

重要事項説明書

| | |
|-------|--------------|
| 記入年月日 | 2023年07月01日 |
| 記入者名 | 八木 まゆみ |
| 所属・職名 | こち江坂 ホーム長 |

1 事業主体概要

| | | |
|------------|---|---|
| 名称 | (フリガナ) 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/FAX番号 | 03-6836-1111 / 03-6836-1101 |
| | メールアドレス | - |
| | ホームページアドレス | http://www.benesse-style-care.co.jp/ |
| 代表者(職名/氏名) | 代表取締役 / 滝山 真也 | |
| 設立年月日 | 1995年09月07日 | |
| 主な実施事業 | 介護保険指定事業(訪問介護、通所介護他)、保育事業 | |

2 有料老人ホーム事業の概要

(住まいの概要)

| | | |
|------------------------------|---|---|
| 名称 | (フリガナ) ココチエサカ こち江坂 | |
| 届出・登録の区分 | 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 | |
| 有料老人ホームの種類 | 住宅型 | |
| 所在地 | 〒564-0052 大阪府吹田市広芝町10番14-101号 | |
| 主な利用交通手段 | OsakaMetro 御堂筋線・北大阪急行線「江坂駅」下車、徒歩3分(約190m) | |
| 連絡先 | 電話番号 | 06-6386-5350 |
| | FAX番号 | 06-6386-5351 |
| | ホームページアドレス | http://www.benesse-style-care.co.jp/ |
| 管理者(職名/氏名) | ホーム長 / 八木 まゆみ | |
| 有料老人ホーム事業開始日/届出受理日・登録日(登録番号) | 2017年06月01日 / 2017年03月28日 | |

3 建物概要

| | | | | | | | | | |
|----------------|----------------------------------|---|------------|------------------|----------------------|---------------------|----------------------|----|--------------------|
| 土地 | 権利形態 | | 抵当権 | | 契約の自動更新 | | | | |
| | 賃貸借契約の期間 | | | | | | | | |
| | 面積 | 1396.84 m ² | | | | | | | |
| 建物 | 権利形態 | 賃借権 | 抵当権 | なし | 契約の自動更新 | あり | | | |
| | 賃貸借契約の期間 | 2017年04月01日～2017年03月31日 | | | | | | | |
| | 延床面積 | 9890.1 m ² (うち有料老人ホーム部分 地上1階の一部及び2～5階、3105.91 m ²) | | | | | | | |
| | 竣工日 | 2017年03月06日 | | | 用途区分 | 有料老人ホーム | | | |
| | 耐火構造 | 耐火建造物 | | その他の場合： | | | | | |
| | 構造 | 鉄筋コンクリート造 | | その他の場合： | | | | | |
| | 階数 | 13階 | | (地上 13階、地階 | | -階) | | | |
| | サ高住に登録している場合、登録基準への適合性 | | | | | | | | |
| 居室の状況 | 総戸数 | 67戸 | | 届出又は登録(指定)をした室数 | | | 67室(67室) | | |
| | 部屋タイプ | トイレ | 洗面 | 浴室 | 台所 | 収納 | 面積*壁芯法による | 室数 | 備考(部屋タイプ、相部屋の定員数等) |
| | 一般居室個室 | ○ | ○ | × | × | × | 18.7 m ² | 3 | |
| | 一般居室個室 | ○ | ○ | × | × | × | 19.3 m ² | 6 | |
| | 一般居室個室 | ○ | ○ | × | × | × | 19.7 m ² | 1 | |
| | 一般居室個室 | ○ | ○ | × | × | × | 19.8 m ² | 3 | |
| | 一般居室個室 | ○ | ○ | × | × | × | 19.9 m ² | 4 | |
| | 一般居室個室 | ○ | ○ | × | × | × | 20.0 m ² | 6 | |
| | 一般居室個室 | ○ | ○ | × | × | × | 20.2 m ² | 6 | |
| | 一般居室個室 | ○ | ○ | × | × | × | 20.3 m ² | 3 | |
| | 一般居室個室 | ○ | ○ | × | × | × | 20.6 m ² | 6 | |
| | 一般居室個室 | ○ | ○ | × | × | × | 20.7 m ² | 3 | |
| | 一般居室個室 | ○ | ○ | × | × | × | 21.2 m ² | 4 | |
| | 一般居室個室 | ○ | ○ | × | × | × | 21.3 m ² | 3 | |
| | 一般居室個室 | ○ | ○ | × | × | × | 22.1 m ² | 3 | |
| | 一般居室個室 | ○ | ○ | × | × | × | 24.1 m ² | 4 | |
| | 一般居室個室 | ○ | ○ | × | × | × | 34.7 m ² | 4 | |
| | 一般居室個室 | ○ | ○ | × | ○ | ○ | 40.9 m ² | 4 | |
| | 一般居室相部屋(夫婦・親族) | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 44.5 m ² | 3 | |
| 一般居室相部屋(夫婦・親族) | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 44.8 m ² | 1 | | |
| 共用施設 | 共用トイレ | 6ヶ所 | | うち男女別の対応が可能なトイレ | | | 0ヶ所 | | |
| | | | | うち車椅子等の対応が可能なトイレ | | | 6ヶ所 | | |
| | 共用浴室 | 個室 5ヶ所 | | 大浴場 | | | 0ヶ所 | | |
| | 共用浴室における介護浴槽 | チェア一浴 0ヶ所 | | その他 | | | 2ヶ所 | | |
| | | | | その他: | | | リフト浴、ストレッチャー浴 | | |
| | 食堂兼機能訓練室 | 1ヶ所 | | 面積 | | | 222.4 m ² | | |
| | 機能訓練室 | ヶ所 | | 面積 | | | m ² | | |
| | 利用者や家族が利用できる調理設備 | なし | | | | | | | |
| | エレベーター | ストレッチャー対応 2ヶ所 | | | | | | | |
| | 廊下 | 中廊下 1.8m / | | | 片廊下 | | | なし | |
| 汚物処理室 | 4ヶ所 | | | | | | | | |
| 緊急通報装置 | 居室 あり | | トイレ あり | | 浴室 あり | | 脱衣室 あり | | |
| | 通報先 | | 担当スタッフのPHS | | 通報先から居室までの到着予定時間 約1分 | | | | |
| その他 | 事務所(兼健康管理室)、相談室※訪問介護事業所と兼用、談話室 他 | | | | | | | | |

