

## 有料老人ホーム重要事項説明書

作成日 平成30年7月1日

## 1 事業主体概要

事業主体名	株式会社 ジョイライフ
代表者名	代表取締役 西村亮二
所在地	東京都千代田区飯田橋4-10-1
電話番号/FAX番号	03-5225-3616/03-5225-3617
ホームページアドレス	URL: http://www.joylife-jp.com
資本金(基本財産)	3,000万円
主な出資者(出捐者)とその金額又は比率 ※1	西村亮二(60%) 高倉満(20%) 西村順一(20%)
設立年月日	平成12年2月14日
直近の事業収支決算額 ※2	(収益)1,437,500千円 (費用)1,434,352千円 (損益)3,148千円
会計監査人との契約	無・有( )
他の主な事業	有料老人ホーム・居宅介護支援事業・訪問介護事業

※1 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。

※2 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。

## 2 施設概要

施設名	ジョイライフ藤が丘	
施設の類型及び表示事項	類型	① 介護付(一般型・外部サービス利用型) 2 住宅型 3 健康型
	居住の権利形態	① 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式
	入居時の要件	1 自立 2 要介護 3 要支援・要介護 ④ 自立・要支援・要介護
	介護保険	①市指定介護保険特定施設 (番号1473700340、指定年月日 H12年7月1日) 介護専用型・混合型(外部サービス利用型)・地域密着型・介護予防・介護予防(外部サービス利用型) 2 介護保険在宅サービス利用可
	居室区分	① 全室個室(夫婦等居室含む) 2 相部屋あり
	介護に関わる職員体制	3 : 1 以上
	提携ホームの利用等	① 提携ホーム利用可(希望により利用可。この場合、現ホームの利用権が継続されます。但し差額計算を伴う、終身利用権は継続されます。) 2 提携ホーム移行型( )
開設年月日	平成12年7月1日	
施設の管理者氏名	八木 温子	
所在地	横浜市青葉区千草台13-5	
電話番号/FAX番号	045-975-2073	
メールアドレス	joylife-huji@ion.ocn.ne.jp	

