

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

メディカル・リハビリホームボンセジュール秦
野渋沢

重要事項説明書

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

株式会社ベネッセスタイルケア

本書記載の内容は 2023 年 5 月 19 日時点の料金、消費税率および介護保険給付費等に基づいています。

重要事項説明書

1. 事業主体概要

| | |
|-------|---|
| 事業主体名 | 株式会社ベネッセスタイルケア (以下、「ベネッセスタイルケア」といいます。) |
| 代表者名 | 代表取締役 滝山 真也 |
| 所在地 | 〒163-0905 東京都新宿区西新宿2丁目3番1号新宿モノリスビル |

その他事業主体詳細につきましては、添付の行政様式をご参照ください。

2. 施設概要

【名称・施設について】

| | |
|---------------|---|
| 名称 | メディカル・リハビリホームボンセジュール秦野渋沢 |
| 所在地 | 神奈川県秦野市渋沢上1-6-60 |
| 電話番号 FAX番号 | 0463-86-0681 0463-86-0682 |
| 建物構造 | 鉄筋コンクリート造地上5階建1棟 |
| 土地建物の所有形態 | 土地・建物とも事業主体非所有 |
| 居室・定員数 | 100室・101名 |
| 居室の種類 | 全室介護居室 お客様の居室にて介護を行います。 |
| 主要な居室付帯設備 | ナースコール、介護用電動ベッド、トイレ、洗面、冷暖房設備、テレビ配線・電話配線 |
| 開設年月日 | 2012年4月1日 |
| 施設長 | 山本 高生 |

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

【厚生労働省の定める表示事項】

| | |
|----------|--|
| 類型 | 介護付有料老人ホーム（一般型特定施設入居者生活介護） |
| 居住の権利形態 | 利用権方式 居住部分と介護や生活支援等のサービス部分の契約が一体となっているものです。 |
| 利用料の支払方式 | 選択方式 終身にわたって受領する家賃又はサービス費用の一部を前払いとして一括して受領し、その他は月払いする「一部前払い・一部月払い方式」（1）と、前払金を受領せず、家賃又はサービス費用を月払いする「月払い方式」（2）いずれかを利用者が選択できます。 1 ベネッセスタイルケアでは「入居金型方式」と呼んでいます。 2 ベネッセスタイルケアでは「月額支払型方式」と呼んでいます。 |

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

3. 運営方針

その方らしさに、深く寄りそう。

ご利用者が「ご自分らしく生きること」を大切にしています。その方がどのような人生を歩まれ、何を望まれ、どのようなこだわりをお持ちなのか、心のありかを考えて、サービスのあり方を考えます。ご利用者が生きがいを感じながらホームでお過ごしいただくため、またご家族に安心してホームにおまかせいただくために、その方が持つ能力を最大限にいかしたサービスの提供を目指してまいります。

4. サービスの内容

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

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

印が付されたサービスの内容は、個々の利用者の身体状況等によって異なります。

サービスの詳しい内容は添付の「介護サービス等の一覧表」をご参照ください。

その他のサービス

| | |
|----------|--|
| 立替金サービス | 管理規程をご参照ください。 *ホームの利用料に含まれない、個人的な支出のお支払いのためのサービスです。また、現金そのもの自体をお渡しする運用はできませんので、ご了承ください。 |
| 有料サービス | 添付の「介護サービス等の一覧表」および「有料サービス一覧表」をご参照ください。 |
| アクティビティ | <ul style="list-style-type: none"> 各種のイベント/季節行事を企画・実施します。実施に関する費用は月額施設利用料に含まれます。(内容によっては、事前にご了解を得て、別途費用のご負担をいただく場合があります。) 例) イベント食、お正月、お花見、クリスマスパーティー、など 個人で選択できる各種の趣味活動・サークル活動を提案いたします。材料費等の実費のみ、ご希望者にご負担いただく場合があります。 例) 生け花、手芸、俳句、囲碁・将棋、外食、ドライブ等 |
| 無料送迎サービス | <p>当社社有車による無料の送迎サービスです。</p> <p>本サービスの実施にあたっては、下記を要件といたします。</p> <ul style="list-style-type: none"> ご利用は、原則としてスタッフの同行なしにお一人で外出が可能な方に限ります。 送迎先につきましては、当ホームから半径5km圏内にある最寄り駅、医療機関、自宅等といたします。 ご利用日時は、平日9時～17時です。 事前予約制となりますので、ホーム担当者に直接ご予約ください。 緊急やむをえない事情や人員体制ならびに車両の利用状況により本サービスが実施できない場合があります。 <p>サービスの詳細は、ホーム担当者にご確認ください。</p> |

5. 職員体制と職務内容

職員の人数、資格等の詳細につきましては、添付の行政様式をご参照ください。

当ホームでは、介護保険給付基準を満たす、要介護者および要支援者2.5名に対して常勤換算で1名以上の職員体制(週40時間換算)を採っています。

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

| | |
|--------|------------|
| 事務スタッフ | 受付・経理・総務事務 |
| 業務スタッフ | 施設営繕・車両運転等 |

夜間（22時～翌6時）最少時の体制は、看護職員は1名、介護職員は3名（満床時）です。なお、職員体制の見直しなどにより、変更する場合があります。

6 . 利用状況

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

7 . 利用者の条件

| | |
|------------|--|
| 利用者の条件 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 契約締結時に原則満65歳以上の方 満65歳未満の方はご相談ください。 ・ 常時または随時、身の回りのお世話や見守りが必要な方 ・ 規定の利用料の支払いが可能な方 ・ 公的な医療保険に加入されている方 ・ 公的な介護保険に加入されている方 ・ 保証人を定められる方 身元保証会社等を保証人とすることを希望される場合や保証人を定められない場合にはご相談ください。 ・ 当ホームの利用契約書・管理規程等をご承諾いただき円滑に共同生活が営める方 |
| 利用をお断りする場合 | <p>以下の各項に該当する場合は利用をお断りする場合があります。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療機関への恒常的な入院加療を要するなど、当ホームにおいて適切な介護サービスの提供が困難な方 ・ 暴力をふるう等他の人に害を及ぼすおそれがある方 ・ 感染症等を有し他の利用者に感染させるおそれのある方 |

8 . 保証人の条件・義務等

利用者には保証人を1名定めていただきます。保証人は個人とします。

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

9 . 利用開始日の変更

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

詳しい内容については、「利用契約書」該当条項を参照願います。

1 0 . 体験利用

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

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

体験利用時は、後述の「有料サービス」は行っておりません。

1 1 . 入居金（入居金型契約を選択した場合）

| | |
|------------|---|
| <p>内 容</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ 契約締結時に入居金をお支払いいただきます。 ・ 入居金は、居室および共用施設の家賃相当額の一部です。 ・ 入居金は、想定居住期間等を勘案し、地域不動産の家賃相場等を考慮に入れて算出します。 ・ 入居金は消費税非課税です。また、入居金には利息は付きません。 ・ 月額支払型契約を選択した場合、入居金の支払いはありません。 |
|------------|---|

| | |
|------------------------|---|
| <p>標準入居金の 算定方法</p> | <p>入居金は、以下の算定式に則って算定しています。 入居金（家賃相当額の一部）＝（1 か月分の家賃相当額の一部）×（想定居住期間*1）＋（想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えてベネッセスタイルケアが受領する額*2） *1 当社既存ホームを元に統計的に算定し、60 ヶ月と設定しています。 *2 想定居住期間を超えて入居が継続している場合に必要な家賃相当額として算定し、標準入居金額の 30%としています。</p> |
| <p>標準入居金と 年齢基準</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ 利用契約書に記載の入居金および返還金額は、利用開始時に満年齢が 7 5 歳以上の方に適用される「標準入居金」の場合の金額です。 ・ 利用開始時の満年齢が 7 5 歳未満の方へは、入居金 / 返還金を別途ご提示させていただきます。 ・ 利用者が 2 名の場合（定員 2 名の居室の設定がある場合のみ） どちらか満年齢の若い方を対象に入居金、返還金を設定します。 |
| <p>返 還 金</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ 入居金の償却方法は以下のとおりです。（標準入居金の場合） 利用者の年齢にかかわらず、利用開始日に、想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えてベネッセスタイルケアが受領する額として標準入居金の 3 割相当額を「利用開始時償却（ ）」します。 「利用開始時償却額」は返還対象外となります。 ・ 「利用開始時償却額」以外の入居金は、利用開始日の属する月から起算して、当該居室タイプの月次償却額を毎月償却します。（標準入居金の場合の償却期間は 60 ヶ月です。） * 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。 * 月途中で利用契約が開始もしくは終了した月においては、3 0 日で除した日割り計算にて算出します。 ・ 返還金の算定方法は以下のとおりです。（標準入居金の場合） 返還金は、利用者の年齢にかかわらず、契約終了日が償却期間を経過していない場合には、月次償却額に、「残月数（ ）」を乗じた金額を返還します。このとき、利用契約または償却期間が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 3 0 で除した日割り計算にて算出）と合計して返還します。 当該返還金は、契約終了日と居室の明渡し完了日との、いずれか遅い日が属する月の翌々月末日までに、金融機関口座への振込みにより利用者へ返還します。 入居金の償却が完了し、入居金残高がない場合には、返還金はありません。また、追加の入居金を支払う必要もありません。 「残月数」は、償却期間から利用開始日が属する月から起算して契約が終了または解約された日が属する月までの月数を減じた月数を指します。ただし、その計算結果が 0 以下となる場合、残月数は 0 とします。 ・ 契約終了時に債務がある場合、入居金残高からその額を控除、残額を返金します。 ・ 前項の債務が入居金残高を上回る場合、その額を追加で別途請求します。 ・ 入居金残高がない場合にも上記と同様となります。 |

| | |
|-------------|--|
| 3ヶ月以内の契約の終了 | 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。） |
|-------------|--|

12. 敷金（月額支払型契約を選択した場合）

- ・ 契約締結時に敷金をお支払いいただきます。
- ・ 入居金型契約を選択した場合、敷金の支払いはありません。
- ・ 契約債務の担保金として、敷金をお預かりします。
- ・ 敷金は消費税非課税です。また、敷金には利息は付きません。
- ・ 契約終了時、滞納や債務がない場合は、契約終了日と居室の明渡し完了日との、いずれか遅い日が属する月の翌々月末日までに、敷金全額を金融機関口座への振込みにより返金します。
- ・ 利用料の不払いがあった場合には、敷金から充当する場合があります。
詳しい内容については、「契約書」の該当条項を参照願います。

13. 利用料

(1) 月額施設利用料

- ・ 月額施設利用料は、月次のお支払いとなります。
- 月額施設利用料の項目と内容
1. 家賃相当額（非課税）
 - ・ 居室および共用施設の家賃相当額の一部（入居金型契約）
 - ・ 居室および共用施設の家賃相当額（月額支払型契約）
 2. 食材費（消費税課税）
 - ・ 食材費
 3. 管理費（消費税課税）
 - ・ 施設の維持・管理費、水道費、共用部の電気料金、厨房運営費等

