

ベルジ箕輪

入居契約重要事項説明書

兼「東京都消費生活条例による表示」

ベルジ株式会社

令和6年 2月 1日現在

重要事項説明書

| | |
|-------|------------|
| 記入年月日 | 令和6年 2月 1日 |
| 記入者名 | 高木 正幸 |
| 所属・職名 | 支配人 |

1. 事業主体概要

| | | |
|------------|-------------------------------|---|
| 種類 | 個人/法人 | |
| | ※法人の場合、その種類 | 株式会社 |
| 名称 | (ふりがな) べるじかぶしきがいしゃ ベルジ株式会社 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒370-3104 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 027-371-6610 |
| | FAX番号 | 027-371-6613 |
| | ホームページアドレス | http://www.e-verde.co.jp/ |
| | メールアドレス | minowa@e-verde.co.jp |
| 代表者 | 氏名 | 樋口 朋幸 |
| | 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | 昭和45年6月1日 | |
| 主な実施事業 | ※別添1 (別に実施する介護サービス一覧表) | |

2. 有料老人ホーム事業の概要

(住まいの概要)

| | | |
|---------------|---|--|
| 名称 | (ふりがな) ゆうりょうろうじんほーむべるじみのわ 有料老人ホームベルジ箕輪 | |
| 所在地 | 〒370-3104 群馬県高崎市箕郷町上芝 8 3 9 番地 4 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | J R 高崎駅 |
| | 交通手段と所要時間 | JR 上越新幹線、北陸新幹線、高崎線「高崎駅」下車・高崎駅西口バス乗場（2番）より群馬バス「浜川経由箕郷行」乗車・「永井外科胃腸科前」停留所下車（約25分・約10km）・徒歩（約2分） |
| 連絡先 | 電話番号 | 027-371-6610 |
| | FAX番号 | 027-371-6613 |
| | ホームページアドレス | http://www.e-verde.co.jp/ |
| | メールアドレス | minowa@e-verde.co.jp |
| 管理者 | 氏名 | 高木 正幸 |
| | 職名 | 支配人 |
| 建物の竣工日 | | 昭和63年6月1日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 平成12年4月1日 |

(類型)【表示事項】

| | | |
|---|------------|------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合） <input type="checkbox"/> 2 介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合） <input type="checkbox"/> 3 住宅型 <input type="checkbox"/> 4 健康型 | | |
| 1 又は 2 に 該当する場 合 | 介護保険事業者番号 | 1072100058 |
| | 指定した自治体名 | 群馬県高崎市 |
| | 事業所の指定日 | 平成12年3月27日 |
| | 指定の更新日（直近） | 令和2年4月1日 |

3. 建物概要

| | | | | | | |
|---------|--------------------------------|---|--|-------------------------------|---------|---------|
| 土地 | 敷地面積 | 9241.08 m ² | | | | |
| | 所有関係 | 1 事業者が自ら所有する土地 | | | | |
| | | 2 事業者が賃借する土地 | | | | |
| | | 借地権の種類 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> 普通借地権 | | 2 定期借地権 | |
| | | 抵当権の有無 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり | 2 <input type="checkbox"/> なし | | |
| | | 契約期間 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり (19年 6月 21日～ 39年 6月 20日) | | | |
| | 契約の自動更新 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり | 2 なし | | | |
| 建物 | 延床面積 | 本館・新館 | | 8321.09 m ² | | |
| | | 別館 | | 2777.08 m ² | | |
| | | うち、老人ホーム部分 | | 11098.17 m ² | | |
| | 耐火構造 | <input checked="" type="checkbox"/> 耐火建築物（建築基準法第2条第9号の2） <input type="checkbox"/> 準耐火建築物（建築基準法第2条第9号の3） <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | | |
| | 構造 | <input checked="" type="checkbox"/> 鉄筋コンクリート造（本館・新館） <input checked="" type="checkbox"/> 鉄骨造（本館・新館・別館） <input type="checkbox"/> 木造 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | | |
| | 所有関係 | 1 事業者が自ら所有する建物 | | | | |
| | | 2 事業者が賃借する建物 | | | | |
| 抵当権の設定 | | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり | | 2 <input type="checkbox"/> なし | | |
| 契約期間 | | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり (H19年6月21日～H39年6月20日) | | | | |
| | 契約の自動更新 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり | | 2 なし | | |
| 居室の状況 | 居室区分 【表示事項】 | 1 全室個室 | | | | |
| | | 2 <input checked="" type="checkbox"/> 相部屋あり | | | | |
| | | 最少 | 2人部屋 | | | |
| | 最大 | 4人部屋 | | | | |
| | | トイレ | 浴室 | 面積 | 戸数・室数 | 区分※ |
| | 個室 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 21.8 m ² | 164 室 | 一般居室個室 |
| | 相部屋 2 名 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 43.7 m ² | 2 室 | 介護居室相部屋 |
| | 相部屋 3 名 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 42.9 m ² | 7 室 | 介護居室相部屋 |
| 相部屋 4 名 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 42.3 m ² | 1 室 | 介護居室相部屋 | |