交通の便 ※3	東急田園都市線 藤が丘駅下車 900m																													
ホームページアドレス	URL : http://www.joylife-jp.com																													
敷地概要 ※4	権利形態 所有 ・ 借地 (借地の場合の契約形態) 通常借地契約・定期借地契約 (借地の場合の契約期間) 年 月 日～ 年 月 日 (通常借地契約における自動更新条項の有無) 無・有 敷地面積 974.34 m <sup>2</sup>																													
建物概要	権利形態 所有 ・ 借家 (借家の場合の契約形態) 通常借家契約 定期借家契約 (借家の場合の契約期間) H12年4月1日～ H32年3月31日 (通常借家契約における自動更新条項の有無) 無 有 建物の構造 造 地下 階 地上 階建(耐火・準耐火・その他) 延床面積 1930.17m <sup>2</sup> (うち有料老人ホーム m <sup>2</sup> ) 建築年月日 S56年 9月 日建築 改築年月日 H12年 6月 日改築 建築確認の用途指定 有料老人ホーム・その他( )																													
居室、一時介護室の概要	居室総数 65室 定員 68人(一時介護室を除く) (内訳) <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>居室定員</th> <th>室数</th> <th>面積</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">居室</td> <td>個室</td> <td>65室</td> <td>m<sup>2</sup>～14.43 m<sup>2</sup></td> </tr> <tr> <td>うち2人定員</td> <td>3室</td> <td>m<sup>2</sup>～28.86 m<sup>2</sup></td> </tr> <tr> <td>2人部屋(相部屋)</td> <td>室</td> <td>m<sup>2</sup>～ m<sup>2</sup></td> </tr> <tr> <td>人部屋(相部屋)</td> <td>室</td> <td>m<sup>2</sup>～ m<sup>2</sup></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">一時介護室</td> <td>個室</td> <td>室</td> <td>m<sup>2</sup>～ m<sup>2</sup></td> </tr> <tr> <td>2人部屋(相部屋)</td> <td>室</td> <td>m<sup>2</sup>～ m<sup>2</sup></td> </tr> <tr> <td>人部屋(相部屋)</td> <td>室</td> <td>m<sup>2</sup>～ m<sup>2</sup></td> </tr> </tbody> </table>				居室定員	室数	面積	居室	個室	65室	m <sup>2</sup> ～14.43 m <sup>2</sup>	うち2人定員	3室	m <sup>2</sup> ～28.86 m <sup>2</sup>	2人部屋(相部屋)	室	m <sup>2</sup> ～ m <sup>2</sup>	人部屋(相部屋)	室	m <sup>2</sup> ～ m <sup>2</sup>	一時介護室	個室	室	m <sup>2</sup> ～ m <sup>2</sup>	2人部屋(相部屋)	室	m <sup>2</sup> ～ m <sup>2</sup>	人部屋(相部屋)	室	m <sup>2</sup> ～ m <sup>2</sup>
	居室定員	室数	面積																											
居室	個室	65室	m <sup>2</sup> ～14.43 m <sup>2</sup>																											
	うち2人定員	3室	m <sup>2</sup> ～28.86 m <sup>2</sup>																											
	2人部屋(相部屋)	室	m <sup>2</sup> ～ m <sup>2</sup>																											
	人部屋(相部屋)	室	m <sup>2</sup> ～ m <sup>2</sup>																											
一時介護室	個室	室	m <sup>2</sup> ～ m <sup>2</sup>																											
	2人部屋(相部屋)	室	m <sup>2</sup> ～ m <sup>2</sup>																											
	人部屋(相部屋)	室	m <sup>2</sup> ～ m <sup>2</sup>																											
共用施設・設備の概要(設置箇所、面積、設備の整備状況等)	食堂	設置階 2	( 131 m <sup>2</sup> )																											
	浴室	一般浴槽	設置階 1	( 31.7 m <sup>2</sup> )																										
		リフト浴	設置階 -	( m <sup>2</sup> )																										
	浴室	ストレッチャー浴	設置階 1	( 28.8 m <sup>2</sup> )																										
		便所	設置箇所 5																											
	洗面設備	設置箇所 4																												
	医務室(健康管理室)	設置階 4	( 14.4m <sup>2</sup> )																											
	談話室	設置階 -	( m <sup>2</sup> )																											
	面談室(相談室)	設置階 5	( 28.8m <sup>2</sup> )																											
	事務室	設置階 1																												
	洗濯室	設置階 1	( m <sup>2</sup> )																											
	汚物処理室	設置階 1																												
	看護・介護職員室	設置階 1																												
	機能訓練室	設置階 2	(14.5m <sup>2</sup> ) 他の共用施設との兼用 無・有 ( )																											
	健康・生きがい施設	設置階	( m <sup>2</sup> )																											
	エレベーター ※5	1基(うちストレッチャー搬入可 0基)																												
	スプリンクラー	設置箇所 全館(各居室・設備・廊下)																												

	居室のある区域の廊下幅	両手すり設置後の有効幅員 (1.8 m～ . m)
消防用設備等	消火器	無・ <b>有</b>
	自動火災報知設備	無・ <b>有</b>
	火災通報設備	無・ <b>有</b>
	スプリンクラー	無・ <b>有</b>
	防火管理者	無・ <b>有</b>
	防災計画（水害・土砂災害を含む）	無・ <b>有</b>
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 各居室及び共用施設（浴室・共同トイレ・食堂）に会話可能なナースコールを設置。各居室にセンサーを設置。 ①エレベーターでの緊急処理の場合、リクライニング式の車椅子を利用する。 ②階段での搬送は、毛布や布等を利用する。 安否確認の方法・頻度等 要介護の方に1時間おき又は、2時間に1回の見回り	
同一敷地内の併設施設又は事業所等の概要 ※6	—	
有料老人ホーム事業の提携ホーム及び提携内容	—	

※3 最寄りの交通機関からの距離を徒歩で示す場合は、1分を80m以下の距離で換算すること。

※4 借地契約を締結していない場合は、敷地面積のみ記入する。

※5 ここでいうストレッチャーは標準仕様のものとする。

※6 同一建物内の施設は全て、営業主と面積とともに記入する。併設施設又は事業所等が、介護保険法により居宅サービス事業者として指定されている場合（指定居宅介護支援を含む）は、その種類と番号を記載すること。

### 3 利用料 ※7

#### (1) 利用料の支払い方式

支払い方式 ※8		前払い方式	月払い方式	<b>選択方式</b>
入院等による不在時における利用料金（月払い）の取り扱い		① 減額なし	2 日割り計算で減額	3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額
利用料金の改定	条件	物価・人件費等に変動があった場合		
	手続き方法	物価・人件費等の変動等に基づき、運営懇談会において2年に1回見直しを計る。		

