

登録事項等についての説明

貸主（甲） 住所 東京都品川区西五反田2-11-8
氏名 株式会社学研ココファン
代表取締役 森猛 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)ここふあんひよしななちようめ ココファンロ古7丁目				
所在地	(住居表示)〒223-0061 神奈川県横浜市港北区日吉7-6-21				
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 電車（東急電鉄東横線 日吉駅から徒歩で15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		
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		
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	

(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) かぶしきがいしゃがつけんここふあん 株式会社学研ココファン				
住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 141-8420) 東京都品川区西五反田二丁目11番8号 電話番号 03-6431-1860				
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 1 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) かぶしきがいしゃがっけんここふあん 株式会社学研ココファン
事務所の所在地	(郵便番号 141-8420) 東京都品川区西五反田二丁目11番8号 電話番号 03-6431-1860

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	48	戸
居住部分の規模	(最小)	18.00	m ²
	(最大)	34.74	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	RC	造
竣工の年月	2017	年	6 月 30 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		
		階 数	地上 3 階建

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 checked="" 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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) (「高齢者」とは、60歳以上の者をいう。)
入居契約の内容	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	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	■ 自ら □ 委託	約 28,600 円
	食事の提供	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない	約 49,440 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 75,000 円	住戸ごとの内容は別添 2 のとおり	
	(最高) 約 138,000 円		
共益費の概算額	(最低) 約 8,200 円		
	(最高) 約 22,600 円		
敷金の概算額	(最低) 約 150,000 円	家賃の 2.0 月分	
	(最高) 約 276,000 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			
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	■ 指定を受けている 介護保険事業所番号 (1470904069)		
	□ 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		
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 (法人にあつては 上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
		<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ゆうしょうかいゆうしょうかいざいたくくりにつくかわさき 医療法人社団悠翔会 悠翔会在宅クリニック川崎
事業所の所在地	(郵便番号 210-0851) 神奈川県川崎市川崎区浜町4-6-19 電話番号 044-329-0606
連携又は協力の内容	健康医療相談、救急医療支援、相談・カンファレンス、健康管理

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

高齢者の居住の安定確保に関する法律第3条の規定に基づき策定された「高齢者の居住の安定確保に関する基本的な方針」を遵守し、適切な管理はもとより、契約上のトラブルを回避する観点から、十分な情報提供を行い、入居者の居住の安定を確保する。

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。

2024年 7月 1日
借主（乙）住所
氏名
印

役 員 名 簿

(ふりがな) 氏 名	役名等
こばやかわ ひとし 小早川 仁	代表取締役
もり たけし 森 猛	代表取締役
たかはし やすひろ 高橋 靖宏	常務取締役
やまもと のりお 山本 教雄	取締役
こんどう けんた 近藤 健太	取締役
きむら ゆうすけ 木村 祐介	取締役
おくだるみ 奥田 留美	取締役
ほんだ やすたか 本田 泰隆	取締役
たかはし しゅんたろう 高橋 俊太郎	監査役
おだ こうたろう 小田 耕太郎	監査役

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。

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	×	○	○	×	×	○	2	101, 102	78,000
1	18.00	×	○	○	×	×	○	6	103-108	77,000
1	24.10	○	○	○	○	○	○	1	212	97,000
1	24.10	○	○	○	○	○	○	1	312	98,000
1	25.37	○	○	○	○	○	○	2	109, 110	97,000
1	25.37	○	○	○	○	○	○	3	210, 211, 316	100,000
1	25.37	○	○	○	○	○	○	3	310, 311, 317	103,000
1	25.75	○	○	○	○	○	○	2	219, 220	101,000
1	25.75	○	○	○	○	○	○	1	318	103,000
1	25.80	○	○	○	○	○	○	1	218	100,000
1	34.74	○	○	○	○	○	○	3	207-209	134,000
1	34.74	○	○	○	○	○	○	3	307-309	138,000
1	18.00	×	○	○	×	×	○	6	201-206	79,000
1	18.00	×	○	○	×	×	○	3	213-215	75,000
1	25.37	○	○	○	○	○	○	2	216, 217	98,000
1	18.00	×	○	○	×	×	○	6	301-306	80,000
1	18.00	×	○	○	×	×	○	3	313-315	76,000

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。

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	7	59.08	1階、2階、3階	26	脱衣室含む
食堂	1	129.79	1階	48	台所設置
居間（ラウンジ）	2	11.50	2階、3階	48	台所設置
共同トイレ	3	14.36	1階	48	

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。

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) 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	人
	<input checked="" type="checkbox"/> 看護師	人員	4人
	<input type="checkbox"/> 准看護師	人員	人
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士	人員	13人
	合 計		人員 42 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
	上記以外の時間	17 時 00分	～ 9 時 00分
毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法	居室への訪問等により確認を行う。		毎日 1 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	00 時 00 分 ～ 24 時 00分
		上記以外の日	<input type="checkbox"/> 24時間
	通報方法	各居室内設置の緊急通報装置	
サービス提供の対価(概算額)	月額	約 28,600 円	前払金の算定方法
	前払金	約 0 円	
備考	上記は、一人入居のサービス料金です。二人入居の場合のサービス料金は、34,100円(二人分)となります。		

