

登録事項についての説明(高齢者住まい法第17条関係)

平成30年 7月 1日

登録事項等についての説明

貸主(甲)住所 横浜市西区北幸2-9-10
株式会社 リビングケア
代表取締役 栗原 尚人 ㊞

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 checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 (従前の登録番号)
住宅の名称	(ふりがな) りびんぐけあゆいのいえよこすかはやし ----- リビングケア唯の家 横須賀林
所在地	(住居表示) 神奈川県横須賀市林4丁目3番8号
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1.電車(京浜急行本線 横須賀中央駅から バスで27分 降車後11分) <input type="checkbox"/> 2.その他()
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 平成 2017年 11月 1日から 平成 2032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 平成 2017年 11月 1日から 平成 2032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 checked="" type="checkbox"/> 3.賃借権 <input type="checkbox"/> 4.使用貸借による権利 期間 平成 2017年 11月 1日から 平成 2032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) かぶしがいいしやりびんぐけあ ----- 株式会社リビングケア	
住所 (法人にあつては 主たる事務所の所 在地)	(郵便番号 220-0004) 神奈川県横浜市西区北幸2-9-10横浜HSビル3階 電話番号 045-620-2006	
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 (法人にあつては 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) りびんぐけあゆいのいえよこすかはやし リビングケア唯の家 横須賀林
事務所の所在地	(郵便番号 238-0315) 神奈川県横須賀市林4丁目3番8号 電話番号 046-845-9771

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	15 戸
居住部分の規模	(最小)	18.20 m ²
	(最大)	18.20 m ²
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	木造
竣工の年月	2017 年 10 月 11 日	階数 2 階建
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。 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) (「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	2017 年 11 月 1 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、 別添 4 のとおり
	状況把握 生活相談	■ 自ら □ 委託	約 30,000 円	
高齢者生活支援サービス	食事の提供	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない	約 42,000 円	
	入浴等の介護	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない	約 円	
	調理等の家事	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない	約 円	
	健康の維持増進	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない	約 円	
	その他	□ 自ら □ 委託 □ 提供しない	約 円	
家賃の概算額	(最低) 約 35,000 円	住戸ごとの内容は別添 3 のとおり		
	(最高) 約 35,000 円			
共益費の概算額	(最低) 約 20,000 円			
	(最高) 約 20,000 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	□ あり ■ 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				
前払金の保全措置の内容	□ 銀行による債務の保証 □ 信託会社等による元本補てん又は信託 □ 保険事業者による保証保険 □ その他()			
特定施設入居者生活介護事業所	□ 指定を受けている 介護保険事業所番号 () ■ 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	□ 指定を受けている 介護保険事業所番号 () ■ 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	□ 指定を受けている 介護保険事業所番号 () ■ 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 (法人にあつては 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
デイサービス唯の風 横須賀林	老人デイサービス事業	<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
リビングケア居宅介護支援事務所	ケアプラン作成	<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

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) でいさーびすゆいのかぜよこすかはやし デイサービス唯の風 横須賀林
事業所の所在地	(郵便番号 238-0315) 神奈川県横須賀市林4丁目3番8号 電話番号 046-845-9771
連携又は協力の内容	入居者の方のリハビリ、レクリエーションの場として、緊密に連携する。
連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) りびんぐけあきょたくかいごしえんじぎょうしょ よこすかはやし リビングケア居宅介護支援事業所 横須賀林
事業所の所在地	(郵便番号 238-0315) 神奈川県横須賀市林4丁目3番8号 電話番号 046-884-9186
連携又は協力の内容	近接する地域にお住いの要支援、要介護の方に対して個別かつ最適なケアプランを作成します。

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

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 1人	
			合 計		人員 3人	
常駐する場所		<input checked="" type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地 <input type="checkbox"/> 近接する土地 (所在地)				
常駐する日		<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> 次の期間を除く()				
常駐する時間	日中	9 時	00分	～	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	食事の都度、状態を確認し適切に対応します。				毎日 3 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 00 分 ～		24 時 00分	
		上記以外の日	<input type="checkbox"/> 24時間			
	通報方法	外部通報システム				
	通報先	コールセンター		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 30,000 円	前払金の算定方法			
	前払金	約 0 円				
備考						

