

重要事項説明書

作成日 2023年07月01日

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 |
| 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二丁目3番1号 新宿モノリスビル |
| 電話番号 / FAX 番号 | 03-6836-1111 / 03-6836-1101 |
| ホームページアドレス | http://www.benesse-style-care.co.jp/ |
| 設立年月日 | 1995年09月07日 |
| 直近の事業収支決算額 ※ | (収益) 126,443 百万円 (費用) 126,919 百万円 (損失) 476 百万円 |
| 会計監査人との契約 | 有 有限責任監査法人トーマツ |
| 他の主な事業 | 介護保険指定事業 (訪問介護、通所介護他)、保育事業 |

※ 原則として、収益は売上高+営業外収益、費用は売上原価+販売費及び一般管理費+営業外費用、損益は経常利益とする。

2 施設概要

| | | |
|-----------------|---|---|
| 施設名 | グランダ葉山 | |
| 所在地 | 〒240-0112 神奈川県三浦郡葉山町堀内503 | |
| 施設の類型及び 表示事項 | 類型 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 介護付 (<input checked="" type="checkbox"/> 一般型 <input type="checkbox"/> 外部サービス利用型) <input type="checkbox"/> 2 住宅型 <input type="checkbox"/> 3 健康型 |
| | 居住の権利形態 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式 |
| | 入居時の要件 (その他の条件) | <input type="checkbox"/> 1 自立 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 3 要支援・要介護 <input checked="" type="checkbox"/> 4 自立・要支援・要介護 () |
| | 介護保険 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 指定介護保険特定施設 (番号 1471100121、指定年月日 2003年12月01日) <input type="checkbox"/> 介護専用型 <input checked="" type="checkbox"/> 混合型 <input type="checkbox"/> 混合型 (外部サービス利用型) <input type="checkbox"/> 地域密着型 <input type="checkbox"/> 介護予防 <input type="checkbox"/> 介護予防 (外部サービス利用型) <input type="checkbox"/> 2 介護保険在宅サービス利用可 |
| | 居室区分 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室 (夫婦等居室含む) <input type="checkbox"/> 2 相部屋あり |
| | 提携ホームの利用 等 | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 1 提携ホーム利用可 () <input type="checkbox"/> 2 提携ホーム移行型 () |
| 開設年月日 | 2003年12月01日 (前運営者による開設は2003年8月) | |
| 管理者氏名 | 渡邊 賢 | |
| 電話番号 / FAX 番号 | 046-877-1005 / 046-877-1006 | |
| メールアドレス | - | |
| 交通の便 | JR横須賀線「逗子駅」東口よりバス約18分、京浜急行逗子線「逗子・葉山駅」からバス約16分「元町」バス停下車、徒歩3分 (約240m) | |
| ホームページアドレス | http://www.benesse-style-care.co.jp/ | |

| | | | | | | |
|---------------------|---|------------------------------|--|--|--|----|
| 敷地概要※ | 権利形態 <input type="checkbox"/> 所有 <input type="checkbox"/> 借地 (借地の場合の契約形態) <input type="checkbox"/> 通常借地契約 <input type="checkbox"/> 定期借地契約 (借地の場合の契約期間) (通常借地契約における自動更新条項の有無) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 敷地面積 1806.60 m ² 抵当権の設定 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | | | | | |
| 建物概要 | 権利形態 <input checked="" type="checkbox"/> 所有 <input type="checkbox"/> 借家 (借家の場合の契約形態) <input type="checkbox"/> 通常借家契約 <input type="checkbox"/> 定期借家契約 (借家の場合の契約期間) (通常借家契約における自動更新条項の有無) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 建物の構造 鉄筋コンクリート造 地上3階建 1棟 (耐火建築物) 延床面積 1855.00 m ² (うち、有料老人ホーム 1855.00 m ²) 建築年月日 1993年09月建築 改築年月日 改築 建築確認時の主要用途 <input checked="" type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> その他() 抵当権の設定 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | | | | | |
| 居室概要 (内訳) | 居室総数 18室 定員 29人(一時介護室を除く) <input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室(夫婦等居室含む) <input type="checkbox"/> 2 相部屋あり | | | | | |
| | | 定員 | トイレ | 浴室 | 面積 | 室数 |
| | Aタイプ | 1人 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 16.6 m ² | 7室 |
| | B1タイプ | 2人 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 28.8 m ² | 1室 |
| | B1タイプ | 2人 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 35.7 m ² | 1室 |
| | B2タイプ | 2人 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 26.2 m ² | 1室 |
| | B3タイプ | 2人 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 39.1 m ² | 8室 |
| 共用施設概要 | 食堂(機能訓練室と兼用) | | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 設置階 3階 | (122.1 m ²) | |
| | 浴室 | 一般浴槽 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 設置階 1階・2階 | () | |
| | | チェアー浴 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 設置階 | () | |
| | | リフト浴 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 設置階 | () | |
| | | ストレッチャー浴 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 設置階 2階 | () | |
| | 便所 | | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 設置箇所 | 各居室内、共用3箇所 | |
| | 洗面設備 | | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 設置箇所 | 各居室内、共用3箇所 | |
| | 健康管理室(事務室と兼用) | | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 設置階 1階 | (23.2 m ²) | |
| | 談話室/応接室/面談室 | | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 設置階 1階 | (27 m ²) | |
| | 多目的室 | | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 設置階 | () | |
| | 応接室/面談室/相談室 | | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 設置階 | () | |
| | 事務室(健康管理室と兼用) | | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 設置階 1階 | (23.2 m ²) | |
| | 洗濯室 | | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 設置階 2階 | () | |
| | 個人洗濯室 | | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 設置階 | () | |
| | 汚物処理室 | | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 設置階 1階 | () | |
| | 看護・介護職員室 | | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 設置階 1階 | () | |
| | 機能訓練室(食堂と兼用) | | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 設置階 3階 | (122.1 m ²) | |
| | 健康・生きがい施設 | | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 設置階 無し | () | |
| | 緊急通報装置 | | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | |
| | エレベーター | | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 1基(ストレッチャー搬入可) | 0基 | |
| 居室のある区域の廊下幅 | | 両手すり設置後の有効幅員 片廊下 (1.5m) | | | | |
| 消防設備概要 | 消火器 | | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 自動火災報知設備 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | |
| | 火災通報設備 | | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | スプリンクラー | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | |
| | 防火管理者 | | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 防災計画 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | |
| 危険区域の指定状況 | 1 無 | | | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 2 有 指定されている危険区域 <input checked="" type="checkbox"/> 1 水害 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 2 土砂災害 ・ 3 その他() | | | | | |
| 同一敷地内の併設施設又は事業所等の概要 | 無し | | | | | |