※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 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"/> 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 49,440 円	内訳	朝食 422 円 昼食 638 円 夕食 588 円
		前払金	約 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 0 円	前払金の算定方法	
		前払金	約 0 円		
備考		介護保険適用または自費(身体介護10分624円～、生活援助10分440円～)にて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 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	0 円	前払金の 算定方法	
	前払金	約	0 円		
備考		介護保険適用または自費(身体介護10分624円～、生活援助10分440円～)にてご利用いただけます。			

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 type="checkbox"/> 血圧等の測定 <input type="checkbox"/> 定期健診 <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		提携医療機関からの健康に関するアドバイスを受けられます。費用は「1. 状況把握及び生活相談サービスの内容」の料金に含まれます。			

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 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	介護保険適用外のサービス:冠婚葬祭の付添・買い物の付添など(10分440円～)
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			

サービス付き高齢者向け住宅入居契約・（介護予防）特定施設入居者生活介護利用契約 重要事項説明書

サービス付き高齢者向け住宅への入居に係る契約及び特定施設入居者生活介護の利用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条及び東京都老人ホーム設置運営指導指針12(4)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（（介護予防）特定施設入居者生活介護事業所）の概要

住宅の名称	フリガナ ココファンヒヨシナナショウメ ココファン日吉7丁目				
住宅の所在地	〒 223-0061 神奈川県横浜市港北区日吉7-6-21				
住宅へのアクセス	最寄駅	東急東横線 日吉駅			
	交通手段と所要時間	・徒歩15分 ・東急バスまたは臨港バスで乗車5分、「宮前西町」「宮前箕輪」停留所下車、各徒歩3分			
住宅の連絡先	電話番号	045 562 6331			
	FAX番号	045-562-6332			
	ホームページアドレス	https://www.cocofump.co.jp/			
権原等	敷地	所有関係	<input type="checkbox"/> 所有権 <input type="checkbox"/> 地上権 <input checked="" type="checkbox"/> 賃借権 <input type="checkbox"/> 使用貸借による権利		
		期間	2017年7月1日 から 2042年6月30日 まで		
		抵当権	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
		自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
		敷地面積	1145.15 m ²		
	住宅(建物)	所有関係	<input type="checkbox"/> 所有権 <input checked="" type="checkbox"/> 賃借権 <input type="checkbox"/> 使用貸借による権利		
		期間	2017年7月1日 から 2042年6月30日 まで		
		抵当権	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
		自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
		建築物用途区分	老人ホーム	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他()
	併設施設	延床面積	1,936.24 m ²	うち、サテライト	1,936.24 m ²
		所有関係	<input type="checkbox"/> 所有権 <input checked="" type="checkbox"/> 賃借権 <input type="checkbox"/> 使用貸借による権利		
		期間	2017年7月1日 から 2042年6月30日 まで		
		抵当権	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
		自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
		施設名称	提供されるサービスの種類		事業所の場所
					<input type="checkbox"/> 同一建物内 <input type="checkbox"/> 同一敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
					<input type="checkbox"/> 同一建物内 <input type="checkbox"/> 同一敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
					<input type="checkbox"/> 同一建物内 <input type="checkbox"/> 同一敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
					<input type="checkbox"/> 同一建物内 <input type="checkbox"/> 同一敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
		介護保険事業所番号（特定施設）	1470904069		
		指定した自治体名	横浜市		
		指定年月日（初回）	2021年7月1日		
		指定有効期限	2027年6月30日		
		入居時の要件	<input checked="" type="checkbox"/> 介護専用型(要介護のみ) <input type="checkbox"/> 混合型(自立除く) <input type="checkbox"/> 混合型(自立含む)		
		介護保険の利用	<input checked="" type="checkbox"/> (介護予防)特定施設入居者生活介護(一般型) <input type="checkbox"/> (介護予防)特定施設入居者生活介護(外部サービス利用型)		
		住宅の管理者名（役職名）	氏名	宮尾 智子	役職名 管理者
		终身賃貸事業者の事業の認可	<input checked="" type="checkbox"/> 法第52条の認可を受けている <input type="checkbox"/> 認可を受けていない		
		入居開始時期(住宅の開業年月日)	2017年8月1日		

2. 事業主体

事業主体の名称	フリガナ カブシキガイシャガッテンココファン 株式会社学研ココファン			
事業主体の主たる事務所の所在地	〒 141-8420 東京都品川区西五反田2-11-8			
事業主体の連絡先	電話番号	03-6431-1860		
	FAX番号	03-6431-1864		
	ホームページアドレス	http://www.cocofump.co.jp		
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	森 猛	職名	代表取締役
事業主体の役員	別添1「役員名簿」のとおり			
設立年月日	2008年5月15日			
事業主体が行っている主な事業等	別表1「サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービス（自費サービス含む）等の一覧表」のとおり			

