

# 重要事項説明書

Ver 1.2

|           |           |
|-----------|-----------|
| 記入年月日     | 2025年5月1日 |
| 記入者名      | 安中 恒雄     |
| 所属・職名     | 支配人       |
| 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                   | 5 営利法人                      |
| 名称         | (ふりがな) かぶしきがいしゃ はーふ・せんちゅりー・もあ |                             |
|            | 株式会社 ハーフ・センチュリー・モア            |                             |
| 法人番号       | 法人番号有無                        | 1 有                         |
|            | 法人番号                          | 7010401023889               |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 107 - 6030                  |                             |
|            | 東京都港区赤坂1丁目12番32号 アーク森ビル30階    |                             |
| 連絡先        | 電話番号                          | 03 - 3503 - 6688            |
|            | FAX番号                         | 03 - 3505 - 6198            |
|            | 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                    | https:// www.hcm-suncity.jp |
| 代表者        | 氏名                            | 金澤 王生                       |
|            | 職名                            | 代表取締役社長                     |
| 設立年月日      | 1979年5月25日                    |                             |
| 主な実施事業     | ※別添1 (別の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)さんしていかながわ  |                                                                                                              |                                     |      |            |      |   |
|               | サンシティ神奈川         |                                                                                                              |                                     |      |            |      |   |
| 所在地           | 〒                | 257                                                                                                          | -                                   | 0013 |            |      |   |
|               | 神奈川県秦野市南が丘4丁目4番地 |                                                                                                              |                                     |      |            |      |   |
| 所在地（建物名等）     |                  |                                                                                                              |                                     |      |            |      |   |
| 市区町村コード       | 都道府県             | 神奈川県                                                                                                         |                                     | 市区町村 | 142115 秦野市 |      |   |
| 主な利用交通手段      | 最寄駅              | 小田急線・秦野駅 駅                                                                                                   |                                     |      |            |      |   |
|               | 交通手段と所要時間        | ①バス利用の場合<br>・小田急線「秦野」駅下車、神奈中バス「南が丘公園前」行きにて約5分、「南が丘センター」下車、徒歩約3分（約240m）<br>②自動車利用の場合<br>・東名高速道路「秦野中井」I.Cより約3分 |                                     |      |            |      |   |
| 連絡先           | 電話番号             | 0463                                                                                                         | -                                   | 84   | -          | 8111 |   |
|               | FAX番号            | 0463                                                                                                         | -                                   | 84   | -          | 8112 |   |
|               | 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       | https://                                                                                                     | hcm-suncity.co.jp/suncity/kanagawa/ |      |            |      |   |
| 管理者           | 氏名               | 安中 恒雄                                                                                                        |                                     |      |            |      |   |
|               | 職名               | 支配人                                                                                                          |                                     |      |            |      |   |
| 建物の竣工日        |                  | 1996                                                                                                         | 年                                   | 5    | 月          | 31   | 日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 |                  | 1996                                                                                                         | 年                                   | 6    | 月          | 22   | 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                    | 1472800208 |   |   |   |      |
|                | 指定した自治体名                     | 神奈川県       |   |   |   |      |
|                | 事業所の指定日                      | 2000       | 年 | 2 | 月 | 1 日  |
|                | 指定の更新日（直近）                   | 2020       | 年 | 3 | 月 | 30 日 |

3 建物概要

|    |      |                          |                         |
|----|------|--------------------------|-------------------------|
| 土地 | 敷地面積 | 20396.27                 | m <sup>2</sup>          |
|    | 所有関係 | 2 事業者が賃借する土地             |                         |
|    |      | 2 事業者が賃借する土地の場合          |                         |
|    |      | 賃貸の種別                    | 1 普通賃借                  |
|    |      | 抵当権の有無                   | 2 なし                    |
|    |      | 契約期間                     | 1 あり                    |
|    |      |                          | 開始                      |
|    |      |                          | 2003 年 4 月 28 日         |
|    |      |                          | 終了                      |
| 建物 | 延床面積 | 全体                       | 35650.65 m <sup>2</sup> |
|    |      | うち、老人ホーム部分               | 7538.19 m <sup>2</sup>  |
|    | 耐火構造 | 1 耐火建築物                  |                         |
|    |      | 3 その他の場合                 |                         |
|    | 構造   | 4 その他                    |                         |
|    |      | 4 その他の場合                 |                         |
|    |      | 鉄骨鉄筋コンクリート造（一部鉄筋コンクリート造） |                         |

|       |                |                 |     |                 |                |       |           |
|-------|----------------|-----------------|-----|-----------------|----------------|-------|-----------|
|       | 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 普通賃借          |                |       |           |
|       |                | 抵当権の有無          |     | 2 なし            |                |       |           |
|       |                | 契約期間            |     | 1 あり            |                |       |           |
|       |                |                 |     | 開始              |                |       |           |
|       |                |                 |     | 2003 年 4 月 28 日 |                |       |           |
|       |                |                 |     | 終了              |                |       |           |
|       |                |                 |     | 2028 年 4 月 27 日 |                |       |           |
|       |                | 契約の自動更新         |     | 1 あり            |                |       |           |
| 居室の状況 | 居室区分<br>【表示事項】 | 2 相部屋あり         |     |                 |                |       |           |
|       |                | 2 相部屋ありの場合      |     |                 |                |       |           |
|       |                | 最少              |     | 1 人部屋           |                |       |           |
|       |                | 最大              |     | 2 人部屋           |                |       |           |
|       |                | トイレ             | 浴室  | 面積              |                | 戸数・室数 | 区分        |
|       | タイプ1           | 1 有             | 1 有 | 50.2            | m <sup>2</sup> | 355   | 1 一般居室個室  |
|       | タイプ2           | 1 有             | 2 無 | 18.48           | m <sup>2</sup> | 37    | 5 一時介護室   |
|       | タイプ3           | 1 有             | 2 無 | 32.42           | m <sup>2</sup> | 10    | 5 一時介護室   |
|       | タイプ4           | 1 有             | 2 無 | 23.3            | m <sup>2</sup> | 8     | 3 介護居室個室  |
|       | タイプ5           | 1 有             | 2 無 | 30.52           | m <sup>2</sup> | 5     | 4 介護居室相部屋 |
|       | タイプ6           |                 |     |                 | m <sup>2</sup> |       |           |
|       | タイプ7           |                 |     |                 | m <sup>2</sup> |       |           |
|       | タイプ8           |                 |     |                 | m <sup>2</sup> |       |           |
|       | タイプ9           |                 |     |                 | m <sup>2</sup> |       |           |
|       | タイプ10          |                 |     |                 | m <sup>2</sup> |       |           |