| | | | | | | |
|------------|---------|----|-------------------|----|-----------|----|
| 消防用 設備等 | 消火器 | あり | 自動火災報知設備 | あり | 火災通報設備 | あり |
| | スプリンクラー | あり | なしの場合 (改善予定時期) | | | |
| | 防火管理者 | あり | 消防計画 | あり | 避難訓練の年間回数 | 2回 |

4 サービスの内容

(全体の方針)

| | | |
|-------------------|---|---------------------------|
| 運営に関する方針 | <p>その方らしさに、深く寄りそう。</p> <p>ご利用者が「ご自分らしく生きること」を大切にしています。その方がどのような人生を歩まれ、何を望まれ、どのようなこだわりをお持ちなのか、心のありかを考えて、サービスのあり方を考えます。</p> <p>ご利用者が生きがいを感じながらホームでお過ごしいただくため、またご家族に安心してホームにおまかせいただくために、その方が持つ能力を最大限にいかしたサービスの提供を目指しています。</p> | |
| サービスの提供内容に関する特色 | <p>ご利用者の毎日が輝くために</p> <p>○私は、この仕事にたずさわれる感謝を常に忘れず、ご利用者の心身両面の支えとなります。</p> <p>○私は、ご利用者のお話を心の耳で聴き、共感します。</p> <p>○私は、ご利用者のことを人生の先輩として尊敬し、その方のことをたくさん知るようにつとめます。</p> <p>○私は、ご利用者の喜びを自分自身の喜びととらえ、毎日が輝くお手伝いをあきらめることなく追求していきます。</p> <p>○私は、一回でも多く、ご利用者に笑っていただけるよう、ご利用者と一緒に楽しみます。</p> | |
| サービスの種類 | 提供形態 | 委託業者名等 |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | なし | |
| 食事の提供 | 委託 | 株式会社LEOC |
| 調理、洗濯、掃除等の家事の供与 | なし | |
| 健康管理の支援（供与） | なし | 看護職員を配置し、健康相談を実施します。 |
| 状況把握・生活相談サービス | なし | 必要に応じて状況把握サービスを行う場合があります。 |
| 提供内容 | | |
| サ高住の場合、常駐する者 | | |
| 健康診断の定期検診 | 委託 | ホーム提携機関 |
| | 提供方法 | 定期健康診断(年1回) |
| 利用者の個別的な選択によるサービス | (別添2) 個別選択による介護サービス一覧表 参照 | |
| 虐待防止 | <p>ホームは、サービスの提供にあたっては、利用者の生命または身体を保護するため、切迫性・非代替性・一時性の3つの要件すべてを満たす緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行いません。ただし、緊急やむを得ず身体拘束を行う場合は、本人またはご家族に十分説明を行い、確認書を取り交わします。その態様および時間、その際の利用者の心身状況、緊急やむを得なかった理由を記録し、ご家族等の要求がある場合および行政機関等の指示等がある場合には、開示します。なお、3つの要件のいずれかを満たさなくなった場合には、身体拘束・その他利用者の行動を制限する行為を解除いたします。</p> <p>また、身体拘束廃止・虐待防止のために以下の取り組みを実施しています。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・虐待防止の責任者をホーム長とします ・苦情解決体制の整備 ・職員会議にて、定期的に虐待防止のための啓発・周知 ・身体拘束廃止のための指針の策定 ・マニュアルの整備 ・法令の定めに基づく研修の実施 ・法令の定めに基づく「身体拘束廃止・虐待防止委員会」の開催 ・虐待が発生した場合、直ちに必要な措置を講じるとともに、保証人または利用者のご家族、および行政機関への速やかな報告 | |
| 身体的拘束 | | |

(併設している高齢者居宅生活支援事業者)

【併設している高齢者居宅生活支援事業者がない場合は省略】

| | |
|------------|---|
| 事業所名称 | (フリガナ) ココチエサカケアステーション ここち江坂ケアステーション |
| 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 |
| 事務者名 | (フリガナ) 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 |
| 併設内容 | 訪問介護等 |

(連携及び協力している高齢者居宅生活支援事業者)

