別紙様式

| 基準日 | 2026 年 07 月 01 日 |
|---|---|

# 有料老人ホーム重要事項説明書

| 施設名 | リハビリホームグランダ大森山王 |
|---|---|
| 定員・室数 | 73 人 ・ 70 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１～２人（親族のみ対象） |
| 介護に関わる職員体制 | 2.5 ： 1 以上 |

１　事業主体

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 名称 | 法人等の種別 | 営利法人 | | |
| | フリガナ | カブシキガイシャベネッセスタイルケア | | |
| | 名称 | 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 | 23 | ベネッセ介護センター江東 | 東京都江東区亀戸 6-57-20　亀戸東口駅前ビル 4F |
| 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 | 147 | メディカルホームグランダ目白・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 | くらら南大沢 | 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 6-57-20　亀戸東口駅前ビル 4F |
| ＜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 | 142 | メディカルホームグランダ目白・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 | くらら南大沢 | 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 | フリガナ | リハビリホームグランダオオモリサンノウ | | |
| | 名称 | リハビリホームグランダ大森山王 | | |
| 所在地 | 〒143-0023 | 東京都大田区山王一丁目40番22号 | | |
| 連絡先 | 電話番号 | 03-5709-7151 | | |
| | ファックス番号 | 03-5709-7152 | | |
| ホームページ | http://www.benesse-style-care.co.jp/ | | | |
| 介護保険事業所番号 | 1371107556 | | | |
| 管理者職氏名 | 役職名 | ホーム長 | 氏名 | 吉次　優翔 |
| 事業開始年月日 | 2011年03月01日 | | | |
| 届出年月日 | 2010年08月06日 | | | |
| 届出上の開設年月日 | 2011年03月01日 | | | |
| 特定施設入居者生活介護 | 新規指定年月日（初回） | 2011年03月01日 | | |
| | 指定の有効期間 | 2029年02月28日　まで | | |
| 介護予防<br>特定施設入居者生活介護 | 新規指定年月日（初回） | 2011年03月01日 | | |
| | 指定の有効期間 | 2029年02月28日　まで | | |
| 事業所へのアクセス | JR京浜東北線「大森駅」下車、徒歩15分（約1,200m）<br>JR横須賀線・総武線「西大井駅」下車、徒歩13分（約1,000m） | | | |

施設・設備等の状況

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 敷地 | 権利形態 | ― | 抵当権 | なし |
| | 面積 | 2606.14㎡ | | |
| 建物 | 権利形態 | 賃貸借 | 抵当権 | なし |
| | 延床面積 | 2955.32㎡　うち有料老人ホーム分 2955.32㎡ | | |
| | 竣工日 | 2011年02月18日 | | |
| | 階数 | 地上3階　地下1階建　1棟 | | |
| | | うち有料老人ホーム分　地上1～3階　地下1階 | | |
| | 構造 | 耐火建築物 | 建築物用途区分 | 老人ホーム |
| | 併設施設等 | なし　（　） | | |
| 賃貸借契約の概要 | 建物 | 契約期間 | 2011年02月18日 ～ 2041年02月17日 | |
| | | 自動更新 | あり　（　） | |

| 居室 | 階 | 定員 | 室数 | 面積 |
|---|---|---|---|---|
| | 1階 | 1人 | 15 | 18.1㎡ |
| | 2階 | 1人 | 27 | 18.1㎡ |
| | 2階 | 2人 | 1 | 36.2㎡ |
| | 3階 | 1人 | 25 | 18.1㎡ |
| | 3階 | 2人 | 2 | 36.2㎡ |

| 一時介護室 | 階 | 定員 | 室数 | 面積 |
|---|---|---|---|---|
| | 階 | 人 | | |

| 居室内の設備等 | | | |
|---|---|---|---|
| | 便所 | 全室設置 | |
| | 洗面 | 全室設置 | |
| | 浴室 | 設置なし | |
| | 冷暖房設備 | 全室設置 | |
| | 電話回線 | 全室設置 | （　電話機等設置各自、料金負担も各自　） |
| | テレビアンテナ端子 | 全室設置 | （　テレビ等設置各自、放送契約と料金負担も各自　） |

| | | |
|---|---|---|
| 共同便所 | 7箇所 | （　男女共用　） |
| 共同浴室 | 個浴：5　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 | ティールーム、事務室兼健康管理室　等 | | |
| エレベーター | あり　　2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 |