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 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 type="checkbox"/> 厨房で調理 <input type="checkbox"/> 配食サービスを利用 <input checked="" type="checkbox"/> その他(食堂で調理)			
サービス提供の対価(概算額)	月額※	約 42,000 円	内訳	朝食 400 円 昼食 600 円 夕食 400 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		<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 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		居宅サービス計画書に位置付けられたサービスなどを個別の契約によりご利用いただけます。			

4. 調理、洗濯、掃除等の家事サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する		<input type="checkbox"/> 委託する	
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)			
	住所 (法人にあ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 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	円		
備考		上記費用は、状況把握及び生活相談サービスに含まれます。但し、洗濯代は1回につき150円			

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 checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他()		
		内容	<input checked="" type="checkbox"/> 健康相談 <input checked="" type="checkbox"/> 血圧等の測定 <input type="checkbox"/> 定期検診 <input type="checkbox"/> 通院等の付き添い <input type="checkbox"/> その他 ()		
サービス提供の対価(概算額)		月額	約 30,000 円	前払金の算定方法	
		前払金	約 0 円		
備考		上記費用は、状況把握及び生活相談サービスに含まれます。			

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 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 type="checkbox"/> その他()		
		内容			
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					

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 平成 30 年 7 月 1 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	2017年 11 月 1 日
住宅の管理者氏名※1	株式会社リビングケア
電話番号 / F A X 番号	045-620-2006 / 045-620-2032
ホームページアドレス	http://www.livingcare.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

F A X 番号	045-620-2032
ホームページアドレス	http://www.livingcare.jp
資本金(基本財産)	4,000万円
主な出資者(出捐者)とその金額又は比率 ※2	株式会社リビングケア研究所 (100%)
設立年月日	平成 22 年 5 月 19 日
直近の事業収支決算額 ※3	(収益)779274千円 (費用)941967千円 (損益)△162693千円
会計監査人との契約	無
他の主な事業	地域密着型通所介護

※2 出資(出捐)額の多い順に上位3者の氏名又は名称並びに各出資(出捐)額又は比率を記入。

※3 原則として、収益は売上高+営業外収益、費用は売上原価+販売費及び一般管理費+営業外費用、損益は経常利益とする。

「3. サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者の事務所」について

F A X 番号	046-845-9772
ホームページアドレス	http://www.livingcare.jp

「4. サービス付き高齢者向け住宅の戸数、規模並びに構造及び設備」について

建築基準法上の主要用途	寄宿舍 ・ 共同住宅 ・ <u>有料老人ホーム</u> ・ その他	
建築物の耐火構造	耐火構造 ・ <u>準耐火構造</u> ・ その他 ()	
消防用設備等	消火器	有
	自動火災報知設備	有
	火災通報設備	有
	スプリンクラー	有
	防火管理者	有
	防災計画	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 個室にナースコールを設置し常駐時は1階事務室にて受信、 上記以外は外部コールセンターにて対応します
	安否確認の方法・頻度等 食事の都度、状態を確認します。

「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	身元引受人または後見人等の選任の必要あり
生活保護受給者の受入れ対応	不可
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>第11条 甲は、乙が次に掲げる義務に違反した場合において、甲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ないときは、本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 二 第5条第2項に規定する共益費支払義務 三 第7条第3項に規定する状況把握・生活相談サービス料金支払義務 四 前条第1項後段に規定する費用負担義務</p> <p>2 甲は、乙が次に掲げる義務に違反した場合において、甲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本契約を継続することが困難であると認められるに至ったときは、本契約を解除することができる。</p> <p>一 第3条に規定する本物件の使用目的遵守義務 二 第9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乙の義務</p> <p>3 甲は、乙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。</p> <p>4 甲又は乙の一方について、次のいずれかに該当した場合には、その相手方は、何らの催告も要せずして、本契約を解除することができる。</p> <p>一 第8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</p> <p>5 甲は、乙が別表第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。</p>

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	0人	
		医療機関	2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	(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

(平成30年 7月 1日現在)

