

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

貸主(甲) 住所 東京都品川区南品川二丁目2番5号

氏名 ミモザ株式会社 代表取締役 清水 亨

代理人 住所 神奈川県横浜市緑区十日市場町889番5

氏名 ミモザ横濱花水木苑

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) みもざよこはまはなみずきえん ミモザ横濱花水木苑
所在地	(住居表示) 〒226-0025 神奈川県横浜市緑区十日市場町889番5
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 電車(JR横浜線 十日市場駅から徒歩で5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 2015 年 2 月 27 日から 2045 年 2 月 26 日まで
施設に関する 権原	<input type="checkbox"/> 1. 所有権 <input type="checkbox"/> 2. 賃借権 <input type="checkbox"/> 3. 使用貸借による権利 期間 年 月 日から 年 月 日まで
敷地に関する 権原	<input type="checkbox"/> 1. 所有権 <input type="checkbox"/> 2. 地上権 <input type="checkbox"/> 3. 賃借権 <input checked="" type="checkbox"/> 4. 使用貸借による権利 期間 2015 年 2 月 27 日から 2045 年 2 月 26 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) みもざかぶしきがいしゃ ミモザ株式会社
住所(法人に あつては主たる 事務所の所 在地)	(郵便番号 140-0004) 東京都品川区南品川二丁目2番5号 電話番号 03-5796-0630
法人の役員	別添 1 のとおり
	(ふりがな)

法定代理人 (未成年の個人 である場合)	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 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) みもざかぶしきがいしゃ
	ミモザ株式会社
事務所の所在地	(郵便番号 140-0004) 東京都品川区南品川二丁目2番5号 電話番号 03-5796-0630

4. サービス付き高齢者向け住宅の戸数、規模並びに構造及び設備

住宅戸数	登録申請対象戸数 51 戸		
居住部分の規模	(最小) 25 m ²	詳細については、別添 3 のとおり	
	(最大) 32.16 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 鉄筋コンクリート 造	階 数 地上3 階建	
竣工の年月	2015 年 2 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 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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

高齢者生活支援サービス	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 4 のとおり
	状況把握、生活相談	■ 自ら □ 委託	約 39,600 円	
	食事の提供	□ 自ら ■ 委託 □ 提供しない	約 57,540 円	
	入浴等の介護	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない	約 円	
	調理等の家事	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない	約 円	
	健康の維持増進	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない	約 0 円	
その他		■ 自ら □ 委託 □ 提供しない	約 円	
家賃の概算額	(最低) 約 91,500 円	住戸ごとの内容は別添 3 のとおり		
	(最高) 約 122,000 円			
共益費の概算額	(最低) 約 16,000 円			
	(最高) 約 25,600 円			
敷金の概算額	(最低) 約 183,000 円	家賃の 2 月分		
	(最高) 約 244,000 円			
水道光熱費の支払方法	実費			
前払金※の有無	□ あり ■ 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	□ 銀行による債務の保証 □ 信託会社等による元本補てん又は信託			

措置の内容	<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(法人にあつては主たる事務所の所在地)	(郵便番号) 電話番号	
修繕計画		
計画策定の有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
大規模修繕の実施予定	頃実施予定	
その他計画的な修繕予定		
登録の更新の申請の日前一年間における入居者の数及び退去者の数	入居者の数	一人
	退去者の数	一人

び退去者の数	延べ床面積	ハ
--------	-------	---

※登録の更新の申請の日前一年間における入居者の数及び退去者の数は、法第5条第2項の登録の更新の申請をする場合に限り記入すること。

8. サービス付き高齢者向け住宅と併設される高齢者居宅生活支援事業を行う施設（該当する場合のみ）

施設の名称	提供されるサービスの概要	事業所の場所
		<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
		<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
		<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
		<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地

9. 高齢者居宅生活支援事業を行う者との連携及び協力（該当する場合のみ）

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな)
事業所の所在地	(郵便番号) 電話番号
連携又は協力の内容	

10. 保健医療サービスを提供する体制に関する事項

保健医療サービスを提供する体制に関する事項	基本方針及び高齢者居住安定確保計画に沿って適切に運営します。
-----------------------	--------------------------------

※保健医療サービスを提供する場合に限り記入すること。

11. 運営方針

別添5のとおり

12. 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

基本方針及び高齢者居住安定確保計画に沿って適切に運営します。

上記につきまして、高齢者の居住の安定確保に関する法律第17条に基づく書面による説明を受けました。

年 月 日

借主(乙) 住所

氏名

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 2024 年 2 月 1 日
登録番号 浜 26 (1) 002
施設名 ミモザ横濱花水木苑

「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	関口麻美
電話番号 / F A X 番号	045-989-5330 / 045-989-5331
メールアドレス	y-hanamizukien@mimoza-care.jp
ホームページアドレス	https://mimoza-care.com/facility/serviced-housing-for-the-elderly/post-210/