【連携及び協力している高齢者居宅生活支援事業者の提供を行っていない場合は省略】

| | |
|------------|--|
| 事業所名称 | |
| 主たる事務所の所在地 | |
| 事務者名 | |
| 連携内容 | |

(医療連携の内容) ※治療費は自己負担

| | | |
|----------|---|---|
| 医療支援 | その他 | |
| | その他の場合： ベネッセスタイルケアは、利用者の病状の急変、その他の事故が発生した場合には、速やかに保証人や利用者の家族に連絡をとるとともに、主治の医師に連絡をとる等必要な措置を講じます。 | |
| 協力医療機関 | 名称 | 医療法人 愛成会 めぐみクリニック |
| | 住所 | 大阪府吹田市山手町2丁目7-25 ドミニオン豊津 2階 |
| | 診療科目 | 内科、皮膚科 |
| | 協力科目 | 内科、皮膚科 |
| | 協力内容 | その他 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) |
| | 名称 | 医療法人社団日翔会 くれはクリニック |
| | 住所 | 大阪府茨木市沢良宜浜 2-1-2 |
| | 協力内容 | その他 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 |
| | 住所 | |
| | 協力内容 | |

(入居後に居室を住み替える場合) 【住み替えを行っていない場合は省略】

| | | | |
|----------------|--------|---------|--|
| 入居後に居室を住み替える場合 | | その他の場合： | |
| 判断基準の内容 | | | |
| 手続の内容 | | | |
| 追加的費用の有無 | | 追加費用 | |
| 居室利用権の取扱い | | | |
| 前払金償却の調整の有無 | | 調整後の内容 | |
| 従前の居室との仕様の変更 | 面積の増減 | 変更の内容 | |
| | 便所の変更 | 変更の内容 | |
| | 浴室の変更 | 変更の内容 | |
| | 洗面所の変更 | 変更の内容 | |
| | 台所の変更 | 変更の内容 | |
| | その他の変更 | 変更の内容 | |

(入居に関する要件)

| | |
|----------|---|
| 入居対象となる者 | 入居時自立・要支援・要介護 |
| 留意事項 | <ul style="list-style-type: none"> ・契約締結時に原則満65歳以上の方 ※満65歳未満の方はご相談ください。 ・規定の利用料の支払いが可能な方 ・公的な医療保険に加入されている方 ・公的な介護保険に加入されている方 ・保証人を定められる方 ※身元保証会社等を保証人とすることを希望される場合や保証人を定められない場合にはご相談ください。 ・当ホームの利用契約書・管理規程等をご承諾いただき円滑に共同生活が営める方 |
| 契約の解除の内容 | <p>【利用者からの解約】 利用者は、ベネッセスタイルケアに対して、1ヶ月前までに書面で通知することによりいつでも本契約を解約することができます。ただし、利用開始日の前日までにベネッセスタイルケアに対して書面で解約の申し入れを行った場合には、利用者はいつでも本契約を解約することができます。 ※「1ヶ月前」とは暦月での基準となります。例えば、7月20日契約解除のご希望があれば、前月6月20日以前の書面提出が必要となります。</p> <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。 ・利用者が死亡したとき</p> |

| | | | |
|----------------|--|---|--|
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | <p>【ベネッセスタイルケアからの解約】</p> <p>次の事由に該当する場合には、ベネッセスタイルケアは、少なくとも3ヶ月前に利用者および保証人に対して理由を示した書面により解約を申し入れることにより、本契約を解約することができます。この場合、ベネッセスタイルケアは、利用者および保証人に対して説明および協議の場を設けるものとします。</p> <p>①利用者が、利用料その他の支払いを1ヶ月以上滞納したとき 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 ⑥利用者が、医療施設への恒常的な入院入所を要する状態となるなど、本施設において利用者に対する適切な本件サービスの提供が困難であると合理的に判断される時 ⑦利用者が本施設を不在にする期間が連続して3ヶ月を超え、本施設への復帰が困難、あるいは利用者には復帰の意思がないと合理的に判断される時 ⑧天災、法令の改変、その他やむを得ない事情により施設を閉鎖または縮小するとき ⑨利用者・保証人または利用者の家族が、ベネッセスタイルケアまたはその従業員あるいは他の利用者に対して、本契約を継続し難いほどの背信行為を行ったとき</p> <p>※上記に関わらず、利用者、保証人または利用者の家族・その他関係者の言動および要望等が以下のいずれかに該当する場合には、ベネッセスタイルケアは、3ヶ月前に理由を示した書面による申し入れをせずに、また、利用者および保証人に対して説明および協議の場を設けずに、解約することができます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者自身、他の利用者またはベネッセスタイルケアの従業員の心身、生命または財産に危害を及ぼすおそれがあるとき ・利用者自身、他の利用者への本件サービスの提供に著しく悪影響を及ぼすとき ・ベネッセスタイルケアの事業運営に重大な支障を及ぼしたとき | |
| | 解約予告期間 | 3ヶ月 | |
| 利用者からの解約予告期間 | 1ヶ月 | | |
| 体験入居 | あり | 内容 | 6泊7日：52,800円（税込） ※「6泊7日」の定額料金です。 ※介護保険は適用されません。 ※上記料金には食費、水光熱費、日常生活支援サービス費が含まれます。 |
| 入居定員 | 71人 | | |
| その他 | ■施設の利用にあたっての主な留意事項については、以下の内容のほか管理規程に定めていますので、管理規程をご参照ください。 ○物品管理について ・ホームに持ち込まれる物品の管理は、原則、利用者ご本人、保証人およびご家族にお願いしています。 ・高額の現金や宝飾品等の貴重品の持ち込みはお断りしております。ホームでは、少額であっても現金（金券等含む）はお預かりいたしません。 ○居室利用の留意点について ・居室、共用施設又は敷地内で動物を飼育することは原則できません。 ・ベネッセスタイルケアに承諾を得ることなく、利用者以外の者を居室に宿泊させることはできません。 | | |