食材費は、所定の期限までに欠食の届けをした場合は、料金をいたしません。
- 利用者が2名の場合（定員2名の居室の設定がある場合のみ）
- ・ どちらか1名が死亡または退居した場合には、死亡または退居した日の属する月の翌月から、月額施設利用料が「1名利用」の料金に変更されます。
 - ・ 利用者が2名の場合、利用者は、ベネッセスタイルケアに対して、書面で退去の申し入れを行うことにより、利用者どちらか1名はいつでも退去することができます。

(2) 介護費用

介護保険給付費（非課税）

- ・ 介護保険給付費および利用者の自己負担

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

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

自立の利用者につきましては、介護保険給付費は発生しません。

- ・ 日額積算

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

- ・ 介護保険給付費の変更

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

- ・ 端数計算の扱い

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

- ・ 利用者が2名の場合（定員2名の居室の設定がある場合のみ）

介護保険給付費は、利用者各々の要介護／要支援認定結果に応じて給付されます。

自立者生活支援費用（消費税課税）

利用者が自立の場合、自立者の生活を支援することも含めた職員体制の維持に必要な費用として、自立者生活支援費用をお支払いいただきます。不在時の割引はありません。

（3）その他の費用

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

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

1 4 . 費用の改定

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

1 5 . 支払方法

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

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

16. 費用計算基準

入居金型契約の場合

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

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

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

月額支払型契約の場合

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

17. 保全措置

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

敷金については、保全措置を講じておりません。

保全措置の内容は、利用契約書をご参照ください。

18. 欠食 / 2泊3日以上不在時の扱い

(1) 欠食時の扱い

以下の期限までに所定の用紙にて申請することにより、1食単位で料金をいただきません。

朝食：前日の18時 昼食：当日の9時 夕食：当日の15時

(2) 2泊3日以上不在時の請求の考え方

2泊3日以上不在の場合の「不在期間」算定基準

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

例) 7/25 ~ 7/30 (5泊6日)の間不在の場合 不在期間(割引算定基準) 4日

| | |
|----------|---|
| 介護費用の取扱い | <p>介護保険給付費の取扱い</p> <ul style="list-style-type: none"> 不在期間については、介護給付費は支給されませんので、自己負担額の請求もありません。 入院中に、一時的にホームを利用される場合は、介護保険を利用できません。 <p>介護保険を利用できない場合、利用者の要介護(要支援)度に応じた介護保険給付費と同等額が全額自己負担となるほか、消費税が別途課税されます。</p> <p>自立者生活支援費用の取扱い</p> <p>介護体制の維持に必要なため、不在期間についても全額請求します。</p> |
| 食材費の取扱い | <p>以下の期限までに所定の用紙にて申請することにより、不在期間について欠食時と同様に請求はありません。</p> <p>朝食：前日の18時 昼食：当日の9時 夕食：当日の15時</p> |

上記以外の費目の割引はありません。

19. 契約の終了

| | |
|----------|---|
| 利用者からの解約 | <p>利用者は、ベネッセスタイルケアに対して、1ヶ月前までに書面で通知することによりいつでも本契約を解約することができます。ただし、利用開始日の前日までにベネッセスタイルケアに対して書面で解約の申し入れを行った場合には、利用者はいつでも本契約を解約することができます。</p> <p>「1ヶ月前」とは暦月での基準となります。例えば、7月20日契約解除のご希望があれば、前月6月20日以前の書面提出が必要となります。</p> |
|----------|---|

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

| | |
|------------|--|
| 居室明け渡し時の扱い | <ul style="list-style-type: none"> ・ 居室の明け渡しが遅れた場合 ご逝去による退去の場合は、契約終了日の14日後の翌日から起算して居室明け渡し日までの期間について、利用契約書に定める料金を、ホームより請求することができます。 利用者またはベネッセスタイルケアからの解約による退去の場合は、契約終了日の翌日から起算して居室明け渡し日までの期間について、利用契約書に定める料金を、ホームより請求します。 ・ 月額施設利用料および自立者生活支援費用 契約終了/居室明け渡し月の月額施設利用料および自立者生活支援費用は、「日割り請求基準」をもとに算定します。 ・ 介護保険給付費 介護保険給付費は、利用日数の日額積算にて算定します。 (医療機関連携加算、個別機能訓練加算()、口腔衛生管理体制加算、生活機能向上連携加算、ADL維持等加算および科学的介護推進体制加算は、月単位で当該加算を積算) ・ 入居金・敷金および契約終了/居室明け渡し月の費用精算 入居金は、契約終了日までを利用期間として償却されます。(但し、契約終了日以降に居室明け渡しとなる場合は、この限りではありません。) 返還金の残高がある場合 <ul style="list-style-type: none"> ・ 入居金型契約の入居金または月額支払型契約の敷金については、返還すべき金額から、契約終了/居室明け渡し月に利用した月額施設利用料、介護費用、有料サービス、立替金、原状回復に要する費用、その他利用月に精算が必要な費目を精算し、返金額または追加の請求額を確定します。 ・ 返金額がある場合には、契約終了日と居室の明け渡し完了日との、いずれか遅い日が属する月の翌々月末日までに一括にて金融機関口座への振込みにより返金いたします。 ・ 追加の請求額がある場合には、請求額が確定し次第、請求書を発行いたします。 返還金の残高がない場合 <ul style="list-style-type: none"> ・ 契約終了/居室明け渡し月に利用した月額施設利用料、介護費用、有料サービス、立替金、その他利用月に精算が必要な費目を積算し、請求額を確定します。 ・ 請求額が確定し次第、請求書を発行いたします。 |
|------------|--|

20 . 医療関連

| | |
|--------|--|
| 協力医療機関 | <p>協力医療機関とは、当ホームが利用者の日常の健康管理等を行う為に当ホームと協定関係にある医療機関です。</p> <p>協力医療機関の詳細は添付の行政様式をご参照ください。</p> <p>ベネッセスタイルケアと協力医療機関は、経営主体を異にするものです。</p> |
|--------|--|

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

2 1 . 苦情解決の体制

| | |
|-----------|--|
| 運 営 懇 談 会 | ベネッセスタイルケアは、本契約の履行に伴って生ずる諸種の問題に関し、契約当事者が意見交換を行う場として運営懇談会を設置し、年1回定例会を、また必要に応じて臨時会を開催します。運営懇談会の構成員は、利用者、保証人、当ホームの管理者ならびにその他の職員とします。 |
| 相 談 窓 口 | <p>ベネッセスタイルケアは、利用者からの相談、苦情等に対応する窓口を設置し、本件サービスに関する利用者の要望、苦情等に対し、迅速に対応します。</p> <p>【当ホーム内窓口】『施設概要』参照 【ベネッセスタイルケア ご意見受付窓口】 フリーダイヤル：0120-251-662 受付時間：平日 9：30～18：00 土曜・日曜・祝日 休み 定休日はベネッセスタイルケアの本社事務所の休業日（土日祝祭日・年末年始等）に準じます。</p> |

2 2 . 事故発生時等の対応

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

2 3 . 損害賠償

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

2 4 . 秘密保持・個人情報の取扱い

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

2 5 . その他

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

入居金型契約《入居金 / 利用料》

入居金

(非課税)

| 居室タイプ | 料金プラン | 入居金 | 利用開始時の償却額 1 | 月次償却額 2 |
|-------|-------|--------------|-------------|-----------|
| A | a | 3,000,000 円 | 900,000 円 | 35,000 円 |
| A | 基本 | 4,200,000 円 | 1,260,000 円 | 49,000 円 |
| A | b | 5,400,000 円 | 1,620,000 円 | 63,000 円 |
| B | a | 5,400,000 円 | 1,620,000 円 | 63,000 円 |
| B | 基本 | 7,800,000 円 | 2,340,000 円 | 91,000 円 |
| B | b | 10,200,000 円 | 3,060,000 円 | 119,000 円 |

返還金算出ルール

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

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

月額施設利用料

(税込)

| 居室タイプ | 利用人数 | 料金プラン | 家賃相当額 (消費税非課税) | 食材費 | 管理費 | 合計 |
|-------|------|-------|-------------------|----------|-----------|-----------|
| A | 1名利用 | a | 47,820 円 | 22,710 円 | 160,679 円 | 231,209 円 |
| A | 1名利用 | 基本 | 27,820 円 | 22,710 円 | 160,679 円 | 211,209 円 |
| A | 1名利用 | b | 7,820 円 | 22,710 円 | 160,679 円 | 191,209 円 |
| B | 1名利用 | a | 101,140 円 | 22,710 円 | 283,407 円 | 407,257 円 |
| B | 1名利用 | 基本 | 61,140 円 | 22,710 円 | 283,407 円 | 367,257 円 |
| B | 1名利用 | b | 21,140 円 | 22,710 円 | 283,407 円 | 327,257 円 |
| B | 2名利用 | a | 101,140 円 | 45,420 円 | 313,107 円 | 459,667 円 |
| B | 2名利用 | 基本 | 61,140 円 | 45,420 円 | 313,107 円 | 419,667 円 |
| B | 2名利用 | b | 21,140 円 | 45,420 円 | 313,107 円 | 379,667 円 |

特別食 (利用者1名あたり)

特別食の場合は、1食1,650円(税込)となります。

管理費は、施設の維持・管理費、水道費、共用部の電気料金、厨房運営費等に充当します。

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

| 費目 | 朝食 | 昼食 | 夕食 |
|----------|-------|-------|-------|
| 1食当たりの金額 | 237 円 | 271 円 | 249 円 |

月額支払型契約《敷金 / 利用料》

敷金

(非課税)

| 居室タイプ | 金額 |
|-------|-------------|
| A | 669,000 円 |
| B | 1,306,800 円 |

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

月額施設利用料

(税込)

| 居室タイプ/利用人数 | | 家賃相当額 (消費税非課税) | 食材費 | 管理費 | 合計 |
|------------|------|-------------------|---------|----------|----------|
| A | 1名利用 | 111,500円 | 22,710円 | 160,679円 | 294,889円 |
| B | 1名利用 | 217,800円 | 22,710円 | 283,407円 | 523,917円 |
| B | 2名利用 | 217,800円 | 45,420円 | 313,107円 | 576,327円 |

特別食(利用者1名あたり)

特別食の場合は、1食1,650円(税込)となります。

管理費は、施設の維持・管理費、水道費、共用部の電気料金、厨房運営費等に充当します。

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

| 費用 | 朝食 | 昼食 | 夕食 |
|----------|------|------|------|
| 1食当たりの金額 | 237円 | 271円 | 249円 |

介護費用(利用者1名あたり)

1 介護保険給付費(非課税)

