

有料老人ホーム重要事項説明書

| | |
|-------|----------------------|
| 施設名 | メディカル・リハビリホームくらら二子玉川 |
| 定員・室数 | 52人 ・ 52室 |

有料老人ホームの類型・表示事項

| | |
|-----------------|------------------|
| 類 型 | 介護付（一般型） |
| 居 住 の 権 利 形 態 | 利用権方式 |
| 利 用 料 の 支 払 方 式 | 選択方式 |
| 入 居 時 の 要 件 | 混合型（自立含む） |
| 介 護 保 険 の 利 用 | 特定施設入居者生活介護（一般型） |
| 居 室 区 分 | 定員1人 |
| 介護に関わる職員体制 | 2 : 1 以上 |

1 事業主体

| | | | |
|-------------|---|--------------------------------------|----------|
| 名 称 | 法人等の種別 営利法人 | | |
| | フリカ ^ナ 名 称 | カブシキガイシャベネッセスタイルケア 株式会社ベネッセスタイルケア | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒163-0905 | 東京都新宿区西新宿二丁目3番1号 新宿モノリスビル | |
| 連 絡 先 | 電 話 番 号 | 03-6836-1111 | |
| | ファックス番号 | 03-6836-1101 | |
| ホームページ | http://www.benesse-style-care.co.jp/ | | |
| 代 表 者 職 氏 名 | 役職名 | 代表取締役 | 氏名 滝山 真也 |
| 設 立 年 月 日 | 1995年09月07日 | | |
| 主 な 事 業 等 | 介護保険指定事業（訪問介護、通所介護他）、保育事業 | | |

事業主体が東京都内で実施する介護保険制度による指定介護サービス

| 介護サービスの種類 | 箇所数 | 主な事業所の名称 | 所在地 |
|-------------|-----|--------------|--------------------------|
| <居宅サービス> | | | |
| 訪問介護 | 25 | ベネッセ介護センター江東 | 東京都江東区亀戸四丁目35番16号 堀川ビル3F |
| 訪問入浴介護 | なし | | |
| 訪問看護 | なし | | |
| 訪問リハビリテーション | なし | | |
| 居宅療養管理指導 | なし | | |
| 通所介護 | なし | | |
| 通所リハビリテーション | なし | | |
| 短期入所生活介護 | なし | | |
| 短期入所療養介護 | なし | | |
| 特定施設入居者生活介護 | 142 | グランダム白・新宿 | 東京都新宿区下落合2-22-20 |
| 福祉用具貸与 | なし | | |
| 特定福祉用具販売 | なし | | |

| ＜地域密着型サービス＞ | | | |
|------------------------|-----|----------------------|------------------------------|
| 定期巡回・随時訪問介護・看護 | なし | | |
| 夜間対応型訪問介護 | なし | | |
| 認知症対応型通所介護 | なし | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | なし | | |
| 認知症対応型共同生活介護 | 1 | くらは南大沢 | 東京都八王子市南大沢3丁目6番2号 |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | なし | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | なし | | |
| 複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護） | なし | | |
| 地域密着型通所介護 | 2 | ベネッセデイサービスセンター三軒茶屋 | 東京都世田谷区太子堂2-37-2 |
| 居宅介護支援 | 9 | ベネッセ介護センター江東 | 東京都江東区亀戸四丁目35番16号 堀川ビル3F |
| ＜居宅介護予防サービス＞ | | | |
| 介護予防訪問入浴介護 | なし | | |
| 介護予防訪問看護 | なし | | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | なし | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | なし | | |
| 介護予防通所リハビリテーション | なし | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | なし | | |
| 介護予防短期入所療養介護 | なし | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | 135 | グラнда目白・新宿 | 東京都新宿区下落合2-22-20 |
| 介護予防福祉用具貸与 | なし | | |
| 介護予防特定福祉用具販売 | 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 | なし | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | なし | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | 1 | くらは南大沢 | 東京都八王子市南大沢3丁目6番2号 |
| 介護予防支援 | 1 | 杉並区地域包括支援センターケア24高円寺 | 杉並区高円寺南4-26-16 ビクトリアプラザ高円寺4F |
| ＜介護保険施設＞ | | | |
| 介護老人福祉施設 | なし | | |
| 介護老人保健施設 | なし | | |
| 介護療養型医療施設 | なし | | |
| 介護医療院 | なし | | |

2 事業所概要

| | | | | | | | | | |
|---------------------|--|--------------|-------------------|-------------------------|---|----------|------|----|--|
| 名 称 | フリカナ 名 称 | | | | メディカル・リハビリホームクララフタコタマガワ メディカル・リハビリホームくらら二子玉川 | | | | |
| 所 在 地 | 〒157-0077 | | 東京都世田谷区鎌田三丁目14番5号 | | | | | | |
| 連 絡 先 | 電 話 番 号 | | 03-5797-1165 | | | | | | |
| | ファックス番号 | | 03-5797-1166 | | | | | | |
| ホ ー ム ペ ー ジ | http://www.benesse-style-care.co.jp/ | | | | | | | | |
| 介護保険事業所番号 | 1371202613 | | | | | | | | |
| 管 理 者 職 氏 名 | 役職名 | ホーム長 | 氏名 | 柳平 睦美 | | | | | |
| 事業開始年月日 | 2001年12月15日 | | | | | | | | |
| 届 出 年 月 日 | 2001年09月13日 | | | | | | | | |
| 届出上の開設年月日 | 2001年12月15日 | | | | | | | | |
| 特定施設入居者生活介護 | 新規指定年月日(初回) | | 2001年12月01日 | | | | | | |
| | 指定の有効期間 | | 2026年11月30日まで | | | | | | |
| 介護予防 特定施設入居者生活介護 | 新規指定年月日(初回) | | 2006年04月01日 | | | | | | |
| | 指定の有効期間 | | 2024年03月31日まで | | | | | | |
| 事業所へのアクセス | 東急田園都市線・大井町線「二子玉川駅」下車、徒歩約19分(約1520m) 東急田園都市線・大井町線「二子玉川駅」、小田急小田原線「成城学園前駅」または小田急小田原線「狛江駅」よりバス「砧南中学校前」停留所下車、徒歩1分(約50m) | | | | | | | | |
| 施設・設備等の状況 | | | | | | | | | |
| 敷 地 | 権利形態 | - | | 抵当権 | あり | | | | |
| | 面積 | 1635.13㎡ | | | | | | | |
| 建 物 | 権利形態 | 賃貸借 | | 抵当権 | あり | | | | |
| | 延床面積 | 2082.48㎡ | | うち有料老人ホーム分 2082.48㎡ | | | | | |
| | 竣工日 | 2001年11月28日 | | | | | | | |
| | 階 数 | | | | 地上3階建 1棟 | | | | |
| | | うち有料老人ホーム分 | | | 地上1~3階 | | | | |
| | 構造 | 耐火建築物 | | 建築物用途区分 | 老人ホーム、身体障害者福祉ホームその他これらに類するもの | | | | |
| | 併設施設等 | なし () | | | | | | | |
| 賃貸借契約の概要 | 建物 | 契約期間 | | 2001年11月28日~2021年11月27日 | | | | | |
| | | 自動更新 | | あり () | | | | | |
| 居 室 | 階 | 定員 | 室数 | 面積 | | | | | |
| | 1階 | 1人 | 10 | 16.8㎡ | | | | | |
| | 2階 | 1人 | 21 | 16.8㎡ | | | | | |
| | 3階 | 1人 | 21 | 16.8㎡ | | | | | |
| 一 時 介 護 室 | 階 | 定員 | 室数 | 面積 | | | | | |
| | 階 | 人 | | | | | | | |
| 便 所 | 居室 | 全室設置 | 共同便所 | 8箇所 (男女共用) | | | | | |
| 浴 室 | 居室 | 設置なし | 共同浴室 | 個浴:3 大浴槽:0 機械浴:1 | | | | | |
| | 併設施設との共用 | | なし () | | | | | | |
| 食 堂 | 兼用 | あり (機能訓練室) | | | | | | | |
| | 併設施設との共用 | | なし () | | | | | | |
| その他の共用設備 | あり リビングルーム(食堂、機能訓練室を兼ねる)、機能訓練室、洗濯室、相談室、健康管理室兼事務室 | | | | | | | | |
| エレベーター | あり 1基 | | | | | | | | |
| 消 防 設 備 | 自動火災報知設備: | | あり | 火災通報装置: | あり | スプリンクラー: | あり | | |
| 緊急呼出装置 | 居室: | あり | 便所: | あり | 浴室: | あり | 脱衣室: | あり | |

