

## 重要事項説明書

|      |       |       |               |
|------|-------|-------|---------------|
|      |       | 記入年月日 | 2013/7/1      |
| 記入者名 | 青木 健視 | 所属・職名 | グランダ武蔵浦和・ホーム長 |

## 1. 事業主体概要

| 事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先 |                           |                                                                               |                                        |      |
|---------------------------------|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------|
| 事業主体の名称                         | 法人等の種類                    | なし                                                                            | <input checked="" type="checkbox"/> あり | 営利法人 |
|                                 | 名称                        | (ふりがな) かぶしきかいしゃベネッセすたいるけあ<br>株式会社ベネッセスタイルケア                                   |                                        |      |
| 事業主体の主たる事務所の所在地                 | 〒 150-0002                |                                                                               |                                        |      |
|                                 | 東京都渋谷区渋谷二丁目17番5号 シオノギ渋谷ビル |                                                                               |                                        |      |
| 事業主体の連絡先                        | 電話番号                      | 03-5766-9805                                                                  |                                        |      |
|                                 | FAX番号                     | 03-5766-9815                                                                  |                                        |      |
|                                 | ホームページアドレス                | なし                                                                            |                                        |      |
|                                 |                           | <input checked="" type="checkbox"/> あり : http://www.benesse-style-care.co.jp/ |                                        |      |
| 事業主体の代表者の                       | 氏名                        | 小林 仁                                                                          |                                        |      |
|                                 | 職名                        | 代表取締役                                                                         |                                        |      |
| 事業主体の設立年月日                      | 平成7年9月7日                  |                                                                               |                                        |      |

| 事業主体が当該都道府県内で実施する介護サービス |    |    |                  |                      |  |
|-------------------------|----|----|------------------|----------------------|--|
| 介護サービスの種類               |    |    | 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 |                  |                      |  |
| 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 |                  |                      |  |
| 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 |                  |                      |  |
| 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 | まどか大宮<br>他 計19施設 | さいたま市大宮区浅間町<br>2-183 |  |
| 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・随時訪問介護・看護          | あり | なし |                  |                      |  |
| 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 |                  |                      |  |
| 複合型サービス                 | あり | なし |                  |                      |  |
| 居宅介護支援                  | あり | なし |                  |                      |  |
| ＜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 |                  |                      |  |
| 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 |                  |                      |  |
| 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 |                  |                      |  |
| 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 | まどか大宮<br>他 計19施設 | さいたま市大宮区浅間町<br>2-183 |  |
| 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 |                  |                      |  |

## 2. 施設概要

|                                                                     |                                     |                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先                                              |                                     |                                                                                                    |
| 施設の名称                                                               | (ふりがな) ぐらんだむさしうらわ<br>グランダ武蔵浦和       |                                                                                                    |
| 施設の所在地                                                              | 〒 336-0022<br>埼玉県さいたま市南区白幡6丁目10番15号 |                                                                                                    |
| 電話番号                                                                | 電話番号                                | 048-844-3280                                                                                       |
|                                                                     | FAX番号                               | 048-844-3281                                                                                       |
|                                                                     | ホームページアドレス                          | なし<br>あり : <a href="http://www.benesse-style-care.co.jp/">http://www.benesse-style-care.co.jp/</a> |
| 施設の開設年月日                                                            |                                     | 平成22年7月1日                                                                                          |
| 施設の管理者の氏名                                                           | 氏名                                  | 青木 健視                                                                                              |
|                                                                     | 職名                                  | ホーム長                                                                                               |
| 施設までの主な利用交通手段                                                       |                                     |                                                                                                    |
| JR埼京線 「武蔵浦和」駅 徒歩14分(約1,100m)                                        |                                     |                                                                                                    |
| 施設の類型及び表示事項                                                         | 類型:                                 | 介護付有料老人ホーム(一般型特定施設)                                                                                |
|                                                                     | 居住の権利形態:                            | 利用権方式                                                                                              |
|                                                                     | 利用料支払い方式:                           | 一時金方式                                                                                              |
|                                                                     | 入居時の要件:                             | 自立・要支援・要介護                                                                                         |
|                                                                     | 介護保険:                               | (介護予防)特定施設入居者生活介護                                                                                  |
|                                                                     | 介護居室区分:                             | 全室個室                                                                                               |
|                                                                     | 介護にかかわる職員体制:                        | 2.5対1以上                                                                                            |
| 介護保険事業所番号                                                           |                                     | 1176508537                                                                                         |
| 特定施設入居者生活介護の事業の開始年月日又は開始予定年月日、指定又は許可を受けた年月日(指定又は許可の更新を受けた場合にはその年月日) |                                     |                                                                                                    |
| 事業の開始(予定)年月日                                                        |                                     | 平成22年7月1日                                                                                          |
| 指定の年月日                                                              |                                     | 平成22年7月1日                                                                                          |
| 指定の更新年月日                                                            |                                     |                                                                                                    |

