

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

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) えいじふりーはうすよこはまとおかいちばちょう エイジフリー ハウス 横浜十日市場町
所在地	(住居表示) 横浜市緑区十日市場町879番地3
利用交通手段	<input type="checkbox"/> 1.電車(JR横浜 線 十日市場 駅から 徒歩 で 4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 2017年 8月 1日から 2039年 7月 31日まで
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 期間 2017年 8月 1日から 2039年 7月 31日まで
敷地に関する 権原	<input type="checkbox"/> 1.所有権 <input checked="" 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 2017年 8月 1日から 2039年 7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) ぱなそにつくえいじふりーかぶしきがいしや パナソニック エイジフリー株式会社
住 所 (法人にあつては 主たる事務所の所 在 地)	(郵便番号 571-8686) 大阪府門真市大字門真1048番地 電話番号 06-6900-9831
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 にあつて は主たる 事務所の 所在地) 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) えいじふりーはうすよこはまとおかいちばちよう エイジフリー ハウス 横浜十日市場町
事務所の所在地	(郵便番号 226-0025) 横浜市緑区十日市場町879番地3 電話番号 045-988-5501

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	20 戸
居住部分の規模	(最小)	18.54 m ²
	(最大)	19.29 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	木 造 階 数 地上2 階建
竣工の年月	2017 年 7 月 25 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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)	
高齢者生活支援サービス	状況把握 生活相談	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託	約 51,150 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 55,800 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 8,800 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 2,930 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 8,800 円
その他	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 2,200 円	
家賃の概算額	(最低) 約	59,700 円	住戸ごとの内容は別添 3 のとおり
	(最高) 約	79,500 円	
共益費の概算額	(最低) 約	24,000 円	
	(最高) 約	24,000 円	
敷金の概算額	(最低) 約	179,100 円	家賃の 3 月分
	(最高) 約	238,500 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()		
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 <small>(法人にあっては 主たる事務所の所在地)</small>	(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
パナソニック エイジフリーケアセンター 横浜十日市場町・小規模多機能	小規模多機能型居宅介護	<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さんきかい しんみどりほーむけあくりにっく 医療法人社団三喜会 新緑ホームケアクリニック
事業所の所在地	(郵便番号 226-0025) 神奈川県横浜市緑区十日市場町853-14 電話番号 045-989-5600
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) いりょうほうじんしゃだんしーえむじー ふれあいのおかないかないしきょうけんしんぐりにつく 医療法人社団CMG ふれあいの丘内科内視鏡健診クリニック
事業所の所在地	(郵便番号 224-0062) 神奈川県横浜市都筑区葛が谷10-3 エムズヒル3階、4階 電話番号 050-5526-5400
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) いりょうほうじんしゃだんこんばす こんばすくりにつくよこはま 医療法人社団コンパス コンパスクリニック横浜
事業所の所在地	(郵便番号 224-0001) 神奈川県横浜市都筑区中川1-19-25 露木中川ビル101 電話番号 0120-418771
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

基本方針及び横浜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。

貸主(甲) 住所 大阪府門真市大字門真1048番地
氏名 パナソニック エイジフリー株式会社
代表取締役 坂口 哲也 印

代理人 住所 神奈川県横浜市緑区十日市場町879番地3
氏名 エイジフリー ハウス 横浜十日市場町
(説明者氏名) _____
(説明者氏名) _____

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

印

役員名簿

(ふりがな) 氏名	役名等
さかぐちてつや 坂口哲也	代表取締役
ひがしさこひろやす 東迫弘泰	代表取締役
きんじょうがく 金城学	取締役
まつもとたかし 松元崇	取締役
たかはしあきひろ 高橋章浩	監査役
きたひでたか 喜多栄太	監査役
なりたさとし 成田哲	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	18.60	×	○	○	×	×	○	2	209,211	59,700
1	18.60	×	○	○	×	×	○	3	101,102,104	66,000
1	18.60	×	○	○	×	×	○	2	106,213	69,000
1	18.60	×	○	○	×	×	○	2	205,207	72,000
1	19.29	×	○	○	×	×	○	2	103,105	72,000
1	18.54	×	○	○	×	×	○	1	212	76,500
1	18.60	×	○	○	×	×	○	7	201,202,203,204 206,208,210	76,500
1	18.60	×	○	○	×	×	○	1	214	79,500

