

有料老人ホーム重要事項説明書

作成日 2025 年 6 月 30 日

1 事業主体概要

事業主体名	有限会社よろこびの郷
代表者名	木村 祐紀
所在地	神奈川県横須賀市東逸見町4-36-1
電話番号／FAX番号	046-828-3153 / 046-828-3154
ホームページアドレス	yokosuka_myhome@outlook.jp
資本金（基本財産）	300万円
主な出資者（出捐者）とその金額又は比率 ※1	木村 祐紀（100%）
設立年月日	平成 15 年 3 月 10 日
直近の事業収支決算額 ※2	(収益) 106,020,709 円 (費用) 114,305,161 円 (損益) 8,284,452 円
会計監査人との契約	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有（中西会計事務所）
他の主な事業	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）額又は比率を記入する。

※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	My・Home	
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） <input checked="" type="checkbox"/> 2 住宅型 3 健康型
	居住の権利形態	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 4 自立・要支援・要介護
	介護保険	1 横須賀市指定介護保険特定施設 (番号、指定年月日) 介護専用型・混合型・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） <input checked="" type="checkbox"/> 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） <input checked="" type="checkbox"/> 2 相部屋あり 状態に応じて転室あり
	介護に関わる職員体制	2.5 : 1 以上
	提携ホームの利用等	1 提携ホーム利用可（ なし ） 2 提携ホーム移行型（ なし ）
開設年月日	平成 20 年 12 月 1 日	
施設の管理者氏名	木村 祐紀	
所在地	神奈川県横須賀市東逸見町4-36-1	
電話番号／FAX番号	046-828-3153 / 046-828-3154	
メールアドレス	Yokosuka_myhome@outlook.jp	

交通の便 ※3	京浜急行 逸見駅下車 徒歩15分																																
ホームページアドレス																																	
敷地概要 ※4	権利形態 <u>所有</u> ・ 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 264.24 m ²																																
建物概要	権利形態 <u>所有</u> ・ 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) 年 月 日～ 年 月 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 鉄骨造 地下 0 階 地上 3 階建 (<u>耐火</u> ・準耐火・その他) 延床面積 421.76 m ² (うち有料老人ホーム 411.96 m ²) 建築年月日 平成 20 年 4 月 日建築 改築年月日 年 月 日改築 建築確認の用途指定 <u>有料老人ホーム</u> ・その他 ()																																
居室、一時介護室の概要	居室総数 10 室 定員 15 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>5 室</td> <td>13.1 m²～ m²</td> </tr> <tr> <td>うち2人定員</td> <td>5 室</td> <td>21.6 m²～ m²</td> </tr> <tr> <td>2人部屋 (相部屋)</td> <td>室</td> <td>m²～ m²</td> </tr> <tr> <td>人部屋 (相部屋)</td> <td>室</td> <td>m²～ m²</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">一時介護室</td> <td>個室</td> <td>室</td> <td>m²～ m²</td> </tr> <tr> <td>2人部屋 (相部屋)</td> <td>室</td> <td>m²～ m²</td> </tr> <tr> <td>人部屋 (相部屋)</td> <td>室</td> <td>m²～ m²</td> </tr> </tbody> </table>		居室定員	室数	面積	居室	個室	5 室	13.1 m ² ～ m ²	うち2人定員	5 室	21.6 m ² ～ m ²	2人部屋 (相部屋)	室	m ² ～ m ²	人部屋 (相部屋)	室	m ² ～ m ²	一時介護室	個室	室	m ² ～ m ²	2人部屋 (相部屋)	室	m ² ～ m ²	人部屋 (相部屋)	室	m ² ～ m ²					
	居室定員	室数	面積																														
居室	個室	5 室	13.1 m ² ～ m ²																														
	うち2人定員	5 室	21.6 m ² ～ m ²																														
	2人部屋 (相部屋)	室	m ² ～ m ²																														
	人部屋 (相部屋)	室	m ² ～ m ²																														
一時介護室	個室	室	m ² ～ m ²																														
	2人部屋 (相部屋)	室	m ² ～ m ²																														
	人部屋 (相部屋)	室	m ² ～ m ²																														
共用施設・設備の概要 (設置箇所、面積、設備の整備状況等)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>食堂</td> <td>設置階 3</td> <td>(26.20 m²)</td> </tr> <tr> <td>浴室</td> <td>一般浴槽</td> <td>設置階 1 (m²)</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">浴室</td> <td>リフト浴</td> <td>設置階 (m²)</td> </tr> <tr> <td>ストレッチャー浴</td> <td>設置階 (m²)</td> </tr> <tr> <td>便所</td> <td>設置箇所 1階 一般用 (1) 車いす用 (1) 2階 車いす用 (1) 3階 一般用 (1) 車いす用 (1)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>洗面設備</td> <td>設置箇所 洗面用各階1か所ずつ 手洗い用 各便所内</td> <td></td> </tr> <tr> <td>医務室(健康管理室)</td> <td>設置階 (m²)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>談話室</td> <td>設置階 1階 事務所兼用 (14.9 m²)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>面談室</td> <td>設置階 1階 事務所兼用 (14.9 m²)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>事務室</td> <td>設置階 1階</td> <td></td> </tr> <tr> <td>洗濯室</td> <td>設置階 1階</td> <td>(41.49 m²)</td> </tr> </table>	食堂	設置階 3	(26.20 m ²)	浴室	一般浴槽	設置階 1 (m ²)	浴室	リフト浴	設置階 (m ²)	ストレッチャー浴	設置階 (m ²)	便所	設置箇所 1階 一般用 (1) 車いす用 (1) 2階 車いす用 (1) 3階 一般用 (1) 車いす用 (1)		洗面設備	設置箇所 洗面用各階1か所ずつ 手洗い用 各便所内		医務室(健康管理室)	設置階 (m ²)		談話室	設置階 1階 事務所兼用 (14.9 m ²)		面談室	設置階 1階 事務所兼用 (14.9 m ²)		事務室	設置階 1階		洗濯室	設置階 1階	(41.49 m ²)
食堂	設置階 3	(26.20 m ²)																															
浴室	一般浴槽	設置階 1 (m ²)																															
浴室	リフト浴	設置階 (m ²)																															
	ストレッチャー浴	設置階 (m ²)																															
便所	設置箇所 1階 一般用 (1) 車いす用 (1) 2階 車いす用 (1) 3階 一般用 (1) 車いす用 (1)																																
洗面設備	設置箇所 洗面用各階1か所ずつ 手洗い用 各便所内																																
医務室(健康管理室)	設置階 (m ²)																																
談話室	設置階 1階 事務所兼用 (14.9 m ²)																																
面談室	設置階 1階 事務所兼用 (14.9 m ²)																																
事務室	設置階 1階																																
洗濯室	設置階 1階	(41.49 m ²)																															