|             |                      |               |         |                 |    |    |  |
|-------------|----------------------|---------------|---------|-----------------|----|----|--|
| 共用施設        | 共用便所における<br>便房       | 18            | ヶ所      | うち男女別の対応が可能な便房  | 10 | ヶ所 |  |
|             |                      |               |         | うち車椅子等の対応が可能な便房 | 7  | ヶ所 |  |
|             | 共用浴室                 | 1             | ヶ所      | 個室              |    | ヶ所 |  |
|             |                      |               |         | 大浴場             | 1  | ヶ所 |  |
|             | 共用浴室における<br>介護浴槽     | 3             | ヶ所      | チェアー浴           | 1  | ヶ所 |  |
|             |                      |               |         | リフト浴            | 1  | ヶ所 |  |
|             |                      |               |         | ストレッチャー浴        | 1  | ヶ所 |  |
|             |                      |               |         | その他      ステップ浴  | 1  | ヶ所 |  |
|             | 食堂                   | 1             | あり      |                 |    |    |  |
|             | 入居者や家族が利用<br>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<br>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<br>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        | 別添3 ①                                                                                                                           |
| サービスの提供内容に関する特色 | 入居者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。スタッフは、入居者がその有する能力に応じ、特に介護予防にあつては出来る限り要介護状態とならないで、日常生活を営む事ができるよう支援するとともに、介護度の進行の予防に努めます。 |
| 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    | 2 委託                                                                                                                            |
| 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<br>の加算の対象となるサ<br>ービスの体制の有無 | 入居継続支援加算 (Ⅰ)                                               | 2 なし |
|                                        | 入居継続支援加算 (Ⅱ)                                               | 2 なし |
|                                        | 生活機能向上連携加算 (Ⅰ)                                             | 2 なし |
|                                        | 生活機能向上連携加算 (Ⅱ)                                             | 2 なし |
|                                        | 個別機能訓練加算 (Ⅰ)                                               | 1 あり |
|                                        | 個別機能訓練加算 (Ⅱ)                                               | 1 あり |
|                                        | ADL維持等加算 (Ⅰ)                                               | 1 あり |
|                                        | ADL維持等加算 (Ⅱ)                                               | 2 なし |
|                                        | 夜間看護体制加算 (Ⅰ)                                               | 1 あり |
|                                        | 夜間看護体制加算 (Ⅱ)                                               | 2 なし |
|                                        | 若年性認知症入居者受入加算                                              | 2 なし |
|                                        | 協力医療機関連携加算<br>(相談・診療を行う体制を常時<br>確保している協力医療機関と連<br>携している場合) | 1 あり |
|                                        | 協力医療機関連携加算<br>(上記以外の協力医療機関と連<br>携している場合)                   | 2 なし |
|                                        | 口腔・栄養スクリーニング加算                                             | 2 なし |
|                                        | 科学的介護推進体制加算                                                | 1 あり |
|                                        | 退院・退所時連携加算                                                 | 1 あり |
|                                        | 退居時情報提供加算                                                  | 1 あり |
|                                        | 看取り介護加算 (Ⅰ)                                                | 2 なし |
|                                        | 看取り介護加算 (Ⅱ)                                                | 1 あり |
|                                        | 認知症専門ケア加算 (Ⅰ)                                              | 2 なし |
|                                        | 認知症専門ケア加算 (Ⅱ)                                              | 2 なし |
|                                        | 高齢者施設等感染対策向上加算<br>(Ⅰ)                                      | 1 あり |
|                                        | 高齢者施設等感染対策向上加算<br>(Ⅱ)                                      | 1 あり |
|                                        | 新興感染症等施設療養費                                                | 1 あり |
|                                        | 生産性向上推進体制加算 (Ⅰ)                                            | 2 なし |
|                                        | 生産性向上推進体制加算 (Ⅱ)                                            | 2 なし |

|                      |               |         |     |    |
|----------------------|---------------|---------|-----|----|
|                      | サービス提供体制強化加算  | (Ⅰ)     | 1   | あり |
|                      |               | (Ⅱ)     | 2   | なし |
|                      |               | (Ⅲ)     | 2   | なし |
|                      | 介護職員等処遇改善加算   | (Ⅰ)     | 1   | あり |
|                      |               | (Ⅱ)     | 2   | なし |
|                      |               | (Ⅲ)     | 2   | なし |
|                      |               | (Ⅳ)     | 2   | なし |
|                      |               | (Ⅴ)(1)  | 2   | なし |
|                      |               | (Ⅴ)(2)  | 2   | なし |
|                      |               | (Ⅴ)(3)  | 2   | なし |
|                      |               | (Ⅴ)(4)  | 2   | なし |
|                      |               | (Ⅴ)(5)  | 2   | なし |
|                      |               | (Ⅴ)(6)  | 2   | なし |
|                      |               | (Ⅴ)(7)  | 2   | なし |
|                      |               | (Ⅴ)(8)  | 2   | なし |
|                      |               | (Ⅴ)(9)  | 2   | なし |
|                      |               | (Ⅴ)(10) | 2   | なし |
|                      |               | (Ⅴ)(11) | 2   | なし |
|                      |               | (Ⅴ)(12) | 2   | なし |
|                      |               | (Ⅴ)(13) | 2   | なし |
| (Ⅴ)(14)              | 2             | なし      |     |    |
| 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) | 1.5     | : 1 |    |

(医療連携の内容)

|                    |                       |          |  |  |
|--------------------|-----------------------|----------|--|--|
| 医療支援<br><br>※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   | 【秦野メディカルクリニック】 小川 裕           |      |
|  |   | 住所   | 同一建物内                         |      |
|  |   | 診療科目 | 内科・精神科                        |      |
|  |   | 協力科目 | 日常的な健康相談、治療、病院紹介、健康診断 他       |      |
|  |   | 協力内容 | 入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 | 1 あり |
|  |   |      | 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保   | 1 あり |

|        |   |      |                                                                                   |      |
|--------|---|------|-----------------------------------------------------------------------------------|------|
| 協力医療機関 | 2 | 名称   | 【聖マリアンナ医科大学病院】                                                                    |      |
|        |   | 住所   | 神奈川県川崎市宮前区菅生2-16-1                                                                |      |
|        |   | 診療科目 | 総合診療内科, 呼吸器内科, 循環器内科, 消化器, 肝臓内科, リウマチ・膠原病・アレルギー内科, 神経内科, 整形外科, 形成外科, 皮膚科, 耳鼻咽喉科 他 |      |
|        |   | 協力科目 |                                                                                   |      |
|        |   | 協力内容 | 入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保                                                     | 1 あり |
|        |   |      | 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保                                                       | 1 あり |
|        | 3 | 名称   |                                                                                   |      |
|        |   | 住所   |                                                                                   |      |
|        |   | 診療科目 |                                                                                   |      |
|        |   | 協力科目 |                                                                                   |      |
|        |   | 協力内容 | 入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保                                                     |      |
|        |   |      | 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保                                                       |      |
|        |   | 名称   |                                                                                   |      |
|        |   | 住所   |                                                                                   |      |

|         |                        |                       |                               |         |
|---------|------------------------|-----------------------|-------------------------------|---------|
|         | 4                      | 診療科目                  |                               |         |
|         |                        | 協力科目                  |                               |         |
|         |                        | 協力内容                  | 入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 |         |
|         |                        |                       | 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保   |         |
|         | 5                      | 名称                    |                               |         |
|         |                        | 住所                    |                               |         |
|         |                        | 診療科目                  |                               |         |
|         |                        | 協力科目                  |                               |         |
|         | 協力内容                   |                       | 入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 |         |
|         |                        |                       | 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保   |         |
|         | 新興感染症発生時に対応を行う医療機関との連携 |                       |                               | 1 ありの場合 |
|         |                        | 1                     | 医療機関の名称                       |         |
| 医療機関の住所 |                        |                       |                               |         |
| 1       |                        | 名称                    | 【医療法人社団 厚誠会】                  |         |
|         | 住所                     | 神奈川県厚木市旭町2-8-21YSビル3階 |                               |         |