#### (2) 前払い方式

費用の支払方法 ※9	契約時：一部前払い家賃（200万円）＋調整金⑩（50万円） 月額利用料：振込又は現金にて毎月20日までに支払う。 ⑩調整金とは、想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額です。
敷金	<b>無</b> ・有（ 円、家賃相当額の か月分）

前払金 (介護費用の前払金を除く)	法第29条第6項に規定される前払金		250万円				
想定居住期間又は償却期間	60ヶ月						
算定の基礎(内訳)	老人福祉施設の平均入居期間及び入居時の平均余命等から算定						
解約時の返還金(算定方法等)	<p>・入居前に死亡、または契約解除をした場合は、入居契約一時金の全額を返還する。</p> <p>・入居日から3ヶ月以内において、入居者本人又は身元引受人から契約解除の申し出がなされた場合、又は入居者が死亡した場合、既払い金の入居契約一時金を無利息で3ヶ月以内に返金するものとします。但し、退去日までの月額利用料及び原状回復費用などは別途支払うものとする。</p>						
返還の対象とならない額の有無	無・ <input checked="" type="radio"/> 有(50万円)						
初期償却の開始日	入居日						
介護費用の前払金	円～円						
算定の基礎(内訳)							
解約時の返還金(算定方法等)							
返還の対象とならない額の有無	無・有(円)						
初期償却の開始日							
月額利用料	148,007円						
年齢に応じた金額設定	<input checked="" type="radio"/> 無・有						
要介護状態に応じた金額設定	<input checked="" type="radio"/> 無・有						
料金プラン ※10	月額利用料	内 訳					
		管理費	介護費用	食費	光熱水費	家賃相当額	その他
	148,007	59,400		59,940		28,667	
算定根拠 ※11	管理費	59,400円 (共用施設等の維持管理費、事務費及び人件費など)					
	介護費用						
	食費	59,940円/人・月(30日)朝594円・昼648円・夕756円					
	光熱水費	管理費に含まれる					
	家賃相当額	28,667円					
	その他	自立の方は生活サポート費が必要(21,600円/月)					
月額利用料に含まれない実費負担等 ※12	●理美容、クリーニング代(業者委託)、電話利用料、新聞代、日用消耗品、医療費・おむつ代						

介護保険に係る利用料  
※13  
(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)

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 ( 割の場合)
要介護1	193,002 円	19,301 円
要介護2	215,622 円	21,563 円
要介護3	239,634 円	23,964 円
要介護4	261,911 円	26,192 円
要介護5	285,570 円	28,557 円

各種加算の状況

身体拘束廃止取組の有無	(減算型・ <b>基準型</b> )	
退院・退所時連携加算	(無・ <b>有</b> )	
入居継続支援加算	<b>無</b> ・有)	
生活機能向上連携加算	<b>無</b> ・有)	
個別機能訓練加算	(無・ <b>有</b> )	
夜間看護体制加算	<b>無</b> ・有)	
若年性認知症入居者受入加算	<b>無</b> ・有)	
医療機関連携加算	(無・ <b>有</b> )	
口腔衛生管理体制加算	<b>無</b> ・有)	
栄養スクリーニング加算	<b>無</b> ・有)	
看取り介護加算	<b>無</b> ・有)	
認知症専門ケア加算	<b>無</b> ・有)	(I)
		(II)
サービス提供体制強化加算	(無・ <b>有</b> )	(I) イ
		(I) ロ
		(II)
		<b>III</b>
介護職員処遇改善加算	(無・ <b>有</b> )	<b>I</b>
		II
		III
		IV
		V

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 ( 割の場合)
要支援1	69,830 円	6,983 円
要支援2	114,714 円	11,472 円

各種加算の状況

身体拘束廃止取組の有無	(減算型・ <b>基準型</b> )	
生活機能向上連携加算	<b>無</b> ・有)	
個別機能訓練加算	(無・ <b>有</b> )	
若年性認知症入居者受入加算	<b>無</b> ・有)	
医療機関連携加算	(無・ <b>有</b> )	
口腔衛生管理体制加算	<b>無</b> ・有)	
栄養スクリーニング加算	<b>無</b> ・有)	
認知症専門ケア加算	<b>無</b> ・有)	(I)
		(II)
サービス提供体制強化加算	(無・ <b>有</b> )	(I) イ
		(I) ロ
		(II)
		<b>III</b>
介護職員処遇改善加算	(無・ <b>有</b> )	<b>I</b>
		II
		III
		IV
		V

