

登録事項についての説明(高齢者住まい法第17条関係)

西暦 年 月 日

登録事項等についての説明

貸主(甲)住所 神奈川県川崎市川崎区砂子1-2-4
 氏名 プラウドライフ株式会社
 代表取締役 峰山 正樹 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	新規 更新 (従前の登録番号 須25(1)001)
住宅の名称	(ふりがな) さーびすつきこうれいしゃむげじゅうたくはなことばよこすかきぬがさ サービス付き高齢者向け住宅はなことば横須賀衣笠
所在地	(住居表示) 〒238-0025 神奈川県横須賀市衣笠町44-5
利用交通手段	1.電車(京急本 線 横須賀中央 駅から バス で 19分) 「金子(かなご)」バス停より徒歩3分)
住宅に関する 権原	1.所有権 2.賃借権 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	1.所有権 2.賃借権 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	1.所有権 2.地上権 3.賃借権 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	法人 個人	
商号、名称 又は氏名	(ふりがな) ぷらうどらいふかぶしきかいしゃ プラウドライフ株式会社	
住 所 (法人にあっては 主たる事務所の所 在地)	(郵便番号 210-0006) 神奈川県川崎市川崎区砂子1丁目2番地4川崎砂子ビルディング8階 電話番号 044-589-2713	
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) ぷらうどらいふかぶしきかいしゃ プラウドライフ株式会社
事務所の所在地	(郵便番号 210-0006) 神奈川県川崎市川崎区砂子1丁目2番地4川崎砂子ビルディング8階 電話番号 044-589-2713

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	56 戸
居住部分の規模	(最小)	18.12 m ²
	(最大)	21.75 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
竣工の年月	2014 年 10 月 31 日	階数 地上4 階建
加齢対応構造等	登録基準に適合している	
	エレベーターを備えている	
	緊急通報装置を備えている	

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

入居契約の別	賃貸借契約 その他
終身賃貸事業者の事業の認可	法第52条の認可を受けている
入居者の資格	次の 又は に該当する者である。 単身高齢者世帯 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	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、 重要事項説明書 「別添1」のとおり	
	自ら	委託	提供しない			
高齢者生活支援サービス	状況把握 生活相談	自ら	委託	提供しない		約 11,000 円
	食事の提供	自ら	委託	提供しない		約 57,200 円
	入浴等の介護	自ら	委託	提供しない		約 0 円
	調理等の家事	自ら	委託	提供しない		約 0 円
	健康の維持増進	自ら	委託	提供しない	約 0 円	
その他	自ら	委託	提供しない	約 0 円		
家賃の概算額	(最低) 約 74,000 円	住戸ごとの内容は別添 3 のとおり				
	(最高) 約 74,000 円					
共益費の概算額	(最低) 約 44,990 円					
	(最高) 約 44,990 円					
敷金の概算額	(最低) 約 222,000 円	家賃の 3 月分				
	(最高) 約 222,000 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 保険事業者による保証保険	信託会社等による元本補てん又は信託 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。

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
笑がおの訪問介護ステーション	(介護予防)訪問介護	同一の建築物内 同一の敷地内 隣接する土地
笑がおのケアマネジャー	居宅介護支援	同一の建築物内 同一の敷地内 隣接する土地
		同一の建築物内 同一の敷地内 隣接する土地
		同一の建築物内 同一の敷地内 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) こんぷいーときぬがさくりにっく コンフォート衣笠クリニック
事業所の所在地	(郵便番号 238-0025) 神奈川県横須賀市衣笠町44-4 電話番号 046-887-0432
連携又は協力の内容	協力医療機関として週1回以上の往診

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) ういれっじきぬがさしかしんりょうじょ ヴィレッジ衣笠歯科診療所
事業所の所在地	(郵便番号 238-0025) 神奈川県横須賀市衣笠町44-4 電話番号 046-874-9063
連携又は協力の内容	協力歯科医院として定期的に往診

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) いっきづかやっきょく 一騎塚薬局
事業所の所在地	(郵便番号 238-0315) 神奈川県横須賀市林1-23-6 電話番号 046-856-3919
連携又は協力の内容	協力調剤薬局として薬の管理及び配達

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) さんらいずふぁみりーくりにつく サンライズファミリークリニック
事業所の所在地	(郵便番号 238-0313) 神奈川県横須賀市武1-20-17 電話番号 046-876-8811
連携又は協力の内容	協力医療機関として週1回以上の往診