|              |   |      |                      |
|--------------|---|------|----------------------|
| 協力歯科医<br>療機関 |   | 協力内容 | 週1回の訪問診療（介護フロア利用者対象） |
|              | 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<br>※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     |  |
| 判断基準の内容                  | 別添3 ②        |         |  |
| 手続きの内容                   | 別添3 ②        |         |  |
| 追加的費用の有無                 | 2 なし         |         |  |
| 居室利用権の取扱い                | 別添3 ②        |         |  |
| 前払金償却の調整の有無              | 1 あり         |         |  |
| 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        | 2 なし    |  |
|                          | 浴室の変更        | 1 あり    |  |
|                          | 洗面所の変更       | 2 なし    |  |
|                          | 台所の変更        | 1 あり    |  |
|                          | その他の変更       |         |  |
|                          |              | 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<br>【表示事項】 | 自立している者                                                                                              | 1    あり                                        |    |
|                    | 要支援の者                                                                                                | 2    なし                                        |    |
|                    | 要介護の者                                                                                                | 2    なし                                        |    |
| 留意事項               | 別添3    ③                                                                                             |                                                |    |
| 契約解除の内容            | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 死亡退去</li> <li>・ 事業者からの契約解除</li> <li>・ 入居者からの契約解除</li> </ul> |                                                |    |
| 事業主体から解約を求め<br>る場合 | 解約条項                                                                                                 | 別添3    ④                                       |    |
|                    | 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)                                                                                                 | 期間：2泊3日を上限とする。<br>費用：1泊2日    2食付    7,150円（税込） |    |
| 入居定員               | 490                                                                                                  |                                                | 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<br>※1 ※2 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----|-----|-----------------|
|                                                                                                  | 合計       | 常勤 | 非常勤 |                 |
| 管理者                                                                                              | 1        | 1  |     |                 |
| 生活相談員                                                                                            | 14       | 14 |     | 13.5            |
| 直接処遇職員                                                                                           | 38       | 26 | 12  | 33.5            |
| 介護職員                                                                                             | 28       | 21 | 7   | 25.1            |
| 看護職員                                                                                             | 10       | 5  | 5   | 8.4             |
| 機能訓練指導員                                                                                          | 2        | 2  |     |                 |
| 計画作成担当者                                                                                          | 2        | 2  |     |                 |
| 栄養士                                                                                              | 2        | 2  |     |                 |
| 調理員                                                                                              | 89       | 12 | 77  |                 |
| 事務員                                                                                              | 11       | 8  | 3   |                 |
| その他職員                                                                                            | 26       | 15 | 11  |                 |
| 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     |    |    |     |
| 介護福祉士     | 17 | 15 | 2   |
| 実務者研修の修了者 | 1  | 1  |     |
| 初任者研修の修了者 | 15 | 13 | 2   |
| 介護支援専門員   | 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 |     |
|-------------|----|----|-----|-----|-----|
|             |    | 常勤 | 非常勤 | 常勤  | 非常勤 |
| 看護師又は准看護師   |    |    |     |     |     |
| 理学療法士       | 2  | 2  |     |     |     |
| 作業療法士       | 1  | 1  |     |     |     |
| 言語聴覚士       |    |    |     |     |     |
| 柔道整復士       |    |    |     |     |     |
| あん摩マッサージ指圧師 |    |    |     |     |     |
| はり師         |    |    |     |     |     |
| きゅう師        |    |    |     |     |     |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

|          |                          |   |   |                 |   |   |
|----------|--------------------------|---|---|-----------------|---|---|
| 夜勤帯の設定時間 | ( 16 時 30 分 ~ 9 時 30 分 ) |   |   |                 |   |   |
|          | 平均人数                     |   |   | 最少時人数 (休憩者等を除く) |   |   |
| 看護職員     | 1                        | 人 | 1 | 人               | 人 | 人 |
| 介護職員     | 2                        | 人 | 2 | 人               | 人 | 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<br>(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※<br>【表示事項】              | a 1.5 : 1 以上 |     |
|                                                         | 実際の配置比率<br>(記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数) | 1.3          | : 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<br>(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    | 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<br>資格等 |     | 2 なし    |     |       |     |         |     |         |     |
|                                                          |                 |              |     | 1 ありの場合 |     |       |     |         |     |         |     |
|                                                          |                 |              |     | 資格等の名称  |     |       |     |         |     |         |     |
|                                                          |                 | 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                                              |                 | 1            |     | 5       |     | 5     |     |         |     |         |     |
| 前年度1年間の退職者数                                              |                 |              |     | 7       | 3   | 3     |     | 2       |     | 1       |     |
| に業<br>応務<br>じに<br>た従<br>職事<br>員し<br>のた<br>人経<br>数験<br>年数 | 1 年未満           | 1            |     | 2       |     | 2     |     |         |     |         |     |
|                                                          | 1 年以上<br>3 年未満  | 3            | 1   | 5       | 3   | 4     |     | 1       |     | 1       |     |
|                                                          | 3 年以上<br>5 年未満  | 1            |     | 1       |     |       |     |         |     |         |     |
|                                                          | 5 年以上<br>10 年未満 |              | 2   | 6       | 2   | 2     |     |         |     |         |     |
|                                                          | 10 年以上          | 1            | 2   | 8       | 2   | 5     |     | 1       |     | 1       |     |
| 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<br>【表示事項】          |     | 1 利用権方式                                                |
| 利用料金の支払い方式<br>【表示事項】       |     | 4 選択方式                                                 |
|                            |     | 4 選択方式の場合、該当する方式を全て選択                                  |
|                            |     | <input type="radio"/> 全額前払い方式                          |
|                            |     | <input type="checkbox"/> 一部前払い・一部月払い方式                 |
|                            |     | <input type="radio"/> 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              |     | 2 なし                                                   |
| 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 日以上                                              |
| 利用料金の改定                    | 条件  | 管理費・食費については、人件費、物価の変動、提供する サービス形態の変更、コストの見直し等により改訂します。 |
|                            | 手続き | 運営懇談会の意見も聞いた上で改定するものとします。                              |

(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             |      | 自立（一人入居） |                | 自立（二人入居） |                |
|            | 年齢               |      | 70       | 歳              | 70       | 歳              |
| 居室の状況      | 床面積              |      | 50.2     | m <sup>2</sup> | 50.2     | m <sup>2</sup> |
|            | 便所               |      | 1        | 有              | 1        | 有              |
|            | 浴室               |      | 1        | 有              | 1        | 有              |
|            | 台所               |      | 1        | 有              | 1        | 有              |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金              |      | 47600000 | 円              | 64200000 | 円              |
|            | 敷金               |      |          | 円              |          | 円              |
| 月額費用の合計    |                  |      | 198990   | 円              | 397980   | 円              |
| 家賃         |                  |      | 入居一時金に含む | 円              | 入居一時金に含む | 円              |
| サービス費用     | 特定施設入居者生活介護※1の費用 |      |          | 円              |          | 円              |
|            | 介護保険外※2          | 食費   | 63690    | 円              | 127380   | 円              |
|            |                  | 管理費  | 135300   | 円              | 270600   | 円              |
|            |                  | 介護費用 | －        | 円              | －        | 円              |
|            |                  | 光熱水費 | 実費負担     | 円              | 実費負担     | 円              |
|            |                  | その他  |          | 円              |          | 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                            | 終身にわたる入居一時金を前払として受領しているため、月払いの家賃相当額の支払いは不要です。 |
| 敷金                            | 家賃のヶ月分                                        |
| 介護費用<br>※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 | 不要（介護保険に係る利用料は別途実費負担）                         |

|                      |                                                                                                                                                  |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 管理費                  | 共用部分の光熱水費・維持管理費・事務費・事務管理部門の人件費・生活サービス部門の人件費                                                                                                      |
| 食費                   | 別添3 ⑤                                                                                                                                            |
| 光熱水費                 | 一般居室内の光熱水費、電話代などは別途実費負担                                                                                                                          |
| 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          | 居室内の電話代, NHK等の放送受信料, 駐車場料金(6,600円/月), トランクルーム利用料(2,750円～4,950円/月), 参加任意のイベント参加料, アラカルトサービス利用料, 介護用品費, 医療機関で診療を受けた費用, 介護保険利用時の自己負担分(代理受領時)等※金額は税込 |

