

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4年8月31日

登録事項等についての説明

貸主(甲) 住所横浜市都筑区東山田1552
氏名 山本 百合子 印
代理人 住所 (該当なし)
氏名 (該当なし) 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) ゆめべっていすみれがおか 夢別邸すみれが丘
所在地	(住居表示) 〒224-0013 神奈川県横浜市すみれが丘13番地3
利用交通手段	■ 1.電車(市営地下鉄ブルーライン線中川駅からとほで10分) ■ 2.その他(地下鉄ブルーライン・グリーンライン「センター北駅」からバスで17分、東急田園都市線「たまプラーザ駅」からバス9分)
住宅に関する権原	□ 1.所有権 ■ 2.賃借権 □ 3.使用貸借による権利 期間 2015年 2月 27日から 2040年 10月 31日まで
施設に関する権原	□ 1.所有権 ■ 2.賃借権 □ 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	□ 1.所有権 □ 2.地上権 ■ 3.賃借権 □ 4.使用貸借による権利 期間 2015年 2月 27日から 2040年 10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	■ 法人 □ 個人
商号、名称 又は氏名	(ふりがな) イリョウホウジンシャダン ヤマトキネンカイ 医療法人社団 山本記念会
住所 (法人にあつては 主たる事務所の所 在 地)	(郵便番号 224-0024) 神奈川県横浜市都筑区東山田1552 電話番号 045(593)2211
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) ゆめべっていすみれがおか 夢別邸すみれが丘
事務所の所在地	(郵便番号 224-0013) 神奈川県横浜市都筑区すみれが丘13-3 電話番号 045(565)9037

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 90 戸
居住部分の規模	(最小) 18 m ²
	(最大) 38.1 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 地上5 階建
竣工の年月	2015 年 2 月 27 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 44,000 円	
	食事の提供	<input type="checkbox"/> 自ら <input checked="" type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 38,880 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 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 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 円	
その他	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 円	詳細については、 別添 4 のとおり	
家賃の概算額	(最低) 約 84,000 円	住戸ごとの内容は別添 3 のとおり		
	(最高) 約 192,000 円			
共益費の概算額	(最低) 約 93,000 円			
	(最高) 約 186,000 円			
敷金の概算額	(最低) 約 168,000 円	家賃の 2 月分		
	(最高) 約 384,000 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 <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
ケアステーションすみれが丘	介護サービスの提供	<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
すみれが丘ひだまりクリニック	診療所(自由診療)	<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
すみれが丘そよかぜクリニック	診療所(保険診療)	<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

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) ヤマトキネンビョウイン 山本記念病院
事業所の所在地	(郵便番号 224-0024) 神奈川県横浜市都筑区東山田1552番地 電話番号 045(593)2211
連携又は協力の 内容	健康診断・外来診療・入院対応 等

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

基本方針及び市の高齢者居住安定確保計画に沿って適切に運営をします。

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

○ ○ ○ ○

印

役員名簿

<small>(ふりがな)</small> 氏名	役名等
ヤマモト ユリコ 山本 百合子	理事長
アイカワ マユミ 會川 真由美	副理事長
オオヤ セイロウ 大屋 聖郎	理事
セリザワ ケイコ 芹澤 敬子	理事
ハツミ トシアキ 初見 俊明	理事
アリマ ジュンイチ 有馬 潤一	理事

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	×	○	○	×	×	○	4	213、215～217	84,000
1	18	×	○	○	×	×	○	4	302,303,305,306	85,000
1	18	×	○	○	×	×	○	4	402,403,405,406	86,000
1	18	×	○	○	×	×	○	1	336	88,000
1	18	×	○	○	×	×	○	7	331～333、335、502、 503、505	90,000
1	18	×	○	○	×	×	○	5	438,440,441,443,445	92,000
1	18.6	×	○	○	×	×	○	1	330	92,000
1	20.1	×	○	○	×	×	○	1	437	96,000
1	20.1	×	○	○	×	×	○	1	501	98,000
1	21	×	○	○	×	×	○	10	201～203、205～ 208、210、～212	106,000
1	21	×	○	○	×	×	○	16	308、310～313、315～ 318、320～323、325～327	110,000
1	21	×	○	○	×	×	○	14	408、410～413、415～ 418、430～433、435	112,000
1	21	×	○	○	×	×	○	11	507、508、510～513、 515～518、520	115,000
1	21.7	×	○	○	×	×	○	1	328	112,000
	23.45	×	○	○	×	×	○	1	436	120,000
	27	×	○	○	×	×	○	2	521,522	134,000
	35.7	×	○	○	×	○	○	1	307	166,000
	35.7	×	○	○	×	○	○	1	407	167,000
	35.7	×	○	○	×	○	○	1	506	168,000
	38.1	○	○	○	○	○	○	2	301,337	190,000
	38.1	○	○	○	○	○	○	2	401,446	192,000

