

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 7月 1日
登録番号 浜 24 (3) 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	2021年6月1日
住宅の管理者氏名※1	蛭田 美鈴
電話番号 / F A X 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

F A X 番号	045-978-5051 / 045-978-5750
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)31,306,306千円 (費用)29,475,918千円 (損益)1,830,386千円
会計監査人との契約	なし・ <input checked="" type="checkbox"/> あり (監査法人 F R I Q)
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

F A X 番号	045-978-5750
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	
緊急連絡・安否確認	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ている場合に限る。</p> <p>(入居者からの契約解約)</p> <p>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。</p>

		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る。	
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	1人
		その他	1人
	生前解約の状況	事業者側の申し出	1人 (解約事由の例) 認知症と精神疾患の症状が強くなってしまい、サービス付き高齢者向け住宅での生活が困難になってしまったため
	入居者側の申し出	人 (解約事由の例)	
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 14人			
	介護の 要否別	自立	0人		
		要介護 22人	(内訳)	要介護1	5人
			要介護2	10人	
			要介護3	5人	
要介護4	2人				
要介護5	人				
要支援 1人	(内訳)	要支援1	人		
		要支援2	1人		
平均年齢	86.4歳（男性 83.3歳、女性 84.8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）	<p>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。</p> <p>① 福寿よこはま青葉 担当者：管理者 電話番号：045-960-3932</p> <p>② 株式会社日本アメニティライフ協会 本社 安全管理室 電話番号：045-979-0871</p> <p>③ はまふくコール 電話番号：045-263-8084</p> <p>④ 横浜市役所 建築局 住宅政策課 電話番号：045-671-4121</p> <p>⑤ 公益社団法人かながわ住まい・まちづくり協会 電話番号：045-664-6869</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）	通所介護事業所が併設されている。
事故発生の防止のための指針	あり
損害賠償（対応方針及び損害保険契約の概要等）	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(東京海上日動火災保険株式会社)	
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"/> 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	川崎麻生クリニック
	診療科目	内科（往診医）
	所在地	川崎市麻生区下麻生3-21-5 1階2号室
	距離及び所要時間	4.6km 車で11分
	協力内容	救急医療、緊急入院等
協力歯科医療機関	名 称	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
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）	<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

(2025年7月1日現在)

	職員数	常勤換算後の		夜間勤務職員数 (17時～翌10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 (2)				
	直接処遇職員	8 (6)				
	介護職員	8 (6)		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	()				
	事務職員	()				
	その他職員	5 (5)				
合計	16 (13)					
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	介護福祉士、介護支援専門員							
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				15						
前年度1年間の退職者数				13						
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			1	2					
	3年以上5年未満				2					
	5年以上10年未満				2	2				
	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			
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 (2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 (人)	資格なし	人 (人)
介護職員初任者研修修了者	3人 (2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 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 写し交付)	2 非公開
	入居契約書の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公 開 (閲覧 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 写し交付)	2 非公開
	管理規程の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公 開 (閲覧 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 写し交付)	2 非公開
	財務諸表の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公 開 (<input checked="" type="checkbox"/> 閲覧 ・ 写し交付)	2 非公開
	事業収支計画の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公 開 (<input checked="" type="checkbox"/> 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

入居後住みに替居る又は合施設	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	利用者負担額 (1割の場合/2割の場 合)		
	要支援1	円 / 円		
	要支援2	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

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」