介護付有料老人ホーム
特定施設入居者生活介護
介護予防特定施設入居者生活介護

# まどか鶴ヶ谷

# 重要事項説明書

※　この重要事項説明書は、「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成１１年厚生省令第３７号）」および「指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成１８年厚生労働省令第３５号）」の規定に基づくものです。

株式会社ベネッセスタイルケア

※　本書記載の料金、消費税率および介護保険給付費等は、2026 年 6 月 1 日時点の内容に基づいています。消費税率および介護保険給付費が改定される場合は、改定の内容および法令等の定めに従い、料金を変更します。

# ま　ど　か　鶴　ヶ　谷

# 重　要　事　項　説　明　書

## １．厚生労働省の定める表示事項

| | |
|---|---|
| 類　　型 | 介護付有料老人ホーム（一般型特定施設入居者生活介護） |
| 居住の権利形態 | 利用権方式<br>居住部分と介護や生活支援等のサービス部分の契約が一体となっているものです。 |
| 利用料の支払方式 | 月払い方式 |
| 入居時の要件 | 入居時自立・要支援・要介護 |
| 介　護　保　険 | 仙台市指定特定施設入居者生活介護、指定介護予防特定施設入居者生活介護 |
| 介護居室区分 | 全室個室 |
| 一般型特定施設である有料老人ホームの介護に関わる職員体制 | ３：１以上 |

## ２．職員体制と職務内容

| 主な職種 | | 主な職務内容 |
|---|---|---|
| 管理者 | | ◆ ホーム全般の管理・運営 |
| 生活相談員 | | ◆ 利用者／家族との生活・介護全般に関する相談・援助<br>◆ 地域の他の関係諸施設との連携 |
| 計画作成担当者 | | ◆ 利用者の「介護サービス提供計画」（生活プラン）の作成 |
| 直接処遇職員 | | |
| | 介護職員（サービススタッフ） | ◆ 利用者への介護サービス全般の提供 |
| | 看護職員 | ◆ 利用者の健康管理<br>◆ 利用者への介護サービス全般の提供 |
| 機能訓練指導員 | | ◆ 利用者の心身機能の維持・向上のための訓練実施 |

## ３．支払方法

| | |
|---|---|
| 敷金の支払方法 | ・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。<br>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。（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。 |
| 利用料の支払方法 | ・別途指定いただく利用者／ご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。（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。（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。<br>※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。 |

## ４．費用計算基準

| 時期 | 請求／返金項目 | 計算基準／その他 |
|---|---|---|
| 契約締結時 | 敷金 | 債務担保として預託 |
| 利用開始月 | ○共通費用<br>（家賃相当額・食材費・管理費）<br>○自立者生活支援費用 | 「日割り請求基準」により、日額積算にて算定<br>利用開始日が月初１日の場合は規定の「月額料金」となります。<br>＊食材費は、１食単位で算定します。 |
| | 介護保険給付費 | 日額積算にて算定します。（ただし、一部の加算では、月単位で積算） |

| | | |
|---|---|---|
| 通常月 | ○共通費用<br>（家賃相当額・食材費・管理費）<br>○自立者生活支援費用 | 月額料金にて算定します。<br>＊食材費は、１食単位で算定します。 |
| | 介護保険給付費 | 日額積算にて算定します。（ただし、一部の加算では、月単位で積算） |
| 契約終了月 | ○共通費用<br>（家賃相当額・食材費・管理費）<br>○自立者生活支援費用 | 「日割り請求基準」により、日額積算にて算定します。<br>契約終了日が月末の場合は規定の「月額料金」となります。<br>＊食材費は、１食単位で算定します。 |
| | 介護保険給付費 | 日額積算にて算定します。（ただし、一部の加算では、月単位で積算） |
| | 敷金 | 原則、全額無利息で返金。<br>債務がある場合には控除。 |

※ 日割り請求基準について

月途中に利用契約が開始もしくは終了した場合、当該月の支払金額は、以下の計算方法にて算出します。なお、食材費は実費を１食単位で算出します。

・日額＝月額税込単価÷３０（小数点以下１位四捨五入）

・上記日額の料金に以下の日数を乗じて算出します。

利用契約の開始月：利用開始日から当該月末日までの日数

利用契約の終了月：当該月１日から契約終了日までの日数

この基準は、利用開始月および契約終了月のみに適用されるものです。

## ５．医療関連

| | |
|---|---|
| 医　療　関　連 | ・当ホームには、医師は配置していません。また、ホームの看護職員は、専門有資格者（看護師・准看護師）ですが、法規上、診療行為や医師の指示のない診療補助業務を行うことはできません。看護職員は、専門知識・経験を活かして、利用者の心身状況の把握や協力医療機関との連携をとります。<br>・協力医療機関とは、当ホームが利用者の日常の健康管理等を行う為に当ホームと協定関係にある医療機関で、ベネッセスタイルケアとは経営主体を異にするものです。<br>・協力医療機関をかかりつけ医にされる場合は、利用者・家族と医療機関との間で医療サービスに関する契約をして頂きます。 |
| 終末期の看取り対応について | 利用者や利用者の家族のご希望に応じ、協力医療機関の医師も含めて話し合いの場を持ち、利用者・家族の状況および当ホーム・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いたします。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。 |

## ６．事故発生時等の対応

| | |
|---|---|
| 事故発生時の対応 | ・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。<br>・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。<br>・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、再発生しないように対策を講じます。 |
| 火災・非常災害時の対応 | ①施設・設備<br>・当ホームは、有料老人ホームとして、該当する建築基準関係法令および消防関係法令に適合しています。<br>・また、関係諸法令に従い、火災・非常災害時に備えて、避難経路の確保、消防用設備機器の設置、防炎資材の使用などの必要な処置をおこなっています。<br>②防火管理<br>・ホームでは消防関係法令に従い、火災・非常災害時に備えて、防火管理者を定め、具体的な消防計画を作成、管轄消防署に届出をしています。<br>・定期的に消防用設備等の点検を実施すると共に、管轄消防署の指導のもとで、年２回の定期消防訓練を実施しています。<br>・また、防火管理者のもとに、防火担当責任者・火元責任者を配置し、日常の防火管理を徹底すると共に、職員の防災教育を適宜実施、自衛消防隊を組織して、火災発生時に備えています。 |

## ７．損害賠償

・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。

## ８．秘密保持・個人情報の取扱い

| | |
|---|---|
| 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。 |

| | |
|---|---|
| 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をいただきます。 |

《敷金／利用料》

**敷金**

（非課税）

| | |
|---|---|
| 敷金 | 510,000 円 |

※ 契約債務の担保金として、敷金を契約締結時にお支払いいただきます。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。
※ 契約が終了し、かつ利用者から居室の明渡しを受けた場合、ベネッセスタイルケアは、敷金を利用者に返還します。契約終了時に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。
※ 敷金には利息は付きません。

