

重要事項説明書（情報公表システム取込様式）

Ver 1.0

| | |
|-----------|----------------|
| 記入年月日 | 2024 年 7 月 1 日 |
| 記入者名 | 関 あき子 |
| 所属・職名 | 施設長 |
| 取込種別 | |
| 被災確認事業所番号 | |

1 事業主体概要

| | | |
|------------|---------------------------|--------------------------------|
| 種類 | 2 法人 | |
| | ※法人の場合、その種類 | 1 社会福祉法人（社協以外） |
| 名称 | (ふりがな) しかいかいふくしほうじんとうようかい | |
| | 社会福祉法人東洋会 | |
| 法人番号 | 法人番号有無 | 1 有 |
| | 法人番号 | 8021005005768 |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 250 - 0045 | |
| | 神奈川県小田原市城山二丁目3番地46号TSビル4階 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 0465 - 66 - 5882 |
| | FAX番号 | 0465 - 66 - 5888 |
| | メールアドレス | @ |
| | ホームページ有無 | 1 有 |
| | ホームページアドレス | http:// www.sakimura-group.com |
| 代表者 | 氏名 | 崎村 俊裕 |
| | 職名 | 理事長 |
| 設立年月日 | 1997 年 3 月 5 日 | |
| 主な実施事業 | ※別添1（別を実施する介護サービス一覧表） | |

2 有料老人ホーム事業の概要

(住まいの概要)

| | | | | | | |
|---------------|--------------------|---|----------------------------|-------------|---|------|
| 名称 | (ふりがな) | かいごつきゆうりょうろうじんほ一む じょいあすしろやま | | | | |
| | | 介護付有料老人ホーム ジョイアス城山 | | | | |
| 所在地 | 〒 | 250 | - | 0045 | | |
| | 神奈川県小田原市城山二丁目一番地9号 | | | | | |
| 所在地 (建物名等) | ジョイアス城山 | | | | | |
| 市区町村コード | 都道府県 | 神奈川県 | 市区町村 | 142069 小田原市 | | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | 小田原 駅 | | | | |
| | 交通手段と所要時間 | JR新幹線・東海道線・小田急電鉄・ 伊豆箱根鉄道・箱根登山鉄道 「小田原駅」下車 西口徒歩3分 | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | 0465 | - | 32 | - | 1020 |
| | FAX番号 | 0465 | - | 32 | - | 1021 |
| | メールアドレス | toyo-j @ sakimura-group.co | | | | |
| | ホームページ有無 | 1 有 | | | | |
| | ホームページアドレス | http:// | www.joyous-shiroyama.or.jp | | | |
| 管理者 | 氏名 | 関 あき子 | | | | |
| | 職名 | 施設長 | | | | |
| 建物の竣工日 | | 2005 | 年 | 3 | 月 | 31 日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 2005 | 年 | 4 | 月 | 1 日 |

(類型) 【表示事項】

| | | | | | |
|--------------------|------------------------------|------------|---|---|--------|
| 類型 | 1 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合） | | | | |
| 1 又は 2 に該当する 場合 | 介護保険事業者番号 | 1472300993 | | | |
| | 指定した自治体名 | 神奈川県 | | | |
| | 事業所の指定日 | 2005 | 年 | 4 | 月 1 日 |
| | 指定の更新日（直近） | 2023 | 年 | 3 | 月 30 日 |

3 建物概要

| | | | | | |
|---------|------|---|------------------------|-----------------|--|
| 土地 | 敷地面積 | 652.51 | m ² | | |
| | 所有関係 | 2 事業者が賃借する土地の場合 | | | |
| | | 賃貸の種別 | 1 普通貸借 | | |
| | | 抵当権の有無 | 2 なし | | |
| | | 契約期間 | 1 あり | | |
| | | | 開始 | 2005 年 4 月 1 日 | |
| | | | 終了 | 2035 年 3 月 31 日 | |
| 契約の自動更新 | 1 あり | | | | |
| 建物 | 延床面積 | 全体 | 2840.3 m ² | | |
| | | うち、老人ホーム部分 | 2197.53 m ² | | |
| | 耐火構造 | 1 耐火建築物 | | | |
| | | 3 その他の場合 鉄筋造一部鉄筋コンクリート造 地下1階 地上5階建 (内、1階は崎村調理師専門学校と共有。境界あり。 居室は2～4階部分) | | | |
| | 構造 | 4 その他 | | | |
| | | 4 その他の場合 鉄筋造一部鉄筋コンクリート造 地下1階 地上5階建 (内、1階は崎村調理師専門学校と共有。境界あり。 居室は2～4階部分) | | | |

