

登録事項等についての説明（高齢者住まい法第17条関係）

2025 年 7 月 1 日

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

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)ここふあんかたくら ココファン片倉
所在地	(住居表示) 〒221-0865 神奈川県横浜市神奈川区片倉1-23-26
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 電車（横浜市営地下鉄ブルーライン線 片倉町駅から徒歩で3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 2021年 10月 1日から 2035年 2月 28日まで
施設に関する 権原	<input 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 年 月 日から 年 月 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 2021年 10月 1日から 2035年 2月 28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	
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2-11-8 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 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) 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2-11-8 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	51	戸	
居住部分の規模	(最小)	18.24	m ²	詳細については、別添 3 のとおり
	(最大)	36.48	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	重量鉄骨造	造	階数 地上 4 階建
竣工の年月	2015 年 2 月 28 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 checked="" type="checkbox"/> 法第52条の認可を受けている
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） （「高齢者」とは、60歳以上の者をいう。）
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
--------	---------

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	<input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託	約 円
	食事の提供	<input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 50,250 円
	入浴等の介護	<input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 円
	調理等の家事	<input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 円
	健康の維持増進	<input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 円
	その他	<input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 33,000 円
家賃の概算額	(最低) 約 76,000 円	住戸ごとの内容は別添 3 のとおり	
	(最高) 約 162,000 円		
共益費の概算額	(最低) 約 20,000 円		
	(最高) 約 35,000 円		
敷金の概算額	(最低) 約 152,000 円	家賃の 2.0 月分	
	(最高) 約 324,000 円		
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)		

詳細については、別添 4 のとおり

特定施設入居者生活介護事業所	<input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けている 介護保険事業所番号 (1470203397) <input 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 介護保険事業所番号 () <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 介護保険事業所番号 () <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者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 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
		<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くおんかいふくざわりにつく 医療法人社団 久遠会 福澤クリニック
事業所の所在地	(郵便番号 221-0865) 神奈川県横浜市神奈川区片倉1-9-3 まるあビル1F 電話番号 045-488-5122
連携又は協力の内容	訪問診療

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) かみのきしかいいん 神之木歯科医院
事業所の所在地	(郵便番号 221-0015) 神奈川県横浜市神奈川区神之木町19-15

電話番号 0454238730

連携又は協力の内容	訪問歯科
-----------	------

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

基本方針および市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（乙） 住所
氏名

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	取締役
やまもとのりお 山本 教雄	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
こんどうけんた 近藤 健太	取締役
かわな さきこ 川名 佐貴子	取締役
おだこうたろう 小田 耕太郎	監査役
たかはししゅんたろう 高橋 俊太郎	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。

役員名簿

<p>(ふりがな) 氏 名</p>	<p>役名等</p>

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	18.24	×	○	○	×	×	○	1	204	76,000
1	18.24	×	○	○	×	×	○	3	202, 205, 206	79,000
1	18.24	×	○	○	×	×	○	1	207	81,000
1	18.24	×	○	○	×	×	○	4	201, 304, 305, 306	82,000
1	18.24	×	○	○	×	×	○	2	302, 402	83,000
1	18.24	×	○	○	×	×	○	6	214, 215, 307, 404, 405, 406	84,000
1	18.24	×	○	○	×	×	○	6	209, 210, 211, 212, 213, 407	85,000
1	18.24	×	○	○	×	×	○	5	208, 301, 314, 315, 401	86,000
1	18.24	×	○	○	×	×	○	5	309, 310, 311, 312, 313	87,000
1	18.24	×	○	○	×	×	○	2	414, 415	89,000

