

重要事項説明書

Ver 1.1

| | |
|-----------|----------------|
| 記入年月日 | 2024 年 4 月 1 日 |
| 記入者名 | 小久保 ゆき |
| 所属・職名 | 園長 |
| 取込種別 | |
| 被災確認事業所番号 | |

1 事業主体概要

| | | |
|------------|--|-------------------------------|
| 種類 | 2 法人 | |
| | ※法人の場合、その種類 | 1 社会福祉法人（社協以外） |
| 名称 | (ふりがな) しゃかいふくしほうじん せいれいふくしじぎょうだん 社会福祉法人 聖隷福祉事業団 | |
| 法人番号 | 法人番号有無 | 1 有 |
| | 法人番号 | 8080405000142 |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 430 - 0946 | |
| | 静岡県浜松市中央区元城町218番地26 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 053 - 413 - 3300 |
| | FAX番号 | 053 - 413 - 3314 |
| | メールアドレス | koureisya @ sis.seirei.or.jp |
| | ホームページ有無 | 1 有 |
| | ホームページアドレス | https:// www.seirei.or.jp/hq/ |
| 代表者 | 氏名 | 青木 善治 |
| | 職名 | 理事長 |
| 設立年月日 | 1930 年 5 月 1 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 | かいごつきゆうりょうろうじんほーむ よこはまえでのそ (ふりがな) の | | | | |
| | 介護付有料老人ホーム 横浜エデンの園 | | | | |
| 所在地 | 〒 | 240 | - | 0023 | |
| | 神奈川県横浜市保土ヶ谷区岩井町207 | | | | |
| 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 | 141003 横浜市 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | 保土ヶ谷 駅 | | | |
| | 交通手段と所要時間 | <p>①タクシーの場合 ・乗車約5分</p> <p>②バス利用の場合 ・横浜市営バス32系統「港町行き」 または「日本大通り駅県庁前行」 乗車約7分、「元久保町」で下車、 徒歩約1分(約20m)</p> | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | 045 | - | 730 | - 5345 |
| | FAX番号 | 045 | - | 730 | - 5346 |
| | メールアドレス | yokohama-eden @ sis.seirei.or.jp | | | |
| | ホームページ有無 | 1 有 | | | |
| | ホームページアドレス | https:// | www.seirei.or.jp/eden/yokohama/ | | |
| 管理者 | 氏名 | 小久保 ゆき | | | |
| | 職名 | 園長 | | | |
| 建物の竣工日 | | 2010 | 年 | 2 | 月 25 日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 2010 | 年 | 4 | 月 1 日 |

(類型) 【表示事項】

| | | | | | | |
|--------------------|------------------------------|------------|---|---|---|-----|
| 類型 | 1 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合） | | | | | |
| 1 又は 2 に該当する 場合 | 介護保険事業者番号 | 1470601475 | | | | |
| | 指定した自治体名 | 横浜市 | | | | |
| | 事業所の指定日 | 2010 | 年 | 4 | 月 | 1 日 |
| | 指定の更新日（直近） | 2022 | 年 | 4 | 月 | 1 日 |

3 建物概要

| | | | | | | |
|----|------|-----------------|---------|---|---|---|
| 土地 | 敷地面積 | 2448.25 | ㎡ | | | |
| | 所有関係 | 1 事業者が自ら所有する土地 | | | | |
| | | 2 事業者が賃借する土地の場合 | | | | |
| | | 賃貸の種別 | | | | |
| | | 抵当権の有無 | | | | |
| | | 契約期間 | 開始 | 年 | 月 | 日 |
| | | | 終了 | 年 | 月 | 日 |
| | | | 契約の自動更新 | | | |
| 建物 | 延床面積 | 全体 | 3463.64 | ㎡ | | |
| | | うち、老人ホーム部分 | 3463.64 | ㎡ | | |
| | 耐火構造 | 1 耐火建築物 | | | | |
| | | 3 その他の場合 | | | | |
| | 構造 | 1 鉄筋コンクリート造 | | | | |
| | | 4 その他の場合 | | | | |