(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                      | 基本報酬、および前掲の加算の利用者負担分 |
| 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） | 健康管理費の算定根拠に準じる       |
| ※ 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                                | 別添⑥    |
| 想定居住期間（償却年月数）                       | 180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） | 別添3 ⑦円 |
| 初期償却率                               | 15%    |

|              |                    |  |       |
|--------------|--------------------|--|-------|
| 返還金の算<br>定方法 | 入居後 3 月以内の契約終了     |  | 別添3 ⑧ |
|              | 入居後 3 月を超えた契約終了    |  | 別添3 ⑨ |
| 前払金の保<br>全先  | 1 全国有料老人ホーム協会      |  |       |
|              | 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         | 122 | 人 |
|       | 女性         | 238 | 人 |
| 年齢別   | 65歳未満      | 0   | 人 |
|       | 65歳以上75歳未満 | 20  | 人 |
|       | 75歳以上85歳未満 | 140 | 人 |
|       | 85歳以上      | 200 | 人 |
| 要介護度別 | 自立         | 314 | 人 |
|       | 要支援 1      | 0   | 人 |
|       | 要支援 2      | 1   | 人 |
|       | 要介護 1      | 3   | 人 |
|       | 要介護 2      | 14  | 人 |
|       | 要介護 3      | 7   | 人 |
|       | 要介護 4      | 18  | 人 |
|       | 要介護 5      | 3   | 人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満      | 17  | 人 |
|       | 6ヶ月以上1年未満  | 9   | 人 |
|       | 1年以上5年未満   | 61  | 人 |
|       | 5年以上10年未満  | 127 | 人 |
|       | 10年以上15年未満 | 64  | 人 |
|       | 15年以上      | 82  | 人 |

### （入居者の属性）

|                                                 |      |   |
|-------------------------------------------------|------|---|
| 平均年齢                                            | 85.3 | 歳 |
| 入居者数の合計                                         | 360  | 人 |
| 入居率※                                            | 80.3 | % |
| ※ 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      | 8                         | 人 |
|         | 社会福祉施設   | 0                         | 人 |
|         | 医療機関     | 0                         | 人 |
|         | 死亡       | 41                        | 人 |
|         | その他      |                           | 人 |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出  |                           | 人 |
|         |          | (解約事由の例)                  |   |
|         | 入居者側の申し出 | 8                         | 人 |
|         |          | (解約事由の例)<br>・ ご家族の事情により退去 |   |

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    |       | 施設担当者：安中 恒雄 |   |    |   |      |    |   |   |   |  |
| 電話番号     |       | 0463        | - | 84 | - | 8111 |    |   |   |   |  |
| 対応している時間 | 平日    | 9           | 時 | 0  | 分 | ～    | 17 | 時 | 0 | 分 |  |
|          | 土曜    |             | 時 |    | 分 | ～    |    | 時 |   | 分 |  |
|          | 日曜・祝日 |             | 時 |    | 分 | ～    |    | 時 |   | 分 |  |
| 定休日      |       | 無休          |   |    |   |      |    |   |   |   |  |

窓口2

|          |       |                          |   |   |   |     |    |   |   |     |  |
|----------|-------|--------------------------|---|---|---|-----|----|---|---|-----|--|
| 窓口の名称    |       | (株)ハーフ・センチュリー・モア コールセンター |   |   |   |     |    |   |   |     |  |
| 電話番号     |       | 0120                     |   | - |   | 630 |    | - |   | 950 |  |
| 対応している時間 | 平日    | 9                        | 時 | 0 | 分 | ～   | 17 | 時 | 0 | 分   |  |
|          | 土曜    |                          | 時 |   | 分 | ～   |    | 時 |   | 分   |  |
|          | 日曜・祝日 |                          | 時 |   | 分 | ～   |    | 時 |   | 分   |  |
| 定休日      |       | 土・日・祝日・年末年始              |   |   |   |     |    |   |   |     |  |

窓口3

|          |       |                    |   |   |   |      |    |   |    |      |  |
|----------|-------|--------------------|---|---|---|------|----|---|----|------|--|
| 窓口の名称    |       | 公益社団法人 全国有料老人ホーム協会 |   |   |   |      |    |   |    |      |  |
| 電話番号     |       | 03                 |   | - |   | 5207 |    | - |    | 2761 |  |
| 対応している時間 | 平日    | 9                  | 時 | 0 | 分 | ～    | 17 | 時 | 30 | 分    |  |
|          | 土曜    |                    | 時 |   | 分 | ～    |    | 時 |    | 分    |  |
|          | 日曜・祝日 |                    | 時 |   | 分 | ～    |    | 時 |    | 分    |  |
| 定休日      |       | 火・木・土・日・祝日・年末年始    |   |   |   |      |    |   |    |      |  |

窓口4

|          |       |                       |   |    |   |     |    |   |    |      |  |
|----------|-------|-----------------------|---|----|---|-----|----|---|----|------|--|
| 窓口の名称    |       | 神奈川県福祉子どもみらい局福祉部高齢福祉課 |   |    |   |     |    |   |    |      |  |
| 電話番号     |       | 045                   |   | -  |   | 210 |    | - |    | 1111 |  |
| 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・日・祝日・年末年始           |   |    |   |     |    |   |    |      |  |

窓口5

|          |       |          |   |    |   |    |    |   |   |      |  |
|----------|-------|----------|---|----|---|----|----|---|---|------|--|
| 窓口の名称    |       | 秦野市高齢介護課 |   |    |   |    |    |   |   |      |  |
| 電話番号     |       | 0463     |   | -  |   | 82 |    | - |   | 9616 |  |
| 対応している時間 | 平日    | 8        | 時 | 30 | 分 | ～  | 17 | 時 | 0 | 分    |  |
|          | 土曜    |          | 時 |    | 分 | ～  |    | 時 |   | 分    |  |
|          | 日曜・祝日 |          | 時 |    | 分 | ～  |    | 時 |   | 分    |  |
| 定休日      |       |          |   |    |   |    |    |   |   |      |  |

(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    | 有料老人ホーム賠償責任保険制度 |
| 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    | 有料老人ホーム賠償責任保険制度 |
| 事故対応及びその予防のための指針              |         |                 |

(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 ありの場合 |      |
|                                  | 実施日     | 常時   |
|                                  | 結果の開示   | 1 あり |
| 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 | 2 入居希望者に交付 |
| 管理規程     | 2 入居希望者に交付 |
| 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 12 回                                 |         |
|                   | 2 なしの場合                                       |         |
|                   | 1 代替措置ありの場合                                   |         |
|                   |                                               | (内容)    |
|                   |                                               |         |
| 高齢者虐待防止のための取組の状況  | 高齢者虐待防止対策検討委員会の定期的な開催                         | 1 あり    |
|                   | 指針の整備                                         | 1 あり    |
|                   | 研修の定期的な実施                                     | 1 あり    |
|                   | 担当者の配置                                        | 1 あり    |
| 身体的拘束等廃止のための取組の状況 | 身体拘束適正化委員会の開催                                 | 1 あり    |
|                   | 指針の整備                                         | 1 あり    |
|                   | 研修の実施                                         | 1 あり    |
|                   | 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)   | 1 あり    |
|                   |                                               | 1 ありの場合 |
|                   | 身体的拘束等を行う場合の態様、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 | 1 あり    |
| 業務継続計画の策定状況       | 感染症に関する業務継続計画 (BCP)                           | 1 あり    |
|                   | 災害に関する業務継続計画 (BCP)                            | 1 あり    |
|                   | 従業員に対する周知の実施                                  | 1 あり    |

|                                                          |                   |                                        |   |    |  |  |
|----------------------------------------------------------|-------------------|----------------------------------------|---|----|--|--|
| 等                                                        | 定期的な研修の実施         |                                        | 1 | あり |  |  |
|                                                          | 定期的な訓練の実施         |                                        | 1 | あり |  |  |
|                                                          | 定期的な見直し           |                                        | 1 | あり |  |  |
| 提携ホームへの移行<br>【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<br>老人福祉法第29条第1項<br>に規定する届出                   | 1 あり              |                                        |   |    |  |  |
| 高齢者の居住の安定確保<br>に関する法律第5条第1<br>項に規定するサービス付<br>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<br>指導指針「5. 規模及び<br>構造設備」に合致しない<br>事項         | 2 なし              |                                        |   |    |  |  |
|                                                          | 1 ありの場合           |                                        |   |    |  |  |
|                                                          |                   | 合致しない事項が<br>ある場合の内容                    |   |    |  |  |
|                                                          |                   | 「6. 既存建築物<br>等の活用の場合等<br>の特例」への適合<br>性 |   |    |  |  |
| 有料老人ホーム設置運営<br>指導指針の不適合事項                                |                   |                                        |   |    |  |  |
|                                                          | 不適合事項がある<br>場合の内容 |                                        |   |    |  |  |