| | | | | | | | |
|-------|----------------|-----------------|----------------------|----------------------|----------|----------|---|
| | 所有関係 | 2 事業者が賃借する建物 | | | | | |
| | | 2 事業者が賃借する建物の場合 | | | | | |
| | | 賃貸の種別 | | 1 普通貸借 | | | |
| | | 抵当権の有無 | | 2 なし | | | |
| | | 契約期間 | | 1 あり | | | |
| | | | | 開始 | | | |
| | | | | 2005 | 年 | 4 | 月 |
| | | 契約の自動更新 | | 終了 | | | |
| 2035 | 年 | | | 3 | 月 | 31 | 日 |
| 居室の状況 | 居室区分 【表示事項】 | 1 全室個室（縁故者個室含む） | | | | | |
| | | 2 相部屋ありの場合 | | | | | |
| | | 最少 | | 1 人部屋 | | | |
| | 最大 | | 1 人部屋 | | | | |
| | | トイレ | 浴室 | 面積 | 戸数・室数 | 区分 | |
| | タイプ1 | 1 有 | 2 無 | 13.2 m ² | 10 | 3 介護居室個室 | |
| | タイプ2 | 1 有 | 2 無 | 13.23 m ² | 11 | 3 介護居室個室 | |
| | タイプ3 | 1 有 | 2 無 | 13.75 m ² | 9 | 3 介護居室個室 | |
| | タイプ4 | 1 有 | 2 無 | 14.3 m ² | 13 | 3 介護居室個室 | |
| | タイプ5 | 1 有 | 2 無 | 15.11 m ² | 6 | 3 介護居室個室 | |
| | タイプ6 | 1 有 | 2 無 | 16.05 m ² | 4 | 3 介護居室個室 | |
| タイプ7 | 1 有 | 2 無 | 17.69 m ² | 2 | 3 介護居室個室 | | |
| タイプ8 | 1 有 | 2 無 | 21.8 m ² | 2 | 3 介護居室個室 | | |
| タイプ9 | | | m ² | | | | |
| タイプ10 | | | m ² | | | | |

| | | | | | | |
|---------|------------------|----------------|---------|-----------------|---|----|
| 共用施設 | 共用便所における便房 | 5 | ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便房 | 2 | ヶ所 |
| | | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | 5 | ヶ所 |
| | 共用浴室 | 1 | ヶ所 | 個室 | 0 | ヶ所 |
| | | | | 大浴場 | 1 | ヶ所 |
| | 共用浴室における介護浴槽 | 4 | ヶ所 | チェアー浴 | 2 | ヶ所 |
| | | | | リフト浴 | 0 | ヶ所 |
| | | | | ストレッチャー浴 | 1 | ヶ所 |
| | | | | その他 | 0 | ヶ所 |
| | 食堂 | 1 | あり | | | |
| | 入居者や家族が利用できる調理設備 | 2 | なし | | | |
| エレベーター | 2 | あり (ストレッチャー対応) | | | | |
| 消防用設備等 | 消火器 | 1 | あり | | | |
| | 自動火災報知設備 | 1 | あり | | | |
| | 火災通報設備 | 1 | あり | | | |
| | スプリンクラー | 1 | あり | | | |
| | 防火管理者 | 1 | あり | | | |
| | 防災計画 | 1 | あり | | | |
| 緊急通報装置等 | 居室 | 1 | 全ての居室あり | | | |
| | 便所 | 1 | 全ての便所あり | | | |
| | 浴室 | 1 | 全ての浴室あり | | | |
| | その他 | | | | | |
| その他 | | | | | | |