入居者内訳	性別	男性 6人、女性 9人			
	介護の 要否別	自立 人			
		要介護 15人	(内訳)	要介護 1	3人
			要介護 2	7人	
			要介護 3	1人	
要介護 4	4人				
要介護 5	0人				
要支援 人	(内訳)	要支援 1	人		
		要支援 2	人		
平均年齢	83歳 (男性 82歳、女性 84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	別添「運営基本方針」参照
サービスの提供内容に関する特色	別添「介護サービス等の一覧表」参照
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）	別添「利用者からの苦情に対応するために講ずる措置の概要」参照
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）	急な発病、事故等が発生した場合、速やかに医療機関に連絡し、適切な措置を講ずるとともに、管理者より家族へ緊急対応の経緯を説明します
事故発生の防止のための指針	有
損害賠償（対応方針及び損害保険契約の概要等）	別添「利用者からの苦情に対応するために講ずる措置の概要」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	有 保険名(福祉事業者総合賠償責任保険)

(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	サンライズファミリークリニック
	診療科目	内科全般、在宅医療
	所在地	横須賀市武1-20-17 ライフコート横須賀武山クリニックビル3階
	距離及び所要時間	車で5分
	協力内容	訪問診療、緊急時の往診
協力歯科医療機関	名 称	サンライズファミリークリニック；歯科部門
	所在地	横須賀市武1-20-17 ライフコート横須賀武山クリニックビル3階
	距離及び所要時間	車で5分
	協力内容	訪問診療等
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

(30年 7月 1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	1 ()			介護福祉士
	生活相談員	()			
	直接処遇職員	2 ()			
	介護職員	2 ()			
	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	3 ()					
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		介護福祉士			
		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
前年度1年間の採用者数			1	2			
前年度1年間の退職者数			0	0			
応じた業務に従事した職員の人数 経験年数に	1年未満		0	0			
	1年以上3年未満		1	0			
	3年以上5年未満		0	0			
	5年以上10年未満		0	2			
	10年以上		1	0			
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 (人)	医 師	人 (人)
介護福祉士	2人 (人)	看護師	人 (人)
介護支援専門員	人 (人)	准看護師	人 (人)
介護職員実務者研修修了者	人 (人)	資格なし	人 (人)
介護職員初任者研修修了者	1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	<input checked="" type="checkbox"/> 公開 (閲覧・写し交付)	2 非公開
	入居契約書の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公開 (閲覧・写し交付)	2 非公開
	管理規程の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公開 (閲覧・写し交付)	2 非公開
	財務諸表の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公開 (閲覧・写し交付)	2 非公開
	事業収支計画の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 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

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）	
1. 介護サービス										
①巡回										
・昼間 9時～18時	有	3回程度（体調を考慮）	—		3回程度（体調を考慮）	—		3回程度（体調を考慮）	—	
・夜間 18時～9時	有	3時間おき（体調を考慮）	—		3時間おき（体調を考慮）	—		3時間おき（体調を考慮）	—	
②食事介助	無	—	—		—	—		—	—	
③排泄										
・排泄介助	無	—	—		—	—		—	—	
・おむつ交換	無	—	—		—	—		—	—	
・おむつ代	有	—	—		—	必要時対応	実費	—	必要時対応	実費
④入浴等										
・清拭	無	—	—		—	—		—	—	
・一般浴介助	無	—	—		—	—		—	—	
・特浴介助	無	—	—		—	—		—	—	
⑤身辺介助										
・体位交換	有	—	—		体調不良時	—		体調不良時	—	
・居室からの移動	有	—	—		必要時対応	—		必要時対応	—	
・衣類の着脱	無	—	—		—	—		—	—	
・身だしなみ介助	無	—	—		—	—		—	—	
⑥機能訓練	無	—	—		—	—		—	—	
⑦通院の介助	無	—	—		—	—		—	—	
⑧緊急時対応										
・ナースコール	有	必要時対応	—		必要時対応	—		必要時対応	—	
2. 生活サービス										
①家事										
・清掃	有	週1回程度	—		週1回程度	—		週1回程度	—	
・洗濯	有	—	必要時対応	150円/回	—	必要時対応	150円/回	—	必要時対応	150円/回
②居室配膳・下膳	有	体調不良時のみ対応	—		体調不良時のみ対応	—		体調不良時のみ対応	—	
③理美容	有	—	訪問理容師対応	実費	—	訪問理容師対応	実費	—	訪問理容師対応	実費
④代行										
・買物	無	—	—		—	—		—	—	
・役所手続	無	—	—		—	—		—	—	
3. 健康管理サービス										
・健康診断	有	—	年1回	実費	—	年1回	実費	—	年1回	実費
・健康相談	有	適宜対応	—		適宜対応	—		適宜対応	—	
・生活指導	有	適宜対応	—		適宜対応	—		適宜対応	—	
・医師の往診	有	—	適宜対応	実費	—	月2回程度	実費	—	月2回程度	実費
4. 入退院時、入院中のサービス										
・医療費	無	—	—	医療保険適用	—	—	医療保険適用	—	—	医療保険適用
・移送サービス	無	—	—		—	—		—	—	
5. その他サービス										
	有・無									