※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	03-5796-0631
ホームページアドレス	https://mimoza-care.com/
資本金 (基本財産)	2億4398万657円
主な出資者 (出捐者) とその 金額又は比率 ※2	森山興産(株) 48.77% 斎藤 静敬 5.30% ミモザ従業員持株会 4.90%
設立年月日	平成11年8月27日
直近の事業収支決算額 ※3	(収益) 14, 141, 675千円 (費用) 13, 917, 713千円 (損益) 223, 961千円
会計監査人との契約	<input checked="" type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり ()
他の主な事業	有料老人ホーム、グループホーム、デイサービス、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、サービス付き高齢者向け住宅、訪問介護、訪問看護等の介護サービス事業

※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	03-5796-0631
----------	--------------

ホームページアドレス	https://mimoza-care.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 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有料老人ホーム ・ その他	
建築物の耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 耐火構造 ・ 準耐火構造 ・ 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	<input checked="" type="checkbox"/> なし・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 ・ 種類：スタッフコール ・ 設置箇所：居室ベッド、居室トイレ、居室浴室	
	安否確認の方法・頻度等 ・ 日中居宅に訪問し、又は食事や外出時等に毎日少なくとも1回安否確認をさせていただきます。	

「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	<p>1 連帯保証人は、貸主との合意により、本契約に関連して生ずる借主の貸主に対する一切の債務について、借主と連帯して履行する責任を負うものとする。 連帯保証人の負担は、本契約書の(11)連帯保証人欄記載の極度額を限度とする。</p> <p>2 連帯保証人は、身元引受人の地位を必ず兼ねるものとし、身元引受人として以下の義務を負うものとする。</p> <p>一 身元引受人は、借主が病気・死亡等の場合に、貸主又は管理人からの連絡、相談等に応じ、適切な対応を行うものとする。</p> <p>二 身元引受人は、本契約が解約・解除その他の事由により終了した場合は、責任をもって身柄・遺体及び残置物を引き受けるものとする。</p>
生活保護受給者の受入れ対応	<input checked="" type="checkbox"/> 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		1 事業者は、入居者の行動が他の居住者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ通常的生活支援方法では、これを防止することができず、本契約を将来にわたって継続することが社会通念上著しく困難であると考えられる場合に、本契約を解除することができます。	
		2 前項の場合、事業者は次の手続きを行います。	
		① 一定の観察期間をおくこと。	
		② 主治医及び生活支援サービススタッフ等の意見を聴くこと。	
		③ 契約解除の通告について 30 日の予告期間をおくこと。	
		④ 前号の通告に先立ち、入居者本人の意思を確認すること。	
3 事業者は、入居者が正当な理由なく事業者に支払うべきサービス利用料を 3 ヶ月以上滞納した場合において入居者に対し、相当の期間を定めてもなお期間内に滞納額の全額の支払がないときは、この契約を解除することがあります。			
4 入居者は事業者へ30日の予告期間において文書で通知することにより、本契約を解除することができます。			
5 前項の規定にかかわらず、入居者は、解約申入れの日から 30 日分の賃料及び状況把握・生活相談サービス料金（本契約の解約後の賃料相当額及び状況把握・生活相談提供サービス料金相当額を含む。）を事業者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ます。			
前年度における 退去者の状況	退去先別の人数	自宅等	人
		社会福祉施設	5人
		医療機関	2人
		死亡者	人
		その他	人
	生前解約の状況	事業者側の申し出	人
			(解約事由の例)
		入居者側の申し出	7人
(解約事由の例) 体調の悪化等により医療的処置が必要になったため。			
体験入居の期間及び費用負担等		1泊2日 11,000円（食費、消費税込）期間は14日間を限度とします。	

※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6年2月1日現在)

入居者内訳	性 別	男 性 10人、女 性 40人		
	介護の 要否別	自 立 15人		
		要介護 15人	(内訳)	要介護 1 7人
				要介護 2 7人
				要介護 3 0人
				要介護 4 1人
			要介護 5 0人	
	要支援 20人	(内訳)	要支援 1 15人	
			要支援 2 5人	
平均年齢	88.6歳（男性 86歳、女性 89.2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	介護事業者として、お元気な方から、介護の必要な方まで、その人らしい自由度の高い暮らしを支援するとともに、地域に根差した温かい住まいを目指します。
サービスの提供内容に関する特色	「いつまでも健康美(うつく)しく」「暮らしに文化を」「食の楽しみ」をテーマに、日々の暮らしが愉しみのある充実したものになるよう様々なイベントをご提供いたします。
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)	開催回数— 1回 参加人数 ご家族41名 ご入居者6名

