

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

まどか南行徳

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2020年10月30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 (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 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 | まどか南行徳 |
| 所在地 | 千葉県市川市相之川三丁目9番11号 |
| 電話番号 FAX番号 | 047-307-3965 047-307-3968 |
| 建物構造 | 鉄骨造地上3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 | 48室・48名 |
| 居室の種類 | 全室介護居室 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、ベッド（お身体の状況により介護用ベッド）、トイレ、洗面、 冷暖房設備、テレビ配線・電話配線 |
| 開設年月日 | 2003年12月14日 |
| 施設長 | 松浦 左 |

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 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 | <p>選択方式</p> <p>利用者により、「一部前払い・一部月払い方式」(1)と「月払い方式」(2)のいずれかを選択できます。</p> <p>1 次の支払い方を指します。(いずれか選択します)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 共通費用(家賃相当額のみ)の前払い(＊)とそれ以外の費用の毎月払い ・ 共通費用(全額)の前払い(＊)とそれ以外の費用の毎月払い <p>＊ 一部前払い・一部月払い方式を選択した場合、契約期間中は選択した方式を継続するものとします。ただし、前払い期間の終了後は、その期間について、1～5年の年単位で変更することが可能です。</p> <p>2 次の支払い方を指します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 共通費用(全額)の毎月支払い(敷金をお預かりします。) |
| 入居時の要件 | 入居時自立・要支援・要介護 |
| 介護保険 | 千葉県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 | 3：1以上 現在および将来にわたって要介護者および要支援者3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のための基準以上の人数です。 |

3. 事業理念/運営方針

| | |
|------|--|
| 事業理念 | 私たちの家「まどか」は、家庭的な生活を送っていただく事を目指した老人ホームです。介護が必要な高齢者の方々にとって少しずつ維持できなくなっていく規則正しい生活やそれまで大切にしてきた生活習慣をいつまでも続けていける・・・そんな普通に生活を送れる場所でありたいと願っています。 |
| 事業目的 | 「まどか」は、心身に何らかの不自由があり、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を対象とした、介護サービス提供施設です。 |

| | |
|---------|---|
| 運 営 方 針 | <p>快適で基本的な生活 掃除、洗濯、バリアフリーなど、清潔で快適な環境を準備いたします。これまでの習慣を続けられるよう、生活リズムの維持をお手伝いします。</p> <p>その方らしさを大切に お一人ずつお部屋を用意し、お一人で気兼ねなく過ごせる場所を確保します。排泄面のお手伝いなど、ご尊厳を保ち続けられるよう配慮いたします。</p> <p>ご家族の安心も ご家族の介護、精神的な悩みをできるだけ軽減できるようにお手伝いします。お友だちが気軽に足を運んでいただけるようおもてなしいたします。</p> <p>趣味・娯楽のお楽しみ ご興味をお持ちのことを、長く続け、広げていけるようお手伝いいたします。生活にアクセントをつけ、季節感が感じられる楽しいイベントをご用意します。</p> <p>健康管理 お身体の不安、障害による負担が軽くなるよう、健康管理、介護をいたします。健康を維持するためのお食事を提供します。</p> |
|---------|---|

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

| | |
|-------------|--|
| 預り金管理サービス | <p>管理規程をご参照ください。</p> <p>*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。なお、預り金については、必ず、指定銀行口座までお振込み願います。現金でホームへお持ち込みになられても、受け取ることができかねます。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。</p> |
| 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"> ・ 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共通費用に含まれます。(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。) 例) お正月、お花見、クリスマスパーティー、など ・ 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。 例) ペーパークラフト、生け花、手芸、俳句、囲碁・将棋等 |
|---------|--|

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満たす、要介護者および要支援者3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。

| 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 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 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 | ご利用者の食事メニュー作成、栄養管理 調理 |
| 調理員 | |
| 外部委託 | |
| 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 |

夜間(22時~翌6時)最少時の介護職員は3名(満床時)です。

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"> ・ 契約締結時に原則満 6 5 歳以上の方 満 6 5 歳未満の方はご相談ください。 ・ 常時または随時、身の回りのお世話や見守りが必要な方 ・ 規定の利用料の支払いが可能な方 ・ 公的な医療保険に加入されている方 ・ 公的な介護保険に加入されている方 ・ 保証人を定められる方 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。 ・ 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 |
| <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"> ・ 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 ・ 暴力をふるう等他の人に害を及ぼすおそれがある方 ・ 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 |

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"> ・ 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。） ・ 利用契約終了時の利用者の身柄引取り ・ 介護サービス提供計画書（生活プラン）への同意の協力 ・ 利用者の治療、入院に関する手配の協力 ・ 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 ・ 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 <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。

10 . 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 55,000円(税込) 「6泊7日」の定額料金です。 介護保険は適用されません。 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。

11 . 敷金

- ・ 契約締結時に敷金をお支払いいただきます。
- ・ 契約債務の担保金として、敷金をお預かりします。
- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 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。

共通費用の全部又は一部の前払いを行う場合には、敷金を預託する必要はありません。

* 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。

12 . 利用料

(1) 共通費用

- ・ 共通費用は、月次のお支払いとなります。

共通費用の項目と内容

- 1 . 家賃相当額(非課税)
 - ・ 居室および共用施設の家賃相当額
- 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

共通費用の全部又は一部につき、前払い期間中の当該費用全額を契約締結時に前払いすることができます。当該前払い期間満了前に契約が終了し、かつ利用者から居室の明け渡しを受けた場合、ベネッセスタイルケアは、契約終了日の翌日以降の利用に係る前払金を、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。前払い方式を選択した場合、前払い期間中に共通費用の改定があっても、既に前払いされている前払金の追加請求・返金はいたしません。この場合において消費税率が改定になった場合は、改定内容に応じて料金も変更になります。

共通費用の支払いについては、本契約の契約期間中は、原則、契約締結時に選択した支払い方式を継続します。

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。

(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、口腔衛生管理体制加算および生活機能向上連携加算は「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。

自立者生活支援費用（消費税課税）

利用者が自立の場合、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。

(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 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"> ・ 利用開始時 ・ 終末期の看取り時 <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。 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"> ・ 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。 ・ 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。 ・ 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。 |
|-----------------|--|

1 3 . 費用の改定

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 共通費用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。前払いを選択している場合、既に支払われている共通費用については料金の変更は適用しません。この場合において消費税法が改定される場合は、法令等の定めに従います。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。 ・ 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。 ・ 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。 ・ 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、改定の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。 |
|---|

1 4 . 支払方法

| | |
|---------------|---|
| 敷金 / 前払金の支払方法 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 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。 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。 |
|---------------|---|

| | |
|----------|---|
| 利用料の支払方法 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 利用契約締結時に口座振替の手続きをご案内します。 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。 ・ 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。 ・ 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。 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。 26日が金融機関の休業日の場合は翌営業日 ・ 領収証は入金月の翌月に発行いたします。 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。 |
|----------|---|