利用者ごと、要介護(要支援)認定の結果に応じて、以下のようになります。

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

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

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

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

(非課税)

| 1ヶ月30日の場合の月額 | 介護保険給付費 | 介護保険1割負担分 |
|--------------|----------|-----------|
| 要支援1 | 77,066円 | 7,707円 |
| 要支援2 | 121,381円 | 12,139円 |
| 要介護1 | 208,296円 | 20,830円 |
| 要介護2 | 230,972円 | 23,098円 |
| 要介護3 | 255,014円 | 25,502円 |
| 要介護4 | 277,002円 | 27,701円 |
| 要介護5 | 300,705円 | 30,071円 |

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

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

(非課税)

| 日額 | 介護保険給付費 | 介護保険1割負担分 |
|------------|---------|-----------|
| 退院・退所時連携加算 | 338円 | 34円 |

看取り介護加算について

・要介護1～5については、看取り介護加算（ ）として該当日に応じて次の額が加算されます。下表には介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算（ ） 介護職員等ベースアップ等支援加算が含まれています。

(非課税)

| 日額 | 介護保険給付費 | 介護保険1割負担分 |
|-----------------|---------|-----------|
| 死亡日以前31日以上45日以下 | 821円 | 83円 |
| 死亡日以前4日以上30日以下 | 1,653円 | 166円 |
| 死亡日の前日および前々日 | 7,784円 | 779円 |
| 死亡日 | 14,655円 | 1,466円 |

・要介護1～5については、看取り介護加算（ ）として該当日に応じて次の額が加算されます。下表には介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算（ ） 介護職員等ベースアップ等支援加算が含まれています。

(非課税)

| 日額 | 介護保険給付費 | 介護保険1割負担分 |
|-----------------|---------|-----------|
| 死亡日以前31日以上45日以下 | 6,552円 | 656円 |
| 死亡日以前4日以上30日以下 | 7,384円 | 739円 |
| 死亡日の前日および前々日 | 13,515円 | 1,352円 |
| 死亡日 | 20,385円 | 2,039円 |

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

(非課税)

| 1回 | 介護保険給付費 | 介護保険1割負担分 |
|----------------|---------|-----------|
| 口腔・栄養スクリーニング加算 | 225円 | 23円 |

* 上記5表の「介護保険1割負担分」は、介護保険の「特定施設入居者生活介護」「介護予防特定施設入居者生活介護」の適用を受け、代理受領を行う場合の通常のご請求額です。

- * 厚生労働省が定める方法によって端数処理を行う関係上、実際のご請求額とは若干の差異が生じる場合があります。上記5表は端数処理を行った額を表示しています。
- * 介護保険給付費は、厚生労働省の定める基準に従って、変更される場合があります。

2 自立者生活支援費用（税込）

要介護（要支援）認定の結果に応じて、「自立」の方は、「自立者生活支援費用」が適用されます。

（税込）

| 要介護（要支援）認定結果 | 名 称 | 月 額 |
|--------------|-----------|----------|
| 自立(非該当) | 自立者生活支援費用 | 67,865 円 |

利用者の不在期間において、返金・割引等はありません。

月途中で利用契約が開始もしくは終了した場合および要介護（要支援）度の変更があった場合、当該月の自立者生活支援費用は、1ヶ月を30日とする日割り計算にて算出します。

要介護認定結果が変更され、自立となった場合（要介護認定が取り消された場合）変更された要介護（要支援）度が効力を生じる日（有効期間の開始日）に遡って、自立者生活支援費用が適用されます。また、自立から要介護・要支援となった場合、その変更日（要介護・要支援認定となった日）に遡って、自立者生活支援費用を適用しません。

月額自己負担見込額（30日基準 / 1名利用の場合）

（月額施設利用料 + 介護保険1割負担分（*） + 自立者生活支援費用）

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

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

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

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

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

(単位：円 税込)

| 入居金型 | 料金 | 自立 | 要支援 | 要支援 | 要介護 | 要介護 | 要介護 | 要介護 | 要介護 |
|-------|-----|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 居室タイプ | プラン | (非該当) | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| A | a | 299,074 | 238,916 | 243,348 | 252,039 | 254,307 | 256,711 | 258,910 | 261,280 |
| A | 基本 | 279,074 | 218,916 | 223,348 | 232,039 | 234,307 | 236,711 | 238,910 | 241,280 |
| A | b | 259,074 | 198,916 | 203,348 | 212,039 | 214,307 | 216,711 | 218,910 | 221,280 |
| B | a | 475,122 | 414,964 | 419,396 | 428,087 | 430,355 | 432,759 | 434,958 | 437,328 |
| B | 基本 | 435,122 | 374,964 | 379,396 | 388,087 | 390,355 | 392,759 | 394,958 | 397,328 |
| B | b | 395,122 | 334,964 | 339,396 | 348,087 | 350,355 | 352,759 | 354,958 | 357,328 |

(単位：円 税込)

| 月額支払型 | 自立 | 要支援 | 要支援 | 要介護 | 要介護 | 要介護 | 要介護 | 要介護 |
|-------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 居室タイプ | (非該当) | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| A | 362,754 | 302,596 | 307,028 | 315,719 | 317,987 | 320,391 | 322,590 | 324,960 |
| B | 591,782 | 531,624 | 536,056 | 544,747 | 547,015 | 549,419 | 551,618 | 553,988 |

介護保険利用上の留意点

1. 要介護（要支援含む。以下同じ）認定の更新

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

2. 「要介護認定の更新」結果と「介護保険給付費」

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

3. 介護保険給付について

(1) 介護保険の保険給付の仕組み

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

(2) その他の留意事項

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

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

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

・他の介護保険サービスの利用について

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

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

居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導

医師・薬剤師等がおこなうもの。

居宅介護福祉用具購入費・介護予防居宅介護福祉用具購入費

住宅改修費・介護予防住宅改修費

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

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

(1) 介護保険指定事業者への介護保険給付費の算定方法

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

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

(2) 2022年10月1日現在の「特定施設入居者生活介護(介護予防特定施設入居者生活介護含む)」の介護給付単位数は以下の通りです。この単位数に基づいて、「特定施設入居者生活介護」適用の利用者に介護給付がなされることとなります。

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

(加算について)

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

個別機能訓練加算について

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

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

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

生活機能向上連携加算について

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

*ただし、加算の算定は 3 月に 1 回を限度とします。

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

*ただし、個別機能訓練加算を算定している場合は 100 単位となります。

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

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

（ ）：介護職員のうち介護福祉士の占める割合が 70%以上または

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

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

（ ）：介護職員のうち介護福祉士の占める割合が 50%以上または

看護・介護職員のうち常勤職員の占める割合が 75%以上または

特定施設入居者生活介護を利用者に直接提供する職員のうち

勤続年数 7 年以上の者の占める割合が 30%以上の場合：6 単位 / 日

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

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

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

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

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

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

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

看取り介護加算について

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*ただし、加算の算定は6月に1回を限度とします。

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

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

() : A D L 値の改善結果が平均値で1以上の場合: 30単位/月

() : A D L 値の改善結果が平均値で2以上の場合: 60単位/月

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

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

「介護職員等ベースアップ等支援加算」として、特定施設入居者生活介護費・介護予防特定施設入居者生活介護費に各種加算を加えた総単位数に1.5%を乗じた単位数が加算されます。

(3) 2022年10月1日現在の「特定施設入居者生活介護」・「介護予防特定施設入居者生活介護」の「地域区分係数」は以下のとおりです。ホームの所在地域によって該当する地域区分が変わってきます。

| 地域区分 | 係数 |
|------|-------|
| 6級地 | 1.027 |

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

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

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

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

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

介護サービス等の一覧表

(税込)

| 介護を行う場所 | 自立 介護居室 | | 要支援1・2 要介護1～5 介護居室 | |
|---|---|---|---|---|
| | 管理費および自立者生活支援費用に含まれるサービス | その都度徴収するサービス | 管理費および保険給付対象に含まれるサービス | その都度徴収するサービス |
| 介護サービス | | | | |
| ○ 巡回 ・昼間、夜間 | 2時間毎 | — | 2時間毎 | — |
| ○ 食事介助 | 食堂内の配下膳は毎食時、適宜介助 | — | 食堂内の配下膳は毎食時、適宜介助 | — |
| ○ 排泄 ・排泄介助 ・おむつ交換 | — — | — おむつ代実費 | 適宜実施 適宜実施 | — おむつ代実費 |
| ○ 入浴※1 ・清拭 ・見守り又は一部介助 ・特浴介助 | — — — | 一回1650円 一回1650円 — | 入浴できない場合週2回 週2回 週2回 | 週3回以上は1回1650円 週3回以上は1回1650円 週3回以上は1回1650円 |
| ○ 身辺介助 ・体位交換 ・居室からの移動 ・衣類着脱 ・整容介助 | — — — — | — — — — | 適宜実施 適宜実施 適宜実施 適宜実施 | — — — — |
| ○ 外出介助 ・買物など | — | — | 月1回 | 月2回以上は1回1650円 |
| ○ 機能訓練 | — | — | ケアプランに基づき 機能訓練指導員による指導 | — |
| ○ 通院介助 協力医療機関 協力医療機関以外 | 適宜実施 — | — 付添は30分1650円 | 適宜実施 近隣への付添は週1回 | — 近隣への週2回目以降の付添、及び遠方への付添は30分1650円 |
| ○ 送迎 協力医療機関 協力医療機関以外 | 適宜実施 移送は土日祝以外の9:00～17:00 | — 遠方移送は実施しません | 適宜実施 移送は土日祝以外の9:00～17:00 | — 遠方移送は実施しません |
| ○ 緊急時対応 ・緊急通報装置 | 24時間対応 | — | 24時間対応 | — |
| 生活サービス | | | | |
| ○ 家事 ・清掃 ・洗濯 ・リネン交換 ・私物の洗濯 | 週1回(介護上必要で ある場合対応) 週1回(致します) — | 実施日以外は30分1650円 実施日以外は1回550円 実施日以外は1回550円 介護上必要でない私物の洗濯代は実費(クリーニングに出す等、特別な場合) | 週1回(介護上必要で ある場合対応) 週1回(致します) — | 実施日以外は30分1650円 実施日以外は1回550円 実施日以外は1回550円 介護上必要でない私物の洗濯代は実費(クリーニングに出す等、特別な場合) |
| ○ 居室配膳、下膳 | 適宜実施 | — | 適宜実施 | — |
| ○ 理美容 | — | 実費 | — | 実費 |
| ○ 代行 ・買物、支払 ・役所手続き | 週1回(指定日) 月1回(指定日) | 指定日以外は30分1650円 指定日以外は30分1650円 | 週1回(指定日) 月1回(指定日) | 指定日以外は30分1650円 指定日以外は30分1650円 |
| 健康管理サービス | | | | |
| ○ 日常健康管理 ・服薬管理 ・バイタルチェック ・水分、排泄チェック ・口腔ケア | 適宜実施 適宜実施 適宜実施 適宜実施 | — — — — | 適宜実施 適宜実施 適宜実施 適宜実施 | — — — — |
| ○ その他 ・健康診断 ・健康相談、生活指導 | 年1回の機会を設けます 適宜実施 | 健康診断は実費負担 — | 年1回 適宜実施 | — — |
| 入退院時、入院中の提供サービス | | | | |
| ・付添サービス | 近隣・協力医療機関への移送 | 付添は30分1650円 遠方移送は実施しません | 協力・近隣医療機関へは移送および付添 | 協力医療機関以外の近隣医療機関は週2回目以降、及び遠方付添は30分1650円 |
| ・お見舞い、連絡等 | 適宜実施 | | 適宜実施 | |
| その他のサービス | | | | |
| ・アクティビティ | 適宜実施 | 一部実費 (ご希望によりご参加いただけます) | 適宜実施 | 一部実費 (ご希望によりご参加いただけます) |