| 職種別の従業者の人数及びその勤務形態 | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|------|----|-----|----------------|-----|---------|--------|-------|-------|--|
| ① 有料老人ホームの職員の人数及びその勤務形態 | | | | | | | | | | |
| 職種 | 実人数 | 常勤 | | 非常勤 | | 合計 | 常勤換算人数 | 兼務状況 | | |
| | | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | | | | |
| 管理者（施設長） | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1人 | 1.0 | | | |
| 生活相談員 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 3人 | 1.0 | 介護職員 | | |
| 看護職員：直接雇用 | 2 | 0 | 13 | 0 | 0 | 15人 | 7.3 | | | |
| 看護職員：派遣 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1人 | | | | |
| 介護職員：直接雇用 | 20 | 3 | 1 | 0 | 0 | 24人 | 22.7 | 生活相談員 | | |
| 介護職員：派遣 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0人 | | | | |
| 機能訓練指導員 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 4人 | 1.0 | | | |
| 計画作成担当者 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1人 | 0.1 | | | |
| 栄養士 | | | | | | | 外部委託 | | | |
| 調理員 | | | | | | | 外部委託 | | | |
| 事務員 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 3人 | 1.3 | | | |
| その他従業者 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 2人 | 0.8 | | | |
| ② 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 | | | | | | 40.0時間 | | | | |
| ③-1 介護職員の資格 | | | | | | | | | | |
| 資格 | 延べ人数 | 常勤 | | 非常勤 | | | | | | |
| | | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | | | | |
| 介護福祉士 | 12 | 2 | 0 | 0 | | | | | | |
| 実務者研修 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | |
| 介護職員初任者研修 | 8 | 1 | 1 | 0 | | | | | | |
| 介護支援専門員 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | |
| たん吸引等研修（不特定） | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | |
| たん吸引等研修（特定） | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | |
| 資格なし | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | |
| ③-2 機能訓練指導員の資格 | | | | | | | | | | |
| 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 | 2 | 0 | | | | | | |
| 言語聴覚士 | 0 | 0 | 1 | 0 | | | | | | |
| 看護師又は准看護師 | 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 | | | | | | |
| はり師又はきゅう師 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | |
| ③-3 管理者（施設長）の資格 | | | | | | | | | 介護福祉士 | |
| ④ 夜勤・宿直体制 | | | | | | | | | | |
| 配置職員数が最も少ない時間帯 | | | | 20時30分～翌07時00分 | | | | | | |
| 上記時間帯の職員配置数 | | | | 介護職員 3人以上 | | 看護職員 1人 | | | | |
| ⑤ 特定施設入居者生活介護の従業者の人数等 ①と同じのため記入省略 | | | | | | | | | | |
| 職種 | 実人数 | 常勤 | | 非常勤 | | 合計 | 常勤換算人数 | 兼務状況 | | |
| | | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | | | | |
| 生活相談員 | | | | | | | | | | |
| 看護職員 | | | | | | | | | | |
| 介護職員 | | | | | | | | | | |
| 機能訓練指導員 | | | | | | | | | | |
| 計画作成担当者 | | | | | | | | | | |

| ⑤-1 介護職員の資格 | | | | | ③-1 と同じのため記入省略 | | | | | | | |
|--------------------------------|------|-----|------|-----|----------------|-----|-------|-----|---------|-----|---------|-----|
| 資格 | 延べ人数 | | 常勤 | | 非常勤 | | | | | | | |
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | | | | | |
| 介護福祉士 | | | | | | | | | | | | |
| 実務者研修 | | | | | | | | | | | | |
| 介護職員初任者研修 | | | | | | | | | | | | |
| 介護支援専門員 | | | | | | | | | | | | |
| たん吸引等研修（不特定） | | | | | | | | | | | | |
| たん吸引等研修（特定） | | | | | | | | | | | | |
| 資格なし | | | | | | | | | | | | |
| ⑤-2 機能訓練指導員の資格 | | | | | ③-2 と同じのため記入省略 | | | | | | | |
| 資格 | 延べ人数 | | 常勤 | | 非常勤 | | | | | | | |
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | | | | | |
| 理学療法士 | | | | | | | | | | | | |
| 作業療法士 | | | | | | | | | | | | |
| 言語聴覚士 | | | | | | | | | | | | |
| 看護師又は准看護師 | | | | | | | | | | | | |
| 柔道整復士 | | | | | | | | | | | | |
| あん摩マッサージ指圧師 | | | | | | | | | | | | |
| はり師又はきゅう師 | | | | | | | | | | | | |
| ⑤-3 看護職員及び介護職員1人当たり（常勤換算）の利用者数 | | | | | 1.6人 | | | | | | | |
| 従業者の職種別・勤続年数別人数（本事業所における勤続年数） | | | | | | | | | | | | |
| 勤続年数 | 職種 | | 看護職員 | | 介護職員 | | 生活相談員 | | 機能訓練指導員 | | 計画作成担当者 | |
| | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 |
| 1年未満 | 1 | 12 | 8 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | |
| 1年以上3年未満 | 1 | 1 | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | | |
| 3年以上5年未満 | 0 | 0 | 4 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | | |
| 5年以上10年未満 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | | |
| 10年以上 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 合計 | 2 | 14 | 23 | 1 | 3 | 0 | 0 | 4 | 0 | 1 | | |

4 サービスの内容

| 提供するサービス | |
|-----------------------|--|
| 食事の提供サービス | あり（委託） |
| 食事介助サービス | あり |
| 入浴介助サービス | あり |
| 排せつ介助サービス | あり |
| 居室の清掃・洗濯サービス等家事援助サービス | あり |
| 相談対応サービス | あり |
| 健康管理サービス（定期的な健康診断実施） | あり |
| 服薬管理サービス | あり |
| 金銭管理サービス | あり |
| 定期的な安否確認の方法 | 1日1回以上実施（定期的な巡回や介護サービス提供時） |
| 施設で対応できる医療的ケアの内容 | お客様の状態を確認させていただいた上で、入居可能かご相談させていただきます。 |

