

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北八朔町1974番地1
 氏名 ミモザ横濱青葉グリーングラス

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) みもぎよこはまあおぼぐりーんぐらす ミモザ横濱青葉グリーングラス |
| 所在地 | (住居表示) 〒226-0021 神奈川県横浜市緑区北八朔町1974番地1 |
| 利用交通手段 | <input checked="" type="checkbox"/> 1.電車(東急田園都市 線 青葉台 駅から バス で 16分 降車後、徒歩2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 2016年 10月 1日から 2046年 9月 30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 2016年 10月 1日から 2046年 9月 30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 2016年 10月 1日から 2046年 9月 30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) みもぎかぶしきがいしゃ 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 | 47 戸 |
| 居住部分の規模 | (最小) | 24.72 m ² |
| | (最大) | 25 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 | S 造 階数 地上2 階建 |
| 竣工の年月 | 2016 年 9 月 28 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 | 2016 年 11 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) | 詳細については、 別添 4 のとおり |
|------------------------|--|-------------------|--------------------------|
| 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 | |
| | 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 57,540 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 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 円 | |
| 家賃の概算額 | (最低) 約 77,350 円 (最高) 約 99,000 円 | 住戸ごとの内容は別添 3 のとおり | |
| 共益費の概算額 | (最低) 約 15,300 円 (最高) 約 18,000 円 | | |
| 敷金の概算額 | (最低) 約 154,700 円 (最高) 約 198,000 円 | 家賃の 2 月分 | |
| 水道光熱費の支払方法 | 実費 | | |
| 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 | <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 | | |

び退去者の数

セムロノ数

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 | |
|-----------------------|--|

※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

基本方針及び横浜市の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

役員名簿

| (ふりがな) 氏 名 | 役名等 |
|--------------------|-------|
| もりやまひろし 森山 浩 | 代表取締役 |
| しみずとおる 清水 亨 | 代表取締役 |
| まつもとかうじ 松本 考二 | 代表取締役 |
| おおみなみたかや 大南 貴哉 | 取締役 |
| いなたたかひさ 稲田 貴久 | 取締役 |
| ちょうなんたかし 長南 貴志 | 取締役 |
| おおばすえこ 大場 末子 | 取締役 |
| のせやすし 能瀬 靖史 | 取締役 |
| せきねひろゆき 関根 博之 | 取締役 |
| せいのゆうじ 清野 祐司 | 取締役 |
| ちょうなんみつひろ 長南 充浩 | 取締役 |
| むらかわまさし 村川 将 | 取締役 |
| おぎわらしんや 荻原 伸弥 | 取締役 |
| ひがしやましげき 東山 茂樹 | 取締役 |
| まついげん 松井 元 | 監査役 |
| さいとうよしゆき 斎藤 静敬 | 監査役 |
| かくしょうとよかず 覺正 豊和 | 監査役 |
| いいおやすお 飯尾 康夫 | 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。

役員名簿

| (ふりがな) 氏名 | 役名等 |
|--------------|-----|
| 該当なし | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

法第6条第1項第4号の役員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。

別添 3

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 | 25.00 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 9 | 103,105,106, 107,108,111, 112 | 91,000 |
| 1 | 24.72 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 1 | 110 | 91,000 |
| 1 | 25.00 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 9 | 113,115,116, 117,118,120, 121,122,123 | 96,000 |
| 1 | 25.00 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 11 | 202,203,205, 206,207,210, 211,233,236, 238 | 96,000 |
| 1 | 24.72 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 3 | 208,235,237 | 96,000 |
| 1 | 25.00 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 17 | 212,213,215, 216,217,218, 220,221,222, 223,225,226, 227,228,230, 231,232 | 99,000 |