※ 借地契約を締結していない場合は、敷地面積のみ記入する。

3 利用料概要

(1) 料金プラン

| 支払方式 | | <input type="checkbox"/> 前払い方式 <input type="checkbox"/> 月払い方式 <input checked="" type="checkbox"/> 選択方式 | | | | | | |
|---------------------|------------|--|---------|------|--------|------|---------|-----|
| 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。 ※月額支払型契約をご選択いただいた場合、(月額支払型契約の家賃相当額)×6ヵ月の額または500万円を上限とした額を敷金としてお預かりします。 | | | | | | |
| 金額 | | 1,425,000～3,043,800円 (非課税) ※保全対象外 ※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。 | | | | | | |
| プラン名 | 入居金(円) | 月額利用料(円) | 内訳(円) | | | | | |
| | | | 管理費 | 介護費用 | 食費 | 光熱水費 | 家賃相当額 | その他 |
| Aタイプ 入居金型契約 | 9,500,000 | 231,510 | 152,350 | 0 | 29,160 | — | 50,000 | — |
| B1タイプ 入居金型契約(1名利用) | 12,000,000 | 304,510 | 185,350 | 0 | 29,160 | — | 90,000 | — |
| B1タイプ 入居金型契約(2名利用) | 12,000,000 | 411,770 | 263,450 | 0 | 58,320 | — | 90,000 | — |
| B2タイプ 入居金型契約(1名利用) | 14,500,000 | 304,510 | 185,350 | 0 | 29,160 | — | 90,000 | — |
| B2タイプ 入居金型契約(2名利用) | 14,500,000 | 411,770 | 263,450 | 0 | 58,320 | — | 90,000 | — |
| B3タイプ 入居金型契約(1名利用) | 19,500,000 | 334,510 | 185,350 | 0 | 29,160 | — | 120,000 | — |
| B3タイプ 入居金型契約(2名利用) | 19,500,000 | 441,770 | 263,450 | 0 | 58,320 | — | 120,000 | — |
| Aタイプ 月額支払型契約 | 0 | 419,010 | 152,350 | 0 | 29,160 | — | 237,500 | — |
| B1タイプ 月額支払型契約(1名利用) | 0 | 545,110 | 185,350 | 0 | 29,160 | — | 330,600 | — |
| B1タイプ 月額支払型契約(2名利用) | 0 | 652,370 | 263,450 | 0 | 58,320 | — | 330,600 | — |
| B2タイプ 月額支払型契約(1名利用) | 0 | 592,610 | 185,350 | 0 | 29,160 | — | 378,100 | — |
| B2タイプ 月額支払型契約(2名利用) | 0 | 699,870 | 263,450 | 0 | 58,320 | — | 378,100 | — |
| B3タイプ 月額支払型契約(1名利用) | 0 | 721,810 | 185,350 | 0 | 29,160 | — | 507,300 | — |
| B3タイプ 月額支払型契約(2名利用) | 0 | 829,070 | 263,450 | 0 | 58,320 | — | 507,300 | — |
| 月額利用料の算定根拠 | 家賃相当額 | 【入居金型の家賃相当額】 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。 【月額支払型の家賃相当額】 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。 | | | | | | |
| | 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 | なし ※介護保険サービスの自己負担額は含まれていません。 | | | | | | |
| | 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しません。 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 | 管理費に含まれます。 | | | | | | |
| | その他 | なし | | | | | | |

