

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 印  
 代理人 住所 神奈川県横浜市港北区日吉7-6-2  
 氏名 奥山勝生 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)ここふあんひよしななちょうめ ココファン日吉7丁目					
所在地	(住居表示)〒223-0061 神奈川県横浜市港北区日吉7-6-21					
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 電車（東急電鉄東横線 日吉駅から徒歩で15分） <input type="checkbox"/> 4. 徒歩					
住宅に関する権原	<input type="checkbox"/> 1. 所有権 期間 2017年 7月 1日から 2042年 6月 30日まで	<input checked="" type="checkbox"/> 2. 賃借権	<input type="checkbox"/> 3. 使用貸借による権利			
施設に関する権原	<input type="checkbox"/> 1. 所有権 期間 2017年 7月 1日から 2042年 6月 30日まで	<input checked="" type="checkbox"/> 2. 賃借権	<input type="checkbox"/> 3. 使用貸借による権利			
敷地に関する権原	<input type="checkbox"/> 1. 所有権 期間 2017年 7月 1日から 2042年 6月 30日まで	<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		

(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 (法人にあつ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二丁目11番8号 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(法人にあつ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 1 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二丁目11番8号 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	48	戸
居住部分の規模	(最小)	18.00	m <sup>2</sup>
	(最大)	34.74	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	RC	造 階数 地上 3 階建
竣工の年月	2017 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 checked="" 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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	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）	詳細については、別添 3 のとおり
	状況把握 生活相談	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託	約 28,600 円	
高齢者生活支援サービス	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 49,440 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 0 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 0 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 0 円	
家賃の概算額	(最低)	約 75,000 円	住戸ごとの内容は別添 2 のとおり	
	(最高)	約 138,000 円		
共益費の概算額	(最低)	約 8,200 円		
	(最高)	約 22,600 円		
敷金の概算額	(最低)	約 150,000 円	家賃の 2.0 月分	
	(最高)	約 276,000 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 checked="" type="checkbox"/> 指定を受けている		介護保険事業所番号	( 1470904069 )
	<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
		<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ゆうしょうかいゆうしょうかいざいたくくりにつくかわさき 医療法人社団悠翔会 悠翔会在宅クリニック川崎	
事業所の所在地	(郵便番号 210-0851)	神奈川県川崎市川崎区浜町4-6-19 電話番号 044-329-0606
連携又は協力の内容	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	

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

高齢者の居住の安定確保に関する法律第3条の規定に基づき策定された「高齢者の居住の安定確保に関する基本的な方針」を遵守し、適切な管理はもとより、契約上のトラブルを回避する観点から、十分な情報提供を行い、入居者の居住の安定を確保する。

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
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	常務取締役
やまもと のりお 山本 教雄	取締役
せきづか ひろまさ 関塚 宏昌	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
たかはし しゅんたろう 高橋 俊太郎	監査役
おだ こうたろう 小田 耕太郎	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。

## 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	18.00	×	○	○	×	×	○	2	101, 102	78,000
1	18.00	×	○	○	×	×	○	6	103-108	77,000
1	24.10	○	○	○	○	○	○	1	212	97,000
1	24.10	○	○	○	○	○	○	1	312	98,000
1	25.37	○	○	○	○	○	○	2	109, 110	97,000
1	25.37	○	○	○	○	○	○	3	210, 211, 316	100,000
1	25.37	○	○	○	○	○	○	3	310, 311, 317	103,000
1	25.75	○	○	○	○	○	○	2	219, 220	101,000
1	25.75	○	○	○	○	○	○	1	318	103,000
1	25.80	○	○	○	○	○	○	1	218	100,000
1	34.74	○	○	○	○	○	○	3	207-209	134,000
1	34.74	○	○	○	○	○	○	3	307-309	138,000
1	18.00	×	○	○	×	×	○	6	201-206	79,000
1	18.00	×	○	○	×	×	○	3	213-215	75,000
1	25.37	○	○	○	○	○	○	2	216, 217	98,000
1	18.00	×	○	○	×	×	○	6	301-306	80,000
1	18.00	×	○	○	×	×	○	3	313-315	76,000

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

## 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	7	59.08	1階、2階、3階	26	脱衣室含む
食堂	1	129.79	1階	48	台所設置
居間(ラウンジ)	2	11.50	2階、3階	48	台所設置
共同トイレ	3	14.36	1階	48	

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3

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 ) 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 checked="" type="checkbox"/> 看護師	人員	4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	11人			
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士	人員	12人	<input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員	8人			
				合 計	人員	35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	00分	人員	10人	
	上記以外の時間	17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	居室への訪問等により確認を行う。					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つた場合は、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	各居室室内設置の緊急通報装置							
	通報先	1階事務所及び職員携帯の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	28,600	円	前払金の算定方法				
	前払金	約	0	円					
備考	上記は、一人入居のサービス料金です。二人入居の場合のサービス料金は、34,100円(二人分)となります。								

