

介護付有料老人ホーム  
特定施設入居者生活介護  
介護予防特定施設入居者生活介護

グランダ東小金井

# 重要事項説明書

この重要事項説明書は、「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）」第178条および「指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第35号）」第234条の規定に基づくものです。

株式会社ベネッセスタイルケア

本書記載の内容は 2022 年 5 月 31 日時点の料金、消費税率および介護保険給付費等に基づいています。

# 重 要 事 項 説 明 書

## 1 . 事 業 主 体 概 要

|           |   |
|-----------|---|
| 事 業 主 体 名 | 株式会社ベネッセスタイルケア<br>(以下、「ベネッセスタイルケア」といいます。) |
| 代 表 者 名   | 代表取締役 滝山 真也                               |
| 所 在 地     | 〒163-0905<br>東京都新宿区西新宿2丁目3番1号新宿モノリスビル     |

その他事業主体詳細につきましては、添付の行政様式をご参照ください。

## 2 . 施 設 概 要

### 【名称・施設について】

|                      |   |
|----------------------|---|
| 名 称                  | グランダ東小金井                                |
| 所 在 地                | 東京都小金井市梶野町二丁目12番24号                     |
| 電 話 番 号<br>F A X 番 号 | 0422-50-7331<br>0422-50-7332            |
| 建 物 構 造              | 鉄筋コンクリート造地上2階建1棟                        |
| 土地建物の所有形態            | 土地・建物とも事業主体非所有                          |
| 居 室 ・ 定 員 数          | 33室・34名                                 |
| 居 室 の 種 類            | 全室介護居室<br>お客様の居室にて介護を行います。              |
| 主要な居室付帯設備            | ナースコール、介護用電動ベッド、トイレ、洗面、冷暖房設備、テレビ配線・電話配線 |
| 開 設 年 月 日            | 2007年1月20日                              |
| 施 設 長                | 籠浦 泉                                    |

その他当ホームの施設設備等の詳細につきましては、添付の行政様式をご参照ください。

### 【厚生労働省の定める表示事項】

|          |  |
|----------|--|
| 類 型      | 介護付有料老人ホーム（一般型特定施設入居者生活介護）   |
| 居住の権利形態  | 利用権方式<br>居住部分と介護や生活支援等のサービス部分の契約が一体となっているものです。   |
| 利用料の支払方式 | 選択方式<br>終身にわたって受領する家賃等（敷金除く。）の全部または一部を入居時に一括して受領する「前払い方式」（1）と、前払金を受領せず、家賃等（敷金除く。）を月払いする「月払い方式」（2）いずれかを利用者が選択できます。<br>1 ベネッセスタイルケアでは「入居金型方式」と呼んでいます。<br>2 ベネッセスタイルケアでは「月額支払型方式」と呼んでいます。 |

|                              |   |
|------------------------------|---|
| 入居時の要件                       | 入居時自立・要支援・要介護   |
| 介護保険                         | 東京都指定特定施設入居者生活介護、指定介護予防特定施設入居者生活介護介護が必要となった場合、当ホームが提供する特定施設入居者生活介護サービスおよび介護予防特定施設入居者生活介護サービスを利用することができます。                       |
| 介護居室区分                       | 全室個室  |
| 一般型特定施設である有料老人ホームの介護に関わる職員体制 | 2.5 : 1以上<br>現在および将来にわたって要介護者および要支援者2.5人に対して職員1人以上の割合で職員が介護に当たります。これは介護保険給付基準において、「手厚い職員体制である」として、保険給付外の別途費用を受領できる場合の基準以上の人数です。 |

### 3. 事業理念/運営方針

|      |   |
|------|---|
| 事業理念 | すべての良きものを、人生の先輩達に捧ぐ。  |
| 事業目的 | 心身に何らかの不自由があり、または、お一人で日常生活を営んでゆくことが困難な高齢者の方お一人おひとりが、自由と尊厳をもって、ご自分らしい生活を生き生きと楽しく過ごしていただくよう、「おもてなし」の心で生活のお手伝いをさせていただきます。  |
| 運営方針 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ご利用者個人の自由・尊厳・プライバシーを尊重します</li> <li>・ 毎日楽しく生き生きとお過ごしいただけるよう、ご利用者の方々お一人おひとりにあわせた生活を演出します。また、お手伝いをさせていただいた記録は、ご家族にも必ずご報告いたします。</li> <li>・ 身体介護はもちろんのこと、ご利用者の生活全般をトータルに考えた、生活サポートを行います。メンタルな「こころ」のケアも重視します。ご家族への情報公開、情報交換も積極的に行います。</li> <li>・ よりよいサービスを提供するために、計画的にサービススタッフを研修・育成していきます。介護技術だけではなく、心の機微がわかる暖かいサービススタッフを育てます。</li> </ul> |

### 4. サービスの内容

利用者が介護保険の「指定特定施設入居者生活介護 / 指定介護予防特定施設入居者生活介護」を選択した場合、具体的なサービス内容については、個別の「介護サービス提供計画書」(生活プラン)にて定めるものとします。

|        |   |
|--------|---|
| 居室の利用  | 定められた居室および各種共有スペースの提供                           |
| 日常生活支援 | 居室および共用部分の清掃・整理・ごみの処理、日常衣類の洗濯、リネン類の交換などの日常生活の支援 |
| 食事の提供  | 1日3食および茶菓子の提供、栄養管理                              |
| 介護     | 入浴・排泄・食事・移動・着脱衣・洗面等の介助、その他必要な見守り                |
| 健康管理   | 日常の健康管理、定期健康診断の実施                               |
| 機能訓練   | 生活機能訓練の実施                                       |

印が付されたサービスの内容は、個々の利用者の身体状況等によって異なります。

サービスの詳しい内容は添付の「介護サービス等の一覧表」をご参照ください。

### その他のサービス

|         |   |
|---------|---|
| 立替金サービス | 管理規程をご参照ください。<br>*ホームの利用料に含まれない、個人的な支出のお支払いのためのサービスです。また、現金そのもの自体をお渡しする運用はできませんので、ご了承ください。  |
| 有料サービス  | 添付の「有料サービス一覧表」をご参照ください。   |
| アクティビティ | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 各種のイベント / 季節行事を企画・実施します。実施に関する費用は月額施設利用料に含まれます。(内容によっては、事前にご了解を得て、別途費用のご負担をいただく場合があります。)</li> <li>例) イベント食、お正月、お花見、クリスマスパーティー、など</li> <li>・ 個人で選択できる各種の趣味活動・サークル活動を提案いたします。材料費等の実費のみ、ご希望者にご負担いただく場合があります。</li> <li>例) 生け花、手芸、俳句、囲碁・将棋、英会話、外食、旅行、ドライブ等</li> </ul> |

## 5 . 職員体制と職務内容

職員の人数、資格等の詳細につきましては、添付の行政様式をご参照ください。

当ホームでは、介護保険給付基準を上回る、要介護者および要支援者 2 . 5 名に対して常勤換算で 1 名以上の職員体制 (週 4 0 時間換算) を採っています。

| 職 種             | 主な職務内容   |
|-----------------|--|
| 管理者             | ホーム全般の管理・運営                                    |
| 生活相談員           | ご利用者 / ご家族との生活・介護全般に関する相談・援助<br>地域の他の関係諸施設との連携 |
| 計画作成担当者         | ご利用者の「介護サービス提供計画」(生活プラン)の作成                    |
| 直接処遇職員          |  |
| 介護職員 (サービススタッフ) | ご利用者への介護サービス全般の提供                              |
| 看護職員            | ご利用者の健康管理<br>ご利用者への介護サービス全般の提供                 |
| 機能訓練指導員         | ご利用者の心身機能の維持・向上のための訓練実施                        |
| 栄養士             | 外部委託<br>ご利用者の食事メニュー作成、栄養管理                     |
| 調理員             |  |
| 事務スタッフ          | 受付・経理・総務事務                                     |
| 業務スタッフ          | 施設営繕・車両運転等                                     |

## 6 . 利用状況

ご入居の利用者の人数および性別、年齢、要介護度別の内訳につきましては、添付の行政様式をご参照ください。

## 7 . 利用者の条件

|                   |  |
|-------------------|--|
| <p>利用者の条件</p>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 契約締結時に原則満 6 5 歳以上の方<br/>満 6 5 歳未満の方はご相談ください。</li> <li>・ 常時または随時、身の回りのお世話や見守りが必要な方</li> <li>・ 規定の利用料の支払いが可能な方</li> <li>・ 公的な医療保険に加入されている方</li> <li>・ 公的な介護保険に加入されている方</li> <li>・ 保証人を定められる方<br/>身元保証会社等を保証人とすることを希望される場合や保証人を定められない場合にはご相談ください。</li> <li>・ 当ホームの利用契約書・管理規程等をご承諾いただき円滑に共同生活が営める方</li> </ul> |
| <p>利用をお断りする場合</p> | <p>以下の各項に該当する場合は利用をお断りする場合があります。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療機関への恒常的な入院加療を要するなど、当ホームにおいて適切な介護サービスの提供が困難な方</li> <li>・ 暴力をふるう等他の人に害を及ぼすおそれがある方</li> <li>・ 感染症等を有し他の利用者に感染させるおそれのある方</li> </ul>  |

## 8 . 保証人の条件・義務等

利用者には保証人を 1 名定めていただきます。保証人は個人とします。

|   |   |
|---|---|
| <p>利用契約に定める保証人の義務</p> <p>詳しい内容については、「利用契約書」該当条項を参照願います。</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 当ホームの利用契約から生ずる、利用者のすべての債務の連帯保証（但し、保証人が利用者と連帯して保証する金額には、限度額を定めています。詳細については、利用契約書を参照願います。）</li> <li>・ 利用契約終了時の利用者の身柄引取り</li> <li>・ 介護サービス提供計画書（生活プラン）への同意の協力</li> <li>・ 利用者の治療、入院に関する手配の協力</li> <li>・ 利用者の治療等に関して、医療機関から医療同意を求められ、利用者がその意思を示すことができない場合、利用者に代わってその対応および手続きを行うこと</li> <li>・ 利用契約終了時に利用者が生存していない場合の、返還金等の返還先銀行口座の指定 等</li> </ul> <p>保証人が上記義務の履行が困難になった場合には、利用者は新たな保証人を速やかに選定し、ベネッセスタイルケアに通知します。</p> |
|---|---|

## 9 . 利用開始日の変更

利用者が、利用開始日の変更を希望する場合、利用開始日の前日までに利用契約の規定に即して解約手続きを行います。ただし、利用者が解約手続きを行わず、利用開始日が到来した場合には、利用開始日は契約書記載の日付となり、変更はできません。

詳しい内容については、「利用契約書」該当条項を参照願います。

## 1 0 . 体験利用

契約を希望されている方は、正式な契約締結前に「体験利用」をしていただけます。

|     |  |
|-----|--|
| 料 金 | <p>6泊7日 77,000円(税込)</p> <p>「6泊7日」の定額料金です。</p> <p>介護保険は適用されません。</p> <p>上記料金には食費、水光熱費、介護サービス費(ただし、個別の要望に基づく外出同行等を除く。)が含まれます。</p> |
|-----|--|

体験利用時は、後述の「有料サービス」は行っておりません。

## 1 1 . 入居金(入居金型契約を選択した場合)

|            |  |
|------------|--|
| 内 容        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 契約締結時に入居金をお支払いいただきます。</li> <li>・ 入居金は、居室および共用施設の家賃相当額です。</li> <li>・ 入居金は、想定居住期間等を勘案し、地域不動産の家賃相場等を考慮に入れて算出します。</li> <li>・ 入居金は消費税非課税です。また、入居金には利息は付きません。</li> <li>・ 月額支払型契約を選択した場合、入居金の支払いはありません。</li> </ul> |
| 標準入居金の算定方法 | <p>入居金は、以下の算定式に則って算定しています。</p> <p>入居金(家賃相当額) = (1か月分の家賃相当額) × (想定居住期間*1) + (想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えてベネッセスタイルケアが受領する額*2)</p> <p>*1 当社既存ホームを元に統計的に算定し、60ヶ月と設定しています。</p> <p>*2 想定居住期間を超えて入居が継続している場合に必要な家賃相当額として算定し、標準入居金額の30%としています。</p>                |
| 標準入居金と年齢基準 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 利用契約書に記載の入居金および返還金額は、利用開始時に満年齢が75歳以上の方に適用される「標準入居金」の場合の金額です。</li> <li>・ 利用開始時の満年齢が75歳未満の方へは、入居金/返還金を別途ご提示させていただきます。</li> <li>・ 利用者が2名の場合(定員2名の居室の設定がある場合のみ) どちらか満年齢の若い方を対象に入居金、返還金を設定します。</li> </ul>        |

|             |  |
|-------------|--|
| 返 還 金       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 入居金の償却方法は以下のとおりです。(標準入居金の場合)<br/>利用者の年齢にかかわらず、利用開始日に、想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えてベネッセスタイルケアが受領する額として標準入居金の3割相当額を「利用開始時償却( )」します。<br/>「利用開始時償却額」は返還対象外となります。</li> <li>・ 「利用開始時償却額」以外の入居金は、利用開始日の属する月から起算して、当該居室タイプの月次償却額を毎月償却します。(標準入居金の場合の償却期間は60ヶ月です。)<br/>* 1円未満の端数調整のため、1ヶ月目の月次償却額は通常月と異なる場合があります。<br/>* 月途中で利用契約が開始もしくは終了した月においては、30日で除した日割り計算にて算出します。</li> <li>・ 返還金の算定方法は以下のとおりです。(標準入居金の場合)<br/>返還金は、利用者の年齢にかかわらず、契約終了日が償却期間を経過していない場合には、月次償却額に、「残月数( )」を乗じた金額を返還します。このとき、利用契約または償却期間が月途中で終了する場合には、当該月における未償却日数分の返還額(月次償却額を30で除した日割り計算にて算出)と合計して返還します。<br/>当該返還金は、契約終了日と居室の明渡し完了日との、いずれか遅い日が属する月の翌々月末日までに、銀行口座への振り込みにより利用者に返還します。<br/>入居金の償却が完了し、入居金残高がない場合には、返還金はありません。<br/>また、追加の入居金を支払う必要もありません。<br/>「残月数」は、償却期間から利用開始日が属する月から起算して契約が終了または解約された日が属する月までの月数を減じた月数を指します。ただし、その計算結果が0以下となる場合、残月数は0とします。</li> <li>・ 契約終了時に債務がある場合、入居金残高からその額を控除、残額を返金します。</li> <li>・ 前項の債務が入居金残高を上回る場合、その額を追加で別途請求します。</li> <li>・ 入居金残高がない場合にも上記と同様となります。</li> </ul> |
| 3ヶ月以内の契約の終了 | <p>契約が利用開始日から3ヶ月以内に終了した場合、入居金全額を利用者に返還します。この場合、月額施設利用料、介護費用、有料サービスの対価のほか、入居金にかえて利用開始日から契約終了日までの期間について「契約が3ヶ月以内に終了した場合の家賃相当額」をお支払いいただきます。</p>   |

## 1 2 . 敷金 (月額支払型契約を選択した場合)

|  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 契約締結時に敷金をお支払いいただきます。</li> <li>・ 入居金型契約を選択した場合、敷金の支払いはありません。</li> <li>・ 契約債務の担保金として、敷金をお預かりします。</li> <li>・ 敷金は消費税非課税です。また、敷金には利息は付きません。</li> <li>・ 契約終了時、滞納や債務がない場合は、契約終了日と居室の明渡し完了日との、いずれか遅い日が属する月の翌々月末日までに、敷金全額を銀行口座への振り込みにより返金します。</li> <li>・ 利用料の不払いがあった場合には、敷金から充当する場合があります。<br/>詳しい内容については、「契約書」の該当条項を参照願います。</li> </ul> |
|--|



## 1 3 . 利用料

### ( 1 ) 月額施設利用料

- ・ 月額施設利用料は、月次のお支払いとなります。

月額施設利用料の項目と内容

- 1 . 家賃相当額（非課税）
  - ・ 居室および共用施設の家賃相当額（月額支払型契約）
- 2 . 食材費（消費税課税）
  - ・ 食材費
- 3 . 管理費（消費税課税）
  - ・ 施設の維持・管理費、水光熱費、厨房運営費等

食材費は、所定の期限までに欠食の届けをした場合は、料金をいたしません。

利用者が2名の場合（定員2名の居室の設定がある場合のみ）

- ・ どちらか1名が死亡または退居した場合には、死亡または退居した日の属する月の翌月から、月額施設利用料が「1名利用」の料金に変更されます。
- ・ 利用者が2名の場合、利用者は、ベネッセスタイルケアに対して、書面で退去の申し入れを行うことにより、利用者どちらか1名はいつでも退去することができます。

### ( 2 ) 介護費用

#### 介護保険給付費（非課税）

- ・ 介護保険給付費および利用者の自己負担

要介護認定（要支援認定を含む。以下同じ。）を受けられている方は、その認定結果に応じて、介護保険「特定施設入居者生活介護」・「介護予防特定施設入居者生活介護」の介護給付を受けることができます。介護保険給付費には、基本サービス費の他に要介護（要支援）度に応じて各加算が含まれます。

介護保険給付費の自己負担額は、介護保険の「負担割合証」に記載されている自己負担割合に基づき計算された金額となります。（例えば、自己負担割合が2割の場合の自己負担額は、1割の場合の概ね2倍の金額に、3割の場合は、1割の場合の概ね3倍の金額になります。）

自立の利用者につきましては、介護保険給付費は発生しません。

- ・ 日額積算

介護保険給付費は、介護保険法令の規定により、「日額」を基準として給付されます（医療機関連携加算、個別機能訓練加算（ ）、口腔衛生管理体制加算、生活機能向上連携加算、ADL維持等加算および科学的介護推進体制加算は「月額」を基準とします）。毎月の費用請求は、月の「日額積算」となりますので、30日の月と31日の月では、請求金額が変わってきます。

- ・ 介護保険給付費の変更

介護保険給付費は、厚生労働省が告示する介護保険給付基準が変更される場合には、それに従って変更されます。

- ・ 端数計算の扱い

介護保険給付費の計算は、厚生労働省告示の基準に従い、1円未満（小数点以下）を切り捨てて計算しています。

- ・ 利用者が 2 名の場合（定員 2 名の居室の設定がある場合のみ）  
介護保険給付費は、利用者各々の要介護 / 要支援認定結果に応じて給付されます。

### 上乗せ介護費用 / 自立者生活支援費用（消費税課税）

当ホームでは、介護保険上の「特定施設入居者生活介護」の基準を上回る人員配置をしている分を、「上乗せ介護費用」として設定しています。利用者が自立の場合、上乗せ介護費用に代えて、自立者の生活を支援することも含めた職員体制の維持に必要な費用として、自立者生活支援費用をお支払いいただきます。不在時の割引はありません。

#### ・ 当ホームの介護体制

利用者に十分な介護を提供するため、介護保険法上の「特定施設入居者生活介護」・「介護予防特定施設入居者生活介護」基準よりも手厚い介護体制を整えています。

介護保険法上、要支援者および要介護者：直接処遇職員の比率が 2 . 5 : 1 以上の手厚い介護体制の場合、介護保険給付費以外に別途介護費用を設定することが認められています。

直接処遇職員は、ホームの「介護職員と看護職員」の勤務時間を、常勤職員の勤務時間で割って算出した常勤換算後の人数

#### ・ 当ホームの人員配置

< 介護保険法上の人員基準 >

要介護 1 ~ 5 の方：直接処遇職員 = 3 : 1 以上

要支援 1 ~ 2 の方：直接処遇職員 = 1 0 : 1 以上

< 当ホームの人員基準 >

要介護者および要支援者：直接処遇職員 = 2 . 5 : 1 以上

当ホームでは、要介護者および要支援者 2 . 5 名に対して、常勤換算 1 名以上の職員体制（週 4 0 時間換算）を採っています。夜間（2 2 時 ~ 翌 6 時）最少時の介護職員は 2 名（満床時）です。なお、職員体制の見直しなどにより、変更する場合があります。

