

## 登録事項等についての説明（高齢者住まい法第17条関係）

令和3年4月1日

## 登録事項等についての説明

貸主(甲) 住所 横浜市戸塚区戸塚町4130番地5  
氏名 株式会社横浜メディカルケア  
代表取締役 横川 隆美 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) とつかきょうりつゆいのもりしもくらた 戸塚共立 結の杜 下倉田
所在地	(住居表示) 〒244-0815横浜市戸塚区下倉田町1157番地1
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1.電車( 線 駅から で 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 年 月 日から 年 月 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 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 年 月 日から 年 月 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) かぶしきかいしゃよこはまめでいかるけあ 株式会社横浜メディカルケア
住所 (法人にあっては 主たる事務所の所 在 地)	(郵便番号 244-0003 ) 神奈川県横浜市戸塚区戸塚町4130番地5 電話番号 045-443-7631
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) 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) かぶしきかいしゃよこはまめでいかるけあ 株式会社横浜メディカルケア		
事務所の所在地	(郵便番号 244-0003 ) 神奈川県横浜市戸塚区戸塚町4130番地5	電話番号	045-443-7631

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	32 戸	
居住部分の規模	(最小)	18.30	m <sup>2</sup>
	(最大)	25.63	m <sup>2</sup>
構造及び設備	共同利用設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	構造	鉄筋コンクリート	造
竣工の年月	2015 年 12 月 3 日	階数	階建
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	2016 年 1 月 4 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 33,000 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 60,390 円
	入浴等の介護	<input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 提供しない	約 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 0 円
その他	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 1,100 円	
家賃の概算額	(最低) 約 87,000 円	住戸ごとの内容は別添 3 のとおり	
	(最高) 約 125,000 円		
共益費の概算額	(最低) 約 25,000 円		
	(最高) 約 42,000 円		
敷金の概算額	(最低) 約 174,000 円	家賃の 月分	
	(最高) 約 250,000 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( )		
特定施設入居者生活介護事業所	<input type="checkbox"/> 指定を受けている		
	<input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けていない		
地域密着型特定施設入居者生活介護事業所	<input type="checkbox"/> 指定を受けている		
	<input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けていない		
介護予防特定施設入居者生活介護事業所	<input type="checkbox"/> 指定を受けている		
	<input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けていない		
介護サービス情報	(特定施設入居者生活介護事業者、地域密着型特定施設入居者生活介護事業所若しくは介護予防特定施設入居者生活介護事業所の指定を受けている場合には、別紙により、介護保険法第115条の35第1項に規定する介護サービス情報を示す。)		

※前払金とは、終身又は入居契約の期間にわたって受領すべき家賃等の全部又は一部を一括して受領する場合をいう。

7. サービス付き高齢者向け住宅の管理の方法等

管理の方式	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら管理 <input type="checkbox"/> 管理業務を委託	
委託する業務の内容 (契約事項)		
管理業務の委託先		
商号、名称 又は氏名	(ふりがな)	
住所 (法人にあっては 主たる事務所の所在地)	(郵便番号)	電話番号
修繕計画		
計画策定の 有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
大規模修繕の 実施予定	頃実施予定	
その他計画的 な修繕予定		

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
戸塚共立 結の杜 デイサービス下倉田	入浴・機能訓練・食事・健康チェック他	<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
戸塚共立 結の杜 ヘルパーステーション下倉田	入浴介助・食事介助・排泄介助・生活援助他	<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