備考

|  |
|--|
|  |
|--|

添付書類： 別添 1（別に実施する介護サービス一覧表）  
別添 2（個別選択による介護サービス一覧表）

※ \_\_\_\_\_ 様

説明年月日                      年    月    日

説明者署名 \_\_\_\_\_

※ 契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

別添 1 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市内で実施する他の介護サービス等

| 介護サービスの種類        | 有無  | 主な事業所の名称 | 所在地               | 併設 | 隣接 |
|------------------|-----|----------|-------------------|----|----|
| <居宅サービス>         |     |          |                   |    |    |
| 訪問介護             | 2 無 |          |                   |    |    |
| 訪問入浴介護           | 2 無 |          |                   |    |    |
| 訪問看護             | 2 無 |          |                   |    |    |
| 訪問リハビリテーション      | 2 無 |          |                   |    |    |
| 居宅療養管理指導         | 2 無 |          |                   |    |    |
| 通所介護             | 2 無 |          |                   |    |    |
| 通所リハビリテーション      | 2 無 |          |                   |    |    |
| 短期入所生活介護         | 2 無 |          |                   |    |    |
| 短期入所療養介護         | 2 無 |          |                   |    |    |
| 特定施設入居者生活介護      | 1 有 | サンシティ横浜  | 横浜市保土ヶ谷区仏向町1625-1 |    |    |
| 福祉用具貸与           | 2 無 |          |                   |    |    |
| 特定福祉用具販売         | 2 無 |          |                   |    |    |
| <地域密着型サービス>      |     |          |                   |    |    |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | 2 無 |          |                   |    |    |
| 夜間対応型訪問介護        | 2 無 |          |                   |    |    |



|                      |     |         |                   |  |  |
|----------------------|-----|---------|-------------------|--|--|
| 地域密着型通所介護            | 2 無 |         |                   |  |  |
| 認知症対応型通所介護           | 2 無 |         |                   |  |  |
| 小規模多機能型居宅介護          | 2 無 |         |                   |  |  |
| 認知症対応型共同生活介護         | 2 無 |         |                   |  |  |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護     | 2 無 |         |                   |  |  |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | 2 無 |         |                   |  |  |
| 看護小規模多機能型居宅介護        | 2 無 |         |                   |  |  |
| 居宅介護支援               | 2 無 |         |                   |  |  |
| ＜居宅介護予防サービス＞         |     |         |                   |  |  |
| 介護予防訪問入浴介護           | 2 無 |         |                   |  |  |
| 介護予防訪問看護             | 2 無 |         |                   |  |  |
| 介護予防訪問リハビリテーション      | 2 無 |         |                   |  |  |
| 介護予防居宅療養管理指導         | 2 無 |         |                   |  |  |
| 介護予防通所リハビリテーション      | 2 無 |         |                   |  |  |
| 介護予防短期入所生活介護         | 2 無 |         |                   |  |  |
| 介護予防短期入所療養介護         | 2 無 |         |                   |  |  |
| 介護予防特定施設入居者生活介護      | 1 有 | サンシティ横浜 | 横浜市保土ヶ谷区仏向町1625-1 |  |  |

|                   |     |  |  |  |  |
|-------------------|-----|--|--|--|--|
| 介護予防福祉用具貸与        | 2 無 |  |  |  |  |
| 特定介護予防福祉用具販売      | 2 無 |  |  |  |  |
| <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    | 2 無 |  |  |  |  |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護   | 2 無 |  |  |  |  |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護  | 2 無 |  |  |  |  |
| 介護予防支援            | 2 無 |  |  |  |  |
| <介護保険施設>          |     |  |  |  |  |
| 介護老人福祉施設          | 2 無 |  |  |  |  |
| 介護老人保健施設          | 2 無 |  |  |  |  |
| 介護医療院             | 2 無 |  |  |  |  |
| <介護予防・日常生活支援総合事業> |     |  |  |  |  |
| 訪問型サービス           | 2 無 |  |  |  |  |
| 通所型サービス           | 2 無 |  |  |  |  |
| その他生活支援サービス       | 2 無 |  |  |  |  |

別添2 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

| 特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無 |                                   |                             |      |      |                       |                                                             |
|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|------|------|-----------------------|-------------------------------------------------------------|
|                                  | 特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス(利用者一部負担※1) | 個別の利用料金で、実施するサービス(利用者が全額負担) | 包含※2 |      |                       | 備考                                                          |
|                                  |                                   |                             | 都度※2 | 料金※3 |                       |                                                             |
| 介護サービス                           |                                   |                             |      |      |                       |                                                             |
| 食事介助                             | 1 あり                              | 2 なし                        |      |      |                       | 必要に応じて実施                                                    |
| 排泄介助・おむつ交換                       | 1 あり                              | 2 なし                        |      |      |                       | おむつ交換は一時介護室及び介護居室のみ実施                                       |
| おむつ代                             |                                   | 1 あり                        |      | ○    |                       | おむつ代は実費にて料金徴収                                               |
| 入浴（一般浴）介助・清拭                     | 1 あり                              | 1 あり                        |      | ○    | 1回1,100円(30分)         | 週3回を超えてシャワー浴又は清拭を希望する場合                                     |
| 特浴介助                             | 1 あり                              | 2 なし                        |      |      |                       |                                                             |
| 身辺介助（移動・着替え等）                    | 1 あり                              | 2 なし                        |      |      |                       |                                                             |
| 機能訓練                             | 1 あり                              | 2 なし                        |      |      |                       |                                                             |
| 通院介助                             | 1 あり                              | 1 あり                        |      | ○    | 1回1,100円(30分) + 交通費実費 | 指定医療機関以外をご希望の場合<br>Ⅰ. 付添者1名につき実費負担<br>Ⅱ. 実費負担（業者対応）<br>歯科受診 |
| 口腔衛生管理                           | 1 あり                              | 1 あり                        |      |      |                       |                                                             |
| 生活サービス                           |                                   |                             |      |      |                       |                                                             |
| 居室清掃                             | 1 あり                              | 1 あり                        |      | ○    | 1時間3,300円（2人体制）       | 介護上必要でない特別な清掃                                               |
| リネン交換                            | 1 あり                              | 2 なし                        |      |      |                       |                                                             |
| 日常の洗濯                            | 1 あり                              | 2 なし                        |      |      |                       |                                                             |
| 居室配膳・下膳                          | 1 あり                              | 1 あり                        |      | ○    | 1回220円                | 介護上必要でない場合                                                  |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事                  |                                   | 1 あり                        |      |      |                       |                                                             |
| おやつ                              |                                   | 1 あり                        |      | ○    |                       | おやつは参加任意のイベント等の参加料を徴収その他は「介護サービス等の一覧表」を参照                   |
| 理美容師による理美容サービス                   |                                   | 1 あり                        |      | ○    |                       | 館内にヘアサロンあり。介護フロアへの出張サービスあり。実費負担                             |
| 買い物代行                            | 1 あり                              | 1 あり                        |      | ○    | 南が丘1回550円、市内1回1,100円  | 指定日以外又は銘柄希望をされる場合                                           |
| 役所手続き代行                          | 1 あり                              | 1 あり                        |      | ○    | 1回1,100円              | 介護保険申請更新手続き及び障害福祉関係以外                                       |
| 金銭・貯金管理                          |                                   | 2 なし                        |      |      |                       |                                                             |
| 健康管理サービス                         |                                   |                             |      |      |                       |                                                             |
| 定期健康診断                           |                                   | 2 なし                        |      |      |                       |                                                             |
| 健康相談                             | 1 あり                              | 2 なし                        |      |      |                       |                                                             |
| 生活指導・栄養指導                        | 1 あり                              | 2 なし                        |      |      |                       |                                                             |
| 服薬支援                             | 1 あり                              | 2 なし                        |      |      |                       |                                                             |
| 生活リズムの記録(排便・睡眠等)                 | 1 あり                              | 2 なし                        |      |      |                       |                                                             |

| 入退院時・入院中のサービス |               |      |      |  |  |  |
|---------------|---------------|------|------|--|--|--|
|               | 入退院時の同行       | 1 あり | 2 なし |  |  |  |
|               | 入院中の洗濯物交換・買い物 | 1 あり | 2 なし |  |  |  |
|               | 入院中の見舞い訪問     | 1 あり | 2 なし |  |  |  |

