

有料老人ホーム重要事項説明書

作成日 2024年 7月 1日

1 事業主体概要

事業主体名	株式会社創生事業団
代表者名	伊東 鐘賛
所在地	福岡県福岡市中央区清川1-3-1
電話番号/FAX番号	092-526-8730 / 092-526-8740
ホームページアドレス	http://www.goodtimehome.com/
資本金(基本財産)	90,000,000円
主な出資者(出捐者)とその金額又は比率 ※1	1)伊東一輝(50.8%) 2)伊東慎太郎(48.9%) 3)伊東鐘賛(0.2%)
設立年月日	1998年 8月 25日
直近の事業収支決算額 ※2	(収益)4,851,052,921円 (費用)4,530,722,062円 (損益)320,330,859円
会計監査人との契約	無・有()
他の主な事業	訪問介護、特定施設入所者生活介護、通所介護

※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	ライフコート横須賀武山 住宅型有料老人ホームさくらんぼ	
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 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) 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	2.5 : 1 以上
	提携ホームの利用等	1 提携ホーム利用可() 2 提携ホーム移行型()
開設年月日	2015年 4月 1日	
施設の管理者氏名	秋山 正次	
所在地	神奈川県横須賀市武1-20-15	
電話番号/FAX番号	046-855-0155 / 046-855-0156	
メールアドレス	m.akiyama@goodtimehome.com	
交通の便 ※3	JR横須賀線衣笠駅から車で5分 京急バス「衣笠十字路」からバス11分	

ホームページアドレス	http://www.lifecourt-kfc.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) 2015年4月1日～2045年3月末日 (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 1,957.95 m ²																																				
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) 2015年4月1日～2045年3月末日 (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 RC造 地上5階建(耐火)準耐火・その他) 延床面積 2,762.56m ² (うち有料老人ホーム 2,116.13m ²) 建築年月日 2014年6月建築 改築年月日 年 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 57室 定員 57人(一時介護室を除く) (内訳) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="2"></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></td> <td>57室</td> <td>15.69m²～15.84m²</td> </tr> <tr> <td></td> <td>うち2人定員</td> <td>室</td> <td>m²～ m²</td> </tr> <tr> <td>2人部屋(相部屋)</td> <td></td> <td>室</td> <td>m²～ m²</td> </tr> <tr> <td>人部屋(相部屋)</td> <td></td> <td>室</td> <td>m²～ m²</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">一時介護室</td> <td>個室</td> <td></td> <td>室</td> <td>m²～ m²</td> </tr> <tr> <td>2人部屋(相部屋)</td> <td></td> <td>室</td> <td>m²～ m²</td> </tr> <tr> <td>人部屋(相部屋)</td> <td></td> <td>室</td> <td>m²～ m²</td> </tr> </tbody> </table>				居室定員	室数	面積	居室	個室		57室	15.69m ² ～15.84m ²		うち2人定員	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	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		57室	15.69m ² ～15.84m ²																																	
		うち2人定員	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																																	
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)	食堂 浴室 一般浴槽 浴室 リフト浴 ストレッチャー浴 便所 洗面設備 医務室(健康管理室) 談話室 面談室/応接室 事務室 洗濯室 汚物処理室 看護・介護職員室 機能訓練室 健康・生きがい施設 エレベーター ※5	設置階 (機能訓練室と兼用) 2～4階 (214.14 m ²) 設置階 2・3・4階 (19.29 m ²) 設置階 2階 (9.92 m ²) 設置階 2階 (12.64 m ²) 設置箇所 1階～4階 設置箇所 2階～4階 設置階 2階 (5.81 m ²) 設置階 3階 (15.84 m ²) 設置階 2階 (6.67 m ²) 設置階 2階 (24.90 m ²) 設置階 2階 (13.01 m ²) 設置階 2～4階 設置階 2階 (14.50 m ²) 設置階 2～4階 (214.14 m ²) 他の共用施設との兼用 無・ 有 (食堂と兼用) 設置階 (m ²) 1基(うちストレッチャー搬入可 1基)																																			