### （ 3 ） その他の費用

|                      |   |
|----------------------|---|
| <p>「有料サービス」と支払方法</p> | <p>利用料に含まれない有料サービスを別途設定しています。有料サービスは、利用した月の請求時にあわせて精算 / 請求します。</p> <p>「ご家族等の利用者居室での宿泊」について<br/>利用者以外の方が、利用者居室およびその他居室に宿泊することはできません。但し、以下の限定的期間においては、ベネッセスタイルケアが認めた場合に限り、ご家族等の利用者居室での一時的な宿泊を許可することがあります。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 利用開始時</li> <li>・ 終末期の看取り時</li> </ul> <p>この場合、有料サービス一覧表に定める利用料をご負担いただきます。<br/>なお、利用者不在時のご家族だけの宿泊は認められません。</p> |
|----------------------|---|

|                 |  |
|-----------------|--|
| 日常生活に関わる費用の負担区分 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 利用者は、医療費、紙おむつ等の介護消耗品、化粧品、衣類、クリーニング、理容・美容、嗜好品等、専ら利用者の個人的利用、使用に係る費用を負担します。</li> <li>・ 利用者が、当ホームまたはその設備、備品等を汚損または毀損、滅失、その他原状を変更した場合には、利用者の選択により、直ちに自己の費用により原状に復するか、またはその対価を支払って損害を賠償します。</li> <li>・ ホームの利用に付随して生ずる「日常生活に関わる費用」は、その内容・性格により、利用料に含まれるものと含まれないものに区分しています。区分基準と具体的な内容・内訳は、利用契約書を参照願います。</li> </ul> |
|-----------------|--|

## 1 4 . 費用の改定

|   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 月額施設利用料および有料サービスの単価については、消費者物価指数及び人件費、また諸種の経済状況の変化などを勘案し、事業の安定的継続の視点から、運営懇談会の意見を聞いて、改定する場合があります。</li> <li>・ 介護保険給付費については、介護保険の介護給付基準が変更される場合には、それに応じて変動します。</li> <li>・ 上乗せ介護費用 / 自立者生活支援費用については、消費者物価指数および人件費、また諸種の経済状況の変化や介護保険制度の改正などを勘案し、事業の安定的継続の視点から、運営懇談会の意見を聞いて、改定する場合があります。</li> <li>・ 入居金、敷金、家賃相当額および介護保険給付費は消費税非課税です。それ以外の費用には消費税が課税されます。消費税法が改定になった場合は、改定内容及び法令等の定めにしたがい、利用料も変更になります。軽減税率についても、その内容の定めに従い、当該料金を変更します。</li> </ul> |
|---|

## 1 5 . 支払方法

|               |  |
|---------------|--|
| 入居金 / 敷金の支払方法 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 契約締結後、請求書を発行いたします。お支払方法は、請求書記載の振込期日（原則として、請求書到着日の翌日から起算して1週間後以降に設定される）までに指定銀行口座へ振込みのみとさせていただきます。振込み以外でのお支払いはご遠慮願います。<br/>お振込みは、利用者または保証人の名義とし、振込手数料は、利用者の負担となります。</li> <li>・ お振込みについては、本店（本社）の所在地が日本国内であって、かつ、日本国内の支店の金融機関口座のご使用をお願いいたします。（上記以外の金融機関口座による対応はいたしかねます）<br/>銀行振込の振込依頼書等の控えをもって、ベネッセスタイルケアの預り証等に代えさせていただきますので、お振り込み時の振込依頼書等の控えを、大切に保管いただきますようお願いいたします。</li> </ul> |
|---------------|--|

|          |   |
|----------|---|
| 利用料の支払方法 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 別途指定いただく利用者 / ご家族の金融機関口座からの自動振替を原則としています。<br/>利用契約締結時に口座振替の手続きをご案内します。<br/>金融機関での手続きが完了するまでの1～2ヶ月間は銀行口座へのお振込みとなります。</li> <li>・ 請求書記載の指定銀行口座への振込によるお支払いも可能です。</li> <li>・ 前月の利用に係る料金その他精算を必要とする費用に関する請求書を毎月15日までに送付します。自動振替の場合は当月26日にご指定いただいた銀行口座（法人名義の口座はご指定いただけません。）より引き落とし、お振込の場合は当月26日までに指定口座にお振込み願います。（26日が金融機関の休業日の場合は翌営業日）<br/>お振込みは、利用者または保証人の名義とし、振込手数料は、利用者の負担となります。<br/>自動振替またはお振込みについては、本店（本社）の所在地が日本国内であって、かつ、日本国内の支店の金融機関口座のご使用をお願いいたします。（上記以外の金融機関口座による対応はいたしかねます）</li> <li>・ 領収証は入金月の翌月に発行いたします。<br/>領収書の再発行はできかねますので、お手元に届いた領収書は、大切に保管いただきますようお願いいたします。</li> <li>・ 利用者が2名の場合（定員2名の居室の設定がある場合のみ）<br/>以下の費目については、ご利用者ごとに請求明細が作成されます。<br/>介護保険給付費 / 有料サービス / 立替金 / 不在時・欠食時の割引</li> </ul> |
|----------|---|

## 16 . 費用計算基準

### 入居金型契約の場合

| 時期    | 請求 / 返金項目                                   | 計算基準 / その他   |
|-------|---|--|
| 契約締結時 | 入居金   | 利用開始日を基準に「利用開始時償却」されます。<br>この額は返還対象外となります。   |
| 利用開始月 | 月額施設利用料<br>（食材費・管理費）<br>上乗せ介護費用 / 自立者生活支援費用 | 「日割り請求基準」により、日額積算にて算定します。<br>利用開始日が月初1日の場合は規定の「月額料金」となります。<br>* 食材費は、1食単位で算定します。             |
|       | 介護保険給付費                                     | 日額積算にて算定します。（医療機関連携加算、個別機能訓練加算（ ） 口腔衛生管理体制加算、生活機能向上連携加算、ADL維持等加算および科学的介護推進体制加算は、月単位で当該加算を積算） |
| 通常月   | 月額施設利用料<br>（食材費・管理費）<br>上乗せ介護費用 / 自立者生活支援費用 | 月額料金にて算定します。<br>* 食材費は、1食単位で算定します。   |
|       | 介護保険給付費                                     | 日額積算にて算定します。（医療機関連携加算、個別機能訓練加算（ ） 口腔衛生管理体制加算、生活機能向上連携加算、ADL維持等加算および科学的介護推進体制加算は、月単位で当該加算を積算） |

|       |   |  |
|-------|---|--|
| 契約終了月 | 月額施設利用料<br>(食材費・管理費)<br>上乗せ介護費用 / 自立者生活支援費用 | 「日割り請求基準」により、日額積算にて算定します。<br>契約終了日が月末の場合は規定の「月額料金」となります。<br>* 食材費は、1食単位で算定します。               |
|       | 介護保険給付費                                     | 日額積算にて算定します。(医療機関連携加算、個別機能訓練加算( )、口腔衛生管理体制加算、生活機能向上連携加算、ADL維持等加算および科学的介護推進体制加算は、月単位で当該加算を積算) |
|       | 入居金   | ホームの利用期間に応じて規定の「返還金」を返金します。<br>入居金の償却が完了し、入居金残高がない場合には返還金はありません。                             |

「利用開始時償却額」以外の入居金は、利用開始日の属する月より月次で償却されます。(但し、途中で利用契約が開始もしくは終了した月においては、30で除した日割り計算にて算出します。)

### 月額支払型契約の場合

| 時期    | 請求 / 返金項目   | 計算基準 / その他   |
|-------|---|--|
| 契約締結時 | 敷金  | 債務担保として預託  |
| 利用開始月 | 月額施設利用料<br>(家賃相当額・食材費・管理費)<br>上乗せ介護費用 / 自立者生活支援費用 | 「日割り請求基準」により、日額積算にて算定します。<br>利用開始日が月初1日の場合は規定の「月額料金」となります。<br>* 食材費は、1食単位で算定します。             |
|       | 介護保険給付費   | 日額積算にて算定します。(医療機関連携加算、個別機能訓練加算( )、口腔衛生管理体制加算、生活機能向上連携加算、ADL維持等加算および科学的介護推進体制加算は、月単位で当該加算を積算) |
| 通常月   | 月額施設利用料<br>(家賃相当額・食材費・管理費)<br>上乗せ介護費用 / 自立者生活支援費用 | 月額料金にて算定します。<br>* 食材費は、1食単位で算定します。   |
|       | 介護保険給付費   | 日額積算にて算定します。(医療機関連携加算、個別機能訓練加算( )、口腔衛生管理体制加算、生活機能向上連携加算、ADL維持等加算および科学的介護推進体制加算は、月単位で当該加算を積算) |
| 契約終了月 | 月額施設利用料<br>(家賃相当額・食材費・管理費)<br>上乗せ介護費用 / 自立者生活支援費用 | 「日割り請求基準」により、日額積算にて算定します。<br>契約終了日が月末の場合は規定の「月額料金」となります。<br>* 食材費は、1食単位で算定します。               |
|       | 介護保険給付費   | 日額積算にて算定します。(医療機関連携加算、個別機能訓練加算( )、口腔衛生管理体制加算、生活機能向上連携加算、ADL維持等加算および科学的介護推進体制加算は、月単位で当該加算を積算) |
|       | 敷金  | 原則、全額無利息で返金。<br>債務がある場合には控除。   |

## 17. 保全措置

ベネッセスタイルケアは、老人福祉法および関連する厚生労働省令等の定めに基づき、支払いを受けた入居金のうち、契約書の規定に基づき利用者に将来返還をするべき予定額について、必要な保全措置を講じます。

敷金については、保全措置を講じておりません。

保全措置の内容は、利用契約書をご参照ください。

## 18. 欠食 / 2泊3日以上不在時の扱い

### (1) 欠食時の扱い

一週間前までに所定の用紙にて申請することにより、1食単位で料金をいただきません。

### (2) 2泊3日以上不在時の請求の考え方

#### 2泊3日以上不在の場合の「不在期間」算定基準

「不在期間」は「外出初日とホームに戻った日を除いた実質不在日」を基準に計算します。

例) 7 / 2 5 ~ 7 / 3 0 ( 5 泊 6 日 ) の間不在の場合 不在期間 ( 割引算定基準 ) 4 日

|                 |   |
|-----------------|---|
| <p>介護費用の取扱い</p> | <p>介護保険給付費の取扱い</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・不在期間については、介護給付費は支給されませんので、自己負担額の請求もありません。</li> <li>・入院中に、一時的にホームを利用される場合は、介護保険を利用できません。</li> </ul> <p>介護保険を利用できない場合、利用者の要介護（要支援）度に応じた介護保険給付費と同等額が全額自己負担となるほか、消費税が別途課税されます。</p> <p>上乗せ介護費用 / 自立者生活支援費用の取扱い</p> <p>介護体制の維持に必要なため、不在期間についても全額請求します。</p> |
| <p>食材費の取扱い</p>  | <p>一週間前までに所定の用紙にて申請することにより、不在期間について欠食時と同様に請求はありません。</p>   |

上記以外の費目の割引はありません。

## 1 9 . 契約の終了

|                 |   |
|-----------------|---|
| 利用者からの解約        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 入居金型契約の場合<br/>利用者は、ベネッセスタイルケアに対して、書面で通知することによりいつでも契約を解約することができます。</li> <li>・ 月額支払型契約の場合<br/>利用者は、ベネッセスタイルケアに対して、1ヶ月前までに書面で通知することによりいつでも本契約を解約することができます。ただし、利用開始日の前日までにベネッセスタイルケアに対して書面で解約の申し入れを行った場合には、利用者はいつでも本契約を解約することができます。<br/>「1ヶ月前」とは暦月での基準となります。例えば、7月20日契約解除のご希望があれば、前月6月20日以前の書面提出が必要となります。</li> </ul>   |
| ベネッセスタイルケアからの解約 | <p>次の事由に該当する場合には、ベネッセスタイルケアは、少なくとも3ヶ月前に利用者および保証人に対して理由を示した書面により解約を申し入れることにより、本契約を解約することができます。この場合、ベネッセスタイルケアは、利用者および保証人に対して説明および協議の場を設けるものとします。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>利用者が、利用料その他の支払いを1ヶ月以上滞納したとき</li> <li>利用契約「禁止または制限される行為」の規定のいずれかに違反したとき</li> <li>保証人が利用契約「保証人」の規定を遵守しなかったとき</li> <li>利用者が、重篤な感染症にかかり、または保持し、利用者に対する通常の介護方法では感染を防止することができないとき</li> <li>利用者、保証人または利用者の家族・その他関係者が、ベネッセスタイルケアの事業運営に支障を及ぼしたとき</li> <li>利用者が、医療施設への恒常的な入院入所を要する状態となるなど、本施設において利用者に対する適切な本件サービスの提供が困難であると合理的に判断されるとき</li> <li>利用者が本施設を不在にする期間が連続して6ヶ月（月額支払型契約の場合は3ヶ月）を超え、本施設への復帰が困難、あるいは利用者に復帰の意思がないと合理的に判断されるとき</li> <li>天災、法令の改変、その他やむを得ない事情により施設を閉鎖または縮小するとき</li> <li>利用者・保証人または利用者の家族が、ベネッセスタイルケアまたはその従業員あるいは他の利用者に対して、本契約を継続し難いほどの背信行為を行ったとき</li> </ul> <p>上記に関わらず、利用者、保証人または利用者の家族・その他関係者の言動および要望等が以下のいずれかに該当する場合には、ベネッセスタイルケアは、3ヶ月前に理由を示した書面による申し入れをせずに、また、利用者および保証人に対して説明および協議の場を設けずに、解約することができます。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 利用者自身、他の利用者またはベネッセスタイルケアの従業員の心身、生命または財産に危害を及ぼすおそれがあるとき</li> <li>・ 利用者自身、他の利用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</li> <li>・ ベネッセスタイルケアの事業運営に重大な支障を及ぼしたとき</li> </ul> |

|                        |   |
|------------------------|---|
| ベネッセスタイルケア都合による他施設への移動 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 本施設の老朽化、増改築の実施、その他やむを得ない事情により、施設の使用継続が困難であるとベネッセスタイルケアが判断した場合、利用者および保証人は、本契約を解約することに合意します。</li> <li>・ 上記の場合、ベネッセスタイルケアは、利用者に、移動先として他の施設を指定するものとします。</li> <li>・ 利用者および保証人は、移動先の施設における新たな利用契約を締結できるものとします。</li> </ul>  |
| 契約の自動終了                | <p>次の事由に該当する場合には、本契約は自動的に終了します。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 利用者が死亡したとき</li> </ul>  |
| 居室明け渡し時の扱い             | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ <b>居室の明け渡しが遅れた場合</b><br/>       ご逝去による退去の場合は、契約終了日の14日後の翌日から起算して居室明け渡し日までの期間について、利用契約書に定める料金を、ホームより請求することができます。<br/>       利用者またはベネッセスタイルケアからの解約による退去の場合は、契約終了日の翌日から起算して居室明け渡し日までの期間について、利用契約書に定める料金を、ホームより請求します。</li> <li>・ <b>月額施設利用料および上乘せ介護費用 / 自立者生活支援費用</b><br/>       契約終了 / 居室明け渡し月の月額施設利用料および上乘せ介護費用 / 自立者生活支援費用は、「日割り請求基準」をもとに算定します。</li> <li>・ <b>介護保険給付費</b><br/>       介護保険給付費は、利用日数の日額積算にて算定します。<br/>       (医療機関連携加算、個別機能訓練加算( )、口腔衛生管理体制加算、生活機能向上連携加算、ADL維持等加算および科学的介護推進体制加算は、月単位で当該加算を積算)</li> <li>・ <b>入居金・敷金および契約終了 / 居室明け渡し月の費用精算</b><br/>       入居金は、契約終了日までを利用期間として償却されます。(但し、契約終了日以降に居室明渡しとなる場合は、この限りではありません。)<br/>       返還金の残高がある場合       <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 入居金型契約の入居金または月額支払型契約の敷金については、返還すべき金額から、契約終了 / 居室明け渡し月に利用した月額施設利用料、介護費用、有料サービス、立替金、原状回復に要する費用、その他利用月に精算が必要な費目を精算し、返金額または追加の請求額を確定します。</li> <li>・ 返金額がある場合には、契約終了日と居室の明渡し完了日との、いずれか遅い日が属する月の翌々月末日までに一括にて銀行口座への振り込みにより返金いたします。</li> <li>・ 追加の請求額がある場合には、請求額が確定し次第、請求書を発行いたします。</li> </ul>       返還金の残高がない場合       <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 契約終了 / 居室明け渡し月に利用した月額施設利用料、介護費用、有料サービス、立替金、その他利用月に精算が必要な費目を積算し、請求額を確定します。</li> <li>・ 請求額が確定し次第、請求書を発行いたします。</li> </ul> </li> </ul> |



## 2 0 . 医療関連

|                        |   |
|------------------------|---|
| 協力医療機関                 | <p>協力医療機関とは、当ホームが利用者の日常の健康管理等を行う為に当ホームと協定関係にある医療機関です。</p> <p>協力医療機関の詳細は添付の行政様式をご参照ください。</p> <p>ベネッセスタイルケアと協力医療機関は、経営主体を異にするものです。</p>  |
| 医療機関との医療サービスに関する契約について | <p>医療サービスに関する契約は、利用者・ご家族が医療機関と直接ご契約いただくものです。かかりつけ医を、協力医療機関とするか、または他の医療機関とするかは、利用者・ご家族でお選びいただきます。</p> <p>医療サービス・費用等に関する質問や問合せは、直接医療機関にお願いいたします。</p> <p>医療費は利用者の負担となります。</p> <p>ホームにて実施する定期健康診断については、ベネッセスタイルケア指定の医療機関等にて受診いただきます。</p>  |
| 利用者が医療を要する場合および緊急時の対応  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 疾病・負傷等により治療が必要となった場合には、利用者の意思を確認し、保証人の同意を得て、協力医療機関、近隣の診療所等の受診に協力します。協力医療機関以外の受診・治療は、原則、ご利用者・ご家族にてご対応をお願いいたします。</li> <li>    医療費は利用者の負担となります。</li> <li>・ 入院治療を必要とする場合は、利用者の意思を確認し、保証人の同意を得て、医師の判断/指示により、近隣病院への入院の協力をいたします。</li> <li>    入院による不在が6ヶ月（入居金型契約の場合）または3ヶ月（月額支払型契約の場合）を超えた場合には、契約維持について、ホームよりご利用者/ご家族にご相談させていただきます。</li> <li>    医療費は利用者の負担となります。</li> <li>    入院期間における利用料の取扱いについては、「2泊3日以上不在時の扱い」に準じます。</li> <li>・ 夜間・緊急時の対応については、ホーム利用開始時に、「夜間・緊急時対応確認書」を作成、ご提出いただき、連絡先・対応方法を確認します。</li> <li>    ホームでは、あくまで「人命尊重」の原則に従って緊急時対応を行います。ご家族への連絡がつかなかった場合、ご家族からの指示をいただかないうちに、救急処置、緊急入院・手術などの医療処置におよぶ場合があります。</li> </ul> |
| 終末期の看取り対応について          | <p>利用者や利用者の家族のご希望に応じ、協力医療機関の医師も含めて話し合いの場を持ち、利用者・家族の状況および当ホーム・かかりつけ医療機関等の体制を考慮の上、看取り対応の可否を個別に判断いたします。したがって、看取りの対応に関しましては、利用者および保証人の意向に添えない場合があります。</p>   |
| その他                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 定期健康診断（年1回）：利用料に含まれます。</li> <li>・ インフルエンザ予防接種（年1回）：利用料に含まれます。</li> <li>・ 医師は配置していません。</li> <li>・ 看護職員は専門有資格者（看護師・准看護師）ですが、法規上、診療行為や医師の指示のない診療補助業務を行うことはできません。</li> <li>・ 看護職員が行うのは日常の「健康管理」です。専門知識・経験を活かして、ご利用者の心身状況の把握や協力医療機関との連携をとります。</li> </ul>  |

## 2 1 . 苦情解決の体制

|           |  |
|-----------|--|
| 運 営 懇 談 会 | ベネッセスタイルケアは、本契約の履行に伴って生ずる諸種の問題に関し、契約当事者が意見交換を行う場として運営懇談会を設置し、年 1 回定例会を、また必要に応じて臨時会を開催します。運営懇談会の構成員は、利用者、保証人、当ホームの管理者ならびにその他の職員とします。  |
| 相 談 窓 口   | <p>ベネッセスタイルケアは、利用者からの相談、苦情等に対応する窓口を設置し、本件サービスに関する利用者の要望、苦情等に対し、迅速に対応します。</p> <p>【当ホーム内窓口】『施設概要』参照<br/>         【ベネッセスタイルケア ご意見受付窓口】<br/>         フリーダイヤル：0 1 2 0 - 2 5 1 - 6 6 2<br/>         受付時間：平日 9：30～18：00<br/>                           土曜・日曜・祝日 休み<br/>         定休日はベネッセスタイルケアの本社事務所の休業日（土日祝祭日・年末年始等）に準じます。</p> |