**共通費用**

（税込）

| 家賃相当額（消費税非課税） | 食材費 | 管理費 | 合計 |
|---|---|---|---|
| 85,000 円 | 39,180 円 | 161,150 円 | 285,330 円 |

※ 管理費は、施設の維持・管理費、水光熱費、厨房運営費等に充当します。
※ 利用者の不在期間における返金・割引等はありません。
※ 食材費は、１日３食を３０日提供した場合の金額です。１食当たりは以下のとおりです。以下の「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。食材費は、１週間前までに欠食の届けをした場合は、料金をいただきません。

（税込）

| 費用 | 朝食 | 昼食 | 夕食 |
|---|---|---|---|
| １食当たりの金額 | 291 円 | 432 円 | 583 円 |

介護費用（利用者１名あたり）

## １　介護保険給付費（非課税）

利用者ごと、要介護（要支援）認定の結果に応じて、以下のようになります。

※「基本報酬」に、「夜間看護体制加算（Ⅰ）」「協力医療機関連携加算（１００単位／月）」「個別機能訓練加算（Ⅰ）」「生活機能向上連携加算（Ⅱ）」「サービス提供体制強化加算（Ⅰ）」「入居継続支援加算（Ⅰ）」「ＡＤＬ維持等加算（Ⅱ）」「科学的介護推進体制加算」「介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロ」「高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）」「生産性向上推進体制加算（Ⅰ）」を含めた１割負担の方の場合における自己負担額（目安）です。

要支援１・２については「夜間看護体制加算」「入居継続支援加算」「ＡＤＬ維持等加算」は含まれていません。要介護１～５については「入居継続支援加算」を算定する場合は「サービス提供体制強化加算」は算定できない為、下表にも含まれていません。

なお、下表の金額は算定した加算の内容等によって実際の自己負担額と異なる場合があります。

※ 自己負担割合が２割の場合の自己負担額は、１割の場合の概ね２倍の金額に、３割の場合は、１割の場合の概ね３倍の金額になります。

（非課税）

| ○１ヶ月３０日の場合の月額 | 介護保険給付費 | 介護保険１割負担分 |
|---|---|---|
| 要支援１ | 81,656 円 | 8,166 円 |
| 要支援２ | 128,077 円 | 12,808 円 |
| 要介護１ | 221,986 円 | 22,199 円 |
| 要介護２ | 245,915 円 | 24,592 円 |
| 要介護３ | 270,912 円 | 27,092 円 |
| 要介護４ | 294,122 円 | 29,413 円 |
| 要介護５ | 318,760 円 | 31,876 円 |

※ ホーム所在地域の地域区分による介護保険「特定施設入居者生活介護」「介護予防特定施設入居者生活介護」の介護保険給付費です。

※ 要介護１～５については、医療機関等を退院して、直接、ホームに入居した場合、利用開始日から３０日間に限って、「退院・退所時連携加算」として、次の額が加算されます。下表には介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロが含まれています。

（非課税）

| ○日額 | 介護保険給付費 | 介護保険１割負担分 |
|---|---|---|
| 退院・退所時連携加算 | 359 円 | 36 円 |

※ 看取り介護加算について

・要介護１～５については、「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。下表には介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロが含まれています。

（非課税）

| ○日額 | 介護保険給付費 | 介護保険１割負担分 |
|---|---|---|
| 死亡日以前 31 日以上 45 日以下 | 852 円 | 86 円 |
| 死亡日以前 4 日以上 30 日以下 | 1,715 円 | 172 円 |
| 死亡日の前日および前々日 | 8,092 円 | 810 円 |
| 死亡日 | 15,240 円 | 1,524 円 |

・要介護１～５については、「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。下表には介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロが含まれています。

（非課税）

| ○日額 | 介護保険給付費 | 介護保険１割負担分 |
|---|---|---|
| 死亡日以前 31 日以上 45 日以下 | 6,809 円 | 681 円 |
| 死亡日以前 4 日以上 30 日以下 | 7,661 円 | 767 円 |
| 死亡日の前日および前々日 | 14,049 円 | 1,405 円 |
| 死亡日 | 21,187 円 | 2,119 円 |

※ 要支援１～要介護５については、利用開始時および利用中６月ごとに利用者の口腔の健康状態のスクリーニングおよ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。下表には介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロが含まれています。

（非課税）

| ○１回 | 介護保険給付費 | 介護保険１割負担分 |
|---|---|---|
| 口腔・栄養スクリーニング加算 | 236 円 | 24 円 |

※ 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。下表には介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロが含まれています。

（非課税）

| ○１回 | 介護保険給付費 | 介護保険１割負担分 |
|---|---|---|
| 退居時情報提供加算 | 2,978 円 | 298 円 |

※ 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。下表には介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロが含まれています。

（非課税）

| ○日額 | 介護保険給付費 | 介護保険１割負担分 |
|---|---|---|
| 新興感染症等施設療養費 | 2,855 円 | 286 円 |

＊ 上記７表の「介護保険１割負担分」は、介護保険の「特定施設入居者生活介護」「介護予防特定施設入居者生活介護」の適用を受け、代理受領を行う場合の通常のご請求額です。

＊ 厚生労働省が定める方法によって端数処理を行う関係上、実際のご請求額とは若干の差異が生じる場合があります。上記７表は端数処理を行った額を表示しています。

＊ 介護保険給付費は、厚生労働省の定める基準に従って、変更される場合があります。

## ２　自立者生活支援費用（税込）

要介護（要支援）認定の結果に応じて、「自立」の方は、「自立者生活支援費用」が適用されます。

（税込）

| 要介護（要支援）認定結果 | 名　　称 | 月　　額 |
|---|---|---|
| 自立(非該当) | 自立者生活支援費用 | 66,440 円 |

※ 利用者が自立の場合、自立者の生活を支援することも含めた職員体制の維持に必要な費用として、自立者生活支援費用をお支払いいただきます。

※ 利用者の不在期間において、返金・割引等はありません。

※ 月途中に利用契約が開始もしくは終了した場合および要介護（要支援）度の変更があった場合、当該月の自立者生活支援費用は、１ヶ月を 30 日とする日割り計算にて算出します。

※ 要介護認定結果が変更され、自立となった場合（要介護認定が取り消された場合）、変更された要介護（要支援）度が効力を生じる日（有効期間の開始日）に遡って、自立者生活支援費用が適用されます。また、自立から要介護・要支援となった場合、その変更日（要介護・要支援認定となった日）に遡って、自立者生活支援費用を適用しません。