※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。

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 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 49,440 円	内訳	朝食 422 円	昼食 638 円 夕食 588 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 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 0 円	前払金の算定方法		
	前払金	約 0 円			
備考		介護保険適用または自費(身体介護10分624円～、生活援助10分440円～)にてご利用いただけます。			



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 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 0 円	前払金の算定方法
	前払金	約 0 円	
備考	介護保険適用または自費(身体介護10分624円～、生活援助10分440円～)にてご利用いただけます。		

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 type="checkbox"/> 血圧等の測定 <input type="checkbox"/> 定期健診 <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 0 円	前払金の算定方法
	前払金	約 0 円	
備考	提携医療機関からの健康に関するアドバイスを受けられます。費用は「1. 状況把握及び生活相談サービスの内容」の料金に含まれます。		

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	介護保険適用外のサービス:冠婚葬祭の付添・買い物の付添など(10分440円～)		
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					

## サービス付き高齢者向け住宅入居契約・特定施設入居者生活介護利用契約 重要事項説明書

サービス付き高齢者向け住宅への入居に係る契約及び特定施設入居者生活介護の利用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条及び有料老人ホーム設置運営指導指針12(4)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（特定施設入居者生活介護事業所）の概要

住宅の名称		フリガナ ココファンヒヨシ7チョウメ ココファン日吉7丁目								
住宅の所在地		〒 223-0061 神奈川県横浜市港北区日吉7-6-21								
住宅へのアクセス		最寄駅	東急電鉄東横線 日吉駅							
		交通手段と所要時間	徒歩15分							
住宅の連絡先		電話番号	045-562-6331							
		FAX番号	045-562-6332							
		ホームページアドレス	<a href="http://www.cocofump">http://www.cocofump</a>							
権原等	敷地	所有関係	<input type="checkbox"/> 所有権		<input type="checkbox"/> 地上権		<input checked="" type="checkbox"/> 賃借権	<input type="checkbox"/> 使用貸借による権利		
		期間	2017年7月1日		から		2042年6月30日		まで	
		抵当権	<input type="checkbox"/> あり		<input checked="" type="checkbox"/> なし					
		自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし					
		敷地面積	1145.15 m <sup>2</sup>							
	住宅(建物)	所有関係	<input type="checkbox"/> 所有権		<input checked="" type="checkbox"/> 賃借権		<input type="checkbox"/> 使用貸借による権利			
		期間	2017年7月1日		から		2042年6月30日		まで	
		抵当権	<input type="checkbox"/> あり		<input checked="" type="checkbox"/> なし					
		自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし					
		建築物用途区分	老人ホーム		耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 耐火建築物		<input type="checkbox"/> 準耐火建築物		<input type="checkbox"/> その他( )
	延床面積	1,936.24 m <sup>2</sup>		うち、サ付き分	1,936.24 m <sup>2</sup>					
	併設施設	所有関係	<input type="checkbox"/> 所有権		<input checked="" type="checkbox"/> 賃借権		<input type="checkbox"/> 使用貸借による権利			
		期間	2017年7月1日		から		2042年6月30日		まで	
		抵当権	<input type="checkbox"/> あり		<input checked="" type="checkbox"/> なし					
		自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし					
		施設名称	提供されるサービスの種類			事業所の場所				
						<input type="checkbox"/> 同一建物内 <input type="checkbox"/> 同一敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地				
						<input type="checkbox"/> 同一建物内 <input type="checkbox"/> 同一敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地				
					<input type="checkbox"/> 同一建物内 <input type="checkbox"/> 同一敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地					
					<input type="checkbox"/> 同一建物内 <input type="checkbox"/> 同一敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地					
介護保険事業所番号(特定施設)		1470904069								
指定した自治体名		横浜市								
指定年月日(初回)		2021年7月1日								
指定有効期限		令和9年6月30日								
入居時の要件		<input checked="" type="checkbox"/> 介護専用型(要介護のみ)		<input type="checkbox"/> 混合型(自立除く)		<input type="checkbox"/> 混合型(自立含む)				
介護保険の利用		<input checked="" type="checkbox"/> (介護予防)特定施設入居者生活介護(一般型)			<input type="checkbox"/> (介護予防)特定施設入居者生活介護(外部サービス利用型)					
住宅の管理者名(役職名)		氏名	宮尾 智子			役職名	管理者			
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		<input type="checkbox"/> 認可を受けていない						
入居開始時期(住宅の開設年月日)		2017年8月1日								