### 3. 従業者に関する事項

| 職種別の従業者の人数及びその勤務形態                                                                              |                          |     |     |     |                      |        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----|-----|-----|----------------------|--------|
| 有料老人ホームの人数及びその勤務形態                                                                              |                          |     |     |     |                      |        |
| 実人数                                                                                             | 常勤                       |     | 非常勤 |     | 合計                   | 常勤換算人数 |
|                                                                                                 | 専従                       | 非専従 | 専従  | 非専従 |                      |        |
| 施設長                                                                                             | 1                        | 0   | 0   | 0   | 0                    | 1.0    |
| 生活相談員                                                                                           | 0                        | 3   | 0   | 0   | 3                    | 1.0    |
| 看護職員                                                                                            | 2                        | 0   | 0   | 0   | 2                    | 2.0    |
| 介護職員                                                                                            | 16                       | 3   | 8   | 0   | 27                   | 24.1   |
| 機能訓練指導員                                                                                         | 0                        | 0   | 1   | 0   | 1                    | 0.09   |
| 計画作成担当者                                                                                         | 0                        | 0   | 1   | 0   | 1                    | 0.2    |
| 栄養士                                                                                             |                          |     |     |     | 外部委託                 |        |
| 調理員                                                                                             |                          |     |     |     | 外部委託                 |        |
| 事務員                                                                                             | 0                        | 0   | 3   | 0   | 3                    | 1.3    |
| その他従業者                                                                                          | 0                        | 0   | 3   | 0   | 3                    | 1.9    |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数                                                                          |                          |     |     |     |                      | 40 時間  |
| ※ 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。 |                          |     |     |     |                      |        |
| 従業者である介護職員が有している資格                                                                              |                          |     |     |     |                      |        |
| 延べ人数                                                                                            | 常勤                       |     | 非常勤 |     |                      |        |
|                                                                                                 | 専従                       | 非専従 | 専従  | 非専従 |                      |        |
| 社会福祉士                                                                                           | 0                        | 0   | 0   | 0   |                      |        |
| 介護福祉士                                                                                           | 2                        | 1   | 0   | 0   |                      |        |
| 実務者研修                                                                                           | 3                        | 0   | 1   | 0   |                      |        |
| 介護職員初任者研修                                                                                       | 11                       | 1   | 7   | 0   |                      |        |
| 介護支援専門員                                                                                         | 0                        | 1   | 0   | 0   |                      |        |
| 従業者である機能訓練指導員が有している資格                                                                           |                          |     |     |     |                      |        |
| 延べ人数                                                                                            | 常勤                       |     | 非常勤 |     |                      |        |
|                                                                                                 | 専従                       | 非専従 | 専従  | 非専従 |                      |        |
| 理学療法士                                                                                           | 0                        | 0   | 1   | 0   |                      |        |
| 作業療法士                                                                                           | 0                        | 0   | 0   | 0   |                      |        |
| 言語聴覚士                                                                                           | 0                        | 0   | 0   | 0   |                      |        |
| 看護師及び准看護師                                                                                       | 0                        | 0   | 0   | 0   |                      |        |
| 柔道整復士                                                                                           | 0                        | 0   | 0   | 0   |                      |        |
| あん摩マッサージ指圧師                                                                                     | 0                        | 0   | 0   | 0   |                      |        |
| 夜勤を行う看護職員及び介護職員の人数                                                                              |                          |     |     |     |                      |        |
| 人 数                                                                                             | 夜勤帯平均人数<br>( 7 時～ 22 時 ) |     |     |     | 最少時人数<br>( 休憩者等を除く ) |        |
| 看護職員                                                                                            | 0 人                      |     |     |     | 0 人                  |        |
| 介護職員                                                                                            | 3 人                      |     |     |     | 2 人                  |        |

| 特定施設入居者生活介護の提供に当たる従業者の人数及びその勤務形態                                                                |    |     |        |     |         |        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|--------|-----|---------|--------|
| 実人数                                                                                             | 常勤 |     | 非常勤    |     | 合計      | 常勤換算人数 |
|                                                                                                 | 専従 | 非専従 | 専従     | 非専従 |         |        |
| 生活相談員                                                                                           | 0  | 3   | 0      | 0   | 3       | 1.0    |
| 看護職員                                                                                            | 2  | 0   | 0      | 0   | 2       | 2.0    |
| 介護職員                                                                                            | 16 | 3   | 8      | 0   | 27      | 24.1   |
| 機能訓練指導員                                                                                         | 0  | 0   | 1      | 0   | 1       | 0.1    |
| 計画作成担当者                                                                                         | 0  | 0   | 1      | 0   | 1       | 0.2    |
| その他従業者                                                                                          | 0  | 0   | 3      | 0   | 3       | 1.9    |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数                                                                          |    |     |        |     |         | 40 時間  |
| ※ 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。 |    |     |        |     |         |        |
| 従業者である介護職員が有している資格                                                                              |    |     |        |     |         |        |
| 延べ人数                                                                                            | 常勤 |     | 非常勤    |     |         |        |
|                                                                                                 | 専従 | 非専従 | 専従     | 非専従 |         |        |
| 社会福祉士                                                                                           | 0  | 0   | 0      | 0   |         |        |
| 介護福祉士                                                                                           | 2  | 1   | 0      | 0   |         |        |
| 実務者研修                                                                                           | 3  | 0   | 1      | 0   |         |        |
| 介護職員初任者研修                                                                                       | 11 | 1   | 7      | 0   |         |        |
| 介護支援専門員                                                                                         | 0  | 1   | 0      | 0   |         |        |
| 従業者である機能訓練指導員が有している資格                                                                           |    |     |        |     |         |        |
| 延べ人数                                                                                            | 常勤 |     | 非常勤    |     |         |        |
|                                                                                                 | 専従 | 非専従 | 専従     | 非専従 |         |        |
| 理学療法士                                                                                           | 0  | 0   | 1      | 0   |         |        |
| 作業療法士                                                                                           | 0  | 0   | 0      | 0   |         |        |
| 言語聴覚士                                                                                           | 0  | 0   | 0      | 0   |         |        |
| 看護師及び准看護師                                                                                       | 0  | 0   | 0      | 0   |         |        |
| 柔道整復士                                                                                           | 0  | 0   | 0      | 0   |         |        |
| あん摩マッサージ指圧師                                                                                     | 0  | 0   | 0      | 0   |         |        |
| 管理者の他の職務との兼務の有無                                                                                 |    |     |        |     | なし      |        |
| 管理者が有している当該業務に係る資格等                                                                             |    | なし  | 資格等の名称 |     |         |        |
| 特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護職員及び介護職員の常勤換算方法による人数の割合                                                    |    |     |        |     | 2.2 : 1 |        |