| | | | | | | | |
|-------|----------------|-----------------|-----|----------------------|-------|----------|--|
| 居室の状況 | 居室区分 【表示事項】 | 2 事業者が賃借する建物の場合 | | | | | |
| | | 賃貸の種別 | | | | | |
| | | 抵当権の有無 | | | | | |
| | | 契約期間 | | 開始 | | | |
| | | | | 年 | 月 | 日 | |
| | | | | 終了 | | | |
| | | | | 年 | 月 | 日 | |
| | | 契約の自動更新 | | | | | |
| | | 1 全室個室（縁故者個室含む） | | | | | |
| | | 2 相部屋ありの場合 | | 最少 | | 人部屋 | |
| | | 最大 | | 人部屋 | | | |
| | | トイレ | 浴室 | 面積 | 戸数・室数 | 区分 | |
| タイプ1 | | 1 有 | 2 無 | 22.5 m ² | 43 | 3 介護居室個室 | |
| タイプ2 | | 1 有 | 2 無 | 23.75 m ² | 5 | 3 介護居室個室 | |
| タイプ3 | | 1 有 | 2 無 | 24.38 m ² | 2 | 3 介護居室個室 | |
| タイプ4 | | | | m ² | | | |
| タイプ5 | | | | m ² | | | |
| タイプ6 | | | | m ² | | | |
| タイプ7 | | | | m ² | | | |
| タイプ8 | | | | m ² | | | |
| タイプ9 | | | | m ² | | | |
| タイプ10 | | | | m ² | | | |

| | | | | | | |
|---------|--|----------------|---------|--|---|----|
| 共用施設 | 共用便所における便房 | 10 | ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便房 | 2 | ヶ所 |
| | | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | 8 | ヶ所 |
| | 共用浴室 | 0 | ヶ所 | 個室 | 0 | ヶ所 |
| | | | | 大浴場 | 0 | ヶ所 |
| | 共用浴室における介護浴槽 | 8 | ヶ所 | チェアー浴 | 2 | ヶ所 |
| | | | | リフト浴 | 1 | ヶ所 |
| | | | | ストレッチャー浴 | 2 | ヶ所 |
| | | | | その他 | 3 | ヶ所 |
| | 食堂 | 1 | あり | | | |
| | 入居者や家族が利用できる調理設備 | 2 | なし | | | |
| エレベーター | 2 | あり (ストレッチャー対応) | | | | |
| 消防用設備等 | 消火器 | 1 | あり | | | |
| | 自動火災報知設備 | 1 | あり | | | |
| | 火災通報設備 | 1 | あり | | | |
| | スプリンクラー | 1 | あり | | | |
| | 防火管理者 | 1 | あり | | | |
| | 防災計画 | 1 | あり | | | |
| 緊急通報装置等 | 居室 | 1 | 全ての居室あり | | | |
| | 便所 | 1 | 全ての便所あり | | | |
| | 浴室 | 1 | 全ての浴室あり | | | |
| | その他 | | | ・各居室(居室、ベッド、トイレ)に見守りシステムを設置 ・センサーの種類：ベッドセンサー、人感センサー(居室・トイレ)、湿温度センサー、ドアの開け閉めセンサー | | |
| その他 | | | 1 | あり | | |
| その他 | <ul style="list-style-type: none"> ・安否確認の方法：日中、夜間とも必要に応じて2～4時間に1回以上巡回します。また見守りシステムで状態や環境を確認し、必要に応じ随時巡回します ・エレベーター内にインターフォン設置 | | | | | |

4 サービスの内容

(全体の方針)