## 2. 事業主体

事業主体の名称	フリガナ カブシキガイシャガッケンココファン			
	株式会社学研ココファン			
事業主体の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			
事業主体の連絡先	電話番号	03-6431-1860		
	FAX番号	03-6431-1864		
	ホームページアドレス	http://www.cocofump.co.jp		
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	森 猛	職名	代表取締役
事業主体の役員	「登録事項についての説明 別添1」のとおり			
設立年月日	平成20年5月15日			
事業主体が行っている主な事業等	別表1「サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービス(自費サービス含む)等の一覧表」のとおり			

## 3. 入居契約及び特定施設入居者生活介護利用契約の概要

契約居室	階層・部屋番号等	面積	m <sup>2</sup>	定員	名
入居契約の別 (入居契約が賃貸借契約でない場合には、その旨)	<input type="checkbox"/> 普通賃貸借契約 <input type="checkbox"/> 定期賃貸借契約 <input checked="" type="checkbox"/> 終身建物賃貸借契約 <input type="checkbox"/> 利用権契約				
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/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。)				
入居契約及び特定施設入居者生活介護利用契約の内容	入居契約書及び特定施設入居者生活介護利用契約書のとおり				
契約期間等	入居契約	契約期間	年月日	から	年月日
		更新	(終身建物賃貸借契約)		
契約解除の内容					
<p>事業者は、入居契約書第14条及び特定施設入居者生活介護契約書第16条の規定に基づき、以下の場合には契約を解除することができます。</p> <p>①他の利用者の生命の危害を及ぼす恐れがある場合            ②本契約を継続することが社会通念上著しく困難な場合            ③利用者が正当な理由なく支払うべきサービス利用料を3か月以上滞納し、相当の期間を定めて催告したにもかかわらず、期間内に滞納額の全額の支払いがない場合</p>					
事業者主体から解約を求める場合(終身建物賃貸借の場合のみ)					
解約条項	第14条及び第15条				
解約予告期間	1か月乃至6か月				
利用者からの解約・予告期間・連絡先					
利用者は事業者に対して解約する30日前までに文書にて解約の申し出を下記連絡先に通知することで本契約を解約することができます。					
契約解約時の連絡先	名称	ココファン日吉7丁目			
	電話番号	045-562-6331			

## 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

戸数/定員数	48戸(登録申請対象戸数)		/	54人	
居住部分の規模	(最小)	18.00	m <sup>2</sup>	詳細については下記「設備の詳細」を参照	
	(最大)	34.74	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	階数	地上3階	うち、サ付き分 地上3階
竣工の年月日	2017年5月31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				

設備の詳細

		階	定員	面積	戸数	浴室の有無	台所の有無	収納の有無	備考	
		タイプ1	1	1	18.00 m <sup>2</sup>	8	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
介護居室	タイプ2	1	1	25.37 m <sup>2</sup>	2	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	タイプ3	2	1	18.00 m <sup>2</sup>	9	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	タイプ4	2	1	24.10 m <sup>2</sup>	1	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	タイプ5	2	1	25.80 m <sup>2</sup>	1	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	タイプ6	2	1	25.37 m <sup>2</sup>	5	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	タイプ7	2	1	25.75 m <sup>2</sup>	2	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	タイプ8	3	1	18.00 m <sup>2</sup>	9	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	タイプ9	3	1	24.10 m <sup>2</sup>	1	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	タイプ10	3	1	25.37 m <sup>2</sup>	3	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	タイプ11	3	1	25.75 m <sup>2</sup>	1	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	タイプ12	2	2	34.74 m <sup>2</sup>	3	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	タイプ13	3	2	34.74 m <sup>2</sup>	3	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	一時介護室		階	定員	面積	戸数	備考			
便所	共同便所	3か所	うち男女別							
			うち、男女共用	1階（3か所（車いす等対応可能））						
浴室	居室	<input type="checkbox"/> 全部 <input checked="" type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> なし								
	個浴	6か所	場所	1階、2階、3階（各2か所）		面積	m <sup>2</sup>			
		併設施設との共用の有無		<input type="checkbox"/> あり（ ） <input checked="" type="checkbox"/> なし						
	大浴槽	場所			面積	m <sup>2</sup>				
		併設施設との共用の有無		<input type="checkbox"/> あり（ ） <input checked="" type="checkbox"/> なし						
	共同浴室	共同浴室における介護浴槽	1か所	場所	1階		面積	m <sup>2</sup>		
<input type="checkbox"/> 1 チェア浴										
<input type="checkbox"/> 2 リフト浴										
<input checked="" type="checkbox"/> 3 ストレッチャー浴										
				<input type="checkbox"/> 4 その他（ ）						
併設施設との共用の有無		<input type="checkbox"/> あり（ ） <input checked="" type="checkbox"/> なし								
食堂	場所	1階		面積	129.79 m <sup>2</sup>					
	兼用	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	兼用設備		機能訓練室					
	併設施設との共用		<input type="checkbox"/> あり（ ） <input checked="" type="checkbox"/> なし							
入居者や家族が利用できる調理設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし									
機能訓練室	場所	1階		面積	129.79 m <sup>2</sup>					
	兼用	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	兼用設備		食堂					
	併設施設との共用		<input type="checkbox"/> あり（ ） <input checked="" type="checkbox"/> なし							
その他の共用設備	ラウンジ									
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし									
	台数	1基	定員	15	ストレッチャー	ストレッチャー対応				
緊急呼出装置	居室	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		脱衣室		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		浴室		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
消防設備	自動火災報知設備		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		火災通報装置		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
	スプリンクラー		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		消火器		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
非常災害対策	消防計画		消防署への届出日（消防署名）		令和3年8月26日		（日吉消防署）			
	防火管理者		奥山 勝生							
	避難訓練		消防署の指導のもと、年2回実施（うち1回は夜間想定）							

