

## 重要事項説明書

作成日 2024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    | <a href="http://www.benesse-style-care.co.jp/">http://www.benesse-style-care.co.jp/</a> |
| 設立年月日         | 1995年09月07日                                                                             |
| 直近の事業収支決算額※   | (収益) 132,954 百万円 (費用) 131,393 百万円 (損益) 1,560 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           | グランダ鶴間・大和                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 所在地           | 〒242-0001 神奈川県大和市下鶴間二丁目3番41号                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 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 )<br><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<br><input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式                                                                                                                                                                                                                                            |
|               | 入居時の要件<br>(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<br><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<br>(番号 1473000519、指定年月日 2003年12月01日)<br><input type="checkbox"/> 介護専用型 <input checked="" type="checkbox"/> 混合型<br><input type="checkbox"/> 混合型 (外部サービス利用型) <input type="checkbox"/> 地域密着型<br><input type="checkbox"/> 介護予防 <input type="checkbox"/> 介護予防 (外部サービス利用型)<br><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 ( )<br><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2002年9月)                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 管理者氏名         | 今井 良                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 電話番号 / FAX 番号 | 046-200-0705 / 046-200-0706                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| メールアドレス       | -                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 交通の便          | 小田急江ノ島線「鶴間駅」下車、徒歩12分 (約960m)                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| ホームページアドレス    | <a href="http://www.benesse-style-care.co.jp/">http://www.benesse-style-care.co.jp/</a> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                              |                                                                                                 |                                                                  |                                                                        |     |
|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-----|
| 敷地概要※               | 権利形態 <input type="checkbox"/> 所有 <input type="checkbox"/> 借地<br>(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<br>(借地の場合の契約期間) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無<br>(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<br>敷地面積 2877.11 m <sup>2</sup><br>抵当権の設定 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無                                                                                                                                                                                                                  |                              |                                                                                                 |                                                                  |                                                                        |     |
|                     | 建物概要<br>権利形態 <input type="checkbox"/> 所有 <input checked="" type="checkbox"/> 借家<br>(借家の場合の契約形態) <input checked="" type="checkbox"/> 通常借家契約 <input type="checkbox"/> 定期借家契約<br>(借家の場合の契約期間) 2002年03月12日 ~ 2026年03月31日<br>(通常借家契約における自動更新条項の有無) <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無<br>建物の構造 鉄筋コンクリート造 地上5階建 1棟 (耐火建築物)<br>延床面積 3451.57 m <sup>2</sup> (うち、有料老人ホーム 3451.57 m <sup>2</sup> )<br>建築年月日 1998年03月建築<br>改築年月日 改築<br>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 ( )<br>抵当権の設定 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 |                              |                                                                                                 |                                                                  |                                                                        |     |
| 居室概要                | 居室総数 73室 定員 90人(一時介護室を除く)<br><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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                              |                                                                                                 |                                                                  |                                                                        |     |
| (内訳)                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 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 | 16.2 m <sup>2</sup>                                                    | 56室 |
|                     | Bタイプ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 2人                           | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無                                | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 32.4 m <sup>2</sup>                                                    | 17室 |
| 共用施設概要              | 食堂(一室を機能訓練室と兼用)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                              | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 設置階 1階                         |                                                                  | ( 106.9 m <sup>2</sup><br>61.5 m <sup>2</sup><br>27.3 m <sup>2</sup> ) |     |
|                     | 浴室                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 一般浴槽                         | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 設置階 1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 1階                         |                                                                  | ( )                                                                    |     |
|                     | 便所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                              | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 設置箇所                           |                                                                  | 各居室内、共用6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6箇所                                                             |     |
|                     | 健康管理室                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                              | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 設置階 1階                         |                                                                  | ( )                                                                    |     |
|                     | 談話室(機能訓練室と兼用)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                              | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 設置階 2・3・4階                     |                                                                  | ( 各 32.4 m <sup>2</sup> )                                              |     |
|                     | 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 checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 設置階 1階                         |                                                                  | ( 16.2 m <sup>2</sup> )                                                |     |
|                     | 事務室                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                              | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 設置階 1階                         |                                                                  | ( )                                                                    |     |
|                     | 洗濯室                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                              | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 設置階 2~5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 各階                         |                                                                  | ( )                                                                    |     |
|                     | 看護・介護職員室                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                              | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 設置階 2・4階                       |                                                                  | ( )                                                                    |     |
|                     | 機能訓練室(談話室、食堂の一室と兼用)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                              | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 設置階 1階<br>2~4階<br>他の共用施設との兼用 有 |                                                                  | ( 106.9 m <sup>2</sup><br>各 32.4 m <sup>2</sup> )                      |     |
|                     | 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 2基 (ストレッチャー搬入可 1基)             |                                                                  | ( )                                                                    |     |
| 居室のある区域の廊下幅         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 両手すり設置後の有効幅員<br>片廊下 ( 1.2m ) |                                                                                                 |                                                                  |                                                                        |     |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                              |                                                                                                 |                                                                  |                                                                        |     |
|                     | 2 有 指定されている危険区域                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                              |                                                                                                 |                                                                  |                                                                        |     |
|                     | 1 水害 ・ 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                    |              | ※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。<br>※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 ヶ月の額または 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, 038, 000～1, 932, 000 円 (非課税) ※保全対象外<br>※退去時に利用料、原状回復費用その他当社に対する不払いが存在する場合、当該不払いの額を控除した金額を除き全額返還する。                                                                                                                           |          |      |         |      |          |     |
| プラン名                  | 入居金<br>(円)   | 月額利用料<br>(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          | 6, 000, 000  | 224, 310                                                                                                                                                                                                                        | 150, 150 | 0    | 29, 160 | —    | 45, 000  | —   |
| B タイプ 入居金型契約 (1 名利用)  | 11, 000, 000 | 302, 310                                                                                                                                                                                                                        | 183, 150 | 0    | 29, 160 | —    | 90, 000  | —   |
| B タイプ 入居金型契約 (2 名利用)  | 11, 000, 000 | 407, 370                                                                                                                                                                                                                        | 259, 050 | 0    | 58, 320 | —    | 90, 000  | —   |
| A タイプ 月額支払型契約         | 0            | 352, 310                                                                                                                                                                                                                        | 150, 150 | 0    | 29, 160 | —    | 173, 000 | —   |
| B タイプ 月額支払型契約 (1 名利用) | 0            | 534, 310                                                                                                                                                                                                                        | 183, 150 | 0    | 29, 160 | —    | 322, 000 | —   |
| B タイプ 月額支払型契約 (2 名利用) | 0            | 639, 370                                                                                                                                                                                                                        | 259, 050 | 0    | 58, 320 | —    | 322, 000 | —   |
| 月額利用料の算定根拠            | 家賃相当額        | <b>【入居金型の家賃相当額】</b><br>居室および共用施設の家賃相当額で、近隣相場を勘案し設定しています。<br><b>【月額支払型の家賃相当額】</b><br>当社における入居金型契約と月額支払型契約における退去率と一定期間の空室発生や一入居者当たりの販売管理費、原状回復費用等を踏まえて、長期にわたって安定的な経営ができるように設定しております。                                              |          |      |         |      |          |     |
|                       | 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<br>※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           | <b>【食材費】</b><br>1 日 972 円、30 日で計算した場合、1 人あたり 29, 160 円です。<br>(内訳：朝食 216 円、昼食 324 円、夕食 432 円)<br>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。<br><br>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 670 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<br>(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 6, 000, 000 円～11, 000, 000 円 (標準入居金)<br>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】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入居金は居室および共用施設の家賃相当額です。</li> <li>※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。</li> <li>※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。</li> <li>※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。</li> <li>※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。</li> </ul> <p>＜入居金の算定方法＞</p> <p>入居金は、以下の算定式に則って算定しております。</p> <p>①入居金（家賃相当額）</p> <p>＝②1か月分の家賃相当額×③想定居住期間*1</p> <p>＋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</p> <p>*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。</p> <p>*2 想定居住期間を超えて入居が継続している場合に必要な家賃相当額として算定し、標準入居金額の30%としております。</p> <p>※Aタイプ入居金型契約の場合</p> <p>① 6,000,000円</p> <p>②（1ヶ月目）70,000円</p> <p>②（2ヶ月目～60ヶ月目）70,000円</p> <p>③ 60ヶ月</p> <p>④（①×30%）1,800,000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。</p> <p>＜75歳以上の方＞標準入居金を適用します。</p> <p>＜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。</p> <p>◇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 | 1,800,000～3,300,000円                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |      |
|           | <table border="1"> <tr> <td>位置づけ</td><td>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</td></tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 位置づけ |
| 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。<br/>(標準入居金の場合)<br/>利用者の年齢にかかわらず、利用開始日に、想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えてベネッセスタイルケアが受領する額として標準入居金の3割相当額を「利用開始時償却(※)」します。<br/>※「利用開始時償却額」は返還対象外となります。<br/>・「利用開始時償却額」以外の入居金は、利用開始日の属する月から起算して、当該居室タイプの月次償却額を毎月償却します。<br/>(標準入居金の場合の償却期間は60ヶ月です。)<br/>※1円未満の端数調整のため、1ヶ月目の月次償却額は通常月と異なる場合があります。<br/>※月途中に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。<br/>(標準入居金の場合)<br/>返還金は、利用者の年齢にかかわらず、契約終了日が償却期間を経過していない場合には、月次償却額に、「残月数(※)」を乗じた金額を返還します。このとき、利用契約または償却期間が月途中で終了する場合には、当該月における未償却日数分の返還額(月次償却額を30で除した日割り計算にて算出)と合計して返還します。<br/>当該返還金は、契約終了日と居室の明渡し完了日との、いずれか遅い日が属する月の翌々月末日までに、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。<br/>また、追加の入居金を支払う必要ありません。<br/>※「残月数」は、償却期間から利用開始日が属する月から起算して契約が終了または解約された日が属する月までの月数を減じた月数を指します。ただし、その計算結果が0以下となる場合、残月数は0とします。</p> |
| 短期解約の返還金の算定方式  | <p>契約が利用開始日から3ヶ月以内に終了した場合、入居金全額を利用者に返還します。この場合、月額施設利用料、介護費用、有料サービスの対価のほか、入居金にかえて利用開始日から契約終了日までの期間について「契約が3ヶ月以内に終了した場合の家賃相当額」をお支払いいただきます。(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。)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 返還期限           | <p>契約終了日と居室の明渡し完了日との、いずれか遅い日が属する月の翌々月末日までに、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。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 保全措置           | <p><input type="checkbox"/>無 <input checked="" type="checkbox"/>有 保全措置の内容 (銀行保証)<br/>無の場合の理由</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| その他留意事項        | <p>入居金は非課税です。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