	汚物処理室	設置階 各階設置
	看護・介護職員室	設置階
	機能訓練室	設置階 3階 食堂・廊下兼用 (41.49 m ²) 他の共用施設との兼用 無・有 ()
	健康・生きがい施設	設置階 () m ²
	エレベーター ※5	1 基(うちストレッチャー搬入可) 基)
	スプリンクラー	設置箇所 簡易スプリンクラー各室
	居室のある区域の廊下幅	両手すり設置後の有効幅員 (1.815m～1.940 m)
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（水害、土砂災害を含む。）	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 火災通報装置及び消防直通専用電話 各階設置 安否確認の方法・頻度等 最低1時間ごとの訪問確認所在確認	
同一敷地内の併設施設又は事業所等の概要 ※6	指定訪問介護事業所 みさとの家 (1471901833)	
有料老人ホーム事業の提携ホーム及び提携内容	なし	

※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、介護保険法により指定居宅サービス事業者等として指定されている場合（指定居宅介護支援を含む。）は、その種類と事業所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	<input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式	選択方式
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 2 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<u>地域及び神奈川県消費者物価指数及び人件費を勘案</u>	
	手続き方法	<u>運営懇談会においてご家族の意見を聞いたうえで行う</u>	

(2) 前払い方式

費用の支払方法 ※9								
敷金		無・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7項に規定される前払金 円 ~ 円						
想定居住期間又は償却期間								
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								
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		円 ~ 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	
	円							
	円							
算定根拠 ※11	管理費							
	介護費用							
	食費							
	光熱水費							
	家賃相当額							
その他								
月額利用料に含まれない実費負担等 ※12								

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/3割の場合)
要介護1	円	円 / 円 / 円
要介護2	円	円 / 円 / 円
要介護3	円	円 / 円 / 円
要介護4	円	円 / 円 / 円
要介護5	円	円 / 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	
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)