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

| | | | | |
|----------------------|--|--|-----------------|-----|
| 共用施設 | 共用便所における 便房 | 9ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便房 | 6ヶ所 |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | 4ヶ所 |
| | 共用浴室 | 3ヶ所 | 個室 | 0ヶ所 |
| | | | 大浴場 | 3ヶ所 |
| | 共用浴室における 介護浴槽 | 5ヶ所 | チェアー浴 | 0ヶ所 |
| | | | リフト浴 | 1ヶ所 |
| | | | ストレッチャー浴 | 0ヶ所 |
| | | | その他（介護浴室） | 4ヶ所 |
| | 食堂 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし ・ 1階3ヶ所（172.5㎡・363.1㎡・304.4㎡） ・ 2階1ヶ所（155.9㎡） | | |
| | 機能訓練室 | ・ 1階1カ所（112㎡） | | |
| 入居者や家族が利用 できる調理設備 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし | | | |
| エレベーター | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり（車椅子対応） 2 <input checked="" type="checkbox"/> あり（ストレッチャー対応） 3 <input checked="" type="checkbox"/> あり（上記1・2に該当しない） 4 <input type="checkbox"/> なし | | | |
| 消防用設備 等 | 消火器 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし | | |
| | 自動火災報知設備 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし | | |
| | 火災通報設備 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし | | |
| | スプリンクラー | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし | | |
| | 防火管理者 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし | | |
| | 防災計画 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし | | |
| その他 | | | | |

4. サービスの内容

(全体の方針)

| | |
|-----------------|---|
| 運営に関する方針 | <p>※一人ひとりの尊厳を守り、安心、安全、快適な住まいの提供を心がけ、常にサービス向上に努める</p> <p>※集団処遇から個別ケアを目指した自立を支援する介護</p> |
| サービスの提供内容に関する特色 | <p>食事サービス...入居者様の健康を考慮し、栄養士管理のもと選択メニュー・行事食・季節の料理を提供し楽しんで頂いております。</p> <p>看護職員による健康相談、通院時の付添い、機能訓練、健康体操を実施し、健康管理に努めています。</p> <p>買物代行、外食会、ドライブ、運営懇談会を開催、皆様よりご意見を頂戴し改善を行っております。自立支援を目指し、身体・生活における両面をサポートしております。</p> |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 食事の提供 | 1 自ら実施 2 <input checked="" type="checkbox"/> 委託 3 なし |
| 洗濯、掃除等の家事の供与 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 健康管理の供与 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 安否確認又は状況把握サービス | 1 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 生活相談サービス | 1 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし |

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

| | | | |
|--------------------------------|---------------|------|---|
| 特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無 | 生活機能向上連携加算 | (I) | 1 あり 2 なし |
| | | (II) | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし |
| | 個別機能訓練加算 | (I) | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし |
| | | (II) | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし |
| | ADL維持等加算 | | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし |
| | 夜間看護体制加算 | | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし |
| | 若年性認知症入居者受入加算 | | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし |
| | 医療機関連携加算 | | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし |
| | 口腔衛生管理体制加算 | | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし |
| | 退院・退所時連携加算 | | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし |
| | 科学的介護推進体制加算 | | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし |

| | | | | | | |
|--------------------------|--|--|--|--|----|----|
| | 介護職員等 ^{ヘルパー} ・ ^{ヘルプ} 等 支援加算 | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | 2 | なし | |
| | 看取り介護 加算 | (I) | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | 2 | なし |
| | | (II) | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | 2 | なし |
| | サービス提 供体制強化 加算 | (I)イ | 1 | あり | 2 | なし |
| | | (I)ロ | 1 | あり | 2 | なし |
| | | (II) | 1 | あり | 2 | なし |
| | 介護職員処 遇改善加算 | (III) | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | 2 | なし |
| | | (I) | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | 2 | なし |
| | | (II) | 1 | あり | 2 | なし |
| | | (III) | 1 | あり | 2 | なし |
| | 介護職員等 特定処遇改 善加算 | (IV) | 1 | あり | 2 | なし |
| (V) | | 1 | あり | 2 | なし | |
| | (I) | 1 | あり | 2 | なし | |
| | (II) | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | 2 | なし | |
| 人員配置が手厚い介護サービスの 実施の有無 | 1 | あり | (介護・看護職員の配置率) 2・5：1 | | | |
| | 2 | <input checked="" type="checkbox"/> なし | | | | |

(医療連携の内容)

| | | | | | |
|----------------|---------------------------------------|-----------------|--|--|--|
| 医療支援 ※複数選択可 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | 救急車の手配 | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | 入退院の付添い | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 3 | 通院介助 | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 4 | その他（ターミナルケアの実施） | | | |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | 佐藤医院 | | |
| | | 住所 | 高崎市箕郷町生原 1081-5 | | |
| | | 診療科目 | 外科・内科・消化器科 | | |
| | | 協力内容 | 定期訪問による往診・緊急対応・他の医療機関に入院を要する場合の紹介等 | | |
| | 2 | 名称 | 問屋町クリニック | | |
| | | 住所 | 高崎市問屋町 1-8-2 | | |
| | | 診療科目 | 内科 | | |
| | | 協力内容 | 定期訪問による往診・緊急対応・他の医療機関に入院を要する場合の紹介等、年2回の健康診断の実施 | | |
| | 3 | 名称 | 細谷医院 | | |
| | | 住所 | 高崎市本郷町 1443-1 | | |

| | | | |
|--------|---|------------------------------------|---|
| | | 診療科目 | 内科 |
| | | 協力内容 | 定期訪問による往診・緊急対応・他の医療機関に入院を要する場合の紹介等 |
| | 4 | 名称 | 榛名荘病院 |
| | | 住所 | 高崎市中室田町 5989 |
| | | 診療科目 | 内科 |
| | | 協力内容 | 定期訪問による往診・緊急対応・他の医療機関に入院を要する場合の紹介等 |
| | 5 | 名称 | 真木病院 |
| | | 住所 | 高崎市筑縄町 71-1 |
| | | 診療科目 | 内科 |
| | | 協力内容 | 定期訪問による往診・緊急対応・他の医療機関に入院を要する場合の紹介等 |
| | 6 | 名称 | みんなの前橋クリニック |
| | | 住所 | 前橋市元総社町 227-1 新前橋 101 部分 I 北棟 1F 1-B 号室 |
| 診療科目 | | 内科 | |
| 協力内容 | | 定期訪問による往診・緊急対応・他の医療機関に入院を要する場合の紹介等 | |
| 協力医療歯科 | 1 | 名称 | 芳賀歯科医院 |
| | | 住所 | 前橋市高花台 1-9-2 |
| | | 協力内容 | 治療・必要に応じ往診、職員への指導助言 |

