

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 令和 5 年 7 月 1 日

登録番号 浜 27 (1) 012

施設名 和み邸・横浜

## 「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	平成29年 2月 1日
住宅の管理者氏名※1	長部 嘉信
電話番号 / F A X 番号	045-476-1333 / 045-476-1334
メールアドレス	<a href="mailto:nagomitei@kamoibyoun.or.jp">nagomitei@kamoibyoun.or.jp</a>
ホームページアドレス	<a href="http://www.kamoibyoun.or.jp">http://www.kamoibyoun.or.jp</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

F A X 番号	045-934-0646
ホームページアドレス	<a href="http://www.kamoibyoun.or.jp">http://www.kamoibyoun.or.jp</a>
資本金(基本財産)	98,000千円
主な出資者(出捐者)とその 金額又は比率 ※2	菊池 孝子 (44.0%) 荒井 ゆかり (41.3%) 菊池 さおり (13.5%)
設立年月日	昭和48年 9月 1日
直近の事業収支決算額 ※3	(収益) 2,127,237千円 (費用) 1,909,434千円 (損益) 217,803千円
会計監査人との契約	なし・ <b>あり</b> (税理士法人フォース)
他の主な事業	病院運営・病児保育委託事業・介護保険指定事業 (居宅療 養管理指導・訪問看護・訪問介護・訪問リハビリ・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	045-933-6766
----------	--------------

ホームページアドレス	http://www.kamoibyoun.or.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 ・ 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	なし・あり
	自動火災報知設備	なし・あり
	火災通報設備	なし・あり
	スプリンクラー	なし・あり
	防火管理者	なし・あり
	防災計画	なし・あり
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 種類：ナースコール 設置場所：各居室（ベッドサイド壁面・トイレ壁面） 共同トイレ壁面・共同浴室壁面 ※火災通報装置・火災報知器・誘導灯 設置あり	
	安否確認の方法・頻度等 日中：ゴミ回収時・食堂への誘導時 夜間：3時間に1回以上 ナースコール：随時対応	

「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	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、必要な時に入居者の身柄および残置物を引き取ります。
生活保護受給者の受入れ対応	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	<p>1. 債務不履行による場合</p> <p>事業者は、利用者が正当な理由なく事業者を支払うべきサービス利用料を3か月以上滞納した場合において利用者に対し、相当な期間を定めてもなお期間内に滞納額の全額の支払いがないときは、この契約を解除することがあります。</p> <p>2. 中途解除について</p> <p>事業者は、利用者に対し、契約の有効期間内であっても正当な理由があると認められる場合には、少なくとも6か月前までに予告することにより、契約を解除することができます。</p>

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	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	0人 (解約事由の例)
		入居者側の申し出	3人 (解約事由の例) 特別養護老人ホームに転居
体験入居の期間及び費用負担等	※設定なし		

※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

(令和5年7月1日現在)

入居者内訳	性別	男性 9人、女性 19人			
	介護の 要否別	自立	0人		
		要介護 26人	(内訳)	要介護1	6人
			要介護2	10人	
			要介護3	2人	
要介護4	6人				
要介護5	2人				
要支援 2人	(内訳)	要支援1	2人		
		要支援2	0人		
平均年齢	歳 (男性 82.7歳、女性 90.5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	入居者・ご家族・スタッフ・地域との和(交流)を大切にします。
----------	--------------------------------

サービスの提供内容に関する特色	訪問介護・訪問看護・訪問リハビリ等の介護保険サービスを受けることができます。
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)	開催回数：年2回(8月・2月) 参加人数：※文書開催(資料添付) 主な議題：①入居者の状況 ②サービス提供の状況 ③収支の状況 ④苦情・事故に関する事項等を報告・説明し、入居者及びご家族の要望・意見を確認し運営に反映させる。