## (2) 月額利用料の取扱い

|         |                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 支払日     | <p>前月の利用に係る料金その他精算を必要とする費用に関する請求書を毎月15日までに送付します。自動振替の場合は当月26日にご指定いただいた金融機関口座(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。</p>                                                                                                                                    |
| 支払方法    | <p>※26日が金融機関の休業日の場合は翌営業日<br/>※自動振替またはお振込みについては、本店(本社)の所在地が日本国内であって、かつ、日本国内の支店の金融機関口座のご使用をお願いいたします。<br/>(上記以外の金融機関口座による対応はいたしかねます)<br/>※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。収納代行会社の都合上、一部ご使用いただけない金融機関もあります。<br/>※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。</p> |
| その他留意事項 | <p>家賃相当額は非課税、それ以外は消費税対象となります。<br/>※月途中に利用契約が開始もしくは終了した場合、当該月の共通費用は、1ヶ月を30日とする日割り計算にて算出します。</p>                                                                                                                                                                                 |

(3) 契約解約手続き

|                |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業主体から解約を求める場合 | 条件     | <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>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>⑨利用者・保証人または利用者の家族が、ベネッセスタイルケアまたはその従業員あるいは他の利用者に対して、本契約を継続し難いほどの背信行為を行ったとき</p> <p>※上記に関わらず、利用者、保証人または利用者の家族・その他関係者の言動および要望等が以下のいずれかに該当する場合には、ベネッセスタイルケアは、3ヶ月前に理由を示した書面による申し入れをせずに、また、利用者および保証人に対して説明および協議の場を設けずに、解約することができます。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者自身、他の利用者またはベネッセスタイルケアの従業員の心身、生命または財産に危害を及ぼすおそれがあるとき</li> <li>・利用者自身、他の利用者への本件サービスの提供に著しく悪影響を及ぼすとき</li> <li>・ベネッセスタイルケアの事業運営に重大な支障を及ぼしたとき</li> </ul> <p>【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"> <li>・利用者が死亡したとき</li> </ul> |
|                | 解約予告期間 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 入居者からの解約予告期間   |        | 3ヶ月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                |        | 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"> <li>・月額施設利用料および有料サービスの単価については、消費者物価指数及び人件費、また諸種の経済状況の変化などを勘案し、事業の安定的継続の視点から、運営懇談会の意見を聞いて、改定場合があります。</li> <li>・介護保険給付費については、介護保険の介護給付基準が変更される場合には、それに応じて変動します。</li> <li>・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。</li> </ul> |
|                            | 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)<br>※「6 泊 7 日」の定額料金です。<br>※介護保険は適用されません。<br>※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。<br><br>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。<br>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ける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・有                                                                                                                                                                                                               | 健康管理の供与               | 無・有 |
| 食事の提供                                     | 無・有                                                                                                                                                                                                               | 安否確認又は状況把握サービス        | 無・有 |
| 洗濯、掃除等の家事の供与                              | 無・有                                                                                                                                                                                                               | 生活相談サービス              | 無・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・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・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<br>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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 社会医療法人三栄会 中央林間病院                                                                                                                                                               |
|                        | 診療科目                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 一般内科、消化器内科、一般外科、消化器外科、循環器内科、整形外科、糖尿病／代謝内科、脳神経外科、泌尿器科、腎臓内科、呼吸器内科、神経内科、皮膚科、肛門外科、人工透析内科、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科（ペインクリニック）、胸部外科                                                        |
|                        | 所在地                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 神奈川県大和市中央林間 4-14-18                                                                                                                                                            |
|                        | 距離及び所要時間                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 約 2.8km（自動車で約 11 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。<br>利用者が協力医療機関を受診する場合には、利用者と医療機関の直接の診療契約が必要です。（医療費は利用者負担）                |
| 協力医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容 | 名称                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 医療法人社団 五輪会 中央林間東クリニック                                                                                                                                                          |
|                        | 診療科目                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 内科、皮膚科、精神科                                                                                                                                                                     |
|                        | 所在地                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 神奈川県大和市中央林間 4-5-11 中央林間 NKD ビル 3 階                                                                                                                                             |
|                        | 距離及び所要時間                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 約 3.0km（自動車で約 14 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。<br>利用者が協力医療機関を受診する場合には、利用者と医療機関の直接の診療契約が必要です。（医療費は利用者負担） |
| 協力医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容 | 名称                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 医療法人社団平郁会 みんなの町田クリニック                                                                                                                                                          |
|                        | 診療科目                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 内科、皮膚科、老年精神科、眼科、神経内科                                                                                                                                                           |
|                        | 所在地                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 東京都町田市森野 1-33-11 町田森野ビル 501                                                                                                                                                    |
|                        | 距離及び所要時間                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 約 8.5km（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。<br>利用者が協力医療機関を受診する場合には、利用者と医療機関の直接の診療契約が必要です。（医療費は利用者負担） |
| 入居者が医療を要する場合の対応※       | <p>・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。<br/>※医療費は利用者の負担となります。</p> <p>・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。<br/>※医療費は利用者の負担となります。</p> <p>※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。</p> <p>・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。</p> <p>※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> |                                                                                                                                                                                |

