

登録事項等についての説明（高齢者住まい法第17条関係）

2024年11月13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) あいぱーくよこはま アイパーク ∞○						
所在地	(住居表示)神奈川県横浜市南区六ツ川1丁目						
利用交通手段	<input type="checkbox"/> 1.電車(京浜急行 線 弘明寺 駅から 徒歩 で 13 分) <input type="checkbox"/> 2.その他(六ツ川町バス停前)						
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 2016年 12月 25日から 2070年 12月 31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 2016年 12月 25日から 2070年 12月 31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 2016年 12月 25日から 2070年 12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) アイ株式会社
住所(法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 232-0066) 神奈川県横浜市南区六ツ川1-340-1 電話番号 045-711-8668
法人の役員	別添 1 のとおり

商号、名称、又は氏名	
法定代理人 (未成年の個人 である場合)	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) あいかぶしきがいしゃ アイ株式会社
事務所の所在地	(郵便番号 232-0066) 神奈川県横浜市南区六ツ川1-340-1 電話番号 045-711-8668

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 24 戸	
居住部分の規 模	(最小) 22.29 m ²	詳細については、別添 3 のとおり
	(最大) 25.66 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 鉄骨 造	階 数 5 階建
竣工の年月	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	

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	<p>次の①又は②に該当する者である。</p> <p>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。)</p>

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

高齢者生活支援サービス	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	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託	約 22000 円						
	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 50220 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 1100 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 1100 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 1100 円						
その他		<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 1100 円						
家賃の概算額	(最低) 約 55,000 円	住戸ごとの内容は別添 3 のとおり							
	(最高) 約 87,000 円								
共益費の概算額	(最低) 約 円								
	(最高) 約 9,000 円								
敷金の概算額	(最低) 約 312,000 円	家賃の 6 月分							
	(最高) 約 522,000 円								
水道光熱費の支払方法	賃貸契約者、個別の支払い								
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 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	<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							

措置の内容	<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 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

び退去者の数

八百八ノ文

八

※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
デイサービス・のんき庵	デイサービス	<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)
事業所の所在地	(郵便番号) 電話番号
連携又は協力の内容	

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	基本方針及び県の高齢者居宅安定確保計画に沿って適切に運営しています。
-----------------------	------------------------------------

※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

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的人数	■ 医師	人員 1人	<input type="checkbox"/> 社会福祉士	人員 人		
	■ 看護師	人員 1人	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員	人員 人		
	□ 准看護師	人員 人	■ 養成研修修了者	2	人員 人	
	■ 介護福祉士	人員 2人	■ 上記以外の職員	1	人員 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	<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 0 ~ 17 時 0分	00分		人員 1 人	
	上記以外の時間	17 時 0 ~ 9 時 0分	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	訪問と電話連絡					毎日 2 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	00時 00分	~	24 時 00 分	
		上記以外の日	<input type="checkbox"/> 24時間			
	通報方法	室内連絡ボタン・携帯電話				
	通報先	施設管理部	通報先から住宅までの到着予定時間			2 分
緊急時における対応の内容	緊急時マニュアルに応じて対応					
生活相談サービスの内容	健康状態や日常生活に不安を感じた時などに60分の相談を受けられる。					
	提供日	<input type="checkbox"/> 365日対応	<input type="checkbox"/> その他()			
	提供時間	9 時00分 ~ 17時00分				

サービス提供の対価(概算額)	月額※ 前払金	約 22,000 円 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。

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				<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) たくはいくくわん・つー・すりー 宅配クック123				
	住所(法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号) 222-0066	神奈川県横浜市南区六ツ川1-645-1 オフィス六ツ川 電話番号 045-730-1640			
	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) 222-0033	神奈川県横浜市港北区新横浜2-16-3 新横浜ステーションビル7階A室 電話番号 045-594-8945			
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 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(配食と自ら厨房兼用)		
	入居者の健康状態に合わせた食事対応				<input checked="" 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 checked="" 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 51,150 円	内訳	朝食 330 円	昼食 550 円	夕食 770 円
	前払金	約 円	前払金の算定方法			
備考	対価は、税込み。月額対価は3食分の最大値です。提供回数は入居者様に事前予約(10日前まで)で決定して頂きます。提携先の配食サービスも選択できます。					

※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。

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				<input type="checkbox"/> 委託する	
委	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 (室内清掃・洗濯・電球交換等)
サービス提供の対価(概算額)	月額	約 1,000 円
	前払金	約 0 円
算定方法		
備考	上記サービスは、自費で提供可能です。入浴・食事は、15分単位で880円。深夜時間帯は1,100円とする。排泄に関してのサービスは提供時間により変動。15分単位で1,375円、深夜帯は1,650円とする(すべて税込み)詳細は別紙契約書を作成します。	

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 checked="" type="checkbox"/> 掃除 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (電気交換等)	
サービス提供の対価(概算額)	月額	約 1,000 円	
	前払金	約 円	
算定方法			
備考	上記サービスは、自費で提供可能です。入浴・食事は、15分単位で880円。深夜時間帯は1,100円とする。詳細は別紙契約書を作成します。		