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 | 3 | 17㎡ | 1階 | 47 | |
| 台所 | 0 | | - | 0 | |
| 食堂 | 1 | 154.42㎡ | 1階 | 47 | |
| 居間 | 1 | 154.42㎡ | 1階 | 47 | |
| 収納設備 | 0 | | - | 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 type="checkbox"/> 医療法人 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input checked="" type="checkbox"/> 指定居宅サービス事業者 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 看護師 | 人員 | 3人 | <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員 | 人員 1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 | 11人 | <input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員 | 人員 15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 | 00分 | ～ | 17時 00分 人員 1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 | 日中居宅に訪問し、又は食事や外出の機会に毎日少なくとも1回安否確認をさせていただきます。 | | | | 毎日 1 回 |
| 緊急通報サービスの内容 | 提供時間 | 常駐する日 | 0 時 0 分 ～ 24 時 0 分 | | |
| | | 上記以外の日 | <input type="checkbox"/> 24時間 | | |
| | 通報方法 | スタッフコールの外部転送によるオンコール | | | |
| | 通報先 | オンコール担当スタッフの携帯 | | 通報先から住宅までの到着予定時間 7分 | |
| 緊急時における対応の内容 | 1階事務所の職員が緊急通報装置の通報を受信し、24時間体制で対応します。 ・職員だけでは判断できない場合は、住宅の管理者に連絡を取り、指示を受けた上で対応します。 ・救急の医療対応が必要な場合は救急車を要請します。 ・状況に応じて、入居者が指定する緊急時連絡先に状況を説明します。 | | | | |

| | | | | |
|----------------|--|--|-----|----------|
| 生活相談サービスの内容 | 日常生活における入居者の心配や悩みなどについては職員が相談に応じます。 | | | |
| | 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 ~ 17時 00分 | | |
| 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 | 0 円 | |
| 備考 | <p>生活相談サービス</p> <p>①日常生活における心配事等の相談に応じ必要な助言を行います。</p> <p>②専門的なご相談は必要に応じ専門機関の情報を提供します。</p> <p>サ高住利用の方は状況把握及び生活相談サービス等利用の月額料金は39,600円です。特定施設入居者生活介護利用の方に関しましては、所得金額及び世帯数によって介護保険の適用割合が異なります。</p> | | | |

※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 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) ゆうげんがいしゃけいずふーどしすてむ 有限会社ケイズフードシステム | | |
| | 住所(法人にあっては主たる事務所の所在地) | (郵便番号 242-0006) 神奈川県大和市南林間1-7-17 電話番号 046-206-6773 | | |
| | 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(病気等の緊急時は居室へ配膳・下膳します。) | | | |
| 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() | | |
| | 入居者の健康状態に合わせた食事対応 | <input checked="" type="checkbox"/> 応相談 <input type="checkbox"/> 対応なし | | |
| | 入居者の健康状態に合わせた各居室への配食対応 | <input checked="" type="checkbox"/> 応相談 <input type="checkbox"/> 対応なし | | |
| サービス提供の対価(概算額) | 月額※ | 約 | 57,540 円 | 内訳 朝食 378 円 昼食 715 円 夕食 825 円 |
| | 前払金 | 約 | 0 円 | 前払金の算定方法 |

| | |
|----|--|
| 備考 | <ul style="list-style-type: none"> ・食事は朝食、昼食、夕食毎にご利用いただいた回数月単位での請求となります。 ・朝食は7時～8時まで、昼食は12時～13時まで、夕食は18時～19時まで。 ・食事の申込みは1週間単位(月～日曜日)です。 ・キャンセルは提供される日の3日前までにお知らせください。 ・別途 月定額3食セットコース49,680円(税込)有り。(喫食数の精算ではありません。) |
|----|--|

※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"/> 入浴介護 <input checked="" type="checkbox"/> 排せつ介護 <input checked="" type="checkbox"/> 食事介護 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (身辺介助・服薬確認介助) | | |
| 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 | 0 | |
| 備考 | | 1. 希望により提供される身体介助サービスです。詳細は管理規程をご覧ください。 2. サービス提供時間(9時～17時)のサービス提供対価…1,122円/15分～ 3. 早朝(6時～9時)・夜間(17時～22時)のサービス提供対価…1,408円/15分～ 4. 深夜(22時～翌6時)のサービス提供対価…1,760円/15分～ | | | |