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
-----	-------	--------------	------	---------------	----

浴室	4	72	2階3階4階5階	24+60	2階機械良く含む
台所	5	257.26	2階3階4階5階		90 ラウンジ含む
食堂	5	257.26	2階3階4階5階		90 台所含む
居間	0				
収納設備	0				

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。

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 checked="" 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 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	17人	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員	人員 人
	<input type="checkbox"/> 准看護師	人員	2人	<input type="checkbox"/> 養成研修修了者	人員 13人
	<input type="checkbox"/> 介護福祉士	人員	33人	<input type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員 33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	～	18時 00分 人員 2人
	上記以外の時間	18時	00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	ご入居者全員に一日1回、ラウンジでの食事提供(主に朝食時)に安否確認を実施				毎日 1 回
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	ナースコール			
	通報先	2階事務室及び各階介護ステーション		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 44,000 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 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) ソシオフードサービス カブシキガイシャ ソシオフードサービス株式会社			
	住所 (法人にあっては主たる事務所 の所在地)	(郵便番号 211-0041)	神奈川県川崎市中原区下小田中3-34-1		電話番号 03-5789-7700
	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 224-0013)	神奈川県横浜市都筑区すみれが丘13-3		電話番号 045-620-7340
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 38,880 円	内訳	朝食 270 円	昼食 486 円 夕食 540 円
	前払金	約 0 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 type="checkbox"/> 排せつ介護 <input type="checkbox"/> 食事介護 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (モーニングケア、ナイトケアなど)		
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		・介護保険適用サービスについては訪問介護事業所と別途個別に契約して頂き、一部負担の金額でご利用いただけます。 ・介護保険適用外のサービスについては個別サービス介護費として10分700(税別)で提供致します。			

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 type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> 掃除 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (ベットメイク、ルームサービス(居室配膳)など)		
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		・介護保険適用サービスについては訪問介護事業所と別途個別に契約して頂き、一部負担の金額でご利用いただけます。 ・介護保険適用外のサービスについては、ベットメイク1台500円、洗濯1回100円、生活支援10分350円などかかります。(全て税別)			

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 checked="" type="checkbox"/> その他()		
		内容	<input type="checkbox"/> 健康相談 <input 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 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		・健康診断等は、協力医療機関にて行います。(実費がかかります)。 ・通院等の付き添いは、個別介護サービスとして10分700円(税別)にて提供しております。			

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()		
			アクティビティの提供、美容等		
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		美容サービス、アクティビティについてはそれぞれのサービスの実費がかかります。			

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 令和 4 年 8 月 31 日
登録番号 浜 26 (2) 004
施設名 夢別邸すみれが丘

「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 27 年 4 月 1 日
住宅の管理者氏名※1	井上 智香子
電話番号 / F A X 番号	045-565-9037 / 045-565-9038
メールアドレス	Yumesumiregaoka8@gmail.com
ホームページアドレス	http://www.yamamoto-kinen.or.jp/yume/

※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	045-593-5410
ホームページアドレス	http://www.yamamoto-kinen.or.jp
資本金(基本財産)	0円
主な出資者(出捐者)とその金額又は比率 ※2	なし
設立年月日	昭和63年 1 月 22 日
直近の事業収支決算額 ※3	(収益) 30.0億円 (費用)27.9億円 (損益) 2.1億円
会計監査人との契約	なし・ あり (秋山会計事務所)
他の主な事業	医療業(病院)・介護保険指定事業(訪問介護等)

※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	045-593-5410
ホームページアドレス	http://www.yamamoto-kinen.or.jp

「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 ・ 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 緊急連絡・安否確認	緊急通報装置等の種類及び設置箇所 各戸及び共用施設（浴室、共同トイレ）にナースコールを設置	
	安否確認の方法・頻度等 ご入居者全員に一日一回、ラウンジでの食事の提供時（主に朝食時）に安否確認を実施	

