

有料老人ホーム重要事項説明書（住宅型専用）

| | | | |
|-------|-----------|---|------|
| 施設名 | ジョイライフ高島平 | | |
| 定員・室数 | 51 人 | ・ | 51 室 |

有料老人ホームの類型・表示事項

| | |
|-----------------|-----------|
| 類 型 | 住宅型 |
| サ 付 登 録 の 有 無 | 無 |
| 居 住 の 権 利 形 態 | 利用権方式 |
| 利 用 料 の 支 払 方 式 | 選択方式 |
| 入 居 時 の 要 件 | 混合型（自立含む） |
| 介 護 保 険 の 利 用 | 居宅サービス利用可 |
| 居 室 区 分 | 定員 1 人 |

1 事業主体

| | | | | |
|------------|------------------------------|---------------|------|------|
| 名 称 | 法人等の種別 | | 営利法人 | |
| | フリカゝナ | カブシカイシャジョイライフ | | |
| | 名 称 | 株式会社ジョイライフ | | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 | 102-0072 | | |
| | 東京都千代田区飯田橋四丁目10番1号 | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | 03-5225-3616 | | |
| | ファックス番号 | 03-5225-3617 | | |
| ホームページ | https://joylife-jp.com/ | | | |
| 代表者職氏名 | 役職名 | 代表取締役 | 氏名 | 西村亮二 |
| 設立年月日 | 平成12年2月14日 | | | |
| 主な事業等 | 有料老人ホーム・居宅介護支援事業所・訪問介護事業所の運営 | | | |

事業主体が東京都内で実施する介護保険制度による指定介護サービス

| 介護サービスの種類 | 箇所数 | 主な事業所の名称 | 所在地 |
|------------------------|-----|--------------------|--------------|
| ＜居宅サービス＞ | | | |
| 訪問介護 | 1 | ジョイライフ高島平ケアサービス事業部 | 板橋区新河岸3-12-9 |
| 訪問入浴介護 | なし | | |
| 訪問看護 | なし | | |
| 訪問リハビリテーション | なし | | |
| 居宅療養管理指導 | なし | | |
| 通所介護 | なし | | |
| 通所リハビリテーション | なし | | |
| 短期入所生活介護 | なし | | |
| 短期入所療養介護 | なし | | |
| 特定施設入居者生活介護 | 1 | ジョイライフ光が丘 | 練馬区旭町2-21-11 |
| 福祉用具貸与 | なし | | |
| 特定福祉用具販売 | なし | | |
| ＜地域密着型サービス＞ | | | |
| 定期巡回・随時訪問介護・看護 | なし | | |
| 夜間対応型訪問介護 | なし | | |
| 地域密着型通所介護 | なし | | |
| 認知症対応型通所介護 | なし | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | なし | | |
| 認知症対応型共同生活介護 | なし | | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | なし | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | なし | | |
| 複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護） | なし | | |
| 居宅介護支援 | 1 | ジョイライフ高島平ケアサービス事業部 | 板橋区新河岸3-12-9 |

| | | | |
|-------------------|----------------------------------|---------------|--------|
| <居宅介護予防サービス> | | | |
| 介護予防訪問入浴介護 | なし | | |
| 介護予防訪問看護 | なし | | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | なし | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | なし | | |
| 介護予防通所リハビリテーション | なし | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | なし | | |
| 介護予防短期入所療養介護 | なし | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | なし | | |
| 介護予防福祉用具貸与 | なし | | |
| 介護予防特定福祉用具販売 | なし | | |
| <地域密着型介護予防サービス> | | | |
| 介護予防認知症対応型通所介護 | なし | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | なし | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | なし | | |
| 介護予防支援 | なし | | |
| <介護保険施設> | | | |
| 介護老人福祉施設 | なし | | |
| 介護老人保健施設 | なし | | |
| 介護療養型医療施設 | なし | | |
| 介護医療院 | なし | | |
| 2 事業所概要 | | | |
| 名 称 | フリカ`ナ | ジョイライフタカシマダイラ | |
| | 名 称 | ジョイライフ高島平 | |
| 所 在 地 | 〒 175-0081 | | |
| | 東京都板橋区新河岸3-12-9 | | |
| 連 絡 先 | 電 話 番 号 | 03-5967-3833 | |
| | ファックス番号 | 03-5967-3834 | |
| ホ ー ム ペ ー ジ | https://joylife-jp.com/pages/13/ | | |
| 管 理 者 職 氏 名 | 役職名 | 施設長 | 氏名 土田大 |
| 事 業 開 始 年 月 日 | 平 成 23 年 11 月 1 日 | | |
| 届 出 年 月 日 | 平 成 23 年 7 月 22 日 | | |
| 届 出 上 の 開 設 年 月 日 | 平 成 23 年 11 月 1 日 | | |
| 事 業 所 へ の ア ク セ ス | 都営地下鉄三田線「新高島平」駅 徒歩10分 | | |