3　従業者に関する事項　　この項目の情報は、2026年7月1日時点の情報です。

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

| 実人数 / 職種 | 常勤 専従 | 常勤 非専従 | 非常勤 専従 | 非常勤 非専従 | 合計 | 常勤換算人数 | 兼務状況 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 管理者（施設長） | 1 | 0 | 0 | 0 | 1人 | 1.0 | |
| 生活相談員 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1人 | 1.0 | |
| 看護職員：直接雇用 | 1 | 0 | 1 | 0 | 2人 | 2.6 | |
| 看護職員：派遣 | 0 | 0 | 4 | 0 | 4人 | | |
| 介護職員：直接雇用 | 21 | 0 | 6 | 0 | 27人 | 25.8 | |
| 介護職員：派遣 | 0 | 0 | 18 | 0 | 18人 | | |
| 機能訓練指導員 | 0 | 0 | 4 | 0 | 4人 | 1.2 | |
| 計画作成担当者 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1人 | 1.0 | |
| 栄養士 | | | | | | 外部委託 | |
| 調理員 | | | | | | 外部委託 | |
| 事務員 | 0 | 0 | 3 | 0 | 3人 | 1.3 | |
| その他従業者 | 0 | 0 | 4 | 0 | 4人 | 2.3 | |

| | |
|---|---|
| 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

| 延べ人数 / 資格 | 常勤 専従 | 常勤 非専従 | 非常勤 専従 | 非常勤 非専従 |
|---|---|---|---|---|
| 介護福祉士 | 9 | 0 | 8 | 0 |
| 実務者研修 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 介護職員初任者研修 | 11 | 0 | 16 | 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

| 延べ人数 / 資格 | 常勤 専従 | 常勤 非専従 | 非常勤 専従 | 非常勤 非専従 |
|---|---|---|---|---|
| 理学療法士 | 0 | 0 | 4 | 0 |
| 作業療法士 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 言語聴覚士 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 看護師又は准看護師 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 柔道整復師 | 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　0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

| 実人数／職種 | 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

| 延べ人数／資　格 | 常勤 | | 非常勤 | |
|---|---|---|---|---|
| | 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

| 延べ人数／資　格 | 常勤 | | 非常勤 | |
|---|---|---|---|---|
| | 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 | | | | |
| 柔道整復師 | | | | |
| 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　　2.5 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）

| 職　種／勤続年数 | 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 |
| １年未満 | 0 | 4 | 6 | 19 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 |
| １年以上３年未満 | 0 | 1 | 7 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ３年以上５年未満 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ５年以上 10 年未満 | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 10 年以上 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| 合計 | 1 | 5 | 21 | 24 | 1 | 0 | 0 | 4 | 1 | 0 |

４　サービスの内容

| | |
|---|---|
| 運営に関する方針 | その方らしさに、深く寄りそう。<br><br>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。<br>ご利用者が生きがいを感じながらホームでお過ごしいただくため、またご家族に安心してホームにおまかせいただくために、その方が持つ能力を最大限にいかしたサービスの提供を目指してまいります。 |

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 |
| 口腔衛生管理サービス | 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 | なし |

| | |
|---|---|
| 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　青王会　　クリニック Do 田園調布 |
| | 所在地 | 東京都大田区田園調布 3 丁目 40 番 4 号 |
| | 協力の内容 | 入居者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保　①あり　2　なし |
| | | 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保　①あり　2　なし |
| | | 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。<br>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　悠翔会　　悠翔会在宅クリニック品川 |
| | 所在地 | 東京都品川区大井 4-4-6 クリスタルビル 3F |
| | 協力の内容 | 入居者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保　①あり　2　なし |
| | | 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保　①あり　2　なし |
| | | 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。<br>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 | 医療法人横浜未来ヘルスケアシステム　　大田池上病院 |
| | 所在地 | 東京都大田区池上 2-7-10 |
| | 協力の内容 | 入居者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保　1　あり　②なし |
| | | 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保　1　あり　②なし |
| | | 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。<br>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） |
| 新興感染症発生時に連携する医療機関 | あり | |
| | 名称 | 医療法人社団　青王会　　クリニック Do 田園調布 |
| | 所在地 | 東京都大田区田園調布 3 丁目 40 番 4 号 |
| | 名称 | 医療法人社団　悠翔会　　悠翔会在宅クリニック品川 |
| | 所在地 | 東京都品川区大井 4-4-6 クリスタルビル 3F |
| | 名称 | 医療法人横浜未来ヘルスケアシステム　　大田池上病院 |
| | 所在地 | 東京都大田区池上 2-7-10 |
| 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

| | |
|---|---|
| 個別機能訓練加算 | なし |
| 夜間看護体制加算 | あり（Ⅱ） |
| 看取り介護加算 | あり（Ⅰ） |

| | |
|---|---|
| 協力医療機関連携加算 | あり |
| 認知症専門ケア加算 | なし |
| サービス提供体制強化加算　※ | あり(Ⅲ) |
| 介護職員等処遇改善加算<br>(特定施設入居者生活介護) | あり(Ⅱロ) |
| 介護職員等処遇改善加算<br>(介護予防特定施設入居者生活介護) | あり(Ⅱロ) |
| 入居継続支援加算　※ | なし |
| 生活機能向上連携加算 | なし |
| 若年性認知症入居者受入加算 | あり |
| ADL 維持等加算（申出）の有無 | なし |
| 科学的介護推進体制加算 | あり |
| 高齢者施設等感染対策向上加算 | なし |
| 新興感染症等施設療養費 | なし |
| 生産性向上推進体制加算 | あり |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 | なし |
| 退院・退所時連携加算 | あり |
| 退居時情報提供加算 | あり |
| 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<br>※満６５歳未満の方はご相談ください。 |
| | 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 | ・常時または随時、身の回りのお世話や見守りが必要な方<br>・規定の利用料の支払いが可能な方<br>・公的な医療保険及び介護保険に加入されている方<br>・保証人を定められる方<br>※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。<br>・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<br><br>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 | | ・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。<br>・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<br>(但し、保証人が利用者と連帯して保証する金額には、限度額を定めています。詳細については、利用契約書を参照願います。)<br>・利用契約終了時の利用者の身柄引取り<br>・介護サービス提供計画書（生活プラン）への同意の協力<br>・利用者の治療、入院に関する手配の協力<br>・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<br>・利用契約終了時に利用者が生存していない場合の、返還金等の返還先口座の指定　等<br>※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。 |