## 2 2 . 事故発生時等の対応

|             |   |
|-------------|---|
| 事故発生時の対応    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ベネッセスタイルケアは、利用者の病状の急変、その他の事故が発生した場合には、速やかに保証人や利用者の家族に連絡をとるとともに、主治の医師に連絡をとる等必要な措置を講じます。</li> <li>・ベネッセスタイルケアは、状況、処置等の記録を残し、必要に応じて市区町村へ報告します。</li> <li>・ベネッセスタイルケアは、対処方法について、ホーム内で対応マニュアルを定めており、都度その原因を解明し、再発生しないように対策を講じます。</li> </ul>   |
| 火災・非常災害時の対応 | <p>施設・設備</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当ホームは、有料老人ホームとして、該当する建築基準関係法令および消防関係法令に適合しています。</li> <li>・また、関係諸法令に従い、火災・非常災害時に備えて、避難経路の確保、消防用設備機器の設置、防災資材の使用などの必要な処置をおこなっています。</li> </ul> <p>防火管理</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ホームでは消防関係法令に従い、火災・非常災害時に備えて、防火管理者を定め、具体的な消防計画を作成、管轄消防署に届出をしています。</li> <li>・定期的に消防用設備等の点検を実施すると共に、管轄消防署の指導のもとで、年 2 回の定期消防訓練を実施しています。</li> <li>・また、防火管理者のもとに、防火担当責任者・火元責任者を配置し、日常の防火管理を徹底すると共に、職員の防災教育を適宜実施、自衛消防隊を組織して、火災発生時に備えています。</li> </ul> |

## 2 3 . 損害賠償

- ・ベネッセスタイルケアは、施設賠償責任保険・生産物賠償責任保険に加入しています。
- ・ベネッセスタイルケアは、本件サービスの提供に伴って、ベネッセスタイルケアの責に帰すべき事由により利用者の生命、身体、財産に損害を及ぼし、法的な賠償責任を負う場合は、利用者に対して、その損害を賠償します。
- ・ベネッセスタイルケアは、利用者が快適かつ心身ともに充実し安定した生活を営んでいただくために、最善の注意をもってサービス提供を行うよう努めておりますが、通常の注意義務を超えて事故等が発生し、その原因がベネッセスタイルケアに起因しない場合には、責任を負いかねる場合があることを、予めご同意ください。よって、例えば、完全な転倒防止等をお約束することはいたしかねます。

## 2 4 . 秘密保持・個人情報の取扱い

|          |   |
|----------|---|
| 秘 密 保 持  | ベネッセスタイルケアは、本件サービスを提供する上で知り得た利用者およびその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に開示または漏洩しません。この守秘義務は本契約が終了した後においても同様の効力を有します。 |
| 個人情報の取扱い | ご提供いただく個人情報の取扱いについては、別に定める書面にてベネッセスタイルケアが説明し、同意いただきたい事項についてはご署名をいただきます。                               |

## 2 5 . その他

|                    |   |
|--------------------|---|
| やむを得ず身体拘束等を行う場合の手続 | <p>ホームは、サービスの提供にあたっては、利用者の生命または身体を保護するため、切迫性・非代替性・一時性の3つの要件すべてを満たす緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行いません。ただし、緊急やむを得ず身体拘束を行う場合は、本人またはご家族に十分説明を行い、確認書を取り交わします（継続して行う場合は、概ね1か月毎取り交わします）。その態様および時間、その際の利用者の心身状況、緊急やむを得なかった理由を記録し、ご家族等の要求がある場合および行政機関等の指示等がある場合には、開示します。</p> <p>また、身体拘束廃止・虐待防止のために以下の取り組みを実施しています。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・虐待防止の責任者をホーム長とします</li> <li>・苦情解決体制の整備</li> <li>・職員会議にて、定期的に虐待防止のための啓発・周知</li> <li>・身体拘束廃止のための指針の策定</li> <li>・マニュアルの整備</li> <li>・年1回以上、研修の実施</li> <li>・「身体拘束廃止・虐待防止委員会」の月1回以上の定期開催</li> <li>・虐待が発生した場合、直ちに必要な措置を講じるとともに、保証人または利用者のご家族、および行政機関への速やかな報告</li> </ul> |
|--------------------|---|

## 入居金型契約《入居金 / 利用料》

### 入居金

(非課税)

| 居室タイプ | 入居金          | 利用開始時の償却額 1 | 月次償却額 2   |
|-------|--------------|-------------|-----------|
| A     | 9,300,000 円  | 2,790,000 円 | 108,500 円 |
| B     | 18,600,000 円 | 5,580,000 円 | 217,000 円 |

#### 返還金算出ルール

返還金 = 入居金 - 利用開始時の償却額 - (月次償却額 × 利用期間 3)

- 1 「利用開始時の償却額」は入居金の 30% です。この額は返還対象外となります。
- 2 「月次償却額」とは、入居金型契約における入居金算定時の「1ヶ月分の家賃の額」です。(1ヶ月目の月次償却額は、端数調整のため、通常月の月次償却額と異なる月があります。)
- 3 「利用期間」とは、利用開始日の属する月から契約終了日の属する月までの月数。但し、契約終了日以降に居室明渡しとなる場合は、この限りではありません。(月途中で利用契約が開始もしくは終了した月においては、30で除した日割り計算にて算出します。)

### 月額施設利用料

(税込)

| 居室タイプ | 利用人数 | 食材費      | 管理費       | 合計        |
|-------|------|----------|-----------|-----------|
| A     | 1名利用 | 29,160 円 | 127,050 円 | 156,210 円 |
| B     | 1名利用 | 29,160 円 | 149,050 円 | 178,210 円 |
| B     | 2名利用 | 58,320 円 | 239,800 円 | 298,120 円 |

管理費は、施設の維持・管理費、水光熱費、厨房運営費等に充当します。

食材費は、1日3食を30日提供した場合の金額です。1食あたりは以下のとおりです。以下の「朝食、昼食、夕食」の食材費については軽減税率の対象とし、一食につき640円以下(税抜)の食材費は、消費税率8%に基づいて記載しています。食材費は、所定の期限までに欠食の届けをした場合は、料金をいたしません。(税込)

| 費目       | 朝食    | 昼食    | 夕食    |
|----------|-------|-------|-------|
| 1食当たりの金額 | 216 円 | 324 円 | 432 円 |

## 月額支払型契約《敷金 / 利用料》

### 敷金

(非課税)

| 居室タイプ | 金額          |
|-------|-------------|
| A     | 1,060,200 円 |
| B     | 2,120,400 円 |

契約が終了し、かつ利用者から居室の明渡しを受けた場合、ベネッセスタイルケアは、敷金を利用者に返還します。

### 月額施設利用料

(税込)

| 居室タイプ/利用人数 | 家賃相当額<br>(消費税非課税) | 食材費      | 管理費       | 合計        |
|------------|-------------------|----------|-----------|-----------|
| A 1名利用     | 176,700 円         | 29,160 円 | 127,050 円 | 332,910 円 |
| B 1名利用     | 353,400 円         | 29,160 円 | 149,050 円 | 531,610 円 |
| B 2名利用     | 353,400 円         | 58,320 円 | 239,800 円 | 651,520 円 |

管理費は、施設の維持・管理費、水光熱費、厨房運営費等に充当します。

食材費は、1日3食を30日提供した場合の金額です。1食あたりは以下のとおりです。以下の「朝食、昼食、夕食」の食材費については軽減税率の対象とし、一食につき640円以下(税抜)の食材費は、消費税率8%に基づいて記載しています。食材費は、所定の期限までに欠食の届けをした場合は、料金をいたしません。(税込)

| 費用       | 朝食    | 昼食    | 夕食    |
|----------|-------|-------|-------|
| 1食当たりの金額 | 216 円 | 324 円 | 432 円 |

## 介護費用（利用者 1 名あたり）

### 1 介護保険給付費（非課税）

利用者ごと、要介護（要支援）認定の結果に応じて、以下のようになります。

「基本報酬」に、「夜間看護体制加算」「医療機関連携加算」「個別機能訓練加算（ ）（12 単位/日）」「生活機能向上連携加算（ ）（100 単位/月）」「介護職員処遇改善加算」「サービス提供体制強化加算（ ）（22 単位/日）」「入居継続支援加算（ ）（36 単位/日）」「口腔衛生管理体制加算」「介護職員等特定処遇改善加算（ ）」「ADL 維持等加算（ ）（60 単位/月）」「科学的介護推進体制加算」を含めた 1 割負担の方の場合における自己負担額（目安）です。「看取り介護加算」「退院・退所時連携加算」「個別機能訓練加算（ ）」「口腔・栄養スクリーニング加算」は含まれていません。

要支援 1・2 については「夜間看護体制加算」「入居継続支援加算」「ADL 維持等加算」は含まれていません。要介護 1～5 については「入居継続支援加算」を算定する場合は「サービス提供体制強化加算」は算定できない為、下表にも含まれていません。

なお、下表の金額は算定した加算の内容等によって実際の自己負担額と異なる場合があります。

自己負担割合が 2 割の場合の自己負担額は、1 割の場合の概ね 2 倍の金額に、3 割の場合は、1 割の場合の概ね 3 倍の金額になります。

（非課税）

| 1 ヶ月 30 日の場合の月額 | 介護保険給付費   | 介護保険 1 割負担分 |
|-----------------|-----------|-------------|
| 要支援 1           | 79,064 円  | 7,907 円     |
| 要支援 2           | 124,528 円 | 12,453 円    |
| 要介護 1           | 213,696 円 | 21,370 円    |
| 要介護 2           | 236,957 円 | 23,696 円    |
| 要介護 3           | 261,627 円 | 26,163 円    |
| 要介護 4           | 284,184 円 | 28,419 円    |
| 要介護 5           | 308,502 円 | 30,851 円    |

ホーム所在地域の地域区分による介護保険「特定施設入居者生活介護」「介護予防特定施設入居者生活介護」の介護保険給付費です。

要介護 1～5 については、医療機関等を退院して、直接、ホームに入居した場合、利用開始日から 30 日間に限って、「退院・退所時連携加算」として、次の額が加算されます。下表には介護職員処遇改善加算および介護職員等特定処遇改善加算（ ）が含まれています。

（非課税）

| 日額         | 介護保険給付費 | 介護保険 1 割負担分 |
|------------|---------|-------------|
| 退院・退所時連携加算 | 352 円   | 36 円        |

看取り介護加算について

・要介護 1～5 については、看取り介護加算（ ）として該当日に応じて次の額が加算されます。下表には介護職員処遇改善加算および介護職員等特定処遇改善加算（ ）が含まれています。

(非課税)

| 日額                  | 介護保険給付費  | 介護保険 1 割負担分 |
|---------------------|----------|-------------|
| 死亡日以前 31 日以上 45 日以下 | 843 円    | 85 円        |
| 死亡日以前 4 日以上 30 日以下  | 1,698 円  | 170 円       |
| 死亡日の前日および前々日        | 7,988 円  | 799 円       |
| 死亡日                 | 15,037 円 | 1,504 円     |

・要介護 1～5 については、看取り介護加算（ ）として該当日に応じて次の額が加算されます。下表には介護職員処遇改善加算および介護職員等特定処遇改善加算（ ）が含まれています。

(非課税)

| 日額                  | 介護保険給付費  | 介護保険 1 割負担分 |
|---------------------|----------|-------------|
| 死亡日以前 31 日以上 45 日以下 | 6,717 円  | 672 円       |
| 死亡日以前 4 日以上 30 日以下  | 7,572 円  | 758 円       |
| 死亡日の前日および前々日        | 13,862 円 | 1,387 円     |
| 死亡日                 | 20,911 円 | 2,092 円     |

要支援 1～要介護 5 については、利用開始時および利用中 6 月ごとに利用者の口腔の健康状態のスクリーニングおよび栄養状態のスクリーニングを行った場合に、「口腔・栄養スクリーニング加算」として、次の額が加算されます。下表には介護職員処遇改善加算および介護職員等特定処遇改善加算（ ）が含まれていません。

(非課税)

| 1 回            | 介護保険給付費 | 介護保険 1 割負担分 |
|----------------|---------|-------------|
| 口腔・栄養スクリーニング加算 | 234 円   | 24 円        |

- \* 上記 5 表の「介護保険 1 割負担分」は、介護保険の「特定施設入居者生活介護」「介護予防特定施設入居者生活介護」の適用を受け、代理受領を行う場合の通常のご請求額です。
- \* 厚生労働省が定める方法によって端数処理を行う関係上、実際のご請求額とは若干の差異が生じる場合があります。上記 5 表は端数処理を行った額を表示しています。
- \* 介護保険給付費は、厚生労働省の定める基準に従って、変更される場合があります。

## 2 上乗せ介護費用 / 自立者生活支援費用 (税込)

要介護 (要支援) 認定の結果に応じて、下表中の「上乗せ介護費用」か「自立者生活支援費用」のいずれかが適用されます。

(税込)

| 要介護 (要支援) 認定結果 | 名 称       | 月 額       |
|----------------|-----------|-----------|
| 自立 (非該当)       | 自立者生活支援費用 | 104,500 円 |
| 要支援 1・2        | 上乗せ介護費用   | 82,500 円  |
| 要介護 1～5        | 上乗せ介護費用   | 82,500 円  |

当ホームでは、介護保険給付基準を上回る、要介護者および要支援者 2・5 名に対して常勤換算で 1 名以上の職員体制 (週 40 時間換算) を採っています。この基準を上回る手厚い人員体制分の料金として算出し

た上乘せ介護費用を頂戴しています。夜間（22時～翌6時）最少時の介護職員は2名（満床時）です。なお、職員体制の見直しなどにより、変更する場合があります。

利用者の不在期間において、返金・割引等はありません。

月途中で利用契約が開始もしくは終了した場合、当該月の上乘せ介護費用は、1ヶ月を30日とする日割り計算にて算出します。

要介護認定結果が変更され、自立となった場合（要介護認定が取り消された場合）、変更された要介護（要支援）度が効力を生じる日（有効期間の開始日）に遡って、上乘せ介護費用は自立者生活支援費用へ変更されます。また、自立から要介護・要支援となった場合、その変更日（要介護・要支援認定となった日）に遡って、自立者生活支援費用は、上乘せ介護費用へ変更されます。

### 月額自己負担見込額（30日基準 / 1名利用の場合）

（月額施設利用料 + 介護保険1割負担分（\*） + 上乘せ介護費用 / 自立者生活支援費用）

**下表の金額は、介護保険給付費の自己負担が1割の場合の目安です。自己負担割合が2割の場合の自己負担額は、1割の場合の概ね2倍の金額に、3割の場合は、1割の場合の概ね3倍の金額になります。**

\*「基本報酬」に、「夜間看護体制加算」「医療機関連携加算」「個別機能訓練加算（ ）（12単位 / 日）」「生活機能向上連携加算（ ）（100単位 / 月）」「介護職員処遇改善加算」「サービス提供体制強化加算（ ）（22単位 / 日）」「入居継続支援加算（ ）（36単位 / 日）」「口腔衛生管理体制加算」「介護職員等特定処遇改善加算（ ）」「ADL維持等加算（ ）（60単位 / 月）」「科学的介護推進体制加算」を含めた1割負担の方の場合における自己負担額（目安）です。

「看取り介護加算」「退院・退所時連携加算」「個別機能訓練加算（ ）」「口腔・栄養スクリーニング加算」は含まれていません。

要支援1・2については「夜間看護体制加算」「入居継続支援加算」「ADL維持等加算」は含まれていません。要介護1～5については「入居継続支援加算」を算定する場合は「サービス提供体制強化加算」は算定できない為、下表にも含まれていません。

なお、下表の金額は、算定した加算の内容等によって実際の自己負担額と異なる場合があります。

（単位：円 税込）

| 入居金型  | 自立      | 要支援     | 要支援     | 要介護     | 要介護     | 要介護     | 要介護     | 要介護     |
|-------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 居室タイプ | (非該当)   | 1       | 2       | 1       | 2       | 3       | 4       | 5       |
| A     | 260,710 | 246,617 | 251,163 | 260,080 | 262,406 | 264,873 | 267,129 | 269,561 |
| B     | 282,710 | 268,617 | 273,163 | 282,080 | 284,406 | 286,873 | 289,129 | 291,561 |

（単位：円 税込）

| 月額支払型 | 自立      | 要支援     | 要支援     | 要介護     | 要介護     | 要介護     | 要介護     | 要介護     |
|-------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 居室タイプ | (非該当)   | 1       | 2       | 1       | 2       | 3       | 4       | 5       |
| A     | 437,410 | 423,317 | 427,863 | 436,780 | 439,106 | 441,573 | 443,829 | 446,261 |
| B     | 636,110 | 622,017 | 626,563 | 635,480 | 637,806 | 640,273 | 642,529 | 644,961 |

## 介護保険利用上の留意点

### 1. 要介護（要支援含む。以下同じ）認定の更新

- ・介護保険制度での要介護認定有効期間は、認定を受けた基準日（申請日）から概ね6ヶ月です。「要介護認定更新」の手続きをしないと、有効期限が切れ、介護保険を使った介護サービス利用ができなくなります。
- ・要介護認定の「更新」手続きは、新規申請と同様、基本的に利用者またはご家族にさせていただきます。ホームが直接「更新手続き代行」をおこなうことはできません。
- ・要介護認定の更新は「有効期間満了日の60日前」から可能です。
- ・また、ホーム利用中に、利用者の心身状況が変化した場合、「60日」以前でも、更新手続き（要介護認定の変更申請）をすることができます。  
要介護認定の有効期間は必ずしも6ヶ月とは限りません。要介護者の心身状況等により異なる場合があります。必ず介護保険被保険者証にて確認をお願いします。  
「要介護認定」は自動的に更新されるものではありません。有効期間を確認し、早めに更新手続きを取られるよう、お願いします。

### 2. 「要介護認定の更新」結果と「介護保険給付費」

- ・「介護保険給付費」は要介護認定結果に対応しています。
- ・要介護認定結果が変更された場合、更新基準日（以前の要介護認定有効期間満了日の翌日）より「介護保険給付費」も変更になります。

### 3. 介護保険給付について

#### （1）介護保険の保険給付の仕組み

- ・介護保険は介護サービスそのものの「現物給付」の制度です。ホームでは「特定施設入居者生活介護」・「介護予防特定施設入居者生活介護」の介護サービスを提供します。
- ・要介護（要支援）認定の有効期間の開始日は、申請日 となりますので、「自立」の方が要介護（要支援）認定の申請を行う際には、事前にベネッセスタイルケアへ通知してください。要介護（要支援）認定を受けた場合、介護保険給付費は、介護サービス提供計画書に基づいて申請日より算定開始となります。  
ただし、認定の有効期間の開始日は、所管の自治体等の判断によって異なる場合があります。
- ・介護保険ではサービス提供部分（介護保険給付費）のうち、介護保険の「負担割合証」に記載されている自己負担割合に基づき計算された金額が自己負担分となります。
- ・ホームでは「特定施設入居者生活介護」・「介護予防特定施設入居者生活介護」としてのサービス提供費用（介護保険給付費）の自己負担分として、介護保険の「負担割合証」に記載されている自己負担割合に基づき計算された金額を利用者に請求します。介護保険給付費（10割）から利用者の自己負担分を除いた額は、事業者へ直接に介護保険の運営主体である保険者（市区町村）から支払われます。

#### （2）その他の留意事項

- ・「特定施設入居者生活介護」・「介護予防特定施設入居者生活介護」の給付費計算



「介護保険給付費」は「日割り」で計算されます。(医療機関連携加算、個別機能訓練加算( )、口腔衛生管理体制加算、生活機能向上連携加算、A D L 維持等加算および科学的介護推進体制加算は、月単位で当該加算を積算)

ホームからはその月に利用された日数の日額積算で「介護保険給付費」を請求します。

・他の介護保険サービスの利用について

「特定施設入居者生活介護」・「介護予防特定施設入居者生活介護」の介護サービスを利用すると、他の居宅サービス(ホームヘルプやデイサービス等)を重複して利用することはできません。

なお、以下の3サービスは「区分支給限度額」管理の枠外になりますので、介護保険の制度上は利用することが可能となっています。

居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導

医師・薬剤師等がおこなうもの。

居宅介護福祉用具購入費・介護予防居宅介護福祉用具購入費

住宅改修費・介護予防住宅改修費

上記、の利用を希望される場合は、事前に利用者の保険者(市区町村)窓口へ直接ご相談願います。保険者にて必要性を認められた場合のみ、利用可能となります。

#### 4. 「特定施設入居者生活介護」・「介護予防特定施設入居者生活介護」の介護保険給付費の扱い

##### (1) 介護保険指定事業者への介護保険給付費の算定方法

指定事業ごとに定められた「介護給付費単位数」により以下の基準で算定されます。

$$\text{「介護保険給付費」(1日あたり)} = \text{要介護(要支援)度別の単位数} \times (\text{単位単価(10円)} \times \text{地域区分係数})$$