※ 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、2024年7月1日時点の情報です。

|        |         | 職員数 |     | 常勤換算<br>人数 | 夜間勤務職員数<br>(20時00分～翌06時45分)<br>(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   | 1   | 0   | 1.0        |                                       |            |
|        | 介護職員    | 18  | 15  | 29.1       | 3                                     |            |
|        | 看護職員    | 3   | 1   | 3.6        |                                       |            |
|        | 機能訓練指導員 | 0   | 1   |            |                                       |            |
|        | 理学療法士   | 0   | 1   |            |                                       |            |
|        | 作業療法士   | 0   | 0   |            |                                       |            |
|        | 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   | 3   |            |                                       |            |
|        | その他職員   | 0   | 3   |            |                                       |            |
| 合計     |         | 23  | 24  |            | 3                                     |            |

(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   |     |           | 介護福祉士     |         |     |         |     |
|                        |          |     | 資格等の名称 |     |           |           |         |     |         |     |
|                        |          |     | 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            | 2        | 0   | 6      | 1   | 0         | 0         | 0       | 0   | 0       | 0   |
| 前年度1年間の退職者数            | 2        | 0   | 7      | 1   | 0         | 0         | 0       | 0   | 1       | 0   |
| 業務に従事した職員の経験年数に応じた職員の数 | 1年未満     | 2   | 1      | 5   | 5         | 1         | 0       | 0   | 0       | 1   |
|                        | 1年以上     | 1   | 0      | 9   | 0         | 0         | 0       | 0   | 0       | 0   |
|                        | 3年未満     |     |        |     |           |           |         |     |         |     |
|                        | 3年以上     | 0   | 0      | 4   | 2         | 0         | 0       | 0   | 0       | 0   |
|                        | 5年未満     |     |        |     |           |           |         |     |         |     |
|                        | 5年以上     | 0   | 0      | 0   | 6         | 0         | 0       | 0   | 0       | 0   |
|                        | 10年未満    |     |        |     |           |           |         |     |         |     |
| 10年以上                  | 0        | 0   | 0      | 2   | 0         | 0         | 0       | 1   | 0       |     |
| 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   | 19 人 | 介護職員初任者研修修了者  | 14 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、2024 年 7 月の情報です。

|          |                                |       |      |         |
|----------|--------------------------------|-------|------|---------|
| 入居者数及び定員 | 74 人 (定員 90 人)                 |       |      |         |
| 入居者内訳    | 性 別                            | 男性    | 13 人 | 女性 61 人 |
|          | 介護の<br>要否別                     | 自立    | 3 人  |         |
|          |                                | 要介護   | 60 人 |         |
|          |                                | 要介護 1 | 19 人 |         |
|          |                                | 要介護 2 | 12 人 |         |
|          |                                | 要介護 3 | 10 人 |         |
|          |                                | 要介護 4 | 15 人 |         |
|          |                                | 要介護 5 | 4 人  |         |
|          |                                | 要支援   | 11 人 |         |
|          |                                | 要支援 1 | 9 人  |         |
|          |                                | 要支援 2 | 2 人  |         |
|          |                                | 未認定   | 0 人  |         |
| 平均年齢     | 90.5 歳 ( 男性 89.8 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、2024 年 7 月の情報です。

|                                |          |     |
|--------------------------------|----------|-----|
| 退去者別の人数<br>(前年度における<br>退去者の状況) | 自宅等      | 1 人 |
|                                | 社会福祉施設   | 3 人 |
|                                | 医療機関     | 2 人 |
|                                | 死亡者      | 9 人 |
|                                | その他      | 1 人 |
| 生前解約の状況<br>(前年度における<br>退去者の状況) | 施設側の申し出  | 0 人 |
|                                | 入居者側の申し出 | 7 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<br>関する法律第 5 条第 1 項に<br>規定するサービス付き高齢<br>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<br>者、連絡先、第三者機関の連<br>絡先等)                      | ・当ホーム内：ホーム長 046-200-0705<br>・(株)ベネッセスタイルケア ご意見受付窓口 0120-251-662<br>(平日 09:30-18:00 定休日 土日、祝日、年末年始)<br>・大和市介護保険課事業者指導係 046-260-5170<br>・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)<br>(平日 09:00-17:00 定休日 土日、祝日、年末年始)<br>・神奈川県国民健康保険団体連合会 045-329-3447<br>・神奈川県厚木保健福祉事務所 046-224-1111(代表番号) |              |
| 事故発生時の対応 (医療機関<br>等との連携、家族等への連絡<br>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。<br>・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。<br>・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<br>応                                            | ■否 □可                                                                                                                                                                                                                                                                                  |              |

|                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                      |
|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 身元引き受け人等の条件及び義務等                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者には保証人を1名定めていただきます。保証人は個人とします。</li> <li>・当ホームの利用契約から生ずる、利用者のすべての債務の連帯保証（但し、保証人が利用者と連帯して保証する金額には、限度額を定めています。詳細については、利用契約書を参照願います。）</li> <li>・利用契約終了時の利用者の身柄引取り</li> <li>・介護サービス提供計画書（生活プラン）への同意の協力</li> <li>・利用者の治療、入院に関する手配の協力</li> <li>・利用者の治療等に関して、医療機関から医療同意を求められ、利用者がその意思を示すことができない場合、利用者に代わってその対応および手続きを行うこと</li> <li>・利用契約終了時に利用者が生存していない場合の、返還金等の返還先口座の指定 等</li> </ul> <p>※保証人が上記義務の履行が困難になった場合には、利用者は新たな保証人を速やかに選定し、ベネッセスタイルケアに通知します。</p> |                                                                                      |
| 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 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有<br>入居者基金への加入 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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<br>結果の開示 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                      |