1	18.24	×	○	○	×	×	○	6	308, 409, 410, 411, 412, 413	90,000
1	18.24	×	○	○	×	×	○	1	408	93,000
1	27.36	×	○	○	×	○	○	1	203	110,000
1	27.36	×	○	○	×	○	○	1	303	117,000
1	27.36	×	○	○	×	○	○	1	403	120,000
1	36.48	○	○	○	○	○	○	1	216	152,000
1	36.48	○	○	○	○	○	○	1	217	155,000
1	36.48	○	○	○	○	○	○	1	316	156,000
1	36.48	○	○	○	○	○	○	2	317, 416	159,000
1	36.48	○	○	○	○	○	○	1	417	162,000

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
脱衣・ UB・洗濯 室	9	90.45	2F、3F、4F	45	

食堂	1	152.68	1F	51	
共同トイレ	2	12.00	1F	51	
介護浴室・WC・脱衣室	1	30.11	1F	51	
ラウンジ	3	43.08	2F、3F、4F	51	

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 (法人にあつ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 checked="" type="checkbox"/> 指定居宅サービス事業者 <input checked="" type="checkbox"/> 指定地域密着型サービス事業者		<input checked="" type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員	人員	1 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	5 人	<input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員	16 人		
			合 計		人員	22 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 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	0 分	~	17 時	0 分	人員	1 人
	上記以外の時間	17 時	0 分	~	9 時	0 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	食事・外出時の声掛け、個別の電話や訪問による安否確認						毎日	1 回
	<input checked="" 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 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、共用部個浴・トイレ内に設置の緊急通報装置で連絡	
	通報先	1階事務室及び職員PHS	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 円	前払金の算定方法
	前払金	約 0 円	
備考	<p>要介護認定を受け、特定施設入居者生活介護利用契約を締結した場合、介護保険サービスとして提供されます。(介護保険における自己負担のお支払いが必要です。)</p> <p>介護保険非該当者様は自立者生活支援サービス費として、月額11,000円(一人当たり)を負担していただきます。</p> <p>詳細は重要事項説明書を参照ください。</p>		

※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 ()			
サービス提供の対価（概算額）	月額※	約 50,250 円	内訳	朝食 430 円	昼食 653 円 夕食 592 円
	前払金	約 0 円	前払金の算定方法		
備考	<ul style="list-style-type: none"> ・上記金額は税込金額です。 ・月額3食30日喫食した場合の金額です。 ・キャンセルは各食事の7日前まで可能です。 				

※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		<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"/> 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	0 円		
備考	要介護認定を受け、特定施設入居者生活介護利用契約を締結した場合、介護保険サービスとして提供されます。（介護保険における自己負担のお支払いが必要です。） 詳細は重要事項説明書を参照ください。				

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"/> 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	円	前払金の算定方法	
	前払金	約	0 円		
備考	要介護認定を受け、特定施設入居者生活介護利用契約を締結した場合、介護保険サービスとして提供されます。（介護保険における自己負担のお支払いが必要です。） 詳細は重要事項説明書を参照ください。				

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	円	前払金の算定方法	
	前払金	約	0		
備考	要介護認定を受け、特定施設入居者生活介護利用契約を締結した場合、介護保険サービスとして提供されます。（介護保険における自己負担のお支払いが必要です。） 詳細は重要事項説明書を参照ください。				

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	フロントサービス、巡回サービス、保守点検サービス			
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	生活支援サービスの基本サービス部分です。 二人入居の場合：月額45,760円 詳細は重要事項説明書を参照ください。				

重要事項説明書（情報公表システム取込様式）

Ver 1.0

記入年月日	2025 年 7 月 1 日
記入者名	良波 薫
所属・職名	ココファン片倉 事業所長
取込種別	1 追加
被災確認事業所番号	

1 事業主体概要

種類	2 法人	
	※法人の場合、その種類	5 営利法人
名称	かぶしきがいしゃがっけんここふあん (ふりがな) 株式会社学研ココファン	
法人番号	法人番号有無	1 有
	法人番号	3010701020722
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	
連絡先	電話番号	03 - 6431 - 1860
	FAX番号	03 - 6431 - 1864
	メールアドレス	@
	ホームページ有無	1 有
	ホームページアドレス	http://
代表者	氏名	森 猛
	職名	代表取締役
設立年月日	2008 年 5 月 15 日	
主な実施事業	※別添1（別々に実施する介護サービス一覧表）	