3. 入居契約及び（介護予防）特定施設入居者生活介護利用契約の概要

契約居室	階層・部屋番号等		面積	m ²	定員	名
入居契約の別（入居契約が賃貸借契約でない場合には、その旨）	<input type="checkbox"/> 普通賃貸借契約 <input type="checkbox"/> 定期賃貸借契約 <input checked="" type="checkbox"/> 終身建物賃貸借契約 <input type="checkbox"/> 利用権契約					
入居者の資格	<input checked="" type="checkbox"/> 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。）					
入居契約及び（介護予防）特定施設入居者生活介護利用契約の内容	入居契約書及び（介護予防）特定施設入居者生活介護利用契約書のとおり					
契約期間等	入居契約	契約期間	から 年 月 日 まで			
		更新	自動更新			
契約解除の内容						
事業者は、入居契約書第14条及び（介護予防）特定施設入居者生活介護契約書第16条の規定に基づき、以下の場合には契約を解除することができます。 ①他の利用者の生命の危害を及ぼす恐れがある場合 ②本契約を継続することが社会通念上著しく困難な場合 ③利用者が正当な理由なく支払うべきサービス利用料を3か月以上滞納し、相当の期間を定めて催告したにもかかわらず、期間内に滞納額の全額の支払いがない場合						
事業主体から解約を求める場合（終身建物賃貸借の場合のみ）						
解約条項		第14条及び第15条				
解約予告期間		1か月乃至6か月				
利用者からの解約・予告期間・連絡先						
利用者は事業者に対して解約する30日前までに文書にて解約の申し出を下記連絡先に通知することで本契約を解約することができます。						
契約解約時の連絡先	名称	ココファン日古7丁目				
	電話番号	045-562-6331				

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

戸数／定員数	48 戸（登録申請対象戸数）			54 人		
居住部分の規模	（最小）	18 00	m ²	詳細については下記「設備の詳細」を参照		
	（最大）	34 74	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	鉄筋コンクリート造	階数			
竣工の年月日	2017年5月31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					

設備の詳細

		階	定員	面積	戸数	浴室の有無	台所の有無	収納の有無	備考
介護居室	タイプ1	1	1	18.00 m ²	8	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	タイプ2	1	1	25.35 m ²	2	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	タイプ3	2	1	18.00 m ²	9	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	タイプ4	2	1	24.10 m ²	1	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	タイプ5	2	1	25.35 m ²	2	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	タイプ6	2	1	25.37 m ²	2	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	タイプ7	2	1	25.75 m ²	2	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	タイプ8	2	1	25.80 m ²	1	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	タイプ9	2	2	34.74 m ²	3	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	タイプ10	3	1	18.00 m ²	9	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	タイプ11	3	1	24.10 m ²	1	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	タイプ12	3	1	25.35 m ²	1	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	タイプ13	3	1	25.37 m ²	2	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	タイプ14	3	1	25.75 m ²	1	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	タイプ15	3	2	34.74 m ²	3	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
一時介護室		階	定員	面積	戸数	備考			
便所	共同便所	3か所	うち男女別 うち、男女 共用	1階（3か所（車いす等対応可能））					
浴室	居室	<input type="checkbox"/> 全部 <input checked="" type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> なし							
	共同浴室	個浴	6か所 場所	1・2・3階（各2か所）	面積	m ²			
			併設施設との共用の有無		<input type="checkbox"/> あり（ ） <input checked="" type="checkbox"/> なし				
		大浴槽	場所		面積	m ²			
			併設施設との共用の有無		<input type="checkbox"/> あり（ ） <input checked="" type="checkbox"/> なし				
共同浴室における介護 浴槽	1か所	場所	1階	面積	20.00 m ²				
		<input checked="" type="checkbox"/> 1 チェアー浴							
		<input type="checkbox"/> 2 リフト浴							
		<input type="checkbox"/> 3 ストレッチャー浴							
				<input type="checkbox"/> 4 その他（ ）					
		併設施設との共用の有無		<input type="checkbox"/> あり（ ） <input checked="" type="checkbox"/> なし					
食堂	場所	1階			面積	129.79 m ²			
	兼用	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			兼用設備	機能訓練室			
	併設施設との共用	<input type="checkbox"/> あり（ ） <input checked="" type="checkbox"/> なし							
入居者や家族が利用できる調理設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし								
機能訓練室	場所	1階			面積	129.79 m ²			
	兼用	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			兼用設備	食堂			
	併設施設との共用	<input type="checkbox"/> あり（ ） <input checked="" type="checkbox"/> なし							
その他の共用設備	ラウンジ								
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし								
	台数	1基	定員	15	ストレッチャー	ストレッチャー対応			
緊急呼出装置	居室	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			脱衣室	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			浴室	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
消防設備	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			火災通報装置	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			消火器	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
非常災害対策	消防計画	消防署への届出済（消防署名）			2024年6月1日	（港北消防署）			
	防火管理者	大滝 叶人							
	避難訓練	消防署の指導のもと、年2回実施（うち1回は夜間想定）							