医療機関との連携・協力

| | | |
|----------|-------|--|
| 協力医療機関 | 名称 | 医療法人社団 創福会 ふくろうクリニック等々力 |
| | 所在地 | 東京都世田谷区等々力3丁目5-2 ヒューリック等々力ビル3階 |
| | 協力の内容 | 協力医療機関の医師は、ホームからの、利用者の健康管理等に関する相談に応じます。また緊急時には、利用者が適切な治療、入院加療または健康管理が受けられるよう、可能な限り、ホームからの相談に応じると共に、他の近隣医療機関等の紹介に努めます。 利用者が協力医療機関を受診する場合には、利用者と医療機関の直接の診療契約が必要です。(医療費は利用者負担) |
| 協力医療機関 | 名称 | 医療法人社団 明世会 成城内科 |
| | 所在地 | 東京都世田谷区成城6-22-3 |
| | 協力の内容 | 協力医療機関の医師は、ホームからの、利用者の健康管理等に関する相談に応じます。また緊急時には、利用者が適切な治療、入院加療または健康管理が受けられるよう、可能な限り、ホームからの相談に応じると共に、他の近隣医療機関等の紹介に努めます。 利用者が協力医療機関を受診する場合には、利用者と医療機関の直接の診療契約が必要です。(医療費は利用者負担) |
| 協力医療機関 | 名称 | 医療法人 平成博愛会 世田谷記念病院 |
| | 所在地 | 東京都世田谷区野毛2-30-10 |
| | 協力の内容 | 協力医療機関は、ホームの要請に応じて、利用者の入院・外来受診の受入れを行います。ただし、受入れの可否、時期、条件等については、利用者の身体状況や協力医療機関の診療体制、混雑状況等に応じての対応となります。 利用者が協力医療機関を受診する場合には、利用者と医療機関の直接の診療契約が必要です。(医療費は利用者負担) |
| 協力医療機関 | 名称 | 公益財団法人 日産厚生会 玉川病院 |
| | 所在地 | 東京都世田谷区瀬田4-8-1 |
| | 協力の内容 | 協力医療機関は、ホームの要請に応じて、利用者の入院・外来受診の受入れを行います。ただし、受入れの可否、時期、条件等については、利用者の身体状況や協力医療機関の診療体制、混雑状況等に応じての対応となります。 利用者が協力医療機関を受診する場合には、利用者と医療機関の直接の診療契約が必要です。(医療費は利用者負担) |
| 協力医療機関 | 名称 | 医療法人社団 東京白報会 せたがや在宅診療所 |
| | 所在地 | 東京都世田谷区玉川3-13-8 七のはなビル 2F |
| | 協力の内容 | 協力医療機関の医師は、ホームからの、利用者の健康管理等に関する相談に応じます。また緊急時には、利用者が適切な治療、入院加療または健康管理が受けられるよう、可能な限り、ホームからの相談に応じると共に、他の近隣医療機関等の紹介に努めます。 利用者が協力医療機関を受診する場合には、利用者と医療機関の直接の診療契約が必要です。(医療費は利用者負担) |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | なし |
| | 所在地 | |
| | 協力の内容 | |

介護保険加算サービス等

| | |
|------------------------------------|--------|
| 夜間看護体制加算 | あり |
| 個別機能訓練加算 | なし |
| 生活機能向上連携加算 | なし |
| サービス提供体制強化加算 ※ | あり(I)ロ |
| 入居継続支援加算 ※ | あり |
| 医療機関連携加算 | あり |
| 口腔衛生管理体制加算 | あり |
| 退院・退所時連携加算 | あり |
| 看取り介護加算 | あり |
| 介護職員処遇改善加算 | あり(I) |
| 介護職員等特定処遇改善加算 (特定施設入居者生活介護) | あり(I) |
| 介護職員等特定処遇改善加算 (介護予防特定施設入居者生活介護) | あり(II) |
| 身体拘束廃止未実施減算 | 基準型 |
| 若年性認知症入居者受入加算 | あり |

| | |
|---|--------------|
| 認知症専門ケア加算 | なし |
| 栄養スクリーニング加算 | なし |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施 | あり |
| 短期利用特定施設入居者生活介護の算定 | 不可 |
| ※入居継続支援加算とサービス提供体制強化加算の両方を算定できる場合、要介護の方は「入居継続支援加算」を適用し、要支援の方には「サービス提供体制強化加算」を適用します。 | |
| 利用者の個別的な選択によるサービス提供 | あり |
| 運営懇談会の開催 | あり (年 1 回予定) |
| 入居者の人数が少ないなどのため実施しない場合の代替措置 | |
| 自費によるショートステイ事業 | あり |

入居に当たっての留意事項

| | | |
|---------------|---|---|
| 入居の条件 | 年齢 | 契約締結時に原則満65歳以上 |
| | 要介護度 | 入居時自立・要支援・要介護の方 |
| | 医療的ケア | お客様の状態を確認させていただいた上で、入居可能かご相談させていただきます。 |
| | 認知症 | お客様の状態を確認させていただいた上で、入居可能かご相談させていただきます。 |
| | その他 | お客様の状態を確認させていただいた上で、入居可能かご相談させていただきます。 |
| 身元引受人等の条件、義務等 | <ul style="list-style-type: none"> ・利用者には保証人を1名定めていただきます。保証人は個人とします。 ・当ホームの利用契約から生ずる、利用者のすべての債務の連帯保証（但し、保証人が利用者と共に連帯して保証する金額には、限度額を定めています。詳細については、利用契約書を参照願います。） ・利用契約終了時の利用者の身柄引取り ・介護サービス提供計画書（生活プラン）への同意の協力 ・利用者の治療、入院に関する手配の協力 ・利用者の治療等に関して、医療機関から医療同意を求められ、利用者がその意思を示すことができない場合、利用者に代わってその対応および手続きを行うこと ・利用契約終了時に利用者が生存していない場合の、返還金等の返還先銀行口座の指定等 <p>※保証人が上記義務の履行が困難になった場合には、利用者は新たな保証人を速やかに選定し、ベネッセスタイルケアに通知します。</p> | |
| 体験入居 | 利用期間 | 6泊7日 |
| | 利用料金 | 77,000円（税込） |
| | その他 | <p>※「6泊7日」の定額料金です。</p> <p>※介護保険は適用されません。</p> <p>※上記料金には食費、水光熱費、介護サービス費（ただし、個別の要望に基づく外出同行等を除く。）が含まれます。</p> |
| 入院時の契約の取扱い | <ul style="list-style-type: none"> ・疾病・負傷等により治療が必要となった場合には、利用者の意思を確認し、保証人の同意を得て、協力医療機関、近隣の診療所等の受診に協力します。協力医療機関以外の受診・治療は、原則、ご利用者・ご家族にてご対応をお願いいたします。 ※医療費は利用者の負担となります。 ・入院治療を必要とする場合は、利用者の意思を確認し、保証人の同意を得て、医師の判断／指示により、近隣病院への入院の協力をいたします。入院による不在が3ヶ月を超えた場合には、契約維持について、ホームよりご利用者／ご家族にご相談させていただきます。 ※医療費は利用者の負担となります。 ※入院期間における利用料の取扱いについては、「2泊3日以上不在時の扱い」に準じます。 ・夜間・緊急時の対応については、ホーム利用開始時に、「夜間・緊急時対応確認書」を作成、ご提出いただき、連絡先・対応方法を確認します。 ※ホームでは、あくまで「人命尊重」の原則に従って緊急時対応を行います。ご家族への連絡がつかない場合、ご家族からの指示をいただかないうちに、救急処置、緊急入院・手術などの医療処置におよぶ場合があります。 | |