##### (2) 2021年4月1日現在の「特定施設入居者生活介護(介護予防特定施設入居者生活介護含む)」の介護給付費単位数は以下の通りです。この単位数に基づいて、「特定施設入居者生活介護」適用の利用者に介護給付がなされることとなります。

| 要介護認定 | 特定施設入居者生活介護費/介護予防特定施設入居者生活介護費 |
|-------|-------------------------------|
| 要支援1  | 182 単位/日                      |
| 要支援2  | 311 単位/日                      |
| 要介護1  | 538 単位/日                      |
| 要介護2  | 604 単位/日                      |
| 要介護3  | 674 単位/日                      |
| 要介護4  | 738 単位/日                      |
| 要介護5  | 807 単位/日                      |

##### (加算について)

要介護1～5については、常勤看護師1名以上を配置し、看護職員等により24時間連絡が取れる体制を確保している等の厚生労働大臣が定める基準を満たしている場合には、「夜間看護体制加算」として、1日あたり10単位が加算されます。

個別機能訓練加算について

・要支援1～要介護5については、常勤専従の機能訓練指導員を配置し、利用者ごとに個別機能訓練計画を作成して計画的に機能訓練を行っている等の厚生労働大臣が定める基準を満たしている場合には、「個別機能訓練加算( )」として1日あたり12単位が加算されます。

・要支援 1～要介護 5 については、個別機能訓練加算（ ）を算定している場合であって、かつ、個別機能訓練計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の実施に当たって、当該情報その他機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用した場合には、「個別機能訓練加算（ ）」として、1ヶ月あたり20単位が加算されます。

\* 個別機能訓練加算については、（ ）（ ）の加算を同時に算定することが可能です。

生活機能向上連携加算について

・要支援 1～要介護 5 については、訪問・通所リハビリテーション等の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、又は医師の助言に基づき、機能訓練指導員等と共同して、利用者ごとに個別機能訓練計画を作成し、当該計画に基づき、計画的に機能訓練をおこなっている等の厚生労働大臣が定める基準を満たしている場合には、「生活機能向上連携加算（ ）」として、1ヶ月あたり100単位（\*）が加算されます。

\*ただし、加算の算定は3月に1回を限度とします。

・要支援 1～要介護 5 については、訪問・通所リハビリテーション等の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、又は医師が、当ホームを訪問し、機能訓練指導員等と共同して、利用者ごとに個別機能訓練計画を作成し、当該計画に基づき、計画的に機能訓練をおこなっている等の厚生労働大臣が定める基準を満たしている場合には、「生活機能向上連携加算（ ）」として、1ヶ月あたり200単位（\*）が加算されます。

\*ただし、個別機能訓練加算を算定している場合は100単位となります。

要支援 1～要介護 5 については、事業所における職員体制が、以下（ ）～（ ）の基準ほか、厚生労働大臣が定める基準を満たしている場合には、「サービス提供体制強化加算」として、次のいずれかの単位が加算されます。

\*前年度（4月から翌年2月）の実績に基づきます。ただし、開設年度、および前年度実績が6ヶ月に満たない事業所は、直近3ヶ月の実績に基づきます。

（ ）：介護職員のうち介護福祉士の占める割合が70%以上または

介護職員のうち勤続年数10年以上の介護福祉士の占める割合が25%以上の場合：22単位/日

（ ）：介護職員のうち介護福祉士の占める割合が60%以上の場合：18単位/日

（ ）：介護職員のうち介護福祉士の占める割合が50%以上または

看護・介護職員のうち常勤職員の占める割合が75%以上または

特定施設入居者生活介護を利用者に直接提供する職員のうち

勤続年数7年以上の者の占める割合が30%以上の場合：6単位/日

要介護 1～5 については、介護福祉士の数が、常勤換算方法で、利用者の数が6又はその端数を増すごとに1以上であり、かつ、以下の（ ）または（ ）の基準ほか、厚生労働大臣が定める基準を満たしている場合には、「入居継続支援加算」として、次のいずれかの単位が加算されます。入居継続支援加算を算定する場合にあっては、「サービス提供体制強化加算」は適用されません。

（ ）：たんの吸引等が必要な利用者の占める割合が15%以上の場合：36単位/日

（ ）：たんの吸引等が必要な利用者の占める割合が5%以上15%未満の場合：22単位/日

要支援 1～要介護 5 については、「医療機関連携加算」として、利用者の健康の状況を継続的に記録し、協力医療機関又は利用者の主治医に対して、利用者の健康の状況について、月1回以上

情報を提供する等の厚生労働大臣が定める基準を満たしている場合は、1ヶ月あたり80単位が加算されます。

要支援1～要介護5については、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言および指導を月1回以上行い、利用者の口腔ケア・マネジメントに係る計画が策定されている等の厚生労働大臣が定める基準を満たしている場合は、「口腔衛生管理体制加算」として、1ヶ月あたり30単位が加算されます。

要介護1～5については、医療機関等を退院して、ホームに入居する等、厚生労働大臣が定める基準を満たしている場合には、入居した日から起算して30日以内の期間について「退院・退所時連携加算」として、1日あたり30単位が加算されます。また入居後、30日を超える医療機関等への入院等の後に再び当ホームに入居した場合も同様です。

#### 看取り介護加算について

・要介護1～5については、夜間看護体制加算を算定し、厚生労働大臣が定める施設基準を満たしている事業所において、次のイからハまでのいずれにも適合している利用者を対象に、施設において看取り介護を行った場合には、施設は、「看取り介護加算（ ）」として該当日に応じて次の額が加算されます。

イ 医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること。

ロ 医師、看護職員、生活相談員、介護支援専門員その他の職種の者（以下「医師等」という。）が共同で作成した利用者の介護に係る計画について、医師等のうちその内容に応じた適当な者から説明を受け、当該計画について同意している者（その家族等が説明を受けた上で、同意している者を含む。）であること。

ハ 看取りに関する指針に基づき、利用者の状態又は家族の求め等に応じ随時、医師等の相互の連携の下、介護記録等利用者に関する記録を活用し行われる介護についての説明を受け、同意した上で介護を受けている者（その家族等が説明を受け、同意した上で介護を受けている者を含む。）であること。

|                 |           |
|-----------------|-----------|
| 死亡日以前31日以上45日以下 | 72単位/日    |
| 死亡日以前4日以上30日以下  | 144単位/日   |
| 死亡日の前日および前々日    | 680単位/日   |
| 死亡日             | 1,280単位/日 |

・要介護1～5については、看取り介護加算（ ）の基準を満たし、看取り介護加算を算定する期間において、夜勤又は宿直を行う看護職員が配置されている場合には、「看取り介護加算（ ）」として該当日に応じて次の額が加算されます。

|                 |           |
|-----------------|-----------|
| 死亡日以前31日以上45日以下 | 572単位/日   |
| 死亡日以前4日以上30日以下  | 644単位/日   |
| 死亡日の前日および前々日    | 1,180単位/日 |
| 死亡日             | 1,780単位/日 |

\* 当ホームにおいては、利用者・家族の状況および当ホーム・かかりつけ医療機関等の体制を考慮の上、看取り対応の可否を個別に判断いたします。したがって、看取りの対応に関しましては、利用者および保証人の意向に添えない場合があります。また、上記の条件を満たした上で当ホームにおいて看取りを行う場合であって、かつ看取り介護加算を算定する場合には、当ホームは、あらかじめ利用者および保証人に対して説明いたします。

要支援 1～要介護 5 については、利用者ごとの A D L 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出し、必要に応じて特定施設サービス計画を見直すなど、サービスの提供にあたって、これらの情報を活用している場合には、「科学的介護推進体制加算」として、1ヶ月あたり40単位が加算されます。

要支援 1～要介護 5 については、利用開始時および利用中 6 月ごとに利用者の口腔の健康状態のスクリーニングおよび栄養状態のスクリーニングを行った場合に、「口腔・栄養スクリーニング加算」として、1回あたり20単位（\*）が加算されます。

\*ただし、加算の算定は6月に1回を限度とします。

厚生労働大臣の定める期間において、利用者の A D L を評価した値が一定の値を超えているほか、厚生労働大臣が定める基準等を満たした場合、要件をみたす要介護 1～5 の利用者については、「A D L 維持等加算」として、次のいずれかの単位が加算されます。

\*加算の算定は、評価対象期間の満了日が属する月の翌月から12月以内の期間に限られます。

( ) : A D L 値の改善結果が平均値で1以上の場合: 30単位/月

( ) : A D L 値の改善結果が平均値で2以上の場合: 60単位/月

「介護職員処遇改善加算」として、特定施設入居者生活介護費・介護予防特定施設入居者生活介護費に各種加算を加えた総単位数に8.2%を乗じた単位数が加算されます。

サービス提供体制強化加算( )もしくは( )または入居継続支援加算( )もしくは( )を算定する場合には、「介護職員等特定処遇改善加算( )」として、特定施設入居者生活介護費・介護予防特定施設入居者生活介護費に各種加算を加えた総単位数に1.8%を乗じた単位数が加算されます。また、その他の場合には「介護職員等特定処遇改善加算( )」として、当該総単位数に1.2%を乗じた単位数が加算されます。

(3) 2021年4月1日現在の「特定施設入居者生活介護」・「介護予防特定施設入居者生活介護」の「地域区分係数」は以下のとおりです。ホームの所在地域によって該当する地域区分が変わってきます。

| 地域区分 | 係数    |
|------|-------|
| 3級地  | 1.068 |

## 5. 「特定施設入居者生活介護」・「介護予防特定施設入居者生活介護」の適用解除

介護保険で「要支援または要介護」の認定を受けられた方でも、ホーム利用開始後、要介護状態の変化(改善)により、要介護認定更新時に「自立」(要介護・要支援非該当)と判定される場合があります。

「自立」と判定されると、保険者(市区町村)により、従来の要介護・要支援認定が取消されます。

この場合、「特定施設入居者生活介護」・「介護予防特定施設入居者生活介護」の適用を受けることはできなくなります。

要介護・要支援認定の取消された日(従来の要介護・要支援認定有効期間の満了日の翌日)に遡って、介護費用は「自立」へ変更されます。

## 《介護サービス等の一覧表》(新G 02)

※ 以下はあくまで目安であり、利用者によって内容が異なる場合があります。

利用料に含まれるサービス=◎ 利用料に含まれない有料サービス=○ 利用者の実費負担=△

| 要介護（要支援）<br>認定結果 |                         | 自立          |               | 要支援 1  |        | 要支援 2  |          |   |   |
|------------------|-------------------------|-------------|---------------|--------|--------|--------|----------|---|---|
|                  |                         | 利用料に含む      | 含まれない         | 利用料に含む | 含まれない  | 利用料に含む | 含まれない    |   |   |
| 介護サービス           | 巡回                      | 昼間 6 時～18 時 | —             | —      | ◎（2 回） | —      | ◎（2 回）   | — |   |
|                  |                         | 夜間 18 時～6 時 | ◎（必要に応じ）      | —      | ◎（1 回） | —      | ◎（3 回）   | — |   |
|                  | 食事介助                    | 配膳・下膳       | ◎             | —      | ◎      | —      | ◎        | — |   |
|                  |                         | 食事介助        | —             | —      | —      | —      | ◎（必要に応じ） | — |   |
|                  | 排泄                      | 排泄介助        | —             | —      | —      | —      | ◎（必要に応じ） | — |   |
|                  |                         | おむつ交換       | —             | —      | —      | —      | —        | — |   |
|                  |                         | おむつ代        | —             | △      | —      | △      | —        | △ |   |
|                  | 入浴等                     | 入浴介助※       | ◎             | —      | ◎      | —      | ◎        | — |   |
|                  |                         | 清拭※         | —             | —      | —      | —      | —        | — |   |
|                  | 身辺介助                    | 体位交換        | —             | —      | —      | —      | —        | — |   |
|                  |                         | 居室からの移動     | —             | —      | —      | —      | ◎（必要に応じ） | — |   |
|                  |                         | 衣類の脱着       | —             | —      | —      | —      | ◎（必要に応じ） | — |   |
|                  |                         | 身だしなみ介助     | —             | —      | —      | —      | ◎（必要に応じ） | — |   |
|                  | ／通<br>同院<br>行<br>介<br>助 | 協力医療機関      | ◎             | —      | ◎      | —      | ◎        | — |   |
|                  |                         | その他医療機関     | —             | ○      | —      | ○      | —        | ○ |   |
|                  | 機能訓練                    |             | ◎             | —      | ◎      | —      | ◎        | — |   |
|                  | 緊急時対応／<br>ナースコール        |             | ◎             | —      | ◎      | —      | ◎        | — |   |
|                  | 生活サービス                  | 家事          | 清掃（週 2 回）     | ◎      | —      | ◎      | —        | ◎ | — |
|                  |                         |             | 洗濯<br>（必要に応じ） | ◎      | —      | ◎      | —        | ◎ | — |
| 理美容              |                         | —           | △             | —      | △      | —      | △        |   |   |
| 買物代行             |                         | —           | —             | —      | —      | —      | —        |   |   |
| 各種手続代行           |                         | —           | ○             | —      | ○      | —      | ○        |   |   |
| 健康管理サービス         | 定期健康診断（年 1 回）           | ◎           | —             | ◎      | —      | ◎      | —        |   |   |
|                  | 健康相談                    | ◎           | —             | ◎      | —      | ◎      | —        |   |   |
|                  | 生活相談                    | ◎           | —             | ◎      | —      | ◎      | —        |   |   |
|                  | 医師の往診                   | —           | △（医療費）        | —      | △（医療費） | —      | △（医療費）   |   |   |
| 入院時              | 医療費                     | —           | △             | —      | △      | —      | △        |   |   |
|                  | 入退院時移送サービス              | —           | △             | —      | △      | —      | △        |   |   |

※ 入浴および清拭の機会の提供は 1 週間につき 2 回です。  
 入浴にあたっては、原則、職員を配置し、見守り・介助等をさせていただくこととしております。なお、お一人での入浴をご希望の場合は、「同意書」を締結いただきます。

※ 以下はあくまで目安であり、利用者によって内容が異なる場合があります。  
 利用料に含まれるサービス=◎ 利用料に含まれない有料サービス=○ 利用者の実費負担=△

| 要介護（要支援）<br>認定結果 |               | 要介護 1            |         | 要介護 2  |                             | 要介護 3  |           |   |
|------------------|---------------|------------------|---------|--------|-----------------------------|--------|-----------|---|
|                  |               | 利用料を含む           | 含まれない   | 利用料を含む | 含まれない                       | 利用料を含む | 含まれない     |   |
| 介護サービス           | 巡回            | 昼間 6 時～18 時      | ◎（2 回）  |        | ◎（2 回）                      |        | ◎（2 回）    |   |
|                  |               | 夜間 18 時～6 時      | ◎（3 回）  |        | ◎（3 回）                      |        | ◎（3 回）    |   |
|                  | 食事介助          | 配膳・下膳            | ◎       |        | ◎                           |        | ◎         |   |
|                  |               | 食事介助             | ◎（間接介助） |        | ◎（主に間接介助<br>／必要により<br>直接介助） |        | ◎（主に直接介助） |   |
|                  | 排泄            | 排泄介助             | ◎（間接介助） |        | ◎（主に間接介助<br>／必要により<br>直接介助） |        | ◎（主に直接介助） |   |
|                  |               | おむつ交換            | —       | —      | —                           | —      | ◎         |   |
|                  |               | おむつ代             |         | △      |                             | △      |           | △ |
|                  | 入浴等           | 入浴介助※            | ◎       |        | ◎                           |        | ◎         |   |
|                  |               | 清拭※              | —       | —      | —                           | —      | ◎         |   |
|                  | 身辺介助          | 体位交換             | —       | —      | —                           | —      | —         | — |
|                  |               | 居室からの移動          | ◎（間接介助） |        | ◎（主に間接介助<br>／必要により<br>直接介助） |        | ◎（主に直接介助） |   |
|                  |               | 衣類の脱着            | ◎（間接介助） |        | ◎（主に間接介助<br>／必要により<br>直接介助） |        | ◎（主に直接介助） |   |
|                  |               | 身だしなみ介助          | ◎（間接介助） |        | ◎（主に間接介助<br>／必要により<br>直接介助） |        | ◎（主に直接介助） |   |
|                  | 通院<br>同行介助    | 協力医療機関           | ◎       |        | ◎                           |        | ◎         |   |
|                  |               | その他医療機関          |         | ○      |                             | ○      |           | ○ |
|                  |               | 機能訓練             | ◎       |        | ◎                           |        | ◎         |   |
|                  |               | 緊急時対応/<br>ナースコール | ◎       |        | ◎                           |        | ◎         |   |
| 生活サービス           | 家事            | 清掃（週 2 回）        | ◎       |        | ◎                           |        | ◎         |   |
|                  |               | 洗濯<br>（必要に応じ）    | ◎       |        | ◎                           |        | ◎         |   |
|                  | 理美容           |                  | △       |        | △                           |        | △         |   |
|                  | 買物代行          | —                | —       | —      | —                           | —      | —         |   |
|                  | 各種手続代行        |                  | ○       |        | ○                           |        | ○         |   |
| 健康管理サービス         | 定期健康診断（年 1 回） | ◎                |         | ◎      |                             | ◎      |           |   |
|                  | 健康相談          | ◎                |         | ◎      |                             | ◎      |           |   |
|                  | 生活相談          | ◎                |         | ◎      |                             | ◎      |           |   |
|                  | 医師の往診         |                  | △（医療費）  |        | △（医療費）                      |        | △（医療費）    |   |
| 入院時              | 医療費           |                  | △       |        | △                           |        | △         |   |
|                  | 入退院時移送サービス    |                  | △       |        | △                           |        | △         |   |

※ 入浴および清拭の機会の提供は 1 週間につき 2 回です。  
 入浴にあたっては、原則、職員を配置し、見守り・介助等をさせていただくこととしております。なお、  
 お一人での入浴をご希望の場合は、「同意書」を締結いただきます。

※ 以下はあくまで目安であり、利用者によって内容が異なる場合があります。

利用料に含まれるサービス=◎ 利用料に含まれない有料サービス=○ 利用者の実費負担=△

| 要介護（要支援）<br>認定結果 |             | 要介護 4            |                     | 要介護 5  |           |   |
|------------------|-------------|------------------|---------------------|--------|-----------|---|
|                  |             | 利用料を含む           | 含まれない               | 利用料を含む | 含まれない     |   |
| 介護サービス           | 巡回          | 昼間6時～18時         | ◎（2回）               |        | ◎（2回）     |   |
|                  |             | 夜間18時～6時         | ◎（3回）               |        | ◎（3回）     |   |
|                  | 食事介助        | 配膳・下膳            | ◎                   |        | ◎         |   |
|                  |             | 食事介助             | ◎（主に直接介助／必要により全面介助） |        | ◎（主に全面介助） |   |
|                  | 排泄          | 排泄介助             | ◎（主に直接介助／必要により全面介助） |        | ◎（主に全面介助） |   |
|                  |             | おむつ交換            | ◎                   |        | ◎         |   |
|                  |             | おむつ代             |                     | △      |           | △ |
|                  | 入浴等         | 入浴介助※            | ◎                   |        | ◎         |   |
|                  |             | 清拭※              | ◎                   |        | ◎         |   |
|                  | 身辺介助        | 体位交換             | ◎                   |        | ◎         |   |
|                  |             | 居室からの移動          | ◎（主に直接介助／必要により全面介助） |        | ◎（主に全面介助） |   |
|                  |             | 衣類の脱着            | ◎（主に直接介助／必要により全面介助） |        | ◎（主に全面介助） |   |
|                  |             | 身だしなみ介助          | ◎（主に直接介助／必要により全面介助） |        | ◎（主に全面介助） |   |
|                  | 通院介助<br>同行  | 協力医療機関           | ◎                   |        | ◎         |   |
|                  |             | その他医療機関          |                     | ○      |           | ○ |
|                  |             | 機能訓練             | ◎                   |        | ◎         |   |
|                  |             | 緊急時対応／<br>ナースコール | ◎                   |        | ◎         |   |
|                  | 生活サービス      | 家事               | 清掃（週2回）             | ◎      |           | ◎ |
| 洗濯<br>（必要に応じ）    |             |                  | ◎                   |        | ◎         |   |
| 理美容              |             |                  | △                   |        | △         |   |
| 買物代行             |             | —                | —                   | —      | —         |   |
| 各種手続代行           |             |                  | ○                   |        | ○         |   |
| 健康管理サービス         | 定期健康診断（年1回） | ◎                |                     | ◎      |           |   |
|                  | 健康相談        | ◎                |                     | ◎      |           |   |
|                  | 生活相談        | ◎                |                     | ◎      |           |   |
|                  | 医師の往診       |                  | △（医療費）              |        | △（医療費）    |   |
| 入院時              | 医療費         |                  | △                   |        | △         |   |
|                  | 入退院時移送サービス  |                  | △                   |        | △         |   |

