

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 2021年7月1日
登録番号 浜24(2)024
施設名 福寿よこはま青葉

「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	2013年6月1日
住宅の管理者氏名※1	加藤 雅俊
電話番号 / FAX番号	045-960-3932 / 045-960-3933
メールアドレス	f-yokohamaaoba@hana-kaigo.com
ホームページアドレス	https://jala.co.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

FAX番号	045-978-5051
ホームページアドレス	https://jala.co.jp
資本金(基本財産)	資本金：5,000万円
主な出資者(出捐者)とその金額又は比率 ※2	①株式会社オフィスみずほ 60% ②江頭 大 15% ③江頭 瑞穂 10%
設立年月日	1996年 4月 3日
直近の事業収支決算額 ※3	(収益) 12,766,057,603円 (費用) 12,172,041,189円 (損益) 594,016,414円
会計監査人との契約	なし・ <input checked="" type="checkbox"/> (双葉監査法人)
他の主な事業	介護保険指定事業(居宅介護支援、訪問介護、通所介護、認知症対応型共同生活介護、小規模多機能型居宅介護)

※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

FAX番号	045-978-5051
ホームページアドレス	https://jala.co.jp

「4. サービス付き高齢者向け住宅の戸数、規模並びに構造及び設備」について

建築基準法上の主要用途	寄宿舍 ・ 共同住宅 ・ 有料老人ホーム ・ <input type="checkbox"/> その他	
建築物の耐火構造	耐火構造 ・ <input type="checkbox"/> 準耐火構造 ・ その他 ()	
消防用設備等	消火器	なし・ <input type="checkbox"/> あり
	自動火災報知設備	なし・ <input type="checkbox"/> あり
	火災通報設備	なし・ <input type="checkbox"/> あり
	スプリンクラー	なし・ <input type="checkbox"/> あり
	防火管理者	なし・ <input type="checkbox"/> あり
	防災計画	なし・ <input 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 火災警報機：1階事務所入口、1階廊下、地下1階の事務所入口	
	安否確認の方法・頻度等 食事毎の声掛け、1日1回以上	

「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	「 - 」
生活保護受給者の受入れ対応	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>(事業者からの契約解除)</p> <p>事業者は、次のいずれかに該当する場合に限り、入居者に対して少なくとも6个月前に解約の申入れを行うことにより、本契約を解約することができる。</p> <p>一 本物件の老朽、損傷、一部の滅失その他の事由により、家賃の価額その他の事情に照らし、適切な規模、構造及び設備を有する賃貸住宅として維持し、又は当該賃貸住宅に回復するのに過分の費用を要するに至ったとき。</p> <p>二 入居者が、本物件に長期間にわたって居住せず、かつ、当面居住する見込みがないことにより、本物件を適正に管理することが困難となったとき。ただし、入居者の病院への入院又は心身の状況の変化を理由とする場合には、当該理由が生じた後に、事業者及び入居者が本契約の解約について合意し</p>

		<p>ている場合に限る。 (入居者からの契約解約) 入居者は、事業者に対して少なくとも30日前に解約の申入れを行う事により、本契約を解約することができる。 二 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る。</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	1人
		医療機関	人
		死亡者	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)	0人
入居者側の申し出 (解約事由の例) 介護付き有料老人ホームへ移転 老健保健施設へ移転		2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

(2020年7月1日現在)

入居者内訳	性別	男性 9人、女性 13人			
	介護の 要否別	自立	0人		
		要介護 13人	(内訳)	要介護1	8人
			要介護2	2人	
			要介護3	3人	
			要介護4	0人	
要介護5	0人				
要支援 9人	(内訳)	要支援1	5人		
要支援2	4人				

平均年齢	82歳（男性 78歳、女性 85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	入居者の福祉を重視し、安定的かつ継続的な事業運営を確保していく。又、より一層入居者の個人としての尊厳を確保しつつ福祉の向上を図る。
サービスの提供内容に関する特色	通所介護事業所、居宅介護支援事業所が併設されている。
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）	本住宅内常設窓口 電話：045-960-3932（担当：管理者） ○外部苦情申し立て 横浜市健康福祉局 高齢施設課 電話：045-671-4117
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、協力医療機関への搬送又は119番通報による他の医療機関への搬送を行うとともに、管理者から家族への連絡を行います。また、事故についての検証をし、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）	1 事業者は、本契約に基づくサービスの提供にあたり、万一、事故等が発生し入居者の生命・身体・財産に損害が生じた場合、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、損害の賠償を行います。ただし、入居者側に故意又は重大な過失がある場合には賠償額を減じることがあります。 2 事業者は、前項の事故の状況及び処置等について記