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

| | | | | |
|--------------------------|--------|--------------|--------|--|
| 入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可 | | 1 一時介護室へ移る場合 | | |
| | | 2 介護居室へ移る場合 | | |
| | | 3 その他 () | | |
| 判断基準の内容 | | | | |
| 手続の内容 | | | | |
| 追加的費用の有無 | | 1 あり | 2 なし | |
| 居室利用権の取扱い | | | | |
| 前払金償却の調整の有無 | | 1 あり | 2 なし | |
| 従前の居室との 仕様の変更 | 面積の増減 | 1 あり | 2 なし | |
| | 便所の変更 | 1 あり | 2 なし | |
| | 浴室の変更 | 1 あり | 2 なし | |
| | 洗面所の変更 | 1 あり | 2 なし | |
| | 台所の変更 | 1 あり | 2 なし | |
| | その他の変更 | 1 あり | (変更内容) | |
| | | 2 なし | | |

(入居に関する要件)

| | | | |
|--------------------|---|--|------|
| 入居対象となる者 【表示事項】 | 自立している者 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり | 2 なし |
| | 要支援の者 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり | 2 なし |
| | 要介護の者 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり | 2 なし |
| 留意事項 | 年齢制限なし・2人入居の場合は夫婦、親子、兄弟姉妹 | | |
| 契約の解除の内容 | <p>① 入居者が逝去した場合（2名入居の場合はどちらとも逝去した場合）</p> <p>② 入居者から契約解除が行われた場合（30日前）</p> <p>③ 事業者から契約解除が行われた場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 ・月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、3ヶ月滞納したとき ・入居契約書20条（禁止又は制限される行為）の規定に違反したとき ・入居者の行為が他の入居者の生命に危険を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止することが出来ないとき | | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 入居契約書 (事業者からの契約解除) | |
| | 解約予告期間 | 3ヶ月 | |
| 入居者からの解約予告期間 | 1ヶ月 | | |
| 体験入居の内容 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり（1泊2日（3食付）体験期間は1ヶ月以内） 2 なし | | |
| 体験入居の費用 | ¥8,800 | | |
| 入居定員 | 206人 | | |
| その他 | 【短期解約特例】入居一時金の償却起算日後3ヶ月以内に解約される場合は、契約書に基づき、入居一時金及び月額利用料等、受領済み総額の契約期間に関わる日割り分を除き、返還いたしません。 | | |

5. 職員体制

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

（職種別の職員数）

| | 職員数（実人数） | | | 常勤換算人数 ※1※2 |
|--|----------|-----|-----|----------------|
| | 合計 | 常勤 | 非常勤 | |
| 管理者 | 1人 | 1人 | 0人 | 0.1 |
| 生活相談員 | 6人 | 6人 | 0人 | 3.5 |
| 直接処遇職員 | 89人 | 58人 | 31人 | 68.6 |
| 介護職員 | 76人 | 49人 | 27人 | 57.5 |
| 看護職員 | 13人 | 9人 | 4人 | 11.1 |
| 機能訓練指導員 | 7人 | 7人 | 0人 | 3.8 |
| 計画作成担当者 | 6人 | 6人 | 0人 | 2.3 |
| 栄養士 | 1人 | 1人 | 0人 | 1.0 |
| 調理員 | 13人 | 12人 | 1人 | 12.5 |
| 事務員 | 7人 | 4人 | 3人 | 5.4 |
| その他職員 | | | | |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2 | | | | 週40時間以下 |
| ※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。 | | | | |
| ※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。 | | | | |

（職務内容）

| 職 種 | 職務内容 |
|---------|---|
| 管理者 | 当事業所に携わる従業者の管理、指導を一元的に行います。 |
| 生活相談員 | 入居者及びそのご家族からの相談に適切に応じるとともに、レクリエーション等の計画、指導を行う他、関係市町村との連携を図るほか、ボランティアの指導を行います。 |
| 介護職員 | 日常生活上の介護や世話をを行うほか、当該入居者の施設サービス計画書に基づく介護を行います。 |
| 看護職員 | 入居者の主治医の指示に基づき、投薬、検温、血圧測定等の医療行為を行うほか、当該入居者の施設サービス計画書に基づく看護を行います。 |
| 機能訓練指導員 | 入居者一人ひとりの心身の状態に合わせて機能訓練を行い、できる限り自分で身の周りのことができるように支援していく役割を担っています。 |

| | |
|---------|---|
| 計画作成担当者 | 入居者や家族の要望を聞き、心身状態を考慮し一人ひとりに合った施設サービス計画書の作成を行います。 |
| 栄養士 | 献立作成から食材発注・調理を担当し、一人ひとりの身体状況に合わせた調理方法を考え、食べやすい形態にして提供します。 |
| 調理員 | 美味しい食事を楽しんでもらうと同時に、病気や障害に応じ食べやすい形態、好みに合わせた調理を行います。 |
| 事務員 | 事務員は、庶務、経理その他必要な事務にあたります。 |