※ 入浴および清拭の機会の提供は1週間につき2回です。  
入浴にあたっては、原則、職員を配置し、見守り・介助等をさせていただくこととしております。なお、お一人での入浴をご希望の場合は、「同意書」を締結いただきます。

《 有料サービス一覧表 》 G03 ⑩

(税込)

| No. | 項目  | 内容/基準                  | 単価     |
|-----|---|------------------------|--------|
| 1   | <p><b>ご家族等の利用者居室での宿泊（※）</b><br/>                     ※ご家族等が、一時的に利用者居室に宿泊することができるサービスです。このサービスは、以下の限定的期間において、ベネッセスタイルケアが事前に認めた場合に限り、ご利用いただけます。<br/>                     ・利用開始時<br/>                     ・終末期の看取り時<br/>                     なお、利用者不在時のご家族だけの宿泊は認められません。</p> <p>*寝具・リネン類はホームにてご用意します<br/>                     *食事は含まれません<br/>                     *前日までの申込みが必要です</p> | 1泊2日<br>1名あたり          | 1,100円 |
| 2   | <p><b>ご家族等への食事の提供</b><br/>                     *1週間前までの申込みが必要です<br/>                     *申込期限を過ぎてのキャンセルはキャンセル料(全額)をいただきます</p>  | 朝食                     | 440円   |
|     |   | 昼食                     | 550円   |
|     |   | 夕食                     | 880円   |
|     |   | おやつ                    | 110円   |
|     |   | イベント食                  | 1,650円 |
| 3   | <p><b>通院介助/同行</b><br/>                     *利用者の個別のご希望により、医療機関への受診に同伴するものです<br/>                     *ホーム内で往診等を受ける場合、ホームの協力医療機関への通院、救急搬送に同行する場合等は無料です<br/>                     *記録・報告の時間を含みます<br/>                     *事前の申込みが必要です</p>   | 1時間あたり                 | 2,200円 |
|     |   | 別途、往復の交通費の実費をご負担いただきます |        |
| 4   | <p><b>外出時の同行</b><br/>                     *事前の申込みが必要です</p>  | 1時間あたり                 | 1,650円 |
|     |   | 別途、往復の交通費の実費をご負担いただきます |        |
| 5   | <p><b>各種手続き代行</b><br/>                     *事前の申込みが必要です</p>   | 1時間あたり                 | 1,320円 |
|     |   | 別途、往復の交通費の実費をご負担いただきます |        |

※ 上記1～2のサービスはホーム利用者のご家族等に提供するもの、上記3～5のサービスはホーム利用者ご本人に提供するものです。

※ スタッフの手配の状況によってはお受けできない場合もあります。

※ 上記に含まれない個人的なご要望につきましては、個別にご相談を承ります。



## 《添付書類》

以下は、行政の定める重要事項説明書様式に準じた表記です。

行政の定める重要事項説明書に記載の利用料は、消費税率（10%）に基づきます。消費税率が改定された場合は、改定の内容および法令等の定めに従い、料金を変更します。

## 有料老人ホーム重要事項説明書

|       |           |
|-------|-----------|
| 施設名   | グランダ東小金井  |
| 定員・室数 | 34人 ・ 33室 |

## 有料老人ホームの類型・表示事項

|                 |                  |
|-----------------|------------------|
| 類 型             | 介護付（一般型）         |
| 居 住 の 権 利 形 態   | 利用権方式            |
| 利 用 料 の 支 払 方 式 | 選択方式             |
| 入 居 時 の 要 件     | 混合型（自立含む）        |
| 介 護 保 険 の 利 用   | 特定施設入居者生活介護（一般型） |
| 居 室 区 分         | 定員1～2人（親族のみ対象）   |
| 介護に関わる職員体制      | 2.5 : 1 以上       |

## 1 事業主体

|             |   |                                      |          |
|-------------|---|--------------------------------------|----------|
| 名 称         | 法人等の種別 営利法人   |                                      |          |
|             | フリカ`ナ<br>名 称  | カブシキガイシャベネッセスタイルケア<br>株式会社ベネッセスタイルケア |          |
| 主たる事務所の所在地  | 〒163-0905   |                                      |          |
|             | 東京都新宿区西新宿二丁目3番1号 新宿モノリスビル   |                                      |          |
| 連 絡 先       | 電 話 番 号   | 03-6836-1111                         |          |
|             | ファックス番号   | 03-6836-1101                         |          |
| ホ ー ム ペ ー ジ | <a href="http://www.benesse-style-care.co.jp/">http://www.benesse-style-care.co.jp/</a> |                                      |          |
| 代 表 者 職 氏 名 | 役職名   | 代表取締役                                | 氏名 滝山 真也 |
| 設 立 年 月 日   | 1995年09月07日   |                                      |          |
| 主 な 事 業 等   | 介護保険指定事業（訪問介護、通所介護他）、保育事業   |                                      |          |

## 事業主体が東京都内で実施する介護保険制度による指定介護サービス

| 介護サービスの種類   | 箇所数 | 主な事業所の名称     | 所在地                      |
|-------------|-----|--------------|--------------------------|
| <居宅サービス>    |     |              |                          |
| 訪問介護        | 25  | ベネッセ介護センター江東 | 東京都江東区亀戸四丁目35番16号 堀川ビル3F |
| 訪問入浴介護      | なし  |              |                          |
| 訪問看護        | なし  |              |                          |
| 訪問リハビリテーション | なし  |              |                          |
| 居宅療養管理指導    | なし  |              |                          |
| 通所介護        | なし  |              |                          |
| 通所リハビリテーション | なし  |              |                          |
| 短期入所生活介護    | なし  |              |                          |
| 短期入所療養介護    | なし  |              |                          |
| 特定施設入居者生活介護 | 143 | グランダ目白・新宿    | 東京都新宿区下落合2-22-20         |
| 福祉用具貸与      | なし  |              |                          |
| 特定福祉用具販売    | なし  |              |                          |

| ＜地域密着型サービス＞            |     |                      |                              |
|------------------------|-----|----------------------|------------------------------|
| 定期巡回・随時訪問介護・看護         | なし  |                      |                              |
| 夜間対応型訪問介護              | なし  |                      |                              |
| 認知症対応型通所介護             | なし  |                      |                              |
| 小規模多機能型居宅介護            | なし  |                      |                              |
| 認知症対応型共同生活介護           | 1   | くらは南大沢               | 東京都八王子市南大沢3丁目6番2号            |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護       | なし  |                      |                              |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護   | なし  |                      |                              |
| 複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護） | なし  |                      |                              |
| 地域密着型通所介護              | 2   | ベネッセデイサービスセンター三軒茶屋   | 東京都世田谷区太子堂2-37-2             |
| 居宅介護支援                 | 9   | ベネッセ介護センター江東         | 東京都江東区亀戸四丁目35番16号 堀川ビル3F     |
| ＜居宅介護予防サービス＞           |     |                      |                              |
| 介護予防訪問入浴介護             | なし  |                      |                              |
| 介護予防訪問看護               | なし  |                      |                              |
| 介護予防訪問リハビリテーション        | なし  |                      |                              |
| 介護予防居宅療養管理指導           | なし  |                      |                              |
| 介護予防通所リハビリテーション        | なし  |                      |                              |
| 介護予防短期入所生活介護           | なし  |                      |                              |
| 介護予防短期入所療養介護           | なし  |                      |                              |
| 介護予防特定施設入居者生活介護        | 136 | グラнда目白・新宿           | 東京都新宿区下落合2-22-20             |
| 介護予防福祉用具貸与             | なし  |                      |                              |
| 介護予防特定福祉用具販売           | なし  |                      |                              |
| ＜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         | なし  |                      |                              |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護        | なし  |                      |                              |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護       | 1   | くらは南大沢               | 東京都八王子市南大沢3丁目6番2号            |
| 介護予防支援                 | 1   | 杉並区地域包括支援センターケア24高円寺 | 杉並区高円寺南4-26-16 ビクトリアプラザ高円寺4F |
| ＜介護保険施設＞               |     |                      |                              |
| 介護老人福祉施設               | なし  |                      |                              |
| 介護老人保健施設               | なし  |                      |                              |
| 介護療養型医療施設              | なし  |                      |                              |
| 介護医療院                  | なし  |                      |                              |

2 事業所概要

|                     |   |  |                           |                     |          |    |      |    |
|---------------------|---|--|---------------------------|---------------------|----------|----|------|----|
| 名 称                 | フリカ`ナ<br>名 称                            | グランダヒガシコガネイ<br>グランダ東小金井                                  |                           |                     |          |    |      |    |
| 所 在 地               | 〒184-0002                               | 東京都小金井市梶野町二丁目12番24号                                      |                           |                     |          |    |      |    |
| 連 絡 先               | 電 話 番 号                                 | 0422-50-7331   |                           |                     |          |    |      |    |
|                     | ファックス番号                                 | 0422-50-7332   |                           |                     |          |    |      |    |
| ホ ー ム ペ ー ジ         | http://www.benesse-style-care.co.jp/    |  |                           |                     |          |    |      |    |
| 介護保険事業所番号           | 1374100889                              |  |                           |                     |          |    |      |    |
| 管 理 者 職 氏 名         | 役職名                                     | ホーム長   | 氏名                        | 籠浦 泉                |          |    |      |    |
| 事 業 開 始 年 月 日       | 2007年01月20日                             |  |                           |                     |          |    |      |    |
| 届 出 年 月 日           | 2006年11月16日                             |  |                           |                     |          |    |      |    |
| 届出上の開設年月日           | 2007年01月01日                             |  |                           |                     |          |    |      |    |
| 特定施設入居者生活介護         | 新規指定年月日(初回)                             | 2007年01月01日  |                           |                     |          |    |      |    |
|                     | 指定の有効期間                                 | 2024年12月31日まで  |                           |                     |          |    |      |    |
| 介護予防<br>特定施設入居者生活介護 | 新規指定年月日(初回)                             | 2007年01月01日  |                           |                     |          |    |      |    |
|                     | 指定の有効期間                                 | 2024年12月31日まで  |                           |                     |          |    |      |    |
| 事業所へのアクセス           | JR中央線「東小金井駅」下車、徒歩16分(約1,280m)           |  |                           |                     |          |    |      |    |
| 施設・設備等の状況           |   |  |                           |                     |          |    |      |    |
| 敷 地                 | 権利形態                                    | —  | 抵当権                       | あり                  |          |    |      |    |
|                     | 面 積                                     | 1635.57 m <sup>2</sup>                                   |                           |                     |          |    |      |    |
| 建 物                 | 権利形態                                    | 賃貸借  | 抵当権                       | あり                  |          |    |      |    |
|                     | 延床面積                                    | 1238.58 m <sup>2</sup> うち有料老人ホーム分 1238.58 m <sup>2</sup> |                           |                     |          |    |      |    |
|                     | 竣工日                                     | 2007年01月04日  |                           |                     |          |    |      |    |
|                     | 階 数                                     | 地上2階建 1棟   |                           |                     |          |    |      |    |
|                     |   | うち有料老人ホーム分 地上1~2階  |                           |                     |          |    |      |    |
|                     | 構造                                      | 耐火建築物  | 建築物用途区分                   | 老人ホーム               |          |    |      |    |
|                     | 併設施設等                                   | なし ( )   |                           |                     |          |    |      |    |
| 賃貸借契約の概要            | 建物                                      | 契約期間   | 2006年12月20日 ~ 2031年12月19日 |                     |          |    |      |    |
|                     |   | 自動更新   | あり ( )                    |                     |          |    |      |    |
| 居 室                 | 階                                       | 定員   | 室数                        | 面積                  |          |    |      |    |
|                     | 1階                                      | 1人   | 12                        | 18.2 m <sup>2</sup> |          |    |      |    |
|                     | 2階                                      | 1人   | 20                        | 18.2 m <sup>2</sup> |          |    |      |    |
|                     | 2階                                      | 2人   | 1                         | 36.4 m <sup>2</sup> |          |    |      |    |
| 一 時 介 護 室           | 階                                       | 定員   | 室数                        | 面積                  |          |    |      |    |
|                     | 階                                       | 人  |                           |                     |          |    |      |    |
| 便 所                 | 居室                                      | 全室設置   | 共同便所                      | 2箇所 ( 男女共用 )        |          |    |      |    |
| 浴 室                 | 居室                                      | 設置なし   | 共同浴室                      | 個浴：1 大浴槽：0 機械浴：1    |          |    |      |    |
|                     | 併設施設との共用                                | なし ( )   |                           |                     |          |    |      |    |
| 食 堂                 | 兼用                                      | あり   | ( 機能訓練室 )                 |                     |          |    |      |    |
|                     | 併設施設との共用                                | なし ( )   |                           |                     |          |    |      |    |
| その他の共用設備            | あり<br>ファミリールーム、コミュニティールーム、事務室兼健康管理室、洗濯室 |  |                           |                     |          |    |      |    |
| エレベーター              | あり 1基                                   |  |                           |                     |          |    |      |    |
| 消 防 設 備             | 自動火災報知設備：                               | あり   | 火災通報装置：                   | あり                  | スプリンクラー： | あり |      |    |
| 緊急呼出装置              | 居室：                                     | あり   | 便所：                       | あり                  | 浴室：      | あり | 脱衣室： | あり |

3 従業者に関する事項

この項目の情報は、2022年3月実績の情報です。

| 職種別の従業者の人数及びその勤務形態       |      |    |     |                |     |             |        |       |
|--------------------------|------|----|-----|----------------|-----|-------------|--------|-------|
| ① 有料老人ホームの職員の人数及びその勤務形態  |      |    |     |                |     |             |        |       |
| 職種                       | 実人数  | 常勤 |     | 非常勤            |     | 合計          | 常勤換算人数 | 兼務状況  |
|                          |      | 専従 | 非専従 | 専従             | 非専従 |             |        |       |
| 管理者（施設長）                 | 1    | 0  | 0   | 0              | 0   | 1人          | 1.0    |       |
| 生活相談員                    | 0    | 2  | 0   | 0              | 0   | 2人          | 1.0    | 介護職員  |
| 看護職員：直接雇用                | 1    | 0  | 8   | 0              | 0   | 9人          | 2.0    |       |
| 看護職員：派遣                  | 0    | 0  | 1   | 0              | 0   | 1人          |        |       |
| 介護職員：直接雇用                | 6    | 2  | 7   | 0              | 0   | 15人         | 11.8   | 生活相談員 |
| 介護職員：派遣                  | 0    | 0  | 0   | 0              | 0   | 0人          |        |       |
| 機能訓練指導員                  | 0    | 0  | 1   | 0              | 0   | 1人          | 0.0    |       |
| 計画作成担当者                  | 0    | 0  | 1   | 0              | 0   | 1人          | 0.1    |       |
| 栄養士                      |      |    |     |                |     |             |        | 外部委託  |
| 調理員                      |      |    |     |                |     |             |        | 外部委託  |
| 事務員                      | 0    | 0  | 2   | 0              | 0   | 2人          | 1.1    |       |
| その他従業者                   | 0    | 0  | 1   | 0              | 0   | 1人          | 0.4    |       |
| ② 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 |      |    |     |                |     | 40.0時間      |        |       |
| ③-1 介護職員の資格              |      |    |     |                |     |             |        |       |
| 資格                       | 延べ人数 | 常勤 |     | 非常勤            |     |             |        |       |
|                          |      | 専従 | 非専従 | 専従             | 非専従 |             |        |       |
| 介護福祉士                    | 2    | 1  | 7   | 0              | 0   |             |        |       |
| 実務者研修                    | 0    | 0  | 0   | 0              | 0   |             |        |       |
| 介護職員初任者研修                | 4    | 1  | 0   | 0              | 0   |             |        |       |
| 介護支援専門員                  | 0    | 0  | 0   | 0              | 0   |             |        |       |
| たん吸引等研修（不特定）             | 0    | 0  | 0   | 0              | 0   |             |        |       |
| たん吸引等研修（特定）              | 0    | 0  | 0   | 0              | 0   |             |        |       |
| 資格なし                     | 0    | 0  | 0   | 0              | 0   |             |        |       |
| ③-2 機能訓練指導員の資格           |      |    |     |                |     |             |        |       |
| 資格                       | 延べ人数 | 常勤 |     | 非常勤            |     |             |        |       |
|                          |      | 専従 | 非専従 | 専従             | 非専従 |             |        |       |
| 理学療法士                    | 0    | 0  | 1   | 0              | 0   |             |        |       |
| 作業療法士                    | 0    | 0  | 0   | 0              | 0   |             |        |       |
| 言語聴覚士                    | 0    | 0  | 0   | 0              | 0   |             |        |       |
| 看護師又は准看護師                | 0    | 0  | 0   | 0              | 0   |             |        |       |
| 柔道整復師                    | 0    | 0  | 0   | 0              | 0   |             |        |       |
| あん摩マッサージ指圧師              | 0    | 0  | 0   | 0              | 0   |             |        |       |
| はり師又はきゅう師                | 0    | 0  | 0   | 0              | 0   |             |        |       |
| ③-3 管理者（施設長）の資格          |      |    |     |                |     | 介護職員初任者研修   |        |       |
| ④ 夜勤・宿直体制                |      |    |     |                |     |             |        |       |
| 配置職員数が最も少ない時間帯           |      |    |     | 19時30分～翌07時00分 |     |             |        |       |
| 上記時間帯の職員配置数              |      |    |     | 介護職員 2人以上      |     | 看護職員 0人     |        |       |
| ⑤ 特定施設入居者生活介護の従業者の人数等    |      |    |     |                |     | ①と同じのため記入省略 |        |       |
| 職種                       | 実人数  | 常勤 |     | 非常勤            |     | 合計          | 常勤換算人数 | 兼務状況  |
|                          |      | 専従 | 非専従 | 専従             | 非専従 |             |        |       |
| 生活相談員                    |      |    |     |                |     |             |        |       |
| 看護職員                     |      |    |     |                |     |             |        |       |
| 介護職員                     |      |    |     |                |     |             |        |       |
| 機能訓練指導員                  |      |    |     |                |     |             |        |       |
| 計画作成担当者                  |      |    |     |                |     |             |        |       |

| ⑤-1 介護職員の資格                    |      |      |     |      | ③-1 と同じのため記入省略 |       |     |         |     |         |     |
|--------------------------------|------|------|-----|------|----------------|-------|-----|---------|-----|---------|-----|
| 資格                             | 延べ人数 |      | 常勤  |      | 非常勤            |       |     |         |     |         |     |
|                                | 専従   | 非専従  | 専従  | 非専従  | 専従             | 非専従   |     |         |     |         |     |
| 介護福祉士                          |      |      |     |      |                |       |     |         |     |         |     |
| 実務者研修                          |      |      |     |      |                |       |     |         |     |         |     |
| 介護職員初任者研修                      |      |      |     |      |                |       |     |         |     |         |     |
| 介護支援専門員                        |      |      |     |      |                |       |     |         |     |         |     |
| たん吸引等研修（不特定）                   |      |      |     |      |                |       |     |         |     |         |     |
| たん吸引等研修（特定）                    |      |      |     |      |                |       |     |         |     |         |     |
| 資格なし                           |      |      |     |      |                |       |     |         |     |         |     |
| ⑤-2 機能訓練指導員の資格                 |      |      |     |      | ③-2 と同じのため記入省略 |       |     |         |     |         |     |
| 資格                             | 延べ人数 |      | 常勤  |      | 非常勤            |       |     |         |     |         |     |
|                                | 専従   | 非専従  | 専従  | 非専従  | 専従             | 非専従   |     |         |     |         |     |
| 理学療法士                          |      |      |     |      |                |       |     |         |     |         |     |
| 作業療法士                          |      |      |     |      |                |       |     |         |     |         |     |
| 言語聴覚士                          |      |      |     |      |                |       |     |         |     |         |     |
| 看護師又は准看護師                      |      |      |     |      |                |       |     |         |     |         |     |
| 柔道整復師                          |      |      |     |      |                |       |     |         |     |         |     |
| あん摩マッサージ指圧師                    |      |      |     |      |                |       |     |         |     |         |     |
| はり師又はきゅう師                      |      |      |     |      |                |       |     |         |     |         |     |
| ⑤-3 看護職員及び介護職員1人当たり（常勤換算）の利用者数 |      |      |     |      | 2.5人           |       |     |         |     |         |     |
| 従業者の職種別・勤続年数別人数（本事業所における勤続年数）  |      |      |     |      |                |       |     |         |     |         |     |
| 勤続年数                           | 職種   | 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 |
| 1年未満                           |      | 1    | 9   | 4    | 1              | 1     | 0   | 0       | 1   | 0       | 1   |
| 1年以上3年未満                       |      | 0    | 0   | 4    | 4              | 1     | 0   | 0       | 0   | 0       | 0   |
| 3年以上5年未満                       |      | 0    | 0   | 0    | 1              | 0     | 0   | 0       | 0   | 0       | 0   |
| 5年以上10年未満                      |      | 0    | 0   | 0    | 1              | 0     | 0   | 0       | 0   | 0       | 0   |
| 10年以上                          |      | 0    | 0   | 0    | 0              | 0     | 0   | 0       | 0   | 0       | 0   |
| 合計                             |      | 1    | 9   | 8    | 7              | 2     | 0   | 0       | 1   | 0       | 1   |