| | |
|------------------------|--|
| <p>運営に関する方針</p> | <p>施設理念「ひとりひとりの笑顔のために」 私たちは、横浜エデンの園で出逢えたすべての方々が、生き生きとした笑顔で自分らしく暮らし、いつまでも自分らしく輝けることを目指して、精一杯の笑顔とまごころを込めてサービスを提供いたします。</p> |
| <p>サービスの提供内容に関する特色</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・隣接の「聖隷横浜病院」と連携し、毎日の健康管理から医療依存度の高いケアサービスを総合的に提供しています。また今までの生活スタイルを維持できるよう、一人ひとりの個性や生活パターンに配慮した個別的なケアを行っています。 ・食事は、地元の新鮮な野菜や旬の食材を使い、栄養バランスにも配慮した季節感のある、手作りにこだわった食事を園内で調理して提供しています。ご入居者の嚥下・咀嚼レベルに合わせた食事形態や治療食にも対応しています。また、様々なイベントをご用意しています。その他、創作活動やゲーム等、日常生活でも様々なレクリエーションやリハビリテーションを実施し、入居者の機能維持にも力を注いでいます。 ・介護・看護・リハビリ・栄養・調理の各々のスペシャリストがチームを組んでひとりひとりに寄り添ったサービスを提供し、ご入居者のその人らしい笑顔ある暮らしの実現を目指しています。 |
| <p>入浴、排せつ又は食事の介護</p> | <p>1 自ら実施</p> |
| <p>食事の提供</p> | <p>1 自ら実施</p> |
| <p>洗濯・掃除等の家事の供与</p> | <p>1 自ら実施</p> |
| <p>健康管理の供与</p> | <p>1 自ら実施</p> |
| <p>安否確認又は状況把握サービス</p> | <p>1 自ら実施</p> |
| <p>生活相談サービス</p> | <p>1 自ら実施</p> |

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

| | | | | |
|--|-----------------|------|----|----|
| 特定施設入居者生活介護 の加算の対象となるサ ービスの体制の有無 | 入居継続支援加算 (I) | 1 | あり | |
| | 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 | 1 | あり | |
| | 若年性認知症入居者受入加算 | 2 | なし | |
| | 医療機関連携加算 | 1 | あり | |
| | 口腔衛生管理体制加算 | 2 | なし | |
| | 口腔・栄養スクリーニング加算 | 1 | あり | |
| | 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 | |
| | 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 |
| | | (II) | 2 | なし |

| | | | | |
|----------------------|---------------|-----|---------------|----|
| | サービス提供体制強化加算 | (Ⅰ) | 2 | なし |
| | | (Ⅱ) | 2 | なし |
| | | (Ⅲ) | 2 | なし |
| | 介護職員処遇改善加算 | (Ⅰ) | 1 | あり |
| | | (Ⅱ) | 2 | なし |
| | | (Ⅲ) | 2 | なし |
| | | (Ⅳ) | 2 | なし |
| | | (Ⅴ) | 2 | なし |
| | 介護職員等特定処遇改善加算 | (Ⅰ) | 1 | あり |
| (Ⅱ) | | 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) | 2 |

(医療連携の内容)

| | | | | |
|----------------|-----------------------|--|--|--|
| 医療支援 ※複数選択可 | <input type="radio"/> | 救急車の手配 | | |
| | <input type="radio"/> | 入退院の付き添い | | |
| | <input type="radio"/> | 通院介助 | | |
| | <input type="radio"/> | その他 | 健康診断/年2回、健康相談/随時 健康指導/随時 他の医療機関への紹介を行っています。 なお、医療機関への入院は傷病の治療や検査を目的としたものに限られます。 | |
| 1 | 名称 | 聖隷横浜病院 (同一法人経営) ※入居者だけでなく地域住民も利用します。 | | |
| | 住所 | 神奈川県横浜市保土ヶ谷区岩井町215 | | |
| | 診療科目 | 呼吸器内科、消化器内科、皮膚科、外科・消化器外科、呼吸器外科、整形外科、泌尿器科、眼科、耳鼻科、アレルギー内科、麻酔科、救急科 等 入院：367床 | | |
| | 協力科目 | 同上 | | |
| | 協力内容 | 健康診断/年2回、健康相談/随時、健康指導/随時 他の医療機関への紹介を行います。なお入院は治療や検査を目的としたものに限られます。 | | |

| | | | |
|--------|---|------|--|
| 協力医療機関 | 2 | 名称 | |
| | | 住所 | |
| | | 診療科目 | |
| | | 協力科目 | |
| | | 協力内容 | |
| | 3 | 名称 | |
| | | 住所 | |
| | | 診療科目 | |
| | | 協力科目 | |
| | | 協力内容 | |

| | | | |
|----------|---|------|--|
| 協力歯科医療機関 | 1 | 名称 | 原歯科医院 |
| | | 住所 | 神奈川県横浜市南区弘明寺町268 |
| | | 協力内容 | 施設内訪問歯科診療・希望者への歯科健診・介護職員への口腔ケアに係る技術的助言・指導の実施 |
| | 2 | 名称 | |
| | | 住所 | |
| | | 協力内容 | |

