

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 松本 考二
代理人	住所	神奈川県横須賀市森崎1丁目6番3号
	氏名	ミモザ久里浜はまゆう苑

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)みもざくりはまはまゆうえん ミモザ久里浜はまゆう苑
所在地	(住居表示)〒238-0002 神奈川県横須賀市森崎1丁目6番3号
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 電車（京急久里浜線 北久里浜駅から徒歩で7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 2017年 2月 15日から 2047年 2月 14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 2017年 2月 15日から 2047年 2月 14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 2017年 2月 15日から 2047年 2月 14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) みもぞかぶしきがいしゃ	
	ミモザ株式会社	
住 所 (法人にあっ ては 主たる事務所 の所在地)	(郵便番号 140-0004)	
	東京都品川区南品川二丁目2番5号 電話番号 0357960630	
法人の役員	別添 1 のとおり	
法定代理人 (未成年の個 人 である場合)	(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
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) みもぞかぶしきがいしゃ	
	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	68	戸	
居住部分の規模	(最小)	25.01	m ²	詳細については、別添 3 のとおり
	(最大)	25.92	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	RC	造	階数
竣工の年月	2017 年 2 月 9 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。 <input checked="" type="checkbox"/> ①単身高齢者世帯 <input checked="" type="checkbox"/> 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 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	2017 年 4 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 42,900 円	詳細については、別添 4 のとおり
	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 84,000 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 29,000 円			
	(最高) 約 29,000 円			
敷金の概算額	(最低) 約 168,000 円	家賃の 2.0 月分		
	(最高) 約 190,000 円			
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 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	

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. 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

基本方針及び県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
まつもとかうじ 松本 考二	代表取締役
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
おおばすえこ 大場 末子	取締役
やまもとかずま 山本 一馬	取締役
さくまゆうじ 佐久間 雄司	取締役
はまのぞみ 濱 のぞみ	取締役
せいのゆうじ 清野 祐司	取締役
ちょうなんたかし 長南 貴志	取締役
のなかみゆき 野中 美由希	取締役
ちょうなんみつひろ 長南 充浩	取締役
いなたたかひさ 稲田 貴久	取締役
むらかわまさし 村川 将	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。

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	25.42	○	○	○	○	○	○	4	101, 106, 107, 108	84,000
1	25.18	○	○	○	○	○	○	1	102	84,000
1	25.03	○	○	○	○	○	○	1	103	84,000
1	25.01	○	○	○	○	○	○	1	105	84,000
1	25.92	○	○	○	○	○	○	1	110	84,000
1	25.42	○	○	○	○	○	○	4	201, 206, 221, 225	87,000
1	25.18	○	○	○	○	○	○	3	202, 222, 223	87,000
1	25.03	○	○	○	○	○	○	1	203	87,000
1	25.01	○	○	○	○	○	○	1	205	87,000
1	25.92	○	○	○	○	○	○	1	210	89,000
1	25.42	○	○	○	○	○	○	10	207, 208, 211, 212, 213, 215, 216, 217, 218, 220	89,000
1	25.42	○	○	○	○	○	○	4	301, 306, 321, 325	90,000

1	25.18	○	○	○	○	○	○	3	302, 322, 323	90,000
1	25.03	○	○	○	○	○	○	1	303	90,000
1	25.01	○	○	○	○	○	○	1	305	90,000
1	25.92	○	○	○	○	○	○	1	310	92,000
1	25.42	○	○	○	○	○	○	10	307, 308, 311, 312, 313, 315, 316, 317, 318, 320	92,000
1	25.42	○	○	○	○	○	○	4	401, 406, 421, 425	93,000
1	25.18	○	○	○	○	○	○	3	402, 422, 423	93,000
1	25.03	○	○	○	○	○	○	1	403	93,000
1	25.01	○	○	○	○	○	○	1	405	93,000
1	25.92	○	○	○	○	○	○	1	410	95,000
1	25.42	○	○	○	○	○	○	10	407, 408, 411, 412, 413, 415, 416, 417, 418, 420	95,000

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
居間・食 堂	1	139.57	1階	68	

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 (法人にあつては主たる事務所の所在地)	(郵便番号)				
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 type="checkbox"/> 看護師	人員	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	2 人	<input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員 4 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 (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	0 分	~	17 時 0 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。 <input checked="" 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）				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	3 分
サービス提供の対価（概算額）	月額	約 42,900 円	前払金の			
	前払金	約 0 円	算定方法			
備考	生活相談サービス 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。 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。					

※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) えーしーえーねくすとかぶしきがいしゃ A C A Next 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 105-0003) 東京都港区西新橋1-16-3 1東洋海事ビル7階 電話番号 03-6550-9821	
	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 105-0003) 東京都港区西新橋1-16-3 1東洋海事ビル7階 電話番号 03-6550-9821	
食事提供を行う場所	<input checked="" type="checkbox"/> 食堂 <input type="checkbox"/> 各居住部分 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (病気等の緊急時は居室へ配全・下膳)		
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 ()	
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45,360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 円		
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	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 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	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"/> 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	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	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。				