#### 4 サービスの内容

| 提供するサービス              |  |
|-----------------------|--|
| 食事の提供サービス             | あり（委託）                                 |
| 食事介助サービス              | あり                                     |
| 入浴介助サービス              | あり                                     |
| 排せつ介助サービス             | あり                                     |
| 居室の清掃・洗濯サービス等家事援助サービス | あり                                     |
| 相談対応サービス              | あり                                     |
| 健康管理サービス（定期的な健康診断実施）  | あり                                     |
| 服薬管理サービス              | あり                                     |
| 金銭管理サービス              | なし                                     |
| 定期的な安否確認の方法           | 1日1回以上実施（定期的な巡回や介護サービス提供時）             |
| 施設で対応できる医療的ケアの内容      | お客様の状態を確認させていただいた上で、入居可能かご相談させていただきます。 |

医療機関との連携・協力

|          |       |  |
|----------|-------|--|
| 協力医療機関   | 名称    | 医療法人社団 岡田医院  |
|          | 所在地   | 東京都練馬区関町北1丁目8番9号   |
|          | 協力の内容 | 協力医療機関の医師は、ホームからの、利用者の健康管理等に関する相談に応じます。また緊急時には、利用者が適切な治療、入院加療または健康管理が受けられるよう、可能な限り、ホームからの相談に応じると共に、他の近隣医療機関等の紹介に努めます。<br>利用者が協力医療機関を受診する場合には、利用者と医療機関の直接の診療契約が必要です。(医療費は利用者負担) |
| 協力医療機関   | 名称    | 医療法人社団 栄友会 府中ゆずクリニック   |
|          | 所在地   | 東京都府中市白糸台1-63-1 リレ府中白糸台1階  |
|          | 協力の内容 | 協力医療機関の医師は、ホームからの、利用者の健康管理等に関する相談に応じます。また緊急時には、利用者が適切な治療、入院加療または健康管理が受けられるよう、可能な限り、ホームからの相談に応じると共に、他の近隣医療機関等の紹介に努めます。<br>利用者が協力医療機関を受診する場合には、利用者と医療機関の直接の診療契約が必要です。(医療費は利用者負担) |
| 協力医療機関   | 名称    | 医療法人社団 永寿会 三鷹中央病院  |
|          | 所在地   | 東京都三鷹市上連雀5-23-10   |
|          | 協力の内容 | 協力医療機関は、ホームの要請に応じて、利用者の入院・外来受診の受入れを行います。ただし、受入れの可否、時期、条件等については、利用者の身体状況や協力医療機関の診療体制、混雑状況等に応じての対応となります。<br>利用者が協力医療機関を受診する場合には、利用者と医療機関の直接の診療契約が必要です。(医療費は利用者負担)                |
| 協力医療機関   | 名称    | 医療法人徳洲会 武蔵野徳洲会病院   |
|          | 所在地   | 東京都西東京市向台町3丁目5番48号   |
|          | 協力の内容 | 協力医療機関は、ホームの要請に応じて、利用者の入院・外来受診の受入れを行います。ただし、受入れの可否、時期、条件等については、利用者の身体状況や協力医療機関の診療体制、混雑状況等に応じての対応となります。<br>利用者が協力医療機関を受診する場合には、利用者と医療機関の直接の診療契約が必要です。(医療費は利用者負担)                |
| 協力医療機関   | 名称    | 社会福祉法人 聖ヨハネ会 桜町病院  |
|          | 所在地   | 東京都小金井市桜町1丁目2番20号  |
|          | 協力の内容 | 協力医療機関は、ホームの要請に応じて、利用者の入院・外来受診の受入れを行います。ただし、受入れの可否、時期、条件等については、利用者の身体状況や協力医療機関の診療体制、混雑状況等に応じての対応となります。<br>利用者が協力医療機関を受診する場合には、利用者と医療機関の直接の診療契約が必要です。(医療費は利用者負担)                |
| 協力医療機関   | 名称    | 医療法人社団 大日会 小金井太陽病院   |
|          | 所在地   | 東京都小金井市本町1-9-17  |
|          | 協力の内容 | 協力医療機関は、ホームの要請に応じて、利用者の入院・外来受診の受入れを行います。ただし、受入れの可否、時期、条件等については、利用者の身体状況や協力医療機関の診療体制、混雑状況等に応じての対応となります。<br>利用者が協力医療機関を受診する場合には、利用者と医療機関の直接の診療契約が必要です。(医療費は利用者負担)                |
| 協力歯科医療機関 | 名称    | なし   |
|          | 所在地   |  |
|          | 協力の内容 |  |

介護保険加算サービス等

|                |       |
|----------------|-------|
| 夜間看護体制加算       | あり    |
| 個別機能訓練加算       | なし    |
| 生活機能向上連携加算     | なし    |
| サービス提供体制強化加算 ※ | あり(Ⅲ) |
| 入居継続支援加算 ※     | なし    |
| 医療機関連携加算       | あり    |
| 口腔衛生管理体制加算     | あり    |
| 退院・退所時連携加算     | あり    |
| 看取り介護加算        | あり    |

|                                    |        |
|------------------------------------|--------|
| 介護職員処遇改善加算                         | あり(I)  |
| 介護職員等特定処遇改善加算<br>(特定施設入居者生活介護)     | あり(II) |
| 介護職員等特定処遇改善加算<br>(介護予防特定施設入居者生活介護) | あり(II) |
| 身体拘束廃止未実施減算                        | 基準型    |
| 若年性認知症入居者受入加算                      | あり     |
| 認知症専門ケア加算                          | なし     |
| 口腔・栄養スクリーニング加算                     | なし     |
| ADL 維持等加算(申出)の有無                   | なし     |
| 科学的介護推進体制加算                        | なし     |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施                  | あり     |
| 短期利用特定施設入居者生活介護の算定                 | 不可     |

※入居継続支援加算とサービス提供体制強化加算の両方を算定できる場合、要介護の方は「入居継続支援加算」を適用し、要支援の方には「サービス提供体制強化加算」を適用します。

|                             |              |
|-----------------------------|--------------|
| 利用者の個別的な選択によるサービス提供         | あり           |
| 運営懇談会の開催                    | あり (年 1 回予定) |
| 入居者の人数が少ないなどのため実施しない場合の代替措置 |              |
| 自費によるショートステイ事業              | あり           |

入居に当たっての留意事項

|               |  |   |
|---------------|--|---|
| 入居の条件         | 年齢   | 契約締結時に原則満 65 歳以上  |
|               | 要介護度   | 入居時自立・要支援・要介護の方   |
|               | 医療的ケア  | お客様の状態を確認させていただいた上で、入居可能かご相談させていただきます。  |
|               | 認知症  | お客様の状態を確認させていただいた上で、入居可能かご相談させていただきます。  |
|               | その他  | お客様の状態を確認させていただいた上で、入居可能かご相談させていただきます。  |
| 身元引受人等の条件、義務等 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者には保証人を 1 名定めていただきます。保証人は個人とします。</li> <li>・当ホームの利用契約から生ずる、利用者のすべての債務の連帯保証(但し、保証人が利用者と連帯して保証する金額には、限度額を定めています。詳細については、利用契約書を参照願います。)</li> <li>・利用契約終了時の利用者の身柄引取り</li> <li>・介護サービス提供計画書(生活プラン)への同意の協力</li> <li>・利用者の治療、入院に関する手配の協力</li> <li>・利用者の治療等に関して、医療機関から医療同意を求められ、利用者がその意思を示すことができない場合、利用者に代わってその対応および手続きを行うこと</li> <li>・利用契約終了時に利用者が生存していない場合の、返還金等の返還先銀行口座の指定等</li> </ul> <p>※保証人が上記義務の履行が困難になった場合には、利用者は新たな保証人を速やかに選定し、ベネッセスタイルケアに通知します。</p> |   |
| 体験入居          | 利用期間   | 6泊7日  |
|               | 利用料金   | 77,000 円(税込)  |
|               | その他  | <p>※「6泊7日」の定額料金です。</p> <p>※介護保険は適用されません。</p> <p>※上記料金には食費、水光熱費、介護サービス費(ただし、個別の要望に基づく外出同行等を除く。)が含まれます。</p> |



|                          |   |
|--------------------------|---|
| <p>入院時の契約の取扱い</p>        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・疾病・負傷等により治療が必要となった場合には、利用者の意思を確認し、保証人の同意を得て、協力医療機関、近隣の診療所等の受診に協力します。協力医療機関以外の受診・治療は、原則、ご利用者・ご家族にてご対応をお願いいたします。</li> <li>※医療費は利用者の負担となります。</li> <li>・入院治療を必要とする場合は、利用者の意思を確認し、保証人の同意を得て、医師の判断／指示により、近隣病院への入院の協力をいたします。入院による不在が6ヶ月（入居金型契約の場合）または3ヶ月（月額支払型契約の場合）を超えた場合には、契約維持について、ホームよりご利用者／ご家族にご相談させていただきます。</li> <li>※医療費は利用者の負担となります。</li> <li>※入院期間における利用料の取扱いについては、「2泊3日以上不在時の扱い」に準じます。</li> <li>・夜間・緊急時の対応については、ホーム利用開始時に、「夜間・緊急時対応確認書」を作成、ご提出いただき、連絡先・対応方法を確認します。</li> <li>※ホームでは、あくまで「人命尊重」の原則に従って緊急時対応を行います。ご家族への連絡がつかなかった場合、ご家族からの指示をいただかないうちに、救急処置、緊急入院・手術などの医療処置におよぶ場合があります。</li> </ul>  |
| <p>やむを得ず身体拘束を行う場合の手続</p> | <p>ホームは、サービスの提供にあたっては、利用者の生命または身体を保護するため、切迫性・非代替性・一時性の3つの要件すべてを満たす緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体拘束」という。）は行いません。ただし、緊急やむを得ず身体拘束を行う場合は、本人およびご家族に十分説明を行い、確認書を取り交わします（継続して行う場合は、概ね1か月毎取り交わします）。その態様および時間、その際の利用者の心身状況、緊急やむを得なかった理由を記録し、ご家族等の要求がある場合および行政機関等の指示等がある場合には、開示します。また、身体拘束廃止・虐待防止のために以下の取り組みを実施しています。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・虐待防止の責任者をホーム長といたします</li> <li>・苦情解決体制の整備</li> <li>・職員会議にて、定期的に虐待防止のための啓発・周知</li> <li>・身体拘束廃止のための指針の策定</li> <li>・マニュアルの整備</li> <li>・年1回以上、研修の実施</li> <li>・「身体拘束廃止・虐待防止委員会」の月1回以上の定期開催および検討結果を職員への周知徹底を図ります</li> <li>・身体拘束を行う場合、1ヶ月に1回以上、身体拘束の適正化のための対策を検討する委員会の開催（なお、「身体拘束廃止・虐待防止委員会」と兼ねて開催する場合がございます）</li> <li>・虐待が発生した場合、直ちに必要な措置を講じるとともに、保証人または利用者のご家族、および行政機関への速やかな報告</li> </ul> |

|            |   |
|------------|---|
| 事業者からの契約解除 | <p><b>【ベネッセスタイルケアからの解約】</b><br/> 次の事由に該当する場合には、ベネッセスタイルケアは、少なくとも3ヶ月前に利用者および保証人に対して理由を示した書面により解約を申し入れることにより、本契約を解約することができます。この場合、ベネッセスタイルケアは、利用者および保証人に対して説明および協議の場を設けるものとします。</p> <p>①利用者が、利用料その他の支払いを1ヶ月以上滞納したとき<br/> ②利用契約「禁止または制限される行為」の規定のいずれかに違反したとき<br/> ③保証人が利用契約「保証人」の規定を遵守しなかったとき<br/> ④利用者が、重篤な感染症にかかり、または保持し、利用者に対する通常の介護方法では感染を防止することができないとき<br/> ⑤利用者、保証人または利用者の家族・その他関係者が、ベネッセスタイルケアの事業運営に支障を及ぼしたとき<br/> ⑥利用者が、医療施設への恒常的な入院入所を要する状態となるなど、本施設において利用者に対する適切な本件サービスの提供が困難であると合理的に判断されるとき<br/> ⑦利用者が本施設を不在にする期間が連続して6ヶ月（月額支払型契約の場合は3ヶ月）を超え、本施設への復帰が困難、あるいは利用者に復帰の意思がないと合理的に判断されるとき<br/> ⑧天災、法令の改変、その他やむを得ない事情により施設を閉鎖または縮小するとき<br/> ⑨利用者・保証人または利用者の家族が、ベネッセスタイルケアまたはその従業員あるいは他の利用者に対して、本契約を継続し難いほどの背信行為を行ったとき</p> <p>※上記に関わらず、利用者、保証人または利用者の家族・その他関係者の言動および要望等が以下のいずれかに該当する場合には、ベネッセスタイルケアは、3ヶ月前に理由を示した書面による申し入れをせずに、また、利用者および保証人に対して説明および協議の場を設けずに、解約することができます。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者自身、他の利用者またはベネッセスタイルケアの従業員の心身、生命または財産に危害を及ぼすおそれがあるとき</li> <li>・利用者自身、他の利用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</li> <li>・ベネッセスタイルケアの事業運営に重大な支障を及ぼしたとき</li> </ul> <p><b>【契約の自動終了】</b><br/> 次の事由に該当する場合には、本契約は自動的に終了します。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者が死亡したとき</li> </ul> |
|------------|---|

|                              |    |
|------------------------------|----|
| <b>要介護時における居室の住み替えに関する事項</b> |    |
| 一時介護室への移動                    | なし |
| 判断基準・手続                      |    |
| 利用料金の変更                      |    |
| 前払金の調整                       |    |
| 従前居室との仕様の<br>変更              |    |
| その他の居室への移動                   | なし |
| 判断基準・手続                      |    |
| 利用料金の変更                      |    |
| 前払金の調整                       |    |
| 従前居室との仕様の<br>変更              |    |
| 提携ホーム等への転居                   | なし |
| 判断基準・手続                      |    |
| 利用料金の変更                      |    |
| 前払金の調整                       |    |
| 従前居室との仕様の<br>変更              |    |

|               |                       |
|---------------|-----------------------|
| <b>苦情対応窓口</b> |                       |
| 窓口の名称         | グランダ東小金井 苦情受付担当：ホーム長  |
| 電話番号          | 0422-50-7331          |
| 対応時間          | 09:30-17:00           |
| 窓口の名称         | (株)ベネッセスタイルケア ご意見受付窓口 |
| 電話番号          | 0120-251-662          |
| 対応時間          | 09:30-18:00 (平日)      |

|                               |                  |                           |    |
|-------------------------------|------------------|---------------------------|----|
| 窓口の名称                         | 東京都 国民健康保険団体連合会  |                           |    |
| 電話番号                          | 03-6238-0177     |                           |    |
| 対応時間                          | 09:00-17:00 (平日) |                           |    |
| 賠償責任保険の加入                     | あり               | 保険の名称：三井住友海上福祉事業者総合賠償責任保険 |    |
| 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 |                  |                           |    |
| 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    | あり               |                           |    |
| 東京都福祉サービス第三者評価の実施             | なし               | 結果の公表                     | なし |
| その他機関による第三者評価の実施              | なし               | 結果の公表                     | なし |

## 5 入居者

この項目の情報は、2022年3月の情報です。

|                        |                    |          |              |                    |            |       |      |      |  |
|------------------------|--------------------|----------|--------------|--------------------|------------|-------|------|------|--|
| 介護度別・年齢別入居者数           | 平均年齢： 90.1 歳       |          | 入居者数合計： 34 人 |                    |            |       |      |      |  |
| 年齢 \ 介護度               | 自立・その他             | 要支援1     | 要支援2         | 要介護1               | 要介護2       | 要介護3  | 要介護4 | 要介護5 |  |
| 65歳未満                  | 0                  | 0        | 0            | 0                  | 0          | 0     | 0    | 0    |  |
| 65歳以上75歳未満             | 0                  | 0        | 0            | 0                  | 0          | 0     | 0    | 0    |  |
| 75歳以上85歳未満             | 0                  | 1        | 0            | 2                  | 0          | 0     | 0    | 0    |  |
| 85歳以上                  | 0                  | 3        | 4            | 8                  | 3          | 8     | 2    | 3    |  |
| 合計                     | 0                  | 4        | 4            | 10                 | 3          | 8     | 2    | 3    |  |
| 入居継続期間別入居者数            |                    |          |              |                    |            |       |      |      |  |
| 入居期間                   | 6月未満               | 6月以上1年未満 | 1年以上5年未満     | 5年以上10年未満          | 10年以上15年未満 | 15年以上 | 合計   |      |  |
| 入居者数                   | 8                  | 0        | 15           | 6                  | 5          | 0     | 34   |      |  |
| 男女別入居者数                | 男性： 5 人            |          | 女性： 29 人     |                    |            |       |      |      |  |
| 入居率（一時的に不在となっている者を含む。） | 100.0%（定員に対する入居者数） |          |              |                    |            |       |      |      |  |
| 直近1年間に退去した者の人数と理由      |                    |          |              |                    |            |       |      |      |  |
| 理由                     | 人数                 |          |              | 理由                 | 人数         |       |      |      |  |
| 自宅・家族同居                | 0                  |          |              | その他の福祉施設・高齢者住宅等へ転居 | 0          |       |      |      |  |
| 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）へ転居 | 0                  |          |              | 医療機関への入院           | 0          |       |      |      |  |
| 介護老人保健施設へ転居            | 0                  |          |              | 死亡                 | 5          |       |      |      |  |
| 介護療養型医療施設へ転居           | 0                  |          |              | その他                | 2          |       |      |      |  |
| 他の有料老人ホームへ転居           | 0                  |          |              | 退去者数合計             | 7          |       |      |      |  |