(資格を有している介護職員の人数)

| | 合計 | | |
|-----------------------|-----|-----|-----|
| | | 常勤 | 非常勤 |
| 社会福祉士 | 2人 | 2人 | 0人 |
| 介護福祉士 | 41人 | 29人 | 12人 |
| 実務者研修の修了者 | 0人 | 0人 | 0人 |
| 初任者研修の修了者 (ヘルパー2級) | 11人 | 5人 | 6人 |
| 介護支援専門員 | 6人 | 6人 | 0人 |

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

| | 合計 | | |
|-------------|----|----|-----|
| | | 常勤 | 非常勤 |
| 看護師又は准看護師 | | | |
| 理学療法士 | 2人 | 2人 | |
| 作業療法士 | 1人 | 1人 | |
| 言語聴覚士 | | | |
| 柔道整復士 | 2人 | 2人 | |
| あん摩マッサージ指圧師 | 2人 | 2人 | |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

| 夜勤帯の設定時間 (18時30分 ~ 9時00分) | | |
|----------------------------|------|-----------------|
| | 平均人数 | 最少時人数 (休憩者等を除く) |
| 看護職員 | 0人 | 0人 |
| 介護職員 | 5人 | 5人 |

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

| | | |
|---|------------------------------------|---|
| 特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能) | 契約上の職員配置比率* 【表示事項】 | a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 d 3 : 1 以上 |
| | 実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数) | 3 : 1 |

※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択

| | | |
|--|------------|--|
| 外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制(外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能) | ホームの職員数 | |
| | 訪問介護事業所の名称 | |
| | 訪問看護事業所の名称 | |
| | 通所介護事業所の名称 | |

(職員の状況)

| | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|---------------|---------------|------------------|------------------|-------|-----|---------|-----|---------|-----|----|
| 管理者 | 他の職務との兼務 | | 1 あり 2 なし | | | | | | | | |
| | 業務に係る資格等 | | 1 あり | | | | | | | | |
| | 資格等の名称 | 介護福祉士 介護支援専門員 | | | | | | | | | |
| | 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人 | 2人 | 3人 | 9人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 1人 | 0人 | |
| 前年度1年間の退職者数 | 1人 | 0人 | 5人 | 4人 | 1人 | 0人 | 0人 | 0人 | 1人 | 0人 | |
| 応じた業務に従事した経験年数に 職員の人数 | 1年未満 | 2人 | 2人 | 6人 | 5人 | 0人 | 0人 | 3人 | 0人 | 1人 | 0人 |
| | 1年以上 3年未満 | 2人 | 1人 | 5人 | 7人 | 0人 | 0人 | 1人 | 0人 | 0人 | 0人 |
| | 3年以上 5年未満 | 2人 | 1人 | 3人 | 6人 | 1人 | 0人 | 0人 | 0人 | 1人 | 0人 |
| | 5年以上 10年未満 | 1人 | 0人 | 11人 | 8人 | 2人 | 0人 | 1人 | 0人 | 2人 | 0人 |
| | 10年以上 | 2人 | 0人 | 23人 | 3人 | 3人 | 0人 | 2人 | 0人 | 2人 | 0人 |
| | 従業者の健康診断の実施状況 | | | 1 あり 2 なし | | | | | | | |

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

| | | |
|--------------------------------|--|--|
| 居住の権利形態 【表示事項】 | <input 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 | |
| 利用料金の支払い方式 【表示事項】 | <input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式 | |
| | <input type="checkbox"/> 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択 | <input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式 |
| 年齢に応じた金額設定 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | |
| 要介護状態に応じた金額設定 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | |
| 入院等による不在時における 利用料金（月払い）の取扱い | <input type="checkbox"/> 1 減額なし <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input checked="" type="checkbox"/> 3 不在期間が7日以上の場合に限り、日割り計算で減額 | |
| 利用料金の改定 | 条件 | 全入居者対象 |
| | 手続 | 2年に1回、ホームが所在する自治体の消費者物価指数や人件費等を勘案し、運営懇談会の意見を聴いて、家賃相当額以外の月額利用料を改定することがある。 |

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

| | | プラン1 (本館 終身利用) | プラン2 (別館 1年コース) |
|---|-------------------------------|--|--|
| 入居者の状況 | 要介護度 | 要介護1 | 要介護1 |
| | 年齢 | 75歳 | 75歳 |
| 居室の状況 | 床面積 | 21.87㎡ | 24.9㎡ |
| | 便所 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 |
| | 浴室 | <input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無 | <input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無 |
| | 台所 | <input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無 | <input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無 |
| 入居時点で 必要な費用 | 前払金 | 8,766,000円 | 730,000円 |
| | 敷金 | 0円 | 0円 |
| 月額費用の合計（30日利用の場合） | | 104,580円 | 164,580円 |
| 家賃（日額：2,000円 30日利用の場合） | | 0円 | 60,000円 |
| 用 サ ー ビ ス 費 外 注 2 | 特定施設入居者生活介護 ^{*1} の費用 | 円 | 円 |
| | 介護保険 食費（30日利用の場合） | 55,080円 | 55,080円 |
| | 管理費（30日利用の場合） | 49,500円 | 49,500円 |

| | | | |
|--|------|--------------|--------------|
| | 介護費用 | 介護保険に係る費用のみ | 介護保険に係る費用のみ |
| | 光熱水費 | 実費 | 実費 |
| | その他 | 介護用品費は別途実費負担 | 介護用品費は別途実費負担 |