※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)	担当責任者を配置し、その都度協議し適切に対応致します。 相談窓口：1階 事務室 責任者：長部 嘉信 連絡先：045-476-1333 第三者機関の連絡先 横浜市健康福祉局高齢施設課 045-671-4117 横浜市建築局住宅政策課 045-671-4121		
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応急処置、協力医療機関である鴨居病院へ連絡・搬送、または119番通報により適切な他の医療機関への搬送を行うと共に、施設長により家族へ連絡を行う。また関係市町村への事故報告を行う。		
事故発生の防止のための指針	なし・あり		
損害賠償(対応方針及び損害保険契約の概要等)	サービス提供等に当たり事故が発生し、生命、身体、財産等に障害が生じた場合は、天災、暴動等、入居者の故意によるものを除き、速やかに損害を賠償します。		
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	なし・あり ありの場合の保険名(損害保険ジャパン 日本興亜損保株式会社：介護事業者&福祉事業者向け賠償責任保険)		
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	1 あり	実施日	
	2 なし	結果の開示	1 あり 2 なし
第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし

	2 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">なし</span>
--	--

(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	医療法人社団 鴨居病院
	診療科目	内・消・循・呼・小・外・整・形・皮・泌
	所在地	神奈川県横浜市緑区鴨居5-27-10
	距離及び所要時間	約1.0km 車にて約5分
	協力内容	訪問診療（週1回）・外来受診・入院加療・緊急時対応（外来・入院）
協力歯科医療機関	名 称	浅野歯科
	所在地	神奈川県横浜市緑区鴨居1-7-4 Ethos1F-A
	距離及び所要時間	約1.2km 車にて約7分
	協力内容	歯科外来受診・訪問歯科診療
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）	主治医が必要と認め、入居者ご本人およびご家族に同意を得た上で、協力医療機関の医師により、原則週1回の訪問診療を受ける事が可能。外来受診・入院が必要となった場合は入居者ご本人およびご家族の希望される医療機関へ搬送します。（協力医療機関である鴨居病院への通院・入院に伴う移動に関する費用は施設にて負担する。）入院中は、家賃・共益費以外の費用は不要。	

(4) 職員体制

ア 職種別の職員数等

(令和5年 7月 1日現在)

	職員数	常勤換算後の		夜間勤務職員数 (17時～翌9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	( )				
	直接処遇職員	( )				
	介護職員	21 (10)	12.0	0	10(2名)	介護福祉士・ヘルパー2級
	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	9( )				
	事務職員	1( )				
	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 <b>あり</b>		2 なし						
	兼務に係る資格等	1 <b>あり</b>		資格等の名称		介護福祉士実務者研修終了					
		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	3							
前年度1年間の退職者数			1	1							
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満			2							
	1年以上3年未満			8							
	3年以上5年未満			4							
	5年以上10年未満			7							

	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 ( 人)	医 師	0人 ( 0人)
介護福祉士	13人(0人)	看護師	0人 ( 0人)
介護支援専門員	0人 ( 0人)	准看護師	0人 ( 0人)
介護職員実務者研修修了者	1人(0人)	資格なし	0人 ( 0人)

介護職員初任者研修修了者	7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（ <b>閲覧</b> ）・写し交付）	2 非公開
	入居契約書の公開	1 公開（ <b>閲覧</b> ）・写し交付）	2 非公開
	管理規程の公開	1 公開（ <b>閲覧</b> ）・写し交付）	2 非公開
	財務諸表の公開	1 公開（ <b>閲覧</b> ）・写し交付）	2 非公開
	事業収支計画の公開	1 公開（ <b>閲覧</b> ）・写し交付）	2 非公開

(6) その他

横浜市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 市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

入居後住居に替居え室る又	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)	