| | | |
|---|---|---|
| 体験入居 | 利用期間 | 6 泊 7 日 |
| | 利用料金 | 77,000 円（税込） |
| | その他 | ※「６泊７日」の定額料金です。<br>※介護保険は適用されません。<br>※上記料金には食費、水光熱費、日常生活等の支援に係るサービス費が含まれます。<br>（個別の要望に基づく外出同行等は含まれません。） |
| 入院時の契約の取扱い | ・ホームでは、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、利用者・家族にてご対応をお願いいたします。<br>※医療費は利用者の負担となります。<br>・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６ヶ月（入居金型契約の場合）または３ヶ月（月額支払型契約の場合）を超えた場合には、契約維持についてご相談させていただきます。<br>※医療費は利用者の負担となります。<br>・夜間・緊急時の対応については、ホーム利用開始時に、別に定める書面を作成、ご提出いただき、連絡先・対応方法を確認します。<br>※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。家族への連絡がつかなかった場合、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。 | |
| 高齢者虐待防止のための取組の状況 | 指針の整備 | あり |
| | 虐待防止対策検討委員会の定期的な開催 | （年　1　回） |
| | 定期的な研修の実施 | （年　2　回） |
| | 担当者の役職名 | ホーム長 |
| 身体的拘束等の適正化のための取組の状況 | 指針の整備 | あり |
| | 身体的拘束等適正化検討委員会の開催 | （年　4　回） |
| | 定期的な研修の実施 | （年　2　回） |
| | 緊急やむを得ない場合に、家族等に説明を行った上で、身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為（身体的拘束等）を行う場合があること | あり |
| | 身体的拘束を行う場合の様態及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録 | あり |
| | やむを得ず身体拘束を行う場合の手続 | 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。<br>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。<br>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。<br>・虐待防止の責任者をホーム長とします<br>・苦情解決体制の整備<br>・職員会議にて、定期的に虐待防止のための啓発・周知<br>・身体拘束廃止のための指針の策定<br>・マニュアルの整備<br>・法令の定めに基づく研修の実施<br>・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<br>・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 |
| 業務継続計画の策定状況等 | 感染症に関する業務継続計画 | あり |
| | 災害に関する業務継続計画 | あり |
| | 職員に対する周知の実施 | あり |
| | 定期的な研修の実施 | （年　2　回） |
| | 定期的な訓練の実施 | （年　2　回） |
| | 定期的な業務継続計画の見直し | あり |

| | | |
|---|---|---|
| | 事業者からの契約解除等 | ■事業者からの契約解除<br>【ベネッセスタイルケアからの解約】<br>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。<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>⑥利用者が、医療施設への恒常的な入院入所を要する状態となるなど、本施設において利用者に対する適切な本件サービスの提供が困難であると合理的に判断されるとき<br>⑦利用者が本施設を不在にする期間が連続して６ヶ月（月額支払型契約の場合は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<br>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<br>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<br>※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。<br>・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<br>・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<br>・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<br><br>【ベネッセスタイルケア都合による他施設への移動】<br>・本施設の老朽化、増改築の実施、その他やむを得ない事情により、施設の使用継続が困難であるとベネッセスタイルケアが判断した場合、利用者および保証人は、本契約を解約することに合意します。<br>・上記の場合、ベネッセスタイルケアは、利用者に、移動先として他の施設を指定するものとします。<br>・利用者および保証人は、移動先の施設における新たな利用契約を締結できるものとします。<br><br>【契約の自動終了】<br>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。<br>・利用者が死亡したとき<br><br>■利用者からの契約解除<br>・入居金型契約の場合<br>利用者は、ベネッセスタイルケアに対して、書面で通知することによりいつでも契約を解約することができます。<br>・月額支払型契約の場合<br>利用者は、ベネッセスタイルケアに対して、書面で１ヶ月前までに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。なお、利用者とベネッセスタイルケアが合意の上で本契約の終了日の翌日を利用開始日とする本施設の新たな利用契約を締結する場合は、本契約の解約にあたり１ヶ月前までの解約の申し入れは不要です。<br>※「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。 |

| 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 | | 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 | |
| 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 | | リハビリホームグランダ大森山王　苦情受付担当：ホーム長 |
| | 電話番号 | 03-5709-7151 |
| | 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、2026 年 7 月の情報です。