| 施設・設備等の状況 | | | | | | | | | |
|---------------|-----------|-------|------|------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------|------------|--|
| 敷 地 | 権利形態 | | | — | 抵当権 | なし | | | |
| | 面 積 | | | 840 m ² | | | | | |
| 建 物 | 権利形態 | | | 賃貸借 | 抵当権 | なし | | | |
| | 延床面積 | | | 1673.14 m ² | うち有料老人ホーム分 1658.58 m ² | | | | |
| | 竣工日 | | | 平成 4 年 1 月 10 日 | | | | | |
| | 階 数 | | | 地上 5 階 | | 地下 1 階 | | | |
| | | | | うち有料老人ホーム分 地上 5 階 | | 地下 1 階 | | | |
| | 構造 | 耐火建築物 | | | 建築物用途区分 | | 有料老人ホーム | | |
| | 併設施設等 | あり | | | (ジョイライフ高島平ケアサービス事業部) | | | | |
| 賃貸借契約の概要 | 建物 | | 契約期間 | | 平成23年6月28日 | | ～ | 令和13年6月27日 | |
| | | | 自動更新 | | あり | | | | |
| 居 室 | 階 | 定員 | 室数 | 面積 | | | | | |
| | 2階 | 1人 | 14 | 13 m ² | | ～ | 14.36 m ² | | |
| | 3階 | 1人 | 14 | 13 m ² | | ～ | 14.36 m ² | | |
| | 4階 | 1人 | 14 | 13 m ² | | ～ | 14.36 m ² | | |
| | 5階 | 1人 | 9 | 13.35 m ² | | ～ | 19.5 m ² | | |
| | | | | m ² | | ～ | m ² | | |
| 一 時 介 護 室 | 階 | 定員 | 室数 | 面積 | | | | | |
| | | | | m ² | | ～ | m ² | | |
| | | | | m ² | | ～ | m ² | | |
| 居 室 内 の 設 備 等 | 便 所 | | | 全室あり | | | | | |
| | 洗 面 | | | 全室あり | | | | | |
| | 浴 室 | | | なし | | | | | |
| | 冷暖房設備 | | | 全室あり | | | | | |
| | 電話回線 | | | なし | | () | | | |
| | テレビアンテナ端子 | | | 全室あり | | (設置各自、放送契約と料金負担も各自) | | | |
| | | | | | | | | | |

| | | | | | |
|-------------|--------------|--------------|------------|-------------|--------|
| 共 同 便 所 | 1 箇所 | | (男女共用) | | |
| 共 同 浴 室 | 個浴： 1 | | 大浴槽： 0 | | 機械浴： 2 |
| | 併設施設との共用 | | なし () | | |
| 食 堂 | 兼用 | あり (機能訓練室) | | | |
| | 併設施設との共用 | | なし () | | |
| その他の共用施設 | なし () | | | | |
| エ レ ベ ー タ ー | あり 1 基 | | | | |
| 消 防 設 備 | 自動火災報知設備： あり | | 火災通報装置： あり | スプリンクラー： あり | |
| 緊 急 呼 出 装 置 | 居室： あり | 便所： あり | 浴室： あり | 脱衣室： あり | |