## 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 公開 ( <input type="checkbox"/> 閲覧 <input checked="" type="checkbox"/> 写し交付 ) | <input type="checkbox"/> 非公開            |
|              | 入居契約書の公開   | <input checked="" type="checkbox"/> 公開 ( <input type="checkbox"/> 閲覧 <input checked="" type="checkbox"/> 写し交付 ) | <input type="checkbox"/> 非公開            |
|              | 管理規程の公開    | <input checked="" type="checkbox"/> 公開 ( <input type="checkbox"/> 閲覧 <input checked="" type="checkbox"/> 写し交付 ) | <input type="checkbox"/> 非公開            |
|              | 財務諸表の公開    | <input checked="" type="checkbox"/> 公開 ( <input checked="" type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写し交付 ) | <input type="checkbox"/> 非公開            |
|              | 事業収支計画の公開  | <input type="checkbox"/> 公開 ( <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写し交付 )                       | <input checked="" type="checkbox"/> 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」

|                                                                                                |                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| 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。<br><br>年 月 日<br><br>利用者署名① 印<br><br>利用者署名② 印<br><br>保証人署名 印 | 説明者職・氏名<br><br>職 _____<br><br>氏名 _____ 印 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|

## 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）<br><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<br>（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（Ⅰ）」「協力医療機関連携加算（100単位／月）」「個別機能訓練加算（Ⅰ）」「生活機能向上連携加算（Ⅱ）」「サービス提供体制強化加算（Ⅰ）」「入居継続支援加算（Ⅰ）」「ADL維持等加算（Ⅱ）」「科学的介護推進体制加算」「介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）」「高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）」「生産性向上推進体制加算（Ⅰ）」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>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>特定施設入居者生活介護</p> <table border="1"> <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>219,836 円</td> <td>21,984 円</td> </tr> <tr> <td>要介護2</td> <td>243,526 円</td> <td>24,353 円</td> </tr> <tr> <td>要介護3</td> <td>268,282 円</td> <td>26,829 円</td> </tr> <tr> <td>要介護4</td> <td>291,272 円</td> <td>29,128 円</td> </tr> <tr> <td>要介護5</td> <td>315,673 円</td> <td>31,568 円</td> </tr> </tbody> </table> <p>各種加算の状況</p> <table border="1"> <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>退居時情報提供加算</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 有   <input type="checkbox"/> 無</td> </tr> <tr> <td>入居継続支援加算 *1</td> <td> <input type="checkbox"/> 有   <input checked="" type="checkbox"/> 無    <input type="checkbox"/> Ⅰ<br/> <input type="checkbox"/> Ⅱ </td> </tr> <tr> <td>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<br/> <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>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>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>科学的介護推進体制加算</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 有   <input type="checkbox"/> 無</td> </tr> <tr> <td>協力医療機関連携加算</td> <td> <input checked="" type="checkbox"/> 有   <input type="checkbox"/> 無    <input checked="" type="checkbox"/> 100 単位<br/> <input type="checkbox"/> 40 単位 </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>認知症専門ケア加算</td> <td> <input type="checkbox"/> 有   <input checked="" type="checkbox"/> 無    <input type="checkbox"/> Ⅰ<br/> <input type="checkbox"/> Ⅱ </td> </tr> <tr> <td>高齢者施設等感染対策向上加算</td> <td> <input type="checkbox"/> 有   <input checked="" type="checkbox"/> 無    <input type="checkbox"/> Ⅰ<br/> <input type="checkbox"/> Ⅱ </td> </tr> <tr> <td>生産性向上推進体制加算</td> <td> <input checked="" type="checkbox"/> 有   <input type="checkbox"/> 無    <input type="checkbox"/> Ⅰ<br/> <input checked="" type="checkbox"/> Ⅱ </td> </tr> <tr> <td>サービス提供体制強化加算 *1</td> <td> <input type="checkbox"/> 有   <input checked="" type="checkbox"/> 無    <input type="checkbox"/> Ⅰ<br/> <input type="checkbox"/> Ⅱ<br/> <input type="checkbox"/> Ⅲ </td> </tr> <tr> <td>介護職員等処遇改善加算</td> <td> <input checked="" type="checkbox"/> 有   <input type="checkbox"/> 無    <input type="checkbox"/> Ⅰ<br/> <input checked="" type="checkbox"/> Ⅱ </td> </tr> </tbody> </table> |                | 月額 | 自己負担額（1割負担の場合） | 要介護1 | 219,836 円 | 21,984 円 | 要介護2 | 243,526 円 | 24,353 円 | 要介護3 | 268,282 円 | 26,829 円 | 要介護4 | 291,272 円 | 29,128 円 | 要介護5 | 315,673 円 | 31,568 円 | 退院・退所時連携加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 退居時情報提供加算 | <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<br><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<br><input type="checkbox"/> Ⅱ | 個別機能訓練加算 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | ADL維持等加算（申出）の有無 | <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 | 科学的介護推進体制加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 協力医療機関連携加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 100 単位<br><input type="checkbox"/> 40 単位 | 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<br><input type="checkbox"/> Ⅱ | 高齢者施設等感染対策向上加算 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> Ⅰ<br><input type="checkbox"/> Ⅱ | 生産性向上推進体制加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> Ⅰ<br><input checked="" type="checkbox"/> Ⅱ | サービス提供体制強化加算 *1 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> Ⅰ<br><input type="checkbox"/> Ⅱ<br><input type="checkbox"/> Ⅲ | 介護職員等処遇改善加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> Ⅰ<br><input checked="" type="checkbox"/> Ⅱ |
|                                                                           | 月額                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 自己負担額（1割負担の場合） |    |                |      |           |          |      |           |          |      |           |          |      |           |          |      |           |          |            |                                                                  |           |                                                                  |             |                                                                                                                           |            |                                                                                                                           |          |                                                                  |                 |                                                                  |          |                                                                  |               |                                                                  |             |                                                                  |            |                                                                                                                                               |                |                                                                  |            |                                                                  |           |                                                                                                                           |                |                                                                                                                           |             |                                                                                                                                      |                 |                                                                                                                                                         |             |                                                                                                                                      |
| 要介護1                                                                      | 219,836 円                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 21,984 円       |    |                |      |           |          |      |           |          |      |           |          |      |           |          |      |           |          |            |                                                                  |           |                                                                  |             |                                                                                                                           |            |                                                                                                                           |          |                                                                  |                 |                                                                  |          |                                                                  |               |                                                                  |             |                                                                  |            |                                                                                                                                               |                |                                                                  |            |                                                                  |           |                                                                                                                           |                |                                                                                                                           |             |                                                                                                                                      |                 |                                                                                                                                                         |             |                                                                                                                                      |
| 要介護2                                                                      | 243,526 円                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 24,353 円       |    |                |      |           |          |      |           |          |      |           |          |      |           |          |      |           |          |            |                                                                  |           |                                                                  |             |                                                                                                                           |            |                                                                                                                           |          |                                                                  |                 |                                                                  |          |                                                                  |               |                                                                  |             |                                                                  |            |                                                                                                                                               |                |                                                                  |            |                                                                  |           |                                                                                                                           |                |                                                                                                                           |             |                                                                                                                                      |                 |                                                                                                                                                         |             |                                                                                                                                      |
| 要介護3                                                                      | 268,282 円                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 26,829 円       |    |                |      |           |          |      |           |          |      |           |          |      |           |          |      |           |          |            |                                                                  |           |                                                                  |             |                                                                                                                           |            |                                                                                                                           |          |                                                                  |                 |                                                                  |          |                                                                  |               |                                                                  |             |                                                                  |            |                                                                                                                                               |                |                                                                  |            |                                                                  |           |                                                                                                                           |                |                                                                                                                           |             |                                                                                                                                      |                 |                                                                                                                                                         |             |                                                                                                                                      |
| 要介護4                                                                      | 291,272 円                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 29,128 円       |    |                |      |           |          |      |           |          |      |           |          |      |           |          |      |           |          |            |                                                                  |           |                                                                  |             |                                                                                                                           |            |                                                                                                                           |          |                                                                  |                 |                                                                  |          |                                                                  |               |                                                                  |             |                                                                  |            |                                                                                                                                               |                |                                                                  |            |                                                                  |           |                                                                                                                           |                |                                                                                                                           |             |                                                                                                                                      |                 |                                                                                                                                                         |             |                                                                                                                                      |
| 要介護5                                                                      | 315,673 円                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 31,568 円       |    |                |      |           |          |      |           |          |      |           |          |      |           |          |      |           |          |            |                                                                  |           |                                                                  |             |                                                                                                                           |            |                                                                                                                           |          |                                                                  |                 |                                                                  |          |                                                                  |               |                                                                  |             |                                                                  |            |                                                                                                                                               |                |                                                                  |            |                                                                  |           |                                                                                                                           |                |                                                                                                                           |             |                                                                                                                                      |                 |                                                                                                                                                         |             |                                                                                                                                      |
| 退院・退所時連携加算                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                |    |                |      |           |          |      |           |          |      |           |          |      |           |          |      |           |          |            |                                                                  |           |                                                                  |             |                                                                                                                           |            |                                                                                                                           |          |                                                                  |                 |                                                                  |          |                                                                  |               |                                                                  |             |                                                                  |            |                                                                                                                                               |                |                                                                  |            |                                                                  |           |                                                                                                                           |                |                                                                                                                           |             |                                                                                                                                      |                 |                                                                                                                                                         |             |                                                                                                                                      |