※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)	<ul style="list-style-type: none">・ 苦情対応マニュアルに従って、誠実に対応し、経過を記録に残します。1) 相談窓口 ミモザ横濱花水木苑 ホーム長 電話 045-989-53302) ミモザ株式会社 本社 お客様相談室 電話 03-6712-8110・ 施設での解決が難しい場合は、次の行政に相談するこ
-----------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	とができます。 1) 横浜市 健康福祉局 福祉部 高齢福祉課 電話 045-671-4117 2) 横浜市 建築局 住宅政策課 電話 045-671-4121		
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）	・事故対応マニュアルに基づいて、応急措置、若しくは119番通報による他の医療機関への搬入を行うとともに、家族への連絡・説明等を行います。また、事故に基づいた原因点、要因の検証及び今後の防止策を講じます。		
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）	（対応方針） 本契約に基づくサービスの提供にあたって、万一、事故が発生し乙の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、直ちに必要な措置を講ずるとともに、不可抗力による場合を除き、速やかに入居者に対して損害の賠償を行います。ただし、入居者側に故意又は過失がある場合には賠償額を減ずることがあります。 （保険契約の概要） ー共通てん補限度額ー 1名あたり 1億円、1事故につき 10億円、期間中 10億円		
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(あいおいニッセイ同和損害保険株式会社 介護保険・社会福祉事業者総合保険)		
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="checkbox"/> あり	実施日	2023年3月26日 (1回目)
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 2 なし		

(3) 医療

協力医療機関（又は嘱託医）	名 称	高津内科医院
---------------	-----	--------

の概要及び協力内容	診療科目	内科・神経内科・循環器科
	所在地	横浜市緑区十日市場町 8 1 9 - 9
	距離及び所要時間	0. 6 k m 車で 5 分。
	協力内容	訪問診療・24 時間連絡
協力歯科医療機関	名 称	廣松歯科医院
	所在地	横浜市緑区十日市場町 8 0 0 - 3 - 4 階
	距離及び所要時間	0. 7 k m 車で 5 分。
	協力内容	無料歯科検診・訪問診療。
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）	<p>・費用及び使用料</p> <p>入居者が医療を要する場合、入居者が選択する医療機関又は住宅で紹介できる医療機関で治療を受けられます。</p> <p>費用については医療保険制度で支給される額以外の自己負担額は入居者負担となります。</p> <p>・日常医療支援</p> <p>① 通院</p> <ul style="list-style-type: none"> ・通院可能な場合は、入居者のかかりつけの医師・病院をご利用することができます。 ・住宅で紹介できる医療機関又は専門医を紹介いたします。 <p>※送迎に係る交通費は入居者負担となります。</p> <p>② 入院</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入院治療が必要となった場合、入居者のかかりつけの医師病院への入院 ・住宅で紹介できる医療機関又は専門医を紹介いたします。 <p>※送迎に係る交通費は入居者負担となります。</p> <p>③ その他サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ・通院、入院、退院に際し、職員による事務手続きの代行等 <p>※交通費は入居者負担となります。</p> <p>・救急時対応</p> <p>入居者の身体の具合が急変した場合は、職員がそのお知らせにより適確かつ迅速に応急処置に当たります。</p> <p>また、状況により医師と連絡をとり119番による救急医療機関等での救急治療あるいは救急入院が受けられるようになります。</p>	

（４）職員体制

ア 職種別の職員数等

（令和 6 年 2 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) (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	8(8)				
	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	1(1)				
合 計		10(9)				
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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	兼務に係る資格等	1 あり	
		資格等の名称	
		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							1				
業務に従事した経験年数に応じた職員の数	1年未満						1				
	1年以上 3年未満						1				
	3年以上 5年未満						2				
	5年以上 10年未満						5				
	10年以上										
従業者の健康診断の実施状況					<input checked="" type="checkbox"/> 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	3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 (1人)	資格なし	人 (人)
介護職員初任者研修修了者	4人 (3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 ・ <u>写し交付</u>)	2 非公開
	入居契約書の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公 開 (閲覧 ・ <u>写し交付</u>)	2 非公開
	管理規程の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公 開 (閲覧 ・ <u>写し交付</u>)	2 非公開
	財務諸表の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公 開 (<u>閲覧</u> ・ 写し交付)	2 非公開
	事業収支計画の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公 開 (<u>閲覧</u> ・ 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	<p><適合していない事項がある場合の内容></p> <p>なし</p>
----------------------------------------	--------------------------------------------

※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 を居 住後 みに 替居 え室 る又 場は 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)
		(Ⅰ) イ
		(Ⅰ) ロ
		(Ⅱ)
サービス提供体制強化加算	(無・有)	(Ⅲ)
		Ⅰ
		Ⅱ
		Ⅲ
		Ⅳ
介護職員処遇改善加算	(無・有)	Ⅴ
		Ⅰ
		Ⅱ
		Ⅲ
		Ⅳ
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)	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、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：別紙 2 「介護サービス等の一覧表」