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

| | | |
|--------------------------|------------|--|
| 入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可 | 一時介護室へ移る場合 | |
| | 介護居室へ移る場合 | |
| | その他 | |
| 判断基準の内容 | | |
| 手続きの内容 | | |
| 追加的費用の有無 | | |
| 居室利用権の取扱い | | |
| 前払金償却の調整の有無 | | |
| 従前の居室との仕様の変更 | 面積の増減 | |
| | 便所の変更 | |
| | 浴室の変更 | |
| | 洗面所の変更 | |
| | 台所の変更 | |
| | | |
| | 1 ありの場合 | |
| その他の変更 | (変更内容) | |

(入居に関する要件)

| | | | |
|--------------------|---|--|----|
| 入居対象となる者 【表示事項】 | 自立している者 | 2 | なし |
| | 要支援の者 | 1 | あり |
| | 要介護の者 | 1 | あり |
| 留意事項 | ①入居契約時の年齢が満65歳以上の方 ②要支援または要介護認定を受けている方 ③連帯保証人、身元引受人を立てられる方（原則、入居者の親族。ただし、身元引受人をたてられない場合は成年後見制度をご利用いただきます。） ④健康保険・介護保険に加入されている方 | | |
| 契約解除の内容 | 終身プラン・終身月額軽減プラン・年払プラン・月払プラン：入居契約書第25条による | | |
| 事業主体から解約を求め る場合 | 解約条項 | 終身プラン・終身月額軽減プラン：入居契約書第26条による 年払プラン：入居契約書第27条による 月払プラン：入居契約書第26条による | |
| | 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) | 入居申込の前に体験入居をお勧めしています。原則、期間は最長6泊7日で、費用は1泊2日1名11,000円（食費込み・税込） | |
| 入居定員 | 50 | | 人 |
| その他 | | | |

5 職員体制

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

(職種別の職員数)

| | 職員数 (実人数) | | | 常勤換算人数 ※1 ※2 |
|--|-----------|----|-----|-----------------|
| | 合計 | 常勤 | 非常勤 | |
| 管理者 | 1 | 1 | | 1 |
| 生活相談員 | 1 | 1 | | 1 |
| 直接処遇職員 | 33 | 25 | 8 | 28.8 |
| 介護職員 | 25 | 20 | 5 | 23.02 |
| 看護職員 | 8 | 5 | 3 | 5.8 |
| 機能訓練指導員 | 1 | 1 | | 0.2 |
| 計画作成担当者 | 1 | 1 | | 1 |
| 栄養士 | 2 | 2 | | 2 |
| 調理員 | 8 | 3 | 5 | 5.23 |
| 事務員 | 2 | 2 | | 2 |
| その他職員 | 10 | 2 | 8 | 5 |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 ※2 | | | | 37.5 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 | 10 | 10 | |
| 介護福祉士 | 27 | 22 | 5 |
| 実務者研修の修了者 | | | |
| 初任者研修の修了者 | 1 | | 1 |
| 介護支援専門員 | 5 | 5 | |

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

| | 合計 | |
|-------------|----|-----|
| | 常勤 | 非常勤 |
| 看護師又は准看護師 | | |
| 理学療法士 | 1 | 1 |
| 作業療法士 | | |
| 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 | (17 時 0 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 |
| 介護職員 | 3 人 | 3 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 | 契約上の職員配置比率※ 【表示事項】 | b 2 : 1 以上 |
| (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能) | 実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数) | 1.52 : 1 |