「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	身元引受人は、本契約に基づく入居者の事業者に対する家賃等の債務について、入居者と連携して履行の席を負います。又、必要な時は、入居者の身柄を引き取ります。
生活保護受給者の受入れ対応	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等 ※5	<p>【事業者から解除する場合】</p> <p>①事業者は、入居者が次に掲げる義務に違反した場合において事業者が当該業務の遂行を催告したにもかかわらず、2か月以内に当該義務が遂行されないときは、契約を解除することができる。</p> <p>一 入居契約書第4条第1項に規定する家賃支払い義務 二 同第5条第2項に規定する共益支払義務 三 同第7条第3項に規定する基本サービス費支払い義務 四 同第10条第1項後段に規定する基本サービス費支払い義務</p> <p>②事業者は、入居者が次に掲げる義務に違反した場合において、相当な期間を定めて当該義務の履行されずに当該義務違反により入居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、契約を解除することができる。</p>

		<p>一 入居契約第3条に規定する本物件の使用目的遵守義務</p> <p>二 入居契約書第9条に規定する義務（同条第3項に規定する義務のうち、別表第1第七号から九号までに掲げる行為に係わるものを除く）</p> <p>三 その他入居契約書に規定する入居者の義務</p> <p>③事業者は、入居者が年齢を偽って入居資格を有すると誤認させるなどの不正行為によって入居したときは、契約を解除する事ができる。</p> <p>④事業者又は入居者の一方について、次のいずれかに該当した場合には、その相手方は、何らの催促も要せずして、契約を解除する事ができる。</p> <p>一 入居契約書第8条各号の確約に反する事実が判明した場合</p> <p>二 入居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事業者は、入居者の署名代行・身元引受人・法定代理人及び家族等に暴言。暴力・ハラスメント等があり、事業者又は他の入居者との間にトラブルが生じる恐れがあるまたは職員のサービス提供に支障が生じると事業者が判断した場合。</p> <p>⑥事業者は、入居者が入居契約書第1号第七号から九号までに掲げる行為を行った場合には、何らかの催告も要せずして、契約を解除することができる。</p> <p>【入居者が解除する場合】</p> <p>①入居者は、事業者に対して少なくとも30日前に解約の申し入れを行う事により、契約を解除することができる。</p> <p>②①の規定にかかわらず、入居者は、解約申し入れの日から30日分の家賃、共益費及び基本サービス費を事業者に支払うことにより、解約申し入れの日から起算して30日を経過する日までの間、随時に契約を解除する事ができる。</p> <p>③入居者の急変時等で療養施設への入所やその他やむ得ない自由により、入居者が当該物件に居住することが出来なくなったときは①の規定にかかわらず契約を解除することができる。</p>	
退去者の状況 前年度における	退去先別の人数	自宅等	0人
		社会福祉施設	6人
		医療機関	7人
		死亡者	19人
		その他	0人
	生前解約の状況	事業者側の申し出	0人

		(解約事由の例)
		人
	入居者側の申し出	(解約事由の例)
体験入居の期間及び費用負担等	1泊2日自立・支援1～介護2 14,300円、介護3～介護5 16,500円（共に税込み）、30日を上限として体験入居契約を締結をします。	

※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 16人、女性 74人			
	介護の 要否別	自立	4人		
		要介護	79人	(内訳)	要介護1 14人
				要介護2 21人	
				要介護3 10人	
要介護4 22人					
要介護5 12人					
要支援	7人	(内訳)	要支援1 3人		
			要支援2 4人		
平均年齢	90.9 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) 運営に関すること

運営に関する方針	<ul style="list-style-type: none"> ・ご入居者が、いつまでも健康であり続け、生きがいを持って生活いただけますよう人間味のある温かいサービスをご提供させていただきます。 ・地域の皆様、他の医療機関さま、福祉施設さまと共に、地域医療及び福祉の向上に貢献できる施設を目指していきたくと考えています。
サービスの提供内容に関する特色	<ul style="list-style-type: none"> ・様々な趣向をこらした催し物を計画し、趣味・交流の場を作っております。 ・地域の夏祭りや中学校の職場体験等に積極的に参加し、地域の方達との交流も積極的に行っています。

<p>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)</p>	<p>令和3年度は、コロナ禍の為、一度延期をし様子観察をいたしました。感染者増加により中止の判断をいたしました。 ご家族様には、夢別邸すみれが丘運営懇談会資料を郵送しました。 ・今後も状況を判断し毎年、年1回実施していきます。</p>
--	---