| 退居時情報提供加算                                                                 | <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<br><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<br><input type="checkbox"/> Ⅱ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                |    |                |      |           |          |      |           |          |      |           |          |      |           |          |      |           |          |            |                                                                  |           |                                                                  |             |                                                                                                                           |            |                                                                                                                           |          |                                                                  |                 |                                                                  |          |                                                                  |               |                                                                  |             |                                                                  |            |                                                                                                                                               |                |                                                                  |            |                                                                  |           |                                                                                                                           |                |                                                                                                                           |             |                                                                                                                                      |                 |                                                                                                                                                         |             |                                                                                                                                      |
| 個別機能訓練加算                                                                  | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                |    |                |      |           |          |      |           |          |      |           |          |      |           |          |      |           |          |            |                                                                  |           |                                                                  |             |                                                                                                                           |            |                                                                                                                           |          |                                                                  |                 |                                                                  |          |                                                                  |               |                                                                  |             |                                                                  |            |                                                                                                                                               |                |                                                                  |            |                                                                  |           |                                                                                                                           |                |                                                                                                                           |             |                                                                                                                                      |                 |                                                                                                                                                         |             |                                                                                                                                      |
| ADL維持等加算（申出）の有無                                                           | <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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                |    |                |      |           |          |      |           |          |      |           |          |      |           |          |      |           |          |            |                                                                  |           |                                                                  |             |                                                                                                                           |            |                                                                                                                           |          |                                                                  |                 |                                                                  |          |                                                                  |               |                                                                  |             |                                                                  |            |                                                                                                                                               |                |                                                                  |            |                                                                  |           |                                                                                                                           |                |                                                                                                                           |             |                                                                                                                                      |                 |                                                                                                                                                         |             |                                                                                                                                      |
| 科学的介護推進体制加算                                                               | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                |    |                |      |           |          |      |           |          |      |           |          |      |           |          |      |           |          |            |                                                                  |           |                                                                  |             |                                                                                                                           |            |                                                                                                                           |          |                                                                  |                 |                                                                  |          |                                                                  |               |                                                                  |             |                                                                  |            |                                                                                                                                               |                |                                                                  |            |                                                                  |           |                                                                                                                           |                |                                                                                                                           |             |                                                                                                                                      |                 |                                                                                                                                                         |             |                                                                                                                                      |
| 協力医療機関連携加算                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 100 単位<br><input type="checkbox"/> 40 単位                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                |    |                |      |           |          |      |           |          |      |           |          |      |           |          |      |           |          |            |                                                                  |           |                                                                  |             |                                                                                                                           |            |                                                                                                                           |          |                                                                  |                 |                                                                  |          |                                                                  |               |                                                                  |             |                                                                  |            |                                                                                                                                               |                |                                                                  |            |                                                                  |           |                                                                                                                           |                |                                                                                                                           |             |                                                                                                                                      |                 |                                                                                                                                                         |             |                                                                                                                                      |
| 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<br><input type="checkbox"/> Ⅱ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                |    |                |      |           |          |      |           |          |      |           |          |      |           |          |      |           |          |            |                                                                  |           |                                                                  |             |                                                                                                                           |            |                                                                                                                           |          |                                                                  |                 |                                                                  |          |                                                                  |               |                                                                  |             |                                                                  |            |                                                                                                                                               |                |                                                                  |            |                                                                  |           |                                                                                                                           |                |                                                                                                                           |             |                                                                                                                                      |                 |                                                                                                                                                         |             |                                                                                                                                      |
| 高齢者施設等感染対策向上加算                                                            | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> Ⅰ<br><input type="checkbox"/> Ⅱ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                |    |                |      |           |          |      |           |          |      |           |          |      |           |          |      |           |          |            |                                                                  |           |                                                                  |             |                                                                                                                           |            |                                                                                                                           |          |                                                                  |                 |                                                                  |          |                                                                  |               |                                                                  |             |                                                                  |            |                                                                                                                                               |                |                                                                  |            |                                                                  |           |                                                                                                                           |                |                                                                                                                           |             |                                                                                                                                      |                 |                                                                                                                                                         |             |                                                                                                                                      |
| 生産性向上推進体制加算                                                               | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> Ⅰ<br><input checked="" type="checkbox"/> Ⅱ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                |    |                |      |           |          |      |           |          |      |           |          |      |           |          |      |           |          |            |                                                                  |           |                                                                  |             |                                                                                                                           |            |                                                                                                                           |          |                                                                  |                 |                                                                  |          |                                                                  |               |                                                                  |             |                                                                  |            |                                                                                                                                               |                |                                                                  |            |                                                                  |           |                                                                                                                           |                |                                                                                                                           |             |                                                                                                                                      |                 |                                                                                                                                                         |             |                                                                                                                                      |
| サービス提供体制強化加算 *1                                                           | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> Ⅰ<br><input type="checkbox"/> Ⅱ<br><input type="checkbox"/> Ⅲ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                |    |                |      |           |          |      |           |          |      |           |          |      |           |          |      |           |          |            |                                                                  |           |                                                                  |             |                                                                                                                           |            |                                                                                                                           |          |                                                                  |                 |                                                                  |          |                                                                  |               |                                                                  |             |                                                                  |            |                                                                                                                                               |                |                                                                  |            |                                                                  |           |                                                                                                                           |                |                                                                                                                           |             |                                                                                                                                      |                 |                                                                                                                                                         |             |                                                                                                                                      |
| 介護職員等処遇改善加算                                                               | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> Ⅰ<br><input checked="" type="checkbox"/> Ⅱ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                |    |                |      |           |          |      |           |          |      |           |          |      |           |          |      |           |          |            |                                                                  |           |                                                                  |             |                                                                                                                           |            |                                                                                                                           |          |                                                                  |                 |                                                                  |          |                                                                  |               |                                                                  |             |                                                                  |            |                                                                                                                                               |                |                                                                  |            |                                                                  |           |                                                                                                                           |                |                                                                                                                           |             |                                                                                                                                      |                 |                                                                                                                                                         |             |                                                                                                                                      |