3 従業者に関する事項

職種別の従業者の人数及びその勤務形態

① 有料老人ホームの職員の人数及びその勤務形態

| 職種 | 実人数 | 常勤 | | 非常勤 | | 合計 | 常勤換算 人数 | 兼務状況 等 |
|-----------|-----|----|-----|-----|-----|-----|------------|------------|
| | | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | | |
| 管理者（施設長） | | | 1 | | | 1人 | 0.5 | 訪問介護管理者 |
| 生活相談員 | | | | | | 0人 | | |
| 看護職員：直接雇用 | | | | | 1 | 1人 | 0.1 | 併設訪問介護職員兼務 |
| 看護職員：派遣 | | | | | 0人 | 0人 | | |
| 介護職員：直接雇用 | | | 8 | | 2 | 10人 | 3.5 | 併設訪問介護職員兼務 |
| 介護職員：派遣 | | | | | 1 | 1人 | | |
| 機能訓練指導員 | | | | | | 0人 | | |
| 計画作成担当者 | | | | | | 0人 | | |
| 栄養士 | | | | | | 0人 | | (株)カメイ委託 |
| 調理員 | 2 | | | | | 2人 | | |
| 事務員 | 1 | | | | | 1人 | 1.0 | |
| その他従業者 | | | | 1 | | 1人 | 0.6 | クリーンスタッフ |

② 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 32 時間

③-1 介護職員の資格

| 資格 | 延べ 人数 | 常勤 | | 非常勤 | |
|--------------|----------|----|-----|-----|-----|
| | | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 |
| 介護福祉士 | | | 5 | | 1 |
| 実務者研修 | | | 1 | | |
| 介護職員初任者研修 | | | 2 | | 2 |
| 介護支援専門員 | | | | | |
| たん吸引等研修（不特定） | | | | | |
| たん吸引等研修（特定） | | | | | |
| 資格なし | | | | | |

③-2 機能訓練指導員の資格

| 資格 | 延べ 人数 | 常勤 | | 非常勤 | |
|-------------|----------|----|-----|-----|-----|
| | | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 |
| 理学療法士 | | | | | |
| 作業療法士 | | | | | |
| 言語聴覚士 | | | | | |
| 看護師又は准看護師 | | | | | 1 |
| 柔道整復師 | | | | | |
| あん摩マッサージ指圧師 | | | | | |
| はり師又はきゅう師 | | | | | |

③-3 管理者（施設長）の資格 介護福祉士

④ 夜勤・宿直体制

| | |
|----------------|-----------------------|
| 配置職員数が最も少ない時間帯 | 21 時 0 分～ 6 時 45 分 |
| 上記時間帯の職員配置数 | 介護職員 2 人以上 看護職員 0 人以上 |

| 従業者の職種別・勤続年数別人数（本事業所における勤続年数） | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|----|------|-----|------|-----|-------|-----|---------|-----|---------|-----|
| 勤続年数 | 職種 | 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 |
| 1年未満 | | | | 5 | 1 | | | | | | |
| 1年以上3年未満 | | | | 0 | 1 | | | | | | |
| 3年以上5年未満 | | | | 2 | 0 | | | | | | |
| 5年以上10年未満 | | | | 1 | 0 | | | | | | |
| 10年以上 | | | 1 | 0 | 1 | | | | | | |
| 合計 | | 0 | 1 | 8 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