## 月額自己負担見込額（３０日基準／１名利用の場合）

（共通費用＋介護保険１割負担分（＊）＋自立者生活支援費用）

**下表の金額は、 介護保険給付費の自己負担が１割の場合の目安です。自己負担割合が２割の場合の自己負担額は、１割の場合の概ね２倍の金額に、３割の場合は、１割の場合の概ね３倍の金額になります。**

＊「基本報酬」に、「夜間看護体制加算（Ⅰ）」「協力医療機関連携加算（１００単位／月）」「個別機能訓練加算（Ⅰ）」「生活機能向上連携加算（Ⅱ）」「サービス提供体制強化加算（Ⅰ）」「入居継続支援加算（Ⅰ）」「ＡＤＬ維持等加算（Ⅱ）」「科学的介護推進体制加算」「介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロ」「高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）」「生産性向上推進体制加算（Ⅰ）」を含めた１割負担の方の場合における自己負担額（目安）です。

要支援１・２については「夜間看護体制加算」「入居継続支援加算」「ＡＤＬ維持等加算」は含まれていません。要介護１～５については「入居継続支援加算」を算定する場合は「サービス提供体制強化加算」は算定できない為、下表にも含まれていません。

なお、下表の金額は、算定した加算の内容等によって実際の自己負担額と異なる場合があります。

（単位：円　税込）

| 自立<br>（非該当） | 要支援<br>1 | 要支援<br>2 | 要介護<br>1 | 要介護<br>2 | 要介護<br>3 | 要介護<br>4 | 要介護<br>5 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 351,770 | 293,496 | 298,138 | 307,529 | 309,922 | 312,422 | 314,743 | 317,206 |

# ≪介護保険の留意点等≫

## １．要介護（要支援含む。以下同じ）認定の更新

・ 介護保険制度での要介護認定有効期間は、認定を受けた基準日（申請日）から概ね６ヶ月です。「要介護認定更新」の手続きをしないと、有効期限が切れ、介護保険を使った介護サービス利用ができなくなります。

・ 要介護認定の「更新」手続きは、新規申請と同様、基本的に利用者またはご家族にしていただきます。ホームが直接「更新手続き代行」をおこなうことはできません。

・ 要介護認定の更新は「有効期間満了日の６０日前」から可能です。

・ また、ホーム利用中に、利用者の心身状況が変化した場合、「６０日」以前でも、更新手続き（要介護認定の変更申請）をすることができます。

※ 要介護認定の有効期間は必ずしも６ヶ月とは限りません。要介護者の心身状況等により異なる場合があります。必ず介護保険被保険者証にて確認をお願いします。

※「要介護認定」は自動的に更新されるものではありません。有効期間を確認し、早めに更新手続きを取られるよう、お願いします。

## ２．「要介護認定の更新」結果と「介護保険給付費」

・「介護保険給付費」は要介護認定結果に対応しています。

・ 要介護認定結果が変更された場合、更新基準日（以前の要介護認定有効期間満了日の翌日）より「介護保険給付費」も変更になります。

## ３．介護保険給付について

（１）介護保険の保険給付の仕組み

・ 介護保険は介護サービスそのものの「現物給付」の制度です。ホームでは「特定施設入居者生活介護」・「介護予防特定施設入居者生活介護」の介護サービスを提供します。

・ 要介護（要支援）認定の有効期間の開始日は、申請日※となりますので、「自立」の方が要介護（要支援）認定の申請を行う際には、事前にベネッセスタイルケアへ通知してください。要介護（要支援）認定を受けた場合、介護保険給付費は、介護サービス提供計画書に基づいて申請日より算定開始となります。

※ ただし、認定の有効期間の開始日は、所管の自治体等の判断によって異なる場合があります。

・ 介護保険ではサービス提供部分（介護保険給付費）のうち、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が自己負担分となります。

・ ホームでは「特定施設入居者生活介護」・「介護予防特定施設入居者生活介護」としてのサービス提供費用（介護保険給付費）の自己負担分として、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利用者に請求します。介護保険給付費（１０割）から利用者の自己負担分を除いた額は、事業者へ直接に介護保険の運営主体である保険者（市区町村）から支払われます。

（２）その他の留意事項

・「特定施設入居者生活介護」・「介護予防特定施設入居者生活介護」の給付費計算

「介護保険給付費」は「日割り」で計算されます。（ただし、一部の加算では、月単位で積算）

ホームからはその月に利用された日数の日額積算で「介護保険給付費」を請求します。２泊３日以上ホームを不在にする場合は、「外出初日」と「ホームに戻った日」のみ請求し、ホームを終日不在にする日は請求しません。

入院中に、一時的にホームを利用される場合は、介護保険を利用できません。

※ 介護保険を利用できない場合、利用者の要介護（要支援）度に応じた介護保険給付費と同等額が全額自己負担となるほか、消費税が別途課税されます。

・ 他の介護保険サービスの利用について

「特定施設入居者生活介護」・「介護予防特定施設入居者生活介護」の介護サービスを利用すると、他の居宅サービス（ホームヘルプやデイサービス等）を重複して利用することはできません。

なお、以下の３サービスは「区分支給限度額」管理の枠外になりますので、介護保険の制度上は利用することが可能となっています。

① 居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導
　※ 医師・薬剤師等がおこなうもの。

② 居宅介護福祉用具購入費・介護予防居宅介護福祉用具購入費

③ 住宅改修費・介護予防住宅改修費

※ 上記②、③の利用を希望される場合は、事前に利用者の保険者（市区町村）窓口へ直接ご相談願います。保険者にて必要性を認められた場合のみ、利用可能となります。

## ４．「特定施設入居者生活介護」・「介護予防特定施設入居者生活介護」の介護保険給付費の扱い

（１）介護保険指定事業者への介護保険給付費の算定方法

指定事業ごとに定められた「介護給付費単位数」により以下の基準で算定されます。

「介護保険給付費」（１日あたり）　＝
　　要介護（要支援）度別の単位数 ×　（ 単位単価（１０円）× 地域区分係数 ）

（２）２０２６年６月１日現在の「特定施設入居者生活介護」・「介護予防特定施設入居者生活介護」の「地域区分係数」は以下のとおりです。ホームの所在地域によって該当する地域区分が変わってきます。

| 地域区分 | 係数 |
|---|---|
| ６級地 | 1.027 |

## ５．「特定施設入居者生活介護」・「介護予防特定施設入居者生活介護」の適用解除

介護保険で「要支援または要介護」の認定を受けられた方でも、ホーム利用開始後、要介護状態の変化（改善）により、要介護認定更新時に「自立」（要介護・要支援非該当）と判定される場合があります。