1 5 . 契約パターン別 / 費用計算基準

「共通費用（家賃相当額 + 食材費・管理費）の毎月支払い」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 | 共通費用 (家賃相当額・食材費・管理費) 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 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。 * 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、口腔衛生管理体制加算および生活機能向上連携加算は、月単位で当該加算を積算) |
| 通常月 | 共通費用 (家賃相当額・食材費・管理費) 自立者生活支援費用 | 月額料金にて算定します。 * 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、口腔衛生管理体制加算および生活機能向上連携加算は、月単位で当該加算を積算) |
| 契約終了月 | 共通費用 (家賃相当額・食材費・管理費) 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。 契約終了日が月末の場合は規定の「月額料金」となります。 * 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、口腔衛生管理体制加算および生活機能向上連携加算は、月単位で当該加算を積算) |
| | 敷金 | 原則、全額無利息で返金。 債務がある場合には控除。 |

「共通費用（家賃相当額のみ）の前払い」の場合

| 時期 | 請求 / 返金項目 | 計算基準 / その他 |
|-------|--------------------------------|---|
| 契約締結時 | 前払金 | 前払い期間の共通費用（家賃相当額）を前払い |
| 利用開始月 | 共通費用 （食材費・管理費） 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 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。 *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、口腔衛生 管理体制加算および生活機能向上連携加算は、月単位で当 該加算を積算） |
| 通常月 | 共通費用 （食材費・管理費） 自立者生活支援費用 | 月額料金にて算定します。 *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、口腔衛生 管理体制加算および生活機能向上連携加算は、月単位で当 該加算を積算） |
| 契約終了月 | 共通費用 （食材費・管理費） 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。 契約終了日が月末の場合は規定の「月額料金」となります。 *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、口腔衛生 管理体制加算および生活機能向上連携加算は、月単位で当 該加算を積算） |
| | 前払金 | 前払い期間途中の契約終了の場合は、未経過期間（日割 り）相当額を返金します。 |

「共通費用（家賃相当額 + 食材費・管理費）の前払い」の場合

| 時期 | 請求 / 返金項目 | 計算基準 / その他 |
|-------|-----------|---|
| 契約締結時 | 前払金 | 前払い期間の共通費用（家賃相当額 + 食材費・管理費）を 前払い |
| 利用開始月 | 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 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。 |
| | 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、口腔衛生 管理体制加算および生活機能向上連携加算は、月単位で当 該加算を積算） |
| 通常月 | 自立者生活支援費用 | 月額料金にて算定します。 |
| | 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、口腔衛生 管理体制加算および生活機能向上連携加算は、月単位で当 該加算を積算） |
| 契約終了月 | 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。 契約終了日が月末の場合は規定の「月額料金」となります。 |
| | 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、口腔衛生 管理体制加算および生活機能向上連携加算は、月単位で当 該加算を積算） |
| | 前払金 | 前払い期間途中の契約終了の場合は、未経過期間（日割 り）相当額を返金します。 |

16 . 保全措置

ベネッセスタイルケアは、支払いを受けた前払金のうち、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、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。

17 . 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

| | |
|----------|---|
| 介護費用の取扱い | <p>介護保険給付費の取扱い</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・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。 <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>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> |
| 食材費の取扱い | <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。

18 . 契約の終了

| | |
|----------|--|
| 利用者からの解約 | <p>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。</p> <p>「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「契約解除届」提出が必要となります。</p> |
|----------|--|

| | |
|------------------------|---|
| <p>ベネッセスタイルケアからの解約</p> | <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> <p>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 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 保証人が利用契約「保証人」の規定を遵守しなかったとき 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 利用者・保証人または利用者の家族・その他の関係者の言動及び要望等が、利用者自身または他の利用者あるいはベネッセスタイルケアの従業員の心身または生命に危害を及ぼすおそれがあるとき、または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したとき 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 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 利用者が本施設を不在にする期間が連続して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 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 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 以外については、利用者自身、他の利用者あるいはベネッセスタイルケアの従業員の心身または生命に危害を及ぼすおそれがあるとき、または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、解約することができます。</p> |
| <p>契約の自動終了</p> | <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"> ・ 利用者が死亡したとき |

| | |
|------------|---|
| 居室明け渡し時の扱い | <ul style="list-style-type: none"> ・ 契約終了後の居室の使用 契約終了日までに居室が明け渡されない場合には、契約終了日（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。 ・ 共通費用および自立者生活支援費用 契約終了/居室明け渡し月の共通費用および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。 ・ 介護保険給付費 介護保険給付費は、利用日数の日額積算にて算定します。 （医療機関連携加算、口腔衛生管理体制加算および生活機能向上連携加算は、月単位で当該加算を積算） ・ 敷金・前払金および契約終了/居室明け渡し月の費用精算 返還金の残高がある場合 <ul style="list-style-type: none"> ・ 敷金または前払金については、返還すべき金額から、契約終了/居室明け渡し月に共通費用、介護費用、有料サービス、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。 ・ 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。 ・ 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。 返還金の残高がない場合 <ul style="list-style-type: none"> ・ 契約終了/居室明け渡し月に利用した共通費用、介護費用、有料サービス、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。 ・ 請求額が確定し次第、請求書を発行いたします。 |
|------------|---|

19 . 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> |

| | |
|------------------------------|--|
| <p>利用者が医療を要する場合および緊急時の対応</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 医療費は利用者の負担となります。 ・ 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3ヶ月を超えた場合には、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。 医療費は利用者の負担となります。 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。 ・ 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。 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。 |
| <p>終末期の看取り対応について</p> | <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> |
| <p>その他</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ 定期健康診断（年1回）：利用料に含まれます。 ・ インフルエンザ予防接種（年1回）：利用料に含まれます。 ・ 医師は配置していません。 ・ 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。 ・ 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。 |

20 . 苦情解決の体制

| | |
|--------------|--|
| <p>運営懇談会</p> | <p>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。</p> |
|--------------|--|

| | |
|---------|---|
| 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 【ベネッセスタイルケア ご意見受付窓口】 フリーダイヤル：0120-251-662 受付時間：平日 9：30～18：00 土曜・日曜・祝日 休み 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 1 . 事故発生時等の対応

| | |
|-------------|---|
| 事故発生時の対応 | <ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・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。 ・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。 |
| 火災・非常災害時の対応 | <p>施設・設備</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・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。 <p>防火管理</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・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。 ・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。 |

2 2 . 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 3 . 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 4 . その他

| | |
|--------------------|---|
| やむを得ず身体拘束等を行う場合の手續 | <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"> ・虐待防止の責任者をホーム長とします ・苦情解決体制の整備 ・職員会議にて、定期的に虐待防止のための啓発・周知 ・身体拘束廃止のための指針の策定 ・マニュアルの整備 ・年1回以上、研修の実施 ・「身体拘束廃止・虐待防止委員会」の月1回以上の定期開催 ・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 |
|--------------------|---|

《敷金 / 利用料》

敷金

(非課税)

敷金 630,000 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、ペネッセスタイルケアは、敷金を利用者に返還します。

共通費用の全部又は一部の前払いをする利用者は敷金の支払いはありません。

共通費用

(税込)

| 家賃相当額 (消費税非課税) | 食材費 | 管理費 | 合計 |
|-------------------|----------|-----------|-----------|
| 105,000 円 | 29,160 円 | 111,650 円 | 245,810 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」「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(18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」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。「入居継続支援加算」「看取り介護加算」「退院・退所時連携加算」は含まれていません。なお、下表の金額は、「入居継続支援加算」を算定した場合に、要介護の方の負担は増加するなど、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 | 夜間看護体制加算は対象外 | 75,177 円 | 7,518 円 |
| 要支援2 | 夜間看護体制加算は対象外 | 119,662 円 | 11,967 円 |
| 要介護1 | | 201,047 円 | 20,105 円 |
| 要介護2 | | 223,807 円 | 22,381 円 |
| 要介護3 | | 247,602 円 | 24,761 円 |
| 要介護4 | | 269,672 円 | 26,968 円 |
| 要介護5 | | 293,467 円 | 29,347 円 |