	スプリンクラー	設置箇所 全館内
	居室のある区域の廊下幅	両手すり設置後の有効幅員 (1.8m~1.8m)
消防用設備等	消火器	無・有(有)
	自動火災報知設備	無・有(有)
	火災通報設備	無・有(有)
	スプリンクラー	無・有(有)
	防火管理者	無・有(有)
	防災計画(水害、土砂災害を含む。)	無・有(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 ナースコール /各居室 安否確認の方法・頻度等 定期巡回(夜間・深夜3回)は直接居室を巡回する	
同一敷地内の併施設又は事業所等の概要 ※6	訪問介護事業所(さくらんぼ武山 1461990407) 株式会社創生事業団	
有料老人ホーム事業の提携ホーム及び提携内容	-	

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 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(食費以外) ② 日割り計算で減額(食費のみ) 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 物価や人件費の変動、若しくは介護保険料改定等を勘案
	手続き方法 運営懇談会にて説明の上、入居者又は身元引受人の同意を得る

(2)前払い方式

費用の支払方法 ※9	前払金は一括払い。 月額利用料その他は、毎月の請求による月払い。 ※月額利用料その他費用の口座振替及び振込手数料はお客様負担
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 1,200,000 円
想定居住期間又は償却期間	5年(60か月)
算定の基礎(内訳)	当法人運営施設の年初居住継続率が5年後で概ね50%未満となる為60か月での償却とする。

解約時の返還金(算定方法等)	【返還金】 =1日当たりの利用料※1 × 契約の解除・終了日から償却期間満了日までの実日数 ※1 1日当たりの利用料=前払金÷全償却期間の日数 1円未満は切り上げ					
返還の対象とならない額の有無	<input checked="" type="radio"/> 無 ・ 有(円)					
初期償却の開始日	入居日の翌日					
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	158,800 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				
		建物管理費	介護費用	食費	家賃相当額	その他
	158,800円	58,000円	-	56,100円	44,700円	
算定根拠 ※11	建物管理費 内)維持管理費 光熱水費	共益費、光熱水費、建物保守に関する維持管理費				
	介護費用	-				
	食費	1,700円/日(税別) 【内訳 朝/420円、昼/750円、夕/530円】 ※昼食はおやつ代を含む。 ミキサー・流動食・半固形食等は別途追加料金あり。 欠食の場合は3日前までの申告によりキャンセルできるものとする。				
	家賃相当額	近隣相場より算出				
	その他	-				
月額利用料に含まれない実費負担等 ※12	介護保険自己負担費用、オムツ等の個別生活消耗品、医療費、医療機関への送迎日及び付添い料、治療食及び特別食、緊急時対応費、その他個人嗜好品の購入代、理美容費。					

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(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	月額利用料その他は、毎月の請求による月払い。 ※月額利用料その他費用の口座振替及び振込手数料はお客様負担					
敷金	無・有					
月額利用料	178,800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				
		建物管理費	介護費用	食費	家賃相当額	その他
	178,800円	58,000円	-	56,100円	64,700円	-
算定根拠 ※11	建物管理費 内)維持管理費 光熱水費	共益費、光熱水費、建物保守に関する維持管理費				
	介護費用	-				
	食費	1,700円/日(税別) 【内訳 朝/420円、昼/750円、夕/530円】 ※昼食はおやつ代を含む。 ミキサー・流動食・半固形食等は別途追加料金あり。 欠食の場合は3日前までの申告によりキャンセルできるものとする。				
	家賃相当額	近隣相場より算出				
	その他	-				
月額利用料に含まれない実費負担等 ※12	介護保険自己負担費用、オムツ等の個別生活消耗品、医療費、医療機関への送迎日及び付添い料、治療食及び特別食、緊急時対応費、その他個人嗜好品の購入代、理美容費。					

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(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

(4) 共通事項

改定ルール(勘案する要素及び改定手続等)	施設が所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数、及び人件費等を勘案の上、運営懇談会の意見を聴いて、同意をもって改定。
前払金の返還金の保全措置	無 (有) 保全措置の内容(西日本シティ銀行の連帯保証委託契約により当社倒産等により施設全入居者が退去せざるを得なくなった場合、保証の対象となります。倒産等が入居中の場合は「前払い金未償却残高」が、入居契約者へ支払われます。契約に必要な拠出金は、当社が全て負担致します。) 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・ (有) 有の場合の保険名(東京海上日動株式会社 賠償責任保険)
消費税の対象外とする利用料等	家賃相当額、建物管理費
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)	(無) ・有 有の場合は 別添短期利用のサービス等の概要 参照