5. 従業員の勤務体制

従業員の人数

職種	実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算	業務状況等 (委託である場合はその旨を記入)
		専従	非専従	専従	非専従			
管理者		1				1	1	生活相談員、介護職員
生活相談員		1	2			3	1.2	管理者、計画作成担当者、介護職員
看護職員（直接雇用）			1		3	4	2.4	機能訓練指導員
看護職員（派遣）						0	0	
介護職員（直接雇用）		4	4	14		22	14.2	管理者、生活相談員、計画作成担当者、介護職員
介護職員（派遣）						0	0	
機能訓練指導員			1		3	4	0.3	看護職員
計画作成担当者			1			1	0.3	生活相談員、介護職員
栄養士						0		
調理員				12	1	13		生活サポート
事務員				2		2		
その他従業員					1	1		生活サポートスタッフ 厨房業務

1週間のうち、常勤職員が勤務すべき時間

40 時間

介護職員の資格

職種	実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算	備考
		専従	非専従	専従	非専従			
社会福祉士						0		
介護福祉士		2	4	8		14	5.2	
実務者研修の修了者		1		1		2	1.7	
介護職員初任者研修の修了者		1	1	4		6	4.9	
介護支援専門員			1			1	0.3	
たん吸引等研修（不特定）						0		
たん吸引等研修（特定）						0		
資格なし				1		1		

機能訓練指導員の資格

職種	実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算	備考
		専従	非専従	専従	非専従			
看護師又は准看護師		1			3	4	0.3	
理学療法士						0		
作業療法士						0		
言語聴覚士						0		
柔道整復師						0		
あん摩マッサージ指圧師						0		
はり師又はきゅう師						0		

管理者の資格

介護福祉士

夜勤・宿直体制		時間帯	平均人数		最少時人数		備考
			看護職員	介護職員	看護職員	介護職員	
			看護職員	介護職員	看護職員	介護職員	
	夜勤	17:00 ~ 9:00	0人	1人	0人	1人	
	宿直	~	人	人	人	人	

看護職員及び介護職員1人当たり（常勤換算）の利用者数

3人

（介護予防）特定施設入居者生活介護の提供体制

（介護予防）特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合（外部サービス利用型特定施設の場合、記入不要）	契約上の職員配置比率（※） 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1.5 : 1 以上
	※広告・パンフレット等における記載内容に合致するものを選択	<input type="checkbox"/> 2 : 1 以上
		<input type="checkbox"/> 2.5 : 1 以上
		<input checked="" type="checkbox"/> 3 : 1 以上
外部サービス利用型特定施設である場合の介護サービス提供体制（一般型（包括型）特定施設の場合、記入不要）	実際の配置比率 （記入日時点での利用者数：常勤換算職員数）	3 : 1
	サービス付き高齢者向け住宅の職員数	
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名称	
	通所介護事業所の名称	

職員の状況 (2024/7/1 現在)										
管理者	他の職種との兼務			<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		兼務する職種		生活相談員、介護職員		
	業務に係る資格等			<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		資格等の名称		介護福祉士		
	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	1	0	0	0	0	0	1	0	0
前年度1年間の退職者数	0	1	1	4	0	0	0	1	0	0
就業に際して従事した経験者の人数	1年未満	1	0	2	0	1	0	1	0	0
	1年以上3年未満	0	2	1	2	1	0	0	2	0
	3年以上5年未満	0	1	2	12	1	0	0	1	0
	5年以上10年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	10年以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	10年以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0
従業者の健康診断の実施状況		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし								

6. サービスの内容

サービス提供の方針、サービスの提供内容に関する特色

ご利用者が安心して日常生活を送ることができるよう、以下のサービスを提供いたします。
ご入居者が医療を必要とする場合は、円滑に医療サービスを受けられるよう、医療機関と連携を図ります。
なお、医療機関と連携する場合にも、ご入居者は、連携先以外の医療サービスを自由に選択することができます。

