

登録事項等についての説明（高齢者住まい法第17条関係）

2025年11月28日

登録事項等についての説明

貸主(甲) 住所 横浜市泉区中田西1-20-3
 氏名 株式会社エイジサービス
 代理人 住所
 氏名

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) ヴいらたてばはぎまるこうれいしゃむけじゅうたく Villa立場ハギマル高齢者向け住宅
所在地	(住居表示)横浜市泉区中田西1-20-3
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1.電車 <small>横浜市営地下鉄ブルーライン</small> 線 立場 駅から 徒歩 で 8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 2023年 12月 20日から 2045年 12月 19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 2023年 12月 20日から 2045年 12月 19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 2023年 12月 20日から 2045年 12月 19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) かぶしきがいしゃえいじさーびす 株式会社エイジサービス
住所(法人に あつては主たる 事務所の所 在 地)	(郵便番号 245-0015) 神奈川県横浜市泉区中田西1-20-3 電話番号 045-719-6699
法人の役員	別添 1 のとおり
	(ふりがな) 商号、名称、又は氏名

法定代理人 (未成年の個人 である場合)	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
	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) かぶしきがいしゃえいじさーびす
	株式会社エイジサービス
事務所の所在地	(郵便番号 245-0015) 横浜市泉区中田西1-20-3Villa立場ハギマル内 電話番号

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	30 戸
居住部分の規模	(最小)	18 m ²
	(最大)	22 m ²
構造及び設備	共同利用設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	構造	木 造 階 数 2 階建
竣工の年月	2023 年 12 月 15 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者) <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	2024 年 2 月 1 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 円	詳細については、 別添 4 のとおり
	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 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 type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない	約 円	
	その他	<input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 円	
家賃の概算額	(最低) 約	90,000 円	住戸ごとの内容は別添 3 のとおり	
	(最高) 約	95,000 円		
共益費の概算額	(最低) 約	25,000 円		
	(最高) 約	50,000 円		
敷金の概算額	(最低) 約	90,000 円	家賃の 1 月分	
	(最高) 約	95,000 円		
水道光熱費の支払方法	共益費に含む			
前払金※の有無	<input type="checkbox"/> あり <input 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 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 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 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 type="checkbox"/> 自ら管理 <input checked="" type="checkbox"/> 管理業務を委託	
委託する業務の内容(契約事項)	24時間、見守りとセキュリティー	
管理業務の委託先		
商号、名称又は氏名	(ふりがな) せこむかぶしきがいしや	
	セコム株式会社	
住所(法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 224-0003)	
	横浜市戸塚区戸塚町4711-1オセアン矢沢ビル	電話番号 045-864-3102
修繕計画		
計画策定の有無	<input type="checkbox"/> あり <input 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	25人
	退去者の数	2人

※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
Villa立場はぎまる介護支援相談センター	相談、介護支援プラン作成、介護サービス手配	<input checked="" type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
		<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
		<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
		<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地

9. 高齢者居宅生活支援事業を行う者との連携及び協力（該当する場合のみ）

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) ゆうげんがいしやいーじえい 有限会社イージェイ
事業所の所在地	(郵便番号 245-0023) 横浜市泉区和泉中央南4-21-28 電話番号 045-392-4145
連携又は協力の内容	訪問介護

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	①訪問診療及び訪問看護 ②提携医療機関との連携
-----------------------	-------------------------

※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

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) ヴィラたてばはぎまるかいごしえんそうだんせんたー Villa立場はぎまる介護支援相談センター			
	住所(法人 にあっては 主たる事務 所の所在 地)	(郵便番号 245-0015) 横浜市泉区中田西1-20-3		電話番号 045-719-0224	
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 checked="" type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input checked="" 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	人	<input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員	人員 3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	1人	<input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員 3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 <input type="checkbox"/> (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	分	～	18時 分 人員 人
	上記以外の時間	時	分	～	時 分 人員 人
毎日1回以上の 状況把握サービ スの提供方法	安否確認				毎日 2 回
	<input type="checkbox"/> 入居者から居住部分への訪問を希望する旨の申出があった場合は、当該居住部分への訪問 (近接する土地に常駐する場合のみ)				
緊急通報サービ スの内容	提供時間	常駐する日	時 分 ～ 時 分		
		上記以外の日	<input checked="" type="checkbox"/> 24時間		
	通報方法	セコムへの通報及び夜間管理者からの通報			
	通報先	セコム株式会社	通報先から住宅までの到着予定時間 10分		
緊急時における 対応の内容	セコムの来所、日中は職員対応、夜間は宿直者より責任者に連絡対応とする。				
生活相談サービ スの内容	安否確認、生活相談、緊急時の対応(セコム月額料金)、郵便物や宅配の取次、タクシーの手配、希望者服薬確認、ごみの回収、介護保険の相談、イベントの開催				
	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他()			
	提供時間	9時 00分 ～ 18時 00分			
サービス提供の	月額※	約 24,299 円	前払金の		