※ 広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択

| | | |
|--|------------|---|
| 外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制 (外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能) | ホームの職員数 | 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 | | 1 あり | | | | | | | | |
| | 業務に係る資格等 | 1 あり | | | | | | | | | |
| | | 1 ありの場合 | | | | | | 介護福祉士、社会福祉士、介護支援専門員 | | | |
| | | 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 | | 1 | | | | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | | 1 | 2 | 1 | | | | | | |
| に業 応務 じに た従 職事 員し のた 人経 験 年 数 | 1年未満 | | | | 2 | | | 1 | | | |
| | 1年以上 3年未満 | | | 1 | 1 | | | | | | |
| | 3年以上 5年未満 | 1 | 1 | 3 | 3 | | | | | 1 | |
| | 5年以上 10年未満 | 2 | 1 | 4 | 1 | 1 | | | | | |
| | 10年以上 | 1 | 1 | 14 | | | | | | | |
| 従業者の健康診断の実施状況 | | 1 あり | | | | | | | | | |

6 利用料金

(利用料金の支払い方法)

| | |
|----------------------------|--|
| 居住の権利形態 【表示事項】 | 1 利用権方式 |
| 利用料金の支払い方式 【表示事項】 | 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="radio"/> 一部前払い・一部月払い方式 |
| 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 人件費及び設備の維持・運営経費等を勘案します。 |
| | 手続き 運営懇談会で意見を聞いて改定いたします。 |

(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 | 3 (利用者負担1割) | 3 (利用者負担1割) | |
| | 年齢 | 86 歳 | 86 歳 | |
| 居室の状況 | 床面積 | 22.5 m ² | 22.5 m ² | |
| | 便所 | 1 有 | 1 有 | |
| | 浴室 | 2 無 | 2 無 | |
| | 台所 | 2 無 | 2 無 | |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金 | 22,200,000 円 | 円 | |
| | 敷金 | 円 | 1,281,600 円 | |
| 月額費用の合計 | | 273,864 円 | 600,764 円 | |
| 家賃 | | 円 | 213,600 円 | |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護※1の費用 | 25,624 円 | 25,624 円 | |
| | 介護保険外※2 | 食費 | 72,240 円 | 72,240 円 |
| | | 管理費 | 132,000 円 | 132,000 円 |
| | | 介護費用 | 44,000 円 | 44,000 円 |
| | | 光熱水費 | 実費(水道料は除く) 円 | 実費(水道料は除く) 円 |
| | | その他 | 円 | 113,300 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 | プラン2 (月払プラン) 土地代(土地取得費)・建設費・修繕費・借入利息・募集経費・管理事務費等を基礎とし、平均余命等を勘案し、1室あたりの月額費用を算出したもの。 |
| 敷金 | 家賃の 6 ヶ月分 |
| 介護費用 ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 | 費用設定時において人員を基準以上に配置して提供する介護サービスのうち介護保険給付(利用者負担分を含む)及び介護費用(特別介護金)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積算根拠に基づいて算出したもの。 |

| | |
|----------------------|---|
| 管理費 | 施設運営のための人件費(介護及び介護予防サービスに係る人件費を除く)、入居者の健康管理体制を維持するための費用、施設の維持管理費、専用居室の上下水道料・給湯料、共用施設の光熱水費・冷暖房費、その他施設の管理運営に要する費用 |
| 食費 | 1日あたり2,408円として30日分 (朝食648円・昼食770円・夕食990円) 料金の請求は申込食数に応じて計算します。 |
| 光熱水費 | 電気料：実費(電力会社との個人契約・直接払い) 上下水道料・給湯料：管理費に含みます。 |
| 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 | 介護費用(特別介護金)は要介護者等に対して、人員を基準以上に配置して介護予防サービス及び介護サービスを提供するため、介護保険給付(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で、合理的な積算に基づきます。 |

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠)