| 介護度別・年齢別入居者数　　平均年齢：　91.4 歳　　入居者数合計：　69 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 | 0 | 0 |
| ７５歳以上８５歳未満 | 1 | 1 | 0 | 2 | 3 | 3 | 0 | 0 |
| ８５歳以上 | 1 | 7 | 3 | 13 | 8 | 14 | 10 | 3 |
| 合計 | 2 | 8 | 3 | 15 | 11 | 17 | 10 | 3 |

| 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 | 8 | 3 | 33 | 16 | 6 | 3 | 69 |

| 男女別入居者数 | 男性：　14 人　　女性：　55 人 |
|---|---|
| 入居率（一時的に不在となっている者を含む。） | 94.5%（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 | 3 | その他の福祉施設・高齢者住宅等へ転居 | 0 |
| 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 | 0 |
| 介護老人保健施設へ転居 | 0 | 死亡 | 8 |
| 介護療養型医療施設へ転居 | 0 | その他 | 0 |
| 他の有料老人ホームへ転居 | 0 | 退去者数合計 | 11 |

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　※入居金型契約をご選択いただいた場合、敷金をお支払いいただく必要はございません。 | |
| 金額 | 1,653,000～3,192,000 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 |
| A タイプ　入居金型契約 | 14,500,000 | 318,030 | 0 | 196,350 | 82,500 | 39,180 | ― |
| B タイプ　入居金型契約（1 名利用） | 28,000,000 | 376,110 | 0 | 254,430 | 82,500 | 39,180 | ― |
| B タイプ　入居金型契約（2 名利用） | 28,000,000 | 608,890 | 0 | 365,530 | 165,000 | 78,360 | ― |
| A タイプ 月額支払型契約 | 0 | 593,530 | 275,500 | 196,350 | 82,500 | 39,180 | ― |
| B タイプ 月額支払型契約（1 名利用） | 0 | 908,110 | 532,000 | 254,430 | 82,500 | 39,180 | ― |
| B タイプ 月額支払型契約（2 名利用） | 0 | 1,140,890 | 532,000 | 365,530 | 165,000 | 78,360 | ― |

| | | |
|---|---|---|
| 各料金の内訳・明細 | 前払金 | 【入居金】<br>・入居金は居室および共用施設の家賃相当額です。<br>※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。<br>※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。<br>※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。<br>※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。<br>＜入居金の算定方法＞<br>入居金は、以下の算定式に則って算定しております。<br>①入居金（家賃相当額）<br>＝②1か月分の家賃相当額×③想定居住期間＊1<br>＋④想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えてベネッセスタイルケアが受領する額＊2<br>＊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。<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、標準入居金額の30%としております。<br><br>※A タイプ入居金型契約の場合<br>① 14,500,000円<br>②（ 1ヶ月目）169,206円<br>②（ 2ヶ月目～ 60ヶ月目）169,166円<br>③ 60ヶ月<br>④（①× 30%） 4,350,000円<br><br>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。<br>＜75歳以上の方＞標準入居金を適用します。<br>＜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。<br>◇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 |
| | 家賃 | 【入居金型の家賃相当額】<br>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。<br>【月額支払型の家賃相当額】<br>当社における入居金型契約と月額支払型契約における退去率と一定期間の空室発生や一入居者当たりの販売管理費、原状回復費用等を踏まえて、長期にわたって安定的な経営ができるように設定しております。 |
| | 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 | 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」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>自立者生活支援費用 104,500円<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 | 【食材費】<br>1日1,306円、30日で計算した場合、1人あたり39,180円です。<br>(内訳：朝食291円、昼食432円、夕食583円)<br>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。<br><br>上記の「朝食、昼食、夕食」の食材費について、消費税法等が定める条件を満たす場合に軽減税率を適用しています。 |
| | 光熱水費 | 管理費に含みます。 |

前払金の取扱い

| | |
|---|---|
| 支払日・<br>支払方法 | 契約締結後、請求書を発行いたします。お支払方法は、請求書記載の振込期日（原則として、請求書到着日の翌日から起算して1週間後以降に設定される）までに指定金融機関口座へ振込みのみとさせていただきます。 振込み以外でのお支払いはご遠慮願います。<br>※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。<br>※お振込みについては、本店（本社）の所在地が日本国内であって、かつ、日本国内の支店の金融機関口座のご使用をお願いいたします。<br>(上記以外の金融機関口座による対応はいたしかねます)<br>※金融機関の振込依頼書等の控えをもって、ベネッセスタイルケアの預り証等に代えさせていただきますので、お振込み時の振込依頼書等の控えを、大切に保管いただきますようお願いいたします。 |
| 償却開始日 | 利用開始日 |