| 従業者の当該介護サービスに係る業務に従事した経験年数等 |         |     |         |     |       |     |
|-----------------------------|---------|-----|---------|-----|-------|-----|
|                             | 看護職員    |     | 介護職員    |     | 生活相談員 |     |
|                             | 常勤      | 非常勤 | 常勤      | 非常勤 | 常勤    | 非常勤 |
| 前年度1年間の採用者数                 | 0       | 0   | 2       | 0   | 0     | 0   |
| 前年度1年間の退職者数                 | 0       | 0   | 1       | 1   | 0     | 0   |
| 業務に従事した経験年数                 | -       | -   | -       | -   | -     | -   |
| 1年未満の者の人数                   | 0       | 0   | 2       | 2   | 0     | 0   |
| 1年以上3年未満の者の人数               | 1       | 0   | 7       | 3   | 1     | 0   |
| 3年以上5年未満の者の人数               | 1       | 0   | 10      | 3   | 2     | 0   |
| 5年以上10年未満の者の人数              | 0       | 0   | 0       | 0   | 0     | 0   |
| 10年以上の者の人数                  | 0       | 0   | 0       | 0   | 0     | 0   |
|                             | 機能訓練指導員 |     | 計画作成担当者 |     |       |     |
|                             | 常勤      | 非常勤 | 常勤      | 非常勤 |       |     |
| 前年度1年間の採用者数                 | 0       | 1   | 0       | 0   |       |     |
| 前年度1年間の退職者数                 | 0       | 0   | 0       | 0   |       |     |
| 業務に従事した経験年数                 | -       | -   | -       | -   |       |     |
| 1年未満の者の人数                   | 0       | 1   | 0       | 0   |       |     |
| 1年以上3年未満の者の人数               | 0       | 0   | 0       | 1   |       |     |
| 3年以上5年未満の者の人数               | 0       | 0   | 0       | 0   |       |     |
| 5年以上10年未満の者の人数              | 0       | 0   | 0       | 0   |       |     |
| 10年以上の者の人数                  | 0       | 0   | 0       | 0   |       |     |
| 従業者の健康診断の実施状況               |         |     |         | なし  | あり    |     |

#### 4. サービスの内容

|                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                              |                                        |                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|
| 事業の目的、及び運営に関する方針                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                              |                                        |                                        |
| 心身に何らかの不自由があり、お一人で日常生活を維持してゆくことが困難な高齢者の方お一人おひとりが、自由と尊厳をもって、ご自分らしい生活を生き生きと楽しくお過ごし頂くよう、「おもてなし」の心で生活のお手伝いをさせていただきます。運営にあたっては、「1 個人の自由・尊厳・プライバシーの尊重」「2 お一人おひとりに合わせた生活のお手伝い」「3 身体介護だけではない「生活とところ」の視点」「4 ご家族様のお気持ち」を大切にしています。 |                                                                                                                                                                                              |                                        |                                        |
| 介護サービスの内容、利用定員等                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                              |                                        |                                        |
| 個別機能訓練の実施（介護報酬の加算）の有無                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                              | <input checked="" type="checkbox"/> なし | あり                                     |
| 夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                              | なし                                     | <input checked="" type="checkbox"/> あり |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                              | なし                                     | <input checked="" type="checkbox"/> あり |
| 利用者の個別的な選択による介護サービスの実施状況                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                              | 別紙                                     |                                        |
| 協力医療機関の名称                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                              | 笑顔のおうちクリニックさいたま                        |                                        |
| (協力の内容)                                                                                                                                                                                                                 | 医師がホームを定期的に訪問し、受診希望のご利用者への診察（内科）をおこなうほか、ご利用者の健康管理上の助言・指導をホーム職員に対しておこないます。また、ご利用者に体調変化等が生じた際には、可能な範囲にて、医師が必要な助言・指示を行います。                                                                      |                                        |                                        |
| 協力歯科医療機関                                                                                                                                                                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> なし                                                                                                                                                       | あり                                     | その名称                                   |
| (協力の内容)                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                              |                                        |                                        |
| 要介護時における居室の住み替えに関する事項                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                              |                                        |                                        |
| 要介護時に介護を行う場所                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                              |                                        |                                        |
| お客様の居室にて介護を行います。                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                              |                                        |                                        |
| やむを得ず身体拘束を行う場合の手続                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                              |                                        |                                        |
| (内容)                                                                                                                                                                                                                    | ①「切迫性」「非代替性」「一時性」の三つの要件を満たす状態であるかどうかについて検討・確認・記録いたします。②利用者・家族等に対して説明を行い十分な理解が得られるよう努めます。③緊急やむを得ず利用者の行動を制限する場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録します。また、拘束解除に向けた取り組みを行い、早期に解除できるよう努めます。 |                                        |                                        |