(3) 月払い方式

費用の支払方法 ※9	契約時：当月分の利用料を日割りで支払う。 月額利用料：振込又は現金にて毎月20日までに支払う。						
敷金	無・有（                      円、家賃相当額の                      か月分）						
月額利用料	181,340円						
年齢に応じた金額設定	無・有						
要介護状態に応じた金額設定	無・有						
料金プラン ※10	月額利用料	内 訳					
		管理費	介護費用	食費	光熱水費	家賃相当額	その他
	181,340	59,400		59,940		62,000	
算定根拠 ※11	管理費	59,400円 (共用施設等の維持管理費、事務費及び人件費など)					
	介護費用						
	食費	59,940円/人・月(30日)朝594円・昼648円・夕756円					
	光熱水費	管理費に含まれる					
	家賃相当額	62,000円					
	その他	自立の方は生活サポート費が必要 (21,600円)					
月額利用料に含まれない実費負担等 ※12	理美容、クリーニング代(業者委託)、電話利用料、新聞代 日用消耗品、医療費・おむつ代						

介護保険に係る利用料  
 ※13  
 (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)

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 ( 割の場合)
要介護1	193,002 円	19,301 円
要介護2	215,622 円	21,563 円
要介護3	239,634 円	23,964 円
要介護4	261,911 円	26,192 円
要介護5	285,570 円	28,557 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
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)
介護職員処遇改善加算	(無・有)	III
		I
		II
		III
		IV
		V

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 ( 割の場合)
要支援1	69,830 円	6,983 円
要支援2	114,714 円	11,472 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)
介護職員処遇改善加算	(無・有)	III
		I
		II
		III
		IV
		V

(4) 共通事項

改定ルール（勘案する要素及び改定手続等）	物価や人件費等が高騰した場合に、運営懇談会に計って改訂を検討する
前払金の返還金の保全措置	無・ <input checked="" type="radio"/> 有 保全措置の内容（株式会社朝日信託） 無の場合の理由（ ）
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	無・ <input checked="" type="radio"/> 有 有の場合の保険名（東京海上日動火災保険）
消費税の対象外とする利用料等	家賃相当分
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）	<input checked="" type="radio"/> 無・有 有の場合は 別添短期利用のサービス等の概要 参照

※7 消費税を含む総額表示とすること。

※8 前払い方式と月払い方式の併用の場合は選択方式とする。

※9 前払金や月額利用料の請求時期や支払い方法等を記入する。

※10 複数の料金プランがあるときはそれぞれのプランの金額を示す。多様なプランがあるときは別紙による明記でも可能だが、その場合でも、最低額、最高額、標準的な額のプランは記載すること。

※11 介護費用は介護保険に係る利用料を除く。

食費が1日単位の場合は、1か月30日の場合の費用を記入するとともに、その旨記入する。

光熱水費は当該費用に含まない部分（居室等）の負担がある場合は、その旨記入する。

※12 見込まれる総ての項目名を列記すること。

※13 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。

4 サービスの内容

(1) 全体の方針

運営に関する方針	笑顔の介護をモットーに、入居者様はもちろん、スタッフも笑顔で過ごせるホームを目指しています。
サービスの提供内容に関する特色	おひとりお一人に合った介護サービスを心掛け、朝の起床時から夜お休みになるまで、そして就寝中も含め24時間体制で介助しています。
入浴、排せつ又は食事の介護	① 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	① 自ら実施 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	① 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	① 自ら実施 2 委託 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	① 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	① 自ら実施 2 委託 3 なし