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
食堂・談話	1	61.98	1階	20	洗面台部分含む
談話室	1	22.90	2階	20	台所を含む
娯楽室	1	12.55	1階	20	
脱衣室	2	11.20	2階	20	
浴室	2	7.40	2階	20	
共用トイレ	2	10.70	1階、2階	20	

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) 代表取締役 坂口 哲也 印 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 checked="" type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input checked="" type="checkbox"/> 指定介護予防サービス事業者 <input checked="" type="checkbox"/> 指定居宅サービス事業者 <input checked="" type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者 <input checked="" type="checkbox"/> 指定地域密着型サービス事業者 <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 checked="" type="checkbox"/> 養成研修修了者	人員	8 人		
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士	人員	7	<input type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員	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	0 時	0分	～	24 時	0分	人員	1 人
	上記以外の時間	時	分	～	時	分	人員	人
毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法	ごみ出しのために毎日居宅を訪問し声掛けを行う (食事の提供がある場合は食事の案内あり)						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	0時 0 分 ～ 24 時 0分					
		上記以外の日	<input type="checkbox"/> 24時間					
	通報方法	ナースコール						
	通報先	1階事務所			通報先から住宅までの到着予定時間			1 分
サービス提供の対価(概算額)	月額	約	51,150 円	前払金の算定方法				
	前払金	約	0 円					
備考	①状況把握サービス ・緊急コール時は、ナースコールによる声かけを行い、未応答時には居宅へ訪問し、安否の確認を実施 ・フロントサービス ②生活相談サービス ・介護に関するお困りごとのご相談に対応 ※費用には健康相談を含む ※二人入居の場合101,200円							

※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 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 55,800 円	内訳	朝食 580 円	昼食 640 円 夕食 640 円
	前払金	約 円	前払金の算定方法		
備考		※上記金額は一人分			

※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 8,800 円	前払金の 算定方法		
	前払金	約 円			
備考		※月額約8,800円は週2回入浴支援(1,100円/回 30分)した場合の概算月額 その他入居者様のご希望で追加可能なオプションサービス(抜粋) 排泄支援 排泄介助(居室内移動着衣まで) 3,300円/日 食事支援 食事介助 1,100円/回(30分以内) 等 ※サービス内容及び回数は他の介護サービスやご家族様の状況等により応相談			

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 2,930 円	前払金の 算定方法		
	前払金	約 円			
備考		※月額約2,930円は週2回居室清掃(366円/回 10分以内)した場合の概算月額 その他入居者様のご希望で追加可能なオプションサービス(抜粋) 洗濯 3,000円/回(洗濯から乾燥まで実施。概ね90分以内を目安) 等 ※サービス内容及び回数は他の介護サービスやご家族様の状況等により応相談			

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 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 (生活リズムの記録、服薬支援 等)		
サービス提供の 対価(概算額)	月額	約 8,800 円	前払金の 算定方法		
	前払金	約 円			
備考		※月額約8,800円は週1回通院介助(2,200円/時)した場合の概算月額 入居者様のご希望で追加可能なオプションサービス(抜粋) 健康管理 排便・睡眠・バイタルなど 1,224円/日 服薬支援 薬を飲むのを確認 122円/回 等 ※サービス内容及び回数は他の介護サービスやご家族様の状況等により応相談			

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	外出同行等		
サービス提供の 対価(概算額)	月額	約 2,200 円	前払金の 算定方法		
	前払金	約 円			
備考		※月額約2,200円は月1回外出同行(2,200円/時)した場合の概算月額 入居者様のご希望で追加可能なオプションサービス(抜粋) 身の回りのお手伝い 2,200円/時 入院中の代行 2,200円/時 ※サービス内容及び回数は他の介護サービスやご家族様の状況等により応相談			

年 月 日

状況把握・生活相談サービス以外のサービス選択に係る説明書

貸主 住所 大阪府門真市大字門真1048
氏名 パナソニック エイジフリー株式会社
代表取締役 坂口 哲也 印

サービス付き高齢者向け住宅への入居契約を締結するに当たり、貸主より、以下のサービス及び提供事業者を自由に選択できることについて、サービス付き高齢者向け住宅の登録基準に基づき書面を交付して説明します。