※ 近隣医療機関・・・当施設より半径5km以内の病院

※1入浴にあたっては、職員を配置し、見守り・介助等を行います。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 》

(税込)

| 項 目 | 内 容/基 準 | 単 価 |
|---|-----------------------|----------------|
| <p><u>ご家族等の利用者居室での宿泊（※）</u></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"> ・利用開始時 ・終末期の看取り時 <p>なお、利用者不在時のご家族だけの宿泊は認められません。</p> <p>*施設・設備利用料です（寝具・リネン類はホームにてご用意します）</p> <p>*食事は含まれません</p> <p>*前日までの申込みが必要です（ご利用者の急な体調変化に伴う付き添い希望の場合等にご相談ください）</p> | <p>1泊2日 1名あたり</p> | <p>1,100 円</p> |
| <p><u>ご家族等への食事の提供</u></p> <p>*以下の期限までの申込みが必要です。</p> <p>朝食：前日の18時、昼食：当日の9時 夕食：当日の15時</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>一食あたり</p> | <p>704 円</p> |
| | <p>特別食の場合</p> | <p>1,650 円</p> |

※ 上記サービスはホーム利用者のご家族等に提供するものです。

《 費用分担表 》

| | 利用料に含まれるもの | 利用料に含まれないもの |
|------|--|---|
| 区分基準 | ◆ 日常生活に必要な諸費用のうち、利用者共通で必要とされる諸費用として、ホームから一律に提供されるべきもの。 | ◆ 日常生活に必要な諸費用のうち、明らかに特定の個人によって使用・消費されるべきもの。 ◆ 個人の嗜好性が強いもの。 |

| 分類 | 内容・内訳 | | 利用料に | |
|--------------------------|--------------------------|--|------|-------|
| | | | 含まれる | 含まれない |
| 水 光 熱 費 | ● 上下水道／共用部の電気料金／ガス代 | | ◎ | — |
| | ● 居室内の電気料金 | | — | ◎※1 |
| 居室備品関係 | ● 介護用ベッド | | ◎ | — |
| | ● 寝具 | | ◎ | — |
| | ● カーテン（防災）※2 | レースカーテン | ◎ | — |
| | | カーテン | — | ◎ |
| | ● 居室内のテレビ（受像機、NHK受信料等）※3 | | — | ◎ |
| ● 居室内の電話（加入権、工事費、電話代等）※3 | | — | ◎ | |
| 衣類・はきもの等 | ● 衣類、靴 | | — | ◎ |
| 生活用品 | ● 共用部 | タオル、石鹸、シャンプー、リンス、トイレトペーパー、ティッシュペーパー、消臭剤、ドライヤー等 | ◎ | — |
| | | トイレトペーパー | ◎ | — |
| | ● 居室内 | タオル、石鹸、ティッシュペーパー、歯ブラシ、歯磨き粉、入れ歯洗浄剤等 | — | ◎ |
| 介護／移動補助関連用品 | ● 紙おむつ等の個人消費に係る介護消耗品 | | — | ◎ |
| | ● 個人の希望に基づき用意する福祉用具 | | — | ◎ |

| 分類 | 内容・内訳 | | 利用料に | |
|---------------|-----------------------------------|----------------------|--------------|---------|
| | | | 含まれる | 含まれない |
| 食 事 関 係 | ● 食器類 | 共用食堂用 | ◎ | — |
| | | 専ら居室内で使用するもの | — | ◎ |
| | ● 個人の嗜好品（梅干し、ふりかけ等） | | — | ◎ |
| 洗 濯 | ● 洗濯サービス (人件費/洗剤費等 込み) | 個人の日常衣類 | ◎※4 | — |
| | | シーツ等のリネン類 | ◎※4 | — |
| | | クリーニングなど特別な処理が必要なもの等 | — | ◎ |
| 清 掃 | ● 清掃サービス (人件費/洗剤費 等込み) | 居室内 | ◎※4 | — |
| | | 共用部 | ◎ | — |
| 理 容 ・ 美 容 | ● 理美容サービス | | — | ◎ |
| 医 療 | ● 医療費の自己負担分 | | — | ◎ |
| | ● 薬剤費 | | — | ◎ |
| | ● ホームにて実施する定期健康診断 (年1回の総合健康診断) | | ◎ 要支援・要介護 | ◎ 自立 |
| | ● ホームにて実施するインフルエンザ予防 接種(年1回) | | ◎ | — |
| 健 康 管 理 | ● 血圧計、体温計、 体重計等 | 共用 | ◎ | — |
| 新 聞 / 雑 誌 等 | ● 新聞、雑誌、 その他書籍 | 共用 | ◎ | — |
| | | 個人用 | — | ◎ |
| ア ク テ ィ ビ テ ィ | ● 材料費、その他諸 費用 | ホーム全体での行事 | ◎ ※5 | — |
| | | 個人選択によるもの | — | ◎ |

※1 実際の使用量に基づき金額を算出し、月額施設利用料とは別にご請求いたします。

※2 カーテン、布製ブラインド（のれん）、絨毯（カーペット）等の布製品については、防炎加工されたものをご使用ください。

※3 屋外から居室までのテレビ配線、電話配線はホームにて設置済みです。

※4 週1回までは利用料に含まれます。週2回以上ご要望の場合には、別途料金が必要です。

※5 内容によっては、事前にご了解を得て、別途費用のご負担をいただく場合があります。

その他上記の区分基準に厳密にあてはまらないもの、性格があいまいなものについては、個別にホームと利用者・ご家族で協議します。

《添付書類》

以下は、行政の定める重要事項説明書様式に準じた表記です。

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

重要事項説明書

作成日 2023年04月01日

1 事業主体概要

| | |
|-----------------|--|
| 事業主体名 | 株式会社ベネッセスタイルケア |
| 代表者名 | 代表取締役 滝山 真也 |
| 所在地 | 〒163-0905 東京都新宿区西新宿二丁目3番1号 新宿モノリスビル |
| 電話番号 / FAX 番号 | 03-6836-1111 / 03-6836-1101 |
| ホームページアドレス | http://www.benesse-style-care.co.jp/ |
| 設立年月日 | 1995年09月07日 |
| 直近の事業収支決算額 ※ | (収益) 121,962 百万円 (費用) 121,023 百万円 (損益) 939 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 | メディカル・リハビリホームボンセジュール秦野渋沢 | |
| 所在地 | 〒259-1326 神奈川県秦野市渋沢上1-6-60 | |
| 施設の類型及び 表示事項 | 類型 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 介護付 (<input checked="" type="checkbox"/> 一般型 <input type="checkbox"/> 外部サービス利用型) <input type="checkbox"/> 2 住宅型 <input type="checkbox"/> 3 健康型 |
| | 居住の権利形態 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式 |
| | 入居時の要件 (その他の条件) | <input type="checkbox"/> 1 自立 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 3 要支援・要介護 <input checked="" type="checkbox"/> 4 自立・要支援・要介護 () |
| | 介護保険 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 指定介護保険特定施設 (番号 1472801487、指定年月日 2012年04月01日) <input type="checkbox"/> 介護専用型 <input checked="" type="checkbox"/> 混合型 <input type="checkbox"/> 混合型 (外部サービス利用型) <input type="checkbox"/> 地域密着型 <input type="checkbox"/> 介護予防 <input type="checkbox"/> 介護予防 (外部サービス利用型) <input type="checkbox"/> 2 介護保険在宅サービス利用可 |
| | 居室区分 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室 (夫婦等居室含む) <input type="checkbox"/> 2 相部屋あり |
| | 提携ホームの利用 等 | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 1 提携ホーム利用可 () <input type="checkbox"/> 2 提携ホーム移行型 () |
| 開設年月日 | 2012年04月01日 | |
| 管理者氏名 | 山本 高生 | |
| 電話番号 / FAX 番号 | 0463-86-0681 / 0463-86-0682 | |
| メールアドレス | - | |
| 交通の便 | 小田急小田原線「渋沢駅」下車、徒歩10分 (約800m) | |
| ホームページアドレス | http://www.benesse-style-care.co.jp/ | |