2 有料老人ホーム事業の概要

(住まいの概要)

名称	ここふあんかたくら (ふりがな)			
	ココファン片倉			
所在地	〒	221	-	0865
	神奈川県横浜市神奈川区片倉1-23-26			
所在地 (建物名等)				
市区町村コード	都道府県	神奈川県	市区町村	141003 横浜市
主な利用交通手段	最寄駅	片倉町 駅		
	交通手段と所要時間	横浜市営地下鉄ブルーライン線 片倉町駅 徒歩3分		
連絡先	電話番号	045	-	489 - 0888
	FAX番号	045	-	489 - 0890
	メールアドレス	co-katakura @ cocofump.co.jp		
	ホームページ有無	1 有		
	ホームページアドレス	https://	www.cocofump.co.jp	
管理者	氏名	良波 薫		
	職名	事業所長		
建物の竣工日		2015	年	2 月 28 日
有料老人ホーム事業の開始日		2021	年	10 月 1 日

(類型) 【表示事項】

類型	1 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合）			
1又は2に該当する 場合	介護保険事業者番号	1470203397		
	指定した自治体名	横浜市		
	事業所の指定日	2023	年	8 月 1 日
	指定の更新日（直近）		年	月 日

3 建物概要

土地	敷地面積	1325.27	m ²		
	所有関係	2 事業者が賃借する土地			
		2 事業者が賃借する土地の場合			
		賃貸の種類別	1 普通貸借		
		抵当権の有無	2 なし		
		契約期間	1 あり		
			開始	2021 年 10 月 1 日	
			終了	2035 年 3 月 31 日	
契約の自動更新	1 あり				
建物	延床面積	全体	2,393.46 m ²		
		うち、老人ホーム部分	1,995.38 m ²		
	耐火構造	1 耐火建築物			
		3 その他の場合			
	構造	2 鉄骨造			
		4 その他の場合			

所有関係	2 事業者が賃借する建物									
	2 事業者が賃借する建物の場合									
	賃貸の種別		1 普通貸借							
	抵当権の有無		2 なし							
	契約期間		1 あり							
			開始							
			2021 年 10 月 1 日							
		終了								
		2035 年 3 月 31 日								
契約の自動更新		1 あり								
居室の状況	居室区分 【表示事項】									
						1 全室個室（縁故者個室含む）				
						2 相部屋ありの場合				
			最少	1 人部屋						
			最大	2 人部屋						
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分				
	タイプ1	1 有	2 無	18.24 m ²	42	3 介護居室個室				
	タイプ2	1 有	2 無	27.36 m ²	3	3 介護居室個室				
	タイプ3	1 有	1 有	36.48 m ²	6	3 介護居室個室				
	タイプ4			m ²						
	タイプ5			m ²						
	タイプ6			m ²						
	タイプ7			m ²						
タイプ8			m ²							
タイプ9			m ²							
タイプ10			m ²							

共用施設	共用便所における 便房	3	ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		ヶ所
				うち車椅子等の対応が可能な便房	3	ヶ所
	共用浴室	9	ヶ所	個室	9	ヶ所
				大浴場		ヶ所
	共用浴室における 介護浴槽	1	ヶ所	チェアー浴		ヶ所
				リフト浴		ヶ所
				ストレッチャー浴	1	ヶ所
				その他		ヶ所
食堂	1	あり				
入居者や家族が利 用できる調理設備	1	あり				
エレベーター	2	あり (ストレッチャー対応)				
消防用設備 等	消火器	1	あり			
	自動火災報知設備	1	あり			
	火災通報設備	1	あり			
	スプリンクラー	1	あり			
	防火管理者	1	あり			
	防災計画	1	あり			
緊急通報装 置等	居室	1	全ての居室あり			
	便所	1	全ての便所あり			
	浴室	1	全ての浴室あり			
	その他					
その他						