※1:利用者の所得等に応じて負担割合が変わる(1割～3割の利用者負担)。

※2:「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額サービス費用に含まれる場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。

※3:都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。

| 番号 | 頁 | 内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ①  | 6 | <p>4サービスの内容<br/>(全体の方針)<br/>運用に関する方針</p> <p>入居者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。職員は、要介護者等が快適に生活できるよう援助すると共に、心身の特性を踏まえて、能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、サービス計画に基づき介護・援助を行います。更に、地域との結びつきを重視し、総合的なサービスの提供に努めるものとし、安定的かつ継続的な事業運営に努めます。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| ②  | 9 | <p>4サービスの内容<br/>(入居後に居室を住み替える場合)<br/>判断基準の内容<br/>手続きの内容<br/>居室利用権の扱い</p> <p>入居契約及び管理運営規程で、一般居室で受けられる介護の範囲を定め(別紙「有料老人ホームサンシティ神奈川介護サービス等の一覧表」参照)、介護支援委員会(処遇委員会)がそれを越えた介護が必要と判定した場合は、本人の意思(同意)を確認し、身元引受人の意見を聴いた上で、一時介護室で介護させていただきます。<br/>この場合、一般居室の利用権は存続します。月額利用料は変わりません。<br/>一時介護室では、一人当たりの専有面積は、当初入居した一般居室に比して減少します。一時介護室の個室は37室、相部屋は10室です。</p> <p>●一般居室から介護居室への住替え<br/>一時介護室での介護が通算6ヶ月以上に及ぶか、もしくは将来にわたり一般居室に戻ることが困難と判断された場合、医師の意見と介護支援委員会(処遇委員会)の判定に基づいて、ご本人の意思を確認し、身元引受人の意見を聴いた上で、介護居室に住替えていただく場合があります。<br/>介護居室では、一人当たりの専有面積は、当初入居した一般居室に比して減少します。介護居室の個室は8室、相部屋は5室です。<br/>また、介護場所の変更(住替え)を行う場合は、介護居室への利用権変更に伴い調整返還金が発生する場合があります。計算式は下記の通りです。1人入居で住替えた場合及び2人入居で2人ともが住替えた場合は、一般居室の利用権は消滅し、新たに介護居室の利用権が生じます。<br/>但し、未償却残額が介護居室の入居一時金額に不足する場合でも、新たな入居一時金の費用負担はありません。月額利用料も変わりません。</p> <p>〈一時金方式(全額前払い方式)〉<br/>○1人入居の場合(介護居室の入居一時金を2,200万円とする)<br/>入居一時金未償却残額 - 2,200万円<br/>○2人入居の場合(介護居室の入居一時金を4,400万円とする)<br/>入居一時金の未償却残額 - 4,400万円</p> |

| 番号 | 頁  | 内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ③  | 10 | <p>4サービスの内容</p> <p>(入居に関する要件)<br/>留意事項</p> <p>【入居の条件】<br/>(年齢) 満70歳以上の方(二人入居の場合はお二人とも満70歳以上)<br/>(要介護度) 入居時自立<br/>(医療的ケア) 要相談<br/>(認知症) 不可<br/>(その他) 二人入居の場合は、原則としてご夫婦か、両者の関係が三親等以内の血族又は一親等以内の姻族であること</p> <p>【身元引受人の条件及び義務等】<br/>・入居者の身元引受人(兼連帯保証人)を原則1名定めていただきます。<br/>・入居者の身元引受人(1名)は、法定相続人が就任するものとしますが、法定相続人がいない場合、その他やむを得ない場合は、施設の承諾を得て他の方が就任する事が出来ます。<br/>・入居契約に基づく入居者の事業者に対する債務について、連帯保証し、入居者と連帯して履行の責を負うものとします。事業者が管理運営規程に定めるところに従い、事業者と協議し、必要なときは入居者の身柄を引き取るものとします。<br/>・身元引受人(兼連帯保証人)の負担は、下記の計算式に基づき入居一時金合計額にかかる想定居住期間の1年分(360日)を限度とします。</p> <p>【極度額計算式】<br/>(入居一時金合計額－初期償却金額) ÷ 入居一時金償却期間(日数) × 360<br/>※2020年4月1日施行の民法改正により、連帯保証人について極度額を設定する必要があります。</p> <p>・身元引受人(兼連帯保証人)は、契約締結にあたり入居者から民法第465条の10第1項に定める次の各号の情報提供を受けるものといたします。<br/>①入居者の財産及び収支の状況<br/>②入居者が本件債務以外に負担している債務の有無並びにその額及び履行状況<br/>③入居者が本債務の担保として他に提供し、又は提供しようとするものがあるときは、その旨及びその内容<br/>・入居者が要支援又は要介護状態にある場合には、入居者の生活及び健康の状況並びにサービスの提供状況を定期的にご連絡させていただきます。<br/>・入居契約が解除された場合、入居者を引き取ることとなります。また、入居者が亡くなった場合には、遺体及び遺留品を引き取るものといたします。</p> <p>【やむを得ず身体拘束を行う場合の手続】<br/>「切迫性」「非代替性」「一時性」の三つの要件を満たす状態であるかどうかについて検討・確認・記録を実施。入居者・家族等に対して十分な理解が得られるよう説明の上、緊急やむを得ず入居者の行動を制限する場合には、その態様及び時間、心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録し、同意書に署名押印をいただきます。また、拘束解除に向けた取り組みを施設内のカンファレンスを毎月実施。</p> |