※ 特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

| 費目 | 算定根拠 |
|--|---|
| 特定施設入居者生活介護※に対する自己負担額 | 介護報酬に基づく利用者負担分。(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※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) | 長期推計に基づき、要介護者等2人に対し週37.5時間換算で、介護・看護職員を1人以上配置するための費用として、介護保険給付及び利用者負担によって賄えない額に充当するものとして合理的な積算根拠に基づく |
| ※ 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 | 家賃相当額×想定居住期間+想定居住期間を超えて契約継続する場合に備えて受領する額（前払金の15%）により設定 | |
| 想定居住期間（償却年月数） | 60 | 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） | 3,330,000 | 円 |
| 初期償却率 | 15 | % |

| | | | |
|--------------|--------------------|---|----|
| 返還金の算 定方法 | 入居後 3 月以内の契約終了 | 前払金 - (1 ヶ月の家賃) ÷ 30日 × 入居日数 (円未満切上) ※初期償却費用については全額返金 ※月額利用料については日割り計算で受領 | |
| | 入居後 3 月を超えた契約終了 | ○終身プラン・終身月額軽減プラン 返還金 = 前払金 × 85% × (1827日 - 入居日数) ÷ 1827日 (円未満切上) ○年払いプラン 返還金 = 前払金 × (366日 - 入居日数) ÷ 366日 (円未満切上) ○その他は備考に記載 | |
| 前払金の保 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 | <table border="1"> <tr> <td>名称</td> <td></td> </tr> </table> | 名称 |
| 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 | 14 | 人 |
| | 女性 | 30 | 人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 0 | 人 |
| | 65歳以上75歳未満 | 3 | 人 |
| | 75歳以上85歳未満 | 6 | 人 |
| | 85歳以上 | 35 | 人 |
| 要介護度別 | 自立 | 0 | 人 |
| | 要支援 1 | 1 | 人 |
| | 要支援 2 | 1 | 人 |
| | 要介護 1 | 4 | 人 |
| | 要介護 2 | 6 | 人 |
| | 要介護 3 | 9 | 人 |
| | 要介護 4 | 14 | 人 |
| | 要介護 5 | 9 | 人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 7 | 人 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | 7 | 人 |
| | 1年以上5年未満 | 18 | 人 |
| | 5年以上10年未満 | 7 | 人 |
| | 10年以上15年未満 | 5 | 人 |
| | 15年以上 | 0 | 人 |

(入居者の属性)

| | | |
|---|----|---|
| 平均年齢 | 89 | 歳 |
| 入居者数の合計 | 44 | 人 |
| 入居率※ | 88 | % |
| ※ 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 | 0 | 人 |
| | 社会福祉施設 | 1 | 人 |
| | 医療機関 | 0 | 人 |
| | 死亡 | 13 | 人 |
| | その他 | 0 | 人 |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出 | 0 | 人 |
| | | (解約事由の例) | |
| | 入居者側の申し出 | 1 | 人 |
| | | (解約事由の例) 入居者の病状悪化により退去。病状に専門的な対応ができる施設へ転居 | |

8 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況)

| 窓口1 | | | | | | | | | | |
|----------|-------|--|---|---|---|---|----|---|----|---|
| 窓口の名称 | | 施設責任者 園長 小久保 ゆき 施設担当者 (虐待に関すること) 高橋 美穂子 施設担当者 (苦情に関すること) 川口 正志 | | | | | | | | |
| 電話番号 | | 045 - 730 - 5345 | | | | | | | | |
| 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 | | 土・日・祝日、年末年始 | | | | | | | | |

| 窓口2 | | | | | | | | | | |
|----------|-------|----|----------------------------|----|------|---|------|---|----|---|
| 窓口の名称 | | | 社会福祉法人 聖隷福祉事業団 高齢者公益事業部 | | | | | | | |
| 電話番号 | | | 053 | - | 413 | - | 3294 | | | |
| 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 苦情処理委員会 | | | | | | | |
| 電話番号 | | | 03 | - | 3548 | - | 1077 | | | |
| 対応している時間 | 平日 | 10 | 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4 | | | | | | | | | | |
| 窓口の名称 | | | 神奈川県国民健康保険団体連合会 介護保険課介護苦情係 | | | | | | | |
| 電話番号 | | | 045 | - | 329 | - | 3447 | | | |
| 対応している時間 | 平日 | 8 | 時 | 30 | 分 | ～ | 17 | 時 | 15 | 分 |
| | 土曜 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| | 日曜・祝日 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| 定休日 | | | 土・日・祝日、年末年始 | | | | | | | |
| 窓口5 | | | | | | | | | | |
| 窓口の名称 | | | 横浜市福祉調整委員会事務局（健康福祉局相談調整課） | | | | | | | |
| 電話番号 | | | 045 | - | 671 | - | 4045 | | | |
| 対応している時間 | 平日 | 8 | 時 | 45 | 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 | | | | | | | |