4 サービスの内容

(全体の方針)

| | |
|-----------------|---|
| 運営に関する方針 | ジョイアス城山は、社会福祉法人東洋会の運営母体である「調理師専門学校に併設」され、「食と介護の融合・食彩の介護」を大切にしております。人生100年と云われる現在、個人の自由と生き方を尊重し、有意義に過ごして頂けるようにご支援させていただきます。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | <ul style="list-style-type: none"> ・個人の自由の尊重を大切にしております。 ・食へのこだわりを大切に食と介護の融合を目指しております。 ・個人の尊厳を最大限尊重し、お看取り時期の介護もご家族を含めた温かい時間・空間を大切にしております。 |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | 1 自ら実施 |
| 食事の提供 | 2 委託 |
| 洗濯・掃除等の家事の供与 | 1 自ら実施 |
| 健康管理の供与 | 1 自ら実施 |
| 安否確認又は状況把握サービス | 1 自ら実施 |
| 生活相談サービス | 1 自ら実施 |

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護の提供を行っていない場合は省略可能

| | | | | |
|--------------------------------|---------------|------|----|----|
| 特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無 | 入居継続支援加算 | 2 | なし | |
| | 生活機能向上連携加算 | 2 | なし | |
| | 個別機能訓練加算 | 2 | なし | |
| | 夜間看護体制加算 | 1 | あり | |
| | 若年性認知症入居者受入加算 | 2 | なし | |
| | 医療機関連携加算 | 1 | あり | |
| | 口腔衛生管理体制加算 | 2 | なし | |
| | 栄養スクリーニング加算 | 2 | なし | |
| | 退院・退所時連携加算 | 2 | なし | |
| | 看取り介護加算 | 1 | あり | |
| | 認知症専門ケア加算 | (Ⅰ) | 2 | なし |
| | | (Ⅱ) | 2 | なし |
| | サービス提供体制強化加算 | (Ⅰ)イ | 2 | なし |
| (Ⅰ)ロ | | 2 | なし | |
| (Ⅱ) | | 2 | なし | |
| (Ⅲ) | | 1 | あり | |

| | | | | |
|----------------------|---------------|-----|-----|----|
| | 介護職員処遇改善加算 | (Ⅰ) | 1 | あり |
| | | (Ⅱ) | 2 | なし |
| | | (Ⅲ) | 2 | なし |
| | | (Ⅳ) | 2 | なし |
| | | (Ⅴ) | 2 | なし |
| | 介護職員等特定処遇改善加算 | (Ⅰ) | 2 | なし |
| | | (Ⅱ) | 1 | あり |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無 | 1 あり | | | |
| | 1 ありの場合 | | | |
| | (介護・看護職員の配置率) | 2.1 | : 1 | |

(医療連携の内容)

| | | | | |
|----------------|-----------------------|---|--|--|
| 医療支援 ※複数選択可 | <input type="radio"/> | 救急車の手配 | | |
| | <input type="radio"/> | 入退院の付き添い | | |
| | <input type="radio"/> | 通院介助 | | |
| | | その他 | | |
| 1 | 名称 | 医療法人 同愛会 小澤病院 | | |
| | 住所 | 神奈川県小田原市本町1丁目1-17(車で5分) | | |
| | 診療科目 | 総合病院 (内科: 血液、循環器、糖尿病・代謝、腎臓(人工透析)、呼吸器、消化器、神経 外科: 脳神経、整形、消化器、呼吸器、乳腺、婦) | | |
| | 協力科目 | 上記に関連する全ての科 | | |
| | 協力内容 | 入居者の健康指導・相談、緊急時の適切な指導や診療応需、入院が必要な場合の受け入れ、他施設紹介、看護師への指導、教育等 | | |

| | | | |
|----------|---|------|--|
| 協力医療機関 | 2 | 名称 | 公益社団法人 積善会 曾我病院 |
| | | 住所 | 神奈川県小田原市曾我岸148(車で30分) |
| | | 診療科目 | 精神科、内科、神経科、歯科、認知症疾患医療センター、社会復帰センター |
| | | 協力科目 | 精神科、神経科、認知症に関する科 |
| | | 協力内容 | 入居者の健康指導・相談、緊急時の適切な指導や診療応需、入院が必要な場合の受け入れ、他施設紹介、看護師への指導、教育等 |
| | 3 | 名称 | |
| | | 住所 | |
| | | 診療科目 | |
| | | 協力科目 | |
| | | 協力内容 | |
| 協力歯科医療機関 | 1 | 名称 | 川野歯科医院 |
| | | 住所 | 神奈川県小田原市城山1-6-27 (車で1分) |
| | | 協力内容 | 適時診療 |
| | 2 | 名称 | |
| | | 住所 | |
| | | 協力内容 | |