|                                                                                   | <p>*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。</p> <p>*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、看取りの対応に関しましては、利用者および保証人の意向に添えない場合があります。また、上記の条件を満たした上で本施設において看取りを行う場合であって、かつ看取り介護加算を算定する場合には、本施設は、あらかじめ利用者および保証人に対して説明いたします。</p> <p>※ 上記の金額は、本施設で算定する加算を含めた金額表示となっております。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                 |    |                |      |          |         |      |           |          |           |       |  |            |       |          |          |       |  |               |       |  |             |       |  |            |       |                 |                |       |  |           |       |          |                |       |          |             |       |          |                 |       |                |             |       |          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----|----------------|------|----------|---------|------|-----------|----------|-----------|-------|--|------------|-------|----------|----------|-------|--|---------------|-------|--|-------------|-------|--|------------|-------|-----------------|----------------|-------|--|-----------|-------|----------|----------------|-------|----------|-------------|-------|----------|-----------------|-------|----------------|-------------|-------|----------|
| <p>介護保険に係る利用料<br/>(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> | <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（Ⅰ）」「協力医療機関連携加算（100単位／月）」「個別機能訓練加算（Ⅰ）」「生活機能向上連携加算（Ⅱ）」「サービス提供体制強化加算（Ⅰ）」「入居継続支援加算（Ⅰ）」「ADL維持等加算（Ⅱ）」「科学的介護推進体制加算」「介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）」「高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）」「生産性向上推進体制加算（Ⅰ）」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>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;">介護予防特定施設入居者生活介護</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <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>要支援1</td> <td>80,862 円</td> <td>8,087 円</td> </tr> <tr> <td>要支援2</td> <td>126,831 円</td> <td>12,684 円</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">各種加算の状況</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tbody> <tr> <td>退居時情報提供加算</td> <td>■有 □無</td> <td></td> </tr> <tr> <td>生活機能向上連携加算</td> <td>□有 ■無</td> <td>□Ⅰ<br/>□Ⅱ</td> </tr> <tr> <td>個別機能訓練加算</td> <td>□有 ■無</td> <td></td> </tr> <tr> <td>若年性認知症入居者受入加算</td> <td>■有 □無</td> <td></td> </tr> <tr> <td>科学的介護推進体制加算</td> <td>■有 □無</td> <td></td> </tr> <tr> <td>協力医療機関連携加算</td> <td>■有 □無</td> <td>■100単位<br/>□40単位</td> </tr> <tr> <td>口腔・栄養スクリーニング加算</td> <td>□有 ■無</td> <td></td> </tr> <tr> <td>認知症専門ケア加算</td> <td>□有 ■無</td> <td>□Ⅰ<br/>□Ⅱ</td> </tr> <tr> <td>高齢者施設等感染対策向上加算</td> <td>□有 ■無</td> <td>□Ⅰ<br/>□Ⅱ</td> </tr> <tr> <td>生産性向上推進体制加算</td> <td>■有 □無</td> <td>□Ⅰ<br/>■Ⅱ</td> </tr> <tr> <td>サービス提供体制強化加算 *1</td> <td>□有 ■無</td> <td>□Ⅰ<br/>□Ⅱ<br/>□Ⅲ</td> </tr> <tr> <td>介護職員等処遇改善加算</td> <td>■有 □無</td> <td>□Ⅰ<br/>■Ⅱ</td> </tr> </tbody> </table> <p>*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。</p> <p>*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、看取りの対応に関しましては、利用者および保証人の意向に添えない場合があります。また、上記の条件を満たした上で本施設において看取りを行う場合であって、かつ看取り介護加算を算定する場合には、本施設は、あらかじめ利用者および保証人に対して説明いたします。</p> <p>※ 上記の金額は、本施設で算定する加算を含めた金額表示となっております。</p> |                 | 月額 | 自己負担額（1割負担の場合） | 要支援1 | 80,862 円 | 8,087 円 | 要支援2 | 126,831 円 | 12,684 円 | 退居時情報提供加算 | ■有 □無 |  | 生活機能向上連携加算 | □有 ■無 | □Ⅰ<br>□Ⅱ | 個別機能訓練加算 | □有 ■無 |  | 若年性認知症入居者受入加算 | ■有 □無 |  | 科学的介護推進体制加算 | ■有 □無 |  | 協力医療機関連携加算 | ■有 □無 | ■100単位<br>□40単位 | 口腔・栄養スクリーニング加算 | □有 ■無 |  | 認知症専門ケア加算 | □有 ■無 | □Ⅰ<br>□Ⅱ | 高齢者施設等感染対策向上加算 | □有 ■無 | □Ⅰ<br>□Ⅱ | 生産性向上推進体制加算 | ■有 □無 | □Ⅰ<br>■Ⅱ | サービス提供体制強化加算 *1 | □有 ■無 | □Ⅰ<br>□Ⅱ<br>□Ⅲ | 介護職員等処遇改善加算 | ■有 □無 | □Ⅰ<br>■Ⅱ |
|                                                                                   | 月額                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 自己負担額（1割負担の場合）  |    |                |      |          |         |      |           |          |           |       |  |            |       |          |          |       |  |               |       |  |             |       |  |            |       |                 |                |       |  |           |       |          |                |       |          |             |       |          |                 |       |                |             |       |          |
| 要支援1                                                                              | 80,862 円                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 8,087 円         |    |                |      |          |         |      |           |          |           |       |  |            |       |          |          |       |  |               |       |  |             |       |  |            |       |                 |                |       |  |           |       |          |                |       |          |             |       |          |                 |       |                |             |       |          |
| 要支援2                                                                              | 126,831 円                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 12,684 円        |    |                |      |          |         |      |           |          |           |       |  |            |       |          |          |       |  |               |       |  |             |       |  |            |       |                 |                |       |  |           |       |          |                |       |          |             |       |          |                 |       |                |             |       |          |
| 退居時情報提供加算                                                                         | ■有 □無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                 |    |                |      |          |         |      |           |          |           |       |  |            |       |          |          |       |  |               |       |  |             |       |  |            |       |                 |                |       |  |           |       |          |                |       |          |             |       |          |                 |       |                |             |       |          |
| 生活機能向上連携加算                                                                        | □有 ■無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | □Ⅰ<br>□Ⅱ        |    |                |      |          |         |      |           |          |           |       |  |            |       |          |          |       |  |               |       |  |             |       |  |            |       |                 |                |       |  |           |       |          |                |       |          |             |       |          |                 |       |                |             |       |          |
| 個別機能訓練加算                                                                          | □有 ■無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                 |    |                |      |          |         |      |           |          |           |       |  |            |       |          |          |       |  |               |       |  |             |       |  |            |       |                 |                |       |  |           |       |          |                |       |          |             |       |          |                 |       |                |             |       |          |
| 若年性認知症入居者受入加算                                                                     | ■有 □無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                 |    |                |      |          |         |      |           |          |           |       |  |            |       |          |          |       |  |               |       |  |             |       |  |            |       |                 |                |       |  |           |       |          |                |       |          |             |       |          |                 |       |                |             |       |          |
| 科学的介護推進体制加算                                                                       | ■有 □無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                 |    |                |      |          |         |      |           |          |           |       |  |            |       |          |          |       |  |               |       |  |             |       |  |            |       |                 |                |       |  |           |       |          |                |       |          |             |       |          |                 |       |                |             |       |          |
| 協力医療機関連携加算                                                                        | ■有 □無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ■100単位<br>□40単位 |    |                |      |          |         |      |           |          |           |       |  |            |       |          |          |       |  |               |       |  |             |       |  |            |       |                 |                |       |  |           |       |          |                |       |          |             |       |          |                 |       |                |             |       |          |
| 口腔・栄養スクリーニング加算                                                                    | □有 ■無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                 |    |                |      |          |         |      |           |          |           |       |  |            |       |          |          |       |  |               |       |  |             |       |  |            |       |                 |                |       |  |           |       |          |                |       |          |             |       |          |                 |       |                |             |       |          |
| 認知症専門ケア加算                                                                         | □有 ■無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | □Ⅰ<br>□Ⅱ        |    |                |      |          |         |      |           |          |           |       |  |            |       |          |          |       |  |               |       |  |             |       |  |            |       |                 |                |       |  |           |       |          |                |       |          |             |       |          |                 |       |                |             |       |          |
| 高齢者施設等感染対策向上加算                                                                    | □有 ■無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | □Ⅰ<br>□Ⅱ        |    |                |      |          |         |      |           |          |           |       |  |            |       |          |          |       |  |               |       |  |             |       |  |            |       |                 |                |       |  |           |       |          |                |       |          |             |       |          |                 |       |                |             |       |          |
| 生産性向上推進体制加算                                                                       | ■有 □無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | □Ⅰ<br>■Ⅱ        |    |                |      |          |         |      |           |          |           |       |  |            |       |          |          |       |  |               |       |  |             |       |  |            |       |                 |                |       |  |           |       |          |                |       |          |             |       |          |                 |       |                |             |       |          |
| サービス提供体制強化加算 *1                                                                   | □有 ■無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | □Ⅰ<br>□Ⅱ<br>□Ⅲ  |    |                |      |          |         |      |           |          |           |       |  |            |       |          |          |       |  |               |       |  |             |       |  |            |       |                 |                |       |  |           |       |          |                |       |          |             |       |          |                 |       |                |             |       |          |
| 介護職員等処遇改善加算                                                                       | ■有 □無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | □Ⅰ<br>■Ⅱ        |    |                |      |          |         |      |           |          |           |       |  |            |       |          |          |       |  |               |       |  |             |       |  |            |       |                 |                |       |  |           |       |          |                |       |          |             |       |          |                 |       |                |             |       |          |