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4年 7月 1日

登録番号 須27(2)001

施設名 ミモザ久里浜はまゆう苑

「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29年4月1日
住宅の管理者氏名※1	樋口 貴志
電話番号 / F A X 番号	046-833-8950 / 046-833-8952
メールアドレス	k-hamayuen@mimoza-care.jp
ホームページアドレス	https://www.mimoza-care.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	03-5796-0631
ホームページアドレス	https://www.mimoza-care.jp/
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 5.24%
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)12,848,938千円 (費用)12,613,596千円 (損益)235,342千円
会計監査人との契約	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有 ()
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://www.mimoza-care.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 ・ サービス付き高齢者向け住宅 ・ 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	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有
	自動火災報知設備	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有
	火災通報設備	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有

	スプリンクラー	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有
	防火管理者	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有
	防災計画	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有
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、共用トイレ、共用浴室	
	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	(連帯保証人) 1 入居者は、契約時に連帯保証人を定めるものとします。 ただし連帯保証人を定めることができない相当の理由が認められる場合はこの限りではありません。 2 連帯保証人は、入居者と連帯して、本契約から生じる入居者の債務を負担しなければなりません。 3 入居者は、連帯保証人に支障が生じたときは、直ちに事業者にもその旨を届け出るとともに、事業者の承認を得て新たに連帯保証人を定めるものとします。 4 連帯保証人は、本契約締結時の住所・電話番号を変更したときは直ちにその旨を、事業者に届けるものとします。
	(身元引受人) 1 入居者は、契約時に身元引受人を定めるものといたします。 ただし、身元引受人を定めることができない相当の理由が認められる場合はこの限りではありません。 2 身元引受人は、入居者が病気・死亡等の場合に、事業者又は施設長からの連絡、相談等に応じ、適切な対応を行うものとします。 3 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、責任をもって入居者の身柄を引き受けるものとします。 4 入居者及び連帯保証人は身元引受人に支障が生じたときは、直ちに事業者にもその旨を届け出るとともに、事業者の承認を得て新たに身元引受人を定めるものといたします。 5 身元引受人は、本契約締結時の住所・電話番号を変更したときは直ちにその旨を、事業者に届け出るものとします。
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	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>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。</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。</p>	
前年度における 退去者の状況	退去先別の人数	自宅等	3人
		社会福祉施設	2人
		医療機関	0人
		死亡者	4人
		その他	0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		5人 (解約事由の例) ・在宅復帰、介護付き施設入居	
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4年7月1日現在)

入居者内訳	性別	男性 18人、女性 34人				
	介護の 要否別	自立	14人			
		要介護	23人	(内訳)	要介護1	16人
				要介護2	4人	
				要介護3	3人	
要介護4	0人					
要介護5	0人					
要支援	15人	(内訳)	要支援1	8人		
		要支援2	7人			
平均年齢	85.5歳（男性 83.3歳、女性 86.7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、日々の暮らしがゆ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)	開催日：令和4年3月13日（1回目） 参加者数：コロナ禍の為、書面報告 議 題：職員体制、収支報告、活動報告等

※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）	<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 ミモザ久里浜はまゆう苑 ホーム長 電話 046-833-8950 2) 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) 横須賀市 福祉部 指導監査課 電話 046-822-8162(直通)
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）	<ul style="list-style-type: none"> 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	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>
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>— 支払い限度額 — 1名あたり 1億円、1事故あたり 10億円、期間中1億円</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	<p>無 ・ <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>有の場合の保険名(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)</p>

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	有	実施日	
		結果の開示	有 無
		無	
第三者による評価の実施状況	有	実施日	
		評価機関名	
		結果の開示	有 無
		無	

(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	社会福祉法人 日本医療伝道会 総合病院衣笠病院
	診療科目	内科、外科、整形外科、耳鼻咽喉科、眼科、皮膚科、泌尿器科、ホスピス、麻酔科、放射線科
	所在地	神奈川県横須賀市小矢部2-23-1
	距離及び所要時間	2.1km 車で5分
	協力内容	受診・治療等の協力
協力歯科医療機関	名 称	医療法人菜花会 ヴィレッジ衣笠歯科診療所
	所在地	神奈川県横須賀市衣笠長44-4-1F
	距離及び所要時間	4.1km 車で8分
	協力内容	訪問歯科診療
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）	<ul style="list-style-type: none"> ・費用及び使用料 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。 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。 ・日常医療支援 <ul style="list-style-type: none"> ① 通院 <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。 ※送迎に係る交通費は入居者負担となります。 ②入院 <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。 ※送迎に係る交通費は入居者負担となります。 ③その他サービス <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 ※交通費は入居者負担となります。 ・救急時対応 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。 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。 	

(4) 職員体制

ア 職種別の職員数等

(令和4年7月1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 ()	/	1	
	生活相談員 (コンシェルジュ)	8 (7)			
	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	()			
合計	9 (7)				
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 type="checkbox"/> 2 なし <input checked="" type="checkbox"/>								
	兼務に係る資格等	<input checked="" type="checkbox"/> 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 (コンシェルジュ)		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				4							
前年度1年間の退職者数				4							
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満			2							
	1年以上 3年未満		1	1							
	3年以上 5年未満		1	4							
	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				<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし <input type="checkbox"/>							

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（5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	2人（2人）
介護職員初任者研修修了者	2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・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	<input checked="" type="checkbox"/> 公開（閲覧・写し交付）	2 非公開
	財務諸表の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公開（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（閲覧・写し交付）	2 非公開

(6) その他

神奈川県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> なし
---	---------------------------

※12 県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

○添付書類：別添1「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」

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（清掃・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のでご注意ください）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、バット・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きます。（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。