| | | |
|---|---|---|
| 返還対象としない額 | 4,350,000～8,400,000 円 | |
| | 位置づけ | 想定居住期間内に退去した場合、想定居住期間を超えて入居継続した入居者の家賃等に充当 |
| 契約終了時の返還金の算定方式 | 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。<br>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。<br>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。<br>また、追加の入居金を支払う必要もありません。<br>※「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。 | |
| 短期解約（死亡退去含む）の返還金の算定方式 | 期間：3ヶ月　　起算日：利用開始日 | |
| | 契約が利用開始日から３ヶ月以内に終了した場合、入居金全額を利用者に返還します。この場合、月額施設利用料、介護費用、有料サービスの対価のほか、入居金にかえて利用開始日から契約終了日までの期間について「契約が３ヶ月以内に終了した場合の家賃相当額」をお支払いただきます。<br><br>※利用契約が３ヶ月以内に終了した場合の家賃相当額（日額）：<br>5,639～10,889 円<br><br>＊当該家賃相当額の支払いは、入居金の返還と相殺して行います。 | |
| 返還期限 | 契約終了日と居室の明渡し完了日との、いずれか遅い日が属する月の翌々月末日までに、金融機関口座への振込みにより返還します。返還金支払い時に利用者が生存している場合には、利用者に返還します。また、返還金支払い時に利用者が生存していない場合には、保証人の指定する金融機関口座に返還金を振込むことで返還します。 | |
| 保全措置 | あり　　保全先：株式会社中国銀行 | |
| その他留意事項 | 入居金は非課税です。 | |

月額利用料の取扱い

| | |
|---|---|
| 支払日・支払方法 | ・別途指定いただく利用者・家族の金融機関口座からの自動振替を原則としています。<br>※利用契約締結時に口座振替の手続きをご案内します。<br>※金融機関での手続が完了するまでの１～２ヶ月間は金融機関口座へのお振込みとなります。<br>・請求書記載の指定金融機関口座への振込みによるお支払いも可能です。<br>・前月の利用に係る料金その他精算を必要とする費用に関する請求書を毎月 15 日までに送付します。自動振替の場合は当月 26 日にご指定いただいた金融機関口座（法人名義の口座はご指定いただけません。）より引き落とし、お振込みの場合は当月 26 日までに指定口座にお振込み願います。<br>※26 日が金融機関の休業日の場合は翌営業日<br>※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。<br>※自動振替またはお振込みについては、本店（本社）の所在地が日本国内であって、かつ、日本国内の支店の金融機関口座のご使用をお願いいたします。<br>(上記以外の金融機関口座による対応はいたしかねます)<br>※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。収納代行会社の都合上、一部ご使用いただけない金融機関もあります。<br>・領収証は入金月の翌月に発行いたします。領収書の再発行はできかねますので、お手元に届いた領収書は、大切に保管いただきますようお願いいたします。<br>・利用者が２名の場合（定員２名の居室の設定がある場合のみ）<br>以下の費目については、利用者ごとに請求明細が作成されます。<br>介護保険給付費／有料サービス／立替金／不在時・欠食時の割引き |
| 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。<br>＊月途中に利用契約が開始もしくは終了した場合、当該月の月額施設利用料は、1ヶ月を 30 日とする日割り計算にて算出します。<br>・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していただくか、またはその対価を支払って損害をご負担いただきます。 |

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「介護職員等処遇改善加算（Ⅰロ）」（各単位に 15.9%を乗じた単位数を元に算定した金額）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<br>(要支援)<br>認定結果 | 介護保険給付費<br>(日額) | 【参考】介護保険の自己負担分<br>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 | 2,310.80 | 231.080 | 6,936 |
| 要支援２ | 3,956.70 | 395.670 | 11,863 |
| 要介護１ | 6,845.20 | 684.520 | 20,541 |
| 要介護２ | 7,695.40 | 769.540 | 23,081 |
| 要介護３ | 8,578.30 | 857.830 | 25,734 |
| 要介護４ | 9,395.80 | 939.580 | 28,198 |
| 要介護５ | 10,267.80 | 1,026.780 | 30,813 |

【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<br>(日額) | 【参考】介護保険の自己負担分<br>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（Ⅰ） | 228.90 | 22.890 | 683 |
| 夜間看護体制加算（Ⅱ） | 109.00 | 10.900 | 342 |

●個別機能訓練加算

・個別機能訓練加算（Ⅰ）：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（Ⅰ）」として、次の額が加算されます。

| | 介護保険給付費<br>(日額) | 【参考】介護保険の自己負担分<br>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（Ⅰ） | 152.60 | 15.260 | 455 |

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

| | 介護保険給付費<br>(月額) | 【参考】介護保険の自己負担分（月額）<br>1割の場合 |
|---|---|---|
| | 小数第２位まで表示 | |
| 個別機能訓練加算（Ⅱ） | 250.70 | 25 |

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

●生活機能向上連携加算

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

※ただし、加算の算定は３月に１回を限度とします。

| | 介護保険給付費<br>(月額) | 【参考】介護保険の自己負担分（月額）<br>1割の場合 |
|---|---|---|
| | 小数第２位まで表示 | |
| 生活機能向上連携加算（Ⅰ） | 1,264.40 | 127 |