4 サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	多くの高齢者の方が、安心して暮らし続けられるためのサービスを提供します。
サービスの提供内容に関する特色	高齢者の尊厳を守り、一人ひとりの心と身体がより良い状態に向かうことを考え行動します。
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施
食事の提供	1 自ら実施
洗濯・掃除等の家事の供与	1 自ら実施
健康管理の供与	1 自ら実施
安否確認又は状況把握サービス	1 自ら実施
生活相談サービス	1 自ら実施

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護の提供を行っていない場合は省略可能

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無	入居継続支援加算	2	なし	
	生活機能向上連携加算	2	なし	
	個別機能訓練加算	2	なし	
	夜間看護体制加算	2	なし	
	若年性認知症入居者受入加算	2	なし	
	医療機関連携加算	1	あり	
	口腔衛生管理体制加算	1	あり	
	栄養スクリーニング加算	1	あり	
	退院・退所時連携加算	1	あり	
	看取り介護加算	2	なし	
	認知症専門ケア加算	(Ⅰ)	2	なし
		(Ⅱ)	2	なし
	サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)イ	2	なし
		(Ⅰ)ロ	2	なし
(Ⅱ)		2	なし	
	(Ⅲ)	1	あり	

	介護職員処遇改善加算	(Ⅰ)	1 あり
		(Ⅱ)	
		(Ⅲ)	
		(Ⅳ)	
		(Ⅴ)	
	介護職員等特定処遇改善加算	(Ⅰ)	
		(Ⅱ)	1 あり
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	2 なし		
	1 ありの場合		
	(介護・看護職員の配置率)		: 1

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可	<input type="checkbox"/>	救急車の手配
		入退院の付き添い
	<input type="checkbox"/>	通院介助
		その他
1	名称	医療法人社団久遠会 福澤クリニック
	住所	〒221-0865 神奈川県神奈川区片倉1-9-3 まるあビル1F
	診療科目	内科・外科・皮膚科
	協力科目	内科・外科・皮膚科
	協力内容	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

協力医療機関	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力科目	
		協力内容	
	3	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	1	名称	神之木歯科医院
		住所	〒221-0015 神奈川県横浜市神奈川区神之木町1-15
		協力内容	訪問歯科診療・歯科相談
	2	名称	
		住所	
		協力内容	

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可	一時介護室へ移る場合		
	介護居室へ移る場合		
	○	その他	
判断基準の内容	本人、連帯保証人及び身元引受人の希望による		
手続きの内容	従前契約の解約及び新契約の締結		
追加的費用の有無	1 あり		
居室利用権の取扱い	住み替え後の居室に移行		
前払金償却の調整の有無	2 なし		
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	1 あり	
	便所の変更	1 あり	
	浴室の変更	1 あり	
	洗面所の変更	1 あり	
	台所の変更	1 あり	
	その他の変更	2 なし	
		1 ありの場合	(変更内容)

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	2	なし
	要支援の者	2	なし
	要介護の者	1	あり
留意事項	60歳以上、事業主体が設定する基準による審査あり		
契約解除の内容	入居者等に義務不履行があった場合、通知により解除		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	終身建物賃貸借契約書 第14条	
	解約予告期間	6	ヶ月
入居者からの解約予告期間	1	ヶ月	
体験入居の内容	1 あり		
	1 ありの場合		
	(内容)	2泊3日程度	
入居定員	60	人	
その他			

5 職員体制

※ 有料老人ホームの職員について記載すること(同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません)。

(職種別の職員数)

	職員数 (実人数)			常勤換算人数 ※1 ※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1		0.1
生活相談員	3	3		1
直接処遇職員	24	9	15	15.2
介護職員	20	8	12	12.6
看護職員	4	1	3	2.6
機能訓練指導員	4	1	3	0.1
計画作成担当者	1	1		0.7
栄養士				
調理員	9		9	
事務員	2	1	1	
その他職員	3		3	
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 ※2				40 時間
※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。				
※2 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				