| | | | | | | | |
|--------------|--|--------------|---|--|---------------------|---|--|
| 敷地概要※ | 権利形態 <input type="checkbox"/> 所有 <input type="checkbox"/> 借地 (借地の場合の契約形態) <input type="checkbox"/> 通常借地契約 <input type="checkbox"/> 定期借地契約 (借地の場合の契約期間) (通常借地契約における自動更新条項の有無) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 敷地面積 2790.37 m ² 抵当権の設定 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | | | | | | |
| 建物概要 | 権利形態 <input type="checkbox"/> 所有 <input checked="" type="checkbox"/> 借家 (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 (借家の場合の契約期間) 2007年05月22日～2027年05月21日 (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 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) 延床面積 3483.00 m ² (うち、有料老人ホーム 3483.00 m ²) 建築年月日 1991年07月17日建築 改築年月日 2007年04月25日改築 建築確認時の主要用途 <input checked="" type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> その他 () 抵当権の設定 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | | | | | | |
| 居室概要 (内訳) | 居室総数 100室 定員 101人(一時介護室を除く) <input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室(夫婦等居室含む) <input type="checkbox"/> 2 相部屋あり | | | | | | |
| | | 定員 | トイレ | 浴室 | 面積 | 室数 | |
| | Aタイプ | 1人 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 14.0 m ² | 99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 | 28.1 m ² | 1室 | |
| 共用施設概要 | 食堂 | | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 設置階 2階 | (| 115.7 m ²) | |
| | 浴室 | 一般浴槽 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 設置階 1階 2階 4階 | (| 14.4 m ² 15.0 m ² 3.2 m ²) | |
| | | チェアー浴 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 設置階 | (|) | |
| | | リフト浴 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 設置階 1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・各階 | | |
| | 洗面設備 | | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 設置箇所 | 各居室 | | |
| | 健康管理室 | | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 設置階 1階 | (| 14.0 m ²) | |
| | 談話室 | | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 設置階 | (|) | |
| | 多目的室 | | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 設置階 3階 | (| 11.2 m ²) | |
| | 応接室/面談室/相談室 | | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 設置階 4階 | (| 32.3 m ²) | |
| | 事務室(※看護・介護職員室兼用) | | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 設置階 1階 | (| 39.6 m ²) | |
| | 洗濯室(※1～4階、汚物処理室兼用) | | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 設置階 1階 2階 3階 4階 5階 | (| 10.5 m ² 9.5 m ² 9.5 m ² 9.5 m ² 1.1 m ²) | |
| | 個人洗濯室 | | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 設置階 | (|) | |
| | 汚物処理室(※1～4階、洗濯室兼用) | | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 設置階 1階 2階 3階 4階 5階 | (| 10.5 m ² 9.5 m ² 9.5 m ² 9.5 m ² 2.8 m ²) | |
| | 看護・介護職員室(※1階、事務室兼用) | | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 設置階 1階 2階 3階 4階 5階 | (| 39.6 m ² 2.5 m ² 2.0 m ² 2.0 m ² 2.0 m ²) | |
| | 機能訓練室 | | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 設置階 3階 | (| 33.6 m ² 14.0 m ²) | |
| | 健康・生きがい施設 | | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 設置階 | (|) | |
| | 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 | | | | | |
| | | 中廊下 (| | | | 1.8m) | |
| 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 | あり ※入居金型契約をご選択いただいた場合、敷金をお支払いいただく必要はございません。 ※月額支払型契約をご選択いただいた場合、(月額支払型契約の家賃相当額)×6ヵ月の額または500万円を上限とした額を敷金としてお預かりします。 | | | | | | | |
| 金額 | 669,000～1,306,800円 (非課税) ※退去時に利用料、原状回復費用その他当社に対する不払いが存在する場合、当該不払いの額を控除した金額を除き全額返還する。 | | | | | | | |
| プラン名 | 入居金(円) | 月額利用料(円) | 内訳(円) | | | | | |
| | | | 管理費 | 介護費用 | 食費 | 光熱水費 | 家賃相当額 | その他 |
| Aタイプ 入居金型契約_a | 3,000,000 | 231,209 | 160,679 | 0 | 22,710 | 一部実費 | 47,820 | — |
| Aタイプ 入居金型契約_基本 | 4,200,000 | 211,209 | 160,679 | 0 | 22,710 | 一部実費 | 27,820 | — |
| Aタイプ 入居金型契約_b | 5,400,000 | 191,209 | 160,679 | 0 | 22,710 | 一部実費 | 7,820 | — |
| Bタイプ 入居金型契約_a (1名利用) | 5,400,000 | 407,257 | 283,407 | 0 | 22,710 | 一部実費 | 101,140 | — |
| Bタイプ 入居金型契約_基本(1名利用) | 7,800,000 | 367,257 | 283,407 | 0 | 22,710 | 一部実費 | 61,140 | — |
| Bタイプ 入居金型契約_b (1名利用) | 10,200,000 | 327,257 | 283,407 | 0 | 22,710 | 一部実費 | 21,140 | — |
| Bタイプ 入居金型契約_a (2名利用) | 5,400,000 | 459,667 | 313,107 | 0 | 45,420 | 一部実費 | 101,140 | — |
| Bタイプ 入居金型契約_基本(2名利用) | 7,800,000 | 419,667 | 313,107 | 0 | 45,420 | 一部実費 | 61,140 | — |
| Bタイプ 入居金型契約_b (2名利用) | 10,200,000 | 379,667 | 313,107 | 0 | 45,420 | 一部実費 | 21,140 | — |
| Aタイプ 月額支払型契約 | 0 | 294,889 | 160,679 | 0 | 22,710 | 一部実費 | 111,500 | — |
| Bタイプ 月額支払型契約 (1名利用) | 0 | 523,917 | 283,407 | 0 | 22,710 | 一部実費 | 217,800 | — |

| | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---------|---|--------|------|---------|---|
| Bタイプ月額 支払型契約(2 名利用) | 0 | 576,327 | 313,107 | 0 | 45,420 | 一部実費 | 217,800 | — |
| 月額 利用料 の算定 根拠 | 家賃相当額 | <p>【入居金型の家賃相当額】 居室および共用施設の家賃相当額で、近隣相場を勘案し設定しています。</p> <p>【月額支払型の家賃相当額】 当社における入居金型契約と月額支払型契約における退去率と一定期間の空室発生や一入居者当たりの販売管理費、原状回復費用等を踏まえて、長期にわたって安定的な経営ができるように設定しております。</p> | | | | | | |
| | 管理費 | 施設の維持・管理費、水道費、共用部の電気料金、厨房運営費等 | | | | | | |
| | 介護費用 | <p>要介護認定が自立の場合：「自立」は介護保険給付の対象とはなりません。「自立者生活支援費用」をご負担いただきます。</p> <p>自立者生活支援費用 67,865円 ※介護保険サービスの自己負担額は含まれていません。</p> | | | | | | |
| | 食費 | <p>【食材費】 1日757円、30日で計算した場合、1人あたり22,710円です。 (内訳：朝食237円、昼食271円、夕食249円) なお、所定の期限までに欠食の届けをした場合は、1食単位で料金をいたしません。</p> <p>上記の「朝食、昼食、夕食」の食材費については軽減税率の対象とし、一食につき640円以下(税抜)の食材費は、消費税率8%に基づいて記載しています。</p> | | | | | | |
| | 光熱水費 | 居室内の電気料金は実費、それ以外は管理費に含みます。 | | | | | | |
| その他 | なし | | | | | | | |
| 前払金 (介護費用の前払金除く) | <p>1 法第29条第6項に規定される前払い金 3,000,000円～10,200,000円(標準入居金)</p> <p>2 上記以外の一時金 円 ～ 円</p> | | | | | | | |
| 想定居住期間又は償却期間 | 60ヶ月 | | | | | | | |
| 算定根拠 | <p>【入居金】 ・入居金は居室および共用施設の家賃相当額です。 ※家賃相当額は、入居金のほか、月額施設利用料としても設定している場合があります。 ※面積や眺望等により、家賃相当額が異なる居室が設定されている場合があります。 ※ホームによってはAタイプ居室(定員1名)、Bタイプ居室(定員2名)が設置されている場合があります。 ※なお、表中の金額は利用開始日における利用者の満年齢が満75歳以上の場合に適用される標準入居金額です。 <入居金の算定方法> 入居金は、以下の算定式に則って算定しております。 ①入居金(家賃相当額) =②1か月分の家賃相当額×③想定居住期間*1 +④想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えてベネッセスタイルケアが受領する額*2 *1 当社既存ホームの実績を元に統計的に算定し、60ヶ月と設定しております。 *2 想定居住期間を超えて入居が継続している場合に必要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_基本の場合 ① 4,200,000円 ② (1ヶ月目) 49,000円 ③ (2ヶ月目～60ヶ月目) 49,000円 ④ 60ヶ月 ⑤ (①×30%) 1,260,000円</p> <p>利用開始日における利用者の満年齢に応じて、入居金の額が変動します。 <75歳以上の方>標準入居金を適用します。 <75歳未満の方>標準入居金に、以下の金額を加算した金額を適用します。 ◇月次償却額に、利用開始日から起算して、利用者の満75歳の誕生日までの月数(1ヶ月未満は1ヶ月に切り上げ。)を乗じた額</p> | | | | | | | |
| 償却開始日 | 利用開始日 | | | | | | | |
| 返還対象としない額 | 900,000～3,060,000円 | | | | | | | |
| | 位置づけ | 想定居住期間内に退去した場合、想定居住期間を超えて入居継続した入居者の家賃等に充当 | | | | | | |

| | |
|----------------|--|
| 契約終了時の返還金の算定方法 | <p>・入居金の償却方法は以下のとおりです。 (標準入居金の場合) 利用者の年齢にかかわらず、利用開始日に、想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えてベネッセスタイルケアが受領する額として標準入居金の3割相当額を「利用開始時償却(※)」します。 ※「利用開始時償却額」は返還対象外となります。 ・「利用開始時償却額」以外の入居金は、利用開始日の属する月から起算して、当該居室タイプの月次償却額を毎月償却します。 (標準入居金の場合の償却期間は60ヶ月です。) *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。 *月途中で利用契約が開始もしくは終了した月においては、30日で除した日割り計算にて算出します。</p> <p>・返還金の算定方法は以下のとおりです。 (標準入居金の場合) 返還金は、利用者の年齢にかかわらず、契約終了日が償却期間を経過していない場合には、月次償却額に、「残月数(※)」を乗じた金額を返還します。このとき、利用契約または償却期間が途中で終了する場合には、当該月における未償却日数分の返還額(月次償却額を30で除した日割り計算にて算出)と合計して返還します。 当該返還金は、契約終了日と居室の明渡し完了日との、いずれか遅い日が属する月の翌々月末日までに、金融機関口座への振込みにより利用者に返還します。入居金の償却が完了し、入居金残高がない場合には、返還金はありません。 また、追加の入居金を支払う必要もありません。 ※「残月数」は、償却期間から利用開始日が属する月から起算して契約が終了または解約された日が属する月までの月数を減じた月数を指します。ただし、その計算結果が0以下となる場合、残月数は0とします。</p> |
| 短期解約の返還金の算定方式 | <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) 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 ※自動振替またはお振込みについては、本店(本社)の所在地が日本国内であって、かつ、日本国内の支店の金融機関口座のご使用をお願いいたします。 (上記以外の金融機関口座による対応はいたしかねます) ※金融機関口座からの自動振替は収納代行会社を通じて行います。 ※金融機関口座からの自動振替を選択した場合も、金融機関での手続きが完了するまでの1~2ヶ月間は金融機関口座へのお振込みとなります。</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。 *月途中で利用契約が開始もしくは終了した場合、当該月の共通費用は、1ヶ月を30日とする日割り計算にて算出します。</p> |

(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"> ・利用者自身、他の利用者またはベネッセスタイルケアの従業員の心身、生命または財産に危害を及ぼすおそれがあるとき ・利用者自身、他の利用者への本件サービスの提供に著しく悪影響を及ぼすとき ・ベネッセスタイルケアの事業運営に重大な支障を及ぼしたとき <p>【契約の自動終了】</p> <p>次の事由に該当する場合には、本契約は自動的に終了します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者が死亡したとき |
| | 手続き | |
| 入居者からの解約予告期間 | 解約予告期間 | 3ヶ月 1ヶ月 |