| | |
|--------------------------|---|
| <p>やむを得ず身体拘束を行う場合の手続</p> | <p>ホームは、サービスの提供にあたっては、利用者の生命または身体を保護するため、切迫性・非代替性・一時性の3つの要件すべてを満たす緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体拘束」という。）は行いません。ただし、緊急やむを得ず身体拘束を行う場合は、本人およびご家族に十分説明を行い、確認書を取り交わします（継続して行う場合は、概ね1か月毎取り交わします）。その態様および時間、その際の利用者の心身状況、緊急やむを得なかった理由を記録し、ご家族等の要求がある場合および行政機関等の指示等がある場合には、開示します。また、身体拘束廃止・虐待防止のために以下の取り組みを実施しています。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・虐待防止の責任者をホーム長といたします ・苦情解決体制の整備 ・職員会議にて、定期的に虐待防止のための啓発・周知 ・身体拘束廃止のための指針の策定 ・マニュアルの整備 ・年1回以上、研修の実施 ・「身体拘束廃止・虐待防止委員会」の月1回以上の定期開催および検討結果を職員への周知徹底を図ります ・身体拘束を行う場合、1ヶ月に1回以上、身体拘束の適正化のための対策を検討する委員会の開催（なお、「身体拘束廃止・虐待防止委員会」と兼ねて開催する場合がございます） ・虐待が発生した場合、直ちに必要な措置を講じるとともに、保証人または利用者のご家族、および行政機関への速やかな報告 |
| <p>事業者からの契約解除</p> | <p>【ベネッセスタイルケアからの解約】 次の事由に該当する場合には、ベネッセスタイルケアは、少なくとも3ヶ月前に利用者および保証人に対して理由を示した書面により解約を申し入れることにより、本契約を解約することができます。この場合、ベネッセスタイルケアは、利用者および保証人に対して説明および協議の場を設けるものとします。</p> <ol style="list-style-type: none"> ①利用者が、利用料その他の支払いを1ヶ月以上滞納したとき ②利用契約「禁止または制限される行為」の規定のいずれかに違反したとき ③保証人が利用契約「保証人」の規定を遵守しなかったとき ④利用者が、重篤な感染症にかかり、または保持し、利用者に対する通常の介護方法では感染を防止することができないとき ⑤利用者・保証人または利用者の家族・その他の関係者の言動及び要望等が、利用者自身または他の利用者あるいはベネッセスタイルケアの従業員の心身または生命に危害を及ぼすおそれがあるとき、または他の利用者への本件サービスの提供に著しく悪影響を及ぼしたとき ⑥利用者、保証人または利用者の家族・その他関係者が、ベネッセスタイルケアの事業運営に支障を及ぼしたとき ⑦利用者が、医療施設への恒常的な入院入所を要する状態となるなど、本施設において利用者に対する適切な本件サービスの提供が困難であると合理的に判断されるとき ⑧利用者が本施設を不在にする期間が連続して3ヶ月を超え、本施設への復帰が困難、あるいは利用者に復帰の意思がないと合理的に判断されるとき ⑨天災、法令の改変、その他やむを得ない事情により施設を閉鎖または縮小するとき ⑩利用者・保証人または利用者の家族が、ベネッセスタイルケアまたはその従業員あるいは他の利用者に対して、本契約を継続し難いほどの背信行為を行ったとき <p>※上記①以外については、利用者自身、他の利用者あるいはベネッセスタイルケアの従業員の心身または生命に危害を及ぼすおそれがあるとき、または他の利用者への本件サービスの提供に著しく悪影響を及ぼすときは、3ヶ月前に理由を示した書面による申し入れをせずに、解約することができます。</p> <p>【契約の自動終了】 次の事由に該当する場合には、本契約は自動的に終了します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者が死亡したとき |

| 要介護時における居室の住み替えに関する事項 | | | |
|-------------------------------|---|-------|----|
| 一時介護室への移動 | なし | | |
| 判断基準・手続 | | | |
| 利用料金の変更 | | | |
| 前払金の調整 | | | |
| 従前居室との仕様の変更 | | | |
| その他の居室への移動 | あり | | |
| 判断基準・手続 | 利用者の要介護状態の変化に伴い、当該居室では適切な介護を実施できないおそれが生じた場合、ベネッセスタイルケアは、事前に利用者および保証人と協議のうえ、より適切な居室に変更することができます。 | | |
| 利用料金の変更 | | | |
| 前払金の調整 | | | |
| 従前居室との仕様の変更 | | | |
| 提携ホーム等への転居 | なし | | |
| 判断基準・手続 | | | |
| 利用料金の変更 | | | |
| 前払金の調整 | | | |
| 従前居室との仕様の変更 | | | |
| 苦情対応窓口 | | | |
| 窓口の名称 | メディカル・リハビリホームくらら二子玉川 苦情受付担当：ホーム長 | | |
| 電話番号 | 03-5797-1165 | | |
| 対応時間 | 09:30-17:00 | | |
| 窓口の名称 | (株)ベネッセスタイルケア ご意見受付窓口 | | |
| 電話番号 | 0120-251-662 | | |
| 対応時間 | 09:30-18:00 (平日) | | |
| 窓口の名称 | 東京都 国民健康保険団体連合会 | | |
| 電話番号 | 03-6238-0177 | | |
| 対応時間 | 09:00-17:00 (平日) | | |
| 賠償責任保険の加入 | あり 保険の名称：三井住友海上福祉事業者総合賠償責任保険 | | |
| 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 | | | |
| 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 | あり | | |
| 東京都福祉サービス第三者評価の実施 | なし | 結果の公表 | なし |
| その他機関による第三者評価の実施 | なし | 結果の公表 | なし |

5 入居者

この項目の情報は、2020年10月の情報です。

| 介護度別・年齢別入居者数 | | 平均年齢： 89.0 歳 | | | | 入居者数合計： 46 人 | | | | |
|------------------------|----------|--------------|----------|-----------|-------------------|--------------|------|------|------|--|
| 年齢 | 介護度 | 自立・その他 | 要支援1 | 要支援2 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | |
| 65歳未満 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 65歳以上75歳未満 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | |
| 75歳以上85歳未満 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 2 | |
| 85歳以上 | | 0 | 2 | 1 | 4 | 5 | 7 | 7 | 11 | |
| 合計 | | 0 | 2 | 1 | 4 | 6 | 9 | 11 | 13 | |
| 入居継続期間別入居者数 | | | | | | | | | | |
| 入居期間 | 6月未満 | 6月以上1年未満 | 1年以上5年未満 | 5年以上10年未満 | 10年以上15年未満 | 15年以上 | 合計 | | | |
| 入居者数 | 13 | 12 | 15 | 6 | 0 | 0 | 46 | | | |
| 男女別入居者数 | 男性： 11 人 | | 女性： 35 人 | | | | | | | |
| 入居率（一時的に不在となっている者を含む。） | | | | | 88.4%（定員に対する入居者数） | | | | | |

| 直近1年間に退去した者の人数と理由 | | | |
|------------------------|----|--------------------|----|
| 理由 | 人数 | 理由 | 人数 |
| 自宅・家族同居 | 1 | その他の福祉施設・高齢者住宅等へ転居 | 1 |
| 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）へ転居 | 0 | 医療機関への入院 | 1 |
| 介護老人保健施設へ転居 | 0 | 死亡 | 26 |
| 介護療養型医療施設へ転居 | 0 | その他 | 1 |
| 他の有料老人ホームへ転居 | 1 | 退去者数合計 | 31 |