ホーム所在地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、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、たんの吸引等が必要な利用者の占める割合が15%以上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、「入居継続支援加算」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 |
|----------|---------|-----------|
| 入居継続支援加算 | 418円 | 42円 |

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 | 344円 | 35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を加算することができます。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4日以上30日以下 | 1,661円 | 167円 |
| 死亡日の前日および前々日 | 7,816円 | 782円 |
| 死亡日 | 14,713円 | 1,472円 |

- * 上記4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4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 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、「自立」の方は、「自立者生活支援費用」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 | 66,440円 |

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および要介護（要支援）度の変更があった場合、当該月の自立者生活支援費用は、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）その変更日（従来の要介護・要支援認定結果の満了日の翌日）に遡って、自立者生活支援費用が適用されます。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を適用しません。

月額自己負担見込額（30日基準 / 1名利用の場合）

（共通費用 + 介護保険 1 割負担分（*） + 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」「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（18 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」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。

「入居継続支援加算」「看取り介護加算」「退院・退所時連携加算」は含まれていません。

なお、下表の金額は、「入居継続支援加算」を算定した場合に、要介護の方の負担は増加するなど、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）

| 自立 (非該当) | 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 |
|-------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 312,250 | 253,328 | 257,777 | 265,915 | 268,191 | 270,571 | 272,778 | 275,157 |

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。
- ・ 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、口腔衛生管理体制加算および生活機能向上連携加算は、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) 2019年10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 | 181 単位/日 |
| 要支援2 | 310 単位/日 |
| 要介護1 | 536 単位/日 |
| 要介護2 | 602 単位/日 |
| 要介護3 | 671 単位/日 |
| 要介護4 | 735 単位/日 |
| 要介護5 | 804 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。

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、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20.0単位（*）が加算されます。

* 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、事業者における職員体制が、厚生労働大臣が定める以下の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。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。

イ：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

ロ：介護職員のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上の場合：12単位/日

：看護・介護職員のうち、常勤職員の占める割合が75%以上の場合：6単位/日

：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3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、たんの吸引等が必要な利用者の占める割合が15%以上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、「入居継続支援加算」として、1日あたり36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。

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。

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を加算することができます。

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、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 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 |

* 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。

「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 イまたは入居継続支援加算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) 2019年10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 |
|------|-------|
| 5 級地 | 1.045 |

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》 (まどか03) 20101

※ 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) 認定結果 | | 自立 | | 要支援 1 | | 要支援 2 | | | |
|-------------------|------------------|-------------|---------------|------------|---------|------------|-----------|-----------|--|
| | | 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) | | |
| | | 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※ | ◎ | ○(週3回目以降) | ◎ | ○(週3回目以降) | ◎ | ○(週3回目以降) | |
| | | 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) | | |
| | ／通院介助 | 協力医療機関 | ◎ | | ◎ | | ◎ | | |
| | | その他医療機関 | — | — | — | — | — | — | |
| | 機能訓練 | | ◎ | | ◎ | | ◎ | | |
| | 緊急時対応／ ナースコール | | ◎ | | ◎ | | ◎ | | |
| | 生活サービス | 家事 | 清掃 (週 2 回) | ◎ | | ◎ | | ◎ | |
| | | | 洗濯 (必要に応じ) | ◎ | | ◎ | | ◎ | |
| 理美容 | | | △ | | △ | | △ | | |
| 買物代行 | | ◎(週 1 回定期) | ○ | ◎(週 1 回定期) | ○ | ◎(週 1 回定期) | ○ | | |
| 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。利用者個別のご希望により、週 3 回以上の入浴介助・清拭を行う場合、3 回目以降は別途料金をお支払いいただきます。

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） 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 ／必要により 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 ／必要により 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※ | ◎ | ○（週3回目以降） | ◎ | ○（週3回目以降） | ◎ | ○（週3回目以降） |
| | | 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 ／必要により 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 ／必要により 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 ／必要により 直接介助） | | ◎ （主に直接介助） | |
| | 通院 ／ 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 ／ ナースコール | ◎ | | ◎ | | ◎ | | |
| 生活サービス | 家事 | 清掃（週 2 回） | ◎ | | ◎ | | ◎ | |
| | | 洗濯（必要に応じ） | ◎ | | ◎ | | ◎ | |
| | 理美容 | | △ | | △ | | △ | |
| | 買物代行 | ◎（週 1 回定期） | ○ | ◎（週 1 回定期） | ○ | ◎（週 1 回定期） | ○ | |
| | 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。利用者個別のご希望により、週 3 回以上の入浴介助・清拭を行う場合、3 回目以降は別途料金をお支払いいただきます。

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） 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※ | ◎ | ○（週3回目以降） | ◎ | ○（週3回目以降） |
| | | 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 ／ 同行 | 協力医療機関 | ◎ | | ◎ | |
| | | その他医療機関 | — | — | — | — |
| | | 機能訓練 | ◎ | | ◎ | |
| | 緊急時対応／ ナースコール | ◎ | | ◎ | | |
| 生活サービス | 家事 | 清掃（週 2 回） | ◎ | | ◎ | |
| | | 洗濯 （必要に応じ） | ◎ | | ◎ | |
| | 理美容 | | △ | | △ | |
| | 買物代行 | ◎（週 1 回定期） | ○ | ◎（週 1 回定期） | ○ | |
| | 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。利用者個別のご希望により、週 3 回以上の入浴介助・清拭を行う場合、3 回目以降は別途料金をお支払いいただきます。

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 》 M04 ⑩

(税込)

| No. | 項目 | 内容/基準 | 単価 |
|-----|---|----------------------------------|---------------|
| 1 | <p>ご家族等の利用者居室での宿泊 (※) ※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限り、ご利用いただけます。 ・利用開始時 ・終末期の看取り時 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。 *施設・設備利用料です(寝具・リネン類はホームにてご用意します) *食事は含まれません *前日までの申込みが必要です(ご利用者の急な体調変化に伴う付き添い希望の場合等はお相談ください)</p> | <p>1泊2日 1名あたり</p> | <p>1,100円</p> |
| 2 | <p>ご家族等への食事の提供 *1週間前までの申込みが必要です *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> | <p>朝食</p> | <p>440円</p> |
| | | <p>昼食</p> | <p>550円</p> |
| | | <p>夕食</p> | <p>880円</p> |
| | | <p>おやつ</p> | <p>110円</p> |
| 3 | <p>外出時の同行 *1週間前までの申込みが必要です</p> | <p>1時間あたり</p> | <p>1,650円</p> |
| | | <p>別途、往復の交通費の実費をご負担いただきます</p> | |
| 4 | <p>各種手続き代行 *事前の申込みが必要です</p> | <p>1時間あたり</p> | <p>1,320円</p> |
| | | <p>別途、往復の交通費の実費をご負担いただきます</p> | |
| 5 | <p>買物代行</p> | <p>1回あたり</p> | <p>220円</p> |
| | | <p>ホーム全体で定期的に行うもの(週1回)は無料</p> | |
| 6 | <p>週2回を超える入浴介助 *利用者の個別のご希望により、週3回以上の入浴介助を行う場合、3回目以降、右記の料金をご負担いただきます *事前の申込みが必要です</p> | <p>1回あたり</p> | <p>1,650円</p> |