「自立」と判定されると、保険者（市区町村）により、従来の要介護・要支援認定が取消されます。

この場合、「特定施設入居者生活介護」・「介護予防特定施設入居者生活介護」の適用を受けることはできなくなります。

要介護・要支援認定の取消された日（従来の要介護・要支援認定有効期間の満了日の翌日）に遡って、介護費用は「自立」へ変更されます。

## ６．介護保険法上の人員基準

介護保険法上の人員基準は以下のとおりです。

要介護１～５の方：直接処遇職員＝３：１以上

要支援１～２の方：直接処遇職員＝１０：１以上

# 《 費用分担表 》ＣＳ１

| | 利用料に含まれるもの | 利用料に含まれないもの |
|---|---|---|
| 区分基準 | ♦ 日常生活に必要な諸費用のうち、利用者共通で必要とされる諸費用として、ホームから一律に提供されるべきもの。 | ♦ 日常生活に必要な諸費用のうち、明らかに特定の個人によって使用・消費されるべきもの。<br>♦ 個人の嗜好性が強いもの。 |

| 分　類 | 内容・内訳 | | 利用料に | |
|---|---|---|---|---|
| | | | 含まれる | 含まれない |
| 水　光　熱　費 | ● 上下水道／電気／ガス代 | | ◎ | － |
| 居室備品関係 | ● 介護用ベッド | | ◎ | － |
| | ● 寝具 | | ◎ | － |
| | ● 居室内のカーテン（防炎）※１ | | ◎ | － |
| | ● 居室内のテレビ（受像機、NHK 受信料等）※２ | | － | ◎ |
| | ● 居室内の電話（加入権、工事費、電話代等）※２ | | － | ◎ |
| 衣類・はきもの等 | ● 衣類、靴 | | － | ◎ |
| | ● スリッパ | 利用者分 | － | ◎ |
| | | 外来者分 | ◎ | － |
| 生　活　用　品 | ● 共用部 | タオル、石鹸、シャンプー、リンス、トイレットペーパー、ティッシュペーパー、消臭剤、ドライヤー等 | ◎ | － |
| | ● 居室内 | トイレットペーパー | ◎ | － |
| | | タオル、石鹸、ティッシュペーパー、歯ブラシ、歯磨き粉、入れ歯洗浄剤等 | － | ◎ |
| 介護／移動補助関連用品 | ● 紙おむつ等の個人消費に係る介護消耗品 | | － | ◎ |
| | ● 個人の希望に基づき用意する福祉用具 | | － | ◎ |

| 分　類 | 内容・内訳 | | 利用料に | |
|---|---|---|---|---|
| | | | 含まれる | 含まれない |
| 食　事　関　係 | ● 食器類 | 共用食堂用 | ◎ | － |
| | | 専ら居室内で使用するもの | － | ◎ |
| | ● 個人の嗜好品（梅干し、ふりかけ等） | | － | ◎ |
| 洗　　濯 | ● 洗濯サービス（人件費／洗剤費等込み） | 個人の日常衣類 | ◎ | － |
| | | シーツ等のリネン類 | ◎ | － |
| | | クリーニングなど特別な処理が必要なもの等 | － | ◎ |
| 清　　掃 | ● 清掃サービス（人件費／洗剤費等込み） | 居室内 | ◎ | － |
| | | 共用部 | ◎ | － |
| 理 容 ・ 美 容 | ● 理美容サービス | | － | ◎ |
| 医　　療 | ● 医療費の自己負担分 | | － | ◎ |
| | ● 薬剤費 | | － | ◎ |
| | ● ホームにて実施する定期健康診断（年１回の総合健康診断） | | ◎ | － |
| | ● ホームにて実施するインフルエンザ予防接種（年１回） | | ◎ | － |
| 健　康　管　理 | ● 血圧計、体温計、体重計等 | 共用 | ◎ | － |
| 新聞／雑誌等 | ● 新聞、雑誌、その他書籍 | 共用 | ◎ | － |
| | | 個人用 | － | ◎ |
| アクティビティ | ● 材料費、その他諸費用 | ホーム全体での行事 | ◎ ※3 | － |
| | | 個人選択によるもの | － | ◎ |

※１　カーテン、布製ブラインド（のれん）、絨毯（カーペット）等の布製品については、防炎加工されたものをご使用ください。

※２　屋外から居室までのテレビ配線、電話配線はホームにて設置済みです。

※３　内容によっては、事前にご了解を得て、別途費用のご負担をいただく場合があります。

＊その他上記の区分基準に厳密にあてはまらないもの、性格があいまいなものについては、個別にホームと利用者・ご家族で協議します。

別紙様式

# 重要事項説明書

| | |
|---|---|
| 記入年月日 | 2026 年 07 月 01 日 |
| 記入者名 | 岩浅　尚人 |
| 所属・職名 | まどか鶴ヶ谷　ホーム長 |

## １．事業主体概要

| | | |
|---|---|---|
| 種類 | 個人／法人 | |
| | 法人の場合、その種類 | 株式会社 |
| 名称 | (フリガナ) カブシキガイシャベネッセスタイルケア<br>株式会社ベネッセスタイルケア | |
| 主たる事業所の所在地 | 〒 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 |
| | FAX 番号 | 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 | 氏名 | 滝山　真也 |
| | 職名 | 代表取締役 |
| 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) マドカツルガヤ<br>まどか鶴ヶ谷 | |
| 所在地 | 〒 983-0824<br>宮城県仙台市宮城野区鶴ヶ谷六丁目 7 番 1 号 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅等 | 仙台市営地下鉄南北線「旭ヶ丘駅」 |
| | 交通手段と所要時間 | 仙台市営地下鉄南北線「旭ヶ丘駅」下車、バスで 20 分、「鶴ケ谷 7 丁目」バス停から徒歩 2 分（約 160 m） |
| 連絡先 | 電話番号 | 022-388-4868 |
| | FAX 番号 | 022-388-4861 |
| | メールアドレス | - |
| | ホームページアドレス | http://www.benesse-style-care.co.jp/ |
| 管理者 | 氏名 | 岩浅　尚人 |
| | 職名 | ホーム長 |
| 建物の竣工日 | | 2000 年 10 月 31 日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 2000 年 11 月 26 日 |

**（類型）【表示事項】**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ①　介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合）<br>2　介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合）<br>3　住宅型<br>4　健康型 | | | | | |
| １又は２に該当する場合 | 介護保険事業者番号 | （介護予防）特定施設入居者生活介護事業所：0475200465 | | | |
| | 指定した自治体名 | 仙台市 | | | |
| | 事業所の指定日 | 居宅サービス | 2000 年 11 月 15 日 | 介護予防サービス | 2006 年 04 月 01 日 |
| | 指定の更新日（直近） | 居宅サービス | 2020 年 11 月 15 日 | 介護予防サービス | 2024 年 04 月 01 日 |