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 (1割の場合/2割の場合/3割の場合)
要支援1	円	円 / 円 / 円
要支援2	円	円 / 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

(3) 月払い方式

費用の支払方法 ※9	My・Homeに持参又は指定口座に振り込み						
敷金	<input type="checkbox"/> 無・有 (円、家賃相当額の か月分)						
月額利用料	122,000 円 ~ 152,000 円						
年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 無・有						
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 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
	152,000 円	35,000 円	30,000 円	30,000 円	22,000 円	30,000 円	5,000 円
	122,000 円	35,000 円	30,000 円	0 円	22,000 円	30,000 円	5,000 円
	円						
算定根拠 ※11	管理費	共用設備の維持管理費 日常生活支援 機能回復支援 ストレスケアに用いる費用					
	介護費用	施設の看護師が行う24時間体制の医療行為 及び医療機関との連携 健康管理全般					
	食費	1ヵ月30日として計算					
	光熱水費	共用設備及び自室の光熱費					
	家賃相当額	居住部分の部屋代 近傍の家賃相当額					
	その他	リネンリース代					
月額利用料に含まれない実費負担等 ※12	サービス一覧表による実費部分 紙おむつ代 医療材料の使用分 医療機関の受診代、薬代						

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/3割の場合)
要介護1	円	円 / 円 / 円
要介護2	円	円 / 円 / 円
要介護3	円	円 / 円 / 円
要介護4	円	円 / 円 / 円
要介護5	円	円 / 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	
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	I
		II
		III
		IV
		V

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)

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 (1割の場合/2割の場合/3割の場合)
要支援1	円	円 / 円 / 円
要支援2	円	円 / 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)

			I
			II
	介護職員処遇改善加算	無・有	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）	地域及び神奈川県に至る消費者物価指数、及び人件費を勘案し、入居者のご家族の意見を聞いたうえで行う
前払金の返還金の保全措置	無・有 保全措置の内容（ ） 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="checkbox"/> 有 有の場合の保険名（ 介護・社会福祉事業総合保険 ）
消費税の対象外とする利用料等	なし
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="checkbox"/> 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	QOLの維持向上をめざす
サービスの提供内容に関する特色	家族的な関り 24時間看護師常駐していることにより 24時間医療処置が受けられる 医療者目線での健康管理
入浴、排せつ又は食事の介護	1 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	1 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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	日常生活支援 ストレスケアの為に用いる費用
	食費	入居者の状態に合わせた食事形態及び制限食の提供
	その他	汚染時のリネン交換
(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	なし	
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		施設責任者：木村祐紀 担当者：木村祐紀、木村美紀子 046-828-3153 第三者機関：民生局福祉こども部指導監査課 施設介護サービス担当 046-822-8162 神奈川県保健福祉局 福祉・次世代育成部高齢福祉課 保健・居住施設グループ 045-210-1111 地域保健福祉部 福祉指導監査課 045-210-1111
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）		事故対応マニュアルに基づき、応急処置を行うとともに主治医に上申し救急での医療機関受診の指示を受ける。 救急搬送又は施設職員が搬送し、医療機関の手続きをとり、搬入する。施設長から家族へ連絡する。 事故発生後速やかに事故について検証し、今後の対策を講じる。 結果を家族及び第三者機関に施設長が口頭又は紙面にて報告する。

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）	サービス提供にあたり、事故が発生し、入居者の生命、身体、財産に損害が生じた場合は、地震、津波、天災、戦争、暴動等入居者の故意によるものを除いて、速やかに損害を賠償する。 但し、入居者に重大な過失がある場合には、損害を減ずることがある。		
(公社)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 type="checkbox"/> ・有	
	入居者基金への加入	<input type="checkbox"/> ・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	有	実施日	令和5年6月
		結果の開示	<input type="checkbox"/> ・有
	無		
第三者による評価の実施状況	有	実施日	令和5年10月20日
		評価機関名称	横須賀民生局福祉こども部 指導監査課
		結果の開示	<input type="checkbox"/> ・有
	無		

※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(公社)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する。

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	自室内及びホーム内		
入居後に居室又は施設を住み替える場合	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）	状態の変化に応じて居室変更有	
	提携ホームへ住み替える場合（同上）		