	<p>録を作成し、保存します。</p> <p>3 事業者は、入居者に対するサービスの提供にあたり、不可抗力の場合（天災等）又は事業者に故意、過失がない場合（利用者の故意による自損行為、利用者ご自身の移動による転倒、ご自身のみでの食事等による誤飲食、物の破損等の事故、他の利用者による他害行為等）、利用者の損害を賠償する義務を負いません。</p> <p>4 入居者の故意又は過失により、事業者の施設又は備品の利用につき、通常の保守・管理の程度を超える補修等が必要となった場合又は他の利用者の生命、身体、財産に損害が生じた場合、その損害は入居者等の負担とします。</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・ <input checked="" type="checkbox"/> あり	ありの場合の 保険名（三井住友海上火災保険株式会社）	
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	随時
		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）の概要及び協力内容	名 称	医療法人社団 檜会 横浜北クリニック
	診療科目	内科（往診医）
	所在地	神奈川県横浜市都筑区中川中央 1-39-44 ツクイ・サンフォレスト横浜センター北201
	距離及び所要時間	10.8km 車で25分
	協力内容	救急医療、緊急入院等
協力歯科医療機関	名 称	医療法人社団あさがお会 あさがお歯科町田
	所在地	東京都町田市森野2-8-10
	距離及び所要時間	6km 車で25分
	協力内容	訪問歯科

<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"> ・ 医師の判断を基本とし、入居者及びご家族の話し合いにより、協力医療機関又は希望する病院に入院となります。長期入院の場合は、ご家族との話し合いにて今後の対応を決めるものとします。 ・ 入院期間中は、月額利用料のうち管理費及び家賃相当額をお支払いください。 ・ 協力医療機関への入退院の移送・同行に係る費用は、実費負担となります。 ・ 入院に係る費用は入居者の負担となります。 ・ 入院中も居室利用権は存続し、施設の都合で居室を使用することはありません。
---	--

(4) 職員体制

ア 職種別の職員数等

(2020年7月1日現在)

		職員数	常勤換算後の		夜間勤務職員数 (16:30~翌9:30) (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	()				
	直接処遇職員	11 (8)				
	介護職員	11 (8)			1	
	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	2 (2)				
	事務職員	()				
	その他職員	()				
合計	14 (10)					
介護に関わる職員体制 ※7			: 以上			

注1) 職員数欄の()内は、非常勤職員数で内数。

2) 直接処遇職員は、要介護者及び要支援者に対して介護サービスを提供する職員と自立者に対して一時的な介護その他日常生活上必要な援助を行う職員を合わせた数とし、また、常勤換算後の人数において、自立者対応の人数を内数で記入。

なお、特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要

3) 機能訓練指導員及び計画作成担当者が他の職務を兼務している場合は、職員数の人数に※印をつけるとともに、兼務している職名を備考欄に記入。

4) 備考欄には、直接処遇職員や調理員等の委託、看護職員等の機能訓練指導員兼務、計画作成担当者の介護支援専門員資格等を記入。

5) 状況把握等を行う職員を配置している場合は、生活相談員として記入

※7 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要

イ 職員の状況

管理者	他の職務との兼務				1 あり 2 なし						
	兼務に係る資格等		1 あり								
			資格等の名称		介護福祉士						
		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											
前年度1年間の退職者数											
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満										
	1年以上3年未満										
	3年以上5年未満				4						
	5年以上10年未満			3	4						
	10年以上										
従業者の健康診断の実施状況				1 あり 2 なし							

ウ 要介護者・要支援者に対する直接処遇職員体制（特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要）

	前々年度の平均値	前年度の平均値 ※11	今年度の平均値 ※10
要支援者の人数			
要介護者の人数			
指定基準上の直接処遇職員の人数 ※8			

配置している直接処遇職員の 人数 ※9			
要支援者・要介護者の 合計人数に対する配置 直接処遇職員の人数の割合	:	:	:
常勤換算方法の考え方※11	常勤職員の週勤務時間 時間で除して算出		
従業者の勤務体制の概要	介護職員 早番	:	～ :
	日勤	:	～ :
	遅番	:	～ :
	夜勤	:	～ :
	看護職員 早番	:	～ :
	日勤	:	～ :
	遅番	:	～ :
	夜勤	:	～ :