(2) 介護サービスの内容

月額利用料（介護費用、光熱水費、家賃相当額を除く）に含まれるサービスの内容・頻度等	管理費	小規模修繕維持管理・フロント業務・水熱光費等	
	食費	1日3食(定食方式)・食堂内配膳	
	その他		
(介護予防)特定施設入居者生活介護による保険給付及び介護費用によりホームが提供する介護サービスの内容・頻度等	別添	介護サービス等の一覧表による	
月額利用料に含まれない実費負担の必要なサービスとその利用料	別添	介護サービス等の一覧表及び管理規程による	
一部又は全部の業務を委託する場合は委託先及び委託内容 ※14		日本給食株式会社に調理委託	
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） ※15		<p>担当者に連絡し、誠実に対応するとともに、経過を記録に残します。</p> <p>施設及び本社            施設担当者：八木温子 TEL 045-975-2073            本社：TEL 03-5225-3616</p> <p>第三者機関、行政            横浜市高齢施設課 苦情相談窓口            TEL 045-671-4117            神奈川県国民健康保険団体連合会            TEL 045-329-3400</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）		マニュアルに基づいて、応急措置・協力医療機関である横浜新緑総合病院もしくは、119番通報による他の医療機関への搬入を行うとともに、介護リーダーより家族への連絡を行います。また、事故についての検証、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="radio"/> 有	
損害賠償（対応方針及び損害保険契約の概要等）		事故が発生し、入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、損害保険等の手配を行い誠実に対応します。ただし、天災等の不可抗力は除く。	
公益社団法人全国有料老人ホーム協会及び同協会の入居者基金制度への加入状況	協会への加入	<input checked="" type="radio"/> 無・有	
	入居者基金への加入	<input checked="" type="radio"/> 無・有	
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="radio"/> 有	実施日	月3回回収
		実施内容	意見箱の設置
	<input type="radio"/> 無		
	備考		
第三者による評価の実施状況	有	実施日	
		実施内容	

	(無)	
	備考	

※14 施設の警備業務など入居者の処遇と直接関わらない業務は除く。

※15 施設の体制と併せて、神奈川県国民健康保険団体連合会や公益社団法人全国有料老人ホーム協会など、入居者が利用可能な第三者機関及び行政の担当部署の名称及び連絡先を記入。

#### 5 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	入居されている一般居室において介護します。	
入居を居住後みに替居え室る又場合は合施設	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)	医師の意見を踏まえ本人の意思を確認し、身元引受人の意見を聴いた上で他の居室へ移ることができます。 その際の費用の変更はありません。
	提携ホームへ住み替える場合(同上)	医師の意見を踏まえ本人の意思を確認し、身元引受人の意見を聴いた上で他のホームへ移ることができます。 この場合、返還金及び別途負担費用を定めのとおり精算お支払い致します。

#### 6 医療

協力医療機関(又は嘱託医)の概要及び協力内容	名称	きくな小児科皮ふ科クリニック
	診療科目	内科
	所在地	横浜市港北区篠原北2-4-5ウエストレ丸菱ビル 1階
	距離及び所要時間	18.2km 車 43分
	協力内容	往診・健診・健康指導
協力歯科医療機関(又は嘱託医)の概要及び協力内容	名称	医療法人社団 奉斗会 (法人内歯科クリニック利用可)
	診療科目	一般歯科・入れ歯・修理・往診
	所在地	東京都世田谷区深沢 8-9-12
	距離及び所要時間	18.1km 車 25分
	協力内容	一般歯科治療・入れ歯・修理・往診
協力医療機関(又は嘱託医)の概要及び協力内容	名称	医療法人一成会 たちばな台病院
	診療科目	内科・外科・脳神経外科・泌尿器科他
	所在地	横浜市青葉区たちばな台2-2-1
	距離及び所要時間	3.4km 車 8分
	協力内容	外来・入院受け入れ

	名称	横浜新緑総合病院
	診療科目	内科・外科・呼吸器内科他
	所在地	横浜市緑区十日市場 1726-7
	距離及び所要時間	4.2km 車 9分
	協力内容	外来・入院受け入れ
	名称	上野毛眼科クリニック
	診療科目	眼科・往診
	所在地	東京都世田谷区上野毛 4-23-16
	距離及び所要時間	14.8km 車 38分
	協力内容	往診
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）	ホームの協力医療機関または入居者が選択する医療機関において治療を受ける費用については、医療保険制度で支給される以外の費用は、入居者負担。入院の手続きは無料。	

7 入居状況等

( 30年 7月 1日現在)