・生活機能向上連携加算（Ⅱ）：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（Ⅱ）」として、次の額が加算されます。

| | 介護保険給付費<br>(月額) | 【参考】介護保険の自己負担分（月額）<br>1割の場合 |
|---|---|---|
| | 小数第２位まで表示 | |
| 生活機能向上連携加算（Ⅱ） | 2,528.80 | 253 |
| ※個別機能訓練加算を算定している場合 | 1,264.40 | 127 |

●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、以下（Ⅰ）～（Ⅲ）の基準ほか、厚生労働大臣の定める基準を満たしている場合には、「サービス提供体制強化加算」として、次のいずれかの額が加算されます。

（Ⅰ）：介護職員のうち、介護福祉士の占める割合が 70%以上または
　　介護職員のうち、勤続年数 10 年以上の介護福祉士の占める割合が 25%以上
（Ⅱ）：介護職員のうち、介護福祉士の占める割合が 60%以上
（Ⅲ）：介護職員のうち、介護福祉士の占める割合が 50%以上または
　　看護・介護職員のうち、常勤職員の占める割合が 75%以上または
　　特定施設入居者生活介護を利用者に直接提供する職員のうち、
　　勤続年数７年以上の者の占める割合が 30%以上

※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） | 272.50 | 27.250 | 834 |
| サービス提供体制強化加算（Ⅱ） | 228.90 | 22.890 | 683 |
| サービス提供体制強化加算（Ⅲ） | 76.30 | 7.630 | 228 |

●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っては、「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、以下の（Ⅰ）または（Ⅱ）の基準ほか、厚生労働大臣が定める基準を満たしている場合には、「入居継続支援加算」として、次のいずれかの額が加算されます。
（Ⅰ）：たんの吸引等が必要な利用者の占める割合が１５％以上
（Ⅱ）：たんの吸引等が必要な利用者の占める割合が５％以上１５％未満

| | 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（Ⅰ） | 457.80 | 45.780 | 1,365 |
| 入居継続支援加算（Ⅱ） | 272.50 | 27.250 | 834 |

●協力医療機関連携加算

・要支援１～要介護５については、協力医療機関との間で、利用者の病歴等の情報を共有する会議を定期的に開催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、「協力医療機関連携加算」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 | |
| 協力医療機関連携加算（100 単位/月） | 1,264.40 | 127 |
| 協力医療機関連携加算（40 単位/月） | 501.40 | 51 |

●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 | 381.50 | 38.150 | 1,137 |

●看取り介護加算

・看取り介護加算（Ⅰ）：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（Ⅰ）」として該当日に応じて次の額が加算されます。

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

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

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

| | 介護保険給付費（日額） | 【参考】介護保険の自己負担分（日額） |
|---|---|---|
| | | １割の場合 |
| | 小数第２位まで表示 | 小数第３位まで表示 |
| 死亡日以前 31 日以上 45 日以下 | 904.70 | 90.470 |
| 死亡日以前 4 日以上 30 日以下 | 1,820.30 | 182.030 |
| 死亡日の前日および前々日 | 8,589.20 | 858.920 |
| 死亡日 | 16,175.60 | 1,617.560 |

・看取り介護加算（Ⅱ）：要介護１～５については、看取り介護加算（Ⅰ）の基準を満たし、看取り介護加算を算定する期間において、夜勤又は宿直を行う看護職員が配置されている場合には、 「看取り介護加算（Ⅱ）」として該当日に応じ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（日額） |
|---|---|---|
| | | １割の場合 |
| | 小数第２位まで表示 | 小数第３位まで表示 |
| 死亡日以前 31 日以上 45 日以下 | 7,226.70 | 722.670 |
| 死亡日以前 4 日以上 30 日以下 | 8,131.40 | 813.140 |
| 死亡日の前日および前々日 | 14,911.20 | 1,491.120 |
| 死亡日 | 22,486.70 | 2,248.670 |

＊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。したがいまして、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。

●ADL 維持等加算

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

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

| | 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 | |
| ADL 維持等加算（Ⅰ） | 381.50 | 39 |
| ADL 維持等加算（Ⅱ） | 763.00 | 77 |

●科学的介護推進体制加算

・要支援１～要介護５については、利用者ごとのＡＤＬ値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出し、必要に応じて特定施設サービス計画を見直すなど、サービスの提供にあたって、これらの情報を活用している場合には、「科学的介護推進体制加算」として、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 | |
| 科学的介護推進体制加算 | 501.40 | 51 |

●口腔・栄養スクリーニング加算

・要支援１～要介護５については、厚生労働大臣が定める基準に適合する従業者が、利用開始時及び利用中６月ごとに利用者の口腔の健康状態のスクリーニング及び栄養状態のスクリーニングを行った場合に、「口腔・栄養スクリーニング加算」として、次の額が加算されます。

※ただし、加算の算定は６月に１回を限度とします。

| | 介護保険給付費（１回） | 【参考】介護保険の自己負担分（１回） |
|---|---|---|
| | | １割の場合 |
| | 小数第２位まで表示 | |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 | 250.70 | 25 |

