

## 重要事項説明書

|       |                  |
|-------|------------------|
| 記入年月日 | 2024 年 07 月 01 日 |
| 記入者名  | 竹市 有吾            |
| 所属・職名 | グランダ芦屋 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                                  | <a href="http://www.benesse-style-care.co.jp/">http://www.benesse-style-care.co.jp/</a> |
| 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) グランダアシヤ<br>グランダ芦屋     |                                                                                         |
| 所在地           | 〒659-0061<br>兵庫県芦屋市上宮川町1番14号 |                                                                                         |
| 主な利用交通手段      | 最寄駅等                         | JR 神戸線「芦屋駅」                                                                             |
|               | 交通手段と所要時間                    | JR 神戸線「芦屋駅」下車、徒歩3分（約220m）                                                               |
| 連絡先           | 電話番号                         | 0797-25-7131                                                                            |
|               | FAX 番号                       | 0797-25-7132                                                                            |
|               | メールアドレス                      | -                                                                                       |
|               | ホームページアドレス                   | <a href="http://www.benesse-style-care.co.jp/">http://www.benesse-style-care.co.jp/</a> |
| 管理者           | 氏名                           | 竹市 有吾                                                                                   |
|               | 職名                           | ホーム長                                                                                    |
| 建物の竣工日        |                              | 2019 年 03 月 11 日                                                                        |
| 有料老人ホーム事業の開始日 |                              | 2019 年 04 月 01 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)       |                       |   |          |
| 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) |                       |   |          |
| ③                   | 住宅型                              |                       |   |          |
| 4                   | 健康型                              |                       |   |          |
| 1又は2に<br>該当する場<br>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： |   |          |
|                     | 指定した自治体名                         |                       |   |          |
|                     | 事業所の指定日                          | 居宅サービス                | ： | 介護予防サービス |
|                     | 指定の更新日(直近)                       | 居宅サービス                | ： | 介護予防サービス |

3. 建物概要

|                 |                                                  |                        |                         |                                          |                           |      |  |
|-----------------|--------------------------------------------------|------------------------|-------------------------|------------------------------------------|---------------------------|------|--|
| 土地              | 敷地面積                                             | 1562.73 m <sup>2</sup> |                         |                                          |                           |      |  |
|                 | 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                                       | （ ）                       |      |  |
|                 |                                                  | 2                      | なし                      |                                          |                           |      |  |
|                 | 契約の自動更新                                          | 1                      | あり                      | 2                                        | なし                        |      |  |
| 建物              | 延床面積                                             | 全体                     | 4001.71 m <sup>2</sup>  |                                          |                           |      |  |
|                 |                                                  | うち、老人ホーム部分             | 3853.08 m <sup>2</sup>  |                                          |                           |      |  |
|                 | 耐火構造                                             | ①                      | 耐火建築物                   |                                          |                           |      |  |
|                 |                                                  | 2                      | 準耐火建築物                  |                                          |                           |      |  |
|                 |                                                  | 3                      | その他（ ）                  |                                          |                           |      |  |
|                 | 構造                                               | 鉄筋コンクリート造              |                         |                                          |                           |      |  |
|                 | 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                                       | (2019年03月15日～2049年03月14日) |      |  |
|                 |                                                  | 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）          |                                          |                           |      |  |
|                 |                                                  | 2                      | 相部屋あり                   |                                          |                           |      |  |
|                 |                                                  |                        | 最少                      |                                          |                           |      |  |
|                 |                                                  | 最大                     |                         |                                          |                           |      |  |
|                 |                                                  | トイレ                    | 浴室                      | 面積                                       | 戸数・室数                     | 区分※  |  |
|                 | A1タイプ                                            | 有／無                    | 有／無                     | 20.1 m <sup>2</sup>                      | 14 室                      | 一般居室 |  |
|                 | A2タイプ                                            | 有／無                    | 有／無                     | 20.1 m <sup>2</sup>                      | 16 室                      | 一般居室 |  |
|                 | A3タイプ                                            | 有／無                    | 有／無                     | 20.1 m <sup>2</sup> ～20.4 m <sup>2</sup> | 14 室                      | 一般居室 |  |
|                 | A4タイプ                                            | 有／無                    | 有／無                     | 20.1 m <sup>2</sup>                      | 8 室                       | 一般居室 |  |
|                 | A5タイプ                                            | 有／無                    | 有／無                     | 30.2 m <sup>2</sup>                      | 4 室                       | 一般居室 |  |
|                 | A6タイプ                                            | 有／無                    | 有／無                     | 35.3 m <sup>2</sup>                      | 2 室                       | 一般居室 |  |
|                 | B1タイプ                                            | 有／無                    | 有／無                     | 40.3 m <sup>2</sup> ～40.9 m <sup>2</sup> | 6 室                       | 一般居室 |  |
|                 | B2タイプ                                            | 有／無                    | 有／無                     | 80.2 m <sup>2</sup>                      | 1 室                       | 一般居室 |  |
|                 | B3タイプ                                            | 有／無                    | 有／無                     | 83.6 m <sup>2</sup>                      | 1 室                       | 一般居室 |  |
|                 | ※「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                 | 9 カ所                    | うち男女別の対応が可能な便所                           |                           | 0 カ所 |  |
| うち車椅子等の対応が可能な便所 |                                                  |                        |                         | 8 カ所                                     |                           |      |  |
| 共用浴室の数          |                                                  | 6 カ所                   | 個室                      |                                          | 6 カ所                      |      |  |
|                 |                                                  |                        | 大浴場（個浴以外）               |                                          | 0 カ所                      |      |  |
| 共用浴室における介護浴槽の数  |                                                  | 1 カ所                   | チェアー浴                   |                                          | 1 カ所                      |      |  |
|                 |                                                  |                        | リフト浴                    |                                          | 0 カ所                      |      |  |
|                 | ストレッチャー浴                                         |                        | 0 カ所                    |                                          |                           |      |  |