**３．建物概要**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 土地 | 敷地面積 | 2215.73 ㎡ | |
| | 所有関係 | 1　事業者が自ら所有する土地　　③　その他（非該当） | |
| | | 2　事業者が賃借する土地　（普通賃借・定期賃借） | |
| | | 抵当権の有無 | 1　あり　　2　なし |
| | | 契約期間 | 1　あり　　（　）<br>2　なし |
| | | 契約の自動更新 | 1　あり　　2　なし |
| 建物 | 延床面積 | 全体 | 2759.85 ㎡ |
| | | うち、老人ホーム部分 | 2582.85 ㎡ |
| | 耐火構造 | ①　耐火建築物<br>2　準耐火建築物<br>3　その他（　　） | |
| | 構造 | 鉄筋コンクリート造（一部鉄骨造） | |
| | 所有関係 | 1　事業者が自ら所有する建物 | |
| | | ②　事業者が賃借する建物　（普通賃借） | |
| | | 抵当権の設定 | ①　あり　　2　なし |
| | | 契約期間 | ①　あり　　（2000 年 11 月 01 日 ～ 2030 年 10 月 31 日）<br>2　なし |
| | | 契約の自動更新 | ①　あり　　2　なし |
| 居室の状況 | 居室区分【表示事項】 | ①　全室個室　（縁故者居室を含む）<br>2　相部屋あり | |
| | | 最少 | |
| | | 最大 | |

| | トイレ | 浴室 | 面積 | 戸数・室数 | 区分※ |
|---|---|---|---|---|---|
| Aタイプ | 有／無 | 有／無 | 17.2 ㎡ | 60 室 | 介護居室個室 |

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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 共用施設 | 共用便所の数 | 10 ヵ所 | うち男女別の対応が可能な便所 | 4 ヵ所 |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な便所 | 5 ヵ所 |
| | 共用浴室の数 | 3 ヵ所 | 個室 | 2 ヵ所 |
| | | | 大浴場（個浴以外） | 1 ヵ所 |
| | 共用浴室における介護浴槽の数 | 3 ヵ所 | チェアー浴 | 0 ヵ所 |
| | | | リフト浴 | 3 ヵ所 |
| | | | ストレッチャー浴 | 0 ヵ所 |
| | | | その他（　　） | 0 ヵ所 |
| | 食堂 | ①　あり　　2　なし | | |
| | 入居者や家族が利用できる調理設備 | 1　あり　　②　なし | | |
| | エレベーター | 1　あり（車椅子対応）<br>②　あり（ストレッチャー対応）<br>3　あり（上記１・２に該当しない）<br>4　なし | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 消防用設備等 | 消火器 | ①あり　2　なし | | | |
| | 自動火災報知設備 | ①あり　2　なし | | | |
| | 火災通報設備 | ①あり　2　なし | | | |
| | スプリンクラー | ①あり　2　なし | | | |
| | 防火管理者 | ①あり　2　なし | | | |
| | 防災計画 | ①あり　2　なし | | | |
| 緊急通報装置等 | 居室<br>①あり<br>2　一部あり<br>3　なし | 便所<br>1　あり<br>②一部あり<br>3　なし | 浴室<br>①あり<br>2　一部あり<br>3　なし | その他（脱衣室）<br>①あり<br>2　一部あり<br>3　なし | |
| その他 | 【共用設備】<br>事務所(兼　健康管理室)、機能訓練室(兼　食堂)、相談室　等<br>【その他備考】<br>なし | | | | |

## 4．サービスの内容

**（全体の方針）**

| | |
|---|---|
| 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。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | まどかでは、まず、利用者のご家庭でのそれまでの暮らし、趣味、こだわりなどを十分にお聞きします。そして、その方の個性にあわせた暮らし方を、趣味講座や、音楽体操、映画上映会などの定期的な行事や、季節イベントに反映させていきます。最低限のルール以外は、利用者やご家族の要望を取り入れながら自由に変えていけることが特徴です。利用者の日常生活の負担を軽減するため、リビングルームや浴室を各フロアに配置しております。まどかは生活の場ですので、365 日 24 時間、自由に面会に来ていただける環境で、利用者やご家族のご要望を取り入れながら、入居前と変わらない「ふつうの暮らし」のお手伝いをさせていただきます。 |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | ①自ら実施　2 委託　3 なし |
| 食事の提供 | 1 自ら実施　②委託　3 なし |
| 洗濯、掃除等の家事の供与 | ①自ら実施　2 委託　3 自ら実施（一部委託）　4 なし |
| 健康管理の供与 | ①自ら実施　2 委託　3 なし |
| 安否確認又は状況把握サービス | ①自ら実施　2 委託　3 なし |
| 生活相談サービス | ①自ら実施　2 委託　3 なし |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| 特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無 | 夜間看護体制加算 | （Ⅰ） | 1　あり　(2)　なし |
| | | （Ⅱ） | (1)　あり　2　なし |
| | 個別機能訓練加算 | | 1　あり　(2)　なし |
| | 生活機能向上連携加算 | （Ⅰ） | 1　あり　(2)　なし |
| | | （Ⅱ） | 1　あり　(2)　なし |
| | サービス提供体制強化加算　※ | （Ⅰ） | 1　あり　(2)　なし |
| | | （Ⅱ） | 1　あり　(2)　なし |
| | | （Ⅲ） | (1)　あり　2　なし |
| | 入居継続支援加算　※ | （Ⅰ） | 1　あり　(2)　なし |
| | | （Ⅱ） | (1)　あり　2　なし |
| | 協力医療機関連携加算 | 100 単位 | (1)　あり　2　なし |
| | | 40 単位 | 1　あり　(2)　なし |
| | 退院・退所時連携加算 | | (1)　あり　2　なし |
| | 退居時情報提供加算 | | (1)　あり　2　なし |
| | 看取り介護加算 | （Ⅰ） | (1)　あり　2　なし |
| | | （Ⅱ） | 1　あり　(2)　なし |
| | 介護職員等処遇改善加算（特定施設） | | 1　加算Ⅰイ　(2)　加算Ⅰロ　3　加算Ⅱイ　4　加算Ⅱロ　5　なし |
| | 介護職員等処遇改善加算（予防特定施設） | | 1　加算Ⅰイ　2　加算Ⅰロ　3　加算Ⅱイ　(4)　加算Ⅱロ　5　なし |
| | 若年性認知症入居者受入加算 | | (1)　あり　2　なし |
| | 認知症専門ケア加算 | （Ⅰ） | 1　あり　(2)　なし |
| | | （Ⅱ） | 1　あり　(2)　なし |
| | 高齢者施設等感染対策向上加算 | （Ⅰ） | 1　あり　(2)　なし |
| | | （Ⅱ） | 1　あり　(2)　なし |
| | 新興感染症等施設療養費 | | 1　あり　(2)　なし |
| | 生産性向上推進体制加算 | （Ⅰ） | (1)　あり　2　なし |
| | | （Ⅱ） | 1　あり　(2)　なし |
| | 口腔・栄養スクリーニング加算 | | 1　あり　(2)　なし |
| | ADL 維持等加算（申出）の有無 | | 1　あり　(2)　なし |
| | 科学的介護推進体制加算 | | (1)　あり　2　なし |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無 | 1　あり | （介護・看護職員の配置率）：1 | |
| | (2)　なし | | |