5. 従業員の勤務体制

従業員の人数								
職種	実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算	兼務状況 等 (委託である場合はその旨を記入)
		専従	非専従	専従	非専従			
管理者			1			1	1	生活相談員
生活相談員			2			2	1.3	所長、管理者、介護職
看護職員 (直接雇用)			1	2	1	4	2.5	機能訓練指導員
看護職員 (派遣)						0		
介護職員 (直接雇用)		2	2	19		23	12	
介護職員 (派遣)						0		
機能訓練指導員			1		1	2	0.2	看護職員
計画作成担当者		1				1	1	介護職員
栄養士						0		
調理員				14		14	4	
事務員				2		2	1.2	
その他従業員				3		3	1.1	

1週間のうち、常勤職員が勤務すべき時間 40 時間

介護職員の資格								
職種	実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算	備考
		専従	非専従	専従	非専従			
社会福祉士						0		
介護福祉士			2	10		12	4.5	
実務者研修の修了者		1				1	1	
介護職員初任者研修の修了者		1		7		8	6.5	
介護支援専門員						0		
たん吸引等研修 (不特定)						0		
たん吸引等研修 (特定)						0		
資格なし				3		3	1.1	

機能訓練指導員の資格								
職種	実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算	備考
		専従	非専従	専従	非専従			
看護師又は准看護師			1	1	2	4	2.5	
理学療法士						0		
作業療法士						0		
言語聴覚士						0		
柔道整復師						0		
あん摩マッサージ指圧師						0		
はり師又はきゅう師						0		

管理者の資格								
夜勤・宿直体制	時間帯	平均人数		最少時人数		備考		
		看護職員	介護職員	看護職員	介護職員			
		夜勤	17:00	~	9:00		0人	1人
宿直		~		人	人	人	人	

看護職員及び介護職員1人当たり (常勤換算) の利用者数 3人

特定施設入居者生活介護の提供体制		
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 (外部サービス利用型特定施設の場合、記入不要)	契約上の職員配置比率 (※) 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1.5 : 1 以上 <input type="checkbox"/> 2 : 1 以上 <input type="checkbox"/> 2.5 : 1 以上 <input checked="" type="checkbox"/> 3 : 1 以上
	※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場合の介護サービス提供体制 (一般型 (包括型) 特定施設の場合、記入不要)	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
	サービス付き高齢者向け住宅の職員数	
	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 ( 2022/10/31 現在 )												
管理者	他の職種との兼務		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		兼務する職種		生活相談員					
	業務に係る資格等		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		資格等の名称		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		1	3	2	4	0	0	0	0	0		
前年度1年間の退職者数		0	0	0	5	0	0		0	0		
数業に 応じ 従事 した 職員の 経年 数	1年未満	0	2	0	3	0	0		0	0		
	1年以上 3年未満	0	1	3	16	2	0		1	0		
	3年以上 5年未満	0	0	0	3	0	0		0	0		
	5年以上 10年未満	0	0	0	0	0	0		0	0		
	10年以上	0	0	0	0	0	0		0	0		
従業者の健康診断の実施状況		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし										

## 6. サービスの内容

サービス提供の方針、サービスの提供内容に関する特色

ご利用者が安心して日常生活を送ることができるよう、以下のサービスを提供いたします。  
ご入居者が医療を必要とする場合は、円滑に医療サービスを受けられるよう、医療機関と連携を図ります。  
なお、医療機関と連携する場合にも、ご入居者は、連携先以外の医療サービスを自由に選択することができます。