5 職員体制
(職種別の職員数)

この項目の情報は、2023年7月1日時点の情報です。

| | 職員数 (実人数) | | | 兼務している職種名及び人数 |
|----------|-----------|----|-----|-----------------|
| | 合計 | 常勤 | 非常勤 | |
| 管理者 | 1 | 1 | 0 | 併設訪問介護事業所管理者と兼務 |
| 生活相談員 | | | | |
| 直接処遇職員 | 2 | 2 | 0 | |
| 介護職員 | | | | |
| 看護職員 | 2 | 2 | 0 | |
| 機能訓練指導員 | | | | |
| 計画作成担当者 | | | | |
| 栄養士 | | | | |
| 調理員 | | | | |
| サービススタッフ | 19 | 0 | 19 | |
| 事務員 | 3 | 0 | 3 | |
| その他職員 | 3 | 0 | 3 | |

(資格を有している介護職員の人数)

| | 合計 | | | 備考 |
|---------------|----|-----|--|----|
| | 常勤 | 非常勤 | | |
| 社会福祉士 | | | | |
| 介護福祉士 | | | | |
| 介護福祉士実務者研修修了者 | | | | |
| 介護職員初任者研修修了者 | | | | |
| 介護支援専門員 | | | | |

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

| | 合計 | | |
|-------------|----|-----|--|
| | 常勤 | 非常勤 | |
| 看護師又は准看護師 | | | |
| 理学療法士 | | | |
| 作業療法士 | | | |
| 言語聴覚士 | | | |
| 柔道整復師 | | | |
| あん摩マッサージ指圧師 | | | |
| はり師 | | | |
| きゅう師 | | | |

(夜勤を行う看護・介護職員等の人数)

| 夜勤帯の設定時間 (22時00分～翌06時00分) | | |
|---------------------------|------|-------|
| | 平均人数 | 最少時人数 |
| 看護職員 | 0人 | 0人 |
| サービススタッフ | 1人 | 1人 |

(職員の状況)

| | | | | | | | | | | |
|------------------------|-----------|-----|--------|---------------------|-------|-----|---------|-----|---------|-----|
| 管理者 | 他の職務との兼務 | | | あり（併設訪問介護事業所管理者と兼務） | | | | | | |
| | 業務に係る資格等 | あり | 資格等の名称 | 介護福祉士・介護支援専門員 | | | | | | |
| | 看護職員 | | 介護職員 | | 生活相談員 | | 機能訓練指導員 | | 計画作成担当者 | |
| | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 |
| 前年度1年間の採用者数 | 1 | 0 | | | | | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | 0 | 0 | | | | | | | | |
| 業務に従事した職員の人事経験年数に応じた人数 | 1年未満 | 1 | 0 | | | | | | | |
| | 1年以上3年未満 | 1 | 0 | | | | | | | |
| | 3年以上5年未満 | 0 | 0 | | | | | | | |
| | 5年以上10年未満 | 0 | 0 | | | | | | | |
| | 10年以上 | 0 | 0 | | | | | | | |
| | 備考 | | | | | | | | | |
| 従業者の健康診断の実施状況 | | | あり | | | | | | | |

6 利用料金

(利用料金の支払い方法)

| | | |
|--------------------------------|-----|---|
| 居住の権利形態 | | 利用権方式 |
| 利用料金の支払い方式 | | 選択方式 |
| | | 選択方式の内容 ※該当する方式を全て 選択 |
| 年齢に応じた金額設定 | | あり 入居金型契約の場合 |
| 要介護状態に応じた金額設定 | | なし |
| 入院等による不在時における利用料金 (月払い)の取扱い | | あり 内容： 減額なし(食材費以外の利用料)、1食単位で減額(食材費) |
| 利用料金の改定 | 条件 | ・月額施設利用料および有料サービスの単価については、消費者物価指数及び人件費、また諸種の経済状況の変化などを勘案し、事業の安定的継続の視点から、運営懇談会の意見を聞いて、改定する場合があります。 ・入居金、敷金、家賃相当額は消費税非課税です。それ以外の費用には消費税が課税されます。消費税率が改定になった場合は、改定内容及び法令等の定めにしたがい、利用料も変更になります。 |
| | 手続き | |

(代表的な利用料金のプラン)

| | | |
|--------------------------|------------------|------|
| | | 別紙参照 |
| 入居者の状況 | 要介護度 | |
| | 年齢 | |
| 居室の状況 | 部屋タイプ | |
| | 床面積 | |
| | トイレ | |
| | 洗面 | |
| | 浴室 | |
| | 台所 | |
| | 収納 | |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金(家賃、介護サービス費等) | |
| | 敷金 | |
| 月額費用の合計 | | |
| 家賃 (サービス費用 ※介護保険外) | 食費 | |
| | 状況把握及び生活相談サービス費 | |
| | | |
| | | |
| | | |