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

| | | | |
|--------------------------|--------------|------------|---|
| 入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可 | | 一時介護室へ移る場合 | |
| | | 介護居室へ移る場合 | |
| | ○ | その他 | ・全室個室のため、一時介護居室への移動はありません。入居後に全身状態が変化した場合等、常時見守りしやすい居室への住み替えはあります。・本人の希望がある場合 |
| 判断基準の内容 | 入居契約書第12条による | | |
| 手続きの内容 | 入居契約書第12条による | | |
| 追加的費用の有無 | 2 なし | | |
| 居室利用権の取扱い | 住み替え後の居室に移行 | | |
| 前払金償却の調整の有無 | 2 なし | | |
| 従前の居室との仕様の 変更 | 面積の増減 | 1 あり | |
| | 便所の変更 | 1 あり | |
| | 浴室の変更 | 2 なし | |
| | 洗面所の変更 | 2 なし | |
| | 台所の変更 | | |
| | その他の変更 | 2 なし | |
| 1 ありの場合 | | | |
| | (変更内容) | | |

(入居に関する要件)

| | | | |
|--------------------|--|---|----|
| 入居対象となる者 【表示事項】 | 自立している者 | 1 | あり |
| | 要支援の者 | 1 | あり |
| | 要介護の者 | 1 | あり |
| 留意事項 | <ul style="list-style-type: none"> ・基本的に65歳以上の方を対象とする ・生活保護対象者は対象外とする（月額利用料自己負担額がある） | | |
| 契約解除の内容 | 入居契約書第27条による | | |
| 事業主体から解約を求め る場合 | 解約条項 | 入居契約書第29条による (下記の解約予告期間は90日、入居者からの 解約予告期間は30日となります) | |
| | 解約予告期間 | 3 | ヶ月 |
| 入居者からの解約予告期間 | 1 | | ヶ月 |
| 体験入居の内容 | 1 あり | | |
| | 1 ありの場合 | | |
| | (内容) | (1泊2日) 10,000円～ (7泊8日) 46,000円 1回限り(この場合介護保険の適用はありません) | |
| 入居定員 | 57 | | 人 |
| その他 | | | |

5 職員体制

※ 有料老人ホームの職員について記載すること(同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません)。

(職種別の職員数)

| | 職員数 (実人数) | | | 常勤換算人数 ※1 ※2 |
|--|-----------|----|-----|-----------------|
| | 合計 | 常勤 | 非常勤 | |
| 管理者 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| 生活相談員 | 2 | 2 | 0 | 1 |
| 直接処遇職員 | | | | |
| 介護職員 | 23 | 14 | 9 | 18.3 |
| 看護職員 | 3 | 2 | 1 | 2.6 |
| 機能訓練指導員 | 1 | 1 | | 0.2 |
| 計画作成担当者 | 1 | 1 | 0 | 0.7 |
| 栄養士 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| 調理員 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 事務員 | 2 | 1 | 1 | 1.98 |
| その他職員 | 4 | | 4 | 2.01 |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 ※2 | | | | 40 時間 |
| ※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。 | | | | |
| ※2 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 | | | | |

(資格を有している介護職員の人数)

| | 合計 | | |
|-----------|----|----|-----|
| | | 常勤 | 非常勤 |
| 社会福祉士 | 0 | 0 | 0 |
| 介護福祉士 | 14 | 9 | 5 |
| 実務者研修の修了者 | 2 | 1 | 1 |
| 初任者研修の修了者 | 4 | 2 | 2 |
| 介護支援専門員 | 2 | 1 | 1 |

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

| | 合計 | | |
|-------------|----|----|-----|
| | | 常勤 | 非常勤 |
| 看護師又は准看護師 | 1 | 1 | 0 |
| 理学療法士 | 0 | 0 | 0 |
| 作業療法士 | 0 | 0 | 0 |
| 言語聴覚士 | 0 | 0 | 0 |
| 柔道整復士 | 0 | 0 | 0 |
| あん摩マッサージ指圧師 | 0 | 0 | 0 |
| はり師 | 0 | 0 | 0 |
| きゅう師 | 0 | 0 | 0 |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

| 夜勤帯の設定時間 | (16 時 45 分 ~ 9 時 45 分) | | | |
|----------|--------------------------|---|-----------------|---|
| | 平均人数 | | 最少時人数 (休憩者等を除く) | |
| 看護職員 | 0 | 人 | 0 | 人 |
| 介護職員 | 2 | 人 | 2 | 人 |