4 サービスの内容

| | | |
|-----------------------------|--------------------------|--|
| 提供するサービス | | |
| 食事の提供サービス | | あり（直営） |
| 食事介助サービス | | あり |
| 入浴介助サービス | | あり |
| 排せつ介助サービス | | あり |
| 口腔衛生管理サービス | | あり |
| 居室の清掃・洗濯サービス等家事援助サービス | | あり |
| 相談対応サービス | | あり |
| 健康管理サービス（定期的な健康診断実施） | | あり |
| 服薬管理サービス | | あり |
| 金銭管理サービス | | なし |
| 定期的な安否確認の方法 | 訪問介護による巡回・概ね3時間毎 | |
| 施設で対応できる医療的ケアの内容 | 施設の看護師による在宅酸素の管理と尿バルーン対応 | |
| 医療機関との連携・協力 | | |
| 協力医療機関(1) | 名称 | 高島平中央総合病院 |
| | 所在地 | 東京都板橋区高島平1丁目69番8号（施設より、車5分） |
| | 協力の内容 | 診療科目【内科・外科・整形外科・泌尿器科・脳神経外科】緊急時の対応。診察の為に医師派遣。日常の健康診断・看護指導。他の医療機関に入院を要する場合の紹介。 |
| 協力医療機関(2) | 名称 | ねりま西クリニック 訪問診療（施設より、車20分） |
| | 所在地 | 東京都練馬区大泉町3-2-9 |
| | 協力の内容 | 緊急時の対応。訪問診療。日常の健康診断・看護指導。他の医療機関に入院を要する場合の紹介。 |
| 新興感染症発生時に連携する医療機関 | 有無 | あり |
| | 名称 | ねりま西クリニック 訪問診療 |
| | 所在地 | 東京都練馬区大泉町3-2-9 |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | せきね歯科クリニック 訪問診療（施設より、車15分） |
| | 所在地 | 埼玉県川口市西川口6-7-2 |
| | 協力の内容 | 訪問歯科診療。一般歯科治療、矯正、入れ歯調整。 |
| 利用者の個別的な選択によるサービス提供 | | あり |
| 運営懇談会の開催 | | あり（年2回予定） |
| 入居者の人数が少ないなどのため実施しない場合の代替措置 | | 希望者に資料配布 |
| 自費によるショートステイ事業 | | なし |
| 入居に当たっての留意事項 | | |
| 入居の条件 | 年齢 | 概ね60歳以上 |
| | 要介護度 | 要介護度による区別なし |
| | 医療的ケア | 面談により判断します |
| | 認知症 | 面談により判断します |
| | その他 | なし |

| | | |
|---------------------|--|--|
| 身元引受人等の条件、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になります。また、入居契約が解除された時に、入居者を引き取るようになります。 | |
| 体験入居 | 利用期間 | 2泊3日まで無料（食事付）、最大1週間 |
| | 利用料金 | 3日～7日までは、1泊8,000円 |
| | その他 | なし |
| 入院時の契約の取扱い | 入院中は家賃・管理費は発生しますが、食事代（食材費）・介護保険自己負担分（10%、20%又は30%）はかかりません | |
| 高齢者虐待防止のための取組の状況 | 指針の整備 | あり |
| | 虐待防止対策検討委員会の定期的な開催 | （年 2 回） |
| | 定期的な研修の実施 | （年 2 回） |
| | 担当者の役職名 | 施設長 |
| 身体的拘束等の適正化のための取組の状況 | 指針の整備 | あり |
| | 身体的拘束等適正化検討委員会の開催 | （年 4 回） |
| | 定期的な研修の実施 | （年 2 回） |
| | 緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為（身体的拘束等）を行うこと | あり |
| | 身体的拘束を行う場合の様態及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録 | あり |
| | やむを得ず身体拘束を行う場合の手続 | 介護サービスの提供に当たっては、入居者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入居者の行動の制限は行いません。但し、緊急やむを得ず身体拘束を行う場合は、家族・医師・施設長・ケアマネ等が集まり、家族等に状況を説明します。あらかじめ非代替性、一時性、切迫性の3つの要件についてそれぞれ検討の上、どういった形の方法で拘束したいかは説明の上話し合い、ご家族に署名捺印をいただいた上で行います。また、拘束の実施に当たっては、その態様及び時間その際の入居者の心身状況、緊急やむを得なかった理由を記録し、その経過及び結果を記録するとともに家族等に説明します。毎日の状況の経過観察の中で、状態が良くなった時点での拘束の解除については上記と同様、相談・話し合いの上決定します。なお、ご家族等の要求がある場合及び監督機関等の指示等がある場合には、これを開示します。 |
| 業務継続計画の策定状況等 | 感染症に関する業務継続計画 | あり |
| | 災害に関する業務継続計画 | あり |
| | 職員に対する周知の実施 | あり |
| | 定期的な研修の実施 | （年 1 回） |
| | 定期的な訓練の実施 | （年 1 回） |
| | 定期的な業務継続計画の見直し | あり |
| 事業者からの契約解除 | <p>以下の場合に該当し、かつ、これ以上契約の継続が社会通念上、著しく困難な場合、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。①入居契約書に虚偽の事項を記載する等不正行為手段により入居した時。②管理費その他の費用の支払いをしばしば滞納する時。③建物・付属設備又は敷地を故意又は重大な過失により汚損・破損又は滅失した時。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時。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をして契約の解除をいたします。⑥本件建物が地震、火事等による消滅、消失又は大破した場合。 ※契約解除の通告に先立ち弁明の機会を設けるとともに、契約解除通告の予告期間中移転先の確保について協力します。 ※上記④の場合には主治医の意見を聴くとともに、一定の観察期間を設ける。入居者の方が契約を解除しようとするときは、30日以上 の 予告期間が必要 です。</p> | |