6 医療

協力医療機関（又は囑託医）の概要及び協力内容	名称	医療生協衣笠診療所
	診療科目	内科全般
	所在地	横須賀市平作7-10-27
	距離及び所要時間	約5Km 車で10分
	協力内容	訪問診療、定期健康診断、緊急時対応
協力歯科医療機関（又は囑託医）の概要及び協力内容	名称	むつうら駅前歯科
	所在地	横浜市金沢区六浦南2-3-7
	距離及び所要時間	約10Km 車で30分
	協力内容	訪問診療、歯科検診
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）	<p>通院：協力医療機関又は希望される横須賀市内の医療機関への通院同行、院内介助は入居料に含まれます</p> <p>入院：全身状態急変により、入院が必要と判断される状態となった場合には、主治医に報告し、医師の判断を基準とし入居者及び家族との話し合いのうえ、近隣の病院に搬送となるその際職員が同行し、必要な手続き等ご家族の手伝いをする。</p> <p>入院期間中は管理費、家賃相当額、リネンリース代を支払うことにより、在籍扱いとなる</p>	

7 入居状況等

(2025年6月30日現在)

入居者数及び定員	15 人 (定員 15 人)	
入居者内訳	性別	男性 4 人、女性 11 人
	介護の 要否別	自立 人
		要介護 15 人
		(内訳) 要介護 1 1 人
		要介護 2 0 人
要介護 3 2 人		
	要介護 4 9 人	
	要介護 5 3 人	
	要支援 人	
	(内訳) 要支援 1 人	
	要支援 2 人	
	未認定 人	
平均年齢	歳 (男性 歳、女性 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)		

(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

(2025 年 6 月 30 日現在)

(1) 職種別の職員数等

	職員数	常勤換算後の		夜間勤務職員数 (18時～翌9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 ()	/		介護福祉士	
	生活相談員	※ 1 ()			管理者兼務	
	直接処遇職員	20 (9)		2		
	介護職員	※ 13 (4)	2.7		1	管理者・生活相談員兼務
	看護職員	7 (5)	1.6		1	
	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	※ (1)				看護職員兼務
	医師	()				
	栄養士	()				
	調理員	(2)				
	事務職員	(2)				
その他職員	(1)					
合計	26 (14)					

注1) 職員数欄の()内は、非常勤職員数を内数で記入する。

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する。

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する。

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する。

(2) 職員の状況

	他の職務との兼務		1 <input checked="" type="checkbox"/> あり		2 なし	
	兼務に係る資格等	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり		2 なし		
		資格等の名称	介護福祉士			
管理者						
	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
前年度1年間の採用者数						
前年度1年間の退職者数						

業務に 応じた 職員の 経験年 数の 人数	1年未満										
	1年以上 3年未満										
	3年以上 5年未満			1							
	5年以上 10年未満										
	10年以上	2	5	8	4						
従業者の健康診断の実施状況					1	<input checked="" type="checkbox"/> 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 ※18
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 ※16			
配置している直接処遇職員の人数 ※17			
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	:	:	:
常勤換算方法の考え方	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	: ~ :	

※16 常勤換算後の人数を記入する。

※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	6人(人)	介護職員初任者研修修了者	5人(人)
介護支援専門員	人(人)	看護師	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歳以上で日常生活に介護・看護が必要な方	
身元引受人等の条件及び義務等		身元引受人は本契約に基づく入居者の事業所に対する責務について入居者と連帯し、その履行の責を負います。	
生活保護受給者の受入れ対応		否・ <input checked="" type="checkbox"/> 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>施設からの契約解除</p> <p>事業者は入居者が次の事項のいずれかに該当し、且つそのことが本契約を将来にわたって維持することが著しく困難と認められる場合に、本契約を解除することがあります。</p> <p>① 入居申し込み虚偽の記載をするなど、不正手段により入居した場合</p> <p>② 月額使用料及びその支払いを正当な理由なくしばしば遅滞するとき</p> <p>③ 入居契約第20条（禁止又は制限される行為）の規定に違反したとき</p> <p>④ 入居者の行動が、他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、且つ入居者に対する通常の介護ではこれを防止できない時</p> <p>前項の規定に基づく契約の解除の場合には、次の各号の手続きによって行います。</p> <p>① 契約解除通告について90日間の予告期間を置く</p> <p>② 前項の通告に先立ち、入居者及び身元引受人等に弁明の機会を設ける</p> <p>③ 解除通告に伴う期間中に、入居者の移転先の有無について確認し、移転先がない場合には、入居者や身元引受人等その他関係者、医療機関と協議し、移転先の確保に協力する</p>	
前年度における退居者の状況	退居先別の人数	自宅等	0人
		社会福祉施設	3人
		医療機関	3人
		死亡者	6人
		その他	人
	生前解約の状況	0人	
	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)	0人
体験入居の期間及び費用負担等		<p>1泊2日15,000円</p> <p>7日間を限度とし体験契約を締結します。</p> <p>介護保険は適応外となります。</p>	