| | |
|---------------------|---|
| 前払金 (介護費用の前払金除く) | 1 法第 29 条第 6 項に規定される前払い金 9,500,000 円～19,500,000 円(標準入居金) 2 上記以外の一時金 円 ～ 円 |
| 想定居住期間又は償却期間 | 60 ヶ月 |
| 算定根拠 | <p>【入居金】 ・入居金は居室および共用施設の家賃相当額です。 ※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。 ※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。 ※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。 ※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。 <入居金の算定方法> 入居金は、以下の算定式に則って算定しております。 ①入居金(家賃相当額) =②1 か月分の家賃相当額×③想定居住期間*1 +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 *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。 *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の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 ① 9,500,000 円 ② (1 ヶ月目) 110,853 円 ② (2 ヶ月目～60 ヶ月目) 110,833 円 ③ 60 ヶ月 ④ (①×30%) 2,850,000 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。 <75 歳以上の方>標準入居金を適用します。 <75 歳未満の方>標準入居金に、以下の金額を加算した金額を適用します。 ◇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> |
| 償却開始日 | 利用開始日 |
| 返還対象としない額 | 2,850,000～5,850,000 円 |
| 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 |
| 契約終了時の返還金の算定方法 | <p>・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) 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。 ※「利用開始時償却額」は返還対象外となります。 ・「利用開始時償却額」以外に入居金は、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。) *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。 *2 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。</p> <p>・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) 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。 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、金融機関口座への振込みにより利用者に返還します。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。 また、追加の入居金を支払う必要もありません。 ※「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> |

| | |
|---------------|---|
| 短期解約の返還金の算定方式 | 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」をお支払いただきます。（この家賃相当額は、月額施設利用料に含まれる家賃相当額とは別にお支払いいただくものです。） |
| 返還期限 | 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、金融機関口座への振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、保証人の指定する金融機関口座に返還金を振込むことで返還します。 |
| 保全措置 | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 保全措置の内容 (銀行保証) 無の場合の理由 |
| その他留意事項 | 入居金は非課税です。 |

(2) 月額利用料の取扱い

| | |
|---------|---|
| 支払日 | 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金融機関口座（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。 |
| 支払方法 | ※26日が金融機関の休業日の場合は翌営業日 ※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） ※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。 ※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ヶ月間は金融機関口座へのお振込みとなります。 |
| その他留意事項 | 家賃相当額は非課税、それ以外は消費税対象となります。 *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。 |

(3) 契約解約手続き

| | | |
|----------------|---------------------|---|
| 事業主体から解約を求める場合 | 条件 手続き | <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 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 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 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 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"> ・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 ・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 ・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 <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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者が死亡したとき |
| | 解約予告期間 | 3ヶ月 |
| 入居者からの解約予告期間 | 1ヶ月（入居金型契約の場合はいつでも） | |

(4) その他共通事項

| | | |
|----------------------------|---|---|
| 利用料の改定 | 条件 | <ul style="list-style-type: none"> ・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観点から、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。 ・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。 |
| | 手続き | |
| 入院等による不在時における利用料金(月払い)の取扱い | <p>① 減額なし（食材費・介護保険給付費以外の利用料）</p> <p>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）</p> <p>③ 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額</p> | |

| | | | |
|----------------|-------------------------|---|------|
| 消費税の対象外とする利用料等 | 入居金、敷金、家賃相当額、介護保険に係る利用料 | | |
| 体験入居の取扱い | 1 無 | | |
| | 2 有 | 期間 | 6泊7日 |
| | 費用 | 77,000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。 | |

4 サービスの内容
(1) 全体の方針

| | | | |
|---|---|-----------------------|--|
| 運営に関する方針 | その方らしさに、深く寄りそう。 ご利用者が「ご自分らしく生きること」を大切にしています。その方がどのような人生を歩まれ、何を望まれ、どのようなこだわりをお持ちなのか、心のありかを考えて、サービスのあり方を考えます。ご利用者が生きがいを感じながらホームでお過ごしいただくため、またご家族に安心してホームにおまかせいただくために、その方が持つ能力を最大限にいかしたサービスの提供を目指してまいります。 | | |
| サービスの提供内容の特色 | お一人おひとりが望まれることを、できる限りかなえてさしあげられるために、最大限の努力をすることをこだわりとしています。おもてなしの心を持ったスタッフが、ホームで豊かな時間を過ごしていただくお手伝いをいたします。グラニー&グランダのホーム名は、英語で親しみを込めた言葉からきており、グラニーは“ばーば”、グランダは“じーじ”という意味で、楽しく生活していただけるよう心がけています。 | | |
| サービス提供の状況※ | | | |
| 入浴、排せつ又は食事の介助 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | 健康管理の供与 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 |
| 食事の提供 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | 安否確認又は状況把握サービス | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 |
| 洗濯、掃除等の家事の供与 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | 生活相談サービス | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 |
| 月額利用料(介護費用、光熱水費、家賃相当額を除く)に含まれるサービスの内容・頻度等 | 管理費 | 施設の維持・管理費、水光熱費、厨房運営費等 | |
| | 食費 | 1日3食および茶菓子の提供 | |
| | その他 | なし | |
| 業務の委託状況 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | 給食業務：株式会社LEOC | |
| 安否確認の方法・頻度等 | 1日1回以上実施(定期的な巡回や介護サービス提供時) | | |
| サービスの提供に伴う事故等が発生した場合の損害賠償保険等への加入 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | 福祉事業者総合賠償責任保険 | |