| | | | |
|-------------------------------|-------------|----------------------------|-------|
| 要介護時における居室の住み替えに関する事項 | | | |
| 一時介護室への移動 | | なし | |
| | 判断基準・手続 | | |
| | 利用料金の変更 | | |
| | 前払金の調整 | | |
| | 従前居室との仕様の変更 | | |
| その他の居室への移動 | | なし | |
| | 判断基準・手続 | | |
| | 利用料金の変更 | | |
| | 前払金の調整 | | |
| | 従前居室との仕様の変更 | | |
| 提携ホーム等への転居 | | なし | |
| | 判断基準・手続 | | |
| | 利用料金の変更 | | |
| | 前払金の調整 | | |
| | 従前居室との仕様の変更 | | |
| 苦情対応窓口 | | | |
| 窓口の名称 1 | | 苦情相談室（ジョイライフ高島平） | |
| | 電話番号 | 03-5967-3833 | |
| | 対応時間 | 9時 ～ 18時 （ 毎日 ） | |
| 窓口の名称 2 | | 東京都国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口 | |
| | 電話番号 | 03-6238-0177 | |
| | 対応時間 | 9時 ～ 17時 （ 平日 ） | |
| 窓口の名称 3 | | 板橋区介護保険苦情相談室 | |
| | 電話番号 | 03-3579-2079 | |
| | 対応時間 | 9時 ～ 17時 （ 平日 ） | |
| 賠償責任保険の加入 | | あり 保険の名称： 東京海上日動火災保険賠償責任保険 | |
| 利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等 | | | |
| 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 | | | あり |
| 東京都福祉サービス第三者評価の実施 | | なし | 結果の公表 |
| その他機関による第三者評価の実施 | | なし | 結果の公表 |

5 入居者

| 介護度別・年齢別入居者数 | | 平均年齢：87.5 歳 | | | 入居者数合計：30 人 | | | | |
|-----------------|-----|-------------|-------|-------|-------------|-------|-------|-------|-------|
| 年齢 \ 介護度 | 介護度 | 自立 | 要支援 1 | 要支援 2 | 要介護 1 | 要介護 2 | 要介護 3 | 要介護 4 | 要介護 5 |
| 6 5 歳未満 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 6 5 歳以上 7 5 歳未満 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 7 5 歳以上 8 5 歳未満 | | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 3 | 3 |
| 8 5 歳以上 | | 0 | 0 | 1 | 1 | 4 | 5 | 8 | 3 |
| 合計 | | 0 | 0 | 1 | 2 | 4 | 6 | 11 | 6 |

入居継続期間別入居者数

| 入居期間 | 6月未満 | 6月以上1年未満 | 1年以上5年未満 | 5年以上10年未満 | 10年以上15年未満 | 15年以上 | 合計 |
|------|------|----------|----------|-----------|------------|-------|----|
| 入居者数 | 5 | 2 | 18 | 2 | 3 | 0 | 30 |

男女別入居者数 男性： 6 人 女性： 24 人

入居率（一時的に不在となっている者を含む。） 59 % （定員に対する入居者数）

直近1年間に退去した者の人数と理由

| 理由 | 人数 | 理由 | 人数 |
|------------------------|----|--------------------|----|
| 自宅・家族同居 | 0 | その他の福祉施設・高齢者住宅等へ転居 | 1 |
| 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）へ転居 | 3 | 医療機関への入院 | 1 |
| 介護老人保健施設へ転居 | 0 | 死亡 | 4 |
| 介護療養型医療施設へ転居 | 0 | その他 | 0 |
| 他の有料老人ホームへ転居 | 1 | 退去者数合計 | 10 |

6 利用料金

| | |
|----------|----------------------------------|
| 入居準備費用 | なし 円 |
| 明内細訳 | |
| 支払日・支払方法 | |
| 解約時の返還 | |
| 敷金 | なし |
| 金額 | 円 ※退去時に滞納家賃及び居室の原状回復費用を除き全額返還する。 |