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、2024 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                          | 10.7                                                                                              | 15.3    | 12.7      |
| 要介護者の人数                          | 50.1                                                                                              | 52.7    | 57.6      |
| 指定基準上の直接処遇職員の人数※1                | 17.8                                                                                              | 19.1    | 20.5      |
| 配置している直接処遇職員の人数※2                | 29.8                                                                                              | 30.0    | 33.0      |
| 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 | 1.8:1                                                                                             | 2.0:1   | 1.9:1     |
| 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 06:45～15:45<br>日勤 09:00～18:00<br>遅番 11:00～20:00<br>夜勤① 16:00～翌 10:00<br>夜勤② 18:00～翌 09:00 |         |           |
|                                  | 看護職員 早番 ～<br>日勤 09:00～18:00<br>遅番 ～<br>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&amp;G10)

\* 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) |                         |               | 自 立       |            | 要支援 1   |            | 要支援 2     |            |
|-----------|-------------------------|---------------|-----------|------------|---------|------------|-----------|------------|
| 認定結果      |                         |               | 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※         | ◎         | —          | ◎       |            | ◎         |            |
|           |                         | 清拭※           | —         | —          | —       | —          | —         | —          |
|           | 身辺介助                    | 体位交換          | —         | —          | —       | —          | —         | —          |
|           |                         | 居室からの移動       | —         | —          | —       | —          | ◎ (必要に応じ) |            |
|           |                         | 衣類の脱着         | —         | —          | —       | —          | ◎ (必要に応じ) |            |
|           |                         | 身だしなみ介助       | —         | —          | —       | —          | ◎ (必要に応じ) |            |
|           | ／通<br>同院<br>行<br>介<br>助 | 協力医療機関        | —         | —          | ◎       |            | ◎         |            |
|           |                         | その他医療機関       |           | ○          |         | ○          |           | ○          |
|           | 機能訓練                    |               | —         | —          | ◎       |            | ◎         |            |
|           | 緊急時対応／<br>ナースコール        |               | ◎         |            | ◎       |            | ◎         |            |
| 生活サービス    | 家事                      | 清掃 (週 2 回)    | ◎         |            | ◎       |            | ◎         |            |
|           |                         | 洗濯<br>(必要に応じ) | ◎         |            | ◎       |            | ◎         |            |
|           | 理美容                     |               |           | △          |         | △          |           | △          |
|           | 買物代行                    |               | —         | —          | —       | —          | —         | —          |
|           | 各種手続代行                  |               | —         | —          | —       | —          | —         | —          |
| 健康管理サービス  | 定期健康診断 (年 1 回)          |               | ◎         |            | ◎       |            | ◎         |            |
|           | 健康相談                    |               | ◎         |            | ◎       |            | ◎         |            |
|           | 生活相談                    |               | ◎         |            | ◎       |            | ◎         |            |
|           | 医師の往診                   |               |           | △<br>(医療費) |         | △<br>(医療費) |           | △<br>(医療費) |
| 入院時       | 医療費                     |               |           | △          |         | △          |           | △          |
|           | 入退院時移送サービス              |               |           | △          |         | △          |           | △          |