4 サービスの内容

(1) 全体の方針

運営に関する方針	ご利用者の意思を尊重し、心身の向上、その置かれている環境等に応じて、要介護状態の悪化を予防するとともに、QOL 向上を目指してまいります。そして、ご利用者が自立した日常生活を営むことができることを目標といたします。 また、地域に開けた総合的ケアを目指し、関係行政機関、地域の保健・医療・福祉サービス団体等と緻密な連携を図り、総合的なサービス提供の調整に努めてまいります。
サービスの提供内容に関する特色	介護(当該施設は住宅型有料老人ホームであり原則として介護サービスは行わないので、入居者は弊社、または外部の訪問介護事業所等と個別に契約してサービスを受けることになります。) 健康管理・食事の提供・生活相談、助言・生活サービス・レクリエーション・その他の支援サービス
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	食費	材料費・調理に関わる人件費 朝食・昼食・夕食・おやつ
	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	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	① 施設のお客様相談・苦情窓口 担当者 秋山 正次 電話:046-855-0155 / FAX:046-855-0156 受付日 月曜日～土曜日 受付時間 午前9時～午後6時 ② その他第三者機関 横須賀市役所福祉部指導監査課 電話:046-822-8162	
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)	事故が発生した場合は、身元引受人(ご家族等)、及びお客様がお住いの市町村、居宅介護支援事業者等に早急に連絡するとともに、主治医等の指示を仰ぎ、救急要請等の必要な措置を講じます。	
事故発生の防止のための指針	無・有 <input checked="" type="radio"/>	
損害賠償(対応方針及び損害保険契約の概要等)	お客様に対して、当事業所の介護サービスにより賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。 (東京海上日動火災保険株式会社 賠償責任保険)	
(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 checked="" type="radio"/> ・有	
	入居者基金への加入 <input checked="" type="radio"/> ・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 H27.4.1
		結果の開示 無・有
第三者による評価の実施状況	有	実施日
		評価機関名称
		結果の開示 無・有

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	原則、居室
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)
	当施設には、一時介護室がございません。
	従前の居室から別の居室へ住み替える場合(同上)
	当施設には一般居室しかございませんが、健康状態、その他の理由により居室の変更が必要になった場合は、事業者の指定する医師、及び身元引受人と相談の上、一定の観察期間を置いて変更する場合がございます。
	提携ホームへ住み替える場合(同上)
	提携ホームなし

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	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、小児科、外科、整形外科、神経科、精神科、皮膚科、泌尿器科、婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科
	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	直線距離で約3.2km
	協力内容	日中の往診、夜間・休日等の急患対応及び受入れ。
協力医療機関(又は嘱託医)の概要及び協力内容	名称	医療法人洪庵会 クリニック油壺
	診療科目	内科
	所在地	神奈川県三浦市尾上町18
	距離及び所要時間	直線距離で約9.2km
	協力内容	訪問診療
協力医療機関(又は嘱託医)の概要及び協力内容	名称	公益社団法人 地域医療振興協会 横須賀市立市民病院
	診療科目	内科、呼吸器科、消化器内科、腎臓内科、循環器科、神経内科、血液内科、他 病床数482床
	所在地	神奈川県横須賀市長坂1-3-2
	距離及び所要時間	直線距離で2.5km
	協力内容	日中の往診、夜間・休日等の急患対応及び受入れ。
協力歯科医療機関(又は嘱託医)	名称	あつ歯科医院

託医)の概要及び協力内容	所在地	横須賀市平作8-20-15-3F
	距離及び所要時間	直線距離で約6.0km
	協力内容	歯科診療
協力歯科医療機関(又は嘱託医)の概要及び協力内容	名称	五十嵐歯科医院
	所在地	横須賀市東逸見町2-77
	距離及び所要時間	直線距離で約5.6km
	協力内容	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)	<p>病気または怪我により診断、治療が必要となった場合、職員が下記のサービスを提供します。但し、健康保険に基づく医療費の一部負担のほかに保険適用外の医療等については自己負担が生じる場合がありますのでご注意ください。</p> <p>①通院 通院可能な場合は、入居者のかかりつけの医師・病院、施設の協力医療機関・歯科医療機関または専門医への通院介助</p> <p>②入院 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、施設の協力医療機関等への入院介助</p> <p>③その他サービス 通院、入院、退院に際し、職員による事務手続きの代行、医療機関・歯科医療機関への付添い、入院中のお見舞い、郵便物・洗濯物のお届け、居室の換気等の支援、療養中の服薬支援等 また、急に身体の具合が悪くなった場合は、職員がその知らせにより適格かつ迅速に対応を行います。また、状況により医師と連絡をとり協力医療機関・歯科医療機関での救急治療、あるいは救急入院が受けられるよう計らいます。</p>	