(利用料金の算定根拠等)

| | |
|----|---|
| 家賃 | 【家賃相当額・入居金】 居室および共用施設等の家賃相当額で、近隣相場を勘案し設定しています。 |
|----|---|

| | |
|-----------------|--|
| 敷金 | <p>月額支払型契約の家賃相当額の6ヶ月分または500万円を上限とした額を敷金としてお預かりします。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・契約締結時に敷金をお支払いいただきます。 ・入居金型契約を選択した場合、敷金の支払いはありません。 ・契約債務の担保金として、敷金をお預かりします。 ・敷金は消費税非課税です。また、敷金には利息は付きません。 ・敷金については、保全措置を講じておりません。 |
| | <p>解約時の対応</p> <ul style="list-style-type: none"> ・契約終了時、滞納や債務がない場合は、契約終了日と居室の明渡し完了日との、いずれか遅い日が属する月の翌々月末日までに、敷金全額を金融機関口座への振込みにより返金します。 ・利用料の不払いがあった場合には、敷金から充当する場合があります。 <p>※詳しい内容については、「契約書」の該当条項を参照願います。</p> |
| 前払金 | <p>【入居金】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入居金は居室および共用施設の家賃相当額です。 <p>※家賃相当額は、入居金のほか、月額施設利用料としても設定している場合があります。</p> <p>※面積や眺望等により、家賃相当額が異なる居室が設定されている場合があります。</p> <p>※ホームによってはAタイプ居室（定員1名）、Bタイプ居室（定員2名）が設置されている場合があります。</p> <p>※なお、表中の金額は利用開始日における利用者の満年齢が満75歳以上の場合に適用される標準入居金額です。</p> <p>＜入居金の算定方法＞</p> <p>入居金は、以下の算定式に則って算定しております。</p> <p>①入居金（家賃相当額） $= ②1 \text{ か月分の家賃相当額} \times ③ \text{ 想定居住期間} * 1$ $+ ④ \text{ 想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えてベネッセスタイルケアが受領する額} * 2$</p> <p>*1 当社既存ホームの実績を元に統計的に算定し、60ヶ月と設定しております。</p> <p>*2 想定居住期間を超えて入居が継続している場合に必要の家賃相当額として算定し、標準入居金額の30%としております。</p> <p>※A1タイプ入居金型契約_基本の場合</p> <p>① 2,950,000円 ②（1ヶ月目）34,456円 ②（2ヶ月目～60ヶ月目）34,416円 ③ 60ヶ月 ④（①×30%）885,000円</p> <p>利用開始日における利用者の満年齢に応じて、入居金の額が変動します。</p> <p>＜75歳以上の方＞標準入居金を適用します。</p> <p>＜75歳未満の方＞標準入居金に、以下の金額を加算した金額を適用します。</p> <p>◇月次償却額に、利用開始日から起算して、利用者の満75歳の誕生日までの月数（1ヶ月未満は1ヶ月に切り上げ。）を乗じた額</p> |
| 状況把握及び生活相談サービス費 | |
| 食費 | <p>【食材費】</p> <p>1日1,230円、30日で計算した場合、1人あたり36,900円です。 （内訳：朝食302円、昼食464円、夕食464円）</p> <p>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> |
| 管理費 | <p>施設の維持・管理費、水道費、共用部の電気料金・ガス料金、厨房運営費等</p> |
| 介護費用 | |

| | |
|----------------------|---|
| 光熱水費 | 居室内の電気料金・ガス料金は実費、それ以外は管理費に含みます。 |
| 介護保険外費用 | <ul style="list-style-type: none"> ・利用者は、医療費、紙おむつ等の介護消耗品、化粧品、衣類、クリーニング、理容・美容、嗜好品等、専ら利用者の個人的利用、使用に係る費用を負担します。 ・利用者が、当ホームまたはその設備、備品等を汚損または毀損、滅失、その他原状を変更した場合には、利用者の選択により、直ちに自己の費用により原状に復するか、またはその対価を支払って損害を賠償します。 ・ホームの利用に付随して生ずる「日常生活に関わる費用」は、その内容・性格により、利用料に含まれるものと含まれないものに区分しています。区分基準と具体的な内容・内訳は、利用契約書を参照願います。 |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | (別添2) 個別選択による介護サービス一覧表 参照 |
| その他のサービス利用料 | 利用者は、医療費、紙おむつ等の介護消耗品、化粧品、衣類、クリーニング、理容・美容、嗜好品等、専ら利用者の個人的利用、使用に係る費用を負担します。 |