6 利用料金

| | | |
|----------|-----------|--|
| 入居準備費用 | なし | 円 |
| 内訳・明細 | | |
| 支払日・支払方法 | | |
| 解約時の返還 | | |
| 敷金 | あり | ※前払金をお支払いいただいた場合は、敷金をお支払いいただく必要はございません。 |
| 金額 | 750,000 円 | (非課税) ※保全対象外 ※退去時に利用料、原状回復費用その他当社に対する不払いが存在する場合、当該不払いの額を控除した金額を除き全額返還する。 |

| 家賃及びサービスの対価 | | | (単位：円) | | | | |
|------------------------------|---------------------------|----------------------|---------|---------|---------------------|--------|------|
| プランの名称 | 前払金 | 月額利用料 | (内訳) | | | | |
| | | | 家賃 | 管理費 | 介護費用 | 食費 | 光熱水費 |
| 月額支払型契約 家賃相当額前払方式 (※) | 1,500,000 ~ 7,500,000 | 267,310 ~ 344,310 | 0 | 117,150 | 121,000~ 198,000 | 29,160 | — |
| 月額支払型契約 共通費用全部前払方式 (※) | 3,255,720 ~ 16,278,600 | 121,000 ~ 198,000 | 0 | 0 | 121,000~ 198,000 | 0 | — |
| 月額支払型契約 月払い方式(自立) | 0 | 469,310 | 125,000 | 117,150 | 198,000 | 29,160 | — |
| 月額支払型契約 月払い方式(要支援 1) | 0 | 392,310 | 125,000 | 117,150 | 121,000 | 29,160 | — |
| 月額支払型契約 月払い方式(要支援 2) | 0 | 392,310 | 125,000 | 117,150 | 121,000 | 29,160 | — |
| 月額支払型契約 月払い方式(要介護 1) | 0 | 392,310 | 125,000 | 117,150 | 121,000 | 29,160 | — |
| 月額支払型契約 月払い方式(要介護 2) | 0 | 404,410 | 125,000 | 117,150 | 133,100 | 29,160 | — |
| 月額支払型契約 月払い方式(要介護 3) | 0 | 416,510 | 125,000 | 117,150 | 145,200 | 29,160 | — |
| 月額支払型契約 月払い方式(要介護 4) | 0 | 428,610 | 125,000 | 117,150 | 157,300 | 29,160 | — |
| 月額支払型契約 月払い方式(要介護 5) | 0 | 440,710 | 125,000 | 117,150 | 169,400 | 29,160 | — |

(※)入居者が定める前払い期間による（上記の金額は1年～5年の間で1年単位で設定した場合）

| | | |
|-----------|-----------|--|
| 各料金の内訳・明細 | 前払金 | <p>【前払金】</p> <p>●家賃相当額前払方式の場合：利用者が定める前払い期間（1年～5年の間で1年単位で設定）分の家賃相当額 家賃相当額前払方式の場合の前払金＝家賃相当額×前払い年数分</p> <p>●共通費用全部前払方式の場合：利用者が定める前払い期間（1年～5年の間で1年単位で設定）分の共通費用（家賃相当額・食材費・管理費） 共通費用全部前払方式の場合の前払金＝共通費用（家賃相当額・食材費・管理費）×前払い年数分</p> <p>*利用開始日が各月1日でない場合においては、日割り計算にて算出した利用開始月の家賃相当額または共通費用全部と利用開始月翌月から上記記載の期間における家賃相当額または共通費用の全部の合計を前払いします。</p> |
| | 家賃 | <p>【家賃相当額】</p> <p>居室および共用施設の家賃相当額で、近隣相場を勘案し設定しています。</p> |
| | 管理費 | 施設の維持・管理費、水光熱費、厨房運営費等 |
| | 介護費用 | <p>①くらし上乗せ介護費用：当ホームでは要介護者・要支援者2名に対し、常勤換算1名以上の職員体制（週40.0時間換算）をとっているほか、看護職員を24時間配置しています。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。</p> <p>②要介護認定が自立の場合：くらし上乗せ介護費用（自立）が適用になります。</p> <p>※介護保険サービスの自己負担額は含まれていません。</p> |
| | 食費 | <p>【食材費】</p> <p>1日972円、30日で計算した場合、1人あたり29,160円です。 （内訳：朝食216円、昼食324円、夕食432円） なお、所定の期限までに欠食の届けをした場合は、1食単位で料金をいただきません。</p> <p>上記の「朝食、昼食、夕食」の食材費については軽減税率の対象とし、一食につき640円以下（税抜）の食材費は、消費税率8%に基づいて記載しています。</p> |
| 光熱水費 | 管理費に含みます。 | |

前払金の取扱い

| | |
|-----------------------|---|
| 支払日・支払方法 | <p>利用契約締結時にお支払いいただきます。</p> <p>*請求書記載の銀行口座へのお振込みとなります。お振込みは、利用者または保証人の名義とし、振込手数料は、利用者の負担となります。</p> <p>*銀行振込の振込依頼書等の控えをもって、ベネッセスタイルケアの預り証等に代えさせていただきますので、お振り込み時の振込依頼書等の控えを、大切に保管いただきますようお願いいたします。</p> |
| 償却開始日 | 利用開始日 |
| 返還対象としない額 | <p>なし</p> <p>位置づけ</p> |
| 契約終了時の返還金の算定方式 | <p>前払い期間満了前に契約終了した場合、契約終了日の翌日以降の利用に係る前払金を返還します。ただし、利用料、原状回復費用その他当社に対する不払いが存在する場合、当該不払いの額も控除した金額を返還します。</p> <p>●家賃相当額前払方式：返還金＝前払金－家賃相当額×入居月数</p> <p>●共通費用全部前払方式：返還金＝前払金－共通費用×入居月数</p> <p>なお、月途中で契約開始又は終了した場合には、1ヶ月を30日とする日割計算により算出します。</p> |
| 短期解約（死亡退去含む）の返還金の算定方式 | <p>期間：3ヶ月 起算日：利用開始日</p> <p>前払い期間満了前に契約終了した場合、契約終了日の翌日以降の利用に係る前払金を返還します。ただし、利用料、原状回復費用その他当社に対する不払いが存在する場合、当該不払いの額も控除した金額を返還します。</p> <p>●家賃相当額前払方式：返還金＝前払金－家賃相当額×入居月数</p> <p>●共通費用全部前払方式：返還金＝前払金－共通費用×入居月数</p> <p>なお、月途中で契約開始又は終了した場合には、1ヶ月を30日とする日割計算により算出します。</p> |
| 返還期限 | <p>契約終了日と居室の明渡し完了日との、いずれか遅い日が属する月の翌々月末日までに、銀行口座への振り込みにより返還します。返還金支払い時に利用者が生存している場合には、利用者に返還します。また、返還金支払い時に利用者が生存していない場合には、保証人の指定する銀行口座に返還金を振り込むことで返還します。</p> |
| 保全措置 | なし 保全先：法令上の保全義務はありません。（親会社保証による保全を実施） |

| | |
|-----------|--|
| その他留意事項 | 家賃相当額は非課税、それ以外は消費税対象となります。 前払い期間は利用開始日の翌月1日（利用開始日が月初の場合は当日）から1年～5年の間で1年単位で設定します。 |
| 月額利用料の取扱い | |
| 支払日・支払方法 | 前月の利用に係る料金その他精算を必要とする費用に関する請求書を毎月15日までに送付します。自動振替の場合は当月26日にご指定いただいた銀行口座より引き落とし、お振込みの場合は当月26日までに指定口座にお振込み願います。 ※26日が金融機関の休業日の場合は翌営業日 ※金融機関口座からの自動振替は収納代行会社を通じて行います。 ※金融機関口座からの自動振替を選択した場合も、金融機関での手続が完了するまでの1～2ヶ月間は銀行口座へのお振込みとなります。 |
| その他留意事項 | 家賃相当額は非課税、それ以外は消費税対象となります。 *途中で利用契約が開始もしくは終了した場合、当該月の共通費用は、1ヶ月を30日とする日割り計算にて算出します。 |

介護保険サービスの自己負担額

介護保険の「負担割合証」に記載されている自己負担割合に基づき計算された金額を請求いたします。(単位:円、非課税)
本項目に記載の金額には「介護職員処遇改善加算」(各単位数に8.2%を乗じた単位数をもとに算定した金額)および「介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ」(各単位数に1.8%を乗じた単位数をもとに算定した金額)が含まれています。