●退居時情報提供加算

・要支援１～要介護５については、利用者が医療機関への入院により退居した際、生活支援上の留意点等の情報を提供したうえで、当該利用者の紹介を行った場合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、「退居時情報提供加算」として、次の額が加算されます。

| | 介護保険給付費（１回） | 【参考】介護保険の自己負担分（１回） |
|---|---|---|
| | | １割の場合 |
| | 小数第２位まで表示 | |
| 退居時情報提供加算 | 3,161.00 | 317 |

●高齢者施設等感染対策向上加算

・要支援１～要介護５については、感染者の対応を行う医療機関との連携体制を構築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、「高齢者施設等感染対策向上加算」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 | |
| 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ） | 130.80 | 13 |
| 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ） | 65.40 | 7 |

●新興感染症等施設療養費

・要支援１～要介護５については、新興感染症のパンデミック発生時等において、必要な感染対策や医療機関との連携体制を確保した上で感染した利用者を施設内で療養を行う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、「新興感染症等施設療養費」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（日額） |
|---|---|---|
| | | １割の場合 |
| | 小数第２位まで表示 | 小数第３位まで表示 |
| 新興感染症等施設療養費 | 3,030.20 | 303.020 |

●生産性向上推進体制加算

・要支援１～要介護５については、ICT 等のテクノロジーを導入し、業務改善の取組による効果を示すデータの提供を行う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、「生産性向上推進体制加算」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 | |
| 生産性向上推進体制加算（Ⅰ） | 1,264.40 | 127 |
| 生産性向上推進体制加算（Ⅱ） | 130.80 | 13 |

| | |
|---|---|
| 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

・月額施設利用料および有料サービスの単価については、消費者物価指数及び人件費、また諸種の経済状況の変化などを勘案し、事業の安定的継続の視点から、運営懇談会の意見を聞いて、改定する場合があります。
・介護保険給付費については、介護保険の介護給付基準が変更される場合には、それに応じて変動します。
・上乗せ介護費用／自立者生活支援費用については、消費者物価指数および人件費、また諸種の経済状況の変化や介護保険制度の改正などを勘案し、事業の安定的継続の視点から、運営懇談会の意見を聞いて、改定する場合があります。
・入居金、敷金、家賃相当額および介護保険給付費は消費税非課税です。それ以外の費用には消費税が課税されます。消費税率が改定になった場合は、改定の内容及び法令等の定めにしたがい、利用料も変更になります。

【料金プランの一例】

| プランの名称 | A タイプ入居金型契約　(75 歳以上、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 | 0 | 14,500,000 | 318,030 |

※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<br>(交付希望者のみ) | 財務諸表の要旨 | 入居希望者に交付<br>(交付希望者のみ) |
| 管理規程 | 入居希望者に交付<br>(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：　東京都有料老人ホーム設置運営指導指針との適合表
介護サービス等の一覧表・有料サービス一覧表

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①

利用者署名②

保証人署名

説明年月日

年　　月　　日

説明者職・氏名

職

氏名

基準日：2026 年 07 月 01 日

施設名：リハビリホームグランダ大森山王

# 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なものとするため、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】<br>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・非該当 | 保全先：株式会社中国銀行 |
| 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・非該当 | 初期償却率：30%<br>※指針に適合している支払い方式（月額支払型方式）もご用意しております。お客様に十分ご説明の上、ご希望の支払い方式をご選択いただけます。 |
| 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・非該当 | |

※ 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。

# 《介護サービス等の一覧表》　（新G 04）

※　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・夜間) | | ◎（必要に応じ） | — | ◎（必要に応じ） | — | ◎（必要に応じ） | — |
| | 安否確認 | | 1日1回以上 | — | 1日1回以上 | — | 1日1回以上 | — |
| | 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※ | ◎ | ○(週3回目以降) | ◎ | ○(週3回目以降) | ◎ | ○(週3回目以降) |
| | | 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 | | ○ | | ○ | | ○ |
| | 口腔衛生管理 | | — | — | ◎ | | ◎ | |
| | 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2回です。利用者個別のご希望により、週3回以上の入浴介助・清拭を行う場合、3回目以降は別途料金をお支払いいただきます。
　　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、書面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・夜間) | | ◎（必要に応じ） | ― | ◎（必要に応じ） | ― | ◎（必要に応じ） | ― |
| | 安否確認 | | 1日1回以上 | ― | 1日1回以上 | ― | 1日1回以上 | ― |
| | 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※ | ◎ | ○(週3回目以降) | ◎ | ○(週3回目以降) | ◎ | ○(週3回目以降) |
| | | 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） | |
| | 通院介助／同行 | 協力医療機関 | ◎ | | ◎ | | ◎ | |
| | | その他医療機関 | | ○ | | ○ | | ○ |
| | 口腔衛生管理 | | ◎ | | ◎ | | ◎ | |
| | 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2回です。利用者個別のご希望により、週3回以上の入浴介助・清拭を行う場合、3回目以降は別途料金をお支払いいただきます。
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、書面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・夜間) | | ◎（必要に応じ） | ― | ◎（必要に応じ） | ― |
| | 安否確認 | | 1日1回以上 | ― | 1日1回以上 | ― |
| | 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※ | ◎ | ○(週3回目以降) | ◎ | ○(週3回目以降) |
| | | 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 | | ○ | | ○ |
| | 口腔衛生管理 | | ◎ | | ◎ | |
| | 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2回です。利用者個別のご希望により、週3回以上の入浴介助・清拭を行う場合、3回目以降は別途料金をお支払いいただきます。
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、書面を締結いただきます。