(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 | 施設賠償責任保険 (あいおいニッセイ同和損害保険株式会社) |
| 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 | 緊急マニュアルに基づいて、応急措置、協力医療機関もしくは119番通報による他の医療機関への搬送を行う |
| 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 | |
| | 1 ありの場合 | |
| | 実施日 | 介護サービス満足度調査(2023年7月)、食事満足度調査(2023年2月)、提案箱：運営懇談会(年3回開催)にて結果を開示 |
| | 結果の開示 | 1 あり |
| 第三者による評価の実施状況 | 1 あり | |
| | 1 ありの場合 | |
| | 実施日 | 2022/2/22 |
| | 評価機関名称 | 株式会社 日本生活介護 |
| | 結果の開示 | 1 あり |

9 入居希望者への事前の情報開示

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

10 その他

| | | |
|--|---------------------------------------|--|
| 運営懇談会 | 1 あり | |
| | 1 ありの場合 | |
| | (開催頻度) 年 3 回 | |
| | 2 なしの場合 | |
| | 1 代替措置ありの場合 | |
| | (内容) | |
| 提携ホームへの移行 【表示事項】 | 2 なし | |
| | 1 ありの場合 | |
| | 提携ホーム名 | |
| 有料老人ホーム設置時の 老人福祉法第29条第1項 に規定する届出 | 1 あり | |
| 高齢者の居住の安定確保 に関する法律第5条第1 項に規定するサービス付 き高齢者向け住宅の登録 | 2 なし | |
| 有料老人ホーム設置運営 指導指針「5.規模及び 構造設備」に合致しない 事項 | 2 なし | |
| | 1 ありの場合 | |
| | 合致しない事項が ある場合の内容 | |
| | 「6.既存建築物 等の活用の場合等 の特例」への適合 性 | |
| 有料老人ホーム設置運営 指導指針の不適合事項 | なし | |

| | | |
|--|-------------------|--|
| | 不適合事項がある 場合の内容 | |
|--|-------------------|--|

■返還金の算定方法（入居後3月を超えた契約終了）

※終身プラン・終身月額軽減プランの場合、前払金の15%については、入居契約期間にかかわらず返還されません。（退去時返還金算出基準日（入居日（鍵引渡日）の翌日）から3か月以内の解約を除く。）

※上記の計算式における入居日数とは、償却起算日から契約終了日までの日数とします。

※介護費用（特別介護金）については、消費税相当額を含めた総額で返還金額を計算します。

■前払金の償却起算日について、入居後3か月が経過するまでに契約が解除された場合は、老人福祉法施行規則（以下、「規則」といいます。）に基づき入居日を償却開始日とし、3か月を超えて契約が解除された場合は、規則に規定がないことから民法第140条に基づき入居日の翌日を償却開始日とします。

■特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制

- ・高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）
- ・新興感染症等施設療養費
- ・生産性向上推進体制加算（Ⅱ）
- ・協力医療機関等連携加算
- ・介護職員等ベースアップ等支援加算