介護保険対象サービスの種類・提供方法等

サービスの種類	提供方法	提供者
状況把握 (安否確認)	・毎日午前10時頃に各住戸に住宅職員が伺い安否の確認を行います。 ・上記以外の時間帯もご利用者様（ご家族様）とご相談の上必要に応じて行います。	自ら実施
生活相談	・日常生活を送る中でお困りのこと、介護度が重くなった場合のご不安等について、住宅職員がご相談をお受けします。	自ら実施
緊急時対応	・24時間各住戸のベッドサイド、トイレ、浴室に設置してあるナースコールを押していただければ事務室及び住宅職員が携帯しているPHSにて通報を受信の上、住宅職員が駆けつけ必要な対応を行います。	自ら実施
食事介助	・食堂において食事介助を行います。	自ら実施
入浴介助	・週2回入浴介助を行います。	自ら実施
排せつ介助	・利用者の状況に応じた適切な排せつ介助を行います。 ・排せつの自立に向けた援助を行います。	自ら実施
機能訓練	・利用者の心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、必要なリハビリテーションを行います。	自ら実施
居室清掃・洗濯等 家事援助	・必要に応じて居室内の清掃を行います。（換気扇、エアコン等電子機器については、別途業者をご案内します。） ・必要に応じて洗濯を行います。（専門のクリーニング業者を利用する場合は自己負担です。） ・必要に応じてシーツ交換を行います。	自ら実施
健康管理	・看護職員等により、血圧・脈拍・体温等の測定による健康状態の確認を行います。 ・看護職員等により、健康相談をお受けします。	自ら実施
服薬管理	・必要に応じて薬の管理、服薬介助を行います。	自ら実施

住宅で対応できる医療的ケアの内容

- ・健康管理、服薬支援、治療支援（協力医療機関との調整等）
- ・医師の指示に基づく、IVH、インシュリン、膀胱カテーテル他、ご相談ください。

介護保険対象外サービス等		<input checked="" type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし	
人員配置が手厚い介護サービスの実施		<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		介護に関わる職員体制 (介護・看護職員の配置率)	
食事の提供サービス		・朝、昼、夜 希望者に提供します。 ・朝食は8時～9時まで、昼食は12時～13時まで、夕食は18時～19時まで。 ・食事は、住宅内の厨房にて専属の調理員により調理いたします。 ・キャンセル、変更等は提供される日の7日前までにお知らせください。それ以降のキャンセルについては、キャンセル料（実費）が発生してしまいますので、お気をつけください。			
その他利用者の個別的な選択によるサービス提供					
(例) 個別的な外出介助		あり (有料)			
(例) 個別的な買物等の代行		あり (有料)			
(例) 週3回以上の入浴介助		あり (有料)			

医療機関との連携・協力
(ご入居者は、連携・協力先医療機関等以外の医療サービスも、自由に選択することができます。)

医療支援		<input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 <input type="checkbox"/> 4 その他 ()			
※複数選択可					
協力医療機関	医療機関 1	名称	医療法人社団 悠翔会		
		所在地	東京都港区新橋5-14 10 新橋スクエアビル7F 住宅からの距離：約20 ^分		
		診療科目	内科		
		協力内容	訪問診療、往診、健康相談、定期健康診断、他医療機関への紹介		
	医療機関 2	名称			
		所在地			
		診療科目			
		協力内容			
協力歯科医療機関	名称	医療法人社団 立靖会 ひまわり歯科			
	所在地	神奈川県川崎市多摩区登戸2061 1 住宅からの距離：約14.2 ^分			
	診療科目	歯科			
	協力内容	訪問歯科診療			

7. 料金の請求及び支払方法

支払方式		<input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式		<input type="checkbox"/> 金額前払い方式		<input type="checkbox"/> 一部前払い方式		<input type="checkbox"/> 選択方式	
※選択方式の場合： (該当する方式全て選択)		<input type="checkbox"/> 月払い方式		<input type="checkbox"/> 金額前払い方式		<input type="checkbox"/> 一部前払い一部月払い方式			
前払金		<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		※前払金とは、転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。					
金額	円	期間	年/終身						
算定方法	月額単価 (円) × 想定居住期間 (月) により算出								
(説明)	月額単価の内容	家賃・共益費	家賃 円 + 共益費 円						
	サービス提供の対価	前払い無し							
想定居住期間の算出根拠									
支払口	支払方法								
償却開始日	年 月 日 (入居契約書に定める償却開始日を記入)								
契約終了時の返還金	円	算定方法							
短期解約 (死亡退去含む) の返還金の算定方式	金額	円	期間	か月	起算口	入居した日			
	算定方法 (月額単価を明示した上で口割り計算で記入)								
返還期限	(入居契約書に定める返還期限を記入)								
前払金の保全先	<input type="checkbox"/> 連帯保証を行う銀行等の名称								
	<input type="checkbox"/> 信託契約を行う信託会社等の名称								
	<input type="checkbox"/> 保証保険を行う保険会社の名称								
	<input type="checkbox"/> 全国有料老人ホーム協会								
	<input type="checkbox"/> その他 (名称:)								