介護保険対象サービスの種類・提供方法等

サービスの種類	提供方法	提供者
状況把握 (安否確認)	・毎日午前10時頃に各住戸に住宅職員が伺い安否の確認を行います。 ・上記以外の時間帯もご利用者様（ご家族様）とご相談の上必要に応じて行います。	自ら実施
生活相談	・日常生活を送る中でお困りのこと、介護度が重くなった場合のご不安等について、住宅職員がご相談をお受けします。	自ら実施
緊急時対応	・24時間各住戸のベッドサイド、トイレ、浴室に設置してあるナースコールを押していただければ事務室及び住宅職員が携帯しているPHSにて通報を受信の上、住宅職員が駆けつけ必要な対応を行います。	自ら実施
食事介助	・食堂において、必要に応じ食事介助を行います。	自ら実施
入浴介助	・週2回入浴介助を行います。	自ら実施
排せつ介助	・利用者の状況に応じた適切な排せつ介助を行います。 ・排せつの自立に向けた援助を行います。	自ら実施
機能訓練	・利用者の心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、必要なりハビリテーションを行います。	自ら実施
居室清掃・洗濯等 家事援助	・必要に応じ居室内の清掃を行います。（換気扇、エアコン等電子機器については、別途業者をご案内します。） ・必要に応じ洗濯を行います。（専門のクリーニング業者を利用する場合は自己負担です。） ・必要に応じシーツ交換を行います。	自ら実施
健康管理	・看護職員等により、血圧・脈拍・体温等の測定による健康状態の確認を行います。 ・看護職員等により、健康相談をお受けします。	自ら実施
服薬管理	・必要に応じて薬のお預かり、服薬介助を行います。	自ら実施

住宅で対応できる医療的ケアの内容

- ・健康管理、服薬支援、治療支援（協力医療機関との調整等）
- ・医師の指示に基づく、人工肛門、I V H、インシュリン、膀胱カテーテル他、ご相談ください。

介護給付費算定に係る体制等（加算等）の種類

個別機能訓練加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
夜間看護体制加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
医療機関連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
看取り介護加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
入居継続支援加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
若年性認知症入居者受入加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
口腔衛生管理体制加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
栄養スクリーニング加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
退院・退所時連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
認知症専門ケア加算	<input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> Ⅰ <input type="checkbox"/> Ⅱ）	<input checked="" type="checkbox"/> なし
サービス提供体制強化加算	<input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> Ⅰイ <input type="checkbox"/> Ⅰロ <input checked="" type="checkbox"/> Ⅱ <input type="checkbox"/> Ⅲ）	<input checked="" type="checkbox"/> なし
介護職員処遇改善加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり（ <input checked="" type="checkbox"/> Ⅰ <input type="checkbox"/> Ⅱ <input type="checkbox"/> Ⅲ <input type="checkbox"/> Ⅳ <input type="checkbox"/> Ⅴ）	<input type="checkbox"/> なし
介護職員等特定処遇改善加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> Ⅰ <input checked="" type="checkbox"/> Ⅱ）	<input checked="" type="checkbox"/> なし
科学的介護推進体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
ADL維持等加算Ⅰ又はⅡ	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
短期利用特定施設入居者生活介護の算定	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし

介護保険対象外サービス等

人員配置が手厚い介護サービスの実施	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	介護に関わる職員体制 (介護・看護職員の配置率)	3 : 1
食事の提供サービス	・朝、昼、夜 希望者に提供します。 ・朝食は8時～9時まで、昼食は12時～13時まで、夕食は18時～19時まで。 ・食事は、住宅内の厨房にて専属の調理員により調理いたします。 ・キャンセルは1週間前、追加は2週間前までにお知らせ下さい。それ以降のキャンセルについては、キャンセル料(実費)が発生してしまいますので、お気を付け下さい。		
その他利用者の個別的な選択によるサービス提供			
(例) 個別的な外出介助	あり(有料)		
(例) 個別的な買物等の代行	あり(有料)		
(例) 週3回以上の入浴介助	あり(有料)		

医療機関との連携・協力  
(ご入居者は、連携・協力先医療機関等以外の医療サービスも、自由に選択することができます。)

医療支援		<input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配	
※複数選択可		<input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い	
		<input type="checkbox"/> 3 通院介助	
		<input type="checkbox"/> 4 その他 ( )	
協力医療機関	医療機関 1	名称	医療法人社団 悠翔会
		所在地	東京都港区新橋5-14-10 新橋スクエアビル7F 住宅からの距離：約20*。
		診療科目	内科
		協力内容	訪問診療、往診、健康相談、定期健康診断、他医療機関への紹介
	医療機関 2	名称	
		所在地	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称	医療法人社団 立靖会 ひまわり 歯科	
	所在地	神奈川県川崎市多摩区登戸2061-1 住宅からの距離：約14.2*。	
	診療科目	歯科	
	協力内容	訪問歯科診療	