※8 常勤換算後の人数。

※9 常勤換算後の人数。自立者対応の人数を除く。

※10 今年度の平均値は、作成日の前月までの平均値とすること。

※11 「前年度の平均値」及び「常勤換算方法」等については指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年3月31日厚生省令第37号）等の規定によること

エ 状況把握(安否確認)および生活相談サービスに係る職員の資格取得状況

社会福祉士	人 (人)	医 師	人 (人)
介護福祉士	5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	1人 (人)	資格なし	2人 (人)
介護職員初任者研修修了者	3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	<input type="checkbox"/> 1 公開 (閲覧 ・ <input type="checkbox"/> 写し交付)	<input type="checkbox"/> 2 非公開
	入居契約書の公開	<input type="checkbox"/> 1 公開 (閲覧 ・ <input type="checkbox"/> 写し交付)	<input type="checkbox"/> 2 非公開
	管理規程の公開	<input type="checkbox"/> 1 公開 (閲覧 ・ <input type="checkbox"/> 写し交付)	<input type="checkbox"/> 2 非公開
	財務諸表の公開	<input type="checkbox"/> 1 公開 (<input type="checkbox"/> 閲覧 ・ 写し交付)	<input type="checkbox"/> 2 非公開
	事業収支計画の公開	<input type="checkbox"/> 1 公開 (<input type="checkbox"/> 閲覧 ・ 写し交付)	<input type="checkbox"/> 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8～14に該当する運営面に関することを記述すること。

なお、代替措置及び改善計画等は、別紙で明記することでも可

●特定施設入居者生活介護に関する事項（該当する場合のみ）

(1) 介護を行う場所等

要介護時(認知症を含む)に介護を行う場所	
----------------------	--

(2) 住み替える場合の条件等

入居後住みに替居え室又は合施設	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)	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：別添1「介護サービス等の一覧表」

区 分		自 立			要支援 1～2			要介護 1～5		
提供サービスの別		利用料金に含まれるサービス	その都度徴収するサービス		介護予防特定施設入居者生活介護により提供されるサービス、又は、利用料金に含まれるサービス	その都度徴収するサービス		特定施設入居者生活介護により提供されるサービス、又は、利用料金に含まれるサービス	その都度徴収するサービス	
サービスの提供内容等		提供方法（回数等）	提供方法（回数等）	金額（単価）	提供方法（回数等）	提供方法（回数等）	金額（単価）	提供方法（回数等）	提供方法（回数等）	金額（単価）
④代行										
・買物（ネット）	有（無）		200円／回			200円／回			200円／回	
			※提携先にネット注文、そこで取り扱っている商品のみ ※1週間に1度の注文で曜日指定（曜日変更の場合あり）			※提携先にネット注文、そこで取り扱っている商品のみ ※1週間に1度の注文で曜日指定（曜日変更の場合あり）			※提携先にネット注文、そこで取り扱っている商品のみ ※1週間に1度の注文で曜日指定（曜日変更の場合あり）	
・役所手続	有（無）									
3. 健康管理サービス										
・健康診断	有（無）									
・健康相談	有（無）									
・生活指導	有（無）									
・医師の往診	有（無）									
・服薬管理	有（無）		3,000円／月			3,000円／月			3,000円／月	
			※病院から処方されたもので、一包化されたもの			※病院から処方されたもので、一包化されたもの			※病院から処方されたもので、一包化されたもの	
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）		1,500円／30分（高速代別）	※完全予約制		1,500円／30分（高速代別）	※完全予約制		1,500円／30分（高速代別）	※完全予約制
5. その他サービス										
・職員付き添い （買物、役所、郵便局、銀行等）	有（無）		1,500円／30分			1,500円／30分			1,500円／30分	
			※完全予約制（1週間前までに要予約） ※徒歩又は公共機関を利用（別途、職員分の交通費）			※完全予約制（1週間前までに要予約） ※徒歩又は公共機関を利用（別途、職員分の交通費）			※完全予約制（1週間前までに要予約） ※徒歩又は公共機関を利用（別途、職員分の交通費）	
・コピー代	有（無）		白黒（B5～A3）：10円／枚 カラー（A4）：50円／枚、（A3）：80円／枚			白黒（B5～A3）：10円／枚 カラー（A4）：50円／枚、（A3）：80円／枚			白黒（B5～A3）：10円／枚 カラー（A4）：50円／枚、（A3）：80円／枚	
・FAX代	有（無）		送信：50円／枚、受信：10円／枚			送信：50円／枚、受信：10円／枚			送信：50円／枚、受信：10円／枚	

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。