※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。

※2 有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない）

(利用料金の算定根拠)

| 費目 | 算定根拠 |
|----------------------|--|
| 家賃 | 終身にわたる入居一時金を前払いとして受領しているため、月払いの家賃相当額の支払いは不要です。 |
| 敷金 | 家賃の 0ヶ月分 |
| 介護費用 | 要支援・要介護に応じて介護費用の1割/2割/3割を徴収する。 |
| 管理費 | 事務管理費、生活サービスの人件費、共用施設の維持管理費 ※実費で提供するサービスは、介護サービス等の一覧表参照 日額：1,650円/1日 |
| 食費 | 人件費等の諸経費、食材費に基づく費用 日額：1,836円/1名 |
| 光熱水費 | 実費負担 |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 別添2 |
| その他のサービス利用料 | 別添2 |

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

| 費目 | 算定根拠 |
|--|------|
| 特定施設入居者生活介護※に対する自己負担 | 別添2 |
| 特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乘せサービス） | なし |

※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能

| | | |
|-------------------------------------|-------------------|--|
| 算定根拠 | | 借地、建設費、借入利息等を基盤とし、平均余命等を勘案した想定居住期間の家賃相当額 |
| 想定居住期間（償却年月数） | | 96ヶ月（終身利用コース） 12ヶ月（1年コース） |
| 償却の開始日 | | 入居日 |
| 想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額（初期償却額） | | 0円 |
| 初期償却率 | | 0% |
| 返還金の算定方法 | 入居後3月以内の契約終了 | 入居日から三カ月以内の契約解除の場合又は死亡による契約終了の場合は、受領済みの一時金を全額返還する。ただし、利用期間に関わる利用料を下記算定方法に基づき受領する。 一時金÷想定居住期間の月数÷30×（入居日から契約終了までの実日数） 必要な原状回復費用があれば受領する |
| | 入居後3月を超えた契約終了 | 以下の算定式に基づく額を返還 入居一時金÷2922日×（2922日－経過日数）（終身利用コース） 入居金÷365日×（365日－経過日数）（1年コース） |
| 前払金の保全先 | 1 連帯保証を行う銀行等の名称 | |
| | 2 信託契約を行う信託会社等の名称 | |
| | 3 保証保険を行う保険会社の名称 | |
| | 4 全国有料老人ホーム協会 | |
| | 5 その他（名称：_____） | |

7. 入居者の状況【R5.7.1】

(入居者の人数)

| | | |
|---------|------------|------|
| 性別 | 男性 | 79人 |
| | 女性 | 115人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 5人 |
| | 65歳以上75歳未満 | 32人 |
| | 75歳以上85歳未満 | 49人 |
| | 85歳以上 | 108人 |
| 要介護度別 | 自立 | 2人 |
| | 要支援1 | 9人 |
| | 要支援2 | 4人 |
| | 要介護1 | 38人 |
| | 要介護2 | 28人 |
| | 要介護3 | 44人 |
| | 要介護4 | 41人 |
| | 要介護5 | 28人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 33人 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | 20人 |
| | 1年以上5年未満 | 90人 |
| | 5年以上10年未満 | 41人 |
| | 10年以上15年未満 | 7人 |
| | 15年以上 | 3人 |
| 入居時の住所地 | 県内 | 109人 |
| | うち施設の市町村内 | 86人 |
| | 県外 | 85人 |

(入居者の属性)

| | |
|---------|-------|
| 平均年齢 | 83.3歳 |
| 入居者数の合計 | 194人 |
| 入居率※ | 94.2% |

※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。

(前年度における退去者の状況)

| | | |
|---------|----------|------------------------------|
| 退去先別の人数 | 自宅等 | 1人 |
| | 社会福祉施設 | 46人 |
| | 医療機関 | 23人 |
| | 死亡者 | 31人 |
| | その他 | 0人 |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出 | 0人 |
| | | (解約事由の例) |
| | 入居者側の申し出 | 70人 |
| | | (解約事由の例) 医療機関長期入院、特養入所 など |

8. 苦情・事故等に関する体制

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

| | | |
|----------|-------|--------------|
| 窓口の名称 | | ベルジ箕輪窓口 |
| 電話番号 | | 027-371-6610 |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00~18:00 |
| | 土曜 | 9:00~18:00 |
| | 日曜・祝日 | 9:00~18:00 |
| 定休日 | | なし |

| | | |
|----------|-------|------------------|
| 窓口の名称 | | 高崎市介護保険担当課 |
| 電話番号 | | 027-321-1111 (代) |
| 対応している時間 | 平日 | 8:30~17:15 |
| | 土曜 | — |
| | 日曜・祝日 | — |
| 定休日 | | 土日・祝日 |

| | | |
|----------|-------|------------------------|
| 窓口の名称 | | 群馬県国民健康保険団体連合会 苦情・相談窓口 |
| 電話番号 | | 027-290-1323 |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00~16:30 |
| | 土曜 | — |
| | 日曜・祝日 | — |
| 定休日 | | 土日・祝日 |

| | | |
|----------|----------------------|-------------|
| 窓口の名称 | (公社) 全国有料老人ホーム協会 | |
| 電話番号 | 03-3548-1077 | |
| 対応している時間 | 平日 | 10:00~17:00 |
| | 土曜 | — |
| | 日曜・祝日 | — |
| 定休日 | 火・木・土・日 (祝日・年末年始を除く) | |