| 番号 | 頁  | 内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ④  | 10 | <p>4サ-ビの内容<br/>(入居に関する要件)</p> <p>事業主体から解除を求める場合／解約条項</p> <p>条件</p> <p>一、 施設は入居者が次のいずれかに該当し、かつ、そのことが入居契約を将来にわたり維持することが社会通念上著しく困難と認められるものである場合に、本契約を解除することがあります。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 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。</li> <li>2. 月額利用料、その他の支払いを正当な理由なくしばしば遅滞するとき。</li> <li>3. 以下に定める禁止または制限される行為の規定に違反したとき。</li> </ol> <p>①入居者は施設の利用にあたり、施設またはその敷地内において次の各号に掲げる行為を行うことはできません。</p> <p>イ、 鉄砲刀剣類、爆発物、発火物、有毒物等の危険な物品等を搬入・使用・保管する</p> <p>ロ、 大型の金庫その他の重量の大きな物品等を搬入、または備え付ける</p> <p>ハ、 配水管その他を腐食する恐れのある液体等を流す</p> <p>ニ、 テレビ・音響機器等の操作、楽器の演奏その他により、大音量等で近隣に著しい迷惑を与える</p> <p>ホ、 猛獣・毒蛇等の明らかに近隣に迷惑をかける動植物を栽培・飼育する</p> <p>ヘ、 目的施設を反社会的勢力の事務所その他の活動の拠点に供する</p> <p>ト、 目的施設又はその周辺において、著しく粗野若しくは乱暴な言動を行い、又は威勢を示すことにより、付近の住民又は通行人に不安を与える</p> <p>チ、 目的施設に反社会的勢力を入居させ、又は反復継続して反社会的勢力を出入りさせる</p> <p>②入居者は施設の利用にあたり、施設の承諾を得ることなく次の各号に掲げる行為を行うことはできません。また、施設は他の入居者からの苦情その他の場合、その承諾を取り消すことがあります。</p> <p>イ、 観賞用の小鳥、魚等であって明らかに近隣に迷惑をかける恐れのない動植物以外の犬、猫等の動物や植物を施設またはその敷地内で栽培・飼育する</p> <p>ロ、 居室及び予め定められた場所以外の共用部分または敷地内に物品を置く</p> <p>ハ、 施設内において、営利その他の目的による勧誘・販売・宣伝・広告等の活動を行う</p> <p>ニ、 施設の増築・改築・移転・改造・模様替え、居室の造作の改造等を伴う模様替え、敷地内におけ工作物を設置する</p> <p>ホ、 管理運営規程その他の文書において、施設がその承諾を必要と定めるその他の行為</p> <p>4. 入居者・身元引受人または入居者の家族・その他の関係者の言動及び要望等が、入居者自身又は他の入居者あるいは従業員の心身又は生命に危害を及ぼすおそれがあるとき、又は他の入居者に対する有料老人ホームにおける通常の接遇方法ではこれらを防止することができないとき</p> <p>5. 入居者・身元引受人又は入居者の家族・その他の関係者が、事業者の運営に支障を及ぼしたとき又は重大な支障を及ぼすおそれが合理的に認められるとき</p> <p>6. 入居者・身元引受人又は入居者の家族・その他の関係者が、事業者又はその従業員あるいは他の入居者に対して、本契約を継続し難いほどの背信行為を行ったとき又は背信行為を行う合理的に認められるとき</p> <p>7. 高齢者虐待防止法に基づき、入居者の人権の尊重、身体拘束に伴う機能低下や心理的な不安などの弊害、身体拘束ゼロ運動の理念を考慮し、入居者に対し、身体拘束を行わないという事業者の方針に反して、入居者に対する身体拘束を通じた転倒・転落の防止を希望されるとき</p> <p>8. 上記第3号から第7号については、入居者自身、他の入居者あるいは事業者の従業員の心身または他の入居者への本件サービスの提供に著しく悪影響を及ぼすとき</p> <p>二、 事業者は、入居者、身元引受人(兼連帯保証人)が次の各号のいずれかに該当した場合には、本条前項までの定めに関わらず、催告することなく本契約を解除することがあります。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 入居契約書 第48条(反社会的勢力の排除の確認)の各号の確約に反する事実が判明したとき</li> <li>2. 本契約締結後に反社会的勢力に該当したとき</li> <li>3. 本条第一項3号-①のヘ・ト・チまでの各号に掲げる行為を行ったとき</li> </ol> <p>手続き</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 契約解除の通告について90日の予告期間をおく。</li> <li>2. 前号の通告に先立ち、入居者及び身元引受人(兼連帯保証人)に弁明の機会を設ける。</li> <li>3. 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(兼連帯保証人)、その他関係者・関係機関と協議し、移転先の確保について協力する。</li> </ol> |

| 番号 | 頁  | 内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | 10 | <p>4サービスの内容<br/>(入居に関する要件)<br/>入居者からの解約予告期間</p> <p>一. 入居者は施設に対して、別途定める「契約解約届」を退去日の少なくとも30日前に提出することにより、本契約を解約することができます。<br/>二. 入居者の居室は、前項の契約解約日までに施設に対して明け渡すものとします。<br/>三. 入居者が前項の「契約解約届」を提出しないで居室を退去した場合は、施設が入居者の退去の事実を知った日の翌日から起算して30日目をもって、本契約は解約されたものとみなします。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|    | 10 | <p>4サービスの内容<br/>(入居に関する要件)<br/>入居定員</p> <p>490人（一時介護室を除く）</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| ⑤  | 16 | <p>6利用料金<br/>(利用料金の算定根拠)<br/>食費</p> <p>1人 63,690円(税込) 2人 127,380円(税込)<br/>単価 : 朝食 486円 昼食 702円 夕食 935円(各税込)<br/>1日3食30日召し上がった場合、喫食分についてのみお支払いいただきます。<br/>欠食の場合、特に事前のお申し出などは必要ありません。また、欠食分の食費をいただく事はありません(治療食は除く)。<br/>*軽減税率の適用により、朝食・昼食は消費税8%が適用されます。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| ⑥  | 17 | <p>6利用料金<br/>(前払金の受領)<br/>算定根拠</p> <p>●前払金(介護費用の一時金を除く)(非課税)<br/>1 法第29条第8項に規定される前払い金<br/>1人入居の方 2,575万円～7,521万円 【最多 4,100万円台】<br/>2人入居の場合は、追加入居一時金1,000万円が加算されます</p> <p>【算定根拠】<br/>(内訳)土地・建物の賃借料、施設の開発費、大規模修繕等修繕費、管理事務費等<br/>(算定根拠)入居一時金の算定にあたっては、厚生労働省の有料老人ホーム設置運営標準指導指針及び事務連絡(平成27年3月30日付)で示された算式に基づき、想定居住期間などを勘案して算出します。具体的な算定方法は別紙で示します。</p> <p>償却開始日：入居日の翌日</p> <p>●介護費用の前払い金<br/>健康管理費 1人 660万円(税込)</p> <p>【算定根拠】<br/>・当該金額は、費用設定時の長期推計額です。内訳は、<br/>1. 健康相談、健康診断(年2回まで)の費用として96.8万円。<br/>2. 入居者に対して、緊急、臨時的、又は、一時的に入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話に要する費用、並びに特定施設入居者生活介護等のサービスのため、看護・介護職員を手厚く配置する場合、及びその準備に要する費用として563.2万円。<br/>3. 上記②の看護・介護職員を手厚く配置した場合の費用は、費用設定時において、人員配置して提供する介護サービスのうち、介護給付(利用者負担分を含む)による収入でカバーできない額に充当するものとして合理的な算定根拠に基づいて算出されています(要介護者等1.5人に対し、週40時間換算で看護・介護職員1人以上)。<br/>・健康管理費は、厚生労働省の有料老人ホーム設置運営標準指導指針及び事務連絡で示された考え方に基づき算定し、その算定根拠を別紙で示します。<br/>・当該金額は、老人福祉法第29条第8項で定める受領が禁止される権利金又は対価性のない金品に該当しません。</p> <p>償却開始日：入居日の翌日</p> |
| ⑦  | 17 | <p>6利用料金<br/>(前払金の受領)<br/>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)</p> <p>●前払金(介護費用の一時金を除く)(非課税)<br/>(通常入居一時金・追加入居一時金の15%)<br/>※この額は短期解約特例による契約終了の場合を除き、返還されません。</p> <p>●介護費用の前払い金<br/>825,000円(税込) (健康管理費の15%)<br/>※この額は短期解約特例による契約終了の場合を除き、返還しません。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |