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略

| | |
|--------------------------------------|--|
| 想定居住期間 (償却年月数) | 60 ヶ月 |
| 償却の開始日 | 入居日 ※当社では「利用開始日」として います。 |
| 想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額 (初期償却額) | 885,000 円 ※A1 タイプ入居金型契約_基本 の場合 |
| 初期償却額 | 30 % ※標準入居金の場合 ※利用開始日における利用者の満年齢が満 75 歳以上の方の場合の初期償却率です。満 65 歳以上満 75 歳未満の方の場合には、その年齢により異なります。 |

| | | |
|----------|---------------|---|
| 返還金の算定方法 | 入居後3月以内の契約終了 | <p>契約が利用開始日から3ヶ月以内に終了した場合、入居金全額を利用者に返還します。この場合、月額施設利用料、有料サービスの対価のほか、入居金にかえて利用開始日から契約終了日までの期間について「契約が3ヶ月以内に終了した場合の家賃相当額」をお支払いいただきます。（この家賃相当額は、月額施設利用料に含まれる家賃相当額とは別にお支払いいただくものです。）</p> |
| | 入居後3月を超えた契約終了 | <p>・入居金の償却方法は以下のとおりです。 (標準入居金の場合) 利用者の年齢にかかわらず、利用開始日に、想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えてベネッセスタイルケアが受領する額として標準入居金の3割相当額を「利用開始時償却(※)」します。 ※「利用開始時償却額」は返還対象外となります。 ・「利用開始時償却額」以外の入居金は、利用開始日の属する月から起算して、当該居室タイプの月次償却額を毎月償却します。(標準入居金の場合の償却期間は60ヶ月です。) *1円未満の端数調整のため、1ヶ月目の月次償却額は通常月と異なる場合があります。 *月途中に利用契約が開始もしくは終了した月においては、30日で除した日割り計算にて算出します。</p> <p>・返還金の算定方法は以下のとおりです。 (標準入居金の場合) 返還金は、利用者の年齢にかかわらず、契約終了日が償却期間を経過していない場合には、月次償却額に、「残月数(※)」を乗じた金額を返還します。このとき、利用契約または償却期間が月途中で終了する場合には、当該月における未償却日数分の返還額(月次償却額を30で除した日割り計算にて算出)と合計して返還します。 当該返還金は、契約終了日と居室の明渡し完了日との、いずれか遅い日が属する月の翌々月末日までに、金融機関口座への振込みにより利用者に返還します。 入居金の償却が完了し、入居金残高がない場合には、返還金はありません。 また、追加の入居金を支払う必要もありません。 ※「残月数」は、償却期間から利用開始日が属する月から起算して契約が終了または解約された日が属する月までの月数を減じた月数を指します。ただし、その計算結果が0以下となる場合、残月数は0とします。</p> |
| 前払金の保全先 | 連帯保証を行う銀行等の名称 | 株式会社三井住友銀行 |

7 入居者の状況

(入居者の人数)

この項目の情報は、2023年7月の情報です。

| | | |
|-------|------------|-----|
| 年齢別 | 65歳未満 | 0人 |
| | 65歳以上75歳未満 | 1人 |
| | 75歳以上85歳未満 | 14人 |
| | 85歳以上 | 52人 |
| 要介護度別 | 自立・その他 | 2人 |
| | 要支援1 | 3人 |
| | 要支援2 | 3人 |
| | 要介護1 | 19人 |
| | 要介護2 | 8人 |
| | 要介護3 | 10人 |
| | 要介護4 | 14人 |
| | 要介護5 | 8人 |
| 入居期間別 | 6か月未満 | 2人 |
| | 6か月以上1年未満 | 11人 |
| | 1年以上5年未満 | 24人 |
| | 5年以上10年未満 | 30人 |
| | 10年以上 | 0人 |
| 入居者数 | | 67人 |

(入居者の属性)

| | | | | | |
|------|-------|-------|-------|-------|------|
| 性別 | 男性 | 14人 | 女性 | 53人 | |
| 男女比率 | 男性 | 20.9% | 女性 | 79.1% | |
| 入居率 | 94.3% | 平均年齢 | 88.6歳 | 平均介護度 | 2.44 |

(前年度における退去者の状況)

| | | |
|---------|----------|----|
| 退去先別の人数 | 自宅等 | 0人 |
| | 社会福祉施設 | 0人 |
| | 医療機関 | 3人 |
| | 死亡者 | 9人 |
| | その他 | 2人 |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出 | 0人 |
| | 入居者側の申し出 | 5人 |

8 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情・虐待に対する窓口等の状況)

| | | | |
|-------------|-----------------------------|-------------|--|
| 窓口の名称 ホーム | こころ江坂 苦情受付窓口 | | |
| 電話番号 / FAX | 06-6386-5350 / 06-6386-5351 | | |
| 対応している時間 | 平日 | 09:30-17:00 | |
| | 土曜 | 09:30-17:00 | |
| | 日曜・祝日 | 09:30-17:00 | |
| 定休日 | なし(当ホームは365日営業しております) | | |
| 窓口の名称 本社 | (株)ベネッセスタイルケア ご意見受付窓口 | | |
| 電話番号 / FAX | 0120-251-662 / - | | |
| 対応している時間 | 平日 | 09:30-18:00 | |
| 定休日 | 土日、祝日、年末年始 | | |
| 窓口の名称 所管自治体 | 吹田市 福祉部 福祉指導監査室 介護事業者担当 | | |
| 電話番号 / FAX | 06-6105-8009 / - | | |
| 対応している時間 | 平日 | 09:00-17:30 | |

| | | | |
|------------|-------------------------|-------------|--|
| 定休日 | 土日、祝日、年末年始 | | |
| 窓口の名称 虐待窓口 | 吹田市 福祉部 福祉指導監査室 介護事業者担当 | | |
| 電話番号 / FAX | 06-6105-8009 / - | | |
| 対応している時間 | 平日 | 09:00-17:30 | |
| 定休日 | 土日、祝日、年末年始 | | |