※ 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3～6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。

重要事項説明書

| | |
|-------|-------------|
| 記入年月日 | 2020年10月01日 |
| 記入者名 | 松浦 左 |
| 所属・職名 | まどか南行徳 ホーム長 |

1. 事業主体概要

| | | |
|------------|---|---|
| 種類 | 個人 [○] 法人 | |
| | 法人の場合、その種類 | 株式会社 |
| 名称 | (フリガナ) カブシキガイシャベネッセスタイルケア 株式会社ベネッセスタイルケア | |
| 主たる事業所の所在地 | 〒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 |
| | FAX 番号 | 03-6836-1101 |
| | ホームページアドレス | http://www.benesse-style-care.co.jp/ |
| 代表者 | 氏名 | 滝山 真也 |
| | 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | 1995年09月07日 | |
| 主な実施事業 | 介護保険指定事業（訪問介護、通所介護他）、保育事業 | |

2. 有料老人ホーム事業の概要

(住まいの概要)

| | | |
|---------------|--------------------------------|---|
| 名称 | (フリガナ) マドカミナミギョウトク まどか南行徳 | |
| 所在地 | 〒272-0143 千葉県市川市相之川三丁目9番11号 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅等 | 東京メトロ東西線「南行徳駅」 |
| | 交通手段と所要時間 | 東京メトロ東西線「南行徳駅」下車、徒歩5分（約400m） |
| 連絡先 | 電話番号 | 047-307-3965 |
| | FAX 番号 | 047-307-3968 |
| | ホームページアドレス | http://www.benesse-style-care.co.jp/ |
| 管理者 | 氏名 | 松浦 左 |
| | 職名 | ホーム長 |
| 建物の竣工日 | | 2003年11月30日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 2003年12月14日 |

(類型)【表示事項】

| | | | | | |
|------------------------------------|------------|---------------------------------|-------------|----------|-------------|
| ① 介護付(一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合) | | | | | |
| 2 介護付(外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合) | | | | | |
| 3 住宅型 | | | | | |
| 4 健康型 | | | | | |
| 1又は2に該当する場合 | 介護保険事業者番号 | (介護予防)特定施設入居者生活介護事業所：1270801002 | | | |
| | 指定した自治体名 | 千葉県 | | | |
| | 事業所の指定日 | 居宅サービス | 2003年12月01日 | 介護予防サービス | 2006年04月01日 |
| | 指定の更新日(直近) | 居宅サービス | 2015年12月01日 | 介護予防サービス | 2018年04月01日 |

3. 建物概要

| | | | | | | |
|-------|------------|-----------------------|------------------------|---------------------------|--------|-----|
| 土地 | 敷地面積 | 985.04 m ² | | | | |
| | 所有関係 | 1 事業者が自ら所有する土地 | | ③ その他(非該当) | | |
| | | 2 事業者が賃借する土地 | | | | |
| | | 抵当権の有無 | 1 あり | 2 なし | | |
| 契約期間 | | 1 あり | () | | | |
| | | 2 なし | | | | |
| | 契約の自動更新 | 1 あり | 2 なし | | | |
| 建物 | 延床面積 | 全体 | 1677.03 m ² | | | |
| | | うち、老人ホーム部分 | 1677.03 m ² | | | |
| | 耐火構造 | ① 耐火建築物 | | | | |
| | | 2 準耐火建築物 | | | | |
| | | 3 その他() | | | | |
| | 構造 | 鉄骨造 | | | | |
| | 所有関係 | 1 事業者が自ら所有する建物 | | | | |
| | | ② 事業者が賃借する建物 | | | | |
| | | 抵当権の設定 | ① あり | 2 なし | | |
| | | 契約期間 | ① あり | (2003年12月01日～2023年11月30日) | | |
| | | 2 なし | | | | |
| | 契約の自動更新 | ① あり | 2 なし | | | |
| 居室の状況 | 居室区分【表示事項】 | ① 全室個室 | | | | |
| | | 2 相部屋あり | | | | |
| | | 最少 | | | | |
| | 最大 | | | | | |
| | Aタイプ | トイレ | 浴室 | 面積 | 戸数・室数 | 区分※ |
| | ③ 有/無 | 有/③ 無 | 17.1 m ² | 48室 | 介護居室個室 | |

※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。

| | | | | |
|------------------|-------------------|-----------------|-----------------|-----|
| 共用施設 | 共用便所の数 | 3カ所 | うち男女別の対応が可能な便所 | 0カ所 |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な便所 | 3カ所 |
| | 共用浴室の数 | 3カ所 | 個室 | 2カ所 |
| | | | 大浴場(個浴以外) | 1カ所 |
| | 共用浴室における介護浴槽の数 | 2カ所 | チェア浴 | 0カ所 |
| | | | リフト浴 | 2カ所 |
| | | | ストレッチャー浴 | 0カ所 |
| その他() | | | 0カ所 | |
| 食堂 | ① あり | 2 なし | | |
| 入居者や家族が利用できる調理設備 | 1 あり | ② なし | | |
| エレベーター | 1 あり(車椅子対応) | ② あり(ストレッチャー対応) | | |
| | ③ あり(上記1・2に該当しない) | | | |
| | 4 なし | | | |

| | | | | | |
|--------|--|---|----|---|----|
| 消防用設備等 | 消火器 | ① | あり | 2 | なし |
| | 自動火災報知設備 | ① | あり | 2 | なし |
| | 火災通報設備 | ① | あり | 2 | なし |
| | スプリンクラー | ① | あり | 2 | なし |
| | 防火管理者 | ① | あり | 2 | なし |
| | 防災計画 | ① | あり | 2 | なし |
| その他 | リビングルーム（食堂、機能訓練室を兼ねる）、洗濯室兼汚物処理室、相談室、健康管理室兼事務室等 | | | | |

4. サービスの内容

（全体の方針）

| | |
|-----------------|---|
| 運営に関する方針 | <p>①快適で基本的な生活 掃除、洗濯、バリアフリーなど、清潔で快適な環境を準備いたします。これまでの習慣を続けられるよう、生活リズムの維持をお手伝いします。</p> <p>②その方らしさを大切に お一人ずつお部屋を用意し、お一人で気兼ねなく過ごせる場所を確保します。排泄面のお手伝いなど、ご尊厳を保ち続けられるよう配慮いたします。</p> <p>③ご家族の安心も ご家族の介護、精神的な悩みをできるだけ軽減できるようにお手伝いします。お友だちが気軽に足を運んでいただけるようおもてないたします。</p> <p>④趣味・娯楽のお楽しみ ご興味をお持ちのことを、長く続け、広げていけるようお手伝いいたします。生活にアクセントをつけ、季節感が感じられる楽しいイベントをご用意します。</p> <p>⑤健康管理 お身体の不安、障害による負担が軽くなるよう、健康管理、介護をいたします。健康を維持するためのお食事を提供します。</p> |
| サービスの提供内容に関する特色 | <p>まどかでは、まず、利用者のご家庭でのそれまでの暮らし、趣味、こだわりなどを十分にお聞きします。そして、その方の個性にあわせた暮らし方を、趣味講座や、音楽体操、映画上映会などの定期的な行事や、季節イベントに反映させていきます。最低限のルール以外は、利用者やご家族の要望を取り入れながら自由に変えていけることが特徴です。利用者の日常生活の負担を軽減するため、リビングルームや浴室を各フロアに配置しております。まどかは生活の場ですので、365日24時間、自由に面会に来ていただける環境で、利用者やご家族のご要望を取り入れながら、入居前と変わらない「ふつうの暮らし」のお手伝いをさせていただきます。</p> |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | ① 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 食事の提供 | 1 自ら実施 ② 委託 3 なし |
| 洗濯、掃除等の家事の供与 | ① 自ら実施 2 委託 3 自ら実施（一部委託） 4 なし |
| 健康管理の供与 | ① 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 安否確認又は状況把握サービス | ① 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 生活相談サービス | ① 自ら実施 2 委託 3 なし |