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 | (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 | | |
| 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 type="checkbox"/> 調理 <input checked="" type="checkbox"/> 洗濯 <input checked="" type="checkbox"/> 掃除 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (家事・代行・付添・入退院時支援) | | | |
| 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 0 円 | | | |
| 備考 | 1.希望により提供される生活支援サービスです。詳細は管理規程をご覧ください。 2.サービス提供時間(9時～17時)のサービス提供対価…605円/15分～ 3.早朝(6時～9時)・夜間(17時～22時)のサービス提供対価…759円/15分～ 4.深夜(22時～翌6時)のサービス提供対価…948円/15分～ | | | | |

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 | (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 | | |
| 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 0 円 | 前払金の算定方法 | |
| | 前払金 | 約 0 円 | | |
| 備考 | 1.サービス提供時間は9時～17時です。 2.バイタル測定や健康のご相談にのり、必要に応じて医療機関やご家族へ連絡します。 3.サービス提供の対価は生活相談サービス費に含まれます。 | | | |

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 | (ふりがな) | | | |
| | 商号、名称 又は氏名 | | | |
| | 住所(法人 にあっては 主たる事務 所の所在 地) | (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 | ①サービス提供時間は9時～17時です。 ②フロント・住み替えサービスの詳細は管理規程をご覧ください。 ③希望により提供されるその他生活支援サービスの詳細は管理規程をご覧ください。 | | |
| 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 0 円 | | |
| 備考 | フロント・住み替えサービスの提供対価は生活相談サービス費に含まれます。 | | | |

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 令和7年 7月 1日

登録番号 浜 28(2)004

施設名 ミモザ横濱青葉グリーングラス

「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 28年 11月 1日 |
| 住宅の管理者氏名※1 | 各務 弘樹 |
| 電話番号 / F A X 番号 | 045-933-5531 / 045-933-5532 |
| メールアドレス | y-aoba@mimoza-care.jp |
| ホームページアドレス | https://mimoza-care.com |

※1 管理者を配置している場合に記入

「2. サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者」について

| | |
|----------------------------|--|
| F A X 番号 | 03-5796-0631 |
| ホームページアドレス | https://mimoza-care.com/ |
| 資本金(基本財産) | 4億3,296万円(資本剰余金含む) |
| 主な出資者(出捐者)とその 金額又は比率 ※2 | 森山興産(株) 48.78% 斎藤 静敬 5.31% ミモザ従業員持株会 4.91% |
| 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) 16,344,151千円 (費用) 16,290,868千円 (損益) 53,283千円 |
| 会計監査人との契約 | <input type="checkbox"/> なし ・ 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 | なし・ <input checked="" type="checkbox"/> 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"/> 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>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。</p> |

| | | | |
|-------------------|--------------------------------------|---|----|
| | | <p>2 前項の場合、事業者は次の手続きを行います。</p> <p>① 一定の観察期間をおくこと。</p> <p>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。</p> <p>③ 契約解除の通告について30日の予告期間をおくこと。</p> <p>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。</p> <p>3 事業者は、入居者が正当な理由なく事業者を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。</p> <p>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。</p> <p>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。）を事業者を支払うことにより、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。</p> | |
| 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 | 3人 |
| | | 医療機関 | 人 |
| | | 死亡者 | 4人 |
| | | その他 | 1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 | | | 4人 |
| | (解約事由の例) 介護老人福祉施設への転居 | | |
| 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7年 7月 1日現在)

| | | |
|-------|-----|--------------|
| 入居者内訳 | 性別 | 男性 8人、女性 36人 |
| | 介護の | 自立 1人 |

| | | | | | |
|------|---------------------------|---------|------|-------|-----|
| | 要否別 | | (内訳) | 要介護 1 | 10人 |
| | | 要介護 36人 | | 要介護 2 | 14人 |
| | | | | 要介護 3 | 4人 |
| | | | | 要介護 4 | 5人 |
| | | | | 要介護 5 | 3人 |
| | | 要支援 7人 | (内訳) | 要支援 1 | 5人 |
| | | | | 要支援 2 | 2人 |
| 平均年齢 | 86.8歳 (男性 84.5歳、女性 87.3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 年1回 参加人数 ご家族 32名 ご入居者 15名 議題 施設の経営状況等 |