場は 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

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)
			(Ⅲ)
	介護職員処遇改善加算	(無・有)	Ⅰ
			Ⅱ
Ⅲ			
Ⅳ			
Ⅴ			
介護職員等特定処遇改善加算	(無・有)	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
	要支援1	円
	要支援2	円
	利用者負担額 (1割の場合/2割の場合)	
	円 /	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)	
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	
介護職員等特定処遇改善加算	(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) ※14	無・有
--	-----

※13 月額には、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：別紙2「介護サービス等の一覧表」

## 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

氏名 ○ ○ ○ ○

代理人 住所

氏名 ○ ○ ○ ○

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) なごみてい よこはま 和み邸・横浜		
所在地	(住居表示) 〒221-0864 神奈川県横浜市神奈川区菅田町452-1		
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1.電車( JR横浜線 鴨居駅からバスで4分 降車後、徒歩2分 ) <input type="checkbox"/> 2.その他( )		
住宅に関する 権原	<input checked="" type="checkbox"/> 1.所有権 期間	<input type="checkbox"/> 2. 賃借権 年 月	<input type="checkbox"/> 3. 使用貸借による権利 日から 年 月 日まで
施設に関する 権原	<input checked="" type="checkbox"/> 1.所有権 期間	<input type="checkbox"/> 2. 賃借権 年 月	<input type="checkbox"/> 3. 使用貸借による権利 日から 年 月 日まで
敷地に関する 権原	<input type="checkbox"/> 1.所有権 期間	<input type="checkbox"/> 2. 地上権 2016 年 4 月	<input checked="" type="checkbox"/> 3. 賃借権 1 日から 2036 年 3 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) いりょうほうじんしゃだん かもいびょういん 医療法人社団 鴨居病院
住所(法人に あつては主たる 事務所の所 在在)	(郵便番号 226-0003 ) 神奈川県横浜市緑区鴨居5-27-10 電話番号 045-933-1911
法人の役員	別添 1 のとおり
	(ふりがな)

法定代理人 (未成年の個人 である場合)	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) いりょうほうじんしゃだん かもいびょういん 医療法人社団 鴨居病院
事務所の所在地	(郵便番号 226-0003 ) 神奈川県横浜市緑区鴨居5-27-10  電話番号 045-933-1911

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	30 戸
居住部分の規模	(最小)	18.00 m <sup>2</sup>
	(最大)	28.80 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	鉄骨 造 階数 地上4 階建
竣工の年月	2016 年 12 月 20 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) (「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	年 月 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)	詳細については、 別添 4 のとおり
高齢者生活支援サービス	状況把握、生活相談 ■ 自ら □ 委託	約 33,000 円	
	食事の提供 ■ 自ら □ 委託 □ 提供しない	約 46,200 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 0 円	
その他	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない	約 1,200 円	
家賃の概算額	(最低) 約 80,000 円 (最高) 約 120,000 円	住戸ごとの内容は別添 3 のとおり	
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 160,000 円 (最高) 約 240,000 円	家賃の 2.0 月分	
水道光熱費の支払方法			
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			
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所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 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		
登録の更新の申請の日前一年間における入居者の数及び退去者の数	入居者の数	一人
	退去者の数	一人

※登録の更新の申請の日前一年間における入居者の数及び退去者の数は、法第5条第2項の登録の更新の申

請をする場合に限り記入すること。

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
訪問介護事業所	訪問介護	<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
		<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) いりょうほうじんしゃだん かもいびょういん 医療法人社団 鴨居病院
事業所の所在地	(郵便番号 226-0003 ) 神奈川県横浜市緑区鴨居5-27-10 電話番号 045-933-1911
連携又は協力の内容	訪問診療・訪問看護・訪問リハビリ

10. 保健医療サービスを提供する体制に関する事項

保健医療サービスを提供する体制に関する事項	
-----------------------	--

※保健医療サービスを提供する場合に限り記入すること。

11. 運営方針

別添5のとおり

12. 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

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 ○ ○ ○ ○



役員名簿

<small>(ふりがな)</small> 氏名	役名等
あらい ゆかり 荒井 ゆかり	理事長
きくち たかこ 菊池 孝子	常務理事
きくち さおり 菊池 さおり	理事
あらい いさお 荒井 勲	理事
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