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

| | | | | |
|--------------------------------|-----------------------|-------------------|-------|------|
| 特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無 | 夜間看護体制加算 | ① あり | 2 なし | |
| | 個別機能訓練加算 | 1 あり | ② なし | |
| | 生活機能向上連携加算 | 1 あり | ② なし | |
| | サービス提供体制強化加算 ※ | (Ⅰ) イ | 1 あり | ② なし |
| | | (Ⅰ) ロ | ① あり | 2 なし |
| | | (Ⅱ) | 1 あり | ② なし |
| | | (Ⅲ) | 1 あり | ② なし |
| | 入居継続支援加算 ※ | 1 あり | ② なし | |
| | 医療機関連携加算 | ① あり | 2 なし | |
| | 口腔衛生管理体制加算 | ① あり | 2 なし | |
| | 退院・退所時連携加算 | ① あり | 2 なし | |
| | 看取り介護加算 | ① あり | 2 なし | |
| | 介護職員処遇改善加算 | ① 加算Ⅰ | 2 なし | |
| | 介護職員等特定処遇改善加算(特定施設) | 1 加算Ⅰ | ② 加算Ⅱ | 3 なし |
| | 介護職員等特定処遇改善加算(予防特定施設) | 1 加算Ⅰ | ② 加算Ⅱ | 3 なし |
| | 身体拘束廃止未実施減算 | 1 減算型 | ② 基準型 | |
| | 若年性認知症入居者受入加算 | ① あり | 2 なし | |
| | 認知症専門ケア加算 | (Ⅰ) | 1 あり | ② なし |
| | | (Ⅱ) | 1 あり | ② なし |
| | 栄養スクリーニング加算 | 1 あり | ② なし | |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無 | 1 あり | (介護・看護職員の配置率) : 1 | | |
| | ② なし | | | |

※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。

(医療連携の内容)

| | | |
|----------------|---|--|
| 医療支援 ※複数選択可 | 1 救急車の手配 2 入退院の付き添い 3 通院介助 ④ その他 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。 | |
| 協力医療機関 | 名称 | 医療法人財団 明理会 行徳総合病院 |
| | 住所 | 千葉県市川市本行徳 5525-2 |
| | 診療科目 | 内科、消化器内科、糖尿内科、腎臓内科、神経内科、人工透析内科、外科、消化器外科、乳腺外科、整形外科、脳神経外科、皮膚科、泌尿器科、婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、麻酔科、肛門外科、救急科、形成外科、放射線科、リハビリテーション科 |
| | 協力内容 | 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。 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) |
| | 名称 | 医療法人社団 千葉白報会 在宅クリニック ドクターランド船橋 |
| | 住所 | 千葉県船橋市本町 7-11-5 KDX 船橋ビル 1F |
| | 診療科目 | 内科、精神科、皮膚科、眼科、耳鼻咽喉科 |
| | 協力内容 | 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。 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) |

| | | |
|----------|------|--|
| | 名称 | 医療法人社団悠翔会 悠翔会在宅クリニック船橋 |
| | 住所 | 千葉県船橋市本町4丁目40番8号 セピアビル1階 |
| | 診療科目 | 内科、精神科、皮膚科、脳神経外科、脳神経内科、緩和ケア内科 |
| | 協力内容 | 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。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 | 医療法人社団 桜栄会 西葛西歯科室 |
| | 住所 | 東京都江戸川区西葛西6-16-4 |
| | 協力内容 | 協力医療機関の医師は、ホームからの、利用者の歯牙の健康管理等に関する相談に応じます。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) |

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

| | | |
|-----------------------|---|---------------------|
| 入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可 | 1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 ③ その他 (他介護居室に移る場合) | |
| 判断基準の内容 | 利用者の要介護状態の変化に伴い、当該居室では適切な介護を実施できないおそれが生じた場合、ベネッセスタイルケアは、事前に利用者および保証人と協議のうえ、より適切な居室に変更することができます。 | |
| 手続きの内容 | | |
| 追加的費用の有無 | 1 あり 2 なし | |
| 居室利用権の取扱い | | |
| 前払金償却の調整の有無 | 1 あり 2 なし | |
| 従前の居室との仕様の変更 | 面積の増減 | 1 あり 2 なし |
| | 便所の増減 | 1 あり 2 なし |
| | 浴室の変更 | 1 あり 2 なし |
| | 洗面所の変更 | 1 あり 2 なし |
| | 台所の変更 | 1 あり 2 なし |
| | その他の変更 | 1 あり (変更内容) 2 なし |

(入居に関する要件)

| | | |
|----------------|--|-----------|
| 入居対象となる者【表示事項】 | 自立している者 | ① あり 2 なし |
| | 要支援の者 | ① あり 2 なし |
| | 要介護の者 | ① あり 2 なし |
| 留意事項 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 契約締結時に原則満65歳以上の方 ※満65歳未満の方はご相談ください。 ・ 常時または随時、身の回りのお世話や見守りが必要な方 ・ 規定の利用料の支払いが可能な方 ・ 公的な医療保険に加入されている方 ・ 公的な介護保険に加入されている方 ・ 保証人を定められる方 ※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。 ・ 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 | |

| | |
|----------------|--|
| 契約の解除の内容 | <p>【利用者からの解約】 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。 ※「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「契約解除届」提出が必要となります。</p> <p>【契約の自動終了】 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。 ・利用者が死亡したとき</p> |
| 事業主体から解約を求める場合 | <p>【ベネッセスタイルケアからの解約】 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 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 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 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 ⑤利用者・保証人または利用者の家族・その他の関係者の言動及び要望等が、利用者自身または他の利用者あるいはベネッセスタイルケアの従業員の心身または生命に危害を及ぼすおそれがあるとき、または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したとき ⑥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 ⑦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 ⑧利用者が本施設を不在にする期間が連続して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 ⑨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 ⑩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 ※上記①以外については、利用者自身、他の利用者あるいはベネッセスタイルケアの従業員の心身または生命に危害を及ぼすおそれがあるとき、または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、解約することができます。</p> <p>解約予告期間 3ヶ月</p> |
| 入居者からの解約予告期間 | 1ヶ月 |
| 体験入居の内容 | <p>① あり（内容： 6泊7日：55,000円（税込）） ※「6泊7日」の定額料金です。 ※介護保険は適用されません。 ※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>② なし</p> |
| 入居定員 | 48名（ 48 室） |
| その他 | <p>■施設の利用にあたっての主な留意事項については、以下の内容のほか管理規程に定めています。</p> <p>○物品管理について ・ホームに持込まれる物品は、利用者本人の自己管理を原則としています。 ・高額な現金や宝飾品等の貴重品の持込みはお断りしております。</p> <p>○居室利用の留意点について ・居室、共用施設又は敷地内で動物を飼育することは原則できません。 ・ベネッセスタイルケアに承諾を得ることなく、利用者以外の者を居室に宿泊させることはできません。</p> |