## 《 有料サービス一覧表 》G08 ⑩

（税込）

| No. | 項　目 | 内容／基準 | 単　価 |
|---|---|---|---|
| 1 | **ご家族等の利用者居室での宿泊（※）**<br>※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。<br>・利用開始時<br>・終末期の看取り時<br>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。<br><br>＊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）<br>＊食事は含まれません<br>＊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ご相談ください） | １泊２日<br>１名あたり | 1,100 円 |
| 2 | **ご家族等への食事の提供**<br>＊１週間前までの申込みが必要です<br>＊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 | 朝食 | 462 円 |
| | | 昼食 | 583 円 |
| | | 夕食 | 935 円 |
| | | イベント食 | 1,650 円 |
| 3 | **外出時の同行**<br>外出時の同行については、ご入居者・ご家族様にて付添い人のご手配をお願いします。手配が困難な場合や、やむを得ない事情により当社にて対応させていただいた場合の費用になります。ただしホームの協力医療機関への通院同行は無料です。<br>＊事前の申し込みが必要です<br>＊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<br>＊往復の交通費実費が別途かかります<br>＊救急搬送に同行する場合は無料です | ３０分 | 1,980 円 |
| | | ３０分を超えるごとに繰り上げてご請求します | |
| 4 | **各種手続き代行**<br>＊事前の申込みが必要です<br>＊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<br>＊手続きに要するホームから現地への往復に要した時間も含みます<br>＊往復の交通費実費が別途かかります | ３０分 | 660 円 |
| | | ３０分を超えるごとに繰り上げてご請求します | |
| 5 | **買物代行**<br>＊事前の申込みが必要です<br>＊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<br>＊ホームで定期的に行う買い物代行サービス（週１回）は無料です<br>＊近隣で購入できるものに限ります | １回 | 220 円 |
| 6 | **週２回を超える入浴介助**<br>＊利用者の個別のご希望により、週３回以上の入浴介助を行う場合、３回目以降、右記の料金をご負担いただきます<br>＊事前の申込みが必要です | １回あたり | 1,650 円 |

※　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。

**2026 年 10 月以降、前頁の《有料サービス一覧表》は**

**次頁の《実施時に別途料金が必要となるもの（有料サービス）》に変更されます。**

## 《実施時に別途料金が必要となるもの（有料サービス)》

| No. | 項　目 | 内容／基準 | 単価(税込) |
|---|---|---|---|
| 1 | **ご家族等が利用者居室で宿泊される場合の寝具・リネン代(※)**<br>※ベネッセスタイルケアが、事前に認めた場合に限り、以下の限定的期間において、ご家族等が一時的に利用者居室に宿泊することができます。なお、利用者不在時のご家族だけの宿泊は認められません。<br>・利用開始時<br>・終末期の看取り時<br>＊就寝時の寝具のご準備は、原則ご自身で行っていただきます。<br>＊食事は含まれません。<br>＊前日までの申込みが必要です（利用者の急な体調変化に伴う付き添い希望の場合等はご相談ください)。 | １泊２日<br>１名あたり | 1,100 円 |
| 2 | **ご家族等への食事の提供**<br>＊１週間前までの申込みが必要です。<br>＊申込期限を過ぎてからのキャンセルはキャンセル料（全額）をいただきます。 | 朝食 | 462 円 |
| | | 昼食 | 583 円 |
| | | 夕食 | 935 円 |
| 3 | **居室への配下膳**<br>＊利用者の個別のご希望により、居室への配下膳を行う場合、右記の料金をご負担いただきます。<br>＊居室への配下膳を月内に一度でも行った場合は、右記の月額料金をご負担いただきます。<br>＊厨房から提供される「朝・昼・夕」の食事に限ります。<br>＊前月末までの申込みが必要です（所定の申込書にて申込みください)。<br>＊体調不良で食堂へ来られない場合の居室への配下膳は、無料です。 | 月額 | 55,000 円 |
| 4 | **職員対応・同行**<br>＊外出時の同行については、ご入居者・ご家族様にて付添い人のご手配をお願いします。手配が困難な場合や、やむを得ない事情により当社にて対応させていただいた場合の費用になります。<br>＊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。<br>＊事前の申込みが必要です。<br>＊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。<br>＊同行・対応する職員を指名することはできません。<br>＊交通費が発生する場合は実費（往復）をご負担いただきます。<br>＊通院同行後に必要な記録・報告の時間も含みます。 | 60 分以内 | 5,500 円 |
| | | 60 分超～<br>120 分以内 | 11,000 円 |
| | | 以降、120 分を超える場合は<br>60 分単位で 5,500 円を加算 | |

※ 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３～４のサービスはホーム利用者ご本人に提供するものです。