(資格を有している介護職員の人数)

	合計		
	常勤	非常勤	
社会福祉士			
介護福祉士	12	6	6
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	8	2	6
介護支援専門員			

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計		
		常勤	非常勤
看護師又は准看護師	4	1	3
理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復士			
あん摩マッサージ指圧師			
はり師			
きゅう師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間	(17 時 0 分 ~ 9 時 0 分)		
	平均人数		最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員		人	人
介護職員	1	人	1 人

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

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 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	契約上の職員配置比率※ 【表示事項】	d 3 : 1以上
	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
※ 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		
外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制 (外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	ホームの職員数	人
	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)

管理者	他の職務との兼務		1 あり								
	業務に係る資格等	1 あり									
		1 ありの場合						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			2	1	3					1	
前年度1年間の退職者数			1		1						
に業務に応じた従事した経験年数	1年未満							1			
	1年以上3年未満	1		2	3	1					
	3年以上5年未満	1			2	2					
	5年以上10年未満				3			1			
	10年以上		3	6	3				3	1	
従業者の健康診断の実施状況			1 あり								

6 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態 【表示事項】	3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	3 月払い方式	
	4 選択方式の場合、該当する方式を全て選択	
		全額前払い方式
		一部前払い・一部月払い方式
		月払い方式
年齢に応じた金額設定	2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	2 なし	
入院等による不在時における利用料金（月払い）の取扱い	1 減額なし	
	3 不在期間が○日以上の場合に限り、日割り計算で減額の場合	
	不在期間が	日以上
利用料金の改定	条件	施設の維持管理、公租公課等の負担が増加した時、もしくは物価の変動・近隣相場との不均衡・施設の改良があった場合
	手続き	運営懇談会の意見を聴き、同意を得た上で行う

(利用料金のプラン【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	1	1	
	年齢	歳	歳	
居室の状況	床面積	18.24 m ²	36.48 m ²	
	便所	1 有	1 有	
	浴室	2 無	1 有	
	台所	2 無	1 有	
入居時点で必要な費用	前払金	円	円	
	敷金	152,000 円	324,000 円	
月額費用の合計		179,250 円	343,260 円	
家賃		76,000 円	162,000 円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用	19,188 円	38,376 円	
	介護保険外※2	食費	50,250 円	100,500 円
		管理費	20,000 円	35,000 円
		介護費用	33,000 円	45,760 円
		光熱水費	円	円
		その他	円	円

※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。

※2 有料老人ホーム事業として受領する費用(訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない)

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	居室及び共用施設等の利用料及び施設設備等修繕交換費・居室設備修繕交換費建物賃貸料
敷金	家賃の2ヶ月分
介護費用 ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。	生活支援サービス費：フロントサービス・共用部巡回サービス・保守点検サービスなどへの職員対応の人員費として(介護保険サービスの自己負担額は含まない)

管理費	共益費として。建物全体にかかる光熱水費から共同利用設備部分で使用する光熱水費を除いた光熱水費に、各専有面積を各専有部分の合計面積で除した面積按分割合を乗じた額。 建物の維持管理費として。
食費	食材費、人件費、厨房維持費として。 希望制（朝430円・昼653円・夕592円：3食30日食べた場合 50,250円）
光熱水費	
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2
その他のサービス利用料	

（特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠）

※ 特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

費目	算定根拠
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担額	利用契約書参照
特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乘せサービス）	
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能

算定根拠		
想定居住期間 (償却年月数)		ヶ月
償却の開始日		入居日
想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額 (初期償却額)		円
初期償却率		%
返還金の算定方法	入居後 3 月以内の契約終了	
	入居後 3 月を超えた契約終了	
前払金の保全先	1 全国有料老人ホーム協会以外の場合	
	名称	