本表の地域区分：1級地、単価：10.90円

【基本単位】

| 要介護 (要支援) 認定結果 | 介護保険給付費 (日額) | 【参考】介護保険の自己負担分 | |
|----------------------|-----------------|----------------|----------|
| | | 1割の場合 | |
| | | (日額) | (30日の場合) |
| | 小数第2位まで表示 | 小数第3位まで表示 | |
| 要支援1 | 2,169.10 | 216.910 | 6,511 |
| 要支援2 | 3,716.90 | 371.690 | 11,151 |
| 要介護1 | 6,431.00 | 643.100 | 19,280 |
| 要介護2 | 7,215.80 | 721.580 | 21,654 |
| 要介護3 | 8,044.20 | 804.420 | 24,136 |
| 要介護4 | 8,807.20 | 880.720 | 26,438 |
| 要介護5 | 9,635.60 | 963.560 | 28,920 |

【加算】

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

| | 介護保険給付費 (日額) | 【参考】介護保険の自己負担分 | |
|----------|-----------------|----------------|----------|
| | | 1割の場合 | |
| | | (日額) | (30日の場合) |
| | 小数第2位まで表示 | 小数第3位まで表示 | |
| 夜間看護体制加算 | 119.90 | 11.990 | 360 |

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

| | 介護保険給付費 (日額) | 【参考】介護保険の自己負担分 | |
|----------|-----------------|----------------|----------|
| | | 1割の場合 | |
| | | (日額) | (30日の場合) |
| | 小数第2位まで表示 | 小数第3位まで表示 | |
| 個別機能訓練加算 | 141.70 | 14.170 | 432 |

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

| | 介護保険給付費 (月額) | 【参考】介護保険の自己負担分(月額) | |
|--------------------|-----------------|--------------------|-----|
| | | 1割の場合 | |
| | 小数第2位まで表示 | | |
| 生活機能向上連携加算 | 2,398.00 | | 240 |
| ※個別機能訓練加算を算定している場合 | 1,199.00 | | 120 |

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

Ⅰイ：介護職員のうち、介護福祉士の占める割合が60%以上

Ⅰロ：介護職員のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上

Ⅱ：看護・介護職員のうち、常勤職員の占める割合が75%以上

Ⅲ：特定施設入居者生活介護を利用者に直接提供する職員のうち、勤続年数3年以上の者の占める割合が30%以上
※前年度（4月から翌年2月）の実績に基づきます。

但し、開設年度、および前年度実績が6ヶ月に満たない事業所は、直近3ヶ月の実績に基づきます。

| | 介護保険給付費 (日額) | 【参考】介護保険の自己負担分 | |
|------------------|-----------------|----------------|----------|
| | | 1割の場合 | |
| | | (日額) | (30日の場合) |
| | 小数第2位まで表示 | 小数第3位まで表示 | |
| サービス提供体制強化加算Ⅰ(イ) | 207.10 | 20.710 | 648 |
| サービス提供体制強化加算Ⅰ(ロ) | 141.70 | 14.170 | 432 |
| サービス提供体制強化加算Ⅱ | 65.40 | 6.540 | 216 |
| サービス提供体制強化加算Ⅲ | 65.40 | 6.540 | 216 |

●入居継続支援加算：入居継続支援加算を算定する場合にあつては、「サービス提供体制強化加算」は適用されません。要介護1～5については、介護福祉士の数が、常勤換算方法で、利用者の数が6又はその端数を増すごとに1以上であり、かつ、たんの吸引等が必要な利用者の占める割合が15%以上等の厚生労働大臣が定める基準を満たしている場合には、「入居継続支援加算」として、次の額が加算されます。

| | 介護保険給付費 (日額) | 【参考】介護保険の自己負担分 | |
|----------|-----------------|----------------|----------|
| | | 1割の場合 | |
| | | (日額) | (30日の場合) |
| | 小数第2位まで表示 | 小数第3位まで表示 | |
| 入居継続支援加算 | 436.00 | 43.600 | 1,295 |

●医療機関連携加算：要支援1～要介護5については、利用者の健康の状況を継続的に記録し、協力医療機関または利用者の主治医に対して、利用者の健康の状況について、月1回以上情報を提供する等の厚生労働大臣が定める基準を満たしている場合には、「医療機関連携加算」として、次の額が加算されます。

| | 介護保険給付費 (月額) | 【参考】介護保険の自己負担分(月額) | |
|----------|-----------------|--------------------|----|
| | | 1割の場合 | |
| | | | |
| | 小数第2位まで表示 | | |
| 医療機関連携加算 | 959.20 | | 96 |

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

| | 介護保険給付費 (月額) | 【参考】介護保険の自己負担分(月額) | |
|------------|-----------------|--------------------|----|
| | | 1割の場合 | |
| | | | |
| | 小数第2位まで表示 | | |
| 口腔衛生管理体制加算 | 359.70 | | 36 |

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

| | 介護保険給付費 (日額) | 【参考】介護保険の自己負担分 | |
|------------|-----------------|----------------|----------|
| | | 1割の場合 | |
| | | (日額) | (30日の場合) |
| | 小数第2位まで表示 | 小数第3位まで表示 | |
| 退院・退所時連携加算 | 359.70 | 35.970 | 1,080 |

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

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

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

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

| | 介護保険給付費 (日額) | 【参考】介護保険の自己負担分(日額) |
|----------------|-----------------|--------------------|
| | 小数第2位まで表示 | 1割の場合 小数第3位まで表示 |
| 死亡日以前4日以上30日以下 | 1,733.10 | 173.310 |
| 死亡日の前日および前々日 | 8,153.20 | 815.320 |
| 死亡日 | 15,347.20 | 1,534.720 |

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

| | |
|--------------------------|--|
| 利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料 | 一部有料（サービスごとの料金は「介護サービス等の一覧表・有料サービス一覧表」の通り） |
|--------------------------|--|

料金改定の手続

- ・ 共通費用および有料サービスの単価については、消費者物価指数及び人件費、また諸種の経済状況の変化などを勘案し、事業の安定的継続の視点から、運営懇談会の意見を聞いて、改定する場合があります。前払いを選択している場合、既に支払われている共通費用については料金の変更は適用しません。この場合において消費税率が改定される場合は、法令等の定めに従います。
- ・ 介護保険給付費については、介護保険の介護給付基準が変更される場合には、それに依りて変動します。
- ・ くら上乗せ介護費用については、消費者物価指数および人件費、また諸種の経済状況の変化や介護保険制度の改正などを勘案し、事業の安定的継続の視点から、運営懇談会の意見を聞いて、改定する場合があります。
- ・ 敷金、家賃相当額および介護保険給付費は消費税非課税です。それ以外の費用には消費税が課税されます。消費税率が改定になった場合は、改定の内容及び法令等の定めにしたがい、利用料も変更になります。

【料金プランの一例】

| | | | |
|--------|-----------------------------|-----|-----------------|
| プランの名称 | 月額支払型契約 月払い方式（要支援、要介護の方の場合） | | |
| | 単位：円 | | |
| 入居準備費用 | 敷金 | 前払金 | 月額利用料 |
| 0 | 750,000 | 0 | 392,310～440,710 |

※利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料及び介護保険サービスの自己負担額は含まない。

7 入居希望者等への事前の情報開示

| | | | |
|----------|-----------------------|---------|-----------------------|
| 入居契約書の雛形 | 入居希望者に交付 (交付希望者のみ) | 財務諸表の要旨 | 入居希望者に交付 (交付希望者のみ) |
| 管理規程 | 入居希望者に交付 (交付希望者のみ) | 財務諸表の原本 | 公開していない |
| 事業収支計画書 | 公開していない | その他開示情報 | なし |