<input type="checkbox"/>	介護保険サービス	ケアプラン、訪問介護・訪問看護・居宅療養管理指導・通所介護・通所リハビリテーション・福祉用具貸与・特定福祉用具販売(介護予防を含む。)、定期巡回・随時対応型訪問介護看護等
<input type="checkbox"/>	医療サービス等	医療、歯科医療、あん摩マッサージ指圧、はり、きゅう、柔道整復
<input type="checkbox"/>	高齢者生活支援サービス	入浴、排せつ、食事等の介護、食事の提供、調理、洗濯、掃除等の家事、心身の健康の維持及び増進
<input type="checkbox"/>	その他のサービス	理髪等

上記につきまして、サービス付き高齢者向け住宅の登録基準に基づいて、書面による説明を受けました。

年 月 日

借主 住所
氏名
代理人 住所
氏名

印
印

別紙

サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けた有料老人ホーム重要事項説明書
(「登録事項等についての説明」の補足)

作成日 2022年 7月 1日

登録番号 浜28(1)008

施設名 エイジフリーハウス 横浜十日市場町

「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	2018年 2月 1日
住宅の管理者氏名※1	石原 智章
電話番号 / F A X 番号	045-988-5501/045-982-8088
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

F A X 番号	06-6900-9832
ホームページアドレス	https://panasonic.co.jp/ls/paf/
資本金(基本財産)	5,000万円
主な出資者(出捐者)とその金額又は比率 ※2	パナソニック株式会社 100%出資
設立年月日	1998年 6月 19日
直近の事業収支決算額 ※3	(収益) 44,937,318,000円 (費用) 42,464,591,000円 (損益) 2,472,726,000円
会計監査人との契約	<input type="checkbox"/> なし・あり()
他の主な事業	介護サービス事業、介護ショップ事業、介護用品・設備の開発および販売事業

※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

F A X 番号	045-982-8088
ホームページアドレス	未定

「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 ・ <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input checked="" type="checkbox"/> ・ その他	
建築物の耐火構造	耐火構造 ・ <input type="checkbox"/> 準耐火構造 <input checked="" type="checkbox"/> ・ その他 ()	
消防用設備等	消火器	なし・ <input checked="" type="checkbox"/> あり
	自動火災報知設備	なし・ <input checked="" type="checkbox"/> あり
	火災通報設備	なし・ <input checked="" type="checkbox"/> あり
	スプリンクラー	なし・ <input checked="" type="checkbox"/> あり
	防火管理者	なし・ <input checked="" type="checkbox"/> あり
	防災計画	なし・ <input checked="" type="checkbox"/> 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 ナースコール 居室、共有部分（トイレ、浴室、脱衣室）	
	安否確認の方法・頻度等 毎日1回、ゴミ出しのために毎日居宅を訪問し声掛けを行う。 (食事の提供がある場合は食事の案内の際に状況把握を行う)	

「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	サービス付き高齢者向け住宅賃貸借契約書約款第14条、16条に基づく		
生活保護受給者の受入れ対応	否 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 可		
事業者又は入居者が入居契約を解除する場合の事由及び手続等 ※5	サービス付き高齢者向け住宅賃貸借契約書約款第11条、12条に基づく		
退去者の状況 前年度における	退去先別の人数	自宅等	2人
		社会福祉施設	0人
		医療機関	0人
		死亡者	5人
		その他	0人
	生前解約の状況	事業者側の申し出	(解約事由の例)
入居者側の申し出		(解約事由の例) 自宅等で生活される	2人
体験入居の期間及び費用負担等	空室がある場合 一泊1,000円(税込)、食費(実費)で体験入居可		

※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

(2022年 7月 1日現在)

入居者内訳	性別	男性 6人、女性 15人				
	介護の 要否別	自立	0人			
		要介護	20人	(内訳)	要介護1	1人
				要介護2	5人	
要介護3	6人					
要介護4	8人					
要介護5	0人					
要支援	1人	(内訳)	要支援1	1人		
			要支援2	0人		
平均年齢	86歳（男性 80歳、女性 88歳）					