※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) | <p>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。</p> <p>1) 相談窓口 ミモザ横濱青葉グリーングラス 電話 045-933-5531</p> <p>2) ミモザ株式会社 本社 お客様相談室 電話 03-6712-8110</p> <p>・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。</p> <p>1) 横浜市 はまふくコール 電話 045-263-8034</p> <p>2) 横浜市 建築局 住宅政策課 電話 045-671-4121</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>・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</p> |

| | | | |
|----------------------------------|--|--------|-----------|
| | 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・あり | | |
| 損害賠償（対応方針及び損害保険契約の概要等） | <p>(対応方針)</p> <p>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。</p> <p>(保険契約の概要)</p> <p>ー共通てん補限度額ー</p> <p>1名あたり 1億円、1事故につき 10億円、期間中 10億円</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 | なし・あり ありの場合の保険名(あいおいニッセイ同和損保株式会社 介護保険・社会福祉事業総合保険) | | |
| 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 | 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 | 成和クリニック |
| | 診療科目 | 内科 |
| | 所在地 | 神奈川県横浜市緑区十日市場町816-8 |
| | 距離及び所要時間 | 2.4km 車で7分 |
| | 協力内容 | 訪問診療 |
| 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2001-1 |
| | 距離及び所要時間 | 14.7km 車で40分 |
| | 協力内容 | 無料歯科検診・訪問診療 |

| | |
|---|---|
| <p>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> | <ul style="list-style-type: none"> ・費用及び使用料 <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> <ul style="list-style-type: none"> ・日常医療支援 <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> <ul style="list-style-type: none"> ・救急時対応 <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はからいます。</p> |
|---|---|

(4) 職員体制

ア 職種別の職員数等

(令和7年 7月 1日現在)

| | 職員数 | 常勤換算後の | | 夜間勤務職員数 (22時～翌6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 () | / | | 機能訓練指導員兼務 | |
| | 生活相談員 | 2 (1) | | | 介護職員兼務 | |
| | 直接処遇職員 | 29(23) | 12.5 | | 1 | |
| | 介護職員 | 26(21) | 11.1 | | 1 | |
| | 看護職員 | 3(2) | 1.4 | | | |
| | 機能訓練指導員 | 1() | / | | | |
| | 理学療法士 | () | | | | |
| 作業療法士 | 1() | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---------------|---------|----------|----------|--|--|--|--|--|--------|
| | その他 | () | | | | | | | |
| | 計画作成担当者 | 1(1) | | | | | | | 介護職員兼務 |
| | 医師 | () | | | | | | | |
| | 栄養士 | () | | | | | | | |
| | 調理員 | () | | | | | | | |
| | 事務職員 | 2(1) | | | | | | | |
| | その他職員 | () | | | | | | | |
| | 合計 | 32(24) | | | | | | | |
| 介護に関わる職員体制 ※7 | | | 3 : 1 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 | 作業療法士 | | | | | | | | |
| 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 | 1 | 1 | 1 | 1 | | | | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | 1 | 1 | 3 | 3 | | | | | | | |
| 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 | 1 | 1 | 1 | | | | | | |
| | 1年以上 3年未満 | | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| | 3年以上 5年未満 | | | | 1 | | | | | | |
| | 5年以上 10年未満 | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---------------|--|---|------|------|--|--|--|--|--|--|
| 10年以上 | | 1 | | | | | | | | |
| 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 | 0 | 0 | 0 |
| 要介護者の人数 | 12.1 | 24.6 | 28.7 |
| 指定基準上の直接処遇職員の人数 ※8 | 4.1 | 8.2 | 9.6 |
| 配置している直接処遇職員の人数 ※9 | 7.5 | 11.3 | 12.5 |
| 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 | 1.6 : 1 | 2.1 : 1 | 2.2 : 1 |
| 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 | 7 : 00 | ～ 16 : 00 |
| | 日勤 | 8 : 30 | ～ 17 : 30 |
| | 遅番 | 10 : 00 | ～ 19 : 00 |
| | 夜勤 | 16 : 00 | ～ 翌10 : 00 |
| | 看護職員 早番 | : | ～ : |
| | 日勤 | 8 : 30 | ～ 17 : 30 |
| | 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 | 11人 (1人) | 看護師 | 3人 (人) |
| 介護支援専門員 | 1人 (1人) | 准看護師 | 人 (人) |
| 介護職員実務者研修修了者 | 3人 (人) | 資格なし | 8人 (人) |
| 介護職員初任者研修修了者 | 4人 (人) | | |