(4) その他共通事項

| | | |
|----------------------------|--|--|
| 利用料の改定 | 条件 | <ul style="list-style-type: none"> ・月額施設利用料および有料サービスの単価については、消費者物価指数及び人件費、また諸種の経済状況の変化などを勘案し、事業の安定的継続の視点から、運営懇談会の意見を聞いて、改定する場合があります。 ・介護保険給付費については、介護保険の介護給付基準が変更される場合には、それに応じて変動します。 ・自立者生活支援費用については、消費者物価指数および人件費、また諸種の経済状況の変化や介護保険制度の改正などを勘案し、事業の安定的継続の視点から、運営懇談会の意見を聞いて、改定する場合があります。 ・入居金、敷金、家賃相当額および介護保険給付費は消費税非課税です。それ以外の費用には消費税が課税されます。消費税率が改定になった場合は、改定の内容及び法令等の定めにしたがい、利用料も変更になります。 |
| | 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 | <ol style="list-style-type: none"> ① 減額なし（食材費・介護保険給付費以外の利用料） ② 日割計算で減額（介護保険給付費）、1食単位で減額（食材費） ③ 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額 | |

| | | | |
|----------------|-------------------------|---|------|
| 消費税の対象外とする利用料等 | 入居金、敷金、家賃相当額、介護保険に係る利用料 | | |
| 体験入居の取扱い | 1 無 | | |
| | 2 有 | 期間 | 6泊7日 |
| | 費用 | 77,000円(税込) ※「6泊7日」の定額料金です。 ※介護保険は適用されません。 ※上記料金には食費、水光熱費、介護サービス費(ただし、個別の要望に基づく外出同行等を除く。)が含まれます。 | |

4 サービスの内容
(1) 全体の方針

| | | | | |
|---|--|---------------------------------------|----------------|---------------------------------------|
| 運営に関する方針 | その方らしさに、深く寄りそう。 ご利用者が「ご自分らしく生きること」を大切にしています。その方がどのような人生を歩まれ、何を望まれ、どのようなこだわりをお持ちなのか、心のありかを考えて、サービスのあり方を考えます。ご利用者が生きがいを感じながらホームでお過ごしいただくため、またご家族に安心してホームにおまかせいただくために、その方が持つ能力を最大限にいかしたサービスの提供を目指してまいります。 | | | |
| サービスの提供内容の特色 | ご利用者の毎日が輝くために ○ 私は、介護という仕事にたずさわれる感謝を常に忘れず、ご利用者の心身両面の支えとなります。 ○ 介護のプロとしての誇りを持って、介護技術の向上に努めます。 ○ 私は、ご利用者のお話を心の耳で聴き、共感します。 ○ 私は、ご利用者のことを人生の先輩として尊敬し、その方のことをたくさん知るとつとめます。 ○ 私は、ご利用者の喜びを自分自身の喜びととらえ、毎日が輝くお手伝いをあきらめることなく追求していきます。 ○ 私は、一回でも多く、ご利用者に笑っていただけるよう、ご利用者と一緒に楽しみます。 | | | |
| サービス提供の状況※ | | | | |
| | 入浴、排せつ又は食事の介助 | 無・ <input checked="" type="radio"/> 有 | 健康管理の供与 | 無・ <input checked="" type="radio"/> 有 |
| | 食事の提供 | 無・ <input checked="" type="radio"/> 有 | 安否確認又は状況把握サービス | 無・ <input checked="" type="radio"/> 有 |
| | 洗濯、掃除等の家事の供与 | 無・ <input checked="" type="radio"/> 有 | 生活相談サービス | 無・ <input checked="" type="radio"/> 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、水道費、共用部の電気料金、厨房運営費等 | | |
| | 食費 | 1日3食および茶菓子の提供 | | |
| | その他 | なし | | |
| 業務の委託状況 | 無・ <input checked="" type="radio"/> 有 | 給食業務：株式会社LEOC | | |
| 安否確認の方法・頻度等 | 1日1回以上実施(定期的な巡回や介護サービス提供時) | | | |
| サービスの提供に伴う事故等が発生した場合の損害賠償保険等への加入 | 無・ <input checked="" type="radio"/> 有 | 福祉事業者総合賠償責任保険 | | |

※ 各サービスの詳細は別添1「介護サービス等の一覧」を参照してください。

(2) 介護を行う場所等

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

(3) 医療の提供状況等

| | | |
|------------------------|----------|--|
| 協力医療機関(又は囑託医)の概要及び協力内容 | 名称 | 医療法人社団 扇会 秦野寿町クリニック |
| | 診療科目 | 内科、精神科、漢方内科 |
| | 所在地 | 神奈川県秦野市寿町4-16 ドクターズプラザ秦野 4F |
| | 距離及び所要時間 | 約5.2km(自動車で約13分) |
| | 協力内容 | 協力医療機関の医師は、ホームからの、利用者の健康管理等に関する相談に応じます。また緊急時には、利用者が適切な治療、入院加療または健康管理が受けられるよう、可能な限り、ホームからの相談に応じると共に、他の近隣医療機関等の紹介に努めます。利用者が協力医療機関を受診する場合には、利用者と医療機関の直接の診療契約が必要です。(医療費は利用者負担) |
| 協力医療機関(又は囑託医)の概要及び協力内容 | 名称 | 医療法人 おひさま会 おひさまクリニック開成 |
| | 診療科目 | 内科、外科 |
| | 所在地 | 神奈川県足柄上郡開成町みなみ1-23-3 1F |
| | 距離及び所要時間 | 約8.9km(自動車で約19分) |
| | 協力内容 | 協力医療機関の医師は、ホームからの、利用者の健康管理等に関する相談に応じます。また緊急時には、利用者が適切な治療、入院加療または健康管理が受けられるよう、可能な限り、ホームからの相談に応じると共に、他の近隣医療機関等の紹介に努めます。利用者が協力医療機関を受診する場合には、利用者と医療機関の直接の診療契約が必要です。(医療費は利用者負担) |
| 協力医療機関(又は囑託医)の概要及び協力内容 | 名称 | 医療法人社団 三喜会 鶴巻温泉病院 |
| | 診療科目 | 内科、リハビリテーション科、脳神経内科、緩和ケア内科、歯科 |
| | 所在地 | 神奈川県秦野市鶴巻北1-16-1 |
| | 距離及び所要時間 | 約11.3km(自動車で約23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、混雑状況等に応じた対応となります。利用者が協力医療機関を受診する場合には、利用者と医療機関の直接の診療契約が必要です。(医療費は利用者負担) |
| 協力医療機関(又は囑託医)の概要及び協力内容 | 名称 | 医療法人社団 康心会 湘南さくら病院 |
| | 診療科目 | 精神科、内科 |
| | 所在地 | 神奈川県茅ヶ崎市下寺尾1833 |
| | 距離及び所要時間 | 約31.3km(自動車で約57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、混雑状況等に応じた対応となります。利用者が協力医療機関を受診する場合には、利用者と医療機関の直接の診療契約が必要です。(医療費は利用者負担) |

| | | |
|--------------------------|--|--|
| 協力医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容 | 名称 | 医療法人社団 杏月会 奥田外科・胃腸科クリニック |
| | 診療科目 | 消化器外科、消化器内科、胃腸外科、胃腸内科、皮膚科、肛門科 |
| | 所在地 | 神奈川県秦野市富士見町 2-55 |
| | 距離及び所要時間 | 約 3.7km（自動車で約 12 分） |
| | 協力内容 | 協力医療機関の医師は、ホームからの、利用者の健康管理等に関する相談に応じます。また緊急時には、利用者が適切な治療、入院加療または健康管理が受けられるよう、可能な限り、ホームからの相談に応じると共に、他の近隣医療機関等の紹介に努めます。 利用者が協力医療機関を受診する場合には、利用者と医療機関の直接の診療契約が必要です。（医療費は利用者負担） |
| 協力歯科医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容 | 名称 | 医療法人社団 玉成会 中西歯科 |
| | 診療科目 | 歯科、矯正歯科、歯科口腔外科 |
| | 所在地 | 神奈川県小田原市田島 14-1 |
| | 距離及び所要時間 | 約 16.0km（自動車で約 32 分） |
| | 協力内容 | 協力医療機関の医師は、ホームからの、利用者の歯牙の健康管理等に関する相談に応じます。 利用者が協力医療機関を受診する場合には、利用者と医療機関の直接の診療契約が必要です。（医療費は利用者負担） |
| 入居者が医療を要する場合の対応※ | <ul style="list-style-type: none"> ・疾病・負傷等により治療が必要となった場合には、利用者の意思を確認し、保証人の同意を得て、協力医療機関、近隣の診療所等の受診に協力します。協力医療機関以外の受診・治療は、原則、ご利用者・ご家族にてご対応をお願いいたします。 ※医療費は利用者の負担となります。 ・入院治療を必要とする場合は、利用者の意思を確認し、保証人の同意を得て、医師の判断／指示により、近隣病院への入院の協力をいたします。入院による不在が 3 ヶ月を超えた場合には、契約維持について、ホームよりご利用者／ご家族にご相談させていただきます。 ※医療費は利用者の負担となります。 ※入院期間における利用料の取扱いについては、「2 泊 3 日以上不在時の扱い」に準じます。 ・夜間・緊急時の対応については、ホーム利用開始時に、「夜間・緊急時対応確認書」を作成、ご提出いただき、連絡先・対応方法を確認します。 ※ホームでは、あくまで「人命尊重」の原則に従って緊急時対応を行います。ご家族への連絡がつかなかった場合、ご家族からの指示をいただかないうちに、救急処置、緊急入院・手術などの医療処置におよぶ場合があります。 | |

※ 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、2022年12月1日時点の情報です。

| | | 職員数 | | 常勤換算 人数 | 夜間勤務職員数 (20時00分～翌07時30分) (最少人数) | 備考(兼務・委託等) |
|--------|---------|-----|-----|------------|---------------------------------------|------------|
| | | 常勤 | 非常勤 | | | |
| 従業者の内訳 | 管理者 | 1 | 0 | 1.0 | | |
| | 生活相談員 | 1 | 0 | 1.0 | | |
| | 介護職員 | 28 | 10 | 35.4 | 3 | |
| | 看護職員 | 3 | 10 | 6.2 | 1 | |
| | 機能訓練指導員 | 1 | 1 | | | |
| | 理学療法士 | 1 | 0 | | | |
| | 作業療法士 | 0 | 1 | | | |
| | 言語聴覚士 | 0 | 0 | | | |
| | その他 | 0 | 0 | | | |
| | 計画作成担当者 | 2 | 0 | | | |
| | 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 | 36 | 27 | | 4 | | |