## 6 利用料金

|          |                       |  |
|----------|-----------------------|--|
| 入居準備費用   | なし                    | 円  |
| 内訳・明細    |                       |  |
| 支払日・支払方法 |                       |  |
| 解約時の返還   |                       |  |
| 敷金       | あり                    | ※入居金型契約をご選択いただいた場合、敷金をお支払いいただく必要はございません。                                       |
| 金額       | 1,060,200～2,120,400 円 | (非課税)<br>※保全対象外<br>※退去時に利用料、原状回復費用その他当社に対する不払いが存在する場合、当該不払いの額を控除した金額を除き全額返還する。 |

| 家賃及びサービスの対価          |  |   | (単位：円)  |         |         |        |      |
|----------------------|--|---|---------|---------|---------|--------|------|
| プランの名称               | 前払金  | 月額利用料   | (内訳)    |         |         |        |      |
|                      |  |   | 家賃      | 管理費     | 介護費用    | 食費     | 光熱水費 |
| A タイプ 入居金型契約         | 9,300,000  | 238,710   | 0       | 127,050 | 82,500  | 29,160 | —    |
| B タイプ 入居金型契約 (1名利用)  | 18,600,000   | 260,710   | 0       | 149,050 | 82,500  | 29,160 | —    |
| B タイプ 入居金型契約 (2名利用)  | 18,600,000   | 463,120   | 0       | 239,800 | 165,000 | 58,320 | —    |
| A タイプ 月額支払型契約        | 0  | 415,410   | 176,700 | 127,050 | 82,500  | 29,160 | —    |
| B タイプ 月額支払型契約 (1名利用) | 0  | 614,110   | 353,400 | 149,050 | 82,500  | 29,160 | —    |
| B タイプ 月額支払型契約 (2名利用) | 0  | 816,520   | 353,400 | 239,800 | 165,000 | 58,320 | —    |
| 各料金の内訳・明細            | 前払金  | <p><b>【入居金】</b><br/> ・入居金は居室および共用施設の家賃相当額です。<br/> ※家賃相当額は、入居金のほか、月額施設利用料としても設定している場合があります。<br/> ※面積や眺望等により、家賃相当額が異なる居室が設定されている場合があります。<br/> ※ホームによっては A タイプ居室 (定員 1 名)、B タイプ居室 (定員 2 名) が設置されている場合があります。<br/> ※なお、表中の金額は利用開始日における利用者の満年齢が満 75 歳以上の場合に適用される標準入居金額です。<br/> &lt;入居金の算定方法&gt;<br/> 入居金は、以下の算定式に則って算定しております。<br/> ①入居金 (家賃相当額)<br/> = ②1 か月分の家賃相当額 × ③想定居住期間 * 1<br/> + ④想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えてベネッセスタイルケアが受領する額 * 2<br/> * 1 当社既存ホームの実績を元に統計的に算定し、60 ヶ月と設定しております。<br/> * 2 想定居住期間を超えて入居が継続している場合に必要な家賃相当額として算定し、標準入居金額の 30% としております。</p> <p>※A タイプ入居金型契約の場合<br/> ① 9,300,000 円<br/> ② (1 ヶ月目) 108,500 円<br/> ② (2 ヶ月目 ~ 60 ヶ月目) 108,500 円<br/> ③ 60 ヶ月<br/> ④ (① × 30%) 2,790,000 円</p> <p>利用開始日における利用者の満年齢に応じて、入居金の額が変動します。<br/> &lt; 75 歳以上の方 &gt; 標準入居金を適用します。<br/> &lt; 75 歳未満の方 &gt; 標準入居金に、以下の金額を加算した金額を適用します。<br/> ◇ 月次償却額に、利用開始日から起算して、利用者の満 75 歳の誕生日までの月数 (1 ヶ月未満は 1 ヶ月に切り上げ。) を乗じた額</p> |         |         |         |        |      |
|                      | 家賃   | <p><b>【入居金型の家賃相当額】</b><br/> 居室および共用施設の家賃相当額で、近隣相場を勘案し設定しています。<br/> <b>【月額支払型の家賃相当額】</b><br/> 当社における入居金型契約と月額支払型契約における退去率と一定期間の空室発生や一入居者当たりの販売管理費、原状回復費用等を踏まえて、長期にわたって安定的な経営ができるように設定しております。</p>   |         |         |         |        |      |
|                      | 管理費  | 施設の維持・管理費、水光熱費、厨房運営費等   |         |         |         |        |      |
|                      | 介護費用   | <p>① 上乗せ介護費用：当ホームでは要介護者・要支援者 2.5 名に対し、常勤換算 1 名以上の職員体制 (週 40.0 時間換算) をとっています。この介護保険給付の基準を上回る人員体制分の料金として算出した額としています。<br/> ② 要介護認定が自立の場合：「自立者生活支援費用」が適用になります。(この場合、上乗せ介護費用はいただきません。)<br/> 自立者生活支援費用 104,500 円<br/> ※介護保険サービスの自己負担額は含まれていません。</p>   |         |         |         |        |      |
| 食費                   | <p><b>【食材費】</b><br/> 1 日 972 円、30 日で計算した場合、1 人あたり 29,160 円です。<br/> (内訳：朝食 216 円、昼食 324 円、夕食 432 円)</p> |   |         |         |         |        |      |

|      |   |
|------|---|
|      | <p>なお、所定の期限までに欠食の届けをした場合は、1食単位で料金をいたしません。</p> <p>上記の「朝食、昼食、夕食」の食材費については軽減税率の対象とし、一食につき640円以下（税抜）の食材費は、消費税率8%に基づいて記載しています。</p> |
| 光熱水費 | 管理費に含みます。   |

前払金の取扱い

|                       |  |
|-----------------------|--|
| 支払日・支払方法              | <p>利用契約締結時にお支払いいただきます。</p> <p>※請求書記載の銀行口座へのお振込みとなります。お振込みは、利用者または保証人の名義とし、振込手数料は、利用者の負担となります。</p> <p>※お振込みについては、本店（本社）の所在地が日本国内であって、かつ、日本国内の支店の金融機関口座のご使用をお願いいたします。</p> <p>（上記以外の金融機関口座による対応はいたしかねます）</p> <p>※銀行振込の振込依頼書等の控えをもって、ベネッセスタイルケアの預り証等に代えさせていただきますので、お振り込み時の振込依頼書等の控えを、大切に保管いただきますようお願いいたします。</p>  |
| 償却開始日                 | 利用開始日  |
| 返還対象としない額             | <p>2,790,000～5,580,000円</p> <p>位置づけ 想定居住期間内に退去した場合、想定居住期間を超えて入居継続した入居者の家賃等に充当</p>  |
| 契約終了時の返還金の算定方式        | <p>利用者の年齢にかかわらず、契約終了日が償却期間を経過していない場合には、月次償却額に、「残月数（※）」を乗じた金額を返還します。このとき、利用契約または償却期間が月途中で終了する場合には、当該月における未償却日数分の返還額（月次償却額を30で除した日割り計算にて算出）と合計して返還します。</p> <p>当該返還金は、契約終了日と居室の明渡し完了日との、いずれか遅い日が属する月の翌々月末日までに、銀行口座への振り込みにより利用者に返還します。</p> <p>入居金の償却が完了し、入居金残高がない場合には、返還金はありません。</p> <p>また、追加の入居金を支払う必要もありません。</p> <p>※「残月数」は、償却期間から利用開始日が属する月から起算して契約が終了または解約された日が属する月までの月数を減じた月数を指します。ただし、その計算結果が0以下となる場合、残月数は0とします。</p> |
| 短期解約（死亡退去含む）の返還金の算定方式 | <p>期間：3ヶ月 起算日：利用開始日</p> <p>利用開始日から3ヶ月以内に契約が終了した場合、入居金全額を利用者に返還します。この場合、月額施設利用料、有料サービスの対価のほか、利用契約に定める「本契約が3ヶ月以内に終了した場合の家賃相当額」に「利用開始日から契約終了日までの日数」を乗じて算出した金額をお支払いいただきます。</p> <p>※利用契約が3ヶ月以内に終了した場合の家賃相当額（日額）：<br/>3,617～7,233円</p> <p>*当該家賃相当額の支払いは、入居金の返還と相殺して行います。</p>   |
| 返還期限                  | <p>契約終了日と居室の明渡し完了日との、いずれか遅い日が属する月の翌々月末日までに、銀行口座への振り込みにより返還します。返還金支払い時に利用者が生存している場合には、利用者に返還します。また、返還金支払い時に利用者が生存していない場合には、保証人の指定する銀行口座に返還金を振り込むことで返還します。</p>   |
| 保全措置                  | あり 保全先：株式会社三井住友銀行  |
| その他留意事項               | 入居金は非課税です。   |

月額利用料の取扱い

|          |  |
|----------|--|
| 支払日・支払方法 | <p>前月の利用に係る料金その他精算を必要とする費用に関する請求書を毎月15日までに送付します。自動振替の場合は当月26日にご指定いただいた銀行口座（法人名義の口座はご指定いただけません。）より引き落とし、お振込みの場合は当月26日までに指定口座にお振込み願います。</p> <p>※26日が金融機関の休業日の場合は翌営業日</p> <p>※自動振替またはお振込みについては、本店（本社）の所在地が日本国内であって、かつ、日本国内の支店の金融機関口座のご使用をお願いいたします。</p> <p>（上記以外の金融機関口座による対応はいたしかねます）</p> <p>※金融機関口座からの自動振替は収納代行会社を通じて行います。</p> <p>※金融機関口座からの自動振替を選択した場合も、金融機関での手続きが完了するまでの1～2ヶ月間は銀行口座へのお振込みとなります。</p> |
| その他留意事項  | <p>家賃相当額は非課税、それ以外は消費税対象となります。</p> <p>*月途中で利用契約が開始もしくは終了した場合、当該月の共通費用は、1ヶ月を30日とする日割り計算にて算出します。</p>  |

介護保険サービスの自己負担額

介護保険の「負担割合証」に記載されている自己負担割合に基づき計算された金額を請求いたします。(単位:円、非課税)  
 本項目に記載の金額には「介護職員処遇改善加算」(各単位数に8.2%を乗じた単位数をもとに算定した金額)および「介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)」(各単位数に1.8%を乗じた単位数をもとに算定した金額)が含まれています。

本表の地域区分:3級地、単価:10.68円

【基本単位】

| 要介護<br>(要支援)<br>認定結果 | 介護保険給付費<br>(日額) | 【参考】介護保険の自己負担分 |          |
|----------------------|-----------------|----------------|----------|
|                      |                 | 1割の場合          |          |
|                      |                 | (日額)           | (30日の場合) |
|                      | 小数第2位まで表示       | 小数第3位まで表示      |          |
| 要支援1                 | 2,136.00        | 213.600        | 6,415    |
| 要支援2                 | 3,663.24        | 366.324        | 10,961   |
| 要介護1                 | 6,322.56        | 632.256        | 18,962   |
| 要介護2                 | 7,102.20        | 710.220        | 21,288   |
| 要介護3                 | 7,913.88        | 791.388        | 23,755   |
| 要介護4                 | 8,672.16        | 867.216        | 26,010   |
| 要介護5                 | 9,483.84        | 948.384        | 28,442   |

【加算】

●夜間看護体制加算

・要介護1～5については、常勤看護師1名以上を配置し、看護職員等により24時間連絡が取れる体制を確保している等の厚生労働大臣が定める基準を満たしている場合には、「夜間看護体制加算」として、次の額が加算されます。

|          | 介護保険給付費<br>(日額) | 【参考】介護保険の自己負担分 |          |
|----------|-----------------|----------------|----------|
|          |                 | 1割の場合          |          |
|          |                 | (日額)           | (30日の場合) |
|          | 小数第2位まで表示       | 小数第3位まで表示      |          |
| 夜間看護体制加算 | 117.48          | 11.748         | 353      |

●個別機能訓練加算

・個別機能訓練加算(Ⅰ):要支援1～要介護5については、常勤専従の機能訓練指導員を配置し、利用者ごとに個別機能訓練計画を作成して計画的に機能訓練を行っている等の厚生労働大臣が定める基準を満たしている場合には、「個別機能訓練加算(Ⅰ)」として、次の額が加算されます。

|             | 介護保険給付費<br>(日額) | 【参考】介護保険の自己負担分 |          |
|-------------|-----------------|----------------|----------|
|             |                 | 1割の場合          |          |
|             |                 | (日額)           | (30日の場合) |
|             | 小数第2位まで表示       | 小数第3位まで表示      |          |
| 個別機能訓練加算(Ⅰ) | 138.84          | 13.884         | 423      |

・個別機能訓練加算(Ⅱ):要支援1～要介護5については、個別機能訓練加算(Ⅰ)を算定している場合であつて、かつ、個別機能訓練計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の実施に当たって、当該情報その他機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用した場合には、1月につき、「個別機能訓練加算(Ⅱ)」として次の額が加算されます。

|             | 介護保険給付費<br>(月額) | 【参考】介護保険の自己負担分(月額) |  |
|-------------|-----------------|--------------------|--|
|             |                 | 1割の場合              |  |
|             |                 | 小数第2位まで表示          |  |
| 個別機能訓練加算(Ⅱ) | 234.96          | 24                 |  |

※個別機能訓練加算については、(Ⅰ)(Ⅱ)の加算を同時に算定することが可能です。

●生活機能向上連携加算

・生活機能向上連携加算(Ⅰ):要支援1～要介護5については、訪問・通所リハビリテーション等の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、又は医師の助言に基づき、機能訓練指導員等と共同して、利用者ごとに個別機能訓練計画を作成し、当該計画に基づき、計画的に機能訓練をおこなっている等の厚生労働大臣が定める基準を満たしている場合には、「生活機能向上連携加算(Ⅰ)」として、次の額が加算されます。

※ただし、加算の算定は3月に1回を限度とします。

|               | 介護保険給付費<br>(月額) | 【参考】介護保険の自己負担分(月額) |  |
|---------------|-----------------|--------------------|--|
|               |                 | 1割の場合              |  |
|               |                 | 小数第2位まで表示          |  |
| 生活機能向上連携加算(Ⅰ) | 1,174.80        | 118                |  |

・生活機能向上連携加算（Ⅱ）：要支援1～要介護5については、訪問・通所リハビリテーション等の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、又は医師が、本施設を訪問し、機能訓練指導員等と共同して、利用者ごとに個別機能訓練計画を作成し、当該計画に基づき、計画的に機能訓練をおこなっている等の厚生労働大臣が定める基準を満たしている場合には、「生活機能向上連携加算（Ⅱ）」として、次の額が加算されます。

|                    | 介護保険給付費<br>(月額)<br>小数第2位まで表示 | 【参考】介護保険の自己負担分(月額) |
|--------------------|------------------------------|--------------------|
|                    |                              | 1割の場合              |
| 生活機能向上連携加算（Ⅱ）      | 2,349.60                     | 235                |
| ※個別機能訓練加算を算定している場合 | 1,174.80                     | 118                |

●サービス提供体制強化加算

・要支援1～要介護5については、事業所における職員体制（※）が、以下（Ⅰ）～（Ⅲ）の基準ほか、厚生労働大臣の定める基準を満たしている場合には、「サービス提供体制強化加算」として、次のいずれかの額が加算されます。

- （Ⅰ）：介護職員のうち、介護福祉士の占める割合が70%以上または  
介護職員のうち、勤続年数10年以上の介護福祉士の占める割合が25%以上
- （Ⅱ）：介護職員のうち、介護福祉士の占める割合が60%以上
- （Ⅲ）：介護職員のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上または  
看護・介護職員のうち、常勤職員の占める割合が75%以上または  
特定施設入居者生活介護を利用者に直接提供する職員のうち、  
勤続年数7年以上の者の占める割合が30%以上

※前年度（4月から翌年2月）の実績に基づきます。

但し、開設年度、および前年度実績が6ヶ月に満たない事業所は、直近3ヶ月の実績に基づきます。

|                 | 介護保険給付費<br>(日額)<br>小数第2位まで表示 | 【参考】介護保険の自己負担分    |          |
|-----------------|------------------------------|-------------------|----------|
|                 |                              | 1割の場合             |          |
|                 |                              | (日額)<br>小数第3位まで表示 | (30日の場合) |
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ） | 256.32                       | 25.632            | 776      |
| サービス提供体制強化加算（Ⅱ） | 202.92                       | 20.292            | 635      |
| サービス提供体制強化加算（Ⅲ） | 64.08                        | 6.408             | 212      |

●入居継続支援加算

入居継続支援加算を算定する場合にあつては、「サービス提供体制強化加算」は適用されません。

・要介護1～5については、介護福祉士の数が、常勤換算方法で、利用者の数が6又はその端数を増すごとに1以上であり、かつ、以下の（Ⅰ）または（Ⅱ）の基準ほか、厚生労働大臣が定める基準を満たしている場合には、「入居継続支援加算」として、次のいずれかの額が加算されます。

- （Ⅰ）：たんの吸引等が必要な利用者の占める割合が15%以上
- （Ⅱ）：たんの吸引等が必要な利用者の占める割合が5%以上15%未満

|             | 介護保険給付費<br>(日額)<br>小数第2位まで表示 | 【参考】介護保険の自己負担分    |          |
|-------------|------------------------------|-------------------|----------|
|             |                              | 1割の場合             |          |
|             |                              | (日額)<br>小数第3位まで表示 | (30日の場合) |
| 入居継続支援加算（Ⅰ） | 427.20                       | 42.720            | 1,269    |
| 入居継続支援加算（Ⅱ） | 256.32                       | 25.632            | 776      |

●医療機関連携加算

・要支援1～要介護5については、利用者の健康の状況を継続的に記録し、協力医療機関または利用者の主治医に対して、利用者の健康の状況について、月1回以上情報を提供する等の厚生労働大臣が定める基準を満たしている場合には、「医療機関連携加算」として、次の額が加算されます。

|          | 介護保険給付費<br>(月額)<br>小数第2位まで表示 | 【参考】介護保険の自己負担分(月額) |
|----------|------------------------------|--------------------|
|          |                              | 1割の場合              |
| 医療機関連携加算 | 939.84                       | 94                 |

●口腔衛生管理体制加算

・要支援1～要介護5については、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行い、利用者の口腔ケア・マネジメントに係る計画が策定されている等の厚生労働大臣が定める基準を満たしている場合には、「口腔衛生管理体制加算」として、次の額が加算されます。

|            | 介護保険給付費<br>(月額)<br>小数第2位まで表示 | 【参考】介護保険の自己負担分(月額) |
|------------|------------------------------|--------------------|
|            |                              | 1割の場合              |
| 口腔衛生管理体制加算 | 352.44                       | 36                 |

●退院・退所時連携加算

・要介護1～5については、医療機関等を退院して、本施設に入居する等、厚生労働大臣が定める基準を満たしている場合には、入居した日から起算して30日以内の期間について「退院・退所時連携加算」として、次の額が加算されます。また入居後、30日を超える医療機関等への入院等の後に再び本施設に入居した場合も同様です。

|            | 介護保険給付費<br>(日額) | 【参考】介護保険の自己負担分 |          |
|------------|-----------------|----------------|----------|
|            |                 | 1割の場合          |          |
|            |                 | (日額)           | (30日の場合) |
|            | 小数第2位まで表示       | 小数第3位まで表示      |          |
| 退院・退所時連携加算 | 352.44          | 35.244         | 1,058    |

●看取り介護加算

・看取り介護加算（Ⅰ）：要介護1～5については、夜間看護体制加算を算定し、厚生労働大臣が定める施設基準を満たしている事業所において、次のイからハまでのいずれにも適合している利用者を対象に、施設において看取り介護を行った場合には、「看取り介護加算（Ⅰ）」として該当日に応じて次の額が加算されます。

イ 医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること。

ロ 医師、看護職員、生活相談員、介護支援専門員その他の職種の者（以下「医師等」という。）が共同で作成した利用者の介護に係る計画について、医師等のうちその内容に応じた適当な者から説明を受け、当該計画について同意している者（その家族等が説明を受けた上で、同意している者を含む。）であること。

ハ 看取りに関する指針に基づき、利用者の状態又は家族の求め等に応じ随時、医師等の相互の連携の下、介護記録等利用者に関する記録を活用し行われる介護についての説明を受け、同意した上で介護を受けている者（その家族等が説明を受け、同意した上で介護を受けている者を含む。）であること。

|                 | 介護保険給付費<br>(日額) | 【参考】介護保険の自己負担分(日額) |           |
|-----------------|-----------------|--------------------|-----------|
|                 |                 | 1割の場合              |           |
|                 |                 | 小数第2位まで表示          | 小数第3位まで表示 |
| 死亡日以前31日以上45日以下 | 843.72          |                    | 84.372    |
| 死亡日以前4日以上30日以下  | 1,698.12        |                    | 169.812   |
| 死亡日の前日および前々日    | 7,988.64        |                    | 798.864   |
| 死亡日             | 15,037.44       |                    | 1,503.744 |

・看取り介護加算（Ⅱ）：要介護1～5については、看取り介護加算（Ⅰ）の基準を満たし、看取り介護加算を算定する期間において、夜勤又は宿直を行う看護職員が配置されている場合には、「看取り介護加算（Ⅱ）」として該当日に応じて次の額が加算されます。

|                 | 介護保険給付費<br>(日額) | 【参考】介護保険の自己負担分(日額) |           |
|-----------------|-----------------|--------------------|-----------|
|                 |                 | 1割の場合              |           |
|                 |                 | 小数第2位まで表示          | 小数第3位まで表示 |
| 死亡日以前31日以上45日以下 | 6,717.72        |                    | 671.772   |
| 死亡日以前4日以上30日以下  | 7,572.12        |                    | 757.212   |
| 死亡日の前日および前々日    | 13,862.64       |                    | 1,386.264 |
| 死亡日             | 20,911.44       |                    | 2,091.144 |

\*本施設においては、利用者・家族の状況および本施設・かかりつけ医療機関等の体制を考慮の上、看取り対応の可否を個別に判断します。したがって、看取りの対応に関しましては、利用者および保証人の意向に添えない場合があります。また、上記の条件を満たした上で本施設において看取りを行う場合であって、かつ看取り介護加算を算定する場合には、本施設は、あらかじめ利用者および保証人に対して説明します。

●ADL維持等加算

・厚生労働大臣の定める期間において、利用者のADLを評価した値が一定の値を超えているほか、厚生労働大臣が定める基準等を満たした場合、要件をみだす要介護1～5の利用者については、「ADL維持等加算」として、次のいずれかの額が加算されます。