7 入居状況等

(2024年7月1日現在)

入居者数及び定員	51人(定員 57人)	
入居者内訳	性別	男性 18人、女性 33人
	介護の 要否別	自立 1人 要介護 49人 (内訳)要介護1 17人 要介護2 8人 要介護3 7人 要介護4 13人 要介護5 4人
		要支援 1人 (内訳)要支援1 1人 要支援2 0人 未認定 0人
平均年齢	85.3歳(男性 83.3歳、女性 87.3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)	開催回数:年1回開催 参加者数:入居者/56名、家族/56名(書面開催) 議題等 :経営状況報告、事故・苦情報告、行政指導報告 等
---	---

8 職員体制

(2024年 7月 1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 (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人 ()			介護職員初任者研修修了
	生活相談員	0人 ()			
	直接処遇職員	28人 (28人)		3人(3人)	訪問介護事業所兼務
	介護職員	28人 (28人)		3人(3人)	訪問介護事業所兼務
	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	7人 (10人)			
	事務職員	2人 (0人)			
	その他職員	3人 (3人)			
合計	41人 (41人)			3人(3人)	

(2)職員の状況

管理者	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			0	2							
前年度1年間の退職者数			2	2							
業務に従事した経験年数に応じた職員	1年未満		0	0							
	1年以上3年未満		1	0							
	3年以上5年未満		1	3							
	5年以上										

	5年以上 10年未満			0	6						
	10年以上			8	9						
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 ※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数割合	:	:	:
常勤換算方法の考え方	常勤職員の週勤務時間 週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 6:00 ~ 15:00 日勤 9:00 ~ 18:00 遅番 10:00 ~ 19:00 夜勤 16:30 ~ 翌9:30		
	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	3人(人)
介護福祉士	19人(人)	介護職員初任者研修修了者	7人(人)
介護支援専門員	人(人)	資格なし	0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

<p>入居者の条件(年齢、心身の状況(自立・要支援・要介護)等)</p>	<p>自立、または概ね65歳以上で日常生活において介護を必要とし、要支援・要介護認定を受けている方</p>
<p>身元引受人等の条件及び義務等</p>	<p>血縁関係にあるもの、もしくは法的に認められた後見人</p>
<p>生活保護受給者の受入れ対応</p>	<p>否・可</p>
<p>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>	<p>(契約の終了) 第1条 次の各号のいずれかに該当する場合には、本契約は終了するものとします。 一 乙が死亡したとき 二 甲が本契約第 27 条(事業者からの契約解除)に基づき契約解除を通告し、予告期間が満了したとき 三 乙が本契約第 28 条(入居者からの契約解除)に基づき契約解除を行ったとき</p> <p>(事業者からの契約解除) 第2条 甲は、乙が次の各号いずれかに該当し、且つ、そのことが本契約をこれ以上将来にわたって維持することが社会通念上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。 一 入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき。 二 月額利用料、その他の費用の支払いを正当な理由なく、2ヶ月以上遅滞したとき。 三 乙の行動が、他の入居者又は従業員の生命に危害を及ぼし、又は、その危害の切迫した恐れがあり、かつ有料老人ホームにおける通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止することができないとき 四 乙の行動・病状が他の入居者の生活又は健康・心身に重大な影響を及ぼす恐れがあり、かつ乙に対する甲の通常の介護方法ではこれを防止することができないとき。(暴力、暴言、奇声、奇行、窃盗行為、他居室への無断侵入、伝染病、感染症等) 五 乙及びその家族又は身元引受人・返還金受取人・代理人(以下「身元引受人等」という)からの社会通念上良識を逸脱する苦情申し立てがあり、通常の解決方法ではそれを解決できない場合。 六 第 19 条(禁止又は制限される行為)の規定及び管理規程、その他施設が定める諸規則に違反があったとき。 七 天災地変、関係法令の改変、その他やむを得ない事由によって継続的な施設の運営が困難となっ</p>