|                  |  |    |    |
|------------------|--|----|----|
| 入居後に居室を住み替える場合   |  |    |    |
| 一時介護室へ移る場合       |  |    |    |
| 判断基準・手続について      |  |    |    |
| (その内容)           |  |    |    |
| ※一時介護室は、ありません。   |  |    |    |
| 追加的費用の有無         |  | なし | あり |
| 居室利用権の取扱い        |  |    |    |
| (その内容)           |  |    |    |
| 入居一時金償却の調整の有無    |  | なし | あり |
| 従前の居室からの面積の増減の有無 |  | なし | あり |
| 従前居室との仕様の変更      |  |    |    |
| 便所の変更の有無         |  | なし | あり |
| 浴室の変更の有無         |  | なし | あり |
| 洗面所の変更の有無        |  | なし | あり |
| 台所の有無            |  | なし | あり |
| その他の変更の有無        |  | なし | あり |
| (その内容)           |  |    |    |
| 介護居室へ移る場合        |  |    |    |
| 判断基準・手続について      |  |    |    |
| (その内容)           |  |    |    |
| ※すべて介護居室となっています。 |  |    |    |
| 追加的費用の有無         |  | なし | あり |
| 居室利用権の取扱い        |  |    |    |
| (その内容)           |  |    |    |
| 入居一時金償却の調整の有無    |  | なし | あり |
| 従前の居室からの面積の増減の有無 |  | なし | あり |
| 従前居室との仕様の変更      |  |    |    |
| 便所の変更の有無         |  | なし | あり |
| 浴室の変更の有無         |  | なし | あり |
| 洗面所の変更の有無        |  | なし | あり |
| 台所の有無            |  | なし | あり |
| その他の変更の有無        |  | なし | あり |
| (その内容)           |  |    |    |



|          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |    |    |    |
|----------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----|----|----|
|          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | その他 ( )          | なし | あり |    |
|          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 判断基準・手続について      |    |    |    |
|          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | (その内容)           |    |    |    |
|          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 追加的費用の有無         |    | なし | あり |
|          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 居室利用権の取扱い        |    |    |    |
|          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | (その内容)           |    |    |    |
|          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 入居一時金償却の調整の有無    |    | なし | あり |
|          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 従前の居室からの面積の増減の有無 |    | なし | あり |
|          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 従前居室との仕様の変更      |    |    |    |
|          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 便所の変更の有無         |    | なし | あり |
|          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 浴室の変更の有無         |    | なし | あり |
|          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 洗面所の変更の有無        |    | なし | あり |
|          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 台所の有無            |    | なし | あり |
|          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | その他の変更の有無        |    | なし | あり |
|          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | (その内容)           |    |    |    |
|          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 施設の入居に関する要件      |    |    |    |
|          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 自立している者を対象       |    | なし | あり |
|          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 要支援の者を対象         |    | なし | あり |
|          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 要介護の者を対象         |    | なし | あり |
|          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 留意事項             |    | なし |    |
| 契約の解除の内容 |  | 1. 利用者は、書面で通知することによりいつでも利用契約を解除することができます。 2. 利用料の滞納等の理由により施設より利用契約を解除する場合があります。(詳細は別途ご用意しております。)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |    |    |    |
| 体験入居の内容  |  | 利用契約の締結に先立ち、体験利用をしていただけます。(6泊7日: 73,500円 税込) ※介護保険は適用されませんので、全額自己負担となります。 ※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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |    |    |    |
| 入居定員     |  | 60 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                  |    |    |    |
| その他      |  | <p>■施設の利用にあたっての主な留意事項については、以下の内容のほか利用規程に定めています。</p> <p>○物品管理について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ホームに持込まれる物品は、ご利用者本人の自己管理を原則としています。</li> <li>・ 高額の現金や宝飾品等の貴重品の持込みはお断りしております。</li> </ul> <p>○居室利用の留意点について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 居室を第三者に転貸したり、譲渡することはできません。</li> <li>・ 居室、共用施設、または敷地内で動物を飼育することは原則できません。</li> <li>・ 飼育・管理はご利用者がおこなうものとし、ホームではご協力できません。</li> <li>・ 飼育を希望する場合には、事前にご相談願います。</li> </ul> |                  |    |    |    |

# 入居者の状況

## 入居者の人数（報告に関する計画の基準日の前月末日）

|            | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | 合計 |
|------------|------|------|------|------|------|----|
| 65歳未満      | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0  |
| 65歳以上75歳未満 | 0    | 0    | 1    | 0    | 0    | 1  |
| 75歳以上85歳未満 | 6    | 5    | 0    | 1    | 2    | 14 |
| 85歳以上      | 13   | 9    | 3    | 3    | 1    | 29 |
|            | 自立   | 要支援1 | 要支援2 |      |      | 合計 |
| 65歳未満      | 0    | 0    | 0    |      |      | 0  |
| 65歳以上75歳未満 | 0    | 0    | 0    |      |      | 0  |
| 75歳以上85歳未満 | 0    | 4    | 3    |      |      | 7  |
| 85歳以上      | 1    | 4    | 0    |      |      | 5  |

入居者の平均年齢 86.7 才

入居者の男女別人数 男性 9 人 女性 47 人

入居率（一時的に不在となっている者を含む。） 93.3 %

## 前年度の有料老人ホームを退去した者の人数

|        | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | 合計 |
|--------|------|------|------|------|------|----|
| 自宅等    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0  |
| 社会福祉施設 | 0    | 1    | 0    | 0    | 0    | 1  |
| 医療機関   | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0  |
| 死亡者    | 2    | 2    | 1    | 0    | 0    | 5  |
| その他    | 0    | 1    | 1    | 1    | 0    | 3  |
|        | 自立   | 要支援1 | 要支援2 |      |      | 合計 |
| 自宅等    | 0    | 0    | 0    |      |      | 0  |
| 社会福祉施設 | 0    | 0    | 0    |      |      | 0  |
| 医療機関   | 0    | 0    | 0    |      |      | 0  |
| 死亡者    | 0    | 0    | 0    |      |      | 0  |
| その他    | 0    | 1    | 0    |      |      | 1  |