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

| | | | |
|---|------------------------------------|------------|-----|
| 特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能) | 契約上の職員配置比率※ 【表示事項】 | b 2 : 1 以上 | |
| | 実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数) | 2 | : 1 |

※ 広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択

| | | | |
|--|------------|----|---|
| 外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制 (外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能) | ホームの職員数 | 35 | 人 |
| | 訪問介護事業所の名称 | | |
| | 訪問看護事業所の名称 | | |
| | 通所介護事業所の名称 | | |

(職員の状況)

| | | | | | | | | | | | |
|---|---------------|---------|----------------|------|-----|-------|-----|---------|-----|---------|-----|
| 管理者 | 他の職務との兼務 | | 2 なし | | | | | | | | |
| | 業務に係る資格等 | 1 あり | | | | | | | | | |
| | | 1 ありの場合 | | | | | | | | | |
| | | 資格等の名称 | 看護師 介護支援専門員 | | | | | | | | |
| | | 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 | | 0 | 0 | 3 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 前年度1年間の退職者数 | | 0 | 0 | 3 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| に業務に 応じた 従事 した 人 数 経験 年 数 | 1年未満 | 0 | 0 | 0 | 1 | | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 1年以上 3年未満 | 0 | 0 | 3 | 0 | | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 3年以上 5年未満 | 0 | 0 | 3 | 1 | | | 1 | 0 | 0 | 0 |
| | 5年以上 10年未満 | 0 | 0 | 3 | 1 | | | 0 | 0 | 1 | 0 |
| | 10年以上 | 2 | 1 | 5 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 従業者の健康診断の実施状況 | | 1 あり | | | | | | | | | |

6 利用料金

(利用料金の支払い方法)

| | | |
|----------------------------|-----|---|
| 居住の権利形態 【表示事項】 | | 1 利用権方式 |
| 利用料金の支払い方式 【表示事項】 | | 3 月払い方式 |
| | | 4 選択方式の場合、該当する方式を全て選択 |
| | | <input type="checkbox"/> 全額前払い方式 |
| | | <input type="checkbox"/> 一部前払い・一部月払い方式 |
| | | ○ 月払い方式 |
| 年齢に応じた金額設定 | | 2 なし |
| 要介護状態に応じた金額設定 | | 1 あり |
| 入院等による不在時における利用料金（月払い）の取扱い | | 1 減額なし |
| | | 3 不在期間が○日以上の場合に限り、日割り計算で減額の場合 不在期間が <input type="text"/> 日以上 |
| 利用料金の改定 | 条件 | 人件費・光熱費・諸経費の高騰、備品更新・改修等により、管理費を値上げすることあり。 |
| | 手続き | 神奈川県に事前に相談し、ご家族、ご入居者様に同意を得た上で実施。 |

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

| | | プラン1 | プラン2 | |
|------------|------------------|----------------------|---------------------|-----------|
| 入居者の状況 | 要介護度 | 要介護3 | 要支援1(ご夫婦割引) | |
| | 年齢 | 90 歳 | 80 歳 | |
| 居室の状況 | 床面積 | 13.75 m ² | 14.3 m ² | |
| | 便所 | 1 有 | 1 有 | |
| | 浴室 | 2 無 | 2 無 | |
| | 台所 | 2 無 | 2 無 | |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金 | 0 円 | 0 円 | |
| | 敷金 | 0 円 | 0 円 | |
| 月額費用の合計 | | 228,000 円 | 181,100 円 | |
| 家賃 | | 65,000 円 | 45,500 円 | |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護※1の費用 | 24,888 (1割負担) 円 | 7,236(1割負担) 円 | |
| | 介護保険外※2 | 食費 | 75,000 円 | 75,000 円 |
| | | 管理費 | 65,000 円 | 60,600 円 |
| | | 介護費用 | 管理費に含む 円 | 管理費に含む 円 |
| | | 光熱水費 | 管理費に含む 円 | 管理費に含む 円 |
| | | その他 | オムツ等は実費 円 | オムツ等は実費 円 |

※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。

※2 有料老人ホーム事業として受領する費用(訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない)