家賃及びサービスの対価

| プランの名称 | 前払金 | 月額利用料 | (内訳) | | | | |
|------------|------------|--|--------|--------|------|--------|--------|
| | | | 家賃 | 管理費 | 介護費用 | 食費 | 光熱水費 |
| A前払家賃250万円 | 2,500,000円 | 145,773円 | 22,333 | 62,000 | 0 | 61,440 | 管理費に含む |
| B入居金0円 | 0円 | 187,440円 | 64,000 | 62,000 | 0 | 61,440 | 管理費に含む |
| Cプラン（部屋指定） | 0円 | 125,000円 | 53,700 | 11,360 | 0 | 59,940 | 管理費に含む |
| | | 0円 | | | | | |
| 各料金の内訳・明細 | 前払金 | 月額単価（41,667 円）×想定居住期間（ 60ヶ月 ） により算出 | | | | | |
| | | （月額単価の説明） | | | | | |
| | | 前払家賃「あり」と「なし」の場合の家賃差額分 | | | | | |
| | 家賃 | （想定居住期間の説明） 弊社平均入居月数と厚生労働所の居住継続率がおおむね50%になる期間を勘案すると、4年と算出されましたが、入居者の利益を優先して5年（60ヶ月）としました。想定居住期間を超えて契約が継続するリスクに備えて有料老人ホーム設置者が受領できる額は、受領いたしません。 | | | | | |
| | | 周辺地域の同種賃貸マンションの家賃を考慮し決定 | | | | | |
| 各料金の内訳・明細 | 管理費 | 入居者の水道光熱費・共有部分の水道光熱費、エレベーターの維持管理費等 | | | | | |
| | 介護費用 | なし ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 | | | | | |
| | 食費 | 朝食 648 円・昼食 700 円・夕食 700 円 間食 1,000 円 1日当たり 2,048 円 × 30日で積算 厨房管理運営費 円など （食事をキャンセルする場合の取扱いについて） 欠食の場合は、24時間前に申し出が必要。その際の返金は材料費 1食263円を返還 | | | | | |

| | | |
|--|------|--------|
| | 光熱水費 | 管理費に含む |
|--|------|--------|

| | | |
|-----------------------|--|--|
| 前払金の取扱い | | |
| 支払日・支払方法 | 前払金は、入居前に銀行振込にて支払う事とする | |
| 償却開始日 | 入居日 | |
| 返還対象とし ない額 | なし | |
| | 位置づけ | |
| 契約終了時の返還金の算定方式 | 返還金＝前払家賃－（１ヶ月分の家賃の前払額÷３０日）×入居日から起算して契約が解除等された日までの日数　＊原状回復費を差し引く場合があります | |
| 短期解約（死亡退去含む）の返還金の算定方式 | 期間：３か月　　　　　　　　　起算日：入居した日 | |
| | 前払金の全額を返還、Ｂプランを日割り計算にて算定します。 | |
| 返還期限 | 契約終了日から　　　　　　６０日以内 | |
| 保全措置 | あり　　　保全先：株式会社朝日信託 | |
| その他留意事項 | なし | |

| | | |
|--------------------------------------|---|--|
| 月額利用料の取扱い | | |
| 支払日・支払方法 | 毎月の利用費（家賃・管理費・食費）は翌月分を20日までに支払うものとします。支払方法は銀行振込とします（応相談）。 | |
| その他留意事項 | なし | |
| 利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料 | 一部有料（サービスごとの料金は一覧表のとおり） | |
| 料金改定の手続 | | |
| 人件費・物価の変動等に基づき、運営懇談会において2年に1回見直しを計る。 | | |

| | | | |
|---|-------------|--------------------------|---------|
| 【料金プランの一例】 | | 最も一般的・標準的なプランについて記入すること。 | |
| プランの名称 | A 前払家賃250万円 | | |
| 単位：円 | | | |
| 入居準備費用 | 敷金 | 前払金 | 月額利用料 |
| 0 | 0 | 2,500,000 | 145,773 |
| ※利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料及び介護保険サービスの自己負担額は含まない。 | | | |

| | | | |
|-------------------|----------|---------|---------|
| 7 入居希望者等への事前の情報開示 | | | |
| 入居契約書の雛形 | 入居希望者に公開 | 財務諸表の要旨 | 公開していない |
| 管 理 規 程 | 入居希望者に公開 | 財務諸表の原本 | 公開していない |
| 事業収支計画書 | 入居希望者に公開 | その他開示情報 | なし |