5. 職員体制

この項目の情報は、2020年6月実績の情報です。

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

（職種別の職員数）

| | 職員数(実人数) | | | 常勤換算人数 ※1※2 |
|--|----------|----|-----|----------------|
| | 合計 | 常勤 | 非常勤 | |
| 管理者 | 1 | 1 | 0 | 1.0 |
| 生活相談員 | 2 | 2 | 0 | 1.0 |
| 直接処遇職員 | 29 | 20 | 9 | 24.1 |
| 介護職員 | 26 | 18 | 8 | 22.1 |
| 看護職員 | 3 | 2 | 1 | 2.0 |
| 機能訓練指導員 | 1 | 0 | 1 | 0.0 |
| 計画作成担当者 | 1 | 0 | 1 | 0.2 |
| 栄養士 | | | | 外部委託 |
| 調理員 | | | | 外部委託 |
| 事務員 | 2 | 0 | 2 | 1.2 |
| その他職員 | 1 | 0 | 1 | 0.3 |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2 | | | | 40.0時間 |
| ※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。 | | | | |
| ※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。 | | | | |

（資格を有している介護職員の人数）

| | 合計 | | |
|-----------|----|-----|---|
| | 常勤 | 非常勤 | |
| 社会福祉士 | 0 | 0 | 0 |
| 介護福祉士 | 17 | 15 | 2 |
| 実務者研修の修了者 | 0 | 0 | 0 |
| 初任者研修の修了者 | 9 | 3 | 6 |
| 介護支援専門員 | 0 | 0 | 0 |

（資格を有している機能訓練指導員の人数）

| | 合計 | | |
|-------------|----|-----|---|
| | 常勤 | 非常勤 | |
| 看護師又は准看護師 | 0 | 0 | 0 |
| 理学療法士 | 1 | 0 | 1 |
| 作業療法士 | 0 | 0 | 0 |
| 言語聴覚士 | 0 | 0 | 0 |
| 柔道整復士 | 0 | 0 | 0 |
| あん摩マッサージ指圧師 | 0 | 0 | 0 |
| はり師 | 0 | 0 | 0 |
| きゅう師 | 0 | 0 | 0 |

（夜勤を行う看護・介護職員の人数）

| 夜勤帯の設定時間（ 19時45分～翌07時15分 ） | | |
|----------------------------|------|-------|
| | 平均人数 | 最少時人数 |
| 看護職員 | 0人 | 0人 |
| 介護職員 | 3人 | 3人 |

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

| | | |
|--|-----------------------------------|---|
| 特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能) | 契約上の職員配置比率※ 【表示事項】 | a 1.5:1 以上 b 2:1 以上 c 2.5:1 以上 d 3:1 以上 |
| | 実際の配置比率 (2020年6月の利用者数:常勤換算職員数) | 2.0:1 |
| ※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択 | | |
| 外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制(外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能) | ホームの職員数 | 人 |
| | 訪問介護事業所の名称 | |
| | 訪問看護事業所の名称 | |
| | 通所介護事業所の名称 | |

(職員の状況)

| | | | | | | | | | | | |
|--|----------|---------------------|-----------|-----|-------|-----|---------|-----|---------|-----|--|
| 管理者 | 他の職務との兼務 | | 1 あり 2 なし | | | | | | | | |
| | 業務に係る資格等 | | 1 あり | | | | | | | | |
| | 資格等の名称 | 介護福祉士 (2020年8月1日変更) | | | | | | | | | |
| | 2 なし | | | | | | | | | | |
| | 看護職員 | | 介護職員 | | 生活相談員 | | 機能訓練指導員 | | 計画作成担当者 | | |
| | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | |
| 前年度1年間の採用者数 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 前年度1年間の退職者数 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 業務に 応じた 従事した 職員の 経験年数 に | 1年未満 | 0 | 1 | 3 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | |
| | 1年以上 | 1 | 0 | 3 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | 3年未満 | | | | | | | | | | |
| | 3年以上 | 1 | 0 | 5 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | |
| | 5年未満 | | | | | | | | | | |
| | 5年以上 | 0 | 0 | 5 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 10年未満 | | | | | | | | | | | |
| 10年以上 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 従業者の健康診断の実施状況 | | 1 あり 2 なし | | | | | | | | | |

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

| | |
|--------------------------------|--|
| 居住の権利形態 【表示事項】 | 1 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式 |
| 利用料金の支払い方式 【表示事項】 | 1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式 |
| | 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択 |
| | 1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式 |
| 年齢に応じた金額設定 | 1 あり 2 なし |
| 要介護状態に応じた金額設定 | 1 あり 2 なし |
| 入院等による不在時における 利用料金(月払い)の取扱い | 1 減額なし(食材費・介護保険給付費以外の利用料) 2 日割計算で減額(介護保険給付費)、1食単位で減額(食材費) 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額 |

| | | |
|---------|-----|--|
| 利用料金の改定 | 条件 | <ul style="list-style-type: none"> ・共通費用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。前払いを選択している場合、既に支払われている共通費用については料金の変更は適用しません。この場合において消費税率が改定される場合は、法令等の定めに従います。 ・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。 ・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。 ・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。 |
| | 手続き | |

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

| | | | |
|------------|------------------|------|------|
| 入居者の状況 | | 要介護度 | 別紙参照 |
| | | 年齢 | |
| 居室の状況 | | 床面積 | |
| | | 便所 | |
| | | 浴室 | |
| | | 台所 | |
| 入居時点で必要な費用 | | 前払金 | |
| | | 敷金 | |
| 月額費用の合計 | | | |
| 家賃 | | | |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護※1の費用 | | |
| | 介護保険外※2 | 食費 | |
| | | 管理費 | |
| | | 介護費用 | |
| | | 光熱水費 | |
| | | その他 | |

(利用料金の算定根拠)

| 費目 | 算定根拠 |
|------|--|
| 家賃※ | 【家賃相当額】 居室および共用施設等の家賃相当額で、近隣相場を勘案し設定しています。 |
| 敷金 | 月払い方式の場合 (家賃相当額) × 6 ヶ月の額を敷金としてお預かりします。 ※本契約が終了した場合、ベネッセスタイルケアは、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、敷金を利用者に返還します。敷金を返還する時点において、不払いが存在する場合、当該不払いの額を控除した残額のみを利用者に返還します。 ※「前払い方式」を選択した場合(前払金を預託する場合は)、敷金は必要ありません。 ※敷金については、保全措置を講じておりません。 |
| 介護費用 | 要介護認定が自立の場合:「自立」は介護保険給付の対象とはなりません。「自立者生活支援費用」をご負担いただきます。 ※介護保険サービスの自己負担額は含まれていません。 |
| 管理費 | 施設の維持・管理費、水光熱費、厨房運営費等 |
| 食費 | 【食材費】 1日 972円、30日で計算した場合、1人あたり 29,160円です。 (内訳:朝食 216円、昼食 324円、夕食 432円) 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だきません。 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。 |
| 光熱水費 | 管理費に含みます。 |

| | |
|----------------------|--|
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | (別添2) 個別選択による介護サービス一覧表 参照 |
| その他のサービス利用料 | 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。 |