(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 | 加入先 | 三井住友海上火災保険株式会社 | |
| | 加入内容 | 福祉事業者総合賠償責任保険 | |
| | その他 | | |
| 賠償すべき事故が発生したときの対応 | <ul style="list-style-type: none"> ・ベネッセスタイルケアは、施設賠償責任保険・生産物賠償責任保険に加入しています。 ・ベネッセスタイルケアは、本件サービスの提供に伴って、ベネッセスタイルケアの責に帰すべき事由により利用者の生命、身体、財産に損害を及ぼし、法的な賠償責任を負う場合は、利用者に対して、その損害を賠償します。 ・ベネッセスタイルケアは、利用者が快適かつ心身ともに充実し安定した生活を営んでいただくために、最善の注意をもってサービス提供を行うよう努めておりますが、通常の注意義務を超えて事故等が発生し、その原因がベネッセスタイルケアに起因しない場合には、責任を負いかねる場合があることを、予めご同意ください。よって、例えば、完全な転倒防止等をお約束することはいたしかねます。 | | |
| 事故対応及びその予防のための指針 | あり | | |

(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、意見箱等利用者等の意見を把握する取組の状況 | あり | ありの場合 | | |
| | | 実施日 | 毎年12月頃 | |
| | | 結果の開示 | あり | 開示の方法 |
| 第三者による評価の実施状況 | なし | ありの場合 | | |
| | | 実施日 | | |
| | | 評価機関名称 | | |
| | | 結果の開示 | 開示の方法 | |

9 入居希望者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） |
| 管理規程 | 入居希望者に交付（交付希望者のみ） |
| 事業収支計画書 | 公開していない |
| 財務諸表の要旨 | 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 |

10 その他

| | | | |
|-----------|----|---------------|-----------------|
| 運営懇談会 | あり | ありの場合 | |
| | | 開催頻度 | 年 1回 |
| | | 構成員 | 入居者、家族、ホーム長、職員等 |
| | | なしの場合の代替措置の内容 | |
| 提携ホームへの移行 | なし | ありの場合の提携ホーム名 | |

| | | | |
|-----------------------------------|--|-----------|--|
| 個人情報の保護 | <p>【秘密保持】 ベネッセスタイルケアは、本件サービスを提供する上で知り得た利用者およびその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に開示または漏洩しません。この守秘義務は本契約が終了した後においても同様の効力を有します。</p> <p>【個人情報の取扱い】 ご提供いただく個人情報の取扱いについては、別に定める書面にてベネッセスタイルケアが説明し、同意いただきたい事項についてはご署名いただきます。</p> | | |
| 緊急時等における対応方法 | <ul style="list-style-type: none"> ・ベネッセスタイルケアは、利用者の病状の急変、その他の事故が発生した場合には、速やかに保証人や利用者の家族に連絡をとるとともに、主治の医師に連絡をとる等必要な措置を講じます。 ・ベネッセスタイルケアは、状況、処置等の記録を残し、必要に応じて市区町村へ報告します。 ・ベネッセスタイルケアは、対処方法について、ホーム内で対応マニュアルを定めており、都度その原因を解明し、再発生しないよう対策を講じます。 | | |
| 大阪府福祉のまちづくり条例に定める基準の適合性 | 適合 | 不適合の場合の内容 | |
| 有料老人ホーム設置運営指導指針「規模及び構造設備」に合致しない事項 | あり | | |
| 合致しない事項がある場合の内容 | 「入居者の状況（入居定員が2名以上の居室で感染症に罹患した場合）等に応じて適切な数を確保すること」という指針に対し、当ホームでは一時介護室の設置をしておりません。 | | |
| 「既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性 | 代替措置等の内容 | | |
| 不適合事項がある場合の入居者への説明 | 入居定員が2名以上の居室で感染症が発生した場合は、利用者の意向を伺いながら、一時的にご自宅へお戻り頂く・協力医療機関と連携し入院対応の支援を行う等により、感染症の拡大防止に努めます。 | | |
| 上記項目以外で合致しない事項 | あり | | |
| 合致しない事項の内容 | 「定期的に健康診断の機会（年2回程度、うち1回は胸部X線検診による結核検診）を設けるなど、入居者の希望に応じて健康診断が受けられるよう支援すること」という指針に対し、当ホームでは年2回の健康診断の機会提供をしておりません。 | | |
| 代替措置等の内容 | | | |
| 不適合事項がある場合の入居者への説明 | 当ホームでは年1回、健康診断の機会提供を行っております。 | | |