敷金		算定根拠
金額		家賃の 2 か月分 ※退去時に滞納家賃及び居室の原状回復費用を除き全額返還する。
月額費用		算定根拠
家賃		近傍同種の家賃相場を参考に設定
共益費		共用設備の維持管理費、共用の消耗品費、住戸内の光熱水費
介護費用 (介護保険)	別紙 ココファン日吉7丁目 料金表参照	
(介護保険外) 人員配置が手 厚い場合の介 護サービス費 用	円	なし 算定根拠：
(介護保険外) 利用者の個別 的な選択によ る介護サービ ス費用	利用実績に基づく金 額をお支払いいた します。	<ul style="list-style-type: none"> ・料金単価等は別添3「介護サービス等の一覧表」のとおり ・個別的な外出介助、個別的な買物等代行、週3回以上の入浴介助
食費	49,440 円	朝食 422円、昼食 638円、夕食 588円、間食 0円 (税込)
		1日当たり1,648円(税込)×30日で精算
		キャンセルする場合の取扱い：7日前までに職員に連絡してください。

光熱水費	(共益費に含む)	(共益費に含む場合の記載例) 住戸内の光熱水費は、全戸光熱水費の合計を戸数で除して算定し、共益費に含めてお支払いいただきます。
その他	—円	別添3「介護サービス等の一覧表」のとおり
合計		合計には家賃、共益費、食費を含みます。
支払日・支払方法	・毎月20日に請求書を発行し、利用者様に送付します。(振込手数料は利用者様負担となります。) ・毎月27日に、支払請求分を口座引き落としの方法でお支払いいただきます。	

入院等による不在時における利用料金(月払い)の取扱い		
・入院中も入居契約は継続し、家賃・共益費をお支払いいただきます。 ・選択サービス費、食費は利用実績により、お支払いいただきます(入院中の利用がない分はお支払いいただきません)。		

料金改定の条件及び下続き		
人件費、物価、公共料金等の変動があった場合、運営懇談会に諮った上で改定する場合があります。		

料金プラン(代表的なプランを2例)				
		プラン1	プラン2	
入居者の状況	要介護度	要介護1	要介護4 要介護2	
	自己負担割合	1割	1割	
	年齢	77歳	89歳	87歳
居室の状況	床面積	18.00㎡	34.74㎡	
	浴室	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	台所	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	収納	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
入居時点で必要な費用	前払金	0円	0円	
	敷金	156,000円	276,000円	
月額費用の合計		205,440円	331,980円	
家賃		78,000円	138,000円	
共益費		22,600円	8,200円	
サービス費用 (※3) 介護保険外	特定施設入居者生活介護の費用(※1)	21,800円	51,000円	
	上乗せ介護費用(※2)	0円	0円	
	介護費用(選択サービス)	5,000円	1,800円	
	食費(税込)	49,440円	98,880円	
	光熱水費	(共益費に含む) 円	(個別メーター) 円	
	生活支援サービス費	28,600円	34,100円	
その他		0円	0円	

※1	自己負担額を記入。介護予防・地域密着型の場合を含む。
※2	該当する場合のみ。
※3	上乗せ介護費用その他サービス付き高齢者向け住宅事業として受領する費用。

8. 入居者の状況

入居者の状況（		2024年7月1日		現在）					
平均年齢		87.7 歳		入居者数合計		51 人			
介護度別・年 齢別入居者数	年齢／介護度	自立	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	65歳未満	0	0	0	0	0	0	0	0
	65歳以上75歳未満	0	0	0	1	0	0	1	0
	75歳以上85歳未満	1	0	0	1	6	1	1	0
	85歳以上	0	2	5	9	10	1	9	3
合計		1	2	5	11	16	2	11	3
入居継続期間 別入居者数	入居期間	6か月未満	6か月以上 1年未満	1年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上 15年未満	15年以上	合計	
	入居者数	3	3	27	18	0	0	51	
男女別入居者数		男性： 10 人			女性： 41 人				
入居率（一時的に不在となっている者を含む。）		100 %（定員に対する入居者数）							
直近一年間に退去した者の人数と理由		退去者数の合計			7 人（下記理由ごとの人数を合計したものと一致させる）				
		理由			人数(人)	理由		人数（人）	
		自宅・家族同居			1	他のサービス付き高齢者向け住宅への転居			
		介護老人福祉施設（特養等）へ転居			1	その他の福祉施設・高齢者住宅等への転居			
		介護老人保健施設へ転居				医療機関（入院）		2	
		介護療養型医療施設へ転居				死亡		2	
		有料老人ホーム（サ付き除く）への転居			1	その他			