7. 料金の請求及び支払方法

支払方式	<input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式 <input type="checkbox"/> 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 一部前払い方式 <input type="checkbox"/> 選択方式				
	※選択方式の場合： (該当する方式全て選択) <input type="checkbox"/> 月払い方式 <input type="checkbox"/> 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 一部前払い一部月払い方式				
料金構造	前払金	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		※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。	
	金額	円	期間	年/終身	
	算定方法	月額単価 (円) × 想定居住期間 (月) により算出			
	(説明)	月額単価の内容	家賃・共益費	家賃	円 + 共益費 円
		サービス提供の対価	前払い無し		
		想定居住期間の算出根拠 (別紙可。ただし、具体的な考え方は記入すること。)			
	支払日	(支払期日を記入)	支払方法	(全額を〇〇日までに入金する、等具体的に記入)	
	償却開始日	年 月 日 (入居契約書に定める償却開始日を記入)			
	契約終了時の返還金	円	算定方法	(短期解約ではない場合の返還金の算定方法を記入)	
	短期解約(死亡退去含む)の返還金の算定方式	金額	円	期間	か月
		算定方法	(月額単価を明示した上で日割り計算で記入)		
	返還期限	(入居契約書に定める返還期限を記入)			
前払金の保全先	<input type="checkbox"/> 連帯保証を行う銀行等の名称				
	<input type="checkbox"/> 信託契約を行う信託会社等の名称				
	<input type="checkbox"/> 保証保険を行う保険会社の名称				
	<input type="checkbox"/> 全国有料老人ホーム協会				
	<input type="checkbox"/> その他 (名称： )				



敷金			算定根拠					
金額	円	家賃の	2 か月分	※退去時に滞納家賃及び居室の原状回復費用を除き全額返還する。				
月額費用			算定根拠					
家賃	円	近傍同種の家賃相場を参考に設定						
共益費	円	共用設備の維持管理費、共用の消耗品費、住戸内の光熱水費						
介護費用 (介護保険)	1ヶ月	30 日の場合			※地域単価	10.7 円		
					※給付率	90 %		
	(1 割負担の場合)							
	基本単位	加算	処遇改善加算	総単位数	月額費用 (円)	保険請求額 (円)	自己負担額 (円)	
	a	b <small>※処遇改善加算以外</small>	c=(a+b)×加算率 <small>小数点以下四捨五入</small>	d=a+b+c	e=d×地域単価 <small>小数点以下四捨五入</small>	f=e×給付率 <small>小数点以下四捨五入</small>	g=e-f	
	要介護 1	16,140	110	1,528	17,778	190,580	171,522	19,058
	要介護 2	18,120	110	1,714	19,944	213,799	192,419	21,380
	要介護 3	20,220	110	1,911	22,241	238,423	214,580	23,843
	要介護 4	22,140	110	2,092	24,342	260,946	234,851	26,095
	要介護 5	24,210	110	2,286	26,606	285,216	256,694	28,522
介護費用 (介護保険)	1ヶ月	30 日の場合			※地域単価	10.7 円		
					※給付率	80 %		
	(2 割負担の場合)							
	基本単位	加算	処遇改善加算	総単位数	月額費用 (円)	保険請求額 (円)	自己負担額 (円)	
	a	b <small>※処遇改善加算以外</small>	c=(a+b)×加算率 <small>小数点以下四捨五入</small>	d=a+b+c	e=d×地域単価 <small>小数点以下四捨五入</small>	f=e×給付率 <small>小数点以下四捨五入</small>	g=e-f	
	要介護 1	16,140	110	1,528	17,778	190,580	152,464	38,116
	要介護 2	18,120	110	1,714	19,944	213,799	171,039	42,760
	要介護 3	20,220	110	1,911	22,241	238,423	190,738	47,685
	要介護 4	22,140	110	2,092	24,342	260,946	208,756	52,190
	要介護 5	24,210	110	2,286	26,606	285,216	228,172	57,044
介護費用 (介護保険)	1ヶ月	30 日の場合			※地域単価	10.7 円		
					※給付率	70 %		
	(3 割負担の場合)							
	基本単位	加算	処遇改善加算	総単位数	月額費用 (円)	保険請求額 (円)	自己負担額 (円)	
	a	b <small>※処遇改善加算以外</small>	c=(a+b)×加算率 <small>小数点以下四捨五入</small>	d=a+b+c	e=d×地域単価 <small>小数点以下四捨五入</small>	f=e×給付率 <small>小数点以下四捨五入</small>	g=e-f	
	要介護 1	16,140	110	1,528	17,778	190,580	133,406	57,174
	要介護 2	18,120	110	1,714	19,944	213,799	149,659	64,140
	要介護 3	20,220	110	1,911	22,241	238,423	166,896	71,527
	要介護 4	22,140	110	2,092	24,342	260,946	182,662	78,284
	要介護 5	24,210	110	2,286	26,606	285,216	199,651	85,565
個別機能訓練加算	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		※加算 I **12 単位/日、加算 II **20 単位/月					
夜間看護体制加算 (10 単位/日)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし							
医療機関連携加算 (80 単位/月)	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし							
看取り介護加算	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		(1) 死亡日以前31日以上15日以下**72 単位/日、(2) 死亡日以前4日以上30日以下**144 単位/日 (3) 死亡日以前2日又は3日**680 単位/日、(4) 死亡日**1280 単位/日					
入居継続支援加算	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		※加算 I **36 単位/日、加算 II **22 単位/日					
生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		※加算 I **100 単位 (3月に1回を限度) ※加算 II **200 単位/月、加算 III **100 単位/月 (個別機能訓練加算を算定している場合)					
若年性認知症入居者受入加算 (120 単位/日)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし							
口腔衛生管理体制加算 (30 単位/月)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし							
口腔・栄養スクリーニング加算 (20 単位/6月に1回を限度)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし							
退院・退所時連携加算 (30 単位/11)	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし							
認知症専門ケア加算	<input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II) )		<input checked="" type="checkbox"/> なし					
	※加算 I **3 単位/日、加算 II **4 単位/日							
サービス提供体制強化加算	<input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II) <input type="checkbox"/> (III) )		<input checked="" type="checkbox"/> なし					
	※加算 I **22 単位/日、加算 II **18 単位/日、加算 III **6 単位/日							
介護職員処遇改善加算	<input type="checkbox"/> あり ( <input checked="" type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II) <input type="checkbox"/> (III) <input type="checkbox"/> (IV) <input checked="" type="checkbox"/> (V) )		<input checked="" type="checkbox"/> なし					
	※加算 I **8.2%、加算 II **6.0%、加算 III **3.3%、加算 IV **3.3%×90/100、加算 V **3.3%×80/10							
介護職員等特定処遇改善加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> (I) <input checked="" type="checkbox"/> (II) )		<input type="checkbox"/> なし					
	※加算 I **1.8%、加算 II **1.2%							
特定施設令和3年9月30日までの上乗せ分	新型コロナウイルス感染症への対応 利用単位数の1/1000							