7 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	15	人
	女性	36	人
年齢別	65歳未満	0	人
	65歳以上75歳未満	1	人
	75歳以上85歳未満	5	人
	85歳以上	45	人
要介護度別	自立	0	人
	要支援 1	2	人
	要支援 2	7	人
	要介護 1	13	人
	要介護 2	12	人
	要介護 3	11	人
	要介護 4	4	人
要介護 5	2	人	
入居期間別	6ヶ月未満	4	人
	6ヶ月以上1年未満	3	人
	1年以上5年未満	44	人
	5年以上10年未満	0	人
	10年以上15年未満	0	人
	15年以上	0	人

(入居者の属性)

平均年齢	90.27	歳
入居者数の合計	51	人
入居率※	85	%

※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。

(前年度における退去者の状況)

退居先別の人数	自宅等	1	人
	社会福祉施設	3	人
	医療機関	0	人
	死亡	7	人
	その他	0	人
生前解約の状況	施設側の申し出	0 (解約事由の例)	人
	入居者側の申し出	4 (解約事由の例) 自宅に戻る等	人

8 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況)

窓口1	
窓口の名称	事業所長 良波 薫
電話番号	045 - 489 - 0888
対応している時間	平日 8 時 45 分 ~ 17 時 45 分
	土曜 8 時 45 分 ~ 17 時 45 分
	日曜・祝日 8 時 45 分 ~ 17 時 45 分
定休日	原則、土日

窓口2

窓口の名称		株式会社学研ココファン								
電話番号		03 - 6431 - 1860								
対応している時間	平日	8	時	45	分	～	17	時	45	分
	土曜		時		分	～		時		分
	日曜・祝日		時		分	～		時		分
定休日		原則、祝日・土日								

窓口3

窓口の名称		神奈川県国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口								
電話番号		0570 - 022 - 110								
対応している時間	平日	8	時	30	分	～	17	時	15	分
	土曜		時		分	～		時		分
	日曜・祝日		時		分	～		時		分
定休日										

窓口4

窓口の名称		横浜市 健康福祉局 高齢健康福祉部 高齢施設課								
電話番号		045 - 263 - 8084								
対応している時間	平日	9	時	0	分	～	17	時	0	分
	土曜		時		分	～		時		分
	日曜・祝日		時		分	～		時		分
定休日		土日祝日および12月29日から1月3日								

窓口5

窓口の名称		横浜市 建築局 住宅政策課								
電話番号		045 - 671 - 4121								
対応している時間	平日	8	時	30	分	～	17	時	15	分
	土曜		時		分	～		時		分
	日曜・祝日		時		分	～		時		分
定休日		土日祝日								

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

損害賠償責任保険の加入状況	1 あり	
	1 ありの場合	
	その内容	(備考欄参照)
介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応	1 あり	
	1 ありの場合	
	その内容	事実関係を把握し、マニュアルに沿った対応を行う。ご家族への緊急連絡、病院での受診、通院補助、経過観察。
事故対応及びその予防のための指針	1 あり	

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見を把握する取組の状況	1 あり	
	1 ありの場合	
	実施日	①事業所に意見箱設置(常時) ②CSアンケートを毎年実施
	結果の開示	1 あり
第三者による評価の実施状況	2 なし	
	1 ありの場合	
	実施日	
	評価機関名称	
	結果の開示	

9 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	2 入居希望者に交付
管理規程	2 入居希望者に交付
事業収支計画書	3 公開していない
財務諸表の要旨	3 公開していない
財務諸表の原本	3 公開していない