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。

横須賀市有料老人ホーム設置運営指導指針 適合表

(本表は、指導指針の「建物の規模及び構造設備」の主な項目について、適合の有無を確認するものです。)

No.	指針項目	設備の有無	適合・不適合	不適合となっている項目についてチェック	備考(代替措置・改善計画等)
1	居室 (一時介護室)		適合	<input type="checkbox"/> 個室ではない(相部屋がある)。 <input type="checkbox"/> 面積が13㎡以上(夫婦等居室は一人当たり10.65㎡以上)な <input type="checkbox"/> 界壁で区別されていない。 <input type="checkbox"/> 地下に居室がある。 <input type="checkbox"/> 出入口が空地、廊下又は広間に直接面していない。	
2	食堂	有	適合	<input type="checkbox"/> 手指を洗浄する設備がない。	
3	浴室	有	不適合	<input type="checkbox"/> 手すりがない。 <input type="checkbox"/> スロープがない。 <input type="checkbox"/> 浴槽用リフトがない。 (要介護者等を入居対象とする場合) <input checked="" type="checkbox"/> 介護浴槽(機械浴等)を設けていない。	入居者の身体状態を確認の上、併設する通所介護の機械浴槽を利用する
4	便所	有	不適合	<input type="checkbox"/> 居室内未設置又は居室の近くにない。 <input checked="" type="checkbox"/> 常夜灯がない。 <input type="checkbox"/> 手すりがない。 <input checked="" type="checkbox"/> 共用使用の便所が男女別に整備されていない。	各戸にトイレがあり、共用トイレ使用時は男女のプライバシーに配慮して利用いたします。
5	洗面設備	有	適合	<input type="checkbox"/> 居室内未設置又は居室の近くにない。 <input type="checkbox"/> 車椅子使用者に対応していない。 <input type="checkbox"/> 手すり等がない。 <input type="checkbox"/> 洗剤等を保管する設備がない。	
6	医務室 (健康管理室)	非該当	適合	<input type="checkbox"/> 医薬品等を錠付ロッカーなどで管理していない。 (介護付有料老人ホームの場合) <input type="checkbox"/> 医務室(又は健康管理室)を設置していない。	
7	談話室	有			
8	面談室	無			
9	汚物処理室	有	不適合	<input checked="" type="checkbox"/> 居室のある階ごとに設置していない	トイレに処理用袋、手袋等を常備し適切に感染臭気対応している
10	看護・介護職員室	無	適合	(介護付有料老人ホームの場合) <input type="checkbox"/> 居室のある階ごとに設置していない。 <input type="checkbox"/> 談話室や廊下等を見通すことができる形状となっていない。	
11	エレベーター	有	不適合	<input checked="" type="checkbox"/> ストレッチャーを収納できない。 <input type="checkbox"/> 手すり等がない。	抱えて乗る
12	スプリンクラー	有			
13	緊急通報装置	有	適合	(未設置箇所) <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 一時介護室 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 脱衣室 <input type="checkbox"/> 便所 <input type="checkbox"/> エレベーター	
14	廊下		適合	<input type="checkbox"/> 廊下幅が1.8m(1.4m※)以上ない。 <input type="checkbox"/> 手すり等がない。 <input type="checkbox"/> 両側に手すりがない。 <input type="checkbox"/> 連続して手すりが設けられていない。 ※すべての居室が個室で、床面積が18㎡以上であって、かつ、居室内に便所及び洗面設備が設置されている場合は廊下の有効幅員は1.4m以上とすることができる。	
15	居室等の出入口		適合	<input type="checkbox"/> 引き戸やドアハンドル等を備えていない。	

その他(上記項目以外の主な指針不適合事項)

例(夜間対応職員を配置していない、前払金の保全措置を講じていない等、事業者が入居者に説明すべきと考える事項を記載してください。)

※ 代替措置、改善計画等は、別紙で明記することも可能とします。