添付書類： 介護サービス等の一覧表・有料サービス一覧表
 東京都有料老人ホーム設置運営指導指針との適合表

重要事項説明書及び一覧表・適合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

説明年月日

_____年 月 日

説明者職・氏名

職 _____

氏名 _____ 印

《介護サービス等の一覧表》 (くらら01) 20101

※ 以下はあくまで目安であり、利用者によって内容が異なる場合があります。
 利用料に含まれるサービス=◎ 利用料に含まれない有料サービス=○ 利用者の実費負担=△

| 要介護（要支援） 認定結果 | | 自立 | | 要支援 1 | | 要支援 2 | | |
|------------------|------------------|-------------|------------|------------|------------|------------|------------|---|
| | | 利用料に含む | 含まれない | 利用料に含む | 含まれない | 利用料に含む | 含まれない | |
| 介護サービス | 巡回 | 昼間 6 時～18 時 | — | — | ◎（2 回） | | ◎（2 回） | |
| | | 夜間 18 時～6 時 | ◎（必要に応じ） | | ◎（1 回） | | ◎（3 回） | |
| | 食事介助 | 配膳・下膳 | ◎ | | ◎ | | ◎ | |
| | | 食事介助 | — | — | — | — | ◎（必要に応じ） | |
| | 排泄 | 排泄介助 | — | — | — | — | ◎（必要に応じ） | |
| | | おむつ交換 | — | — | — | — | — | — |
| | | おむつ代 | | △ | | △ | | △ |
| | 入浴等 | 入浴介助※ | ◎ | | ◎ | | ◎ | |
| | | 清拭※ | — | — | — | — | — | — |
| | 身辺介助 | 体位交換 | — | — | — | — | — | — |
| | | 居室からの移動 | — | — | — | — | ◎（必要に応じ） | |
| | | 衣類の脱着 | — | — | — | — | ◎（必要に応じ） | |
| | | 身だしなみ介助 | — | — | — | — | ◎（必要に応じ） | |
| | ／通院 同行介助 | 協力医療機関 | ◎ | | ◎ | | ◎ | |
| | | その他医療機関 | | ○ | | ○ | | ○ |
| | | 機能訓練 | ◎ | | ◎ | | ◎ | |
| | 緊急時対応／ ナースコール | ◎ | | ◎ | | ◎ | | |
| 生活サービス | 家事 | 清掃（週 2 回） | ◎ | | ◎ | | ◎ | |
| | | 洗濯（必要に応じ） | ◎ | | ◎ | | ◎ | |
| | 理美容 | | △ | | △ | | △ | |
| | 買物代行 | ◎（週 1 回定期） | ○ | ◎（週 1 回定期） | ○ | ◎（週 1 回定期） | ○ | |
| | 各種手続代行 | | ○ | | ○ | | ○ | |
| 健康管理サービス | 定期健康診断（年 1 回） | ◎ | | ◎ | | ◎ | | |
| | 健康相談 | ◎ | | ◎ | | ◎ | | |
| | 生活相談 | ◎ | | ◎ | | ◎ | | |
| | 医師の往診 | | △ （医療費） | | △ （医療費） | | △ （医療費） | |
| 入院時 | 医療費 | | △ | | △ | | △ | |
| | 入退院時移送サービス | | △ | | △ | | △ | |

※ 入浴および清拭の機会の提供は 1 週間につき 3 回です。
 入浴にあたっては、原則、職員を配置し、見守り・介助等をさせていただくこととしております。なお、お一人での入浴をご希望の場合は、「同意書」を締結いただきます。

※ 以下はあくまで目安であり、利用者によって内容が異なる場合があります。

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

| 要介護（要支援） 認定結果 | | 要介護 1 | | 要介護 2 | | 要介護 3 | | | |
|------------------|---------------|------------------|------------|------------|-----------------------------|------------|---------------|---|--|
| | | 利用料を含む | 含まれない | 利用料を含む | 含まれない | 利用料を含む | 含まれない | | |
| 介護サービス | 巡回 | 昼間 6 時～18 時 | ◎（2 回） | | ◎（2 回） | | ◎（2 回） | | |
| | | 夜間 18 時～6 時 | ◎（3 回） | | ◎（3 回） | | ◎（3 回） | | |
| | 食事介助 | 配膳・下膳 | ◎ | | ◎ | | ◎ | | |
| | | 食事介助 | ◎（間接介助） | | ◎（主に間接介助 ／必要により 直接介助） | | ◎ （主に直接介助） | | |
| | 排泄 | 排泄介助 | ◎（間接介助） | | ◎（主に間接介助 ／必要により 直接介助） | | ◎ （主に直接介助） | | |
| | | おむつ交換 | — | — | — | — | ◎ | | |
| | | おむつ代 | | △ | | △ | | △ | |
| | 入浴等 | 入浴介助※ | ◎ | | ◎ | | ◎ | | |
| | | 清拭※ | — | — | — | — | ◎ | | |
| | 身辺介助 | 体位交換 | — | — | — | — | — | — | |
| | | 居室からの移動 | ◎（間接介助） | | ◎（主に間接介助 ／必要により 直接介助） | | ◎ （主に直接介助） | | |
| | | 衣類の脱着 | ◎（間接介助） | | ◎（主に間接介助 ／必要により 直接介助） | | ◎ （主に直接介助） | | |
| | | 身だしなみ介助 | ◎（間接介助） | | ◎（主に間接介助 ／必要により 直接介助） | | ◎ （主に直接介助） | | |
| | ／通院 同行介助 | 協力医療機関 | ◎ | | ◎ | | ◎ | | |
| | | その他医療機関 | | ○ | | ○ | | ○ | |
| | | 機能訓練 | ◎ | | ◎ | | ◎ | | |
| | | 緊急時対応／ ナースコール | ◎ | | ◎ | | ◎ | | |
| | 生活サービス | 家事 | 清掃（週 2 回） | ◎ | | ◎ | | ◎ | |
| | | | 洗濯（必要に応じ） | ◎ | | ◎ | | ◎ | |
| | | 理美容 | | △ | | △ | | △ | |
| 買物代行 | | ◎（週 1 回定期） | ○ | ◎（週 1 回定期） | ○ | ◎（週 1 回定期） | ○ | | |
| 各種手続代行 | | | ○ | | ○ | | ○ | | |
| 健康管理サービス | 定期健康診断（年 1 回） | ◎ | | ◎ | | ◎ | | | |
| | 健康相談 | ◎ | | ◎ | | ◎ | | | |
| | 生活相談 | ◎ | | ◎ | | ◎ | | | |
| | 医師の往診 | | △ （医療費） | | △ （医療費） | | △ （医療費） | | |
| 入院時 | 医療費 | | △ | | △ | | △ | | |
| | 入退院時移送サービス | | △ | | △ | | △ | | |

※ 入浴および清拭の機会の提供は 1 週間につき 3 回です。

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

※ 以下はあくまで目安であり、利用者によって内容が異なる場合があります。
 利用料に含まれるサービス=◎ 利用料に含まれない有料サービス=○ 利用者の実費負担=△