添付書類： 介護サービス等の一覧表
東京都有料老人ホーム設置運営指導指針との適合表

| | |
|--|---|
| <p>重要事項説明書及び一覧表・適合表の各項目について説明を受け、理解しました。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>署名 _____</p> | <p>説明年月日 年 月 日</p> <p>説明者職・氏名 _____</p> <p>職 _____</p> <p>署名 _____</p> |
|--|---|

介護サービス等の一覧表（参考様式）

| 区分 サービス | （自 立） | | （要支援、要介護Ⅰ～Ⅴ区分） | |
|---------------|---------------------------------|----------------------|---|--|
| | 追加料金が発生しない（前払金又は月額利用料に含む）サービスに○ | その都度徴収するサービス（料金を表示） | 追加料金が発生しないもの 特定施設入居者生活介護のサービスに■ 前払金又は月額利用料に含むサービスに○ | その都度徴収するサービス（料金を表示） 住宅型有料老人ホームにおいて外部の居宅サービス利用を原則とするサービスに▲ |
| <介護サービス> | | | | |
| 巡回 日中 | | 生活サポート費に含む | | ▲ |
| 巡回 夜間 | | 生活サポート費に含む | | ▲ |
| 食事介助 | | | | ▲ |
| 排泄介助 | | | | ▲ |
| おむつ交換 | | | | ▲ |
| おむつ代 | | 実費 | | 実費 |
| 入浴（一般浴）介助 | | | | ▲ |
| 清拭 | | | | ▲ |
| 特浴介助 | | | | ▲ |
| 身辺介助 | | | | ▲ |
| ・体位交換 | | | | ▲ |
| ・居室からの移動 | | | | ▲ |
| ・衣類の着脱 | | | | ▲ |
| ・身だしなみ介助 | | | | ▲ |
| 口腔衛生管理 | | | | ▲ |
| 機能訓練 | | 訪問マッサージも利用可 | | ▲ |
| 通院介助（協力医療機関） | | 生活サポート費に含む | ○ | |
| 通院介助（上記以外） | | 1時間2200円 | | 1時間2200円 |
| 緊急時対応 | ○ | | ○ | |
| オンコール対応 | ○ | | ○ | |
| <生活サービス> | | | | |
| 居室清掃 | | 生活サポート費に含む | ○ | |
| リネン交換 | | 生活サポート費に含む | ○ | |
| 日常の洗濯 | | 生活サポート費に含む | ○ | |
| 居室配膳・下膳 | なし | | | ▲ |
| 嗜好に応じた特別食 | なし | | | なし |
| おやつ | | 1000円/月 | | ○1000円/月 |
| 理美容 | | 実費 | | ○実費 |
| 買物代行（通常の利用区域） | | 状況に応じて徴収する場合がある（応相談） | | ▲ |
| 買物代行（上記以外の区域） | | 状況に応じて徴収する場合がある（応相談） | | 状況に応じて徴収する場合がある（応相談） |
| 役所手続き代行 | | 状況に応じて徴収する場合がある（応相談） | | 状況に応じて徴収する場合がある（応相談） |
| 金銭管理サービス | | 状況に応じて徴収する場合がある（応相談） | | 状況に応じて徴収する場合がある（応相談） |

| <div> <div>区分</div> <div>サービス</div> </div> | (自 立) | | (要支援、要介護Ⅰ～Ⅴ区分) | |
|--|---------------------------------|---------------------|---|---------------------------------------|
| | 追加料金が発生しない(前払金又は月額利用料に含む)サービスに○ | その都度徴収するサービス(料金を表示) | 追加料金が発生しないもの | その都度徴収するサービス(料金を表示) |
| | | | 特定施設入居者生活介護のサービスに■ 前払金又は月額利用料に含むサービスに○ | 住宅型有料老人ホームにおいて外部の居宅サービス利用を原則とするサービスに▲ |
| <健康管理サービス> | | | | |
| 定期健康診断 | | 実費 | | 実費 |
| 健康相談 | ○ | | ○ | |
| 生活指導・栄養指導 | ○ | | ○ | |
| 服薬支援 | ○ | | ○ | |
| 生活リズムの記録(排便・睡眠等) | ○ | | ○ | |
| 医師の訪問診療 | | 実費 | | 実費 |
| 医師の往診 | | 実費 | | 実費 |
| <入退院時、入院中のサービス> | | | | |
| 移送サービス | | 1時間2200円 | | 1時間2200円 |
| 入退院時の同行(協力医療機関) | ○ | | ○ | |
| 入退院時の同行(上記以外) | | 1時間2200円 | | 1時間2200円 |
| 入院中の洗濯物交換・買物 | なし | | なし | |
| 入院中の見舞い訪問 | なし | | なし | |
| <その他サービス> | | | | |