※ 各サービスの詳細は別添1「介護サービス等の一覧」を参照してください。

(2) 介護を行う場所等

| | | |
|------------------------|--|--|
| 要介護時(認知症を含む)に介護を行う場所 | 各居室 | |
| 入居後に居室又は施設を 住み替える場合 | 居室から一時介護室へ移る場合(判断基準・手続、追加費用の要否、居室利用権の取扱い等) | |
| | 従前の居室から別の居室へ住み替える場合(同上) | |
| | 提携ホームへ住み替える場合(同上) | |

(3) 医療の提供状況等

| | | |
|------------------------|---|--|
| 協力医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容 | 名称 | 医療法人潮かぜ会 秋谷潮かぜ診療所 |
| | 診療科目 | 内科 |
| | 所在地 | 神奈川県横須賀市秋谷 4430 2F |
| | 距離及び所要時間 | 約 5.0km（自動車で約 11 分） |
| | 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） |
| 協力医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容 | 名称 | 医療法人 徳州会 葉山ハートセンター |
| | 診療科目 | 循環器内科、心臓血管外科、麻酔科、外科、内科、リハビリテーション科、美容外科、形成外科、消化器内科、放射線科、腎臓内科、脳神経外科、救急科、リハビリテーション科、心療内科、精神科 |
| | 所在地 | 神奈川県三浦郡葉山町下山口 1898-1 |
| | 距離及び所要時間 | 約 3.2km（自動車で約 7 分） |
| | 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） |
| 協力医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容 | 名称 | 医療法人リファインネット 横須賀南クリニック |
| | 診療科目 | 内科 |
| | 所在地 | 神奈川県横須賀市根岸町 1-9-9 |
| | 距離及び所要時間 | 約 12.6km（自動車で約 36 分） |
| | 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） |
| 入居者が医療を要する場合の対応※ | <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 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。 ※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。 | |

※ 入居者の意思確認、医師の判断、医療機関の選定、費用負担、長期に入院する場合の対応等。

5 職員体制
 (1) 職種別の職員数等

この項目の情報は、2023年7月1日時点の情報です。

| | | 職員数 | | 常勤換算 人数 | 夜間勤務職員数 (19時00分～翌07時30分) (最少人数) | 備考(兼務・委託等) |
|--------|---------|-----|-----|------------|---------------------------------------|------------|
| | | 常勤 | 非常勤 | | | |
| 従業者の内訳 | 管理者 | 1 | 0 | 1.0 | | |
| | 生活相談員 | 3 | 0 | 1.0 | | 介護職員 |
| | 介護職員 | 11 | 3 | 12.3 | | 1 生活相談員 |
| | 看護職員 | 1 | 1 | 1.6 | | |
| | 機能訓練指導員 | 0 | 1 | | | |
| | 理学療法士 | 0 | 0 | | | |
| | 作業療法士 | 0 | 1 | | | |
| | 言語聴覚士 | 0 | 0 | | | |
| | その他 | 0 | 0 | | | |
| | 計画作成担当者 | 0 | 1 | | | |
| | 栄養士 | | | | | 外部委託 |
| | 調理員 | | | | | 外部委託 |
| | 事務職員 | 0 | 2 | | | |
| その他職員 | 0 | 0 | | | | |
| 合計 | | 16 | 8 | | 1 | |

(2) 職員の状況

| | | | | | | | | | | |
|--|----------|-----------|----|-------|----|---------|----|---------|----|-----|
| 管理者 | 他の職務との兼務 | 1 あり 2 なし | | | | | | | | |
| | 資格等 | 1 あり | | | | | | | | |
| | 資格等の名称 | 介護職員初任者研修 | | | | | | | | |
| | | 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 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 前年度1年間の退職者数 | 0 | 0 | 5 | 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 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 1年以上 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| | 3年未満 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 3年以上 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 5年未満 | 0 | 0 | 5 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | 5年以上 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 10年未満 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 10年以上 | | | | | | | | | | |
| 従業者の健康診断の実施状況 | | 1 あり 2 なし | | | | | | | | |

(3) 介護職員の保健福祉に係る資格取得状況

| | | | |
|---------|----|---------------|----|
| 社会福祉士 | 0人 | 介護福祉士実務者研修修了者 | 0人 |
| 介護福祉士 | 9人 | 介護職員初任者研修修了者 | 5人 |
| 介護支援専門員 | 0人 | 資格なし | 0人 |