添付書類：（別添1）事業主体が大阪府内で実施する介護サービス
（別添2）個別選択による介護サービス一覧表

重要事項説明書及び添付書類の各項目について説明を受け、理解しました。

年 月 日

利用者署名① _____ 印

利用者署名② _____ 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

(別添1) 事業主体が大阪府内で実施する介護サービス

| 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 | 7 | ベネッセ介護センター豊中 | 大阪府豊中市岡町3-6アソルティ豊中岡町404 |
| 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 | 14 | メディカルホームまどか中百舌鳥 | 大阪府堺市北区百舌鳥梅町3丁57-21 |
| 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 | なし | | |
| 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 | なし | | |
| 居宅介護支援 | 2 | ベネッセ介護センター豊中 | 大阪府豊中市岡町3-6アソルティ豊中岡町404 |
| <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 | 14 | メディカルホームまどか中百舌鳥 | 大阪府堺市北区百舌鳥梅町3丁57-21 |
| 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 | なし | | |
| 介護予防支援 | なし | | |
| <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 | | |

(別添2) 個別選択による介護サービス一覧表

介護サービス等の一覧表

| | 月額の利用料等で、実施するサービス | | 別途利用料を徴収した上で、実施するサービス | | 備 考 | |
|------------------|-------------------|----|-----------------------|----|---|--------|
| 介護サービス | | | | | | |
| 巡回 | なし | あり | なし | あり | ナースコールにて緊急時対応 | |
| 食事介助 | なし | あり | なし | あり | 実費 | |
| 排泄介助・おむつ交換 | なし | あり | なし | あり | | |
| おむつ代 | なし | あり | なし | あり | | |
| 入浴(一般浴)介助・清拭 | なし | あり | なし | あり | | |
| 特浴介助 | なし | あり | なし | あり | | |
| 身辺介助(移動・着替え等) | なし | あり | なし | あり | | |
| 機能訓練 | なし | あり | なし | あり | | |
| 通院介助(協力医療機関) | なし | あり | なし | あり | | |
| 通院介助(協力医療機関以外) | なし | あり | なし | あり | | |
| 生活サービス | | | | | | |
| 居室清掃 | なし | あり | なし | あり | 週2回(ホームの洗濯機・乾燥機で対応できるものに限り ます。衣類のたたみは致しません。) | |
| リネン交換 | なし | あり | なし | あり | | |
| 日常の洗濯 | なし | あり | なし | あり | | |
| 居室配膳・下膳 | なし | あり | なし | あり | 実費 体調不良時に実施 | |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | なし | あり | なし | あり | | |
| おやつ | なし | あり | なし | あり | | |
| 理美容師による理美容サービス | なし | あり | なし | あり | | |
| 買い物代行(通常の利用区域) | なし | あり | なし | あり | | |
| 買い物代行(上記以外の区域) | なし | あり | なし | あり | | |
| 役所手続き代行 | なし | あり | なし | あり | | |
| 金銭・貯金管理 | なし | あり | なし | あり | | |
| 健康相談サービス | | | | | | |
| 定期健康診断 | なし | あり | なし | あり | | 年1回 実費 |
| 健康相談サービス | なし | あり | なし | あり | | |
| 生活指導・栄養指導 | なし | あり | なし | あり | | |
| 服薬支援 | なし | あり | なし | あり | | |
| 生活リズムの記録(排便・睡眠等) | なし | あり | なし | あり | | |

介護サービス等の一覧表

| | 月額の利用料 等で、実施する サービス | 別途利用料を 徴収した上 で、実施する サービス | 備 考 |
|-------------------|---------------------------|-----------------------------------|-----|
| 入退院時・入院中のサービス | | | |
| 移送サービス(協力医療機関) | なし | あり | なし |
| 移送サービス(協力医療機関以外) | なし | あり | なし |
| 入退院時の同行(協力医療機関) | なし | あり | なし |
| 入退院時の同行(協力医療機関以外) | なし | あり | なし |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | あり | なし |
| 入院中の見舞い訪問 | なし | あり | なし |

《介護サービスが必要な場合》

- ◆ 介護保険の要介護認定を受けている場合には、居宅介護支援事業所の介護支援専門員（ケアマネジャー）に依頼してケアプランを作成、要支援認定を受けている場合にはご住所を置かれている市区町村が設置する地域包括支援センターに依頼して介護予防ケアプランを作成した上で、訪問介護（介護予防訪問介護）等の居宅サービス事業者と契約を締結することにより、各種の介護サービスを利用できます。
- ◆ 介護サービス利用のご希望がある場合には、ホームまでご相談願います。

《 有料サービス一覧表 》

(税込)

| No. | 項目 | 内容/基準 | 単価 |
|-----|---|---------------|---------|
| 1 | <p><u>ご家族等の利用者居室での宿泊（※）</u></p> <p>※ご家族等が、一時的に利用者居室に宿泊することができるサービスです。このサービスは、以下の限定的期間において、ベネッセスタイルケアが事前に認めた場合に限り、ご利用いただけます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用開始時 ・終末期の看取り時 <p>なお、利用者不在時のご家族だけの宿泊は認められません。</p> <p>*施設・設備利用料です（寝具・リネン類はホームにてご用意します）</p> <p>*食事は含まれません</p> <p>*前日までの申込みが必要です（ご利用者の急な体調変化に伴う付き添い希望の場合等はお相談ください）</p> | 1泊2日 1名あたり | 1,100 円 |
| 2 | <p><u>ご家族等への食事の提供</u></p> <p>* 8 日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> | 朝食 | 308 円 |
| | | 昼食 | 473 円 |
| | | 夕食 | 473 円 |
| | | 特別食 | 1,650 円 |

※ 上記サービスはホーム利用者のご家族等に提供するものです。