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

| | | |
|-------------------------------|--|--|
| 損害賠償責任保険の加入状況 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり | (その内容) 入居者生活保証制度(全国有料老人ホーム協会)当社が協会に個別入居者の拠出金を支払うことにより、万一倒産等に至り、入居者全て退居せざるを得なくなり、かつ入居者から入居契約が解除された場合に、償却期間終了後においても保証金として500万円が入居者に支払われる。 |
| | 2 なし | |
| 介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり | (その内容) |
| | 2 なし | |
| 事故対応及びその予防のための指針 | 1 あり | 2 なし |

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

| | | | |
|----------------------------------|--|--------|--|
| 利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり | 実施日 | 平成27年9月1日 |
| | | 結果の開示 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし |
| 2 なし | | | |
| 第三者による評価の実施状況 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり | 実施日 | 平成23年1月26日 |
| | | 評価機関名称 | ぎょうせい総合研究所 |
| | | 結果の開示 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし |
| 2 なし | | | |

9. 入居希望者への事前の情報開示

| | |
|----------|---|
| 入居契約書の雛形 | 1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 3 公開していない |
| 管理規程 | 1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 3 公開していない |
| 事業収支計画書 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない |
| 財務諸表の要旨 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない |
| 財務諸表の原本 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない |

10. その他

| | | | |
|--|---|--|--|
| 運営懇談会 | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | (開催頻度) 年 1 2 回 |
| | 2 | なし | |
| | 1 | 代替措置あり | (内容) |
| | 2 | 代替措置なし | |
| 提携ホームへの移行 【表示事項】 | 1 | あり (提携ホーム名:) | |
| | 2 | なし | |
| 有料老人ホーム設置時の老人福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出 | 1 | あり | 2 なし |
| | 3 | サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要 | |
| 高齢者の居住の安定確保に関する法律第 5 条第 1 項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録 | 1 | あり | 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| 有料老人ホーム設置運営指導指針「5.規模及び構造設備」に合致しない事項 | 1 | あり | 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| 合致しない事項がある場合の内容 | | | |
| 「6.既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性 | 1 | 適合している (代替措置) | |
| | 2 | 適合している (将来の改善計画) | |
| | 3 | 適合していない | |
| 有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項 | 無 | | |
| 不適合事項がある場合の内容 | | | |
| (公社) 全国有料老人ホーム協会への加入 | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | 2 なし |

添付書類：別添1（重度化した場合における対応に関わる指針）

別添2（看取りに関する指針）

別添3（別の実施する介護サービス等一覧表）

別添4（個別選択による介護サービス等一覧表）

説明年月日 西暦 年 月 日

入居及び（介護予防）特定施設入居者生活介護のサービス提供開始にあたり、ご利用者様に対して本書面に基づいて重要な事項を説明致しました。

事業者

名 称 有料老人ホームベルジ箕輪

説明者署名

私は、本書面により、事業所から重要事項の説明を受け、同意のうえ交付を受けました。

また利用者が、身体の状態等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が家族代表者として利用者に代わってその署名を代筆いたしました。

利用者

氏 名 _____ ㊞

家族代表者

氏 名 _____ ㊞（続柄 _____）

別紙 1

重度化した場合における対応に関わる指針

有料老人ホーム
ベルジ箕輪

ベルジ箕輪では、入居者様の身体状況が悪化し、医療行為等が必要になった場合には、以下のとおり適切に対応致します。

1. 急性期における医師や医療機関との連携体制

入居者様の病状の急性増悪や急変が発生した場合には、介護職員が入居者様の状態を確認し、当該施設の看護職員との 24 時間の連絡体制により対応を図るとともに、ご家族様にも状況説明を行います。

また、協力医療機関への診察も依頼し、予断を許さない場合には、救急車の要請を行います。

2. 入院期間中における利用料金等の取扱い

入居者様が医療機関に入院された場合には、入居契約書に定めた管理費、家賃相当額、その他の費用がかかります。

3. 看取りに関する指針

入居者様の病状の重篤化などにおける看取りにつきましては、基本的に入居者様本人やご家族様等の意向を尊重いたします。当該施設での生活の継続を希望される場合には、出来る限りのサービス提供に努めます。また、看取りの際には再度入居者様本人やご家族様等にご意向を確認いたします。ただし、医師が医療行為を必要と判断した場合は除きます。

4. ご本人及び家族との話し合い方法

看取りに関する判断は、原則的には入居者様本人に説明し同意を得るものといたします。ただし、入居の段階で入居者様本人の意思を確認出来ない場合には、ご家族様自身の意思・意向ではなく、ご家族様が入居者様本人の最もたる支援者であると位置づけ、ご家族様が推測する入居者様本人の意思として同意を得るものといたします。

(附 則)

この指針は、令和 6 年 2 月 1 日から施行する。

1. 当施設における看取り介護の考え方

看取り介護とは、近い将来に死に至ることが予見される方に対し、その身体的・精神的苦痛、苦悩をできるだけ緩和し、死に至るまでの期間、その方なりに充実して納得して生き抜くことができるように日々の暮らしを営めることを目的として援助することであり、対象者の尊厳に十分配慮しながら終末期の介護について心をこめてこれを行なうことである。

2. 看取り介護の視点

終末期の過程においては、その死をどのように受け止めるかという個々の価値観が存在し、看取る立場にある家族の思いも錯綜することも普通の状態として考えられる。

施設での看取り介護は、長年過ごした場所で親しい人々に見守られ自然な死を迎えられることであり、施設はご入居者様またはご家族様に対し以下の確認を事前に行い理解を得る。