6 入居状況

この項目の情報は、2023年7月の情報です。

| | | | |
|----------|---------------------------|---|--------|
| 入居者数及び定員 | 19人 (定員 29人) | | |
| 入居者内訳 | 性別 | 男性 4人 | 女性 15人 |
| | 介護の要否別 | 自立 0人 要介護 16人 要介護1 3人 要介護2 3人 要介護3 3人 要介護4 4人 要介護5 3人 要支援 3人 要支援1 2人 要支援2 1人 未認定 0人 | |
| 平均年齢 | 91.3歳 (男性 93.8歳 女性 90.6歳) | | |

注) 介護の要否別及び平均年齢については、入居者数が少ない等の状況により、個人が特定される場合には、プライバシー保護の観点から記入する必要はない。

7 退去者状況等

この項目の情報は、2023年7月の情報です。

| | | |
|----------------------------|----------|----|
| 退去者別の人数 (前年度における退去者の状況) | 自宅等 | 0人 |
| | 社会福祉施設 | 0人 |
| | 医療機関 | 0人 |
| | 死亡者 | 2人 |
| | その他 | 0人 |
| 生前解約の状況 (前年度における退去者の状況) | 施設側の申し出 | 0人 |
| | 入居者側の申し出 | 0人 |

8 その他運営体制

| | | |
|--|--|--------------------------|
| 運営懇談会の実施状況 | 1 無 | |
| | ② 有 | 1 代替措置あり () ② 代替措置なし |
| 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 |
| 苦情解決の体制 (相談、責任者、連絡先、第三者機関の連絡先等) | ・当ホーム内：ホーム長 046-877-1005 ・(株)ベネッセスタイルケア ご意見受付窓口 0120-251-662 (平日 09:30-18:00 定休日 土日、祝日、年末年始) ・葉山町 福祉課 046-876-1111 ・神奈川県 福祉子どもみらい局 高齢福祉課 045-210-1111(代表番号) (平日 09:00-17:00 定休日 土日、祝日、年末年始) ・神奈川県国民健康保険団体連合会 045-329-3447 ・神奈川県鎌倉保健福祉事務所 0467-24-3900(代表番号) | |
| 事故発生時の対応 (医療機関等との連携、家族等への連絡方法・説明等) | ・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。 | |
| 生活保護受給者の受入れ対応 | <input checked="" type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 可 | |

| | | |
|--|---|-------------|
| 身元引き受け人等の条件及び義務等 | <ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・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> | |
| 公益社団法人全国有料老人ホーム協会及び同協会の入居者生活保証制度への加入状況 | 協会への加入 | ■無 □有 |
| | 入居者基金への加入 | ■無 □有 |
| 利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組みの状況 | 有 | 実施日 毎年12月頃 |
| | | 結果の開示 □無 ■有 |
| 第三者による評価の実施状況 | 無 | |
| 看取りの対応 | 利用者や利用者のご希望に応じ、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。 | |

9 情報開示

| | | |
|--------------|------------|------------------------|
| 入居希望者等への情報開示 | 重要事項説明書の公開 | ■公開 (□閲覧 ■写し交付) □非公開 |
| | 入居契約書の公開 | ■公開 (□閲覧 ■写し交付) □非公開 |
| | 管理規程の公開 | ■公開 (□閲覧 ■写し交付) □非公開 |
| | 財務諸表の公開 | ■公開 (■閲覧 □写し交付) □非公開 |
| | 事業収支計画の公開 | □公開 (□閲覧 □写し交付) ■非公開 |

添付書類：(別添)「介護保険サービスに関する給付体制等の一覧表」(介護付の場合のみ)

(別添1) 介護サービス等の一覧表・有料サービス一覧表

(別添2) 「短期利用のサービス等の概要」(設定がある場合のみ)

(別添3) 「神奈川県有料老人ホーム設置運営指導指針 適合表」

| | |
|---|---|
| <p>重要事項説明書及び添付書類の各項目について説明を受け、理解しました。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>利用者署名① _____ 印</p> <p>利用者署名② _____ 印</p> <p>保証人署名 _____ 印</p> | <p>説明者職・氏名</p> <p>職 _____</p> <p>氏名 _____ 印</p> |
|---|---|