注) 介護の要否別及び平均年齢については、入居者数が少ない等の状況により、個人が特定される場合には、プライバシー保護の観点から記入する必要はない。

「6. サービス付き高齢者向け住宅において提供される高齢者生活支援サービス及び入居者から受領する金銭」について

(1) 運営に関すること

運営に関する方針	ご入居者が介護や医療を必要とする場合は、円滑に介護サービスや医療サービスを受けられるよう、介護事業所や医療機関と連携を図ります。なお、介護事業所や医療機関と連携する場合にも、ご入居者は、連携先以外のサービス事業者のサービス（介護保険サービス、医療サービス等）を自由に選択することが出来ます。
サービスの提供内容に関する特色	1階に小規模多機能型居宅介護を併設 要介護、要支援の認定を受けられた方は、併設する介護保険サービスをご利用頂けます
運営懇談会の開催状況 ※6 (開催回数、設置者の役職員を除く参加者数、主な議題等)	年1回 管理者から、入居者、ご家族、町内会長、市職員に日時をご案内し運営懇談会を開催する。入居状況、職員状況、日々のご様子、等をご説明させて頂き、参加者から質問意見等を受け運営に反映させる。

※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）	パナソニック エイジフリー株式会社 【事業所の窓口】 TEL 045-988-5501 FAX 045-982-8088 【事業所の統括窓口】 TEL 06-6900-9831 FAX 06-6900-9832 横浜市建築局 住宅政策課 TEL 045-671-4121 FAX 045-641-2756 健康福祉局 高齢施設課 TEL 045-671-4117 FAX 045-641-6408
----------------------------------	--

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）	本契約に基づき、生活支援サービス等を入居者に提供した場合に万一、事故が発生し、入居者の生命・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。		
事故発生の防止のための指針	なし・ <input checked="" type="checkbox"/> あり		
損害賠償（対応方針及び損害保険契約の概要等）	当社事故対応マニュアルに従う		
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・ <input checked="" type="checkbox"/> あり ありの場合の保険名(損害保険ジャパン株式会社)		
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
	<input checked="" type="checkbox"/> 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
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	医療法人社団三喜会 新緑ホームケアクリニック
	診療科目	内科・外科
	所在地	神奈川県横浜市緑区十日市場町853-14
	距離及び所要時間	7.3km 車で20分
	協力内容	訪問診療
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CMG ふれあいの丘内科内視鏡健診クリニック
	診療科目	内科
	所在地	神奈川県横浜市都筑区葛が谷10-3 エムズヒル3階、4階
	距離及び所要時間	横浜市営地下鉄グリーンライン 「都筑ふれあいの丘」駅（徒歩2分）
	協力内容	訪問診療
協力歯科医療機関	名 称	医療法人社団コンパス コンパスクリニック 横浜
	所在地	神奈川県横浜市都筑区中川1-19-25 露木中川ビル101
	距離及び所要時間	1.1km 徒歩14分
	協力内容	訪問歯科
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）	入居者の意思確認及び相談に応じたのち、必要であれば医療機関の選定及び紹介を行う。	

(4) 職員体制

ア 職種別の職員数等

(2022年 7月 1日現在)

	職員数	常勤換算後の		夜間勤務職員数 (18時~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	15()						
	介護職員	15()		1				
	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	()						
	事務職員	()						
	その他職員	4()						
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 あり 2 なし								
	兼務に係る資格等	① あり									
		資格等の名称	介護福祉士								
		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					4						
前年度1年間の退職者数					4						
業務に応じた従事した職員の経験年数	1年未満				0						
	1年以上3年未満				0						
	3年以上5年未満				2						
	5年以上10年未満				7						
	10年以上				6						
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	人 (人)
介護福祉士	7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	1人 (人)	資格なし	人 (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	<input checked="" type="checkbox"/> 公 開 (閲覧 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 写し交付)	2 非公開
	入居契約書の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公 開 (閲覧 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 写し交付)	2 非公開
	管理規程の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公 開 (<input checked="" type="checkbox"/> 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)	<input checked="" type="checkbox"/> 非公開
	事業収支計画の公開	1 公 開 (閲覧 ・ 写し交付)	<input checked="" type="checkbox"/> 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