		<p>たとき。</p> <p>2 前項の規定に基づく契約解除の場合は、甲は書面にて次の各号に掲げる手続きを行います。</p> <p>一 契約解除の通告について90日の予告期間をおく</p> <p>二 前号の通告に先立ち、乙及び身元引受人等に弁明の機会を設ける</p> <p>三 解除通告に伴う予告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、関係機関と協議し、移転先の確保において協力する。</p> <p>3 本条第1項第三号及び第四号によって契約を解除する場合には、甲は書面にて前項に加えて次の一 号及び二号に掲げる手続きを行います。</p> <p>一 医師の意見を聴く</p> <p>二 一定の観察期間をおく</p> <p>(入居者からの契約解除)</p> <p>第3条 乙は、甲に対して、少なくとも30日前に契約解除の申し入れを行うことにより、本契約を解約することができます。契約解除の申し入れは、甲の定める契約解除届を甲に届け出るものとします。</p> <p>2 乙が前項の契約解除届を提出しないで居室を退居した場合には、甲が乙の退居の事実を知った日の翌日から起算して30日を経過した時をもって、本契約は契約解除されたものと推定します。</p>	
前年度における 退居者の状況	退居先別の人数	自宅等	2人
		社会福祉施設	2人
		医療機関	5人
		死亡者	8人
		その他	2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) 他施設入居(老健、グループホーム等)	11人
体験入居の期間及び費用負担等		期間:6泊7日 10,000円(税別)/泊	

※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 あり 2 なし①

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	
介護を行う場所	居室・食堂・浴室	
	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 7:00~20:00 ・夜間 20:00~7:00	必要に応じて対応	
○食事介助 ○排泄 ・排泄介助 ・おむつ交換 ・おむつ代	必要に応じて対応	実費
○入浴等 ・清拭 ・一般浴介助 ・特浴介助		2,000円/1回
○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	必要に応じて対応	
○機能訓練		
○通院の介助		2,000円/時間
○緊急時対応 ・ナースコール ・緊急時対応	適宜対応	2,000円/時間
生活サービス ○家事 ・清掃 ・洗濯		清掃 1,000円/1回 洗濯 500円/1回
○居室配膳・下膳	必要時対応	
○理美容		実費
○代行 ・買物 ・役所手続		1,000円/1回
○リネンサービス		レンタル寝具 2,000円/月
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	適宜対応	実費/年×2回
入退院時、入院中のサービス ・医療費 ・移送サービス		実費 2,000円/時間

その他サービス ・行事、レクリエーション、外出同行	実費 2,000円/時間
------------------------------	-----------------

※上記一覧表に記載されている費用に関しては全て税込になります。

介 護 度	要支援（1～2）、要介護（1～5）	
介護を行う場所	居室・食堂・浴室	
	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 7:00～20:00 ・夜間 20:00～7:00	昼間3時間毎 夜間2時間毎及び 適宜	
○食事介助 ○排泄 ・排泄介助 ・おむつ交換 ・おむつ代	訪問計画に基づき実施	実費
○入浴等 ・清拭 ・一般浴介助 ・特浴介助	訪問計画に基づき実施	（要支援） 2,000円/1回
○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	必要に応じて対応	
○機能訓練		
○通院の介助		2,000円/時間
○緊急時対応 ・ナースコール ・緊急時対応	適宜対応	2,000円/時間
生活サービス ○家事 ・清掃 ・洗濯	訪問計画に基づき実施	（要支援） 清掃 1,000円/1回 洗濯 500円/1回
○居室配膳・下膳	必要時対応	
○理美容		実費
○代行 ・買物 ・役所手続		1,000円/1回
○リネンサービス		レンタル寝具 2,000円/月
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	適宜対応	実費/年×2回
		実費/月×2回

入退院時、入院中のサービス ・医療費 ・移送サービス		実費 2,000円/時間
その他サービス ・行事、レクリエーション、外出同行		実費 2,000円/時間

※上記一覧表に記載されている費用に関しては全て税込になります。

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 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 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でない。 <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)	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	有	適合	<input type="checkbox"/> 居室のある階ごとに設置していない	
10	看護・介護職員室	有	適合	(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	
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"/> 両側に手すりがない。 <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。