※上記の自己負担額は標準的な加算を算定した場合を想定しています。算定する加算によって、自己負担額が変動します。

※1 か月に支払った利用者負担の合計が、負担の上限を超えたときは、超えた分が払い戻される制度があります (高額介護サービス費)。

※別表 2 にて、加算の変更についての説明を再度行う。またハラスメント対策についての説明を行う。

料金構造

(介護保険外) 人員配置が手厚い場合の介護サービス費	円	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし 算定根拠:
(介護保険外) 利用者の個別的な選択による介護サービス	利用実績に基づく金額をお支払いいただきます。	・料金単価等は別添3「介護サービス等の一覧表」のとおり ・個別的な外出介助、個別的な買物等代行、週3回以上の入浴介助
食費	49,440円	朝食 422円、昼食 638円、夕食 588円、間食 0円 (税込) 1日当たり1,648円(税込)×30日で精算 キャンセルする場合の取扱い: 前日15時までに職員に連絡してください。
光熱水費	(共益費を含む)円	(共益費を含む場合の記載例) 住戸内の光熱水費は、全戸光熱水費の合計を戸数で除して算定し、共益費に含めてお支払いいただきます。
その他	円	別添3「介護サービス等の一覧表」のとおり
合計	円	合計には家賃、共益費、食費を含みます。
支払日・支払方法		・毎月20日に請求書を発行し、利用者様に送付します。(振込手数料は利用者様負担となります。) ・毎月27日に、支払請求分を口座引き落としの方法でお支払いいただきます。

- ・入院中も入居契約は継続し、家賃・共益費をお支払いいただきます。
- ・選択サービス費、食費は利用実績により、お支払いいただきます(入院中の利用がない分はお支払いいただきません)。