※ _____ 様

説明年月日 年 月 日

説明者署名 _____

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。

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

*金額は全て税込価格です。

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	提供方法（回数等）	金額（単価）	
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		2 時間に1 回で計6 回(体位交換含む)	2,200円/日		2 時間に1 回で計6 回(体位交換含む)	2,200円/日		2 時間に1 回で計6 回(体位交換含む)	2,200円/日
・夜間 18時～ 9時	有・無		2 時間に1 回で計6 回(体位交換含む)	2,750円/日		2 時間に1 回で計6 回(体位交換含む)	2,750円/日		2 時間に1 回で計6 回(体位交換含む)	2,750円/日
②食事介助			30分以内	1,100円/回		30分以内	1,100円/回		30分以内	1,100円/回
③排泄										
・排泄介助	有・無		居室内移動着衣まで	3,300円/日		居室内移動着衣まで	3,300円/日		居室内移動着衣まで	3,300円/日
・おむつ交換	有・無		排泄介助を含む			排泄介助を含む			排泄介助を含む	
・おむつ代	有・無		種類、サイズ等による	28～133円/枚		種類、サイズ等による	28～133円/枚		種類、サイズ等による	28～28円/枚
④入浴等										
・清拭	有・無		30分以内	1,100円/回		30分以内	1,100円/回		30分以内	1,100円/回
・一般浴介助	有・無		30分以内	1,100円/回		30分以内	1,100円/回		30分以内	1,100円/回
・特浴介助	有・無									
⑤身辺介助										
・体位交換	有・無		巡回を含む			巡回を含む			巡回を含む	
・居室からの移動	有・無		10分以内	366円/回		10分以内	366円/回		10分以内	366円/回
・衣類の着脱	有・無		10分以内	366円/回		10分以内	366円/回		10分以内	366円/回
・身だしなみ介助	有・無		10分以内	366円/回		10分以内	366円/回		10分以内	366円/回
⑥機能訓練	有・無									
⑦通院の介助	有・無		交通費は実費負担。移動にかかる時間も右記の料金を含む	2,200円/時		交通費は実費負担。移動にかかる時間も右記の料金を含む	2,200円/時		交通費は実費負担。移動にかかる時間も右記の料金を含む	2,200円/時
⑧緊急時対応										
・ナースコール	有・無	随時（一次対応）	月額状況把握・生活相談サービス費を含む		随時（一次対応）	月額状況把握・生活相談サービス費を含む		随時（一次対応）	月額状況把握・生活相談サービス費を含む	
2. 生活サービス										
①家事										
・清掃	有・無		10分以内	366円/回		10分以内	366円/回		10分以内	366円/回
・洗濯	有・無		洗濯から乾燥まで実施。概ね90分以内を目安とします。	3,300円/回		洗濯から乾燥まで実施。概ね90分以内を目安とします。	3,300円/回		洗濯から乾燥まで実施。概ね90分以内を目安とします。	3,300円/回
②居室配膳・下膳	有・無			366円/回			366円/回			366円/回
③理美容	有・無									
④代行										
・買物	有・無		交通費は実費負担。移動にかかる時間も右記の料金を含む	2,200円/時		交通費は実費負担。移動にかかる時間も右記の料金を含む	2,200円/時		交通費は実費負担。移動にかかる時間も右記の料金を含む	2,200円/時
3. 健康管理サービス										
・健康診断	有・無									
・健康相談	有・無	随時	月額状況把握・生活相談サービス費を含む		随時	月額状況把握・生活相談サービス費を含む		随時	月額状況把握・生活相談サービス費を含む	
・薬保管（薬のお預かり）	有・無		処方薬に限る（当施設が推奨する薬局）	176円/日		処方薬に限る（当施設が推奨する薬局）	176円/日		処方薬に限る（当施設が推奨する薬局）	176円/日
・薬保管（薬のお預かり）	有・無		処方薬に限る（上記以外の薬局）	385円/日		処方薬に限る（上記以外の薬局）	385円/日		処方薬に限る（上記以外の薬局）	385円/日
・生活指導	有・無									
・医師の往診	有・無									
4. 入退院時、入院中のサービス										
・医療費	有・無									
・移送サービス	有・無		交通費は実費負担。移動にかかる時間も右記の料金を含む	2,200円/時		交通費は実費負担。移動にかかる時間も右記の料金を含む	2,200円/時		交通費は実費負担。移動にかかる時間も右記の料金を含む	2,200円/時
5. その他サービス										
	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。