## 入居者の入居期間

| 入居期間 | 6ヶ月未満 | 6ヶ月以上<br>1年未満 | 1年以上<br>5年未満 | 5年以上<br>10年未満 | 10年以上<br>15年未満 | 15年以上 |
|------|-------|---------------|--------------|---------------|----------------|-------|
| 入居者数 | 5     | 3             | 48           | 0             | 0              | 0     |

| 施設、設備等の状況                              |                          |                                                                                                                                                                    |                                                |      |                                             |                                        |                                        |  |  |
|----------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------|---------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|--|--|
| 建物の構造                                  | 建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物  |                                                                                                                                                                    |                                                |      |                                             | なし                                     | <input checked="" type="checkbox"/> あり |  |  |
|                                        | 建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物 |                                                                                                                                                                    |                                                |      |                                             | <input checked="" type="checkbox"/> なし | あり                                     |  |  |
| 居室の状況                                  | 区分                       |                                                                                                                                                                    |                                                | 室数   | 人数                                          | 1の居室の床面積                               |                                        |  |  |
|                                        | 一般居室個室                   | あり                                                                                                                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> なし         |      | —                                           | m <sup>2</sup>                         |                                        |  |  |
|                                        | 一般居室相部屋                  | あり                                                                                                                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> なし         |      |                                             | m <sup>2</sup>                         |                                        |  |  |
|                                        | 介護居室個室                   | <input checked="" type="checkbox"/> あり                                                                                                                             | なし                                             | 54   | —                                           | 18.1 m <sup>2</sup>                    |                                        |  |  |
|                                        | 介護居室相部屋                  | <input checked="" type="checkbox"/> あり                                                                                                                             | なし                                             | 3    | 6                                           | 36.2 m <sup>2</sup>                    |                                        |  |  |
|                                        |                          |                                                                                                                                                                    |                                                |      |                                             | m <sup>2</sup>                         |                                        |  |  |
|                                        | 一時介護室                    | あり                                                                                                                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> なし         |      |                                             | m <sup>2</sup>                         |                                        |  |  |
| 共用便所の設置数                               | うち男女別の対応が可能な数            |                                                                                                                                                                    |                                                |      |                                             | 5                                      |                                        |  |  |
|                                        | うち車椅子等の対応が可能な数           |                                                                                                                                                                    |                                                |      |                                             | 4                                      |                                        |  |  |
| 個室の便所の設置数                              | 個室における便所の設置割合            |                                                                                                                                                                    |                                                |      |                                             | 100%                                   |                                        |  |  |
|                                        | うち車椅子等の対応が可能な数           |                                                                                                                                                                    |                                                |      |                                             | 57                                     |                                        |  |  |
| 浴室の設備状況                                | 浴室の数                     |                                                                                                                                                                    | 個浴                                             | 大浴槽  | 特殊浴槽                                        | リフト浴                                   |                                        |  |  |
|                                        | 5                        |                                                                                                                                                                    | 4                                              | 0    | 0                                           | 1                                      |                                        |  |  |
| その他、浴室の設備に関する事項                        |                          |                                                                                                                                                                    | なし                                             |      |                                             |                                        |                                        |  |  |
| 食堂の設備状況                                |                          | テーブル、椅子、洗面台、テレビが設置されています。                                                                                                                                          |                                                |      |                                             |                                        |                                        |  |  |
| 入居者等が調理を行う設備状況                         |                          |                                                                                                                                                                    |                                                |      | <input checked="" type="checkbox"/> なし      | あり                                     |                                        |  |  |
| その他、共用施設の設備状況                          |                          |                                                                                                                                                                    |                                                |      |                                             |                                        |                                        |  |  |
| なし                                     |                          | <input checked="" type="checkbox"/> あり                                                                                                                             | (その内容) 食堂(ダイニングルーム)兼機能訓練室、ティールーム、事務室兼健康管理室、洗濯室 |      |                                             |                                        |                                        |  |  |
| バリアフリーの対応状況                            |                          |                                                                                                                                                                    |                                                |      |                                             |                                        |                                        |  |  |
| (その内容)                                 |                          | 車椅子の方、要支援、要介護の方にも不自由のないよう、バリアフリー対応をしています。                                                                                                                          |                                                |      |                                             |                                        |                                        |  |  |
| 非常災害対策                                 |                          |                                                                                                                                                                    |                                                |      |                                             |                                        |                                        |  |  |
| (その内容)                                 |                          | 防火管理者を定め、火災・非常災害時に備えて、避難経路の確保、消防用設備機器の設置、防災資材の使用などの必要な処置を行うほか、具体的な消防計画を作成して、管轄消防署に提出し、定期的な消防用設備等の点検を実施しています。<br>また、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、火災・非常災害時の発生に備えています。 |                                                |      |                                             |                                        |                                        |  |  |
| 緊急通報装置の設置状況                            |                          |                                                                                                                                                                    | なし                                             | 一部あり | <input checked="" type="checkbox"/> 各居室内にあり |                                        |                                        |  |  |
| 外線電話回線の設置状況                            |                          |                                                                                                                                                                    | なし                                             | 一部あり | <input checked="" type="checkbox"/> 各居室内にあり |                                        |                                        |  |  |
| テレビ回線の設置状況                             |                          |                                                                                                                                                                    | なし                                             | 一部あり | <input checked="" type="checkbox"/> 各居室内にあり |                                        |                                        |  |  |
| 施設の敷地に関する事項                            |                          |                                                                                                                                                                    |                                                |      |                                             |                                        |                                        |  |  |
| 敷地の面積                                  |                          |                                                                                                                                                                    |                                                |      | 1540.07 m <sup>2</sup>                      |                                        |                                        |  |  |
| 事業所を運営する法人が所有                          |                          |                                                                                                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> なし         | 一部あり | あり                                          |                                        |                                        |  |  |
| 抵当権の設定                                 |                          |                                                                                                                                                                    | なし                                             |      | <input checked="" type="checkbox"/> あり      |                                        |                                        |  |  |
| 貸借(借地)                                 |                          |                                                                                                                                                                    |                                                |      |                                             |                                        |                                        |  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> なし |                          | あり                                                                                                                                                                 | 契約期間                                           | 始    |                                             | 終                                      |                                        |  |  |
| 契約の自動更新                                |                          |                                                                                                                                                                    |                                                |      | なし                                          |                                        | あり                                     |  |  |
| 施設の建物に関する事項                            |                          |                                                                                                                                                                    |                                                |      |                                             |                                        |                                        |  |  |
| 建物の構造                                  |                          | 鉄筋コンクリート造/地上3階建 1棟                                                                                                                                                 |                                                |      |                                             |                                        |                                        |  |  |
| 建物の延床面積                                |                          |                                                                                                                                                                    |                                                |      | 2367.59 m <sup>2</sup>                      |                                        |                                        |  |  |
| 事業所を運営する法人が所有                          |                          |                                                                                                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> なし         | 一部あり | あり                                          |                                        |                                        |  |  |
| 抵当権の設定                                 |                          |                                                                                                                                                                    | なし                                             |      | <input checked="" type="checkbox"/> あり      |                                        |                                        |  |  |
| 貸借(借家)                                 |                          |                                                                                                                                                                    |                                                |      |                                             |                                        |                                        |  |  |
| なし                                     |                          | <input checked="" type="checkbox"/> あり                                                                                                                             | 契約期間                                           | 始    | 2010/6/8                                    | 終                                      | 2040/6/7                               |  |  |
| 契約の自動更新                                |                          |                                                                                                                                                                    |                                                |      | なし                                          |                                        | <input checked="" type="checkbox"/> あり |  |  |