※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

<p>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）</p>	<p>①相談窓口及び責任者：管理者 井上 智香子 ②連絡先：夢別邸すみれが丘 電話045-565-9037 ③第三者機関：横浜市健康福祉局高齢施設課 電話045-671-4117 横浜市建築局住宅政策課 電話045-671-4121</p>		
<p>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）</p>	<p>・応急措置を行い、協力医療機関である山本記念病院への搬送もしくは119番通報による他の医療機関への搬送を行うとともに、看護師等からご家族への連絡を行います。 また、事故についての検証、今後の防止策を検討し、講じます。</p>		
<p>事故発生の防止のための指針</p>	<p>なし・あり</p>		
<p>損害賠償（対応方針及び損害保険契約の概要等）</p>	<p>・サービス等提供にあたり、事故が7発生しご入居者の生命・身体・財産等に損害が生じた場合は、地震・津波等の天災、戦争、暴動等ご入居者の故意によるもの等を除いて速やかに損害を賠償します。ただし、ご入居者に重大な過失がある場合には、賠償を減ずることがあります。</p>		
<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</p>	<p>なし・あり ありの場合の保険名 (賠償責任保険：東京海上日動火災保険)</p>		
<p>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</p>	<p>1 あり</p>	<p>実施日</p>	<p>随時（ご意見箱の設置）</p>
		<p>結果の開示</p>	<p>1 あり 2 なし</p>

る取組の状況	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	山本記念病院
	診療科目	内科・整形外科・皮膚科・泌尿器科他
	所在地	横浜市都筑区東山田町1552
	距離及び所要時間	約8km、車で15分
	協力内容	健康診断、外来診療、入院対応、夜間緊急診療等
協力歯科医療機関	名 称	新横浜デンタルクリニック
	所在地	横浜市港北区小机町2461
	距離及び所要時間	約10km、車で18分
	協力内容	歯科診療、歯科検診
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）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 協力医療機関等への入退院の移送、通院付き添い等に係る費用は既定の料金をお支払いいただきます ・ 医師の判断を基本として、ご入居者及びご家族とご相談いただき、協力医療機関又は希望される病院に入院となった場合、入院期間中は、月額利用料のうち、家賃、共益費及びサービス費のお支払いが必要です。 ・ ご入院にかかる費用は、ご入居者の負担になります。 ・ 入院中も住宅の都合で居室を使用する事はありません。又、ご要望に応じて居室の清掃を行います。（要別途料金） 	

(4) 職員体制

ア 職種別の職員数等

(年 月 日現在)

	職員数	常勤換算後の		夜間勤務職員数 (時～ 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)	/		正看護師
	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	()			
	医師	()			
	栄養士	()			
	調理員	()			
	事務職員	()			
その他職員	()		2	看護職員・介護職員	
合計	()		3		
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		正看護師					
		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										
	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	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> 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)	
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)	<u>Ⅰ</u> <u>Ⅱ</u>	

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：別添1「介護サービス等の一覧表」

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

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	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	毎日（食事提供時）		毎日（食事提供時）			毎日（食事提供時）		
・夜間 22時～翌9時	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	必要時		必要時			必要時		
②食事介助	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無								
③排泄									
・排泄介助	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無								
・おむつ交換	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無								
・おむつ代	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	必要時	実費		必要時	実費		必要時	実費
④入浴等									
・清拭	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無								
・一般浴介助	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無								
・特浴介助	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無								
⑤身辺介助									
・体位交換	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無								
・居室からの移動	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	必要時		必要時			必要時		
・衣類の着脱	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無								
・身だしなみ介助	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		ベットメイク週一回当たり 550円		ベットメイク週一回当たり	550円		ベットメイク週一回当たり	550円
⑥機能訓練	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無								
⑦通院の介助	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		10分 770円		10分	770円		10分	770円
⑧緊急時対応									
・ナースコール	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	必要時		必要時			必要時		
2. 生活サービス									
①家事									
・清掃	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	週2回		週2回			週2回		
・洗濯	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	週2回	左記以外1回当たり 110円/330円/550円	週2回	左記以外1回当たり	110円/330円/550円	週2回	左記以外1回当たり	110円/330円/550円
②居室配膳・下膳	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	必要時		必要時			必要時		
③理美容	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		必要時 実費		必要時	実費		必要時	実費
④代行									
・買物	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	10分	385円		10分	385円		10分	385円
・役所手続	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無								
3. 健康管理サービス									
・健康診断	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		必要時 実費		必要時	実費		必要時	実費
・健康相談	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	必要時		必要時			必要時		
・生活指導	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	必要時		必要時			必要時		
・医師の往診	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		必要時 実費		必要時	実費		必要時	実費
4. 入退院時、入院中のサービス									
・医療費	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		実費			実費			実費
・移送サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		実費			実費			実費
5. その他サービス									
アクティビティ費	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	1月/1回当たり	13,200円/1,320円		1月/1回当たり	13,200円/1,320円		1月/1回当たり	13,200円/1,320円

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。