① 施設における医療体制の理解

- ・常勤医師の配置がないこと
- ・医師とは協力医療機関とも連携し必要時は24時間の連絡体制を確保して必要に応じ健康上の管理等に対応すること

② 病状の変化等に伴う緊急時の対応については看護職員が医師との連絡をとり判断すること

③ ご家族様との24時間の連絡体制を確保していること

④ 看取りの介護に対するご家族様の同意を得ること

3. 看取り介護の具体的支援内容

① ご入居者様に対する具体的支援

I. ボディケア

- ・バイタルサインの確認
- ・環境の整備を行なう
- ・安寧、安楽への配慮
- ・清潔への配慮
- ・栄養と水分補給を適切に行う
- ・排泄ケアを適切に行う
- ・発熱、疼痛への配慮

II. メンタルケア

- ・身体的苦痛の緩和
- ・コミュニケーションを重視する
- ・プライバシーへの配慮を行なう
- ・全てを受容してニーズに沿う態度で接する

III. 看護処置

- ・医師の指示に基づき必要な点滴や酸素吸入等の医療処置を看護職員によって行う。

② ご家族様に対する支援

- ・話しやすい環境を作る
- ・ご家族関係への支援にも配慮する
- ・希望や心配事に真摯に対応する
- ・ご家族様の身体的、精神的負担の軽減へ配慮する
- ・死後の援助を行なう

③ 看取り介護実施における記録類

- ・看取り介護同意書
- ・医師の指示
- ・看取り介護計画書
- ・経過観察記録及び臨終時の記録
- ・ケアカンファレンスの記録

④ 看取り介護実施における職種ごとの役割

(管理者)

- 1) 看取り介護の総括管理
- 2) 看取り介護に生じる諸課題の総括責任

(医師)

- 1) 看取り介護期の診断とご家族様への説明
- 2) 緊急時、夜間帯の対応と指示
- 3) 各協力病院への連絡と調整
- 4) 死亡確認、死亡診断書等記録の記載

(生活相談員・介護支援専門員)

- 1) 継続的なご家族様への支援（連絡・説明・相談・調整）
- 2) 看取り介護にあたり他職種協働のチームケアの連携の強化
- 3) 臨終後のケアとしてのご家族様への支援と身辺整理

(看護職員)

- 1) 医師または協力病院との連携の強化
- 2) 看取り介護にあたり他職種協働のチームケアの確立
- 3) 看取り介護に携わる職員からの相談
- 4) 看取り介護期における状態観察の結果に応じて必要な処置への準備と対応
- 5) 疼痛の緩和
- 6) 急変時への対応
- 7) ご家族様への説明とその不安への対応

(栄養士)

- 1) 入居者様の状態と嗜好に応じた食事の提供
- 2) 食事・水分摂取量の把握

(介護職員)

- 1) ①-I 及び II に記載したきめ細やかなケアを行う
- 2) ケア内容及び観察の計画記録への記載

(事務職員)

- 1) ご家族様等の面会や付き添いなどに関する細やかな援助
- 2) ご家族様等の連絡時における細やかな援助
- 3) その他必要な事務手続き等

(その他)

- 1) 上記の職員が協議・協働し、看取り介護に必要な「理念」「死生観教育」その他の職員教育、検討会等を行う。

4. 看取り介護の具体的方法

① 看取り介護の開始時期

看取り介護の開始については、医師により一般に認められている医学的知見から判断して回復の見込みがないと判断し、かつ、医療機関での対応の必要性が薄いと判断した対象者につき、医師より入居者様またはご家族様にその判断内容を懇切丁寧に説明し、看取り介護に関する計画を作成し終末期を施設で介護を受けて過ごすことに同意を得て実施されるものである。

② 医師よりの説明

- I. 医師が①に示した状態で、看取り介護の必要性があると判断した場合、看護職員又は生活相談員等を通じ、当該入居者様のご家族に連絡をとり、日時を定めて、施設において医師よりご入居者様又はご家族様へ説明を行なう。この際、施設でできる看取りの体制を示す。

Ⅱ. この説明を受けた上で、ご入居者様又はご家族様はご入居者様が当施設で看取り介護を受けるか、医療機関に入院するか選択することができる。医療機関入院を希望する場合は、施設は入院に向けた支援を行なう。

④ 看取り介護の実施

I. ご家族様が施設内で看取り介護を行なうことを希望した場合は、介護支援専門員は医師、看護職員、介護職員、栄養士等と協働して看取り介護の計画を作成すること。

なおこの計画は医師からのご入居者様又はご家族様への説明に際し事前に作成しておき、その際に同意を得ることも考えられること。

Ⅱ. 看取り介護の実施に関しては原則として個室及び静養室で対応することとする。

但し、住み慣れた居室環境からの変更が困難な場合においては、相当期間をそれまでの居室で過ごすことを妨げないものとする。尚、ご家族様が泊まりを希望する場合、看取りの個室にご家族宿泊用のベッドをセットすることはご家族様への便宜を図ることであり個室の条件から外れるものではないものとする。

Ⅲ. 看取り介護を行なう際は、医師、看護職員、介護職員等が共同で原則として週に1度以上定期的にご入居者様又はご家族様への説明を行い、同意を得ること。また、必要に応じて適宜計画内容の変更を行うものとする。

Ⅳ. 施設の全職員は、ご入居者様が尊厳を持つひとりの人間として、安らかな死を迎えることができるようにご入居者様またはご家族様の支えともなり得る身体的、精神的支援に努めること。

