="checkbox"/> その他 ()			
サービス提供の 対価(概算額)	月額	約 円	前払金の算定 方法		
	前払金	約 円			
備考	上記サービスは状況把握生活相談費(50,000円税別)の中に含まれております。				

6. その他のサービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態	<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する <input type="checkbox"/> 委託する			
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな).....		
	住所 (法人にあって は主たる事務所 の所在地)	(郵便番号) 電話番号		
	住所 (法人にあって は本業務に係 る事業所の所 在地)	(郵便番号) 電話番号		
提供方法	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他()		
	内容	救急搬送やお出かけ付き添い等		
サービス提供の 対価(概算額)	月額	約 円	前払金の算定 方法	
	前払金	約 円		
備考	15分500円(税別)にてお話相手・救急搬送等 日常生活を過ごす上で介護と関連のないことでも隨時相談・対応を承ります。			

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 2016年11月4日

「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	24年 4月 1日
住宅の管理者氏名※1	株式会社 ルナランド
電話番号 / FAX番号	046-874-8012 / 046-874-8016
ホームページアドレス	http://lunaland.co.jp

※1 管理者を配置している場合に記入

「2. サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者」について

FAX番号	046-887-1673
ホームページアドレス	http://lunaland.co.jp
資本金(基本財産)	1,000万円
主な出資者(出捐者)とその金額又は比率※2	藤田 貞夫 100%
設立年月日	平成19年 7月 20日
直近の事業収支決算額※3	(収益)3,230,393円 (費用)262,152,884円 (損益) 0円
会計監査人との契約	無・有 (奥山会計事務所)
他の主な事業	不動産業

※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	046-874-8016
ホームページアドレス	http://lunaland.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	寄宿舎・共同住宅・有料老人ホーム・その他
建築物の耐火構造	耐火構造・準耐火構造・その他()
消防用設備等	消火器 無・有
	自動火災報知設備 無・有
	火災通報設備 無・有
	スプリンクラー 無・有
	防火管理者 無・有
	防災計画 無・有

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 種別 PHS 連動型ナースコール
	設置場所 各戸寝室・トイレ・風呂場 安否確認の方法・頻度等 夜間巡回・食事提供

「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		
生活保護受給者の受け入れ対応	○否・可	
事業者又は入居者が入居契約を解除する場合の事由及び手続等 ※5	事業者側 他入居者への粗暴・悪雑言等の迷惑行為 入居者側 退去日から前30日での解約申請 ※詳細はあんじゅ三浦海岸契約書第10条に記載	
前年度における 退去者の状況	退去先別の人数	自宅等 0人
		社会福祉施設 1人
		医療機関 0人
		死亡者 0人
		その他 0人
	生前解約の状況	事業者側の申し出 0人 (解約事由の例)
		入居者側の申し出 1人 (解約事由の例) 特養入居へ順番が回ってきた為
体験入居の期間及び費用負担等	1泊10,000円	

※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

(2016年10月1日現在)

入居者内訳	性別 介護の 要否別	男性 5人、女性 11人		
		自立 6人	(内訳)	要介護 1 2人 要介護 2 2人 要介護 3 0人 要介護 4 1人 要介護 5 1人
	要介護 6人			
平均年齢		86.1歳(男性 83.2歳、女性 87.4歳)	(内訳)	要支援 1 1人 要支援 2 3人

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	「いつまでも住み慣れた家で暮らしたい」皆様の想いを大切に 1人・1人の利用者様に合わせた、信頼と安心のサービスを提供する。
サービスの提供内容に関する特色	24時間 介護員配備
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)	

※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）	責任者 藤田 直人 窓口 滝澤 葉子 第三者機関の連絡先 一般財団法人 サービス付き高齢者向け住宅協会 03-6433-2200
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）	最寄医療機関・もしくはかかりつけ医療機関への救急搬送・対応者が家族へ連絡
事故発生の防止のための指針	無・有
損害賠償（対応方針及び損害保険契約の概要等）	事故発生時利用する。超ビジネス保険（事業活動包括保険）施設・事業活動遂行事故等（1事故20,000万円）
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・有 有の場合の保険名（東京海上日動火災保険 超ビジネス保険）

(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	三浦海岸 つばさクリニック
	診療科目	内科 小児科 皮膚科 漢方内科
	所在地	〒238-0101 三浦市南下浦町上宮田3230マホロバマインズ別館1F
	距離及び所要時間	徒歩約5分 約400m
	協力内容	受診
協力歯科医療機関	名称	歯の健康福祉サービスステーション
	所在地	神奈川県三浦市南下浦町上宮田3182-5-101メゾナール石井
	距離及び所要時間	徒歩約8分 約800mm
	協力内容	往診

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）	入院・救急医療が必要な場合、選択サービス1時間2160円にて（連帯保証書を除く）入院に必要な物品の準備や家族への連絡を行う。
--	--

(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 人数		夜間勤務職員数 (時～翌時) (最少人数)	備考 (資格・委託等)
		うち自立対応			
従業者 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	保育士・社会福祉主事任用資格