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

基本方針及び神奈川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。

西暦 年 月 日

借主 ()

氏名

印

別添 4

提供形態		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		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	医療法人 社会福祉法人 指定居宅サービス事業者 指定地域密着型サービス事業者		指定居宅介護支援事業者 指定介護予防サービス事業者 指定介護予防支援事業者 上記以外の法人等		
サービスを提供 する者の人数	医師	人員	人	社会福祉士	人員 1人
	看護師	人員	2人	介護支援専門員	人員 2人
	准看護師	人員	人	養成研修修了者	人員 13人
	介護福祉士	人員	21人	上記以外の職員	人員 2人
				合計	人員 39人
常駐する場所	同一の敷地内 隣接する土地 近接する土地 (所在地)				
常駐する日	365日対応 次の期間を除く()				
常駐する時間	日中	9時	00分	~	18時 00分 人員 1人
	上記以外の時間	18時	00分	~	9時 00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	ラウンドにて				毎日 4回
	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	24時間		
	通報方法	ナースコール			
	通報先	各フロアーのヘルパーステーション及び1階事務所	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 11,000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		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		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) ひとつふーどさーびすかぶしきかいしゃ HITOWAフードサービス株式会社			
	住所 (法人にあって は主たる事務所 の所在地)	(郵便番号 108 - 6215)	東京都港区港南2-15-3品川インターシティC棟 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		食堂	各居住部分	その他()	
提供方法	提供日	365日対応	その他()		
	内容	3食	入居者が選択	次の食事は提供しない()	
	調理等	厨房で調理	配食サービスを利用	その他()	
サービス提供の 対価(概算額)	月額	約 57,200 円	内訳	朝食 275 円	昼食 440 円 夕食 385 円
	前払金	約 0 円	前払金の算定 方法		
備考	月額費用内で厨房維持費を頂いております。 月額内訳(食材費33,000円 + 厨房管理費24,200円 = 57,200円) 食事提供サービスとは別に、別途「おやつ」の提供を行います。110円/回				

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		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		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	365日対応 その他()	
		内容	入浴介護 排せつ介護 食事介護 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	介護保険により訪問介護、訪問看護の利用も可能です。 介護保険を利用されない方は、介護職員によるサービス提供も行います。 費用については重要事項説明書「別添1」参照。			

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		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		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	365日対応 その他()	
		内容	調理 洗濯 掃除 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	介護保険により訪問介護の利用も可能です。 介護保険を利用されない方は、介護職員によるサービス提供も行います。 費用については重要事項説明書「別添1」参照。			

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		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		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	365日対応 その他()		
		内容	健康相談	血圧等の測定	定期検診
		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	費用は状況把握、生活相談サービス費に含みます。ただし、定期健診(健康診断)等に要する実費は、別途利用者の負担となります。				

6. その他のサービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		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		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	365日対応 その他()		
		内容	買い物等代行、通院等の付添サービス		
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	買物代行・通院等の付添サービス費用は、30分単位1,100円で行います。				

3 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 2025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	2014年 7月 1日
住宅の管理者氏名 1	松野 衣代
電話番号 / F A X 番号	046-837-8758 / 046-837-8759
ホームページアドレス	https://www.hanakotoba.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

F A X 番号	044-589-2714
ホームページアドレス	https://www.hanakotoba.co.jp
資本金(基本財産)	3,000千円
主な出資者(出捐者)とその金額又は比率 2	ソニー・ライフケア株式会社(100%)
設立年月日	2006年 7月 3日
直近の事業収支決算額 3	(収益)9,195,821千円 (費用)9,096,796千円 (損益)99,023千円
会計監査人との契約	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有 ()
他の主な事業	有料老人ホームの管理・運営・企画