|         |                                                                                       |                                                                |                        |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------|
|         |                                                                                       | その他 ( )                                                        | 0 カ所                   |
|         | 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                                                                                    | ① あり<br>2 一部あり<br>3 なし                                         | ① あり<br>2 一部あり<br>3 なし |
|         | 便所                                                                                    | ① あり<br>2 一部あり<br>3 なし                                         | ① あり<br>2 一部あり<br>3 なし |
|         | 浴室                                                                                    | ① あり<br>2 一部あり<br>3 なし                                         | ① あり<br>2 一部あり<br>3 なし |
|         | その他 (脱衣室)                                                                             | ① あり<br>2 一部あり<br>3 なし                                         | ① あり<br>2 一部あり<br>3 なし |
| その他     | <b>【共用設備】</b><br>事務所(兼 健康管理室)、相談室、多目的室 等<br><b>【その他備考】</b><br>相談室は併設の訪問介護事業所と兼用となります。 |                                                                |                        |

#### 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まいります。</p> |
| サービスの提供内容に関する特色 | <p>お一人おひとりが望まれることを、できる限りかなえてさしあげられるために、最大限の努力をすることをこだわりとしています。おもてなしの心を持ったスタッフが、ホームで豊かな時間を過ごしていただけるお手伝いをいたします。グラニー&amp;グランダのホーム名は、英語で親しみを込めた言葉からきており、グラニーは“ばーば”、グランダは“じーじ”という意味で、楽しく生活していただけるよう心がけています。</p>                   |
| 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 (健康相談)  | 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 | 2 | 加算Ⅱ 3 なし |
|                                | 介護職員等処遇改善加算 (予防特定施設) |               | 1 | 加算Ⅰ | 2 | 加算Ⅱ 3 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       |
|                                | 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) |   |     |   |          |
|                                | 2 なし                 | : 1           |   |     |   |          |