※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する。

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・写し交付)	2 非公開
	入居契約書の公開	1 公開 (閲覧・写し交付)	2 非公開
	管理規程の公開	1 公開 (閲覧・写し交付)	2 非公開
	財務諸表の公開	1 公開 (閲覧・写し交付)	2 非公開
	事業収支計画の公開	1 公開 (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。

11 その他

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 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし	3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第23条の規定により、届出不要
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 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし	

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「横須賀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の内容の説明を受け、これに同意をし、交付を受けました。

年 月 日 署 名 _____

別添 1

介護サービス等の一覧表

介 護 度	自立、要支援、要介護1～5	
介護を行う場所	居室及び施設内	
	介護保険給付※、前払い及び月額利用料を含むサービス	その都度徴収するサービス
介護サービス ○巡回 ・昼間 ～ ・夜間 ～ ○食事介助 ○排泄 ・排泄介助 ・おむつ交換 ・おむつ代 ○入浴等 ・清拭 ・一般浴介助 ・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 ○機能訓練 ○通院の介助 ○緊急時対応 ・ナースコール	2時間ごと又は適宜 2時間ごと又は適宜 見守り、一部介助、全介助 適宜対応 適宜対応 非入浴日又は入浴できない時に実施 週3回 全介助の場合には2人体制 2時間ごと又は適宜 適宜対応 適宜対応 適宜対応 ほぼ毎日看護師による訓練 医療機関へは適宜対応 希望する病院へも予約で対応 24時間対応	1ヵ月分まとめて徴収実費 訪問リハビリの場合には実費
生活サービス ○家事 ・清掃 ・洗濯 ○居室配膳・下膳 ○理美容 ○代行 ・買物 ・役所手続	毎日 毎日 毎日 適宜対応 希望する理美容院へは予約で対応 毎月第3火曜日美容師訪問あり 適宜対応 適宜対応	実費 実費
健康管理サービス ・健康診断 ・健康相談 ・生活指導 ・医師の往診	年2回又は主治医の判断で行う 適宜対応 適宜対応 往診医のスケジュールにより対応	実費
入退院時、入院中のサービス ・医療費 ・移送サービス	医療機関への移送・同行	実費

その他サービス	月1回の誕生日会 近隣への買い物同行 状態に応じた必要な医療処置	
---------	--	--

注1) 介護度別（自立、要支援、要介護の8区分）に介護サービス等の一覧表を作成してください。ただし、一覧表上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てください。

注2) サービスの項目については、必要最低限の項目を掲げたものであるため、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ください。

注3) サービスごとに回数及び費用負担等を明示してください。

注4) 「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してください。

(※) (介護予防) 特定施設入居者生活介護による保険給付を指します。有料老人ホームが提供しない訪問介護等のサービスは含みません。

横須賀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 checked="" 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 <input checked="" 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。	カーテンあり
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 checked="" type="checkbox"/> 手すりが無い。 <input checked="" type="checkbox"/> スロープが無い。 <input checked="" type="checkbox"/> 浴槽用リフトが無い。 (要介護者等を入居対象とする場合) <input checked="" type="checkbox"/> 介護浴槽(機械浴等)を設けていない。	入浴は男性2人での介助
4	便所	有	適合	<input type="checkbox"/> 居室内未設置又は居室の近くでない。 <input type="checkbox"/> 常夜灯がない。 <input type="checkbox"/> 手すりが無い。 <input checked="" 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でない。 <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)	無	不適合	<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 checked="" 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			事務所兼用
8	面談室	有			事務所兼用
9	汚物処理室	有	適合	<input type="checkbox"/> 居室のある階ごとに設置していない	各フロアーに汚物流しあり
10	看護・介護職員室	無	選択してください	(介護付有料老人ホームの場合) <input type="checkbox"/> 居室のある階ごとに設置していない。 <input 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。	
11	エレベーター	有	適合	<input 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。	
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	各フロアーに設置
14	廊下		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"/> 両側に手すりが無い。 <input 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。	
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能とします。