		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	0	3						
前年度1年間の退職者数		0	0	2						
応じた職員の人数に従事した経験年数	1年未満				4					
	1年以上3年未満		1	1	1					
	3年以上5年未満			1						
	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
要支援者的人数	4	4	4
要介護者的人数	7	7	6
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 8：00～17：00 日勤 8：30～17：30 遅番 17：30～20：00 夜勤 20：00～8：00		
	看護職員 早番 :～: 日勤（金曜） 8：30～12：30 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	3人（　人）	看護師	1人（　人）
介護支援専門員	人（　人）	准看護師	人（　人）
介護職員実務者研修修了者	人（　人）	資格なし	2人（　人）
介護職員初任者研修修了者	4人（　人）		

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

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

(5) 登録事項の情報開示

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

(6) その他

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 を居 住後 みに 替居 え室 る又 場は	居室から一時介護室へ移る場合(判断基準・手續、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）	

合施設	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																												
○各種加算の状況																															
<table border="1"> <tr><td>個別機能訓練加算</td><td colspan="3">(無・有)</td></tr> <tr><td>夜間看護体制加算</td><td colspan="3">(無・有)</td></tr> <tr><td>医療機関連携加算</td><td colspan="3">(無・有)</td></tr> <tr><td>看取り介護加算</td><td colspan="3">(無・有)</td></tr> <tr><td>認知症専門ケア加算</td><td>(無・有)</td><td>(I) (II)</td><td></td></tr> <tr><td colspan="2">サービス提供体制強化加算</td><td>(I) イ (I) ロ (II) (III)</td><td></td></tr> <tr><td colspan="2">介護職員処遇改善加算</td><td>(無・有)</td><td>I II III IV</td></tr> </table>				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) (II)		サービス提供体制強化加算		(I) イ (I) ロ (II) (III)		介護職員処遇改善加算		(無・有)	I II III IV
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) (II)																													
サービス提供体制強化加算		(I) イ (I) ロ (II) (III)																													
介護職員処遇改善加算		(無・有)	I II III 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																															
<table border="1"> <tr><td>個別機能訓練加算</td><td colspan="3">(無・有)</td></tr> <tr><td>医療機関連携加算</td><td colspan="3">(無・有)</td></tr> <tr><td>認知症専門ケア加算</td><td>(無・有)</td><td>(I) (II)</td><td></td></tr> <tr><td colspan="2">サービス提供体制強化加算</td><td>(I) イ (I) ロ (II) (III)</td><td></td></tr> <tr><td colspan="2">介護職員処遇改善加算</td><td>(無・有)</td><td>I II III IV</td></tr> </table>				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) (II)		サービス提供体制強化加算		(I) イ (I) ロ (II) (III)		介護職員処遇改善加算		(無・有)	I II III IV								
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) (II)																													
サービス提供体制強化加算		(I) イ (I) ロ (II) (III)																													
介護職員処遇改善加算		(無・有)	I II III IV																												

短期利用の設定（短期利 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）
1. 介護サービス							
①巡回							
・昼間 8時～20時	有		15分毎に	500円（税別）		15分毎に	500円（税別）
・夜間 20時～8時	有	3回までは無料			3回までは無料		3回までは無料
②食事介助	有		15分毎に	500円（税別）		15分毎に	500円（税別）
③排泄							
・排泄介助	有		15分毎に	500円（税別）		15分毎に	500円（税別）
・おむつ交換	有		15分毎に	500円（税別）		15分毎に	500円（税別）
・おむつ代	有		15分毎に	500円（税別）		15分毎に	500円（税別）
④入浴等							
・清拭	有		15分毎に	500円（税別）		15分毎に	500円（税別）
・一般浴介助	有		15分毎に	500円（税別）		15分毎に	500円（税別）
・特浴介助	無						
⑤身辺介助							
・体位交換	有		15分毎に	500円（税別）		15分毎に	500円（税別）
・居室からの移動	有		15分毎に	500円（税別）		15分毎に	500円（税別）
・衣類の着脱	有		15分毎に	500円（税別）		15分毎に	500円（税別）
・身だしなみ介助	有		15分毎に	500円（税別）		15分毎に	500円（税別）
⑥機能訓練	無						
⑦通院の介助	有		15分毎に	500円（税別）		15分毎に	500円（税別）
⑧緊急時対応							
・ナースコール	有		15分毎に	500円（税別）		15分毎に	500円（税別）
2. 生活サービス							
①家事							
・清掃	有		15分毎に	500円（税別）		15分毎に	500円（税別）
・洗濯	有		15分毎に	500円（税別）		15分毎に	500円（税別）
②居室配膳・下膳	有	毎回無料			毎回無料		毎回無料
③理美容	有		1回	2,500円～		1回	500円（税別）
④代行							
・買物	有		1回	500円（税別）		1回	500円（税別）
・役所手続	有		15分毎に	500円（税別）		15分毎に	500円（税別）
3. 健康管理サービス							
・健康診断	無						
・健康相談	有	週1回看護師が訪室			週1回看護師が訪室		週1回看護師が訪室
・生活指導	有	週1回看護師が訪室			週1回看護師が訪室		週1回看護師が訪室
・医師の往診	有		D/rが往診を必要と判断したとき	実費分	D/rが往診を必要と判断したとき	実費分	D/rが往診を必要と判断したとき
4. 入退院時、入院中のサービス							
・医療費	無						
・移送サービス	有		15分毎に	500円（税別）		15分毎に	500円（税別）
5. その他サービス							
	有・無		15分毎に	500円（税別）		15分毎に	500円（税別）

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。