(2) 職員の状況

| | | | | | | | | | | |
|--|----------|------|--------------------|------|-------|-----|---------|-----|---------|-----|
| 管理者 | 他の職務との兼務 | | 1 あり ② なし | | | | | | | |
| | 資格等 | | ① あり | | | | | | | |
| | 資格等の名称 | | 介護福祉士(2023年1月1日変更) | | | | | | | |
| | | | ② なし | | | | | | | |
| | 看護職員 | | 介護職員 | | 生活相談員 | | 機能訓練指導員 | | 計画作成担当者 | |
| | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 |
| 前年度1年間の採用者数 | 0 | 1 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 前年度1年間の退職者数 | 1 | 0 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 業務に 応じた 従事した 職員の 経験年数 に | 1年未満 | 0 | 6 | 7 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 1年以上 | 1 | 2 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 3年未満 | | | | | | | | | |
| | 3年以上 | 2 | 2 | 6 | 4 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 5年未満 | | | | | | | | | |
| | 5年以上 | 0 | 0 | 5 | 4 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 |
| 10年未満 | | | | | | | | | | |
| 10年以上 | 0 | 0 | 5 | 1 | 0 | 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 | 18人 | 介護職員初任者研修修了者 | 20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、2022年12月の情報です。

| | | | | | |
|----------|---------------------------|-----|-----|----|-----|
| 入居者数及び定員 | 93人 (定員 101人) | | | | |
| 入居者内訳 | 性別 | 男性 | 22人 | 女性 | 71人 |
| | 介護の要否別 | 自立 | 0人 | | |
| 要介護 | | 76人 | | | |
| 要介護1 | | 20人 | | | |
| 要介護2 | | 18人 | | | |
| 要介護3 | | 8人 | | | |
| 要介護4 | | 18人 | | | |
| 要介護5 | | 12人 | | | |
| 要支援 | | 17人 | | | |
| 要支援1 | | 10人 | | | |
| 要支援2 | | 7人 | | | |
| 未認定 | 0人 | | | | |
| 平均年齢 | 88.9歳 (男性 87.7歳 女性 89.3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、2022年12月の情報です。

| | | |
|----------------------------|----------|-----|
| 退去者別の人数 (前年度における退去者の状況) | 自宅等 | 0人 |
| | 社会福祉施設 | 1人 |
| | 医療機関 | 3人 |
| | 死亡者 | 24人 |
| | その他 | 0人 |
| 生前解約の状況 (前年度における退去者の状況) | 施設側の申し出 | 0人 |
| | 入居者側の申し出 | 4人 |

8 その他運営体制

| | | | |
|--|--|----------|-----|
| 運営懇談会の実施状況 | 1 無 | | |
| | ② 有 | 1 代替措置あり | () |
| | | ② 代替措置なし | |
| 高齢者の居住の安定確保に関する法律第5条第1項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録 | 1 あり | ② なし | |
| 苦情解決の体制 (相談、責任者、連絡先、第三者機関の連絡先等) | <ul style="list-style-type: none"> ・当ホーム内：ホーム長 0463-86-0681 ・(株)ベネッセスタイルケア ご意見受付窓口 0120-251-662 (平日 09:30-18:00 定休日 土日、祝日、年末年始) ・秦野市高齢介護課 0463-82-9616 ・神奈川県福祉子どもみらい局 高齢福祉課 045-210-1111(代表番号) (平日 09:00-17:00 定休日 土日、祝日、年末年始) ・神奈川県国民健康保険団体連合会 045-329-3447 ・神奈川県平塚保健福祉事務所 0463-32-0130(代表番号) | | |
| 事故発生時の対応 (医療機関等との連携、家族等への連絡方法・説明等) | <ul style="list-style-type: none"> ・ベネッセスタイルケアは、利用者の病状の急変、その他の事故が発生した場合には、速やかに保証人や利用者の家族に連絡をとるとともに、主治の医師に連絡をとる等必要な措置を講じます。 ・ベネッセスタイルケアは、状況、処置等の記録を残し、必要に応じて市区町村へ報告します。 ・ベネッセスタイルケアは、対処方法について、ホーム内で対応マニュアルを定めており、都度その原因を解明し、再発生しないように対策を講じます。 | | |
| 生活保護受給者の受入れ対応 | <input checked="" type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 可 | | |

| | | |
|--|---|-------------|
| 身元引き受け人等の条件及び義務等 | <ul style="list-style-type: none"> ・利用者には保証人を1名定めていただきます。保証人は個人とします。 ・当ホームの利用契約から生ずる、利用者のすべての債務の連帯保証（但し、保証人が利用者と連帯して保証する金額には、限度額を定めています。詳細については、利用契約書を参照願います。） ・利用契約終了時の利用者の身柄引取り ・介護サービス提供計画書（生活プラン）への同意の協力 ・利用者の治療、入院に関する手配の協力 ・利用者の治療等に関して、医療機関から医療同意を求められ、利用者がその意思を示すことができない場合、利用者に代わってその対応および手続きを行うこと ・利用契約終了時に利用者が生存していない場合の、返還金等の返還先口座の指定 等 <p>※保証人が上記義務の履行が困難になった場合には、利用者は新たな保証人を速やかに選定し、ベネッセスタイルケアに通知します。</p> | |
| 公益社団法人全国有料老人ホーム協会及び同協会の入居者生活保証制度への加入状況 | 協会への加入 | ■無 □有 |
| | 入居者基金への加入 | ■無 □有 |
| 利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組みの状況 | 有 | 実施日 毎年12月頃 |
| | | 結果の開示 □無 ■有 |
| 第三者による評価の実施状況 | 無 | |
| 看取りの対応 | 利用者や利用者のご希望に応じ、協力医療機関の医師も含めて話し合いの場を持ち、利用者・家族の状況および当ホーム・かかりつけ医療機関等の体制を考慮の上、看取り対応の可否を個別に判断いたします。したがって、看取りの対応に関しましては、利用者および保証人の意向に添えない場合があります。 | |

9 情報開示

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

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

(別添1) 介護サービス等の一覧表・有料サービス一覧表

(別添2) 「短期利用のサービス等の概要」(設定がある場合のみ)

(別添3) 「神奈川県有料老人ホーム設置運営指導指針 適合表」

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

介護保険サービスに関する給付体制等の一覧表

1 給付体制等の概要

| 介護保険施設種別 | <input type="checkbox"/> 1 介護専用型 <input checked="" type="checkbox"/> 2 混合型 <input type="checkbox"/> 3 混合型 (外部サービス利用型) <input type="checkbox"/> 4 地域密着型 <input type="checkbox"/> 5 介護予防 <input type="checkbox"/> 6 介護予防 (外部サービス利用型) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|-----------------|----|-----------------|------|----------|---------|------|----------|---------|------|----------|---------|------|----------|---------|------|----------|---------|-------------|--|------------|--|-------------|---|--|------------|---|---|----------|--|----------|--|---------------|--|----------|--|------------|--|----------------|--|------------|--|-----------|---|---|-----------------|---|---|---|------------------|--|-------------|--|------------|--|---|---|---------------|--|---|------------------|--|
| <p>介護保険に係る利用料 (介護保険給付費の自己負担額は、介護保険の「負担割合証」に記載されている自己負担割合に基づき計算された金額が自己負担)</p> | <p>利用者ごと、要介護（要支援）認定の結果に応じて、以下のようになります。</p> <p>※「基本報酬」に、「夜間看護体制加算」「医療機関連携加算」「個別機能訓練加算（Ⅰ）（12単位/日）」「生活機能向上連携加算（Ⅱ）（100単位/月）」「介護職員処遇改善加算」「サービス提供体制強化加算（Ⅰ）（22単位/日）」「入居継続支援加算（Ⅰ）（36単位/日）」「口腔衛生管理体制加算」「介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）」「ADL維持等加算（Ⅱ）（60単位/月）」「科学的介護推進体制加算」「介護職員等ベースアップ等支援加算」を含めた1割負担の方の場合における自己負担額（目安）です。</p> <p>「看取り介護加算」「退院・退所時連携加算」「個別機能訓練加算（Ⅱ）」「口腔・栄養スクリーニング加算」は含まれていません。</p> <p>要支援1・2については「夜間看護体制加算」「入居継続支援加算」「ADL維持等加算」は含まれていません。要介護1～5については「入居継続支援加算」を算定する場合は「サービス提供体制強化加算」は算定できない為、下表にも含まれていません。</p> <p>なお、下表の金額は算定した加算の内容等によって実際の自己負担額と異なる場合があります。</p> <p>※自己負担割合が2割の場合の自己負担額は、1割の場合の概ね2倍の金額に、3割の場合は、1割の場合の概ね3倍の金額になります。</p> <p style="text-align: center;">特定施設入居者生活介護</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>月額</th> <th>自己負担額 (1割負担の場合)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要介護1</td> <td>208,296円</td> <td>20,830円</td> </tr> <tr> <td>要介護2</td> <td>230,972円</td> <td>23,098円</td> </tr> <tr> <td>要介護3</td> <td>255,014円</td> <td>25,502円</td> </tr> <tr> <td>要介護4</td> <td>277,002円</td> <td>27,701円</td> </tr> <tr> <td>要介護5</td> <td>300,705円</td> <td>30,071円</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">各種加算の状況</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>身体拘束廃止取組の有無</th> <th><input type="checkbox"/>減算型 <input checked="" type="checkbox"/>基準型</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>退院・退所時連携加算</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">入居継続支援加算 *1</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/> (Ⅰ)</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 <input checked="" type="checkbox"/> (Ⅱ)</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">生活機能向上連携加算</td> <td><input type="checkbox"/>有 <input checked="" type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/> (Ⅰ)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>有 <input checked="" type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/> (Ⅱ)</td> </tr> <tr> <td>個別機能訓練加算</td> <td><input type="checkbox"/>有 <input checked="" type="checkbox"/>無</td> </tr> <tr> <td>夜間看護体制加算</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> </tr> <tr> <td>若年性認知症入居者受入加算</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> </tr> <tr> <td>医療機関連携加算</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> </tr> <tr> <td>口腔衛生管理体制加算</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> </tr> <tr> <td>口腔・栄養スクリーニング加算</td> <td><input type="checkbox"/>有 <input checked="" type="checkbox"/>無</td> </tr> <tr> <td>看取り介護加算 *2</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">認知症専門ケア加算</td> <td><input type="checkbox"/>有 <input checked="" type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/> (Ⅰ)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>有 <input checked="" type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/> (Ⅱ)</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">サービス提供体制強化加算 *1</td> <td><input type="checkbox"/>有 <input checked="" type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/> (Ⅰ)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>有 <input checked="" type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/> (Ⅱ)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>有 <input checked="" type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/> (Ⅲ)</td> </tr> <tr> <td>ADL維持等加算 (申出)の有無</td> <td><input type="checkbox"/>有 <input checked="" type="checkbox"/>無</td> </tr> <tr> <td>科学的介護推進体制加算</td> <td><input type="checkbox"/>有 <input checked="" type="checkbox"/>無</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">介護職員処遇改善加算</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 <input checked="" type="checkbox"/>Ⅰ</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>Ⅱ</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>Ⅲ</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">介護職員等特定処遇改善加算</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 <input checked="" type="checkbox"/>Ⅰ</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>Ⅱ</td> </tr> <tr> <td>介護職員等ベースアップ等支援加算</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> </tr> </tbody> </table> | | 月額 | 自己負担額 (1割負担の場合) | 要介護1 | 208,296円 | 20,830円 | 要介護2 | 230,972円 | 23,098円 | 要介護3 | 255,014円 | 25,502円 | 要介護4 | 277,002円 | 27,701円 | 要介護5 | 300,705円 | 30,071円 | 身体拘束廃止取組の有無 | <input type="checkbox"/> 減算型 <input checked="" type="checkbox"/> 基準型 | 退院・退所時連携加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 入居継続支援加算 *1 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (Ⅰ) | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (Ⅱ) | 生活機能向上連携加算 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (Ⅰ) | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (Ⅱ) | 個別機能訓練加算 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 夜間看護体制加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 若年性認知症入居者受入加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 医療機関連携加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 口腔衛生管理体制加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 口腔・栄養スクリーニング加算 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 看取り介護加算 *2 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 認知症専門ケア加算 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (Ⅰ) | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input 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) | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (Ⅱ) | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (Ⅲ) | ADL維持等加算 (申出)の有無 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 科学的介護推進体制加算 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 介護職員処遇改善加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> Ⅰ | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> Ⅱ | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> Ⅲ | 介護職員等特定処遇改善加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> Ⅰ | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> Ⅱ | 介護職員等ベースアップ等支援加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | 月額 | 自己負担額 (1割負担の場合) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護1 | 208,296円 | 20,830円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護2 | 230,972円 | 23,098円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護3 | 255,014円 | 25,502円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護4 | 277,002円 | 27,701円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護5 | 300,705円 | 30,071円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 身体拘束廃止取組の有無 | <input type="checkbox"/> 減算型 <input checked="" type="checkbox"/> 基準型 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 退院・退所時連携加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入居継続支援加算 *1 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (Ⅰ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (Ⅱ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生活機能向上連携加算 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (Ⅰ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (Ⅱ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個別機能訓練加算 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 夜間看護体制加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 若年性認知症入居者受入加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関連携加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口腔衛生管理体制加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 看取り介護加算 *2 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認知症専門ケア加算 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (Ⅰ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input 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) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (Ⅱ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (Ⅲ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ADL維持等加算 (申出)の有無 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 科学的介護推進体制加算 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護職員処遇改善加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> Ⅰ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> Ⅱ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> Ⅲ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護職員等特定処遇改善加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> Ⅰ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> Ⅱ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護職員等ベースアップ等支援加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