※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。

**（医療連携の内容）**

| | |
|---|---|
| 医療支援<br>※複数選択可 | 1　救急車の手配<br>2　入退院の付き添い<br>3　通院介助<br>(4)　その他<br>・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。<br>　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。<br>　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。 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 協力医療機関 | 名称 | 医療法人社団　交鐘会　　あおぞら在宅診療所仙台東 | |
| | 住所 | 宮城県仙台市宮城野区苦竹一丁目 9 番 1 号 | |
| | 診療科目 | 内科 | |
| | 協力科目 | 内科 | |
| | 協力内容 | 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） | |
| | 名称 | 医療法人社団　希星会　　星内科小児科医院 | |
| | 住所 | 宮城県仙台市宮城野区幸町 2-20-13 | |
| | 診療科目 | 内科、循環器科、呼吸器科、アレルギー科 | |
| | 協力科目 | 内科、循環器科、呼吸器科、アレルギー科 | |
| | 協力内容 | 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） | |
| | 名称 | 医療法人　寶樹会　　仙塩利府病院 | |
| | 住所 | 宮城県宮城郡利府町青葉台 2 丁目 2 の 108 | |
| | 診療科目 | 整形外科、泌尿器科、耳鼻咽喉科、内科、眼科、形成外科、皮膚科、リハビリテーション科、麻酔科、放射線科 | |
| | 協力科目 | 整形外科、泌尿器科、耳鼻咽喉科、内科、眼科、形成外科、皮膚科、リハビリテーション科、麻酔科、放射線科 | |
| | 協力内容 | 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） | |
| | 名称 | 医療法人財団明理会　　イムス明理会仙台総合病院 | |
| | 住所 | 宮城県仙台市青葉区中央 4 丁目 5-1 | |
| | 診療科目 | 内科、消化器内科、外科、整形外科、婦人科、眼科、皮膚科、耳鼻咽喉科、神経内科、リハビリテーション科、脳神経外科、形成外科、麻酔科 | |
| | 協力科目 | 内科、消化器内科、外科、整形外科、婦人科、眼科、皮膚科、耳鼻咽喉科、神経内科、リハビリテーション科、脳神経外科、形成外科、麻酔科 | |
| | 協力内容 | 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 | | |
| | | 医療機関の名称 | 医療法人社団　希星会　　星内科小児科医院 |
| | | 医療機関の住所 | 宮城県仙台市宮城野区幸町 2-20-13 |
| | | 医療機関の名称 | 医療法人　寶樹会　　仙塩利府病院 |
| | | 医療機関の住所 | 宮城県宮城郡利府町青葉台 2 丁目 2 の 108 |
| | | 医療機関の名称 | 医療法人社団　交鐘会　　あおぞら在宅診療所仙台東 |
| | | 医療機関の住所 | 宮城県仙台市宮城野区苦竹一丁目 9 番 1 号 |
| | | 医療機関の名称 | 医療法人財団明理会　　イムス明理会仙台総合病院 |
| | | 医療機関の住所 | 宮城県仙台市青葉区中央 4 丁目 5-1 |
| 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可能**

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

**（入居に関する要件）**

| | | |
|---|---|---|
| 入居対象となる者<br>【表示事項】 | 自立している者 | (1)　あり　　2　なし |
| | 要支援の者 | (1)　あり　　2　なし |
| | 要介護の者 | (1)　あり　　2　なし |

| | |
|---|---|
| 留意事項 | 【入居者の条件】<br>・契約締結時に原則満６５歳以上の方<br>　※満６５歳未満の方はご相談ください。<br>・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>【保証人の条件】<br>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><br>【利用契約に定める保証人の義務等】<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。 |
| 契約の解除の内容 | 【利用者からの解約】<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。<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 |

| | | |
|---|---|---|
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 【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。 |
| | 解約予告期間 | ３ヶ月 |
| 入居者からの解約予告期間 | | １ヶ月 |
| 体験入居の内容 | ① あり （内容： ６泊７日：55,000 円（税込） ）<br>※「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。（個別の要望に基づく外出同行等は含まれません。） | |
| | ２ なし | |
| 入居定員 | 60 名 （ 60 室） | |

| | |
|---|---|
| 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。<br>〇物品管理について<br>・ホームに持ち込まれる物品については、原則、利用者、保証人およびご家族で管理してください。<br>・紛失等が発生した場合、お客様ご自身に被害がおよぶだけでなく、皆様が気持ちよくお過ごしいただけない一因にもなる為、貴重品（高額の現金や金券、カード、通帳、実印・銀行印、高価な宝飾品や美術品等）の持ち込みは禁止しています。<br>・いかなる場合でも、ホームでは貴重品等（少額の現金や金券も含む）はお預かりいたしません。<br>・上記に反して、貴重品等を持ち込む場合は、金庫等の鍵のかかる保管場所にて、利用者、保証人およびご家族の責任のもとで厳重に管理してください。<br>・紛失、破損等があった場合、ホームは一切の責任を負いかねます。<br>〇居室利用の留意点について<br>・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。<br>・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**　　この項目の情報は、2026 年 7 月 1 日時点の情報です。

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

**（職種別の職員数）**

| | | 職員数(実人数) | | | 常勤換算人数 ※1※2 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 合計 | | | |
| | | | 常勤 | 非常勤 | |
| 管理者 | | 1 | 1 | 0 | 1.0 |
| 生活相談員 | | 2 | 2 | 0 | 1.0 |
| 直接処遇職員 | | 27 | 20 | 7 | 23.9 |
| | 介護職員 | 25 | 18 | 7 | 21.9 |
| | 看護職員 | 2 | 2 | 0 | 2.0 |
| 機能訓練指導員 | | 1 | 0 | 1 | 0.0 |
| 計画作成担当者 | | 1 | 1 | 0 | 1.0 |
| 栄養士 | | | | | 外部委託 |
| 調理員 | | | | | 外部委託 |
| 事務員 | | 3 | 0 | 3 | 1.3 |
| その他職員 | | 1 | 0 | 1 | 0.4 |
| 1 週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2 | | | | | 40.0 時間 |

※1　常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。
※2　特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。

**（資格を有している介護職員の人数）**

| | 合計 | | |
|---|---|---|---|
| | | 常勤 | 非常勤 |
| 社会福祉士 | 0 | 0 | 0 |
| 介護福祉士 | 14 | 8 | 6 |
| 実務者研修の修了者 | 1 | 1 | 0 |
| 初任者研修の修了者 | 10 | 9 | 1 |
| 介護支援専門員 | 0 | 0 | 0 |