基準日:令和7年7月1日

施設名:ジョイライフ高島平

東京都有料老人ホーム設置運営指導指針との適合表

| 指針項目 | | 該当に○ | | | 備考 |
|---------------------------|---|---------|---|---------|------------------------------|
| 安定的・継続的な居住の確保のための項目 | | | | | |
| 1 | 有料老人ホーム事業の継続を制限する恐れのある抵当権が設定されていないか。 | ○ 適合 | ・ | 不 適合 | |
| 2 | 借地・借家の場合、入居者の居住の継続を確実にものとするため、指針4(3)から(5)までに定めるすべての要件を満たしているか。 | ○ 適合 | ・ | 不 適合 | ・ 非 該当 |
| 緊急時の安全確保のための項目 | | | | | |
| 3 | 有料老人ホーム(児童福祉施設等)の建物として建築基準法第7条第5項に規定する検査済証が交付されているか。 | ○ 適合 | ・ | 不 適合 | |
| 4 | 耐火建築物又は準耐火建築物であるか。 | ○ 適合 | ・ | 不 適合 | |
| 5 | 各居室・各トイレ・浴室・脱衣室のすべてにナースコール等緊急呼出装置を設置しているか。 | ○ 適合 | ・ | 不 適合 | |
| 6 | 【収容人員(従業員含む。)10人以上の施設】消防署に届け出た消防計画に基づき避難訓練を実施しているか。 | ○ 適合 | ・ | 不 適合 | ・ 非 該当 |
| 7 | 消防法施行令に定める消防用設備(スプリンクラー設備等)を設置し、消防機関の検査を受けているか。 | ○ 適合 | ・ | 不 適合 | |
| 入居者の尊厳を守り、心身の健康を保持するための項目 | | | | | |
| 8 | 各居室は界壁により区分されているか。 | ○ 適合 | ・ | 不 適合 | |
| 9 | 各居室の入居者1人当たりの面積は壁芯13㎡以上(既存の建築物を転用した場合等で必要な要件を満たした場合は7.43㎡以上)であるか。 | ○ 適合 | ・ | 不 適合 | |
| 10 | すべての居室の定員が1人又は2人(配偶者及び3親等以内の親族を対象)であるか。 | ○ 適合 | ・ | 不 適合 | |
| 11 | 入居時及び定期的に健康診断を受ける機会を提供しているか。 | ○ 適合 | ・ | 不 適合 | |
| 12 | 緊急時にやむを得ず身体拘束等を行う場合は、記録を作成することが決められているか。 | ○ 適合 | ・ | 不 適合 | |
| 入居者の財産を保全するための項目 | | | | | |
| 13 | 前払金について、規定された保全措置を講じているか。 | ○ 適合 | ・ | 不 適合 | ・ 非 該当 保全先:株式会社朝日信託 |
| 14 | 前払金について、全額を返還対象としているか。(初期償却0の場合のみ「適」とする。) | ○ 適合 | ・ | 不 適合 | ・ 非 該当 初期償却率: % |
| 15 | 入居した日から3か月以内の契約解除(死亡退去含む)の場合については、既受領の前払金の全額(実費を除く。)を利用者に返還することが定められているか。 | ○ 適合 | ・ | 不 適合 | ・ 非 該当 |

※ 開設日前にあっては見込みで記入し、実際の状況については備考欄に記入すること。

※ 不適合の項目については、その具体的な状況、指針適合に向け検討している内容及び改善の期限を原則として

明記し、代替措置がある場合はその内容についても記入すること。