注1) 資格を複数持っている職員がいる場合は、社会福祉士、介護福祉士の順に優先して記入する。

他の資格を持っている職員を（ ）に外数で記入する。

注2)介護職員基礎研修及び各ホームヘルパー研修修了者は、介護職員初任者研修に含めて記入する。

(5) 登録事項の情報開示

| | | | |
|----------------------|------------|--------------------|-------|
| 入居希望者等 への 情報開示 | 重要事項説明書の公開 | 1 公開 (閲覧 ・ 写し交付) | 2 非公開 |
| | 入居契約書の公開 | 1 公開 (閲覧 ・ 写し交付) | 2 非公開 |
| | 管理規程の公開 | 1 公開 (閲覧 ・ 写し交付) | 2 非公開 |
| | 財務諸表の公開 | 1 公開 (閲覧 ・ 写し交付) | 2 非公開 |
| | 事業収支計画の公開 | 1 公開 (閲覧 ・ 写し交付) | 2 非公開 |

(6) その他

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

※12 市の指針上適合していない事項について、指針の9～15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 | 居室 |
|----------------------|----|

(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

(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 |
| 要介護1 | 174,307円 | 17,431円 / 34,862円 |
| 要介護2 | 195,854円 | 19,586円 / 39,171円 |
| 要介護3 | 218,366円 | 21,837円 / 43,674円 |
| 要介護4 | 239,270円 | 23,927円 / 47,854円 |
| 要介護5 | 261,460円 | 26,146円 / 52,292円 |

各種加算の状況

| | | |
|--|-------|-------|
| 入居継続支援加算 | (無・有) | (I) |
| | | (II) |
| 生活機能向上連携加算 | (無・有) | (I) |
| | | (II) |
| 個別機能訓練加算 | (無・有) | (I) |
| | | (II) |
| ADL維持等加算 | (無・有) | (I) |
| | | (II) |
| 夜間看護体制加算 | (無・有) | (I) |
| | | (II) |
| 若年性認知症入居者受入加算 | (無・有) | |
| 協力医療機関連携加算 (相談・診療を行う体制を常時確保している協力医療機関と連携している場合) | (無・有) | |
| 協力医療機関連携加算 (上記以外の協力医療機関と連携している場合) | (無・有) | |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 | (無・有) | |
| 科学的介護推進体制加算 | (無・有) | |
| 退院・退所時連携加算 | (無・有) | |
| 退居時情報提供加算 | (無・有) | |
| 看取り介護加算 | (無・有) | (I) |
| | | (II) |
| 認知症専門ケア加算 | (無・有) | (I) |
| | | (II) |
| 高齢者施設等感染対策向上加算 | (無・有) | (I) |
| | | (II) |
| 新興感染症等施設療養費 | (無・有) | |
| 生産性向上推進体制加算 | (無・有) | (I) |
| | | (II) |
| サービス提供体制強化加算 | (無・有) | (I) |
| | | (II) |
| | | (III) |
| 介護職員等处遇改善加算 | (無・有) | (I) |
| | | (II) |
| | | (III) |
| | | (IV) |

| | |
|-----------------------------------|-----|
| 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」