9. 苦情・事故等に関する体制

苦情に対応する窓口等の状況

窓口の名称	(住宅) ココファン日吉7丁目 苦情相談窓口					
電話番号	045-562-6331					
対応している時間	平日	9時	00分	～	17時	00分
	土曜	9時	00分	～	17時	00分
	日曜	9時	00分	～	17時	00分
	祝日	9時	00分	～	17時	00分
定休日	不定休					
窓口の名称	(法人) 株式会社学研ココファン 苦情相談窓口					
電話番号	03-6431-1860					
対応している時間	平日	9時	00分	～	17時	00分
	土曜	時	分	～	時	分
	日曜	時	分	～	時	分
	祝日	時	分	～	時	分
定休日	土曜、日曜、祝日					
窓口の名称	(区市町村) 横浜市健康福祉局 高齢健康福祉部 高齢施設課 苦情相談窓口					
電話番号	045-671-4117					
対応している時間	平日	9時	00分	～	17時	00分
	土曜	時	分	～	時	分
	日曜	時	分	～	時	分
	祝日	時	分	～	時	分
定休日	土曜、日曜、祝日					
窓口の名称	神奈川県国民健康保険団体連合会					
電話番号	045-329-3400					
対応している時間	平日	9時	00分	～	17時	00分
	土曜	時	分	～	時	分
	日曜	時	分	～	時	分
	祝日	時	分	～	時	分
定休日	土曜、日曜、祝日					
窓口の名称						
電話番号						
対応している時間	平日	時	分	～	時	分
	土曜	時	分	～	時	分
	日曜	時	分	～	時	分
	祝日	時	分	～	時	分
定休日	土曜、日曜、祝日					
サービスの提供において事故が発生したときの対応						
具体的な対応	・本契約に基づき、介護サービス等を利用者に提供した場合に、万一事故が発生し、利用者の生命・身体等に損害が生じた場合は、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。					
損害賠償責任保険の加入状況						
<input checked="" type="checkbox"/> あり	(保険の名称及び加入先: サービス付き高齢者向け 損害保険ジャパン株式会社 住宅賠償責任保険 社)					<input type="checkbox"/> なし

10. その他の留意事項

外川・帰宅・訪問等			
外出・帰宅及びご家族様等の来訪等の時間制限はありません。なお、夜間の外出・帰宅の際や外泊時は、事前に住宅職員へご連絡下さい。			
共用設備の利用について			
(例) 浴室	共用浴室をご使用される場合は、使用時間を事前にお知らせ下さい。		
(例) 共用キッチン	共用キッチンの利用希望については、予約表に記載して下さい。		
やむを得ず身体拘束を行う場合の手続き			
<p>当該入居者又は他の入居者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入居者の行動を制限する行為を行わないこととし、やむを得ず身体的拘束を行う場合には、次の各号の要件を満たし、且つ同意書、経過記録を作成した上で実施し、その様態及び時間、その際の入居者の心身の状態、緊急やむを得なかった理由を記録するとともに、速やかに身体拘束を排除できるよう取り組むものとする。</p> <p>(1) 入居者本人又は他の入居者等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高い。</p> <p>(2) 身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する看護、介護方法がない。</p> <p>(3) 身体拘束その他の行動制限が一時的である。</p> <p>2 事業者は、身体的拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じる。</p> <p>(1) 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、特定介護従事者に周知徹底を図るものとする。</p> <p>(2) 身体的拘束等の適正化のための指針を整備する。</p> <p>(3) 特定介護従事者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的に実施する。</p>			
ハラスメント対策について			
<p>1 事業者は、入居者との信頼関係のもとに、安全安心な環境で質の高いケアを提供するものとし、ハラスメントに関する研修の実施や状況の把握、未然防止への点検等の取り組みを行うとともに、相談報告の体制を整えるものとする。</p> <p>2 サービス利用時における、入居者からの殴る蹴るなどの身体的攻撃、暴言、威嚇などの精神的な攻撃、職員を触る、卑猥な冗談、しつこく男女関係を迫るなどの性的行為、過大な要求、その他のハラスメント等の著しい迷惑行為が発生した場合は、地域包括支援センター等の関係機関に状況を共有し、解決を図るものとする。</p>			
虐待防止について			
<p>1 事業者は、入居者の人権の擁護・虐待の防止等のため次の措置を講ずるものとする。</p> <p>(1) 事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的に開催するとともに、その結果について、特定介護従事者に周知徹底を図ること。</p> <p>(2) 事業所における虐待の防止のための指針を整備すること。</p> <p>(3) 事業所において、特定介護従事者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施すること。</p> <p>(4) 入居者及びその代理人からの苦情対応体制を整備すること。</p> <p>(5) 前4号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。</p> <p>2 事業者は、事業の提供中に、当該事業所職員又は介護者（入居者の家族等高齢者を現に介護する者）による虐待を受けたと思われる入居者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報するものとする。</p>			
業務継続計画の策定について			
<p>1 事業者は、感染症や非常災害の発生時において、入居者に対する事業の提供を継続的に実施し、非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとする。</p> <p>2 事業者は、特定介護従事者に対し業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施するものとする。</p> <p>3 事業者は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。</p>			
衛生管理及び職員等の健康管理等			
<p>1 定介護を提供する施設、設備及び備品又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じるものとする。</p> <p>2 特定介護従事者が感染源となることを予防し、また特定介護従事者を感染の危険から守るため、使い捨ての手袋等感染を予防するための備品等を備えるなどの対策を講じるものとする。</p> <p>3 事業者は、事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じるものとする。</p> <p>(1) 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、特定介護従事者に周知徹底を図ること。</p> <p>(2) 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備すること。</p> <p>(3) 事業所において、特定介護従事者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的に実施すること。</p> <p>4 事業者は、特定介護従事者の清潔の保持及び健康状態について必要な管理を行うものとし、年1回以上の健康診断を受診させ、または健康診断の受診状況を把握するものとする。</p>			
秘密厳守等			
職員は、業務上知り得た入居者及びその家族の個人情報等の秘密を、他の第三者へ漏洩してはならず、職員でなくなった後もその義務を負うものとする。			
入居希望者への事前の情報開示			
入居契約書のひな形	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない	財務諸表の要旨 (※前払金を受領する場合に記載)	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 公開していない
管理規程 (重要事項説明書)	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない	財務諸表の原本 (※前払金を受領する場合に記載)	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 公開していない
事業収支計画書 (※前払金を受領する場合に記載)	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 公開していない	その他 ()	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない
その他			
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"/> 自ら実施 <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 住所（事務所所在地）	フリガナ 〒	