介護保険サービスに関する給付体制等の一覧表

1 給付体制等の概要

| 介護保険施設種別 | <input type="checkbox"/> 1 介護専用型 <input checked="" type="checkbox"/> 2 混合型 <input type="checkbox"/> 3 混合型 (外部サービス利用型) <input type="checkbox"/> 4 地域密着型 <input type="checkbox"/> 5 介護予防 <input type="checkbox"/> 6 介護予防 (外部サービス利用型) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---------|-----------------|-----------------|------|----------|---------|------|----------|---------|------|----------|---------|------|----------|---------|------|----------|---------|-------------|--|------------|--|-------------|---|------------------------------|------------|---|------------------------------|----------|--|----------|--|---------------|--|----------|--|------------|--|----------------|--|------------|--|-----------|---|------------------------------|-----------------|---|------------------------------|---|------------------|--|-------------|--|------------|--|----------------------------|----------------------------|---------------|---|---------------------------------------|------------------|--|
| 介護保険に係る利用料 (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が自己負担) | <p>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。</p> <p>※「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（Ⅰ）（12単位/日）」「生活機能向上連携加算（Ⅱ）（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（Ⅰ）（22単位/日）」「入居継続支援加算（Ⅰ）（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（Ⅰ）」「ADL維持等加算（Ⅱ）（60単位/月）」「科学的介護推進体制加算」「介護職員等ベースアップ等支援加算」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。</p> <p>「看取り介護加算」「退院・退所時連携加算」「個別機能訓練加算（Ⅱ）」「口腔・栄養スクリーニング加算」は含まれていません。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>※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。</p> <p style="text-align: center;">特定施設入居者生活介護</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>月額</th> <th>自己負担額 (1割負担の場合)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要介護1</td> <td>208,296円</td> <td>20,830円</td> </tr> <tr> <td>要介護2</td> <td>230,972円</td> <td>23,098円</td> </tr> <tr> <td>要介護3</td> <td>255,014円</td> <td>25,502円</td> </tr> <tr> <td>要介護4</td> <td>277,002円</td> <td>27,701円</td> </tr> <tr> <td>要介護5</td> <td>300,705円</td> <td>30,071円</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">各種加算の状況</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">身体拘束廃止取組の有無</th> <th style="width: 50%;">減算型 <input type="checkbox"/> 基準型 <input checked="" type="checkbox"/></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>退院・退所時連携加算</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">入居継続支援加算 *1</td> <td><input type="checkbox"/>有 <input checked="" type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/> (Ⅰ)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> (Ⅱ)</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">生活機能向上連携加算</td> <td><input type="checkbox"/>有 <input checked="" type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/> (Ⅰ)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> (Ⅱ)</td> </tr> <tr> <td>個別機能訓練加算</td> <td><input type="checkbox"/>有 <input checked="" type="checkbox"/>無</td> </tr> <tr> <td>夜間看護体制加算</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> </tr> <tr> <td>若年性認知症入居者受入加算</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> </tr> <tr> <td>医療機関連携加算</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> </tr> <tr> <td>口腔衛生管理体制加算</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> </tr> <tr> <td>口腔・栄養スクリーニング加算</td> <td><input type="checkbox"/>有 <input checked="" type="checkbox"/>無</td> </tr> <tr> <td>看取り介護加算 *2</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">認知症専門ケア加算</td> <td><input type="checkbox"/>有 <input checked="" type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/> (Ⅰ)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> (Ⅱ)</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">サービス提供体制強化加算 *1</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/> (Ⅰ)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> (Ⅱ)</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> (Ⅲ)</td> </tr> <tr> <td>ADL維持等加算 (申出)の有無</td> <td><input type="checkbox"/>有 <input checked="" type="checkbox"/>無</td> </tr> <tr> <td>科学的介護推進体制加算</td> <td><input type="checkbox"/>有 <input checked="" type="checkbox"/>無</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">介護職員処遇改善加算</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 <input checked="" type="checkbox"/>Ⅰ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>Ⅱ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>Ⅲ</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">介護職員等特定処遇改善加算</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>Ⅰ</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/>Ⅱ</td> </tr> <tr> <td>介護職員等ベースアップ等支援加算</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> </tr> </tbody> </table> | | 月額 | 自己負担額 (1割負担の場合) | 要介護1 | 208,296円 | 20,830円 | 要介護2 | 230,972円 | 23,098円 | 要介護3 | 255,014円 | 25,502円 | 要介護4 | 277,002円 | 27,701円 | 要介護5 | 300,705円 | 30,071円 | 身体拘束廃止取組の有無 | 減算型 <input type="checkbox"/> 基準型 <input checked="" type="checkbox"/> | 退院・退所時連携加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 入居継続支援加算 *1 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (Ⅰ) | <input type="checkbox"/> (Ⅱ) | 生活機能向上連携加算 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (Ⅰ) | <input type="checkbox"/> (Ⅱ) | 個別機能訓練加算 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 夜間看護体制加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 若年性認知症入居者受入加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 医療機関連携加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 口腔衛生管理体制加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 口腔・栄養スクリーニング加算 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 看取り介護加算 *2 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 認知症専門ケア加算 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (Ⅰ) | <input type="checkbox"/> (Ⅱ) | サービス提供体制強化加算 *1 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (Ⅰ) | <input type="checkbox"/> (Ⅱ) | <input checked="" type="checkbox"/> (Ⅲ) | ADL維持等加算 (申出)の有無 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 科学的介護推進体制加算 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 介護職員処遇改善加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> Ⅰ | <input type="checkbox"/> Ⅱ | <input type="checkbox"/> Ⅲ | 介護職員等特定処遇改善加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> Ⅰ | <input checked="" type="checkbox"/> Ⅱ | 介護職員等ベースアップ等支援加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | | 月額 | 自己負担額 (1割負担の場合) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護1 | 208,296円 | 20,830円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護2 | 230,972円 | 23,098円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護3 | 255,014円 | 25,502円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護4 | 277,002円 | 27,701円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護5 | 300,705円 | 30,071円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 身体拘束廃止取組の有無 | 減算型 <input type="checkbox"/> 基準型 <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 退院・退所時連携加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入居継続支援加算 *1 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (Ⅰ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> (Ⅱ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生活機能向上連携加算 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (Ⅰ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> (Ⅱ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個別機能訓練加算 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 夜間看護体制加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 若年性認知症入居者受入加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関連携加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口腔衛生管理体制加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 看取り介護加算 *2 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認知症専門ケア加算 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (Ⅰ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> (Ⅱ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービス提供体制強化加算 *1 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (Ⅰ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> (Ⅱ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> (Ⅲ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ADL維持等加算 (申出)の有無 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 科学的介護推進体制加算 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護職員処遇改善加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> Ⅰ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Ⅱ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Ⅲ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護職員等特定処遇改善加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> Ⅰ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Ⅱ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護職員等ベースアップ等支援加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