|                                                                                                                                                                                                           |                                     |                                                                                |                           |    |                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----|-------------------------------------|
| 利用者からの苦情に対応する窓口等の状況                                                                                                                                                                                       |                                     |                                                                                |                           |    |                                     |
| 事業主体や施設に設置している利用者からの苦情に対応する窓口                                                                                                                                                                             |                                     |                                                                                |                           |    |                                     |
| 窓口の名称                                                                                                                                                                                                     |                                     | ①グランダ武蔵浦和 苦情受付窓口<br>②(株)ベネッセスタイルケア ご意見受付窓口                                     |                           |    |                                     |
| 電話番号                                                                                                                                                                                                      |                                     | ① 048-844-3280<br>② 0120-251-662                                               |                           |    |                                     |
| 対応している時間                                                                                                                                                                                                  |                                     | 平日                                                                             | ① 9:30-17:00 ② 9:30-18:00 |    |                                     |
|                                                                                                                                                                                                           |                                     | 土曜                                                                             | ① 9:30-17:00 ② なし         |    |                                     |
|                                                                                                                                                                                                           |                                     | 日曜・祝日                                                                          | ① 9:30-17:00 ② なし         |    |                                     |
| 定休日等                                                                                                                                                                                                      |                                     | ①当ホームは365日営業しております。 ②土日、祝日、年末年始                                                |                           |    |                                     |
| 上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等                                                                                                                                                                                   |                                     |                                                                                |                           |    |                                     |
| 窓口の名称                                                                                                                                                                                                     |                                     | ①さいたま市保健福祉局 福祉部 介護保険課<br>②さいたま市南区役所 高齢福祉課 介護保険係<br>③埼玉県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情対応係 |                           |    |                                     |
| 電話番号                                                                                                                                                                                                      |                                     | ①048-829-1264<br>②048-844-7178<br>③048-824-2568                                |                           |    |                                     |
| 対応している時間                                                                                                                                                                                                  |                                     | 平日                                                                             | 9:00~17:00                |    |                                     |
|                                                                                                                                                                                                           |                                     | 土曜                                                                             | なし                        |    |                                     |
|                                                                                                                                                                                                           |                                     | 日曜・祝日                                                                          | なし                        |    |                                     |
| 定休日等                                                                                                                                                                                                      |                                     | 土日、祝日、年末年始                                                                     |                           |    |                                     |
| 緊急時における対応方法                                                                                                                                                                                               |                                     |                                                                                |                           |    |                                     |
| 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。                                                                                                                                |                                     |                                                                                |                           |    |                                     |
| 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                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                                                |                           |    |                                     |
| なし                                                                                                                                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> | (その内容) 「福祉事業者総合賠償責任保険」に加入                                                      |                           |    |                                     |
| その他、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に関すること                                                                                                                                                                   |                                     |                                                                                |                           |    |                                     |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                       | あり                                  | (その内容)                                                                         |                           |    |                                     |
| サービスの提供内容に関する特色等                                                                                                                                                                                          |                                     |                                                                                |                           |    |                                     |
| (その内容)<br>お一人おひとりが望まれることを、できる限りかなえてさしあげられるために、最大限の努力をすることをこだわりとしています。おもてなしの心を持ったスタッフが、ホームで豊かな時間を過ごしていただけるお手伝いをいたします。グラニー&グランダのホーム名は、英語で親しみを込めた言葉からきており、グラニーは“ばーば”、グランダは“じーじ”という意味で、楽しく生活していただけるよう心がけています。 |                                     |                                                                                |                           |    |                                     |
| 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                                                                                                                                                                          |                                     |                                                                                |                           |    |                                     |
| なし                                                                                                                                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> | 実施した年月日                                                                        |                           |    |                                     |
|                                                                                                                                                                                                           |                                     | 当該結果の開示状況                                                                      |                           | なし | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 第三者による評価の実施状況                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                                                |                           |    |                                     |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                       | あり                                  | 実施した年月日                                                                        |                           |    |                                     |
|                                                                                                                                                                                                           |                                     | 実施した評価機関の名称                                                                    |                           |    |                                     |
|                                                                                                                                                                                                           |                                     | 当該結果の開示状況                                                                      |                           | なし | あり                                  |