説明年月日

2024年7月1日

入居契約書、（介護予防）特定施設入居者生活介護契約書及び（介護予防）特定施設入居者生活介護重要事項説明書に基づいて、重要な事項を説明しました。

事業者名

所在地

代表者名

印

説明者氏名

印

私は上記事業者から、入居契約書、（介護予防）特定施設入居者生活介護契約書及び（介護予防）特定施設入居者生活介護重要事項説明書に基づいて、重要な事項の説明を受けました。

署名

印

別表 1

サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービス(自費サービス含む)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)・無	必要に応じて	—	必要に応じて	—	—	都度	—	—
・夜間 18時～9時	(有)・無	必要に応じて	—	必要に応じて	—	—	都度	—	—
②食事介助	(有)・無	—	10分 624円	—	10分 624円	624円	都度	—	—
③排泄									
・排泄介助	(有)・無	—	10分 624円	—	10分 624円	624円	都度	—	—
・おむつ交換	(有)・無	—	10分 624円	—	10分 624円	624円	都度	—	—
・おむつ代	(有)・無	—	都度 自費	—	都度 自費	—	—	都度 自費	—
④入浴等									
・清拭	(有)・無	—	10分 624円	—	10分 624円	624円	週2回(3回目以降自費)	都度	自費
・一般浴介助	(有)・無	—	10分 624円	—	10分 624円	624円	週2回(3回目以降自費)	都度	自費
・特浴介助	(有)・無	—	10分 624円	—	10分 624円	624円	週2回(3回目以降自費)	都度	自費
⑤身辺介助									
・体位交換	(有)・無	—	10分 624円	—	10分 624円	624円	都度	—	—
・居室からの移動	(有)・無	—	10分 624円	—	10分 624円	624円	都度	—	—
・衣類の着脱	(有)・無	—	10分 624円	—	10分 624円	624円	都度	—	—
・身だしなみ介助	(有)・無	—	10分 624円	—	10分 624円	624円	都度	—	—
⑥機能訓練	(有)・無	—	—	—	—	—	都度	—	—
⑦通院の介助	(有)・無	—	10分 624円	—	10分 624円	624円	—	都度	自費
⑧緊急時									
・緊急時対応	(有)・無	24時間対応	—	24時間対応	—	—	24時間対応	—	—
・ナースコール	(有)・無	24時間対応	—	24時間対応	—	—	24時間対応	—	—
2. 生活サービス									
①生活相談	(有)・無	必要に応じて	—	必要に応じて	—	—	必要に応じて	—	—
②リネン交換	(有)・無	—	—	—	—	—	週1回	—	—
③清掃	(有)・無	—	10分 440円	—	10分 440円	440円	週1回(2回目以降自費)	都度	自費
④洗濯	(有)・無	—	10分 440円	—	10分 440円	440円	週1回(2回目以降自費)	都度	自費
⑤居室配膳・下膳	(有)・無	—	10分 440円	—	10分 440円	440円	都度	10分 440円	—
⑥おやつ	(有)・無	—	—	—	—	—	—	—	—
⑦理美容	(有)・無	—	都度 自費	—	都度 自費	—	—	都度 自費	—
⑧代行									
・買物	(有)・無	—	10分 440円	—	10分 440円	440円	週1回(2回目以降自費)	都度	自費
・役所手続	(有)・無	—	—	—	—	—	—	—	—
3. 健康管理サービス									
・健康診断	(有)・無	—	—	—	—	—	—	—	—
・健康相談	(有)・無	都度	—	都度	—	—	都度	—	—
・生活相談	(有)・無	都度	—	都度	—	—	都度	—	—
・服薬支援	(有)・無	—	—	必要に応じて	—	—	都度	—	—
・医師の往診	(有)・無	—	都度 自費	—	都度 自費	—	—	都度 自費	—
4. 入退院時、入院中のサービス									
・入退院時の同行	(有)・無	—	—	—	—	—	—	—	—