(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>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                                                                                                                                  | 医療法人社団 おはな おはなクリニック                                                                                                                                                            |  |  |  |  |
|                | 住所                                                                                                                                  | 兵庫県西宮市甲子園六番町 6 番 7 号 はれ六番町 1 階                                                                                                                                                 |  |  |  |  |
|                | 診療科目                                                                                                                                | 内科、外科、麻酔科                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |
|                | 協力科目                                                                                                                                | 内科、外科、麻酔科                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |
|                | 協力内容                                                                                                                                | 協力医療機関の医師は、ホームからの、利用者の健康管理等に関する相談に応じます。また緊急時には、利用者が適切な治療、入院加療または健康管理が受けられるよう、可能な限り、ホームからの相談に応じると共に、他の近隣医療機関等の紹介に努めます。<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 おかむらクリニック おかむらクリニック                                                                                                                                                       |
|          | 住所   | 兵庫県西宮市松原町 2-20-101                                                                                                                                                             |
|          | 診療科目 | 外科 内科 緩和ケア科 精神科                                                                                                                                                                |
|          | 協力科目 | 外科 内科 緩和ケア科 精神科                                                                                                                                                                |
|          | 協力内容 | 協力医療機関の医師は、ホームからの、利用者の健康管理等に関する相談に応じます。また緊急時には、利用者が適切な治療、入院加療または健康管理が受けられるよう、可能な限り、ホームからの相談に応じると共に、他の近隣医療機関等の紹介に努めます。<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   | 芦屋セントマリア病院                                                                                                                                                                     |
|          | 住所   | 兵庫県芦屋市朝日ヶ丘町 8-22                                                                                                                                                               |
|          | 診療科目 | 外科、整形外科、消化器外科、消化器内科、内科、循環器内科、リハビリテーション科、人工透析内科、放射線科、麻酔科                                                                                                                        |
|          | 協力科目 | 外科、整形外科、消化器外科、消化器内科、内科、循環器内科、リハビリテーション科、人工透析内科、放射線科、麻酔科                                                                                                                        |
|          | 協力内容 | 協力医療機関は、ホームの要請に応じて、利用者の入院・外来受診の受入れを行います。ただし、受入れの可否、時期、条件等については、利用者の身体状況や協力医療機関の診療体制、混雑状況等に応じての対応となります。<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   | なし                                                                                                                                                                             |
|          | 住所   |                                                                                                                                                                                |
| 協力歯科医療機関 | 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<br>※複数選択可 | 1      | 一時介護室へ移る場合                |                 |
|                          | 2      | 介護居室へ移る場合                 |                 |
|                          | 3      | その他（                    ） |                 |
| 判断基準の内容                  |        |                           |                 |
| 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<br>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               | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ 規定の利用料の支払いが可能な方</li> <li>・ 公的な医療保険に加入されている方</li> <li>・ 公的な介護保険に加入されている方</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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</li> </ul> |   |    |   |    |

|                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |        |     |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----|
| 契約の解除の内容       | <p>【利用者からの解約】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul> <p>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。</p> <p>※「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】</p> <p>次の事由に該当する場合には、本契約は自動的に終了します。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者が死亡したとき</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |        |     |
| 事業主体から解約を求める場合 | <table border="1"> <tr> <td data-bbox="612 593 750 1713">解約条項</td><td data-bbox="750 593 1418 1713"> <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> <ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> </ol> <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"> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・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</li> </ul> </td></tr> <tr> <td data-bbox="612 1713 750 1758">解約予告期間</td><td data-bbox="750 1713 1418 1758">3ヶ月</td></tr> </table> | 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> <ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> </ol> <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"> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・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</li> </ul> | 解約予告期間 | 3ヶ月 |
| 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> <ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> </ol> <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"> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・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</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                             |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |        |     |
| 解約予告期間         | 3ヶ月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |        |     |
| 入居者からの解約予告期間   | 1ヶ月（入居金型契約の場合はいつでも）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |        |     |
| 体験入居の内容        | <p>① あり（内容： 6泊7日：77,000円（税込））</p> <p>※「6泊7日」の定額料金です。</p> <p>※介護保険は適用されません。</p> <p>※上記料金には食費、水光熱費、日常生活支援サービス費が含まれます。</p> <p>② なし</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |        |     |
| 入居定員           | 74名（ 66 室）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |        |     |

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| その他 | <p>■施設の利用にあたっての主な留意事項については、以下の内容のほか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。</p> <p>○物品管理について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul> <p>○居室利用の留意点について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・居室、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。</li> <li>・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。</li> </ul> |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 5. 職員体制

この項目の情報は、2024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<br>※1※2 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----|-----|----------------|
|                                                                                                                                    | 合計       | 常勤 | 非常勤 |                |
| 管理者                                                                                                                                | 1        | 1  | 0   |                |
| 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                                                                                                                            | 1        | 0  | 1   |                |
| 計画作成担当者                                                                                                                            |          |    |     |                |
| 栄養士                                                                                                                                |          |    |     | 外部委託           |
| 調理員                                                                                                                                |          |    |     | 外部委託           |
| 事務員                                                                                                                                | 3        | 0  | 3   |                |
| サービススタッフ                                                                                                                           | 23       | 0  | 23  |                |
| その他職員                                                                                                                              | 2        | 0  | 2   |                |
| 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。<br>※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     |    |    |     |
| 介護福祉士     |    |    |     |
| 実務者研修の修了者 |    |    |     |
| 初任者研修の修了者 |    |    |     |
| 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       | 1  | 0  | 1   |
| 作業療法士       | 1  | 0  | 1   |
| 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・介護職員の人数)