## 5. 利用料金

|                       |            |         |       |         |         |            |        |
|-----------------------|------------|---------|-------|---------|---------|------------|--------|
| 利用料の支払い方式             |            | 一時金方式   |       | 月払い方式   |         | 選択方式       |        |
| 敷金                    |            | 保証金     |       | 円       |         | （家賃の  か月分） |        |
| 一時金方式                 |            |         |       |         |         |            |        |
| 一時金及び月単位で支払う利用料       |            |         |       |         |         |            |        |
| 年齢に応じた金額設定            |            | なし      |       | あり      |         |            |        |
| 要介護状態に応じた金額設定         |            | なし      |       | あり      |         |            |        |
| 料金プラン                 |            |         |       |         |         |            |        |
| プラン名称                 | 一時金        | 月額      | （内訳）  |         |         |            |        |
|                       |            | 計       | 家賃相当額 | 介護費用    | 食費      | 光熱水費       | 管理費    |
| 入居金型契約A-1タイプ          | 7,500,000  | 220,500 | -     | 78,750  | 68,250  | 31,500     | 42,000 |
| 入居金型契約A-2タイプ          | 6,500,000  | 220,500 | -     | 78,750  | 68,250  | 31,500     | 42,000 |
| 入居金型契約A-3タイプ          | 6,000,000  | 220,500 | -     | 78,750  | 68,250  | 31,500     | 42,000 |
| 入居金型契約Bタイプ（1名利用）      | 15,000,000 | 275,940 | -     | 78,750  | 68,250  | 55,440     | 73,500 |
| 入居金型契約Bタイプ（2名利用）      | 15,000,000 | 422,940 | -     | 157,500 | 136,500 | 55,440     | 73,500 |
| ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 |            |         |       |         |         |            |        |