(利用料金の算定根拠)

| 費目 | 算定根拠 |
|-------------------------------|-------------------------------|
| 家賃 | 建物建設費の償却費、大規模修繕費、居室整備、備品の更新費用 |
| 敷金 | 家賃の無し ヶ月分 |
| 介護費用 ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 | 管理費に含む |

| | |
|----------------------|--|
| 管理費 | 施設の維持管理費、運営管理に係る事務経費、生活サービス等に係る人件費、光熱水費等を勘案して算出 |
| 食費 | 一月30日として計算(朝食700円、昼食900円、夕食900円) 事前に欠食の申し出があった場合には、その食費分が減額となります。朝食(前日の正午まで)、昼食(前日の18時まで)、夕食(当日の9時まで) |
| 光熱水費 | 管理費に含む(居室及び共用部の電気、ガス、水道料を勘案して算出) |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 別添2 |
| その他のサービス利用料 | |

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠)

※ 特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

| 費目 | 算定根拠 |
|--|---|
| 特定施設入居者生活介護※に対する自己負担額 | 介護保険法令等による本人の利用者負担金は、関係法令に基づいて定められるため、契約期間中に関係法令が改定された場合には、改定後の金額を適用する。 |
| 特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス(上乘せサービス) | |
| ※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。 | |

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能

| | | |
|--------------------------------------|--------------------|-----|
| 算定根拠 | | |
| 想定居住期間 (償却年月数) | | ヶ月 |
| 償却の開始日 | | 入居日 |
| 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 (初期償却額) | | 円 |
| 初期償却率 | | % |
| 返還金の算定方法 | 入居後 3 月以内の契約終了 | |
| | 入居後 3 月を超えた契約終了 | |
| 前払金の保全先 | | |
| | 1 全国有料老人ホーム協会以外の場合 | |
| | 名称 | |

7 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

| | | | |
|-------|------------|----|---|
| 性別 | 男性 | 12 | 人 |
| | 女性 | 39 | 人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 0 | 人 |
| | 65歳以上75歳未満 | 2 | 人 |
| | 75歳以上85歳未満 | 10 | 人 |
| | 85歳以上 | 39 | 人 |
| 要介護度別 | 自立 | 1 | 人 |
| | 要支援 1 | 2 | 人 |
| | 要支援 2 | 0 | 人 |
| | 要介護 1 | 8 | 人 |
| | 要介護 2 | 8 | 人 |
| | 要介護 3 | 9 | 人 |
| | 要介護 4 | 14 | 人 |
| 入居期間別 | 要介護 5 | 9 | 人 |
| | 6ヶ月未満 | 12 | 人 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | 4 | 人 |
| | 1年以上5年未満 | 21 | 人 |
| | 5年以上10年未満 | 12 | 人 |
| | 10年以上15年未満 | 2 | 人 |
| 15年以上 | 0 | 人 | |

(入居者の属性)

| | | |
|---|------|---|
| 平均年齢 | 88.1 | 歳 |
| 入居者数の合計 | 51 | 人 |
| 入居率※ | 89.5 | % |
| ※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。 | | |

(前年度における退去者の状況)

| | | | |
|---------|----------|---------------------------|---|
| 退居先別の人数 | 自宅等 | 1 | 人 |
| | 社会福祉施設 | 4 | 人 |
| | 医療機関 | 1 | 人 |
| | 死亡 | 10 | 人 |
| | その他 | 0 | 人 |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出 | 0 | 人 |
| | | (解約事由の例) | |
| | 入居者側の申し出 | 6 | 人 |
| | | (解約事由の例) 特別養護老人ホームへの転居 | |

8 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況)

| 窓口1 | | | | | | | | | |
|----------|-------|-------------|---|----|---|------|----|---|---|
| 窓口の名称 | | ジョイアス城山 事務室 | | | | | | | |
| 電話番号 | | 0465 | - | 32 | - | 1020 | | | |
| 対応している時間 | 平日 | 9 | 時 | | 分 | ～ | 18 | 時 | 分 |
| | 土曜 | 9 | 時 | | 分 | ～ | 18 | 時 | 分 |
| | 日曜・祝日 | 9 | 時 | | 分 | ～ | 18 | 時 | 分 |
| 定休日 | | | | | | | | | |