入居者数及び定員	55人 (定員 68人)			
入居者の状況	男性	20人	女性 35人	
	自立	2人		
	要介護	49人	(内訳)	要介護1 8人
			要介護2 5人	
			要介護3 13人	
要介護4 13人				
要介護5 10人				
要支援	4人	(内訳)	要支援1 3人	
		要支援2 1人		
平均年齢	86.4歳 (男性84.3歳、女性91.3歳)			
運営懇談会の開催状況 (開催回数、設置者の役職員を除く参加者数、主な議題等)	<p>第1回：平成29年12月19日 参加者 5名 職員 1名、入居者 4名 議題：利用契約書・重要事項説明書の変更について</p> <p>第2回：平成30年6月13日 参加者5名 職員 1名、入居者 4名 議題：決算報告・事業計画・施設状況・苦情・要望等</p> <p>その後は、常時電話、手紙、来所時に家族と打ち合わせを行う。</p>			

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。

8 職員体制

(1) 職種別の職員数等

( 30年 7月1日現在)

	職員数	常勤換算後の		夜間勤務職員数 (21時～翌6時45分) (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 ( )	/		社会福祉士・介護福祉士		
	生活相談員	1 ( )					
	直接処遇職員	33 ( )			23.8		
	介護職員	30 ( 16)			21.1	3	介護福祉士・ヘルパー2級
	看護職員	3 ( 1)			2.7		看護師・准看護師
	機能訓練指導員	2 ( 1)					
	理学療法士	( )					
	作業療法士	( )					
	その他	2 ( 1)					柔道整復師・看護師
	計画作成担当者	1 ( )					介護支援専門員
	医師	( )					
	栄養士	( )					委託
	調理員	( )					委託
	事務職員	1 ( )					
	その他職員	( )					
合計	35 ( )						

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。

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。

(2) 職員の状況

	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						
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	2	1	2	2	1		1			
前年度1年間の退職者数	2	1	3							
応募した職に就いた年数を経た経	1年未満		1	2	1		1			
	1年以上		3	1				1		
	3年未満									
	3年以上		2							

	5年未満									
	5年以上 10年未満		4	1						
	10年以上	2	4	12					1	
従業者の健康診断の実施状況				① あり      2 なし						

○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事業者(介護予防特定施設入居者生活介護を含む)の指定を受けた施設のみ記入。利用者数の「前年度の平均値」及び職員数の「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)

	前々年度の平均値	前年度の平均値	今年度の平均値 ※
要支援者の人数	3.9人	3.1人	4人
要介護者の人数	53.9人	57人	51人
指定基準上の直接処遇職員の人 数 ※16	19人	20.0人	18.3人
配置している直接処遇職員の人 数 ※17	26.4人	22.7人	21.1人
要支援者・要介護者の合計数人 に対する配置直接処遇職員の人 数の割合	2.5 : 1	2.6 : 1	2.6 : 1
常勤換算方法の考え方	常勤職員の週勤務時間 40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	6 : 45	～ 15 : 30
	日勤	9 : 00	～ 18 : 00
	遅番	12 : 15	～ 21 : 00
	夜勤	21 : 00	～ 7 : 30
	看護職員 早番	:	～ :
	日勤	9 : 00	～ 18 : 00
	遅番	:	～ :
	夜勤	:	～ :

※16 常勤換算後の人数。

※17 常勤換算後の人数。自立者対応の人数を除く。

※18 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。

○介護職員の保健福祉に係る資格取得状況

社会福祉士	人 ( 人)	介護職員実務者研修修了者	1 人 ( 人)
介護福祉士	7 人 ( 1人)	介護職員初任者研修修了者	9 人 ( 人)
介護支援専門員	人 ( 人)	資格なし	7 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。

9 入居・退居等

入居者の条件（年齢、心身の状況(自立・要支援・要介護)等)	概ね65歳以上。健康な方及び日常生活で介護が必要な方		
身元引受人等の条件及び義務等	身元引受人を1人定めていただきます。身元引受人は利用料の支払いについて、入居者と連帯して責任を負うこととなります。また、入居契約が解除されたときに、入居者を引き取ることとなります。		
生活保護受給者の受入れ対応	○ 否 ・ 可		
施設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 ※19	<p>次の場合に該当し、かつ、これ以上契約の継続が社会通念上、著しく困難である場合、甲は書面にて催告を行い、90日の予告期間において本契約を解除することがあります。</p> <p>①入居契約書に虚偽の事項を記載する等不正手段により入居したとき。</p> <p>②管理費その他の費用の支払いをしばしば滞納するとき。</p> <p>③建物・付属設備又は敷地を故意又は重大な過失により破損、滅失したとき。</p> <p>④行動が甲の会社及び他の入居者の生活又は健康に重大な影響を及ぼすと甲が判断したとき。</p> <p>⑤長期入院後、施設での生活が不可能になった場合(連続的に治療、加療を要する場合など)本人又は身元引受人と協議して契約解除をいたします。</p>		
前年度における退去者の状況	退去先別の人数	自宅等	0人
		社会福祉施設	0人
		医療機関	1人
		死亡者	10人
		その他	0人
	生前解約の状況	施設側の申し出	(解約事由の例)
	入居者側の申し出	(解約事由の例) 長期入院	1人
体験入居の期間及び費用負担等	体験入居が可能 2泊3日(食事付き)まで無料 3日～7日までは、1泊6,000円		