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



\* 以下はあくまで目安であり、利用者によって内容が異なる場合があります。

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

| 要介護（要支援）<br>認定結果 |                  |               | 要介護 1   |            | 要介護 2               |            | 要介護 3     |            |
|------------------|------------------|---------------|---------|------------|---------------------|------------|-----------|------------|
|                  |                  |               | 利用料を含む  | 含まれない      | 利用料を含む              | 含まれない      | 利用料を含む    | 含まれない      |
| 介護サービス           | 巡回               | 昼間 6 時～18 時   | ◎（2 回）  |            | ◎（2 回）              |            | ◎（2 回）    |            |
|                  |                  | 夜間 18 時～6 時   | ◎（3 回）  |            | ◎（3 回）              |            | ◎（3 回）    |            |
|                  | 食事介助             | 配膳・下膳         | ◎       |            | ◎                   |            | ◎         |            |
|                  |                  | 食事介助          | ◎（間接介助） |            | ◎（主に間接介助／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※         | ◎       |            | ◎                   |            | ◎         |            |
|                  |                  | 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） |            |
|                  | 通院介助<br>／<br>同行  | 協力医療機関        | ◎       |            | ◎                   |            | ◎         |            |
|                  |                  | その他医療機関       |         | ○          |                     | ○          |           | ○          |
|                  | 機能訓練             |               | ◎       |            | ◎                   |            | ◎         |            |
|                  | 緊急時対応／<br>ナースコール |               | ◎       |            | ◎                   |            | ◎         |            |
| 生活サービス           | 家事               | 清掃（週 2 回）     | ◎       |            | ◎                   |            | ◎         |            |
|                  |                  | 洗濯<br>（必要に応じ） | ◎       |            | ◎                   |            | ◎         |            |
|                  | 理美容              |               |         | △          |                     | △          |           | △          |
|                  | 買物代行             |               | —       | —          | —                   | —          | —         | —          |
|                  | 各種手続代行           |               | —       | —          | —                   | —          | —         | —          |
| 健康管理サービス         | 定期健康診断（年 1 回）    |               | ◎       |            | ◎                   |            | ◎         |            |
|                  | 健康相談             |               | ◎       |            | ◎                   |            | ◎         |            |
|                  | 生活相談             |               | ◎       |            | ◎                   |            | ◎         |            |
|                  | 医師の往診            |               |         | △<br>（医療費） |                     | △<br>（医療費） |           | △<br>（医療費） |
| 入院時              | 医療費              |               |         | △          |                     | △          |           | △          |
|                  | 入退院時移送サービス       |               |         | △          |                     | △          |           | △          |

※ 入浴および清拭の機会の提供は 1 週間につき 2 回です。

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

※ 以下はあくまで目安であり、利用者によって内容が異なる場合があります。

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

| 要介護（要支援）<br>認定結果 |               |             | 要介護 4               |        | 要介護 5     |        |
|------------------|---------------|-------------|---------------------|--------|-----------|--------|
|                  |               |             | 利用料を含む              | 含まれない  | 利用料を含む    | 含まれない  |
| 介護サービス           | 巡回            | 昼間 6 時～18 時 | ◎（2 回）              |        | ◎（2 回）    |        |
|                  |               | 夜間 18 時～6 時 | ◎（3 回）              |        | ◎（3 回）    |        |
|                  | 食事介助          | 配膳・下膳       | ◎                   |        | ◎         |        |
|                  |               | 食事介助        | ◎（主に直接介助／必要により全面介助） |        | ◎（主に全面介助） |        |
|                  | 排泄            | 排泄介助        | ◎（主に直接介助／必要により全面介助） |        | ◎（主に全面介助） |        |
|                  |               | おむつ交換       | ◎                   |        | ◎         |        |
|                  |               | おむつ代        |                     | △      |           | △      |
|                  | 入浴等           | 入浴介助※       | ◎                   |        | ◎         |        |
|                  |               | 清拭※         | ◎                   |        | ◎         |        |
|                  | 身辺介助          | 体位交換        | ◎                   |        | ◎         |        |
|                  |               | 居室からの移動     | ◎（主に直接介助／必要により全面介助） |        | ◎（主に全面介助） |        |
|                  |               | 衣類の脱着       | ◎（主に直接介助／必要により全面介助） |        | ◎（主に全面介助） |        |
|                  |               | 身だしなみ介助     | ◎（主に直接介助／必要により全面介助） |        | ◎（主に全面介助） |        |
|                  | 通院／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          |             | —                   | —      | —         | —      |
|                  | 各種手続代行        |             | —                   | —      | —         | —      |
| 健康管理サービス         | 定期健康診断（年 1 回） |             | ◎                   |        | ◎         |        |
|                  | 健康相談          |             | ◎                   |        | ◎         |        |
|                  | 生活相談          |             | ◎                   |        | ◎         |        |
|                  | 医師の往診         |             |                     | △（医療費） |           | △（医療費） |
| 入院時              | 医療費           |             |                     | △      |           | △      |
|                  | 入退院時移送サービス    |             |                     | △      |           | △      |

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

《 有料サービス一覧表 》 G01 ⑩

(税込)

| No. | 項 目                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 内 容／基 準                                     | 単 価                                    |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------|
| 1   | <p><b><u>ご家族等の利用者居室での宿泊(※)</u></b></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に限り、ご利用いただけます。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用開始時</li> <li>・終末期の看取り時</li> </ul> <p>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</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</p> | <p>1泊2日<br/>1名あたり</p>                       | <p>1,100 円</p>                         |
| 2   | <p><b><u>ご家族等への食事の提供</u></b></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>昼食</p> <p>夕食</p>               | <p>440 円</p> <p>550 円</p> <p>880 円</p> |
| 3   | <p><b><u>通院等外出時の同行</u></b></p> <p>＊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</p> <p>＊記録・報告の時間を含みます</p> <p>＊事前の申込みが必要です</p>                                                                                                                                                                                          | <p>1時間あたり</p> <p>別途、往復の交通費の実費をご負担いただきます</p> | <p>1,100 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： グランダ鶴間・大和

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<br>(一時介護室)  |       | 適合     | <input type="checkbox"/> 個室ではない(相部屋がある)。<br><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。<br><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)<br><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。<br>(要介護者等を入居対象とする場合)<br><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。<br><input type="checkbox"/> 手すりがない。<br>(居室内に設置していない場合)<br><input type="checkbox"/> 居室の近くにない。<br><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)<br><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     | 適合     | <input 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<br>(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<br>施設  | 無     |        |                                                                                                                                                                                       |                          |
| 16  | 緊急通報装置         | 有     | 適合     | (未設置箇所)<br><input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 一時介護室※ <input type="checkbox"/> 浴室<br><input type="checkbox"/> 脱衣室 <input type="checkbox"/> 便所                        | ※一時介護室<br>は設置していま<br>せん。 |
| 17  | 廊下             |       | 不適合    | <input checked="" type="checkbox"/> 廊下幅が1.8m(1.4m※)以上ない。<br>※すべての居室が個室で、床面積が18㎡以上であって、<br>かつ、居室内に便所及び洗面設備が設置されている<br>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。」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「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。」と定めております。
- ・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

※代替措置、改善計画等は、別紙で明記することも可とする。