| 窓口2 | | | |
|----------|-------|---------------------------------------|--|
| 窓口の名称 | | 神奈川県国民健康保険団体連合会 介護保険課介護苦情相談課<苦情専用> | |
| 電話番号 | | 045 - 329 - 3447 | |
| 対応している時間 | 平日 | 8 時 30 分 ~ 17 時 15 分 | |
| | 土曜 | 時 分 ~ 時 分 | |
| | 日曜・祝日 | 時 分 ~ 時 分 | |
| 定休日 | | 土曜日・日曜日・祝日・年末年始 | |
| 窓口3 | | | |
| 窓口の名称 | | 神奈川県こどもみらい局福祉部高齢福祉課<代表> | |
| 電話番号 | | 045 - 210 - 1111 | |
| 対応している時間 | 平日 | 時 分 ~ 時 分 | |
| | 土曜 | 時 分 ~ 時 分 | |
| | 日曜・祝日 | 時 分 ~ 時 分 | |
| 定休日 | | 土曜日・日曜日・祝日・年末年始 | |
| 窓口4 | | | |
| 窓口の名称 | | 小田原市保健福祉事務所<代表> | |
| 電話番号 | | 0465 - 32 - 8000 | |
| 対応している時間 | 平日 | 時 分 ~ 時 分 | |
| | 土曜 | 時 分 ~ 時 分 | |
| | 日曜・祝日 | 時 分 ~ 時 分 | |
| 定休日 | | 土曜日・日曜日・祝日・年末年始(緊急時は除く) | |
| 窓口5 | | | |
| 窓口の名称 | | 小田原市高齢介護課<代表> | |
| 電話番号 | | 0465 - 33 - 1827 | |
| 対応している時間 | 平日 | 時 分 ~ 時 分 | |
| | 土曜 | 時 分 ~ 時 分 | |
| | 日曜・祝日 | 時 分 ~ 時 分 | |
| 定休日 | | 土曜日・日曜日・祝日・年末年始 | |

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

| | | |
|-------------------------------|---------|-----------------------------|
| 損害賠償責任保険の加入状況 | 1 あり | |
| | 1 ありの場合 | |
| | その内容 | 社会福祉施設総合損害補償「しせつの損害補償」 |
| 介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応 | 1 あり | |
| | 1 ありの場合 | |
| | その内容 | 入居契約書第10条による(事故対応マニュアルに基づく) |
| 事故対応及びその予防のための指針 | 1 あり | |

(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)

| | | |
|----------------------------------|---------|----------------------------------|
| 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 | 1 あり | |
| | 1 ありの場合 | |
| | 実施日 | 常時設置(フロア毎に一週間に一回確認:内容確認にて対応策の検討) |
| | 結果の開示 | 2 なし |
| 第三者による評価の実施状況 | 2 なし | |
| | 1 ありの場合 | |
| | 実施日 | |
| | 評価機関名称 | |
| | 結果の開示 | |

9 入居希望者への事前の情報開示

| | |
|----------|------------|
| 入居契約書の雛形 | 1 入居希望者に公開 |
| 管理規程 | 1 入居希望者に公開 |
| 事業収支計画書 | 1 入居希望者に公開 |
| 財務諸表の要旨 | 1 入居希望者に公開 |
| 財務諸表の原本 | 1 入居希望者に公開 |

10 その他

| | | |
|--|----------------------------|-------------|
| 運営懇談会 | 1 あり | |
| | 1 ありの場合 | |
| | (開催頻度) 年 1 回 | |
| | 2 なしの場合 | |
| | 1 代替措置あり | 1 代替措置ありの場合 |
| (内容) | | |
| 新型コロナウイルスの流行により、開催できない時は文章にて報告 | | |
| 提携ホームへの移行 【表示事項】 | 2 なし | |
| | 1 ありの場合 | 提携ホーム名 |
| 有料老人ホーム設置時の老人福祉法第29条第1項に規定する届出 | 1 あり | |
| 高齢者の居住の安定確保に関する法律第5条第1項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録 | 1 あり | |
| 有料老人ホーム設置運営指導指針「5. 規模及び構造設備」に合致しない事項 | 2 なし | |
| | 1 ありの場合 | |
| | 合致しない事項がある場合の内容 | |
| | 「6. 既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性 | |
| 有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項 | なし | |