| 要介護（要支援） 認定結果 | | 要介護 4 | | 要介護 5 | | |
|------------------|-----------------|---------------|---------------------|------------|-----------|--------|
| | | 利用料を含む | 含まれない | 利用料を含む | 含まれない | |
| 介護サービス | 巡回 | 昼間 6 時～18 時 | ◎（2 回） | | ◎（2 回） | |
| | | 夜間 18 時～6 時 | ◎（3 回） | | ◎（3 回） | |
| | 食事介助 | 配膳・下膳 | ◎ | | ◎ | |
| | | 食事介助 | ◎（主に直接介助／必要により全面介助） | | ◎（主に全面介助） | |
| | 排泄 | 排泄介助 | ◎（主に直接介助／必要により全面介助） | | ◎（主に全面介助） | |
| | | おむつ交換 | ◎ | | ◎ | |
| | | おむつ代 | | △ | | △ |
| | 入浴等 | 入浴介助※ | ◎ | | ◎ | |
| | | 清拭※ | ◎ | | ◎ | |
| | 身辺介助 | 体位交換 | ◎ | | ◎ | |
| | | 居室からの移動 | ◎（主に直接介助／必要により全面介助） | | ◎（主に全面介助） | |
| | | 衣類の脱着 | ◎（主に直接介助／必要により全面介助） | | ◎（主に全面介助） | |
| | | 身だしなみ介助 | ◎（主に直接介助／必要により全面介助） | | ◎（主に全面介助） | |
| | 通院介助 ／ 同行 | 協力医療機関 | ◎ | | ◎ | |
| | | その他医療機関 | | ○ | | ○ |
| 機能訓練 | | ◎ | | ◎ | | |
| 緊急時対応／ ナースコール | | ◎ | | ◎ | | |
| 生活サービス | 家事 | 清掃（週 2 回） | ◎ | | ◎ | |
| | | 洗濯 （必要に応じ） | ◎ | | ◎ | |
| | 理美容 | | △ | | △ | |
| | 買物代行 | ◎（週 1 回定期） | ○ | ◎（週 1 回定期） | ○ | |
| | 各種手続代行 | | ○ | | ○ | |
| 健康管理サービス | 定期健康診断（年 1 回） | | ◎ | | ◎ | |
| | 健康相談 | | ◎ | | ◎ | |
| | 生活相談 | | ◎ | | ◎ | |
| | 医師の往診 | | | △（医療費） | | △（医療費） |
| 入院時 | 医療費 | | | △ | | △ |
| | 入退院時移送サービス | | | △ | | △ |

※ 入浴および清拭の機会の提供は 1 週間につき 3 回です。
 入浴にあたっては、原則、職員を配置し、見守り・介助等をさせていただくこととしております。なお、お一人での入浴をご希望の場合は、「同意書」を締結いただきます。

《 有料サービス一覧表 》 K01 ⑩

(税込)

| No. | 項目 | 内容/基準 | 単価 |
|-----|--|-------------------------------|---------------|
| 1 | <p>ご家族等の利用者居室での宿泊 (※)</p> <p>※ご家族等が、一時的に利用者居室に宿泊することができるサービスです。このサービスは、以下の限定的期間において、ベネッセスタイルケアが事前に認めた場合に限り、ご利用いただけます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用開始時 ・終末期の看取り時 <p>なお、利用者不在時のご家族だけの宿泊は認められません。</p> <p>*施設・設備利用料です(寝具・リネン類はホームにてご用意します)</p> <p>*食事は含まれません</p> <p>*前日までの申込みが必要です(ご利用者の急な体調変化に伴う付き添い希望の場合等とはご相談ください)</p> | <p>1泊2日 1名あたり</p> | <p>1,100円</p> |
| 2 | <p>ご家族等への食事の提供</p> <p>*1週間前までの申込みが必要です</p> <p>*申込期限を過ぎてのキャンセルはキャンセル料(全額)をいただきます</p> | <p>朝食</p> | <p>440円</p> |
| | | <p>昼食</p> | <p>550円</p> |
| | | <p>夕食</p> | <p>880円</p> |
| | | <p>おやつ</p> | <p>110円</p> |
| 3 | <p>通院介助/同行</p> <p>*利用者の個別のご希望により、医療機関への受診に同伴するものです</p> <p>*ホーム内で往診等を受ける場合、ホームの協力医療機関への通院、救急搬送に同行する場合等は無料です</p> <p>*記録・報告の時間を含みます</p> <p>*事前の申込みが必要です</p> | <p>1時間あたり</p> | <p>2,200円</p> |
| | | <p>別途、往復の交通費の実費をご負担いただきます</p> | |
| 4 | <p>外出時の同行</p> <p>*事前の申込みが必要です</p> | <p>1時間あたり</p> | <p>1,650円</p> |
| | | <p>別途、往復の交通費の実費をご負担いただきます</p> | |
| 5 | <p>各種手続き代行</p> <p>*事前の申込みが必要です</p> | <p>1時間あたり</p> | <p>1,320円</p> |
| | | <p>別途、往復の交通費の実費をご負担いただきます</p> | |
| 6 | <p>買物代行</p> | <p>1回あたり</p> | <p>220円</p> |
| | | <p>ホーム全体で定期的に行うもの(週1回)は無料</p> | |

※ 上記1～2のサービスはホーム利用者のご家族等に提供するもの、上記3～6のサービスはホーム利用者ご本人に提供するものです。

※ スタッフの手配の状況によってはお受けできない場合もあります。

※ 上記に含まれない個人的なご要望につきましては、個別にご相談を承ります。

施設名:メディカル・リハビリホームくらら二子玉川

東京都有料老人ホーム設置運営指導指針との適合表

| 指針項目 | 該当に○ | 備考 |
|--|---------------------------------|----|
| 安定的・継続的な居住の確保のための項目 | | |
| 1 有料老人ホーム事業の継続を制限する恐れのある抵当権が設定されていないか。 | ○ 適合 ・ 不適合 | |
| 2 借地・借家の場合、入居者の居住の継続を確実にするために、指針4(3)から(5)までに定めるすべての要件を満たしているか。 | ○ 適合 ・ 不適合 ・ 非該当 | |
| 緊急時の安全確保のための項目 | | |
| 3 有料老人ホーム(児童福祉施設等)の建物として建築基準法第7条第5項に規定する検査済証が交付されているか。 | ○ 適合 ・ 不適合 | |
| 4 耐火建築物又は準耐火建築物であるか。 | ○ 適合 ・ 不適合 | |
| 5 各居室・各トイレ・浴室・脱衣室のすべてにナースコール等緊急呼出装置を設置しているか。 | ○ 適合 ・ 不適合 | |
| 6 【収容人員(従業員含む。)10人以上の施設】消防署に届け出た消防計画に基づき避難訓練を実施しているか。 | ○ 適合 ・ 不適合 ・ 非該当 | |
| 7 消防法施行令に定める消防用設備(スプリンクラー設備等)を設置し、消防機関の検査を受けているか。 | ○ 適合 ・ 不適合 | |
| 入居者の尊厳を守り、心身の健康を保持するための項目 | | |
| 8 各居室は界壁により区分されているか。 | ○ 適合 ・ 不適合 | |
| 9 各居室の入居者1人当たりの面積は壁芯13㎡以上であるか。 | ○ 適合 ・ 不適合 | |
| 10 すべての居室の定員が1人又は2人(配偶者及び3親等以内の親族を対象)であるか。 | ○ 適合 ・ 不適合 | |
| 11 入居時及び定期的に健康診断を受ける機会を提供しているか。 | ○ 適合 ・ 不適合 | |

| | | | | | |
|------------------|---|---------|---|----------|--------------------------------|
| 12 | 緊急時にやむを得ず身体拘束等を行う場合は、記録を作成することが決められているか。 | ○ 適合 | ・ | ○ 不適合 | |
| 入居者の財産を保全するための項目 | | | | | |
| 13 | 前払金について、規定された保全措置を講じているか。 | ○ 適合 | ・ | ○ 不適合 | 法令上の保全義務はありません。(親会社保証による保全を実施) |
| 14 | 前払金について、全額を返還対象としているか。(初期償却0の場合のみ「適」とする。) | ○ 適合 | ・ | ○ 不適合 | |
| 15 | 入居した日から3か月以内の契約解除(死亡退去含む)の場合については、既受領の前払金の全額(実費を除く。)を利用者に返還することが定められているか。 | ○ 適合 | ・ | ○ 不適合 | |

※ 開設日前にあっては見込みで記入し、実際の状況については備考欄に記入すること。

※ 不適合の項目については、その具体的な状況、指針適合に向け検討している内容及び改善の期限を原則として明記し、代替措置がある場合はその内容についても記入すること。