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。

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

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	18.00	×	○	○	×	×	○	13	202.203.205.206.207. 208.213.302.303.305. 306.307.308.	80,000
1	18.00	×	○	○	×	○	○	6	403.405.406.407.408.410.	80,000
1	21.30	×	○	○	×	×	○	2	210.310.	85,000
1	28.80	×	○	○	×	○	○	2	211.311.	120,000
1	18.23	×	○	○	×	×	○	1	212	82,000
1	24.85	×	○	○	×	×	○	1	312	95,000
1	25.49	×	○	○	×	○	○	1	401	95,000
1	22.70	×	○	○	×	○	○	1	402	90,000
1	24.00	×	○	○	×	○	○	1	411	95,000
1	18.08	×	○	○	×	×	○	2	201.301.	80,000

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	4	40.87	1階・3階・4階	30	
台所	2	20.86	1階・3階	23	
食堂	1	82.78	1階	30	
機械浴室	1	14.43	2階	30	
洗濯室	3	15.38	2～4階	30	
HWC・WC	3	14.36	1階・2階・4階	30	

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 checked="" 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 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 type="checkbox"/> 介護福祉士	人員	人	<input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員 2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 <input type="checkbox"/> (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	～	18時 00分 人員 2人
	上記以外の時間	18時	00分	～	9時 00分 人員 2人
毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法					毎日 2回
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	各居室室内設備のナースコール			
	通報先	1階事務所内	通報先から住宅までの到着予定時間 1分		
緊急時における対応の内容					
生活相談サービスの内容	提供日	<input type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他( )			
	提供時間	時 分 ～ 時 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	生活保護受給者については生活保護基準に合わせて減額する。			

※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 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		
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"/> 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( )				
		入居者の健康状態に合わせた食事対応			<input type="checkbox"/> 応相談 <input type="checkbox"/> 対応なし		
入居者の健康状態に合わせた各居室への配食対応			<input type="checkbox"/> 応相談 <input type="checkbox"/> 対応なし				
サービス提供の対価(概算額)	月額※	約 46,200 円	内訳	朝食 410 円	昼食 510 円	夕食 620 円	
	前払金	約 0 円	前払金の算定方法				
備考	生活保護受給者については、生活保護基準に合わせて減額する。						

※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		
委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)					

託する 場合の 委託先	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 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			
<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					

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 場合の 委託先	(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
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 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			
<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					

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 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 0 円	前払金の 算定方法		
	前払金	約 0 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	布団(夏・冬用)、毛布、包布等の利用料金 1日40円、月額1,200円			
サービス提供の 対価(概算額)	月額	約 1200 円	前払金の 算定方法		
	前払金	約 0 円			
備考	入居月、退去月、入院の場合は日割り計算。外泊等は利用料金がかかります。				

## 別添 5

## 運営方針

項目	該当
重要事項を記載した書面のひな形を公開する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居及び退去の条件を書面に記載する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者の個人情報の保護に関する事項を書面に記載する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者に対する虐待を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修及び担当者の配置を行う	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
やむを得ず行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為に関して、委員会の開催、指針の整備及び研修を行う	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者のプライバシーの確保について、職員に周知する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者に与えた損害を賠償するための措置を講じる	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者からの相談及び苦情に適切に対応するための体制を整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
サービス付き高齢者向け住宅への入居及びサービス付き高齢者向け住宅において提供される福祉サービスの利用に必要な費用に関する書類を発行することができる	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者及びその家族と意見を交換する機会を設ける	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
地域社会との交流及び連携を図る	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
災害に対応するための仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
事故の発生及び再発を防止するための仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者の健康状態及び生活状況を把握し、変化があったときは、当該入居者の家族に連絡する仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者間の交流の促進を図る	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
登録事業者又は登録事業者から委託を受けた者から提供される福祉サービスと、それ以外の者から提供される福祉サービスを明確に区分する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者が希望する場合には、介護サービスの提供に必要な当該入居者に関する情報を、介護支援専門員と共有する仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
基本理念及び基本方針を定めるとともに、これらを職員及び入居者に周知する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
職員の教育及び研修に関する計画を策定する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
職員に対して、認知症に関する研修を行う	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
職員を登録事業者が行う研修以外の研修に参加させる仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
サービス付き高齢者向け住宅事業の実施に必要な人材の確保のために必要な措置を講じる	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ



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・無			ゴミ回収、食堂へ誘導、送迎			ゴミ回収、食堂へ誘導、送迎		
・夜間 時～時	有・無			3時間に1回安否確認			3時間に1回安否確認		
②食事介助	有・無			介護サービス、ケアプランによる	自己負担分		介護サービス、ケアプランによる	自己負担分	
③排泄									
・排泄介助	有・無			介護サービス、ケアプランによる	自己負担分		介護サービス、ケアプランによる	自己負担分	
・おむつ交換	有・無			介護サービス、ケアプランによる	自己負担分		介護サービス、ケアプランによる	自己負担分	
・おむつ代	有・無					実費負担			実費負担
④入浴等									
・清拭	有・無			介護サービス、ケアプランによる	自己負担分		介護サービス、ケアプランによる	自己負担分	
・一般浴介助	有・無			介護サービス、ケアプランによる	自己負担分		介護サービス、ケアプランによる	自己負担分	
・特浴介助	有・無			介護サービス、ケアプランによる	自己負担分		介護サービス、ケアプランによる	自己負担分	
⑤身辺介助									
・体位交換	有・無			介護サービス、ケアプランによる	自己負担分		介護サービス、ケアプランによる	自己負担分	
・居室からの移動	有・無			介護サービス、ケアプランによる	自己負担分		介護サービス、ケアプランによる	自己負担分	
・衣類の着脱	有・無			介護サービス、ケアプランによる	自己負担分		介護サービス、ケアプランによる	自己負担分	
・身だしなみ介助	有・無			介護サービス、ケアプランによる	自己負担分		介護サービス、ケアプランによる	自己負担分	
⑥機能訓練	有・無			介護サービス、ケアプランによる	自己負担分		介護サービス、ケアプランによる	自己負担分	
⑦通院の介助	有・無			協力医療機関のみ実施			協力医療機関のみ実施		
⑧緊急時対応									
・ナースコール	有・無			随時対応			随時対応		
<b>2. 生活サービス</b>									
①家事									
・清掃	有・無			介護サービス、ケアプランによる	自己負担分		介護サービス、ケアプランによる	自己負担分	
・洗濯	有・無			介護サービス、ケアプランによる	自己負担分		介護サービス、ケアプランによる	自己負担分	
②居室配膳・下膳	有・無			朝、昼、夕食の配膳下膳			朝、昼、夕食の配膳下膳		
③理美容	有・無			月に1日訪問理美容			月に1日訪問理美容		
④代行									
・買物	有・無			介護サービス、ケアプランによる	自己負担分		介護サービス、ケアプランによる	自己負担分	
・役所手続	有・無								
<b>3. 健康管理サービス</b>									
・健康診断	有・無			希望者は協力医療機関			希望者は協力医療機関		
・健康相談	有・無			看護師在室時			看護師在室時		
・生活指導	有・無			看護師在室時			看護師在室時		
・医師の往診	有・無			月に2回の往診	自己負担分		月に2回の往診	自己負担分	
<b>4. 入退院時、入院中のサービス</b>									
・医療費	有・無								
・移送サービス	有・無			協力医療機関のみ実施			協力医療機関のみ実施		
<b>5. その他サービス</b>									
	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。