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 checked="" type="checkbox"/> 血圧等の測定 <input type="checkbox"/> 定期検診 <input checked="" type="checkbox"/> 通院等の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> その他 (月1回、医師による医療相談、散歩等)		
サービス提供の対価(概算額)	月額	約 1,100 円	前払金の 算定方法	
	前払金	約 円		
備考	共用部と併設アライズ内でのサービス提供、各種健康器具も有ります。体温・血圧毎日朝測定は、月間1100円(税込)、健康相談は生活相談費に含まれ無料。定期検診は年2回、健診車内での実施、実費負担となります。通院の付き添いは、介護保険適用外の自費負担でも可能。対価は15分1単位毎に880円・深夜11000円(税込)。散歩や花見等のイベントも開催しています。別紙契約書を作成します。			

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	看取り・火葬代行		
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	万が一の場合には、看取りと火葬代行も行う体制を整えておりますので、親族のいらっしゃらない方でも安心して居住して頂けます。このサービスは、サ高住の範囲外のオプション契約となります。			

別紙1

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 2024年11月13日

登録番号 浜28(1)003

施設名 アイパーク∞0

「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06月30日
住宅の管理者氏名※1	
電話番号 / FAX番号	045-711-8668/045-711-2555
メールアドレス	
ホームページアドレス	

※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	045-711-2555
ホームページアドレス	
資本金(基本財産)	2,200万
主な出資者(出捐者)とその 金額又は比率 ※2	非公開
設立年月日	2006年11月6日
直近の事業収支決算額 ※3	非公開
会計監査人との契約	なし・あり()
他の主な事業	旅客運送業

※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	045-711-2555
ホームページアドレス	

「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	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	緊急通報装置等の種類及び設置箇所 3か所 押しボタン式 インターフォン	
	安否確認の方法・頻度等 毎日2回 訪問、電話連絡	

「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	保証人いる場合、保証人制度	
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き等※5	<ul style="list-style-type: none"> 療養施設、介護施設等の入所、その他のやむを得ない事情により、居住する事が困難な場合。 親族と同居するため居住する必要がなくなった、その他 	
退去者の状況 前年度における	自宅等	人
	社会福祉施設	人
	医療機関	人
	死亡者	人
	その他	人
	事業者側の申し出	人 (解約事由の例)
	入居者側の申し出	人 (解約事由の例)

体験入居の期間及び費用負担等	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

	性 別	男 性		人、女 性		人	
		自 立 人					
入居者内訳	介護の 要否別	要介護 人		(内訳)	要介護 1 要介護 2 要介護 3 要介護 4 要介護 5	人 人 人 人 人	
		要支援 人		(内訳)	要支援 1 要支援 2	人 人	
平均年齢		歳 (男性	歳、女性	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

運営に関する方針	日常生活や介護に不安を抱く高齢者が住み慣れた地域で暮らせるようにする
サービスの提供内容に関する特色	入居者の個々に対して対応
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、議題：ゴミの捨て方と粗大ごみについて

※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9：00～17：00 連絡先045-711-8668 責任者：不動靖子
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）	緊急時マニュアルに沿い対応

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）	<p>乙（その家族、その他本物件に入りする者を含む。）が、乙の責に帰すべき事由により、建物、その設備、備品等について、汚損、破壊又は滅失した時には、乙は、甲が定める代価、その他甲が被った損害を甲に支払わなければならない。なお、この代価とは、修繕等についてはその実費相当額、物品については汚損、破壊又は滅失時の時価に基づくものとする。</p> <p>乙（その家族、その他本物件に入りする者を含む。）が、乙の責に帰すべき事由により、他の債務者その他第三者に対し、人的損害又は物的損害を被らせた時には、乙は、速やかにその旨を甲に連絡し、その損害を賠償しなければならない。</p>			
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（業務災害安心保険）			
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		
		結果の開示	1 あり	2 なし
	(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) なし				

（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	なかや内科医
	診療科目	内科・消化器内科
	所在地	磯子区丸山2-18-6
	距離及び所要時間	5.3Km/10分
	協力内容	健康相談等
協力歯科医療機関	名 称	
	所在地	
	距離及び所要時間	
	協力内容	

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）	個別に対応
--	-------

(4) 職員体制

ア 職種別の職員数等

(2024年11月13日現在)

職種	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 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	()			
介護 に 関 わ る 職 員 体 制	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

		他の職務との兼務				1 あり 2 なし			
管理者		兼務に係る 資格等		1 あり					
				資格等の名称					
		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
前年度1年間の採用者数									
前年度1年間の退職者数									
員 業 務 人 数 に 従 事 し た 経 験 年 数 に 応 じ た 職	1年未満								
	1年以上 3年未満								
	3年以上 5年未満								
	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			
要介護者的人数			
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	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	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

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> 特になし
--	-----------------------------

※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 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）	
	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

○介護予防特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例)			
区 分	月 領	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		
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)	(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

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」