対価(概算額)	前払金	約 24,299 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 にあつては 主たる事務 所の所在 地)	(郵便番号)		電話番号			
	住所(法人 にあつては 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 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()	
	入居者の健康状態に合わせた食事対応				<input checked="" type="checkbox"/> 応相談		
	入居者の健康状態に合わせた各居室への配食対応				<input type="checkbox"/> 対応なし		
サービス提供の 対価(概算額)	月額※	約 60 円	内訳	朝食 600 円	昼食 700 円	夕食 700 円	
	前払金	約 円	前払金の 算定方法				
備考	前金無し、食事回数により翌月清算						

※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 checked="" 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) ゆうげんがいしやいーじえい 有限会社イージェイ				
	住所(法人 にあつては 主たる事務 所の所在 地)	(郵便番号 245-0023)		横浜市泉区和泉中央南4-21-28 電話番号		

委託先	住所(法人 にあつては 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	円	前払金の 算定方法	
	前払金	約	円		
備考	介護保険利用、それ以外は自費				

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 にあつては 主たる事務 所の所在 地)	(郵便番号)			電話番号	
	住所(法人 にあつては 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 checked="" type="checkbox"/> 洗濯 <input checked="" type="checkbox"/> 掃除				
サービス提供の 対価(概算額)	月額	約	60,000	円	前払金の 算定方法	
	前払金	約		円		
備考	利用希望がある場合のみ発生。					

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	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)				

の委託先	地)	電話番号		
	住所(法人 にあつては 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 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)	電話番号
	住所(法人 にあつては 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			
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				

別添 5

運営方針

項目	該当
重要事項を記載した書面のひな形を公開する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居及び退去の条件を書面に記載する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者の個人情報の保護に関する事項を書面に記載する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者に対する虐待を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修及び担当者の配置を行う	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
やむを得ず行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為に関して、委員会の開催、指針の整備及び研修を行う	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者のプライバシーの確保について、職員に周知する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者に与えた損害を賠償するための措置を講じる	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者からの相談及び苦情に適切に対応するための体制を整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
サービス付き高齢者向け住宅への入居及びサービス付き高齢者向け住宅において提供される福祉サービスの利用に必要な費用に関する書類を発行することができる	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者及びその家族と意見を交換する機会を設ける	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
地域社会との交流及び連携を図る	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
災害に対応するための仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
事故の発生及び再発を防止するための仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者の健康状態及び生活状況を把握し、変化があったときは、当該入居者の家族に連絡する仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者間の交流の促進を図る	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
登録事業者又は登録事業者から委託を受けた者から提供される福祉サービスと、それ以外の者から提供される福祉サービスを明確に区分する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者が希望する場合には、介護サービスの提供に必要な当該入居者に関する情報を、介護支援専門員と共有する仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
基本理念及び基本方針を定めるとともに、これらを職員及び入居者に周知する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
職員の教育及び研修に関する計画を策定する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
職員に対して、認知症に関する研修を行う	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
職員を登録事業者が行う研修以外の研修に参加させる仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
サービス付き高齢者向け住宅事業の実施に必要な人材の確保のために必要な措置を講じる	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

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 2025 年 11 月 28 日

登録番号

施設名 Villa 立場ハギマルサービス付き高齢者向け住宅

「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	2024年2月1日
住宅の管理者氏名※1	八木 美佐子
電話番号 / F A X 番号	045-719-0224/045-392-3613
メールアドレス	hagimaru@ag-service.jp
ホームページアドレス	https://www.ag-service.jp

※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	045-392-3613
ホームページアドレス	https://www.ag-service.jp
資本金(基本財産)	2000万円
主な出資者(出捐者)とその金額又は比率 ※2	八木 美佐子 100%
設立年月日	2004年10月1日
直近の事業収支決算額 ※3	(収益) 円 (費用) 円 (損益) 円
会計監査人との契約	<input checked="" type="checkbox"/> なし ・ あり ()
他の主な事業	認知症対応型共同生活介護施設の運営

※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	045-392-3613
ホームページアドレス	https://www.ag-service.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 ・ <input type="checkbox"/> 共同住宅 <input type="checkbox"/> ・ 有料老人ホーム ・ その他	
建築物の耐火構造	耐火構造 ・ <input type="checkbox"/> 準耐火構造 <input type="checkbox"/> ・ その他 ()	
消防用設備等	消火器	なし・ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>
	自動火災報知設備	なし・ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>
	火災通報設備	なし・ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>
	スプリンクラー	なし・ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>
	防火管理者	なし・ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>
	防災計画	なし・ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>
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 ハウチキ製 各戸内に2か所 共同トイレ・脱衣室・事務所内	
	安否確認の方法・頻度等 朝にあつては、各戸にごみの回収を兼ねて個別訪問。 夕にあつては、夕食時に確認。 緊急連絡網。	