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

横浜市の高齢者居住安定確保計画
-----------------

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。

令和    年    月    日  
借主(乙) 住所  
氏名

印





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の人数	<input type="checkbox"/> 医師	人員	人	<input type="checkbox"/> 社会福祉士	人員 人	
	<input type="checkbox"/> 看護師	人員	人	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員	人員 人	
	<input type="checkbox"/> 准看護師	人員	人	<input type="checkbox"/> 養成研修修了者	人員 人	
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士	人員	7人	<input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員 2人	
常駐する場所	<input checked="" type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地 <input type="checkbox"/> 近接する土地 (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 30分	人員 1 人
	上記以外の時間	17 時	30分	～	9 時 00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	朝食時に食堂にて				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	時 分 ～ 時 分			
		上記以外の日	<input checked="" type="checkbox"/> 24時間			
	通報方法	ナースコール				
	通報先	1階事務室及びPHS		通報先から住宅までの到着予定時間	分	
サービス提供の対価(概算額)	月額	約 33,000 円	前払金の			
	前払金	約 円	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		<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 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 60,390 円	内訳	朝食 540 円	昼食 648 円 夕食 825 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 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 type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他( )		
		内容	<input type="checkbox"/> 入浴介護 <input type="checkbox"/> 排せつ介護 <input type="checkbox"/> 食事介護 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
サービス提供の 対価(概算額)	月額	約	円	前払金の 算定方法	
	前払金	約	円		
備考					

4. 調理、洗濯、掃除等の家事サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		<input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する		<input type="checkbox"/> 委託する	
委託する 場合の 委託先	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 type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他( )		
		内容	<input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
サービス提供の 対価(概算額)	月額	約	円	前払金の 算定方法	
	前払金	約	円		
備考					

5. 健康の維持増進サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する		<input type="checkbox"/> 委託する	
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな).....			
	住所 (法人にあ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 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	円		
備考					

6. その他のサービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する		<input type="checkbox"/> 委託する	
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな).....			
	住所 (法人にあ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( )		
			買い物代行、外出付き添い、掃除、洗濯		
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		買い物代行 30分:1,100円(品物代は別途実費) 外出付き添い 30分:1,100円(タクシー代は別途実費) 掃除 30分:1,100円 洗濯 1回:550円			

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

作成日 令和 4 年 7 月 1 日  
登録番号 浜 26 (1) 016  
施設名 戸塚共立結の杜下倉田

## 「1. サービス付き高齢者向け住宅の名称及び所在地」について

開設年月日	平成26年 1月 4日
住宅の管理者氏名※1	
電話番号 / F A X 番号	045-864-1121/045-827-3155
メールアドレス	yuinomori@tmg.or.jp
ホームページアドレス	http://tk-sv.com/

※1 管理者を配置している場合に記入

## 「2. サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者」について

F A X 番号	045-443-7632
ホームページアドレス	http://yokohama-hhcs.com/
資本金(基本財産)	300万
主な出資者(出捐者)とその金額又は比率 ※2	株式会社日本白十字社 300万円 100%
設立年月日	平成16年 5月 日
直近の事業収支決算額 ※3	(収益)1,670,547,593円 (費用)1,647,202,992円 (損益)47,676,727円
会計監査人との契約	なし・あり ( )
他の主な事業	医療機器販売、医療システム事業、介護施設運営

※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	045-827-3155
ホームページアドレス	http://tk-sv.com

「4. サービス付き高齢者向け住宅の戸数、規模並びに構造及び設備」について

建築基準法上の主要用途	寄宿舍 ・ 共同住宅 ・ <u>有料老人ホーム</u> ・ その他	
建築物の耐火構造	<u>耐火構造</u> ・ 準耐火構造 ・ その他 ( )	
消防用設備等	消火器	なし・ <u>あり</u>
	自動火災報知設備	なし・ <u>あり</u>
	火災通報設備	なし・ <u>あり</u>
	スプリンクラー	なし・ <u>あり</u>
	防火管理者	なし・ <u>あり</u>
	防災計画	なし・ <u>あり</u>
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 ケアコム製ナースコールシステム 居室・居室内トイレ・共用トイレ・浴室脱衣室	
	安否確認の方法・頻度等 訪室・1日1回	