5. 夜間緊急時の連絡と対応について

当施設の夜間緊急時の連絡・対応マニュアルによって適切な連絡を行うこと。

6. 協力医療機関との連携体制

当施設は、協力医療機関との連携により、365日、24時間の連絡体制を確保して必要に応じ健康上の管理等に対応することができる体制をとっている。

7. 責任者

夜間緊急対応および看取り介護については、担当看護職員を責任者とする。

この指針は平成24年4月1日より適用する。

別添3 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市内で実施する他の介護サービス

| 介護サービスの種類 | | | 事業所の名称 | 所在地 |
|------------------------------|----|----|----------------------------------|---|
| <居宅サービス> | | | | |
| 訪問介護 | あり | なし | | |
| 訪問入浴介護 | あり | なし | | |
| 訪問看護 | あり | なし | ベルジ南渋川 | 群馬県渋川市半田 2726-1 |
| 訪問リハビリテーション | あり | なし | | |
| 居宅療養管理指導 | あり | なし | | |
| 通所介護 | あり | なし | ベルジ南渋川 グランドホーム箕輪 グランドホーム渋川 | 群馬県渋川市半田 2726-1 群馬県高崎市箕郷町上芝 845-3 群馬県渋川市半田 1468-1 |
| 通所リハビリテーション | あり | なし | | |
| 短期入所生活介護 | あり | なし | ベルジ箕輪 | 群馬県高崎市箕郷町上芝 839-4 |
| 短期入所療養介護 | あり | なし | | |
| 特定施設入居者生活介護 | あり | なし | ベルジ武尊 | 群馬県利根郡川場村生品 1221 |
| 福祉用具貸与 | あり | なし | | |
| 特定福祉用具販売 | あり | なし | | |
| <地域密着型サービス> | | | | |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | あり | なし | ベルジ南渋川 グランドケア箕輪 | 群馬県渋川市半田 2726-1 群馬県高崎市箕郷町上芝 845-3 |
| 夜間対応型訪問介護 | あり | なし | | |
| 認知症対応型通所介護 | あり | なし | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | | |
| 認知症対応型共同生活介護 | あり | なし | | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | あり | なし | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | あり | なし | | |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | | |
| 居宅介護支援 | あり | なし | ベルジ渋川 ベルジ箕輪 | 群馬県渋川市半田 1470-2 群馬県高崎市箕郷町上芝 845-3 |
| <居宅介護予防サービス> | | | | |
| 介護予防訪問介護 | あり | なし | | |
| 介護予防訪問入浴介護 | あり | なし | | |
| 介護予防訪問看護 | あり | なし | ベルジ南渋川 | 群馬県渋川市半田 2726-1 |
| 介護予防訪問リハビリテーション | あり | なし | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | あり | なし | | |
| 介護予防通所介護 | あり | なし | ベルジ南渋川 グランドホーム箕輪 グランドホーム渋川 | 群馬県渋川市半田 2726-1 群馬県高崎市箕郷町上芝 845-3 群馬県渋川市半田 1468-1 |
| 介護予防通所リハビリテーション | あり | なし | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | あり | なし | ベルジ箕輪 | 群馬県高崎市箕郷町上芝 472-1 |
| 介護予防短期入所療養介護 | あり | なし | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | あり | なし | ベルジ武尊 | 群馬県利根郡川場村生品 1221 |
| 介護予防福祉用具貸与 | あり | なし | | |
| 特定介護予防福祉用具販売 | あり | なし | | |
| <地域密着型介護予防サービス> | | | | |
| 介護予防認知症対応型通所介護 | あり | なし | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | あり | なし | | |
| 介護予防支援 | あり | なし | | |
| <介護保険施設> | | | | |
| 介護老人福祉施設 | あり | なし | | |
| 介護老人保健施設 | あり | なし | | |
| 介護療養型医療施設 | あり | なし | | |

別添 4

有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービス等一覧表

| 特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無 | | | | | なし | あり | 備 考 | |
|----------------------------------|-----------------------------------|----|----------------------------|----|------|------|------------------|------|
| | 特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者一部負担※1） | | 個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担） | | 包含※2 | 都度※2 | | 料金※3 |
| | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 介護サービス | | | | | | | | |
| 食事介助 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 排泄介助・おむつ交換 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| おむつ代 | | | なし | あり | | ○ | 実費 | |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 特浴介助 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 身辺介助（移動・着替え等） | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 機能訓練 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 通院介助 | なし | あり | なし | あり | ○ | | 協力医療機関 | |
| 生活サービス | | | | | | | | |
| 居室清掃 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| リネン交換 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | |
| 日常の洗濯 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 居室配膳・下膳 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | | | なし | あり | ○ | | | |
| おやつ | | | なし | あり | | ○ | 実費 | |
| 理美容師による理美容サービス | | | なし | あり | | ○ | 実費（カット 2,000 円他） | |
| 買い物代行 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | |
| 役所手続き代行 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | |
| 金銭・貯金管理 | | | なし | あり | ○ | | | |
| 健康管理サービス | | | | | | | | |
| 定期健康診断 | | | なし | あり | ○ | | 年 2 回 協力医療機関で実施 | |
| 健康相談 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | |
| 生活指導・栄養指導 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | |
| 服薬支援 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等） | なし | あり | なし | あり | ○ | | | |
| 入退院時・入院中のサービス | | | | | | | | |
| 移送サービス | なし | あり | なし | あり | ○ | | | |
| 入退院時の同行 | なし | あり | なし | あり | ○ | | 群馬県内の医療機関 | |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | |
| 入院中の見舞い訪問 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | |

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割又は2割、3割の利用者負担）