※19 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。

10 情報開示

入居希望者等への情報開示 ※20	重要事項説明書の公開	1 公開 ( 閲覧 〇 写し交付 )	2 非公開
	入居契約書の公開	1 公開 ( 閲覧 〇 写し交付 )	2 非公開
	管理規程の公開	1 公開 ( 閲覧 〇 写し交付 )	2 非公開
	財務諸表の公開	1 公開 ( 〇 閲覧 ・ 写し交付 )	2 非公開
	事業収支計画の公開	1 公開 ( 〇 閲覧 ・ 写し交付 )	2 非公開

※20 市指針上、重要事項説明書、入居契約書及び管理規程は写し交付、その他は少なくとも  
閲覧であることに留意すること。

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）

別添3「横浜市有料老人ホーム設置運営指導指針 適合表」

契約の締結にあたり、利用料の詳細な支払い方法を含め、本有料老人ホーム重要事項説明書により説明を行いました。

年 月 日 説明者署名 \_\_\_\_\_

契約の締結に当たり、利用料の詳細な支払い方法を含め、本有料老人ホーム重要事項説明書により説明を受けました。

年 月 日 署 名 \_\_\_\_\_

## 介護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（・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	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）
<b>1. 介護サービス</b>									
①巡回									
・昼間 7時～21時	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	—	—	1 時間毎に巡回			1 時間毎に巡回		
・夜間 21時～ 7時	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	—	—	2 時間毎に巡回			2 時間毎に巡回		
②食事介助	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	—	—	食事の都度一部介助			食事の都度一部・全介助		
③排泄									
・排泄介助	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	—	—	トイレでの排泄の都度一部介助			随時 一部・全介助		
・おむつ交換	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	—	—				就寝時に装着し起床時着脱		
・おむつ代	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	—	—			実費徴収		実費徴収	
④入浴等									
・清拭	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	—	—	随時			随時		
・一般浴介助	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	—	—	週 2 回入浴時介助			週 2 回入浴時介助		
・特浴介助	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	—	—				週 2 回		
⑤身辺介助									
・体位交換	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	—	—				随時		
・居室からの移動	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	—	—	杖又は歩行器で移動介助			車椅子での移動介助		
・衣類の着脱	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	—	—	毎日朝・夜及び入浴時に一部介助			毎朝・夜及び入浴時に全面介助		
・身だしなみ介助	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	—	—	随時			随時		
⑥機能訓練	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	—	—	身体状態に応じた訓練			身体状態に応じた訓練		
⑦通院の介助	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	—	—	協力病院への通院等の付添い			協力病院への通院等の付添い		
⑧緊急時対応									
・ナースコール	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	24時間対応	—	2 4 時間対応			2 4 時間対応		
<b>2. 生活サービス</b>									
生活サポート費対応									
①家事									
・清掃	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	選択制	—	週 2 回			週 2 回		
・洗濯	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	選択制	—	週 2 回			週 2 回		
②居室配膳・下膳	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	選択制	—						
③理美容	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	—	実費	出張理容（随時）		実費	出張理容（随時）		実費
④代行									
・買物	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	選択制	—	週 1 回指定日			週 1 回指定日		
・役所手続	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	選択制	—	随時			随時		
<b>3. 健康管理サービス</b>									
・健康診断	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	—	—	年に1回			年に1回		
・健康相談	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	随時	—	随時			随時		
・生活指導	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	必要に応じ随時	—	必要に応じ随時					
・医師の往診	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	—	必要に応じ随時	<small>医療保険制度で支給される以外の費用は入居者負担</small>			<small>医療保険制度で支給される以外の費用は入居者負担</small>		
<b>4. 入退院時、入院中のサービス</b>									
・医療費	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	—	—						
・移送サービス	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	必要に応じ随時	必要に応じ随時	必要に応じ随時		必要に応じ随時	必要に応じ随時		必要に応じ随時
<b>5. その他サービス</b>									
・レクリエーション	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	週 5 日	材料費等は実費負担	週 5 日		材料費等は実費負担	週 5 日		材料費等は実費負担