「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	住民票・戸籍謄本などで入居者との続柄が証明できる方、乙と連帯して、本契約から生じる乙の債務を負担するものとする。
生活保護受給者の受入れ対応	否 ・ <u>可</u>
事業者又は入居者が入居契約を解除する場合の事由及び手続等 ※5	<p>(契約の解除)</p> <p>第10条甲は、乙が次に掲げる義務に違反した場合において、甲が相当の期間を定めて当該義務の履行を催告したにもかかわらず、その期間内に当該義務が履行されないときは、本契約を解除することができる。</p> <p>一第4条第1項に規定する賃料支払義務 二第5条第2項に規定する共益費支払義務 三第1条第2項に規定する生活支援サービス契約に基づく生活支援サービス料金支払義務 四前条第1項後段に規定する費用負担義務</p> <p>2甲は、乙が次に掲げる義務に違反した場合において、甲が相当の期間を定めて当該義務の履行を催告したにもかかわらず、その期間内に当該義務が履行されずに棟外義務違反により本契約を継続することが困難であると認められるに至ったときは、本契約を解除することができる。</p>

		<p>一第3条に規定する本物件の使用目的順守義務</p> <p>二第8条各項に規定する義務（同条第3項に規定する義務のうち、別表第1第六号から第八号までに掲げる行為にかかわるものを除く）</p> <p>三その他本契約書に規定する乙の義務</p> <p>3 甲は、乙又は同居人が年齢を偽って入居資格を有すると五人させるなどの不正の行為によって本物件に入居したときは、本契約を解除することができる。</p> <p>4 甲又は乙の一方について、次のいずれかに該当した場合には、その相手方は、何らかの催告も要せずして、本契約を解除することができる。</p> <p>一第7条各号の確約に反する事実が判明した場合</p> <p>二契約締結後に自ら又は自らの役員が反社会的勢力に該当することとなった場合</p> <p>5 甲は、乙が別表第1第六号から第八号までに掲げる行為を行った場合には、何等の催告も要せずして、本契約を解除することができる。</p> <p>（乙からの解除）</p> <p>第11条乙は、甲に対して少なくとも30日前に解約の申し入れを行うことにより、本契約を解約することができる。</p> <p>1 前項の規定にかかわらず、乙は、解約申入れの日から30日分の賃料及び生活支援サービス料金（本契約の解除後の賃料相当額及び生活支援サービス料金相当額を含む。）を甲に支払うことにより、解約申入れの日から起算して30日を経過する日までの間、随時に本契約を解約することができる。</p>	
<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">退去者の状況</p> <p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">前年度における</p>	<p>退去先別の人数</p>	自宅等	0人
		社会福祉施設	1人
		医療機関	2人
		死亡者	3人
		その他	0人
	<p>生前解約の状況</p>	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)	0人
<p>体験入居の期間及び費用負担等</p>		<p>該当なし</p>	

※4 入居契約書に身元引受人や後見人等の選任を定めている場合に記入

※5 入居契約の条項に沿って、解除の事由及び手続、予告期間、前払金の返還時期等を正確に記入。

(2) 入居状況等

(令和4年7月1日現在)

入居者内訳	性別	男性 7人、女性 27人			
	介護の 要否別	自立	3人		
		要介護 24人	(内訳)	要介護1	8人
			要介護2	5人	
			要介護3	6人	
要介護4	4人				
要介護5	1人				
要支援	7人	(内訳)	要支援1	3人	
			要支援2	4人	
平均年齢	89歳 (男性 89歳、女性 89歳)				

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

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

(1) 運営に関すること

運営に関する方針	入居者が、安心して自立した日常生活が送れるように、巡回、安否確認、緊急時対応、健康支援、生活相談等を行います。また、医療や介護サービスが必要になった場合は、医療法人横浜未来ヘルスケアシステムの医療機関、介護事業所や地域の事業所と連携をとることによって、可能な限り安心して住み続けることが出来るよう支援します。
サービスの提供内容に関する特色	① 職員か、体温、血圧測定を行うとともに、体調不良時には、かかりつけ医への連絡等の対応を行います。 ② 戸塚共立第1病院、戸塚共立第2病院等の関連機関の通院のため定期送迎車を運行します。
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回開催、令和3年度はコロナ感染対策のため資料送付のみ議題 1. 職員紹介 2. 入居者様の状況 (年齢、介護度、入居期間、事故、クレーム等) 3. 令和3年度活動報告、令和4年度活動予定 4. 併設事業所のサービス提供状況について 5. 食事提供サービス提供状況について 6. 令和3年度収支報告 7. 職員数及び勤務体制、資格保有の状況 8. 入居者様及びご家族様の要望等、意見交換