**（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 | 0 | 0 | 0 |
| 理学療法士 | 1 | 0 | 1 |
| 作業療法士 | 0 | 0 | 0 |
| 言語聴覚士 | 0 | 0 | 0 |
| 柔道整復師 | 0 | 0 | 0 |
| あん摩マッサージ指圧師 | 0 | 0 | 0 |
| はり師 | 0 | 0 | 0 |
| きゅう師 | 0 | 0 | 0 |

**（夜勤を行う看護・介護職員の人数）**

| 夜勤帯の設定時間（　20 時 30 分～翌 06 時 30 分　） | | |
|---|---|---|
| | 平均人数 | 最少時人数 |
| 看護職員 | 0 人 | 0 人 |
| 介護職員 | 3 人 | 3 人 |

**（特定施設入居者生活介護等の提供体制）**

| | | |
|---|---|---|
| 特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合<br>（一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能） | 契約上の職員配置比率※<br>【表示事項】 | a　1.5：1 以上<br>b　2：1 以上<br>c　2.5：1 以上<br>(d)　3：1 以上 |
| | 実際の配置比率<br>（2026 年 7 月の利用者数:常勤換算職員数） | 2.4： 1 |
| ※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択 | | |
| 外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制（外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能） | ホームの職員数 | 人 |
| | 訪問介護事業所の名称 | |
| | 訪問看護事業所の名称 | |
| | 通所介護事業所の名称 | |

**（職員の状況）**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 管理者 | 他の職務との兼務 | | 1　あり　(2)　なし |
| | 業務に係る資格等 | (1)　あり | |
| | | 資格等の名称 | 介護福祉士 |
| | | 2　なし | |

| | | 看護職員 | | 介護職員 | | 生活相談員 | | 機能訓練指導員 | | 計画作成担当者 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 |
| 前年度 1 年間の採用者数 | | 0 | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 前年度 1 年間の退職者数 | | 0 | 0 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 業務に従事した経験年数に応じた職員の人数 | 1 年未満 | 0 | 0 | 8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| | 1 年以上 3 年未満 | 1 | 0 | 4 | 3 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| | 3 年以上 5 年未満 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 5 年以上 10 年未満 | 1 | 0 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 10 年以上 | 0 | 0 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| | |
|---|---|
| 従業者の健康診断の実施状況 | (1)　あり　　2　なし |

## ６．利用料金

**（利用料金の支払い方法）**

| | | |
|---|---|---|
| 居住の権利形態<br>【表示事項】 | | ①　利用権方式<br>2　建物賃貸借方式<br>3　終身建物賃貸借方式 |
| 利用料金の支払い方式<br>【表示事項】 | | 1　全額前払い方式 |
| | | 2　一部前払い・一部月払い方式 |
| | | ③　月払い方式 |
| | | 4　選択方式<br>※該当する方式を全て選択<br>1　全額前払い方式<br>2　一部前払い・一部月払い方式<br>3　月払い方式 |
| 年齢に応じた金額設定 | | 1　あり　②　なし |
| 要介護状態に応じた金額設定 | | ①　あり　2　なし |
| 入院等による不在時における利用料金(月払い)の取扱い | | ①　減額なし（食材費・介護保険給付費以外の利用料）<br>②　日割計算で減額（介護保険給付費）、１食単位で減額（食材費）<br>3　不在期間が　日以上の場合に限り、日割り計算で減額 |
| 利用料金の改定 | 条件 | ・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。<br>・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。<br>・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。<br>・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。 |
| | 手続き | |

**（利用料金のプラン【代表的なプランを２例】）**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | 別紙参照 |
| 入居者の状況 | 要介護度 | | | |
| | 年齢 | | | |
| 居室の状況 | 床面積 | | | |
| | 便所 | | | |
| | 浴室 | | | |
| | 台所 | | | |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金 | | | |
| | 敷金 | | | |
| 月額費用の合計 | | | | |
| 家賃 | | | | |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護※1 の費用 | | | |
| | 介護保険外※2 | 食費 | | |
| | | 管理費 | | |
| | | 介護費用 | | |
| | | 光熱水費 | | |
| | | その他 | | |

**（利用料金の算定根拠）**

| 費目 | 算定根拠 |
|---|---|
| 家賃※ | 【家賃相当額】<br>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 | (家賃相当額)×6ヵ月の額または500万円を上限とした額を敷金としてお預かりします。<br>※本契約が終了した場合、ベネッセスタイルケアは、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、敷金を利用者に返還します。敷金を返還する時点において、不払いが存在する場合、当該不払いの額を控除した残額のみを利用者に返還します。 |
| 介護費用 | 要介護認定が自立の場合：「自立」は介護保険給付の対象とはなりません。「自立者生活支援費用」をご負担いただきます。<br>※介護保険サービスの自己負担額は含まれていません。 |
| 管理費 | 施設の維持・管理費、水光熱費、厨房運営費等 |
| 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。 |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 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 | ・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、使用に係る費用をご負担いただきます。<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。 |

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

| 費目 | 算定根拠 |
|---|---|
| 特定施設入居者生活介護※に対する自己負担 | 要介護度に応じて、介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額をご負担いただきます。 |
| 特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乗せサービス） | なし |
| ※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。 | |

## 7．入居者の状況

**（入居者の人数）**　　この項目の情報は、2026年7月の情報です。

| | | |
|---|---|---|
| 性別 | 男性 | 13人 |
| | 女性 | 43人 |
| 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 | 4人 |
| | 85歳以上 | 51人 |
| 要介護度別 | 自立・その他 | 0人 |
| | 要支援1 | 14人 |
| | 要支援2 | 5人 |
| | 要介護1 | 13人 |
| | 要介護2 | 11人 |
| | 要介護3 | 8人 |
| | 要介護4 | 5人 |
| | 要介護5 | 0人 |
| 入居期間別 | ６ヶ月未満 | 16人 |
| | ６ヶ月以上１年未満 | 4人 |

| | | |
|---|---|---|
| | １年以上５年未満 | 29 人 |
| | ５年以上 10 年未満 | 6 人 |
| | 10 年以上 15 年未満 | 1 人 |
| | 15 年以上 | 0 人 |

**（入居者の属性）**

| | |
|---|---|
| 平均年齢 | 90.4 歳 |
| 入居者数の合計 | 56 人 |
| 入居率※ | 93.3% |
| ※入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。 | |

**（前年度における退去者の状況）**

| | | |
|---|---|---|
| 退去者別の人数 | 自宅等 | 0 人 |
| | 社会福祉施設 | 1 人 |
| | 医療機関 | 1 人 |
| | 死亡者 | 25 人 |
| | その他 | 4 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 | 6 人 |