| 夜勤帯の設定時間 ( 21 時 00 分～翌 06 時 30 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 人以上 | 1 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               |                                                          |
| ※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（併設訪問介護事業所管理者と兼務） 2 なし |     |           |     |         |     |  |  |
|                         | 業務に係る資格等 |     |      |           | ① あり                       |     |           |     |         |     |  |  |
|                         |          |     |      |           | 資格等の名称                     |     | 介護職員初任者研修 |     |         |     |  |  |
|                         |          |     |      |           | 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   |      |           |                            |     | 0         | 0   |         |     |  |  |
| 前年度 1 年間の退職者数           | 1        | 0   |      |           |                            |     | 0         | 0   |         |     |  |  |
| 業務に従事した職員の経験年数に応じた職員の人数 | 1 年未満    | 0   | 0    |           |                            |     | 0         | 1   |         |     |  |  |
|                         | 1 年以上    | 2   | 0    |           |                            |     | 0         | 0   |         |     |  |  |
|                         | 3 年未満    |     |      |           |                            |     |           |     |         |     |  |  |
|                         | 3 年以上    | 0   | 0    |           |                            |     | 0         | 0   |         |     |  |  |
|                         | 5 年未満    |     |      |           |                            |     |           |     |         |     |  |  |
|                         | 5 年以上    | 0   | 0    |           |                            |     | 0         | 0   |         |     |  |  |
|                         | 10 年未満   |     |      |           |                            |     |           |     |         |     |  |  |
| 10 年以上                  | 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】              |     | <b>①</b> 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                                                                                                                                                                                        |
|                                |     | <b>④</b> 選択方式<br>※該当する方式を全て選択 <div style="display: inline-block; vertical-align: top; margin-left: 20px;"> <b>①</b> 全額前払い方式<br/> <b>②</b> 一部前払い・一部月払い方式<br/> <b>③</b> 月払い方式           </div>   |
| 年齢に応じた金額設定                     |     | <b>①</b> あり（入居金型契約の場合） 2 なし                                                                                                                                                                    |
| 要介護状態に応じた金額設定                  |     | 1 あり <b>②</b> なし                                                                                                                                                                               |
| 入院等による不在時における<br>利用料金(月払い)の取扱い |     | <b>①</b> 減額なし（食材費以外の利用料）<br><b>②</b> 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  | ・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。<br>・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     | 介護保険外※ <sub>2</sub> | 特定施設入居者生活介護※ <sub>1</sub> の費用 |      |
|            |                     | 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の家賃相当額で、近隣相場を勘案し設定しています。                                                                                                                                                                                     |
| 敷金                   | 月額支払型契約の場合<br>(月額支払型契約の家賃相当額)×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。<br>※敷金については、保全措置を講じておりません。 |
| 介護費用                 | 当ホームでは介護サービスを実施しておりません。                                                                                                                                                                                                          |
| 管理費                  | 施設の維持・管理費、共用部分の水光熱費(居室の水光熱費は別途自己負担いただきます。)、厨房運営費等                                                                                                                                                                                |
| 食費                   | 【食材費】<br>1日1,296円、30日で計算した場合、1人あたり38,880円です。<br>(内訳:朝食324円、昼食432円、夕食540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」の食材費については軽減税率の対象とし、一食につき670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。                             |
| 光熱水費                 | 居室内の水光熱費は実費、それ以外は管理費に含みます。                                                                                                                                                                                                       |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | (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。                                                                                                                                                         |

(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                       |      |
| 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(上乘せサービス) |      |
| ※介護予防・地域密着型の場合を含む。                         |      |

（前払金の受領）※前払金を受領していない場合は省略可能

|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 算定根拠                                | <p>【入居金】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入居金は居室および共用施設の家賃相当額です。</li> <li>※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。</li> <li>※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。</li> <li>※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。</li> <li>※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。</li> </ul> <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）</p> <p>= ②1 か月分の家賃相当額 × ③想定居住期間 * 1</p> <p>+ 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</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 9,800,000 円</p> <p>②（1 ヶ月目）114,353 円</p> <p>②（2 ヶ月目～60 ヶ月目）114,333 円</p> <p>③ 60 ヶ月</p> <p>④（① × 30%）2,940,000 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> |
| 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) | 2,940,000 円 ※A1 タイプ入居金型契約_基本の場合                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 初期償却率                               | 30% ※標準入居金の場合<br>※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                            | <p>入居後 3 月以内の契約終了</p> <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。<br/>(標準入居金の場合)<br/>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。<br/>※「利用開始時償却額」は返還対象外となります。</p> <p>・「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。<br/>(標準入居金の場合の償却期間は 60 ヶ月です。)</p> <p>※ 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。</p> <p>※ 月途中で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。<br/>(標準入居金の場合)<br/>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。<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。</p> |
| 前払金の保全先 | ① 連帯保証を行う銀行等の名称   | 株式会社三井住友銀行                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|         | 2 信託契約を行う信託会社等の名称 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|         | 3 保証保険を行う保険会社の名称  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|         | 4 全国有料老人ホーム協会     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|         | 5 その他 (名称: )      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