※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）	窓口の名称：戸塚共立結の杜下倉田苦情相談窓口 責任者：岡本香子 連絡先：045-864-1121 第三者機関の連絡先： 横浜市健康福祉局高齢施設課 045-671-4117		
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）	入居者に急な発病・発作などの緊急事態が起きた時は、速やかに主治医又は協力医療機関に連絡する等の適切な措置を行います。また、入居者等の希望する連絡先に緊急連絡する等の対応を行います。		
事故発生の防止のための指針	なし <input checked="" type="radio"/>		
損害賠償（対応方針及び損害保険契約の概要等）	甲の責めに帰すべき事由により乙の生命、身体または財産に損害を及ぼした場合は、乙に対してその損害を賠償する。		
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="radio"/> ありの場合の保険名(損害保険ジャパン日本興亜株式会社 ウォームハート)		
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	<input checked="" type="radio"/>	実施日	随時
		結果の開示	<input checked="" type="radio"/> 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
	<input checked="" type="radio"/> 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	戸塚共立第1病院
	診療科目	内科、外科、整形外科、皮膚科、泌尿器科、眼科、病理診断科、消化器外科、呼吸器外科、形成外科、リハビリテーション科、麻酔科、放射線科、消化器内科、脳神経内科、脳神経外科、救急科、糖尿病内科、呼吸器内科
	所在地	横浜市戸塚区戸塚町116
	距離及び所要時間	2.4km 車10分
	協力内容	診療受入、診療後の療養上必要な情報提供等

協力医療機関（又は嘱託医） の概要及び協力内容	名 称	戸塚共立第2病院
	診療科目	循環器内科、内科、整形外科、小児科、外科(消化器外科)、小児外科、耳鼻咽喉科、心臓血管外科、麻酔科、救急科、放射線科、皮膚科、乳腺外科、泌尿器科、脳神経外科、歯科口腔外科、リハビリテーション科
	所在地	横浜市戸塚区吉田町579-1
	距離及び所要時間	2.7km 車8分
	協力内容	診療受入、診療後の療養上必要な情報提供等
協力医療機関（又は嘱託医） の概要及び協力内容	名 称	戸塚共立リハビリテーション病院
	診療科目	整形外科、脳神経内科、リハビリテーション科、内科、麻酔科
	所在地	横浜市泉区和泉中央北1-40-34
	距離及び所要時間	7.1km 車20分
	協力内容	診療受入、診療後の療養上必要な情報提供等
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）	入居者に急な発病・発作などの緊急事態が起きた時は、速やかに主治医又は協力医療機関に連絡する等の適切な措置を行います。また、入居者等の希望する連絡先に緊急連絡する等の対応を行います。	



(4) 職員体制

ア 職種別の職員数等

(令和4年 7月 1日現在)

	職員数	常勤換算後の		夜間勤務職員数 (17時～翌9時30分) (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	10 ( 6 )		1	介護福祉士、実務者研修修了者、初任者研修修了者	
	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	( )				
	医師	( )				
	栄養士	( )				
	調理員	9 ( 9 )				栄養士、調理師
	事務職員	2 ( 2 )				
	その他職員	( )				
合計	22 ( 17 )					
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				初任者研修修了者	
		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											
前年度1年間の退職者数											
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満					2					
	1年以上3年未満				2	1					
	3年以上5年未満				1	2					
	5年以上10年未満				1	1					
	10年以上										
従業者の健康診断の実施状況				1 あり		2 なし					

ウ 要介護者・要支援者に対する直接処遇職員体制（特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要）

	前々年度の平均値	前年度の平均値 ※11	今年度の平均値 ※10
要支援者の人数			
要介護者の人数			
指定基準上の直接処遇職員の人数 ※8			
配置している直接処遇職員の人数 ※9			
要支援者・要介護者の合計人数に対する配置 直接処遇職員の人数の割合	:	:	:
常勤換算方法の考え方※11	常勤職員の週勤務時間 時間で除して算出		