**８．苦情・事故等に関する体制**

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

| | | |
|---|---|---|
| 窓口の名称 | | まどか鶴ヶ谷 苦情受付窓口 |
| 電話番号 | | 022-388-4868 |
| 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 | | (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 |
| 対応している時間 | 平日 | 09:30-18:00 |
| | 土曜 | なし |
| | 日曜・祝日 | なし |
| 定休日 | | 土日、祝日、年末年始 |
| 窓口の名称 | | 仙台市　健康福祉局　介護事業支援課　施設指導係 |
| 電話番号 | | 022-214-8318 |
| 対応している時間 | 平日 | 08:30-17:00 |
| | 土曜 | なし |
| | 日曜・祝日 | なし |
| 定休日 | | 土日、祝日、年末年始 |
| 窓口の名称 | | 宮城県国民健康保険団体連合会 |
| 電話番号 | | 022-222-7700 |
| 対応している時間 | 平日 | 09:00-17:00 |
| | 土曜 | なし |
| | 日曜・祝日 | なし |
| 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 | ①　あり | (その内容)<br>「福祉事業者総合賠償責任保険」に加入 |
| | 2　なし | |
| サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応 | ①　あり | ・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。<br>・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。<br>・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。 |
| | 2　なし | |
| 事故対応およびその予防のための指針 | ①　あり　　2　なし | |

（利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況 | ①　あり | 実施日 | 毎年４月頃 |
| | | 結果の開示 | ①　あり　　2　なし |
| | 2　なし | | |
| 第三者による評価の実施状況 | 1　あり | 実施日 | |
| | | 評価機関名称 | |
| | | 結果の開示 | 1　あり　　2　なし |
| | ②　なし | | |

## ９．入居希望者への事前の情報開示

| | |
|---|---|
| 入居契約書の雛型 | 1　入居希望者に公開<br>②　入居希望者に交付（交付希望者のみ）<br>3　公開していない |
| 管理規程 | 1　入居希望者に公開<br>②　入居希望者に交付（交付希望者のみ）<br>3　公開していない |
| 事業収支計画書 | 1　入居希望者に公開<br>2　入居希望者に交付<br>③　公開していない |
| 財務諸表の要旨 | 1　入居希望者に公開<br>②　入居希望者に交付（交付希望者のみ）<br>3　公開していない |
| 財務諸表の原本 | 1　入居希望者に公開<br>2　入居希望者に交付<br>③　公開していない |

## 10．その他

| | | | |
|---|---|---|---|
| 運営懇談会 | ①　あり | | (開催頻度）年１回 |
| | 2　なし | | |
| | | 1　代替措置あり | (内容) |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | 2　代替措置なし | | |
| 高齢者虐待防止のための取組の状況 | 虐待防止対策検討委員会の定期的な開催 | ①　あり　2　なし | |
| | 指針の整備 | ①　あり　2　なし | |
| | 定期的な研修の実施 | ①　あり　2　なし | |
| | 担当者の配置 | ①　あり　2　なし | |
| 身体的拘束等の適正化のための取組の状況 | 身体的拘束等適正化検討委員会の開催 | ①　あり　2　なし | |
| | 指針の整備 | ①　あり　2　なし | |
| | 定期的な研修の実施 | ①　あり　2　なし | |
| | 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 | | |
| | ①　あり | 身体的拘束等を行う場合の態様及び時間、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 | ①　あり　2　なし |
| | 2　なし | | |
| 緊急やむを得ない場合に身体拘束等を行う場合の手続き | 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。<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。 | | |
| 虐待防止のための措置 | ・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 | ①　あり　2　なし | |
| | 災害に関する業務継続計画 | ①　あり　2　なし | |
| | 職員に対する周知の実施 | ①　あり　2　なし | |
| | 定期的な研修の実施 | ①　あり　2　なし | |
| | 定期的な訓練の実施 | ①　あり　2　なし | |
| | 定期的な業務継続計画の見直し | ①　あり　2　なし | |
| 提携ホームへの移行<br>【表示事項】 | 1　あり（提携ホーム名：　　）<br>②　なし | | |
| 有料老人ホーム設置時の老人福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出 | ①　あり　2　なし<br>3　サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要 | | |
| 高齢者の居住の安定確保に関する法律第 5 条第 1 項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録 | 1　あり　②　なし | | |
| 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 | 1　あり　②　なし | | |
| 合致しない事項がある場合の内容 | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | 「既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性 | 1　適合している（代替措置）<br>2　適合している（将来の改善計画）<br>3　適合していない |
| 有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項 | | 1　あり　②　なし |
| | 不適合事項がある場合の内容 | |

添付書類：　事業主体が都道府県内で実施する介護サービス
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その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

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保証人署名

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

説明年月日

年　　月　　日

説明者職・氏名

職＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

**事業主体が都道府県内で実施する介護サービス**

| 介護サービスの種類 | 箇所数 | 主な事業所の名称 | 所在地 |
|---|---|---|---|
| ＜居宅サービス＞ | | | |
| 訪問介護 | 3 | ベネッセ介護センター鶴ヶ谷 | 宮城県仙台市宮城野区鶴ヶ谷６丁目７－１ |
| 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 | 3 | ベネッセデイサービスセンター鶴ヶ谷 | 宮城県仙台市宮城野区鶴ヶ谷６－７－１ |
| 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 | 4 | グランダ上杉雨宮 | 宮城県仙台市青葉区堤通雨宮町１０－２６ |
| 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鶴ヶ谷 | 宮城県仙台市宮城野区鶴ヶ谷６丁目７－１ |
| ＜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 | 4 | グランダ上杉雨宮 | 宮城県仙台市青葉区堤通雨宮町１０－２６ |
| 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 | 1 | 西多賀地域包括支援センター | 宮城県仙台市太白区西多賀一丁目19番８号　キャピタル西多賀104 |
| ＜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 | | |

# 《介護サービス等の一覧表》兼 個別選択による介護サービス一覧表　（まどか０２）

※　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※ | ◎ | — | ◎ | | ◎ | |
| | | 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。
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※ | ◎ | | ◎ | | ◎ | |
| | | 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。
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※ | ◎ | | ◎ | |
| | | 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／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) | ○ |
| | 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。
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 》M02 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>＊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 | 440 円 |
| | | 昼食 | 550 円 |
| | | 夕食 | 880 円 |
| 3 | 通院介助／同行<br>＊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<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>＊記録・報告の時間を含みます<br>＊事前の申込みが必要です | １時間あたり | 2,200 円 |
| | | 別途、往復の交通費の実費をご負担いただきます | |
| 4 | 外出時の同行<br>＊事前の申込みが必要です | １時間あたり | 1,650 円 |
| | | 別途、往復の交通費の実費をご負担いただきます | |
| 5 | 各種手続き代行<br>＊事前の申込みが必要です | １時間あたり | 1,320 円 |
| | | 別途、往復の交通費の実費をご負担いただきます | |
| 6 | 買物代行 | １回あたり | 220 円 |
| | | ホーム全体で定期的に行うもの（週１回）は無料 | |

※　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。

**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 | 440 円 |
| | | 昼食 | 550 円 |
| | | 夕食 | 880 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。