※加算の算定は、評価対象期間の満了日が属する月の翌月から12月以内の期間に限られます。

|             | 介護保険給付費<br>(月額) | 【参考】介護保険の自己負担分(月額) |    |
|-------------|-----------------|--------------------|----|
|             |                 | 1割の場合              |    |
|             |                 | 小数第2位まで表示          |    |
| ADL維持等加算（Ⅰ） | 352.44          |                    | 36 |
| ADL維持等加算（Ⅱ） | 704.88          |                    | 71 |

●科学的介護推進体制加算

・要支援1～要介護5については、利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出し、必要に応じて特定施設サービス計画を見直すなど、サービスの提供にあたって、これらの情報を活用している場合には、「科学的介護推進体制加算」として、次の額が加算されます。

|             | 介護保険給付費<br>(月額) | 【参考】介護保険の自己負担分(月額) |    |
|-------------|-----------------|--------------------|----|
|             |                 | 1割の場合              |    |
|             |                 | 小数第2位まで表示          |    |
| 科学的介護推進体制加算 | 469.92          |                    | 47 |



●口腔・栄養スクリーニング加算

・要支援1～要介護5については、厚生労働大臣が定める基準に適合する従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態のスクリーニング及び栄養状態のスクリーニングを行った場合に、「口腔・栄養スクリーニング加算」として、次の額が加算されます。

※ただし、加算の算定は6月に1回を限度とします。

|                |                 |                    |
|----------------|-----------------|--------------------|
|                | 介護保険給付費<br>(1回) | 【参考】介護保険の自己負担分(1回) |
|                | 小数第2位まで表示       | 1割の場合              |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 | 234.96          | 24                 |

利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料 一部有料（サービスごとの料金は「介護サービス等の一覧表・有料サービス一覧表」の通り）

料金改定の手続

- ・月額施設利用料および有料サービスの単価については、消費者物価指数及び人件費、また諸種の経済状況の変化などを勘案し、事業の安定的継続の視点から、運営懇談会の意見を聞いて、改定する場合があります。
- ・介護保険給付費については、介護保険の介護給付基準が変更される場合には、それに応じて変動します。
- ・上乘せ介護費用／自立者生活支援費用については、消費者物価指数および人件費、また諸種の経済状況の変化や介護保険制度の改正などを勘案し、事業の安定的継続の視点から、運営懇談会の意見を聞いて、改定する場合があります。
- ・入居金、敷金、家賃相当額および介護保険給付費は消費税非課税です。それ以外の費用には消費税が課税されます。消費税率が改定になった場合は、改定内容及び法令等の定めにしたがい、利用料も変更になります。

【料金プランの一例】

|        |                                 |           |         |
|--------|---------------------------------|-----------|---------|
| プランの名称 | Aタイプ入居金型契約 (75歳以上、要支援、要介護の方の場合) |           |         |
|        | 単位：円                            |           |         |
| 入居準備費用 | 敷金                              | 前払金       | 月額利用料   |
| 0      | 0                               | 9,300,000 | 238,710 |

※利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料及び介護保険サービスの自己負担額は含まない。

7 入居希望者等への事前の情報開示

|          |                       |         |                       |
|----------|-----------------------|---------|-----------------------|
| 入居契約書の雛形 | 入居希望者に交付<br>(交付希望者のみ) | 財務諸表の要旨 | 入居希望者に交付<br>(交付希望者のみ) |
| 管理規程     | 入居希望者に交付<br>(交付希望者のみ) | 財務諸表の原本 | 公開していない               |
| 事業収支計画書  | 公開していない               | その他開示情報 | なし                    |

添付書類： 東京都有料老人ホーム設置運営指導指針との適合表  
介護サービス等の一覧表・有料サービス一覧表

重要事項説明書及び一覧表・適合表の各項目について説明を受け、理解しました。

\_\_\_\_\_年 月 日

利用者署名① \_\_\_\_\_ 印

利用者署名② \_\_\_\_\_ 印

保証人署名 \_\_\_\_\_ 印

説明年月日

\_\_\_\_\_年 月 日

説明者職・氏名

職 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

施設名：グランド東小金井

東京都有料老人ホーム設置運営指導指針との適合表

| 指針項目   | 該当に○    | 備考                   |
|--|---------|----------------------|
| <b>安定的・継続的な居住の確保のための項目</b>   |         |                      |
| 1 有料老人ホーム事業の継続を制限する恐れのある抵当権が設定されていないか。                                       | ○<br>適合 | ・<br>不適合             |
| 2 借地・借家の場合、入居者の居住の継続を確実なものとするため、指針4(3)から(5)までに定めるすべての要件を満たしているか。             | ○<br>適合 | ・<br>不適合<br>・<br>非該当 |
| <b>緊急時の安全確保のための項目</b>  |         |                      |
| 3 有料老人ホーム（児童福祉施設等）の建物として建築基準法第7条第5項に規定する検査済証が交付されているか。                       | ○<br>適合 | ・<br>不適合             |
| 4 耐火建築物又は準耐火建築物であるか。   | ○<br>適合 | ・<br>不適合             |
| 5 各居室・各トイレ・浴室・脱衣室のすべてにナースコール等緊急呼出装置を設置しているか。                                 | ○<br>適合 | ・<br>不適合             |
| 6 【収容人員（従業員含む。）10人以上の施設】消防署に届け出た消防計画に基づき避難訓練を実施しているか。                        | ○<br>適合 | ・<br>不適合<br>・<br>非該当 |
| 7 消防法施行令に定める消防用設備（スプリンクラー設備等）を設置し、消防機関の検査を受けているか。                            | ○<br>適合 | ・<br>不適合             |
| <b>入居者の尊厳を守り、心身の健康を保持するための項目</b>   |         |                      |
| 8 各居室は界壁により区分されているか。   | ○<br>適合 | ・<br>不適合             |
| 9 各居室の入居者1人当たりの面積は壁芯13㎡以上であるか。   | ○<br>適合 | ・<br>不適合             |
| 10 すべての居室の定員が1人又は2人（配偶者及び3親等以内の親族を対象）であるか。                                   | ○<br>適合 | ・<br>不適合             |
| 11 入居時及び定期的に健康診断を受ける機会を提供しているか。  | ○<br>適合 | ・<br>不適合             |
| 12 緊急時にやむを得ず身体拘束等を行う場合は、記録を作成することが決められているか。                                  | ○<br>適合 | ・<br>不適合             |
| <b>入居者の財産を保全するための項目</b>  |         |                      |
| 13 前払金について、規定された保全措置を講じているか。   | ○<br>適合 | ・<br>不適合<br>・<br>非該当 |
| 14 前払金について、全額を返還対象としているか。（初期償却0の場合のみ「適」とする。）                                 | ○<br>適合 | ・<br>不適合<br>・<br>非該当 |
| 15 入居した日から3か月以内の契約解除（死亡退去含む）の場合については、既受領の前払金の全額（実費を除く。）を利用者に返還することが定められているか。 | ○<br>適合 | ・<br>不適合<br>・<br>非該当 |

※ 開設日前にあっては見込みで記入し、実際の状況については備考欄に記入すること。  
 ※ 不適合の項目については、その具体的な状況、指針適合に向け検討している内容及び改善の期限を原則として明記し、代替措置がある場合はその内容についても記入すること。

## 《介護サービス等の一覧表》(新G 02)

※ 以下はあくまで目安であり、利用者によって内容が異なる場合があります。

利用料に含まれるサービス=◎ 利用料に含まれない有料サービス=○ 利用者の実費負担=△

| 要介護（要支援）<br>認定結果 |                         | 自立            |          | 要支援 1  |        | 要支援 2  |          |
|------------------|-------------------------|---------------|----------|--------|--------|--------|----------|
|                  |                         | 利用料に含む        | 含まれない    | 利用料に含む | 含まれない  | 利用料に含む | 含まれない    |
| 介護サービス           | 巡回                      | 昼間 6 時～18 時   | —        | —      | ◎（2 回） | —      | ◎（2 回）   |
|                  |                         | 夜間 18 時～6 時   | ◎（必要に応じ） | —      | ◎（1 回） | —      | ◎（3 回）   |
|                  | 食事介助                    | 配膳・下膳         | ◎        | —      | ◎      | —      | ◎        |
|                  |                         | 食事介助          | —        | —      | —      | —      | ◎（必要に応じ） |
|                  | 排泄                      | 排泄介助          | —        | —      | —      | —      | ◎（必要に応じ） |
|                  |                         | おむつ交換         | —        | —      | —      | —      | —        |
|                  |                         | おむつ代          | —        | △      | —      | △      | △        |
|                  | 入浴等                     | 入浴介助※         | ◎        | —      | ◎      | —      | ◎        |
|                  |                         | 清拭※           | —        | —      | —      | —      | —        |
|                  | 身辺介助                    | 体位交換          | —        | —      | —      | —      | —        |
|                  |                         | 居室からの移動       | —        | —      | —      | —      | ◎（必要に応じ） |
|                  |                         | 衣類の脱着         | —        | —      | —      | —      | ◎（必要に応じ） |
|                  |                         | 身だしなみ介助       | —        | —      | —      | —      | ◎（必要に応じ） |
|                  | ／通<br>同院<br>行<br>介<br>助 | 協力医療機関        | ◎        | —      | ◎      | —      | ◎        |
|                  |                         | その他医療機関       | —        | ○      | —      | ○      | ○        |
|                  | 機能訓練                    |               | ◎        | —      | ◎      | —      | ◎        |
|                  | 緊急時対応／<br>ナースコール        |               | ◎        | —      | ◎      | —      | ◎        |
| 生活サービス           | 家事                      | 清掃（週 2 回）     | ◎        | —      | ◎      | —      | ◎        |
|                  |                         | 洗濯<br>（必要に応じ） | ◎        | —      | ◎      | —      | ◎        |
|                  | 理美容                     | —             | △        | —      | △      | △      |          |
|                  | 買物代行                    | —             | —        | —      | —      | —      |          |
|                  | 各種手続代行                  | —             | ○        | —      | ○      | ○      |          |
| 健康管理サービス         | 定期健康診断（年 1 回）           | ◎             | —        | ◎      | —      | ◎      |          |
|                  | 健康相談                    | ◎             | —        | ◎      | —      | ◎      |          |
|                  | 生活相談                    | ◎             | —        | ◎      | —      | ◎      |          |
|                  | 医師の往診                   | —             | △（医療費）   | —      | △（医療費） | △（医療費） |          |
| 入院時              | 医療費                     | —             | △        | —      | △      | △      |          |
|                  | 入退院時移送サービス              | —             | △        | —      | △      | △      |          |

※ 入浴および清拭の機会の提供は 1 週間につき 2 回です。

入浴にあたっては、原則、職員を配置し、見守り・介助等をさせていただくこととしております。なお、お一人での入浴をご希望の場合は、「同意書」を締結いただきます。

※ 以下はあくまで目安であり、利用者によって内容が異なる場合があります。

利用料に含まれるサービス=◎ 利用料に含まれない有料サービス=○ 利用者の実費負担=△

| 要介護（要支援）<br>認定結果 |               | 要介護 1            |           | 要介護 2  |                             | 要介護 3  |           |   |
|------------------|---------------|------------------|-----------|--------|-----------------------------|--------|-----------|---|
|                  |               | 利用料を含む           | 含まれない     | 利用料を含む | 含まれない                       | 利用料を含む | 含まれない     |   |
| 介護サービス           | 巡回            | 昼間 6 時～18 時      | ◎（2 回）    |        | ◎（2 回）                      |        | ◎（2 回）    |   |
|                  |               | 夜間 18 時～6 時      | ◎（3 回）    |        | ◎（3 回）                      |        | ◎（3 回）    |   |
|                  | 食事介助          | 配膳・下膳            | ◎         |        | ◎                           |        | ◎         |   |
|                  |               | 食事介助             | ◎（間接介助）   |        | ◎（主に間接介助<br>／必要により<br>直接介助） |        | ◎（主に直接介助） |   |
|                  | 排泄            | 排泄介助             | ◎（間接介助）   |        | ◎（主に間接介助<br>／必要により<br>直接介助） |        | ◎（主に直接介助） |   |
|                  |               | おむつ交換            | —         | —      | —                           | —      | ◎         |   |
|                  |               | おむつ代             |           | △      |                             | △      |           | △ |
|                  | 入浴等           | 入浴介助※            | ◎         |        | ◎                           |        | ◎         |   |
|                  |               | 清拭※              | —         | —      | —                           | —      | ◎         |   |
|                  | 身辺介助          | 体位交換             | —         | —      | —                           | —      | —         | — |
|                  |               | 居室からの移動          | ◎（間接介助）   |        | ◎（主に間接介助<br>／必要により<br>直接介助） |        | ◎（主に直接介助） |   |
|                  |               | 衣類の脱着            | ◎（間接介助）   |        | ◎（主に間接介助<br>／必要により<br>直接介助） |        | ◎（主に直接介助） |   |
|                  |               | 身だしなみ介助          | ◎（間接介助）   |        | ◎（主に間接介助<br>／必要により<br>直接介助） |        | ◎（主に直接介助） |   |
|                  | 通院<br>同行介助    | 協力医療機関           | ◎         |        | ◎                           |        | ◎         |   |
|                  |               | その他医療機関          |           | ○      |                             | ○      |           | ○ |
|                  |               | 機能訓練             | ◎         |        | ◎                           |        | ◎         |   |
|                  |               | 緊急時対応/<br>ナースコール | ◎         |        | ◎                           |        | ◎         |   |
|                  | 生活サービス        | 家事               | 清掃（週 2 回） | ◎      |                             | ◎      |           | ◎ |
| 洗濯<br>（必要に応じ）    |               |                  | ◎         |        | ◎                           |        | ◎         |   |
| 理美容              |               |                  | △         |        | △                           |        | △         |   |
| 買物代行             |               | —                | —         | —      | —                           | —      | —         |   |
| 各種手続代行           |               |                  | ○         |        | ○                           |        | ○         |   |
| 健康管理サービス         | 定期健康診断（年 1 回） | ◎                |           | ◎      |                             | ◎      |           |   |
|                  | 健康相談          | ◎                |           | ◎      |                             | ◎      |           |   |
|                  | 生活相談          | ◎                |           | ◎      |                             | ◎      |           |   |
|                  | 医師の往診         |                  | △（医療費）    |        | △（医療費）                      |        | △（医療費）    |   |
| 入院時              | 医療費           |                  | △         |        | △                           |        | △         |   |
|                  | 入退院時移送サービス    |                  | △         |        | △                           |        | △         |   |

※ 入浴および清拭の機会の提供は 1 週間につき 2 回です。

入浴にあたっては、原則、職員を配置し、見守り・介助等をさせていただくこととしております。なお、お一人での入浴をご希望の場合は、「同意書」を締結いただきます。

※ 以下はあくまで目安であり、利用者によって内容が異なる場合があります。

利用料に含まれるサービス=◎ 利用料に含まれない有料サービス=○ 利用者の実費負担=△

| 要介護（要支援）<br>認定結果 |             | 要介護 4            |                     | 要介護 5  |           |   |  |
|------------------|-------------|------------------|---------------------|--------|-----------|---|--|
|                  |             | 利用料に含む           | 含まれない               | 利用料に含む | 含まれない     |   |  |
| 介護サービス           | 巡回          | 昼間6時～18時         | ◎（2回）               |        | ◎（2回）     |   |  |
|                  |             | 夜間18時～6時         | ◎（3回）               |        | ◎（3回）     |   |  |
|                  | 食事介助        | 配膳・下膳            | ◎                   |        | ◎         |   |  |
|                  |             | 食事介助             | ◎（主に直接介助／必要により全面介助） |        | ◎（主に全面介助） |   |  |
|                  | 排泄          | 排泄介助             | ◎（主に直接介助／必要により全面介助） |        | ◎（主に全面介助） |   |  |
|                  |             | おむつ交換            | ◎                   |        | ◎         |   |  |
|                  |             | おむつ代             |                     | △      |           | △ |  |
|                  | 入浴等         | 入浴介助※            | ◎                   |        | ◎         |   |  |
|                  |             | 清拭※              | ◎                   |        | ◎         |   |  |
|                  | 身辺介助        | 体位交換             | ◎                   |        | ◎         |   |  |
|                  |             | 居室からの移動          | ◎（主に直接介助／必要により全面介助） |        | ◎（主に全面介助） |   |  |
|                  |             | 衣類の脱着            | ◎（主に直接介助／必要により全面介助） |        | ◎（主に全面介助） |   |  |
|                  |             | 身だしなみ介助          | ◎（主に直接介助／必要により全面介助） |        | ◎（主に全面介助） |   |  |
|                  | 通院介助<br>同行  | 協力医療機関           | ◎                   |        | ◎         |   |  |
|                  |             | その他医療機関          |                     | ○      |           | ○ |  |
|                  |             | 機能訓練             | ◎                   |        | ◎         |   |  |
|                  |             | 緊急時対応／<br>ナースコール | ◎                   |        | ◎         |   |  |
|                  | 生活サービス      | 家事               | 清掃（週2回）             | ◎      |           | ◎ |  |
|                  |             |                  | 洗濯<br>（必要に応じ）       | ◎      |           | ◎ |  |
|                  |             | 理美容              |                     | △      |           | △ |  |
| 買物代行             |             | —                | —                   | —      | —         |   |  |
| 各種手続代行           |             |                  | ○                   |        | ○         |   |  |
| 健康管理サービス         | 定期健康診断（年1回） | ◎                |                     | ◎      |           |   |  |
|                  | 健康相談        | ◎                |                     | ◎      |           |   |  |
|                  | 生活相談        | ◎                |                     | ◎      |           |   |  |
|                  | 医師の往診       |                  | △（医療費）              |        | △（医療費）    |   |  |
| 入院時              | 医療費         |                  | △                   |        | △         |   |  |
|                  | 入退院時移送サービス  |                  | △                   |        | △         |   |  |

※ 入浴および清拭の機会の提供は1週間につき2回です。

入浴にあたっては、原則、職員を配置し、見守り・介助等をさせていただくこととしております。なお、お一人での入浴をご希望の場合は、「同意書」を締結いただきます。

《 有料サービス一覧表 》 G03 ⑩

(税込)

| No. | 項目  | 内容/基準                  | 単価     |
|-----|---|------------------------|--------|
| 1   | <p><b>ご家族等の利用者居室での宿泊（※）</b><br/>                     ※ご家族等が、一時的に利用者居室に宿泊することができるサービスです。このサービスは、以下の限定的期間において、ベネッセスタイルケアが事前に認めた場合に限り、ご利用いただけます。<br/>                     ・利用開始時<br/>                     ・終末期の看取り時<br/>                     なお、利用者不在時のご家族だけの宿泊は認められません。</p> <p>*寝具・リネン類はホームにてご用意します<br/>                     *食事は含まれません<br/>                     *前日までの申込みが必要です</p> | 1泊2日<br>1名あたり          | 1,100円 |
| 2   | <p><b>ご家族等への食事の提供</b><br/>                     *1週間前までの申込みが必要です<br/>                     *申込期限を過ぎてのキャンセルはキャンセル料(全額)をいただきます</p>  | 朝食                     | 440円   |
|     |   | 昼食                     | 550円   |
|     |   | 夕食                     | 880円   |
|     |   | おやつ                    | 110円   |
|     |   | イベント食                  | 1,650円 |
| 3   | <p><b>通院介助/同行</b><br/>                     *利用者の個別のご希望により、医療機関への受診に同伴するものです<br/>                     *ホーム内で往診等を受ける場合、ホームの協力医療機関への通院、救急搬送に同行する場合等は無料です<br/>                     *記録・報告の時間を含みます<br/>                     *事前の申込みが必要です</p>   | 1時間あたり                 | 2,200円 |
|     |   | 別途、往復の交通費の実費をご負担いただきます |        |
| 4   | <p><b>外出時の同行</b><br/>                     *事前の申込みが必要です</p>  | 1時間あたり                 | 1,650円 |
|     |   | 別途、往復の交通費の実費をご負担いただきます |        |
| 5   | <p><b>各種手続き代行</b><br/>                     *事前の申込みが必要です</p>   | 1時間あたり                 | 1,320円 |
|     |   | 別途、往復の交通費の実費をご負担いただきます |        |

※ 上記1～2のサービスはホーム利用者のご家族等に提供するもの、上記3～5のサービスはホーム利用者ご本人に提供するものです。

※ スタッフの手配の状況によってはお受けできない場合もあります。

※ 上記に含まれない個人的なご要望につきましては、個別にご相談を承ります。