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	044-589-2714
ホームページアドレス	https://www.hanakotoba.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 ・ 共同住宅 ・ <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム ・ その他	
建築物の耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 耐火構造 ・ <input type="checkbox"/> 準耐火構造 ・ その他 ()	
消防用設備等	消火器	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有
	自動火災報知設備	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有
	火災通報設備	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有
	スプリンクラー	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有
	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 緊急連絡・安否確認	緊急通報装置等の種類及び設置箇所 各戸及び共用施設（浴室、共同トイレ）にナースコールを設置。
	安否確認の方法・頻度等 原則として見守りシステム（以下、ライフリズムナビ@Dr.）を利用して画面上で見守りを行い、必要時にはスタッフが直接訪問いたします。 ライフリズムナビ@Dr.は、各種センサーを用いて、ベッド上での睡眠・覚醒、心拍数・呼吸数、臥床・離床、体動・起き上がりなどの状態、居室内の温湿度などを検知するシステムです。 これは、お客様の状態に応じた通知条件設定を行なうことで、お一人おひとり行動パターンに応じた対応を可能とするものです。事務所やスタッフが携帯する端末と連動しており、設定条件に合致、もしくは異常時にスタッフへ通知されるほか、必要時はスタッフが端末を操作して随時ご状態を確認することが可能です。ライフリズムナビ@Dr.の情報や、お客様からのナースコールでの通話対応とともに、居室を訪問し、状態の確認及び適切なケアを提供します。 また、お客様のご体調変化により、密な目視確認が必要とされる場合には、随時訪問し、適切なケアを行ないます。

「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	身元引受人は、本契約に基づく入居者の事業者に対する債務について、入居者と連帯して履行の責を負います。また、必要なときには、入居者の身柄を引き取ります。
生活保護受給者の受入れ対応	<input checked="" type="checkbox"/> ・ 可
事業者又は入居者が入居契約を解除する場合の事由及び手続等 5	<p>事業者は、入居者が正当な理由なく、次に掲げる義務に3か月以上違反した場合において、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、契約を解除することができる。</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 入居契約書第4条第1項に規定する賃料支払義務 二 同第5条第1項に規定する共益費支払義務 三 同第7条第1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 同第8条第1項に規定する食事提供、その他サービス料金支払義務 五 同第17条第1項後段に規定する費用負担義務 <p>2 入居者が次に掲げる義務に違反した場合において、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> <ul style="list-style-type: none"> (1) 第3条に規定する本物件の使用目的遵守義務 (2) 第16条各項に規定する義務 (3) その他本契約書に規定する乙の義務

		<p>3 入居者が年齢を偽って入居資格を有すると誤認させるなどの不正の行為によって本物件に入居したときは、本契約を解除することができる。</p> <p>4 入居者および身元引受人の行動が、自傷または他の居住者あるいは従業員の生命、身体または財産に危害を及ぼす恐れがあり、かつ通常の注意と生活支援方法では、これを防止することができず、本契約を将来にわたって継続することが社会通念上著しく困難であると認められる場合に、本契約を解除することができる。</p>	
退去者の状況 前年度における	退去先別の人数	自宅等	0人
		社会福祉施設	8人
		医療機関	2人
		死亡者	7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) 他施設への転居		17人	
体験入居の期間及び費用負担等	1泊2日9,900円、最長14日		

4 入居契約書に身元引受人や後見人等の選任を定めている場合に記入

5 入居契約の条項に沿って、解除の事由及び手続、予告期間、前払金の返還時期等を正確に記入。

(2) 入居状況等

(2025年7月1日現在)

入居者内訳	性別	男性 17人、女性 38人			
	介護の 要否別	自立	0人		
		要介護 55人	(内訳)	要介護 1	16人
				要介護 2	16人
				要介護 3	11人
要介護 4	9人				
要介護 5	2人				
要支援 人	(内訳)	要支援 1	人		
要支援 2		人			
平均年齢	88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	「健やか 100 年人生」を合言葉として、食事サービス・健康管理サービス・介護サービスを中心に自立の方から要介護者の方まで“安心して快適に生活を送ることができる施設”“ここに入居して良かったと入居者、ご家族に思っただけの施設”を目指し様々なサー
----------	--

	ビスを終身にわたって提供いたします。
サービスの提供内容に関する特色	ここに暮らすすべてのお客様が「おはよう」から「おやすみ」まで、どんな時にも楽しく穏やかでいられるよう私たちはいつも『笑顔』を忘れず、お一人おひとりに寄り添ってまいります。
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1回実施(令和6年度) 2024年9月 出席者 5名 ・今年度の施設運営状況報告 ・事故報告及び苦情の申立状況と対応について