| 番号 | 頁  | 内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ⑧  | 17 | <p>6利用料金<br/>(前払金の受領)<br/>入居後3月以内の契約終了</p> <p>●前払金(介護費用の一時金を除く)(非課税)<br/>・短期解約特例<br/>老人福祉法施行規則に従い短期解約特例を定め、入居後三月が経過するまでの間に契約が解約、又は死亡により終了した場合、入居一時金(二人入居で一人途中退去の場合は追加入居一時金)は以下の計算に基づき返還します。<br/>《入居者が1人の場合であって三月以内に契約が終了した場合》<br/>入居一時金－(1日当たりの施設の利用料×入居期間)<br/>《入居者が2人の場合であってその一方の契約が三月以内に終了した場合》<br/>追加入居一時金－(1日当たりの施設の利用料×入居期間)</p> <p>※入居期間は、入居日から契約終了日までの実日数とします。<br/>※1日当たりの施設の利用料は入居一時金(入居者が2名の場合は、入居一時金と追加入居一時金の合計)のうち返還対象部分を、一月30日として償却月数で割り返した額です。<br/>(小数点以下は切り捨て)<br/>※返還金の端数千円未満は、切り上げて千円とする。<br/>※入居一時金のうち非返還対象部分は、上記にかかわらず全額を返金します。<br/>※必要な原状回復費用があれば受領します。</p> <p>●介護費用の前払い金<br/>・短期解約特例(償却開始日から三月以内に退去の場合)<br/>老人福祉法施行規則に従い短期解約特例を定め、入居後三月が経過するまでの間に契約が解約、又は死亡により終了した場合、健康管理費は以下の計算に基づき返還します。<br/>健康管理費－(1日当たりの金額×入居期間)<br/>※入居期間は、入居日から契約終了日までの実日数とします。<br/>※短期解約特例における健康管理費/人の1日当たりの金額は865円(税込)です。これは健康管理費/人のうち返還対象分を一月30日として償却月数で割り返した額です(小数点以下切り捨て)<br/>※健康管理費のうち非返還対象部分は、上記にかかわらず全額を返金します。</p> |
| ⑨  | 17 | <p>6利用料金<br/>(前払金の受領)<br/>入居後3月を超えた契約終了</p> <p>●前払金(介護費用の一時金を除く)(非課税)<br/>・入居一時金及び追加入居一時金償却期間内に施設を使用するための費用の前受け分として、入居一時金及び追加入居一時金の85%相当額を受け取り、無利息の預り金とします。<br/>・契約に基づく利用日数毎に、施設は預り金より当該日数の施設使用の費用を徴収します。<br/>・入居一時金及び追加入居一時金償却期間内に契約が終了する場合は、契約終了日から償却期間満了までの額を下記の計算式に基づき預り金残金を返還します。<br/>・返還金精算時の端数千円未満は切り上げて千円とします。</p> <p>《一人入居の場合》<br/>入居一時金×0.85÷入居一時金償却期間の日数×<br/>契約終了日から償却期間満了日までの実日数<br/>《二人入居の一人目の場合》<br/>追加入居一時金×0.85÷追加入居一時金償却期間の日数×<br/>二人入居契約終了日から償却期間満了日までの実日数<br/>《二人入居の二人目の場合》<br/>入居一時金×0.85÷入居一時金償却期間の日数×<br/>契約終了日から償却期間満了日までの実日数</p> <p>●介護費用の前払い金<br/>健康管理費の償却期間内に契約が終了する場合は、下記の計算式に基づき無利息で返還します。<br/>・健康管理費償却期間内の場合<br/>一人当たりの健康管理費×0.85÷健康管理費償却期間の日数×<br/>契約終了日から償却期間満了日までの実日数<br/>・健康管理費償却期間内を超える場合<br/>返還金は無く、健康管理費の追加徴収は行いません。<br/>・返還金精算時の端数千円未満は切り上げて千円とします。<br/>・返還金は、契約終了日の翌日から起算して90日以内に返還します。</p>                                                                                    |

## 健康管理費の「算定根拠」について

サンシティ神奈川では健康相談、疾病時の一時的な介護・看護の費用、介護認定を受け、「特定施設入居者生活介護」締結後、介護保険でカバーされないサービスの費用等（詳細は別紙）についてご入居時に健康管理費としてお預かりしており、その算定の基礎について、次の考え方に従っています。

$$\text{健康管理費} = \text{別紙算定根拠に基づく費用} \\ + \text{（想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額）}$$

上記のうち「想定居住期間（月数）」と「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」（以下、「想定居住期間等」といいます。）の具体的な算定方法は、厚生労働省が事務連絡（H24.3.16）で示した試算モデル等によります。

※算定にあたって、「想定居住期間」については、入居している又は入居することが想定される高齢者（母集団）の入居後の各年経過時点での居住継続率をもとに、全体の居住継続率が概ね50%となるまでの期間を考慮して設定しています。

### 【 1. 健康管理費の設定 】

◎まず、当施設の入居時年齢を70歳～80歳と見込み、上記の厚生労働省試算モデル（簡易生命表を用いたもの）に従い、公益社団法人全国有料老人ホーム協会が作成した試算モデルを使用して、男女別かつ年齢別の想定居住期間（償却期間）等を算出しました。

◎この算出結果に前払金の保全措置を講ずべき額、事業費の条件を付加した結果、次のようになりました。

【平均想定居住期間 15年】

【想定居住期間を超える費用の健康管理費総額に対する割合 15%】

サンシティ神奈川ではこの結果に基づき、健康管理費について、以下の設定を行っています。

○健康管理費の額 660万円

（内訳）

・非返還額 総額の15%・・・99万円  
（入居日の翌日から起算して3カ月を超えた場合は返還しない費用）

・返還対象額 総額の85%・・・561万円

（想定居住期間内に契約が終了した場合、契約終了日から想定居住期間満了日までの分を返金します。）

○なお、健康管理費には、対価性のない権利金等は含まれていません。

## 入居一時金の「算定根拠」について

サンシティ神奈川では家賃相当額について入居一時金方式（全額前払い方式）を採用しております。この入居一時金は、厚生労働省が老人福祉法第 29 条第 9 項の規定に定める「終身にわたって受領すべき家賃相当額の全部または一部を前払金として一括して受領するもの」で、その算定の基礎について、次の考え方に従っています。

$$\begin{aligned} \text{入居一時金} = & \text{1 ヶ月の家賃相当額} \times \text{想定居住期間（月数）} \\ & + \text{（想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額）} \end{aligned}$$

上記のうち「想定居住期間（月数）」と「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」（以下、「想定居住期間等」といいます。）の具体的な算定方法は、厚生労働省が事務連絡（H27.3.30）で示した試算モデル等によります。

※算定にあたって、「想定居住期間」については、入居している又は入居することが想定される高齢者（母集団）の入居後の各年経過時点での居住継続率をもとに、全体の居住継続率が概ね 50% となるまでの期間を考慮して設定しています。

### 【 1. 入居一時金の設定 】

- ◎まず、当施設の入居時年齢を 70 歳～80 歳と見込み、上記の厚生労働省試算モデル（簡易生命表を用いたもの）に従い、公益社団法人全国有料老人ホーム協会が作成した試算モデルを使用して、男女別かつ年齢別の想定居住期間（償却期間）等を算出しました。
- ◎この算出結果に家賃の前払金の保全措置を講ずべき額、事業費、土地・建物の賃借料の条件を付加した結果、次のようになりました。

【平均想定居住期間 15 年 】

【想定居住期間を超える費用の入居一時金総額に対する割合 15%】

サンシティ神奈川ではこの結果に基づき、例えば 1 ヶ月当たりの家賃相当額 19.3 万円（最多価格帯・千円未満切り捨て）について、以下の設定を行っています。

○入居一時金の額 4,100 万円

（内訳）

・ 非返還額 総額の 15%・・・615 万円  
（入居日の翌日から起算して 3 カ月を超えた場合は返還しない費用）

・ 返還対象額 総額の 85%・・・3,485 万円

（想定居住期間内に契約が終了した場合、契約終了日から想定居住期間満了日までの分を返金します。）

○1 ヶ月当たりの家賃相当額は、開業前経費や建物賃料、管理事務費等を基礎として算定しています。

○なお、入居一時金には、対価性のない権利金等は含まれていません。