|                                                 |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                       |            |
|-------------------------------------------------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------|
| 算<br>定<br>根<br>拠                                | 家賃相当額 | 【家賃相当額（施設利用料）】<br>居室および共用施設の家賃相当額です。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                       |            |
|                                                 | 介護費用  | ①上乗せ介護費用：当ホームでは要介護者・要支援者2.5名に対し、常勤換算1名以上の職員体制（週40.0時間換算）をとっています。この介護保険給付の基準を上回る人員体制分の料金として算出した額としています。<br>②要介護認定が自立の場合：自立者生活支援費用99,750円が適用になります。（この場合、上乗せ介護費用はいただきません。）<br>※介護保険サービスの自己負担額は含まれていません。                                                                                                                                                                   |                       |            |
|                                                 | 食費    | 1日3食および茶菓子のご提供に要する費用として頂戴しております。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                       |            |
|                                                 | 光熱水費  | 水道料金、電気料金、ガス料金となっています。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                       |            |
|                                                 | 管理費   | 施設の維持・管理費に充当するものです。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                       |            |
|                                                 | 一時金   | 入居金は、以下の算定式に則って算定しております。<br>入居金＝（1ヶ月分の家賃相当額）×（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）<br>※1 当社既存ホームを元に統計的に算定し、60ヶ月と設定しております。<br>※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、入居金額の30％としております。<br><br>●入居金            7,500,000円    の場合<br>7,500,000円            ＝                            87,500円                            ×    60 ヶ月<br>+    2,250,000円 |                       |            |
| 一時金の償却に関する事項                                    |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                       |            |
| 償却開始日の設定                                        |       | 入居日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ※当社では「利用開始日」としてしています。 |            |
| 初期償却率（％）                                        |       | 30            ％                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                       |            |
|                                                 |       | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                       | 2,250,000円 |
|                                                 |       | ※プラン名：                    入居金型契約A-1タイプ                    の場合                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       |            |
|                                                 |       | 権利金等（※）の額                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                       | なし         |
| (※) 平成24年3月31日までに老人福祉法第29条第1項の規定により届出がされた施設に限る。 |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                       |            |
| 償却年月数                                           |       | 60            ヶ月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                       |            |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       |                                         |                                        |       |        |      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------------------------------|----------------------------------------|-------|--------|------|
| <b>契約終了時返還金の算定方法及び返還金の例</b><br>償却年月数内に利用契約が終了した場合の返還金＝<br>入居金－（月次償却額×利用期間）－（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）<br>※月次償却額：「入居金×70%÷償却年月数」で算定する1ヶ月あたりの償却額です。<br>※月途中に利用契約が開始又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。<br>※入居金の30%は、入居後、三ヶ月を経過すると返還されません。<br>※償却年月数を経過すると、返還金がなくなります。<br>※居室の原状回復のための実費を差し引かれることがあります。 |       |                                         |                                        |       |        |      |
| 保全措置の実施状況                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |       | なし                                      | <input checked="" type="checkbox"/> あり | （保全先） | 三井住友銀行 |      |
| <b>三月以内の契約終了による返還金について</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |                                         |                                        |       |        |      |
| 三月の起算日                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |       | <input checked="" type="checkbox"/> 入居日 | ※当社では「利用開始日」としています。                    |       |        |      |
| <b>契約終了日までの利用期間に係る利用料及び原状回復のための費用の算定方法</b>                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |                                         |                                        |       |        |      |
| 3ヶ月以内に契約が終了した場合は、契約書の定めに基づき全額を返金します。この場合、利用期間に応じた家賃相当額※を別途いただきます。<br>※当該期間の家賃相当額は、別途定める月額料金を30で除した日割単価に実利用日数で乗じた日割り計算にて算出します（1円未満は四捨五入）。                                                                                                                                                                         |       |                                         |                                        |       |        |      |
| <b>一時金の支払方法</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       |                                         |                                        |       |        |      |
| 利用契約締結時にお支払いいただきます。                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |                                         |                                        |       |        |      |
| <b>月払い方式</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |                                         |                                        |       |        |      |
| <b>月単位で支払う利用料</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |                                         |                                        |       |        |      |
| 年齢に応じた金額設定                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       | なし                                      | あり                                     |       |        |      |
| 要介護状態に応じた金額設定                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |       | なし                                      | あり                                     |       |        |      |
| <b>料金プラン</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |                                         |                                        |       |        |      |
| プラン名称                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |       | 月額                                      | （内訳）                                   |       |        |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       | 計                                       | 家賃相当額                                  | 介護費用  | 食費     | 光熱水費 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       | 0                                       |                                        |       |        |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       | 0                                       |                                        |       |        |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       | 0                                       |                                        |       |        |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       | 0                                       |                                        |       |        |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       | 0                                       |                                        |       |        |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       | 0                                       |                                        |       |        |      |
| ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。                                                                                                                                                                                                                                                                                            |       |                                         |                                        |       |        |      |
| 算<br>定<br>根<br>拠                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 家賃相当額 |                                         |                                        |       |        |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 介護費用  |                                         |                                        |       |        |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 食費    |                                         |                                        |       |        |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 光熱水費  |                                         |                                        |       |        |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 管理費   |                                         |                                        |       |        |      |
| <b>その他留意事項</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       | 入居金、家賃相当額は非課税、それ以外は消費税対象となります。          |                                        |       |        |      |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                         |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 一時金方式・月払い方式共通                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                         |           |
| 介護保険サービスの自己負担額                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                                         |           |
| 内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | ※要介護度に応じて介護費用の1割を徴収する。                                                                                                                                                                                                                  |           |
| 人員配置が手厚い場合の介護サービス（再掲）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | なし                                                                                                                                                                                                                                      | <u>あり</u> |
| 内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | 上乗せ介護費用                                                                                                                                                                                                                                 |           |
| 利用料                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | 78,750 円 （ <u>月額</u> ・ 日額 ）                                                                                                                                                                                                             |           |
| 算定根拠                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | 当ホームでは要介護者・要支援者2.5名に対し、常勤換算1名以上の職員体制（週40時間換算）をとっています。この介護保険給付の基準を上回る人員体制分の料金として算出した上乗せ介護費用（78,750円）を頂戴しております。                                                                                                                           |           |
| 支払い方法                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | 月単位<br>＊ 利用者の不在期間において、返金・割引等はありません。<br>＊ 要介護認定結果が変更され、自立となった場合（要介護認定が取消された場合）、その変更日（従来の要介護・要支援認定結果の満了日の翌日）に遡って、上乗せ介護費用は自立者生活支援費用へ変更されます。<br>＊ 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、当該月の上乗せ介護費用／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。 |           |
| 利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                         |           |
| 個別的な選択による生活支援サービス                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | なし                                                                                                                                                                                                                                      | <u>あり</u> |
| 算定根拠                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | 1、外出時の同行（30分あたり、1,890円） 2、各種手続き代行（30分あたり、630円） 3、買い物代行（1回、210円） 4、週2回を超える入浴介助（1回あたり、1,575円）<br>1、2につきましては、別途、往復の交通費の実費をご負担いただきます。                                                                                                       |           |
| 料金改定の手続                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                         |           |
| 1. 本施設の所在する地域の自治体が発表する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等を勘案し、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、月額施設利用料および有料サービスの単価を改定することができます。但し、利用者が前払いを選択している場合、既に支払われている月額施設利用料については料金の変更は適用しませんが、月次払いにより支払う月額施設利用料については料金の改定割合に応じて改定します。<br>2. 厚生労働省の定める介護保険法上の特定施設入居者生活介護の介護報酬単価および所在地域の地域区分基準等、介護保険給付の基準が変更される場合には、それに応じて介護保険給付費を変更します。<br>3. 本施設の所在する地域の自治体が発表する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等を勘案し、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、上乗せ介護費用／自立者生活支援費用を改定することができます。 |  |                                                                                                                                                                                                                                         |           |



## 6. その他

|                                        |                                                                               |                                        |                             |
|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------|
| 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         |                                                                               | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 有料老人ホーム設置運営指導指針に対する不適合事項               |                                                                               |                                        |                             |
| <input type="checkbox"/> なし            |                                                                               |                                        |                             |
| <input checked="" type="checkbox"/> あり | (その内容)<br>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(入居金の30%)については、利用開始日から3ヶ月を経過すると返還されません。 |                                        |                             |

添付書類：「介護サービス等の一覧表」(付録参照)

重要事項説明書及び一覧表の各項目について説明を受け、理解しました。

年 月 日

利用者署名 \_\_\_\_\_ 印

保証人署名 \_\_\_\_\_ 印

説明者職・氏名

\_\_\_\_\_ 印