「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	身元保証人
生活保護受給者の受入れ対応	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 可
事業者又は入居者が入居契約を解除する場合の事由及び手続等 ※5	<p>事業者からの解約</p> <p>1,入居契約時書類に虚偽の記載又は資料に虚偽が発覚した時。</p> <p>2,入居契約書 (3) 賃料等に記載の月額費用、その他これに準じる事業者に対する支払を2か月以上延滞し事業者が相当の期間を定めて催告したにも関わらず支払いがない時。</p> <p>3,建物、付帯設備、敷地を故意または重大な過失により滅失、破損、汚損した時。</p> <p>4,入居者の行動により、職員及び他の入居者に身体・生命に危害を及ぼし又はその危害が切迫し通常のサービス付き高齢者住宅における通常サービス提供ではこれを防止する事が出来ない時。</p> <p>5,入居契約書11条（契約の解除）に当てはまる時。</p> <p>6,社会通念上許容できない行為を職員、その他入居者に行う時</p>

		<p>。入居者からの解約</p> <p>1,入居解約書11条の通り。</p> <p>2,前項の規定に関わらず、入居者は事業者所定の解約届提出の日から1ヶ月分の賃料、共益費及び生活支援サービス費を事業者を支払うことにより、解約申し入れの日から起算して1ヶ月を経過する日までの間、随時に本契約を解約する事が出来る。</p> <p>3,入居者は、事業者について第11条に反する事実が判明した時、または反していると入居者が合理的に判断した時は、何らの催告を要せず、直ちに本契約を解除することができる。</p> <p>4,入居者は、前項に基づき本契約を解除した場合、事業者に損害が生じて、何らこれを賠償する責任を負わない。</p>	
退去者の状況 前年度における	退去先別の人数	自宅等	人
		社会福祉施設	人
		医療機関	人
		死亡者	人
		その他	人
	生前解約の状況	事業者側の申し出	(解約事由の例)
入居者側の申し出		(解約事由の例)	人
体験入居の期間及び費用負担等			

※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7年7月1日現在)

入居者内訳	性別	男性 9人、女性 17人			
	介護の要否別	自立 26人			
		要介護 人	(内訳)	要介護1	11人
			要介護2	9人	
要介護3	2人				
要介護4	1人				
		要介護5	人		

		要支援 人	(内訳)	要支援 1	1人
				要支援 2	2人
平均年齢	76 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	高齢者を敬い、安心・安全な住まいを提供します
サービスの提供内容に関する特色	○生活が自立されていらっしゃる方はもちろん、介護度の高い方もご相談可能。 ○保証金や事務手数料は不要です。 ○必要な介護サービスが選択可能です。
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)	

※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)	株式会社エイジサービス 相談窓口 045-719-0224 横浜市健康福祉局福祉部高齢福祉課 045-671-6408
事故発生時の対応 (医療機関等との連携、家族等への連絡方法・説明等)	1, 連携医師に連絡を取る。 2, 指示に従い対応するとともに管理者への報告。 3, 救急車の手配を行う。 4, 緊急時対応マニュアルにある緊急時案の際には、第1に救急車を手配する。 5, ご家族への連絡。 6, 場合によっては、警察にも
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)	生活支援サービス契約書第12条参照
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(日本生命)

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	1 あり	実施日	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	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	ゆずの木在宅クリニック
	診療科目	内科
	所在地	〒245-0018 横浜市泉区上飯田1090-12
	距離及び所要時間	10分
	協力内容	緊急時・相談等
協力歯科医療機関	名 称	
	所在地	
	距離及び所要時間	
	協力内容	
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）		

(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～翌 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	2 ()			
	直接処遇職員	()			
	介護職員	0 ()			
	看護職員	()			

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	<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	1人 (1人)	看護師	人 (人)
介護支援専門員	2人 (1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	1人 (1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 ・ 写し交付)	2 非公開
	入居契約書の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 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)	<input checked="" type="checkbox"/> 非公開
	財務諸表の公開	1 公 開 (閲覧 ・ 写し交付)	<input checked="" type="checkbox"/> 非公開
	事業収支計画の公開	1 公 開 (閲覧 ・ 写し交付)	<input checked="" type="checkbox"/> 非公開

(6) その他

横浜市サービス付き高齢者向け住宅整備運営指導指針に適合していない事項 ※12	<適合していない事項がある場合の内容>
--	---------------------

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

●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)
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：別紙2「介護サービス等の一覧表」