従業者の勤務体制の概要	介護職員	早番	:	～	:
		日勤	:	～	:
		遅番	:	～	:
		夜勤	:	～	:
	看護職員	早番	:	～	:
		日勤	:	～	:
		遅番	:	～	:
		夜勤	:	～	:

※8 常勤換算後の人数。

※9 常勤換算後の人数。自立者対応の人数を除く。

※10 今年度の平均値は、作成日の前月までの平均値とすること。

※11 「前年度の平均値」及び「常勤換算方法」等については指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年3月31日厚生省令第37号）等の規定によること

エ 状況把握(安否確認)および生活相談サービスに係る職員の資格取得状況

社会福祉士	人（人）	医師	人（人）
介護福祉士	8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	1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>
--	---------------------

※12 市の指針上適合していない事項について、指針の8～14に該当する運営面に関することを記述すること。  
 なお、代替措置及び改善計画等は、別紙で明記することでも可

●特定施設入居者生活介護に関する事項（該当する場合のみ）

(1) 介護を行う場所等

要介護時(認知症を含む)に介護を行う場所	
----------------------	--

(2) 住み替える場合の条件等

入居後住みに替居え室は合施設	居室から一時介護室へ移る場合(判断基準・手続、追加費用の要否、居室利用権の取扱い等)	
	従前の居室から別の居室へ住み替える場合(同上)	
	提携ホームへ住み替える場合(同上)	

(3) 介護保険に係る利用料

介護保険に係る利用料(適用を受ける場合は、市区町村から交付される「介護保険負担割合証」に記載された利用者負担の割合に応じた額) ※13	○特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例)		
	区分	月 額	利用者負担額 (1割の場合/2割の場合)
	要介護1	円	円 / 円
	要介護2	円	円 / 円
	要介護3	円	円 / 円
	要介護4	円	円 / 円
	要介護5	円	円 / 円

介護保険に係る利用料  
(適用を受ける場合は、  
市区町村から交付され  
る「介護保険負担割合  
証」に記載された利用  
者負担の割合に応じた  
額) ※13

○各種加算の状況

身体拘束廃止取組の有無	(減算型・基準型)	
退院・退所時連携加算	(無・有)	
入居継続支援加算	(無・有)	
生活機能向上連携加算	(無・有)	
個別機能訓練加算	(無・有)	
夜間看護体制加算	(無・有)	
若年性認知症入居者受入加算	(無・有)	
医療機関連携加算	(無・有)	
口腔衛生管理体制加算	(無・有)	
栄養スクリーニング加算	(無・有)	
看取り介護加算	(無・有)	
認知症専門ケア加算	(無・有)	(Ⅰ)
		(Ⅱ)
サービス提供体制強化加算	(無・有)	(Ⅰ) イ
		(Ⅰ) ロ
		(Ⅱ)
		(Ⅲ)
介護職員処遇改善加算	(無・有)	Ⅰ
		Ⅱ
		Ⅲ
		Ⅳ
		Ⅴ
介護職員等特定処遇改善加算	(無・有)	Ⅰ
		Ⅱ

介護保険に係る利用料 (適用を受ける場合は、 市区町村から交付され る「介護保険負担割合 証」に記載された利用 者負担の割合に応じた 額) ※13	○介護予防特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例)		
	区分	月額	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)	
		Ⅰ Ⅱ Ⅲ Ⅳ Ⅴ	
		Ⅰ Ⅱ	
介護職員等特定処遇改善加算	(無・有)	Ⅰ Ⅱ	

短期利用の設定 (短期 利用特定施設入居者生 活介護の届出がある) ※14	無・有
--	-----

※13 月額には、個別機能訓練加算、夜間看護体制加算、医療機関連携加算、認知症専門ケア加算、サービス提供体制強化加算及び介護職員処遇改善加算を含めて記入する。

※14 短期利用特定施設入居者生活介護の届出がある場合には添付書類の別添2を添付する。

○添付書類：別添1「介護サービス等の一覧表」