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠)

※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

| 費目 | 算定根拠 |
|--|--|
| 特定施設入居者生活介護※に対する自己負担 | 要介護度に応じて、介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額をご負担いただきます。 |
| 特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス(上乘せサービス) | なし |
| ※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。 | |

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能

| | | |
|-------------------------------------|---|--|
| 算定根拠 | <p>【前払金】</p> <p>●家賃相当額前払方式の場合：利用者が定める前払い期間(1年～5年の間で1年単位で設定)分の家賃相当額 家賃相当額前払方式の場合の前払金＝家賃相当額×前払い年数分</p> <p>●共通費用全部前払方式の場合：利用者が定める前払い期間(1年～5年の間で1年単位で設定)分の共通費用(家賃相当額・食材費・管理費) 共通費用全部前払方式の場合の前払金＝ 共通費用(家賃相当額・食材費・管理費)×前払い年数分</p> <p>*利用開始日が各月1日でない場合においては、日割り計算にて算出した利用開始月の家賃相当額または共通費用全部と利用開始月翌月から上記記載の期間における家賃相当額または共通費用の全部の合計を前払いします。</p> | |
| 想定居住期間(償却年月数) | 利用者が定める前払い期間(1年～5年の間で1年単位で設定) | |
| 償却の開始日 | 入居日 ※当社では「利用開始日」としています。 | |
| 想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額(初期償却額) | | |
| 初期償却率 | | |
| 返還金の算定方法 | 入居後3月以内の契約終了 | 前払い期間満了前に契約終了した場合、契約終了日の翌日以降の利用に係る前払金を返還します。ただし、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、当該不払いの額も控除した金額を返還します。 ●家賃相当額前払方式：返還金＝前払金－家賃相当額×入居月数 ●共通費用全部前払方式：返還金＝前払金－共通費用×入居月数 なお、月途中で契約開始又は終了した場合には、1ヶ月を30日とする日割計算により算出します。 |
| | 入居後3月を超えた契約終了 | 前払い期間満了前に契約終了した場合、契約終了日の翌日以降の利用に係る前払金を返還します。ただし、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、当該不払いの額も控除した金額を返還します。 ●家賃相当額前払方式：返還金＝前払金－家賃相当額×入居月数 ●共通費用全部前払方式：返還金＝前払金－共通費用×入居月数 なお、月途中で契約開始又は終了した場合には、1ヶ月を30日とする日割計算により算出します。 |

| | | | |
|--------|---|-------------------------------------|--|
| 前払金の保先 | 1 | 連帯保証を行う銀行等の名称 | |
| | 2 | 信託契約を行う信託会社等の名称 | |
| | 3 | 保証保険を行う保険会社の名称 | |
| | 4 | 全国有料老人ホーム協会 | |
| | 5 | その他（法令上の保全義務はありません。（親会社保証による保全を実施）） | |

7. 入居者の状況

（入居者の人数）

この項目の情報は、2020年6月の情報です。

| | | |
|-------|------------|-----|
| 性別 | 男性 | 11人 |
| | 女性 | 35人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 0人 |
| | 65歳以上75歳未満 | 2人 |
| | 75歳以上85歳未満 | 8人 |
| | 85歳以上 | 36人 |
| 要介護度別 | 自立・その他 | 0人 |
| | 要支援1 | 5人 |
| | 要支援2 | 3人 |
| | 要介護1 | 8人 |
| | 要介護2 | 8人 |
| | 要介護3 | 8人 |
| | 要介護4 | 10人 |
| | 要介護5 | 4人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 4人 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | 2人 |
| | 1年以上5年未満 | 26人 |
| | 5年以上10年未満 | 12人 |
| | 10年以上15年未満 | 2人 |
| | 15年以上 | 0人 |

（入居者の属性）

| | |
|--|-------|
| 平均年齢 | 89.6歳 |
| 入居者数の合計 | 46人 |
| 入居率※ | 95.8% |
| ※入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。 | |

（前年度における退去者の状況）

| | | |
|---------|----------|----|
| 退去者別の人数 | 自宅等 | 0人 |
| | 社会福祉施設 | 0人 |
| | 医療機関 | 0人 |
| | 死亡者 | 6人 |
| | その他 | 2人 |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出 | 0人 |
| | 入居者側の申し出 | 2人 |

8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況) ※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

| | | |
|----------|-------|-------------------------|
| 窓口の名称 | | まどか南行徳 苦情受付窓口 |
| 電話番号 | | 047-307-3965 |
| 対応している時間 | 平日 | 09:30-17:00 |
| | 土曜 | 09:30-17:00 |
| | 日曜・祝日 | 09:30-17:00 |
| 定休日 | | なし(当ホームは 365 日営業しております) |
| 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 |
| 対応している時間 | 平日 | 09:30-18:00 |
| | 土曜 | なし |
| | 日曜・祝日 | なし |
| 定休日 | | 土日、祝日、年末年始 |
| 窓口の名称 | | 市川市 福祉部 福祉政策課 |
| 電話番号 | | 047-712-8548 |
| 対応している時間 | 平日 | 09:00-17:00 |
| | 土曜 | なし |
| | 日曜・祝日 | なし |
| 定休日 | | 土日、祝日、年末年始 |
| 窓口の名称 | | 千葉県 健康福祉部 高齢者福祉課 |
| 電話番号 | | 043-223-2350 |
| 対応している時間 | 平日 | 09:00-17:00 |
| | 土曜 | なし |
| | 日曜・祝日 | なし |
| 定休日 | | 土日、祝日、年末年始 |
| 窓口の名称 | | 千葉県国民健康保険団体連合会 |
| 電話番号 | | 043-254-7428 |
| 対応している時間 | 平日 | 09:00-17:00 |
| | 土曜 | なし |
| | 日曜・祝日 | なし |
| 定休日 | | 土日、祝日、年末年始 |
| 窓口の名称 | | 市川市高齢者サポートセンター南行徳第一 |
| 電話番号 | | 047-359-6660 |
| 対応している時間 | 平日 | 08:45-17:15 |
| | 土曜 | なし |
| | 日曜・祝日 | なし |
| 定休日 | | 土日、祝日、年末年始 |

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

| | | |
|-----------------------------|------|---|
| 損害賠償責任保険の加入状況 | ① あり | (その内容) 「福祉事業者総合賠償責任保険」に加入 |
| | 2 なし | |
| サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応 | ① あり | <ul style="list-style-type: none"> ・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 なし | |
| 事故対応およびその予防のための指針 | ① あり | 2 なし |

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

| | | | |
|----------------------------------|-------|-----------|-----------|
| 利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況 | ① あり | 実施日 | 毎年12月頃 |
| | | 結果の開示 | ① あり 2 なし |
| | 2 なし | | |
| 第三者による評価の実施状況 | 1 あり | 実施日 | |
| | | 評価機関名称 | |
| | 結果の開示 | 1 あり 2 なし | |
| | ② なし | | |