■短期利用特定施設入居者生活介護の届出あり。別添短期利用のサービス等の概要 参照

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 | 1 有 | 聖隷ヘルパーステーション藤沢 | 神奈川県藤沢市大庭5526-2 | | |
| 訪問入浴介護 | 2 無 | | | | |
| 訪問看護 | 1 有 | 聖隷訪問看護ステーション藤沢 | 神奈川県藤沢市大庭5526-2 | | |
| 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 | 1 有 | 聖隷デイサービスセンター藤沢 | 神奈川県藤沢市大庭5526-2 | | |
| 通所リハビリテーション | 2 無 | | | | |
| 短期入所生活介護 | 1 有 | 特別養護老人ホーム 藤沢愛光園 | 神奈川県藤沢市大庭5526-2 | | |
| 短期入所療養介護 | 2 無 | | | | |
| 特定施設入居者生活介護 | 1 有 | 介護付有料老人ホーム 藤沢エデンの園二番館 | 神奈川県藤沢市大庭5526-2 | | |
| 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 | 1 有 | 横須賀愛光園 | 神奈川県横須賀市武3-39-1 | | |
| 居宅介護支援 | 1 有 | 聖隷ケアプランセンター藤沢 | 神奈川県藤沢市大庭5526-2 | | |
| ＜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 | 1 有 | 聖隷訪問看護ステーション藤沢 | 神奈川県藤沢市大庭5526-2 | | |
| 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 | 1 有 | 特別養護老人ホーム 藤沢愛光園 | 神奈川県藤沢市大庭5526-2 | | |
| 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 | 2 無 | | | | |

| | | | | | |
|-------------------|-----|--------------------|-----------------|--|--|
| 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 | 1 有 | 特別養護老人ホーム 藤沢愛光園 | 神奈川県藤沢市大庭5526-2 | | |
| 介護老人保健施設 | 2 無 | | | | |
| 介護療養型医療施設 | 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 | | | | | | 1 あり |
|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|------|---|--------------------|---------------------------------------|
| | 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) | | | 料金※3 | 備 考 |
| | | 包含※2 | 都度※2 | | | |
| 介護サービス | | | | | | |
| 食事介助 | 1 あり | 2 なし | | | | 必要に応じ |
| 排泄介助・おむつ交換 | 1 あり | 2 なし | | | | 必要に応じ |
| おむつ代 | | 1 あり | | ○ | 実費 | |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | 1 あり | 2 なし | | | | 介助浴室で必要に応じ週3回以内 |
| 特浴介助 | 1 あり | 2 なし | | | | 介助浴室で必要に応じ週3回以内 |
| 身辺介助（移動・着替え等） | 1 あり | 2 なし | | | | 必要に応じ |
| 機能訓練 | 1 あり | 2 なし | | | | 必要に応じ。日常生活（機能低下予防）訓練を含む。 |
| 通院介助 | 1 あり | 1 あり | | ○ | 職員1人につき30分 550円 | 協力医療機関及び指定医療機関以外の通院介助時に利用料金あり。交通費は実費。 |
| 生活サービス | | | | | | |
| 居室清掃 | 1 あり | 2 なし | | | | 必要に応じ週1回 |
| リネン交換 | 1 あり | 2 なし | | | | 必要に応じ週1回 |
| 日常の洗濯 | 1 あり | 2 なし | | | | 必要に応じ週3回 |
| 居室配膳・下膳 | 1 あり | 2 なし | | | | 必要に応じ |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | | 2 なし | | | | |
| おやつ | | 1 あり | | ○ | 1食110円 | |
| 理美容師による理美容サービス | | 1 あり | | ○ | 実費 | 必要に応じ月1回 |
| 買い物代行 | 1 あり | 2 なし | | | | 必要に応じ週1回 |
| 役所手続き代行 | 1 あり | 2 なし | | | | 必要に応じ週1回 |
| 金銭・貯金管理 | | 2 なし | | | | |
| 健康管理サービス | | | | | | |
| 定期健康診断 | | 1 あり | | ○ | | 年2回 |
| 健康相談 | 1 あり | 2 なし | | | | 必要に応じ |
| 生活指導・栄養指導 | 1 あり | 2 なし | | | | 必要に応じ |
| 服薬支援 | 1 あり | 2 なし | | | | 必要に応じ |
| 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 | 1 あり | | ○ | 職員1人につき30分550円 | 協力医療機関及び指定医療機関以外の通院介助時に利用料金あり。交通費は実費。 |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | 1 あり | 1 あり | | ○ | 職員1人につき30分550円 | 協力医療機関及び指定医療機関以外の通院介助時に利用料金あり。交通費は実費。 |
| 入院中に見舞い訪問 | 1 あり | 1 あり | | ○ | 職員1人につき30分550円 | 協力医療機関及び指定医療機関以外の通院介助時に利用料金あり。交通費は実費。 |

※1: 利用者の所得等に応じて負担割合が変わる(1割又は2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。