入院等による不在時における利用料金(月払い)の取扱い

人件費、物価、公共料金等の変動があった場合、運営懇談会に諮った上で改定する場合があります。

料金改定の条件及び手続き

		プラン1	プラン2	
入居者の状況	要介護度	要介護1	要介護4	
	自己負担割合	1割	1割	
	年齢	77歳	89歳	
居室の状況	床面積	18.00 m <sup>2</sup>	34.74 m <sup>2</sup>	
	浴室	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	台所	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	収納	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
入居時点で必要な費用	前払金	なし円	なし円	
	敷金	156,000円	276,000円	
月額費用の合計		205,440円	337,180円	
料金プラン(代表的なプランを2例)	家賃	78,000円	138,000円	
	共益費	22,600円	8,200円	
	サービス費用 (※3) 介護保険外	特定施設入居者生活介護の費用(※1)	21,800円	53,000円
		上乗せ介護費用(※2)	0円	0円
		介護費用(選択サービス)	5,000円	5,000円
		食費(税込)	49,440円	98,880円
		光熱水費	(共益費を含む)円	(戸別メーター)円
		生活支援サービス費	28,600円	34,100円
その他	円	円		

- ※1 自己負担額を記入。地域密着型の場合を含む。
- ※2 該当する場合のみ。
- ※3 上乗せ介護費用その他サービス付き高齢者向け住宅事業として受領する費用。

8. 入居者の状況

入居者の状況 ( 2022/10/31 現在 )		85 歳		入居者数合計		51 人				
平均年齢		自立	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
介護度別・年齢別入居者数	年齢/介護度									
	65歳未満	0	0	0	0	0	0	0	0	
	65歳以上75歳未満	0	0	0	1	3		1	0	
	75歳以上85歳未満	0	0	0	1	2	3	0	2	
	85歳以上				12	5	3	4	1	
	合計	0	0	0	14	10	6	5	3	
入居継続期間別入居者数	入居期間	6か月未満	6か月以上1年未満	1年以上5年未満	5年以上10年未満	10年以上15年未満	15年以上	合計		
	入居者数	4	3	32	12	0	0	51		
男女別入居者数		男性: 10 人			女性: 41 人					
入居率(一時的に不在となっている者を含む。)		100 % (定員に対する入居者数)								
直近一年間に退去した者の人数と理由		退去者数の合計			8 人 (下記理由ごとの人数を合計したものと一致させる)					
		理由			人数(人)	理由			人数(人)	
		自宅・家族同居			1	他のサービス付き高齢者向け住宅への転居			0	
		介護老人福祉施設(特養等)へ転居			0	その他の福祉施設・高齢者住宅等への転居			0	
		介護老人保健施設へ転居			0	医療機関(入院)			4	
		介護療養型医療施設へ転居			0	死亡			2	
有料老人ホーム(サ付き除く)への転居			2	その他			0			

9. 苦情・事故等に関する体制

苦情に対応する窓口等の状況	
窓口の名称	(住宅) ココファン日吉7丁目 苦情相談窓口
電話番号	045-562-6331
対応している時間	平日 9時 00分 ~ 17時 00分
	土曜 時 分 ~ 時 分
	日曜 時 分 ~ 時 分
	祝日 9時 00分 ~ 17時 00分
定休日	土曜、日曜
窓口の名称	(法人) 株式会社学研ココファン 苦情相談窓口
電話番号	03-6431-1860
対応している時間	平日 9時 00分 ~ 17時 00分
	土曜 時 分 ~ 時 分
	日曜 時 分 ~ 時 分
	祝日 時 分 ~ 時 分
定休日	土曜、日曜、祝日
窓口の名称	(区市町村) 横浜市 健康福祉局 高齢健康福祉部 高齢施設課 苦情相談窓口
電話番号	045-671-4117
対応している時間	平日 9時 00分 ~ 17時 00分
	土曜 時 分 ~ 時 分
	日曜 時 分 ~ 時 分
	祝日 時 分 ~ 時 分
定休日	土曜、日曜、祝日
窓口の名称	神奈川県国民健康保険団体連合会
電話番号	045-329-3400
対応している時間	平日 9時 00分 ~ 17時 00分
	土曜 時 分 ~ 時 分
	日曜 時 分 ~ 時 分
	祝日 時 分 ~ 時 分
定休日	土曜、日曜、祝日
サービスの提供において事故が発生したときの対応	
具体的な対応	・本契約に基づき、介護サービス等を利用者に提供した場合に、万一事故が発生し、利用者の生命・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。 ・事故が発生した場合には、速やかに横浜市 健康福祉局 高齢健康福祉部 高齢施設課に報告した上で、事故原因の調査及び再発防止のための取組を実施します。
損害賠償責任保険の加入状況	
<input checked="" type="checkbox"/> あり (保険の名称及び加入先: サービス付き高齢者向け住宅賠償責任保険 損害保険ジャパン株式会社) <input type="checkbox"/> なし	