- *1 入居継続支援加算とサービス提供体制強化加算の両方を算定できる場合、要介護の方は「入居継続支援加算」を適用し、要支援の方には「サービス提供体制強化加算」を適用します。
- *2 本施設においては、利用者・家族の状況および本施設・かかりつけ医療機関等の体制を考慮の上、看取り対応の可否を個別に判断いたします。したがって、看取りの対応にしましては、利用者および保証人の意向に添えない場合があります。また、上記の条件を満たした上で本施設において看取りを行う場合であって、かつ看取り介護加算を算定する場合には、本施設は、あらかじめ利用者および保証人に対して説明いたします。

利用者ごと、要介護（要支援）認定の結果に応じて、以下のようになります。

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

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

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

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

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

介護予防特定施設入居者生活介護

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

各種加算の状況

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

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

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

介護保険に係る利用料
(介護保険給付費の自己負担額は、介護保険の「負担割合証」に記載されている自己負担割合に基づき計算された金額が自己負担)

2 要介護者・要支援者に対する直接処遇職員体制

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

この項目の情報は、2022年12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 | 18.7 | 19.6 | 16.4 |
| 要介護者の人数 | 76.4 | 71.0 | 74.2 |
| 指定基準上の直接処遇職員の人数※1 | 27.4 | 25.7 | 26.4 |
| 配置している直接処遇職員の人数※2 | 41.6 | 41.3 | 41.4 |
| 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 | 2.0:1 | 1.9:1 | 2.0:1 |
| 常勤換算の考え方 | 常勤職員が勤務すべき時間数で除して算出 | | |
| 従業者の勤務体制の概要 | 介護職員 早番 07:30～16:30 日勤 10:00～19:00 遅番 11:00～20:00 夜勤 17:00～11:00 | | |
| | 看護職員 早番 ～ 日勤 09:00～18:00 遅番 ～ 夜勤 17:00～10:00 | | |

※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4ヶ月前までの平均値。

(別添2)個別選択による介護サービス一覧表

介護サービス等の一覧表

(税込)

| 介護を行う場所 | 自立 介護居室 | | 要支援1・2 要介護1～5 介護居室 | |
|---|---|---|---|---|
| | 管理費および自立者生活支援費用に含まれるサービス | その都度徴収するサービス | 管理費および保険給付対象に含まれるサービス | その都度徴収するサービス |
| 介護サービス | | | | |
| ○ 巡回 ・昼間、夜間 | 2時間毎 | — | 2時間毎 | — |
| ○ 食事介助 | 食堂内の配下膳は毎食時、適宜介助 | — | 食堂内の配下膳は毎食時、適宜介助 | — |
| ○ 排泄 ・排泄介助 ・おむつ交換 | — — | — おむつ代実費 | 適宜実施 適宜実施 | — おむつ代実費 |
| ○ 入浴※1 ・清拭 ・見守り又は一部介助 ・特浴介助 | — — — | 一回1650円 一回1650円 — | 入浴できない場合週2回 週2回 週2回 | 週3回以上は1回1650円 週3回以上は1回1650円 週3回以上は1回1650円 |
| ○ 身辺介助 ・体位交換 ・居室からの移動 ・衣類着脱 ・整容介助 | — — — — | — — — — | 適宜実施 適宜実施 適宜実施 適宜実施 | — — — — |
| ○ 外出介助 ・買物など | — | — | 月1回 | 月2回以上は1回1650円 |
| ○ 機能訓練 | — | — | ケアプランに基づき 機能訓練指導員による指導 | — |
| ○ 通院介助 協力医療機関 協力医療機関以外 | 適宜実施 — | — 付添は30分1650円 | 適宜実施 近隣への付添は週1回 | — 近隣への週2回目以降の付添、及び遠方への付添は30分1650円 |
| ○ 送迎 協力医療機関 協力医療機関以外 | 適宜実施 移送は土日祝以外の9:00～17:00 | — 遠方移送は実施しません | 適宜実施 移送は土日祝以外の9:00～17:00 | — 遠方移送は実施しません |
| ○ 緊急時対応 ・緊急通報装置 | 24時間対応 | — | 24時間対応 | — |
| 生活サービス | | | | |
| ○ 家事 ・清掃 ・洗濯 ・リネン交換 ・私物の洗濯 | 週1回(介護上必要で ある場合対応) 週1回(致します) — | 実施日以外は30分1650円 実施日以外は1回550円 実施日以外は1回550円 介護上必要でない私物の洗濯代は実費(クリーニングに出す等、特別な場合) | 週1回(介護上必要で ある場合対応) 週1回(致します) — | 実施日以外は30分1650円 実施日以外は1回550円 実施日以外は1回550円 介護上必要でない私物の洗濯代は実費(クリーニングに出す等、特別な場合) |
| ○ 居室配膳、下膳 | 適宜実施 | — | 適宜実施 | — |
| ○ 理美容 | — | 実費 | — | 実費 |
| ○ 代行 ・買物、支払 ・役所手続き | 週1回(指定日) 月1回(指定日) | 指定日以外は30分1650円 指定日以外は30分1650円 | 週1回(指定日) 月1回(指定日) | 指定日以外は30分1650円 指定日以外は30分1650円 |
| 健康管理サービス | | | | |
| ○ 日常健康管理 ・服薬管理 ・バイタルチェック ・水分、排泄チェック ・口腔ケア | 適宜実施 適宜実施 適宜実施 適宜実施 | — — — — | 適宜実施 適宜実施 適宜実施 適宜実施 | — — — — |
| ○ その他 ・健康診断 ・健康相談、生活指導 | 年1回の機会を設けます 適宜実施 | 健康診断は実費負担 — | 年1回 適宜実施 | — — |
| 入退院時、入院中の提供サービス | | | | |
| ・付添サービス | 近隣・協力医療機関への移送 | 付添は30分1650円 遠方移送は実施しません | 協力・近隣医療機関へは移送および付添 | 協力医療機関以外の近隣医療機関は週2回目以降、及び遠方付添は30分1650円 |
| ・お見舞い、連絡等 | 適宜実施 | — | 適宜実施 | — |
| その他のサービス | | | | |
| ・アクティビティ | 適宜実施 | 一部実費 (ご希望によりご参加いただけます) | 適宜実施 | 一部実費 (ご希望によりご参加いただけます) |

※ 近隣医療機関・・・当施設より半径5km以内の病院

※1入浴にあたっては、職員を配置し、見守り・介助等を行います。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 》

(税込)

| 項 目 | 内 容/基 準 | 単 価 |
|---|-----------------------|----------------|
| <p><u>ご家族等の利用者居室での宿泊（※）</u></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"> ・利用開始時 ・終末期の看取り時 <p>なお、利用者不在時のご家族だけの宿泊は認められません。</p> <p>*施設・設備利用料です（寝具・リネン類はホームにてご用意します）</p> <p>*食事は含まれません</p> <p>*前日までの申込みが必要です（ご利用者の急な体調変化に伴う付き添い希望の場合等にご相談ください）</p> | <p>1泊2日 1名あたり</p> | <p>1,100 円</p> |
| <p><u>ご家族等への食事の提供</u></p> <p>*以下の期限までの申込みが必要です。</p> <p>朝食：前日の18時、昼食：当日の9時 夕食：当日の15時</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>一食あたり</p> | <p>704 円</p> |
| | <p>特別食の場合</p> | <p>1,650 円</p> |

※ 上記サービスはホーム利用者のご家族等に提供するものです。

ホーム名： メディカル・リハビリホームボンセジュール秦野渋沢

神奈川県有料老人ホーム設置運営指導指針 適合表

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

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

その他(上記項目以外の主な指針不適合事項)

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

(当社の規定1) 当社では「消費者物価指数及び人件費、また諸種の経済状況の変化などを勘案し、事業の安定的継続の視点から、運営懇談会の意見を聞いて、改定する場合があります。」と定めております。

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

① 入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき

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

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

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

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

(県の規定3) 契約解除の通告に90日程度の十分な予告期間をおくこと。

(当社の規定3) 当社では「利用者自身、他の利用者あるいはベネッセスタイルケアの従業員の心身または生命に危害を及ぼすおそれがあるとき、または他の利用者への本件サービスの提供に著しく悪影響を及ぼすときは、3ヶ月前に理由を示した書面による申し入れをせずに、解約することができます。」と定めております。

※代替措置、改善計画等は、別紙で明記することも可とする。