別添2「短期利用のサービス等の概要」（設定がある場合のみ）

ミモザ横濱青葉グリーングラス 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 | | |
| 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） | |
| 1. 介護サービス | | | | |
| ①巡回（昼間・夜間） | 有・無 | | | |
| ②食事介助 | 有・無 | | 食事提供時間内介助します。 | 1,122円/15分以内～ |
| ③排泄（介助・オムツ交換・オムツ代） | 有・無 | | 希望の排せつ環境で介助します・時間外の対応をします。 | 1,122円/15分以内～ |
| ④入浴等（清拭・一般浴介助） | 有・無 | | 症例別介助方法にて介助します・サービス提供時間内 | 1,122円/15分以内～ |
| ⑤身辺介助 | 有・無 | | 体位交換・居室からの移動・衣類の着脱・身だしなみ介助・通院・散歩・買い物等の対応をします・時間外の対応をします。 | 1,122円/15分以内～ |
| ⑥服薬確認介助 | 有・無 | | 誤飲、落葉防止を図ります・時間外の対応をします。 | 1,122円/15分以内～ |
| ⑦緊急時対応・緊急通報装置 | 有・無 | 適宜 | | |
| 2. 生活サービス | | | | |
| ①家事（掃除・洗濯・ゴミ出し・布団干し・シーツ交換） | 有・無 | | 適宜・サービス提供時間内 | 605円/15分以内～ |
| ②居室配膳・下膳 | 有・無 | | 配膳、下膳（セット）・食事提供時間内対応します。 | 495円/1回 |
| ③理美容 | 有・無 | 取次ぎ（フロントサービス） | 定期的対応 | 実費 |
| ④代行（買物） | 有・無 | | 適宜 | 605円/15分以内～ |
| 3. 健康管理サービス | | | | |
| ・健康診断 | 有・無 | | | |
| ・健康相談 | 有・無 | 応相談 | バイタル測定や健康のご相談にのり、必要に応じて医療機関やご家族へ連絡します。（提供者：住宅職員） | 生活相談サービス費に含む |
| ・生活指導 | 有・無 | 応相談 | | 生活相談サービス費に含む |
| ・医師の往診 | 有・無 | | | |
| 4. 入退院時、入院中のサービス | | | | |
| ・医療費 | 有・無 | | | |
| ・移送サービス | 有・無 | | | |
| ・入退院時の同行 | 有・無 | | 適宜 | 605円/15分以内～ |
| ・入院中の洗濯物交換 | 有・無 | | 適宜 | 605円/15分以内～ |
| 5. 基本サービス | | | | |
| ・状況把握・生活相談 ・フロントサービス | 有・無 | 適宜・都度 | | |
| 6. その他生活支援サービス | | | | |
| ・救急車添乗サービス | 有・無 | | ご家族等が対応できない際にスタッフが添乗します。ご家族がいらっしゃるまでの対応となります。（提供者：住宅職員） | 2,200円/1時間 60分以降30分1,100円を加算。 夜間（17時～翌9時）は3,300円/1時間 |
| ・服薬管理サービス | 有・無 | | 薬の管理、見守りを行います。（直接介助は行えませんがご注意ください）別紙契約書にて契約手続きが必要となります。（提供者：住宅職員） | 6,600円/月 |
| ・夜間特別点検サービス(A) | 有・無 | | 夜間帯に1回居室に訪問し、ご入居者の安否確認や水道の閉め忘れ等の確認を行います。（提供者：住宅職員） | 6,600円/月（21時～翌6時） |
| ・夜間特別点検サービス(B) | 有・無 | | 夜間点検の訪室時に、パット・オムツ交換、トイレ誘導・見守り等、10分以内の排泄介助を追加で対応いたします。実施時間帯は選べません。（提供者：住宅職員） | 13,200円（消費税込）/月 |
| ・起床支援サービス | 有・無 | | 起床後の着替え・オムツ交換等、15分以内の更衣介助・排泄介助を行います。実施時間帯は選べません。（提供者：住宅職員） | 13,200円（消費税込）/月 |
| ・就寝支援サービス | 有・無 | | 就寝前の着替え・オムツ交換等、15分以内の更衣介助・排泄介助を行います。実施時間帯は選べません。（提供者：住宅職員） | 13,200円（消費税込）/月 |
| ・金銭管理サービス | 有・無 | | ご本人が金銭の管理が困難な場合でミモザが認めた場合に限り、ご家族等の同意のもと現金（上限2万円）をお預かりいたします。出納管理をし、定期的に出納帳による報告を行います。別紙申込書にてお申込みいただけます。（提供者：住宅職員） | 6,600円/月 |

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。