- *1 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。
- *2 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いたします。したがって、看取りの対応にしましては、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いたします。

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（Ⅰ）（12単位／日）」「生活機能向上連携加算（Ⅱ）（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（Ⅰ）（22単位／日）」「入居継続支援加算（Ⅰ）（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（Ⅰ）」「ADL維持等加算（Ⅱ）（60単位／月）」「科学的介護推進体制加算」「介護職員等ベースアップ等支援加算」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（Ⅱ）」「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。

介護予防特定施設入居者生活介護

| | 月額 | 自己負担額 (1割負担の場合) |
|------|----------|-----------------|
| 要支援1 | 77,066円 | 7,707円 |
| 要支援2 | 121,381円 | 12,139円 |

各種加算の状況

| 身体拘束廃止取組の有無 | <input type="checkbox"/> 減算型 | <input checked="" type="checkbox"/> 基準型 |
|------------------|--|---|
| 生活機能向上連携加算 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> Ⅰ <input type="checkbox"/> Ⅱ |
| 個別機能訓練加算 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | |
| 若年性認知症入居者受入加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | |
| 医療機関連携加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | |
| 口腔衛生管理体制加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | |
| 認知症専門ケア加算 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> Ⅰ <input type="checkbox"/> Ⅱ |
| サービス提供体制強化加算 *1 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> Ⅰ <input type="checkbox"/> Ⅱ <input checked="" type="checkbox"/> Ⅲ |
| 科学的介護推進体制加算 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | |
| 介護職員処遇改善加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> Ⅰ <input type="checkbox"/> Ⅱ <input type="checkbox"/> Ⅲ |
| 介護職員等特定処遇改善加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> Ⅰ <input checked="" type="checkbox"/> Ⅱ |
| 介護職員等ベースアップ等支援加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | |

*1 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。

*2 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いたします。したがって、看取りの対応にしましては、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いたします。

介護保険に係る利用料
(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が自己負担)

2 要介護者・要支援者に対する直接処遇職員体制

(特定施設入居者生活介護事業者(介護予防特定施設入居者生活介護を含む)の指定を受けた施設のみ記入。利用者数の「前年度の平均値」及び職員数の「常勤換算方法」等については、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年3月31日厚生省令第37号)等の規定によること)

この項目の情報は、2023年7月1日時点の情報です。

| | 前々年度の平均値 | 前年度の平均値 | 今年度の平均値※3 |
|----------------------------------|---------------------|---|-----------|
| 要支援者の人数 | 3.4 | 4.2 | 3.0 |
| 要介護者の人数 | 14.3 | 15.9 | 16.0 |
| 指定基準上の直接処遇職員の人数※1 | 5.2 | 5.8 | 5.7 |
| 配置している直接処遇職員の人数※2 | 14.1 | 14.0 | 14.2 |
| 要支援者・要介護者の合計数人に対する配置直接処遇職員の人数の割合 | 1.1:1 | 1.3:1 | 1.2:1 |
| 常勤換算の考え方 | 常勤職員が勤務すべき時間数で除して算出 | | |
| 従業者の勤務体制の概要 | 介護職員 | 早番 07:30～16:30 日勤① 08:00～17:00 日勤② 09:30～18:30 遅番 10:00～19:00 夜勤 16:00～翌10:00 | |
| | 看護職員 | 早番 ~ 日勤① 08:00～17:00 日勤② 08:30～17:30 遅番 ~ 夜勤 ~ | |

※1 常勤換算後の人数。 ※2 常勤換算後の人数。自立者対応の人数を除く。

※3 今年度の平均値は作成日の前月までの平均値。

(別添1)

《介護サービス等の一覧表》 (G&G01)

※ 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※1 | ◎ | — | ◎ | | ◎ | |
| | | 清拭※1 | — | — | — | — | — | — |
| | 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 同院 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※2 | | | △ | | △ | | △ | |
| 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 | | | △ | | △ | | △ |

※1 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。

※2 ホーム内のビューティーサロンをご利用の場合は利用料に含まれます。

※ 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※1 | ◎ | | ◎ | | ◎ | | |
| | | 清拭※1 | — | — | — | — | ◎ | | |
| | 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※2 | | △ | | △ | | △ | |
| 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 | | △ | | △ | | △ | | |