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。



横浜市有料老人ホーム設置運営指導指針 適合表

(本表は、指導指針の「建物の規模及び構造設備」の主な項目について、適合の有無を確認するものです。)

No.	指針項目	設備の有無	適合・不適合	不適合となっている項目についてチェック	備考(代替措置・改善計画等)
1	居室 (一時介護室)		適合	<input type="checkbox"/> 個室ではない(相部屋がある)。 <input type="checkbox"/> 面積が13㎡以上(夫婦等居室は一人当たり10.65㎡以上)ない。 <input type="checkbox"/> 界壁で区分されていない。 <input type="checkbox"/> 地下に居室がある。 <input type="checkbox"/> 出入口が空地、廊下又は広間に直接面していない。	
2	食堂	有	適合	<input type="checkbox"/> 手指を洗浄する設備がない。	
3	浴室	有	適合	<input type="checkbox"/> 手すりがない。 <input type="checkbox"/> スロープがない。 <input type="checkbox"/> 浴槽用リフトがない。 (要介護者等を入居対象とする場合) <input type="checkbox"/> 介護浴槽(機械浴等)を設けていない。	
4	便所	有	適合	<input type="checkbox"/> 居室内未設置又は居室の近くにない。 <input type="checkbox"/> 常夜灯がない。 <input type="checkbox"/> 手すりがない。 <input type="checkbox"/> 共用使用の便所が男女別に整備されていない。	
5	洗面設備	有	適合	<input type="checkbox"/> 居室内未設置又は居室の近くにない。 <input type="checkbox"/> 車椅子使用者に対応していない。 <input type="checkbox"/> 手すり等がない。 <input type="checkbox"/> 洗剤等を保管する設備がない。	
6	医務室 (健康管理室)	有	適合	<input type="checkbox"/> 医薬品等を錠付ロッカーなどで管理していない。 (介護付有料老人ホームの場合) <input type="checkbox"/> 医務室(又は健康管理室)を設置していない。	
7	談話室	有			
8	面談室	有			
9	汚物処理室	無	不適合	<input checked="" type="checkbox"/> 居室のある階ごとに設置していない。	各階トイレ内に汚物入れのバケツを設置。一日2回収実施。
10	看護・介護職員室	有	不適合	(介護付有料老人ホームの場合) <input checked="" type="checkbox"/> 居室のある階ごとに設置していない。 <input checked="" type="checkbox"/> 談話室や廊下等を見通すことができる形状となっていない。	看護室4階、ワークルームは1階 24時間事務所に職員配置 各階モニターにて廊下確認
11	エレベーター	有	不適合	<input checked="" type="checkbox"/> ストレッチャーを収納できない。 <input type="checkbox"/> 手すり等がない。	フルリクライニング車イス使用し エレベーター乗車
12	スプリンクラー	有			
13	緊急通報装置	有	適合	(未設置箇所) <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 一時介護室 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 脱衣室 <input type="checkbox"/> 便所 <input type="checkbox"/> エレベーター	
14	廊下		不適合	<input type="checkbox"/> 廊下幅が1.8m(1.4m※)以上ない。 <input type="checkbox"/> 手すり等がない。 <input type="checkbox"/> 両側に手すりがない。 <input checked="" type="checkbox"/> 連続して手すりが設けられていない。 ※すべての居室が個室で、床面積が18㎡以上であって、かつ、居室内に便所及び洗面設備が設置されている場合は廊下の有効幅員は1.4m以上とすることができる。	歩行不安定な方は食堂の往復は手引き歩行に対応。
15	居室等の出入口		適合	<input type="checkbox"/> 引き戸やドアハンドル等を備えていない。	

その他(上記項目以外の主な指針不適合事項)

例(夜間対応職員を配置していない、前払金の保全措置を講じていない等、事業者が入居者に説明すべきと考える事項を記載してください。)

※ 代替措置、改善計画等は、別紙で明記することも可とする。