10 その他

運営懇談会	1 あり	
	1 ありの場合	(開催頻度) 年 1 回
	2 なしの場合	
	1 代替措置ありの場合	(内容)
提携ホームへの移行 【表示事項】	2 なし	
	1 ありの場合	提携ホーム名
有料老人ホーム設置時の 老人福祉法第29条第1項 に規定する届出	1 あり	
高齢者の居住の安定確保 に関する法律第5条第1 項に規定するサービス付 き高齢者向け住宅の登録	2 なし	
有料老人ホーム設置運営 指導指針「5. 規模及び 構造設備」に合致しない 事項	2 なし	
	1 ありの場合	
	合致しない事項が ある場合の内容	
	「6. 既存建築物 等の活用の場合等 の特例」への適合 性	
有料老人ホーム設置運営 指導指針の不適合事項		

	不適合事項がある場合の内容	
--	---------------	--

備考

8・苦情事故等に対する体制＞（サービス提供により賠償すべき事故が発生したときの対応）
 ＞損害賠償責任保険の加入状況＞1ありの場合＞その内容： 損害保険ジャパン日本興亜㈱の「サービス付き高齢者向け住宅賠償責任保険」に加入。事故が発生し、入居者の生命、身体、財産等に損害が生じた場合は、速やかに損害を補償する。

横浜市特定施設入居者生活介護の規定により、2人部屋に1名でご入居された場合は総額20万以下とする。（要介護認定者が該当。自立 要支援は減額非該当）

添付書類： 別添1（別の実施する介護サービス一覧表）
 別添2（個別選択による介護サービス一覧表）

※ _____ 様

説明年月日 _____ 年 月 日

説明者署名 _____

※ 契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

別添2

有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無							1 あり
	特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス(利用者一部負担※1)	個別の利用料金で、実施するサービス(利用者が全額負担)	包含※2			料金※3	備考
			都度※2	都度※2	料金※3		
介護サービス							
食事介助	1 あり		○			必要時随時	
排泄介助・おむつ交換	1 あり		○			必要時随時	
おむつ代		1 あり		○	実費	実費	
入浴（一般浴）介助・清拭	1 あり	1 あり	○	○	10分624円	週2回まで 週3回以上、10分624円	
特浴介助	1 あり	1 あり	○	○	10分624円	週2回まで 週3回以上、10分624円	
身辺介助（移動・着替え等）	1 あり		○			必要時随時	
機能訓練	1 あり		○			必要時随時	
通院介助	1 あり	1 あり	○	○	10分624円	協力医療機関は適宜 その他医療機関は要相談、10分624円	
生活サービス							
居室清掃	1 あり	1 あり	○	○	10分440円	週1回まで 週2回以上、10分440円	
リネン交換	1 あり	1 あり	○	○	10分440円	週1回まで 週2回以上、10分440円	
日常の洗濯	1 あり	1 あり	○	○	10分440円	週2回まで 週3回以上、10分440円	
居室配膳・下膳	1 あり	1 あり	○	○	10分440円	必要時随時（体調不良時） その他10分440円	
入居者の嗜好に応じた特別な食事		2 なし				内容により異なる	
おやつ		1 あり		○	実費		
理美容師による理美容サービス		1 あり		○	実費		
買い物代行	1 あり	1 あり	○	○	10分440円	必要時実施（指定店のみ） 指定店以外、10分440円	
役所手続き代行	2 なし	2 なし					
金銭・貯金管理		2 なし					
健康管理サービス							
定期健康診断		1 あり		○	実費		
健康相談	1 あり	2 なし	○			適宜	
生活指導・栄養指導	1 あり	3 なし	○			適宜	
服薬支援	1 あり	2 なし	○			必要時実施 居宅療養管理指導の契約必要	
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	1 あり	2 なし	○			適宜	

入退院時・入院中のサービス						
入退院時の同行	1 あり	1 あり	○	○		要相談
入院中の洗濯物交換・買い物	2 なし	1 あり		○		要相談
入院中の見舞い訪問	1 あり	2 なし	○			

※1:利用者の所得等に応じて負担割合が変わる(1割又は2割の利用者負担)。

※2:「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額サービス費用に含まれる場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。

※3:都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。