※1 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。

※2 ホーム内のビューティーサロンをご利用の場合は利用料に含まれます。

※ 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※1 | ◎ | | ◎ | | |
| | | 清拭※1 | ◎ | | ◎ | | |
| | 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※2 | | | △ | | △ | | |
| 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 | | △ | | △ | | |

※1 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。

※2 ホーム内のビューティーサロンをご利用の場合は利用料に含まれます。

《 有料サービス一覧表 》 G01 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に限り、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。</p> <p>*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</p> | 1泊2日 1名あたり | 1,100円 |
| 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> | 朝食 | 440円 |
| | | 昼食 | 550円 |
| | | 夕食 | 880円 |
| | | おやつ | 110円 |
| 3 | <p>通院等外出時の同行 *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 *記録・報告の時間を含みます *事前の申込みが必要です</p> | 1時間あたり | 1,100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。

ホーム名: グランダ葉山

神奈川県有料老人ホーム設置運営指導指針 適合表

(本表は、指導指針の「建物の規模及び構造設備」の主な項目について、適合の有無を確認するものです。)

| No. | 指針項目 | 設備の有無 | 適合・不適合 | 不適合となっている項目についてチェック | 備考(代替措置・改善計画等) |
|-----|----------------|-------|--------|---|------------------|
| 1 | 居室 (一時介護室) | | 適合 | <input type="checkbox"/> 個室ではない(相部屋がある)。 <input type="checkbox"/> 面積が13㎡以上(夫婦等居室は一人当たり10.65㎡以上)ない。 <input type="checkbox"/> 界壁で区分されていない。 | |
| 2 | 食堂 | 有 | 適合 | <input type="checkbox"/> 機能を十分に発揮し得る適当な広さを有していない。 | |
| 3 | 浴室 | 有 | 適合 | (居室内に設置していない場合) <input type="checkbox"/> 全ての入居者が利用できる適当な規模・数を設けていない。 (要介護者等を入居対象とする場合) <input type="checkbox"/> 身体の不自由な者が使用するのに適していない。 | |
| 4 | 便所 | 有 | 適合 | <input type="checkbox"/> 常夜灯がない。 <input type="checkbox"/> 手すりがない。 (居室内に設置していない場合) <input type="checkbox"/> 居室の近くにない。 <input type="checkbox"/> 全ての入居者が利用できる適当な規模・数を設けていない。 | |
| 5 | 洗面設備 | 有 | 適合 | (居室内に設置していない場合) <input type="checkbox"/> 全ての入居者が利用できる適当な規模・数を設けていない。 | |
| 6 | 汚物処理室 | 有 | 不適合 | <input checked="" type="checkbox"/> 居室のある階ごとに設置していない。 | |
| 7 | 面談室 | 有 | 適合 | <input type="checkbox"/> プライバシーの保護に配慮した構造になっていない。 | |
| 8 | 医務室 (健康管理室) | 有 | | | |
| 9 | 看護・介護職員室 | 有 | | | |
| 10 | 機能訓練室 | 有 | | | |
| 11 | 談話室 | 有 | | | |
| 12 | 洗濯室 | 有 | | | |
| 13 | エレベーター | 有 | | | |
| 14 | スプリンクラー | 有 | | | |
| 15 | 健康・生きがい 施設 | 無 | | | |
| 16 | 緊急通報装置 | 有 | 適合 | (未設置箇所) <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 一時介護室※ <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 脱衣室 <input type="checkbox"/> 便所 | ※一時介護室は設置していません。 |
| 17 | 廊下 | | 不適合 | <input checked="" type="checkbox"/> 廊下幅が1.8m(1.4m※)以上ない。 ※すべての居室が個室で、床面積が18㎡以上であって、かつ、居室内に便所及び洗面設備が設置されている場合は廊下の有効幅員は1.4m以上とすることができる。 | |
| 18 | 居室等の出入口 | | 適合 | <input type="checkbox"/> 引き戸やドアハンドル等を備えていない。 | |

その他(上記項目以外の主な指針不適合事項)

(県の規定1) 利用料等の改定のルールを入居契約書において明らかにしておくとともに、利用料等の改定に当たっては、その根拠を入居者に明確にして同意を得ること。

(当社の規定1) 当社では「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。」と定めております。

(県の規定2) 設置者の契約解除の条件は、原則として次の事由のいずれかに該当し、かつそのことが契約をこれ以上将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合に限定すること。

① 入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき

② 月額の利用料その他の支払いを正当な理由なく一定期間以上連続して遅滞するとき

③ 施設の利用において入居者に禁止又は制限をしている規定に違反し是正しないとき

④ 入居者の行動が他の入居者に危害を及ぼすおそれがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法等ではこれを防止することができないとき

(当社の規定2) 当社では上記4つの事由以外にも事業者からの解約事由を定めております。詳細は「利用契約書」をご参照ください。

(県の規定3) 契約解除の通告に90日程度の十分な予告期間をおくこと。

(当社の規定3) 当社では「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。」と定めております。

※代替措置、改善計画等は、別紙で明記することも可とする。