9. 入居希望者への事前の情報開示

| | |
|----------|----------------------|
| 入居契約書の雛型 | 1 入居希望者に公開 |
| | ② 入居希望者に交付 (交付希望者のみ) |
| | 3 公開していない |
| 管理規程 | 1 入居希望者に公開 |
| | ② 入居希望者に交付 (交付希望者のみ) |
| | 3 公開していない |
| 事業収支計画書 | 1 入居希望者に公開 |
| | 2 入居希望者に交付 |
| | ③ 公開していない |
| 財務諸表の要旨 | 1 入居希望者に公開 |
| | ② 入居希望者に交付 (交付希望者のみ) |
| | 3 公開していない |
| 財務諸表の原本 | 1 入居希望者に公開 |
| | 2 入居希望者に交付 |
| | ③ 公開していない |

10. その他

| | | |
|--|--|---|
| 運営懇談会 | ① あり (開催頻度) 年1回 | |
| | 2 なし | |
| | 1 代替措置あり (内容) | |
| | 2 代替措置なし | |
| 提携ホームへの移行 【表示事項】 | 1 あり (提携ホーム名:) ② なし | |
| 有料老人ホーム設置時の老人福祉法 第29条第1項に規定する届出 | ① あり 2 なし 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第23条の規定により、届出が不要 | |
| 高齢者の居住の安定確保に関する法律 第5条第1項に規定するサービス 付き高齢者向け住宅の登録 | 1 あり ② なし | |
| 有料老人ホーム設置運営指導指針 「規模及び構造設備」に合致しない事 項 | ① あり 2 なし (1) 二 介護居室及び一時介護室は次によること。 イ 個室とすることとし、1室当たりの床面積は18.0㎡(収納スペース、 トイレ及び洗面設備等を除いた有効面積は13.2㎡)以上とすること。 | |
| | 合致しない事項がある場合の 内容 | 介護居室の床面積は17.1㎡。(開設当時(2002年12月2日施行)の設置運 営指導指針に適合) |
| | 「既存建築物等の活用の場合等 の特例」への適合性 | 1 適合している(代替措置) 2 適合している(将来の改善計画) 3 適合していない |
| 有料老人ホーム設置運営指導指針の 不適合事項 | | |
| 不適合事項がある場合の内容 | | |

添付書類： (別添1) 事業主体が都道府県内で実施する介護サービス
(別添2) 個別選択による介護サービス一覧表

重要事項説明書及びその添付書類の各
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 _____ 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

(別添1) 事業主体が都道府県内で実施する介護サービス

| 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 | 6 | こち西船橋ケアステーション | 千葉県船橋市印内3-4-18 |
| 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 | 8 | まどか本八幡 | 千葉県市川市南八幡2-19-14 |
| 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 | なし | | |
| 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 | なし | | |
| 居宅介護支援 | 1 | ベネッセ介護センター本八幡 | 千葉県市川市南八幡4-8-9 ニューグリーンビル501号室 |
| ＜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 | 7 | まどか本八幡 | 千葉県市川市南八幡2-19-14 |
| 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 | なし | | |
| 介護予防支援 | なし | | |
| ＜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 | | |

(別添2) 個別選択による介護サービス一覧表

《介護サービス等の一覧表》 (まどか03) 20101

※ 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) 認定結果 | | 自立 | | 要支援 1 | | 要支援 2 | |
|------------------|------------------|-------------|------------|------------|---------|------------|-----------|
| | | 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) |
| | | 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※ | ◎ | ○(週3回目以降) | ◎ | ○(週3回目以降) | ◎ |
| | | 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) |
| | ／通院 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／ ナースコール | | ◎ | | ◎ | | ◎ |
| | 生活サービス | 家事 | 清掃 (週 2 回) | ◎ | | ◎ | |
| 洗濯 (必要に応じ) | | | ◎ | | ◎ | | ◎ |
| 理美容 | | | △ | | △ | | |
| 買物代行 | | ◎(週 1 回定期) | ○ | ◎(週 1 回定期) | ○ | ◎(週 1 回定期) | |
| 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。利用者個別のご希望により、週 3 回以上の入浴介助・清拭を行う場合、3 回目以降は別途料金をお支払いいただきます。

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） 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 ／必要により 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 ／必要により 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※ | ◎ | ○（週3回目以降） | ◎ | ○（週3回目以降） | ◎ | ○（週3回目以降） |
| | | 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 ／必要により 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 ／必要により 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 ／必要により 直接介助） | | ◎ （主に直接介助） | |
| | 通院 ／ 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/ ナースコール | ◎ | | ◎ | | ◎ | | |
| 生活サービス | 家事 | 清掃（週 2 回） | ◎ | | ◎ | | ◎ | |
| | | 洗濯（必要に応じ） | ◎ | | ◎ | | ◎ | |
| | 理美容 | | △ | | △ | | △ | |
| | 買物代行 | ◎（週 1 回定期） | ○ | ◎（週 1 回定期） | ○ | ◎（週 1 回定期） | ○ | |
| | 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。利用者個別のご希望により、週 3 回以上の入浴介助・清拭を行う場合、3 回目以降は別途料金をお支払いいただきます。

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） 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※ | ◎ | ○（週3回目以降） | ◎ | ○（週3回目以降） |
| | | 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 ／ 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／ ナースコール | ◎ | | ◎ | |
| | 生活サービス | 家事 | 清掃（週 2 回） | ◎ | | ◎ |
| 洗濯 （必要に応じ） | | | ◎ | | ◎ | |
| 理美容 | | | △ | | △ | |
| 買物代行 | | ◎（週 1 回定期） | ○ | ◎（週 1 回定期） | ○ | |
| 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。利用者個別のご希望により、週 3 回以上の入浴介助・清拭を行う場合、3 回目以降は別途料金をお支払いいただきます。

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 》 M04 ⑩

(税込)

| No. | 項目 | 内容/基準 | 単価 |
|-----|--|---------------------------------|---------------|
| 1 | <p>ご家族等の利用者居室での宿泊 (※)</p> <p>※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限り、ご利用いただけます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用開始時 ・終末期の看取り時 <p>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>*施設・設備利用料です (寝具・リネン類はホームにてご用意します)</p> <p>*食事は含まれません</p> <p>*前日までの申込みが必要です (ご利用者の急な体調変化に伴う付き添い希望の場合等はお相談ください)</p> | <p>1泊2日 1名あたり</p> | <p>1,100円</p> |
| 2 | <p>ご家族等への食事の提供</p> <p>*1週間前までの申込みが必要です</p> <p>*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> | <p>朝食</p> | <p>440円</p> |
| | | <p>昼食</p> | <p>550円</p> |
| | | <p>夕食</p> | <p>880円</p> |
| | | <p>おやつ</p> | <p>110円</p> |
| 3 | <p>外出時の同行</p> <p>*1週間前までの申込みが必要です</p> | <p>1時間あたり</p> | <p>1,650円</p> |
| | | <p>別途、往復の交通費の実費をご負担いただきます</p> | |
| 4 | <p>各種手続き代行</p> <p>*事前の申込みが必要です</p> | <p>1時間あたり</p> | <p>1,320円</p> |
| | | <p>別途、往復の交通費の実費をご負担いただきます</p> | |
| 5 | <p>買物代行</p> | <p>1回あたり</p> | <p>220円</p> |
| | | <p>ホーム全体で定期的に行うもの (週1回) は無料</p> | |
| 6 | <p>週2回を超える入浴介助</p> <p>*利用者の個別のご希望により、週3回以上の入浴介助を行う場合、3回目以降、右記の料金をご負担いただきます</p> <p>*事前の申込みが必要です</p> | <p>1回あたり</p> | <p>1,650円</p> |

※ 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3～6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。