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)	相談窓口：担当者 ホーム長 松野 衣代 連絡先：046-837-8758 プライドライフ(株) 相談窓口 連絡先：0120-913-880 第三者機関の連絡先 民生局福祉こども部指導監査課施設介護サービス担当 所在地：横須賀市小川町11 連絡先：046-822-8162
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)	事故が発生した場合は、速やかに医療機関に連絡し対応いたします。医療機関に受診が必要な場合は、速やかに受診し、ご家族へ事故の経過等の詳細を説明いたします。
事故発生の防止のための指針	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 事故防止、防犯の観点より、原則、居室窓を施錠(開放制限)いたします。 但し、日常生活上、特段の理由がある場合は、事務所へお申し出ください。
損害賠償(対応方針及び損害保険契約の概要等)	事故が発生し、入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、損害保険等の手配を行い、誠実に対応いたします。ただし、天災等の不可抗力は除きます。
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"/> 有 有の場合の保険名 (ソニーグループ損害保険プログラム 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
	所在地	横須賀市武1-20-17
	距離及び所要時間	5km 10分
	協力内容	診察のための医師の派遣、入院治療を要する場合の受け入れまたは他の医療機関の紹介
	名称	コンフォート衣笠クリニック
	診療科目	内科
	所在地	横須賀市衣笠町44-4
距離及び所要時間	0km 0分	

	協力内容	診察のための医師の派遣、入院治療を要する場合の受け入れまたは他の医療機関の紹介
協力歯科医療機関	名 称	ヴィレッジ衣笠歯科診療所
	所在地	横須賀市衣笠町44-4
	距離及び所要時間	0km 0分
	協力内 容	診察のための医師の派遣、特別な治療を要する場合は他の医療機関の紹介
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）		<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関等への通院付添い等に係る費用は、規定の料金をお支払いいただきます。 ・医師の判断を基本として、入居者及びご家族とご相談いただき、協力医療機関又は希望する病院に入院となった場合、入院期間中は、月額利用料のうち管理費及び家賃相当額、厨房維持費のお支払いが必要です。 ・入院に係る費用は入居者の負担となります。 ・入院中も、住宅の都合で居室を使用することはありません。

(4) 職員体制

ア 職種別の職員数等

(2025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 ()	/		
	生活相談員	1 ()			
	直接処遇職員	30 (19)			
	介護職員	28 (17)			
	看護職員	2 (1)			
	機能訓練指導員	()			
	理学療法士	()			
	作業療法士	()			
	その他	()			
	計画作成担当者	()			
	医師	()			
	栄養士	()			
	調理員	()			
	事務職員	1 ()			
	その他職員	2 (2)			
合 計	35 (21)				
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に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
常勤換算算出方法 週勤務時間 32 時間で除して算出。

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 <input type="checkbox"/> 2 なし <input checked="" type="checkbox"/>						
	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		1		4	3						
前年度1年間の退職者数				3	3						
応じた業務に従事した経験年数に 業務に従事した職員の人数	1年未満	1		1	2						
	1年以上 3年未満		1	4	8						
	3年以上 5年未満			3	4	1					
	5年以上 10年未満			4	1						
	10年以上										
従業者の健康診断の実施状況				1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input type="checkbox"/>							

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	21人(12人)	看護師	2人(人)
介護支援専門員	1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	7人(5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・ <input checked="" type="checkbox"/> 写し交付)	2 非公開
	入居契約書の公開	1 公開(閲覧・ <input checked="" type="checkbox"/> 写し交付)	2 非公開
	管理規程の公開	1 公開(閲覧・ <input checked="" type="checkbox"/> 写し交付)	2 非公開
	財務諸表の公開	1 公開(<input type="checkbox"/> 閲覧・ <input type="checkbox"/> 写し交付)	2 非公開
	事業収支計画の公開	1 公開(<input type="checkbox"/> 閲覧・ <input type="checkbox"/> 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
	各種加算の状況		
	個別機能訓練加算		(無・有)
	夜間看護体制加算		(無・有)
	医療機関連携加算		(無・有)
	看取り介護加算		(無・有)
	認知症専門ケア加算	(無・有)	()
			()
	サービス提供体制強化加算	(無・有)	()イ
()ロ			
()			
()			
介護職員処遇改善加算	(無・有)	()	
		()	
		()	
		()	
介護予防特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例)			
区 分	月 額	利用者負担額 (1割の場合/2割の場合)	
要支援1	円	円 / 円	
要支援2	円	円 / 円	
各種加算の状況			
個別機能訓練加算		(無・有)	
医療機関連携加算		(無・有)	
認知症専門ケア加算	(無・有)	()	
		()	
サービス提供体制強化加算	(無・有)	()イ	
		()ロ	
		()	
		()	
介護職員処遇改善加算	(無・有)	()	
		()	
		()	
		()	
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）