## 7. 入居者の状況

(入居者の人数)

この項目の情報は、2024 年 7 月の情報です。

|     |               |      |
|-----|---------------|------|
| 性別  | 男性            | 10 人 |
|     | 女性            | 56 人 |
| 年齢別 | 65 歳未満        | 0 人  |
|     | 65 歳以上 75 歳未満 | 0 人  |
|     | 75 歳以上 85 歳未満 | 16 人 |
|     | 85 歳以上        | 50 人 |

|       |               |      |
|-------|---------------|------|
| 要介護度別 | 自立・その他        | 6 人  |
|       | 要支援 1         | 8 人  |
|       | 要支援 2         | 8 人  |
|       | 要介護 1         | 12 人 |
|       | 要介護 2         | 9 人  |
|       | 要介護 3         | 9 人  |
|       | 要介護 4         | 6 人  |
|       | 要介護 5         | 8 人  |
| 入居期間別 | 6 ヶ月未満        | 10 人 |
|       | 6 ヶ月以上 1 年未満  | 6 人  |
|       | 1 年以上 5 年未満   | 35 人 |
|       | 5 年以上 10 年未満  | 15 人 |
|       | 10 年以上 15 年未満 | 0 人  |
|       | 15 年以上        | 0 人  |

(入居者の属性)

|                                                |        |
|------------------------------------------------|--------|
| 平均年齢                                           | 89.0 歳 |
| 入居者数の合計                                        | 66 人   |
| 入居率※                                           | 89.1%  |
| ※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      | 2 人 |
|         | 社会福祉施設   | 0 人 |
|         | 医療機関     | 0 人 |
|         | 死亡者      | 4 人 |
|         | その他      | 8 人 |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出  | 1 人 |
|         | 入居者側の申し出 | 9 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    |       | グランダ芦屋 苦情受付窓口                  |
| 電話番号     |       | 0797-25-7131                   |
| 対応している時間 | 平日    | 09:00-18:00                    |
|          | 土曜    | 09:00-18:00                    |
|          | 日曜・祝日 | 09:00-18:00                    |
| 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    |       | 兵庫県 阪神南県民センター 芦屋健康福祉事務所 監査・福祉課 |
| 電話番号     |       | 0797-32-0707                   |
| 対応している時間 | 平日    | 09:00-17:30                    |
|          | 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 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul> |
|                             | 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12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          |
|          | ② 入居希望者に交付（交付希望者のみ） |
|          | 3 公開していない           |
| 管理規程     | 1 入居希望者に公開          |
|          | ② 入居希望者に交付（交付希望者のみ） |
|          | 3 公開していない           |
| 事業収支計画書  | 1 入居希望者に公開          |
|          | 2 入居希望者に交付          |
|          | ③ 公開していない           |
| 財務諸表の要旨  | 1 入居希望者に公開          |
|          | ② 入居希望者に交付（交付希望者のみ） |
|          | 3 公開していない           |
| 財務諸表の原本  | 1 入居希望者に公開          |
|          | 2 入居希望者に交付          |
|          | 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2回 |
|       | 2 なし     |            |
|       | 1 代替措置あり | (内容)       |

|                                                          |                                                                                 |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
|                                                          | 2 代替措置なし                                                                        |
| 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<br>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<br>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<br>律第 5 条第 1 項に規定するサービス<br>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<br>「規模及び構造設備」に合致しない事<br>項                | 1 あり 2 なし                                                                       |
| 合致しない事項がある場合の<br>内容                                      |                                                                                 |
| 「既存建築物等の活用の場合等<br>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<br>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： （別添 1）事業主体が都道府県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                   | 9   | ベネッセ介護センター神戸東  | 兵庫県神戸市灘区桜口町4丁目5番12号フォーラム六甲305号 |
| 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            | 17  | グランダ御影山手       | 兵庫県神戸市東灘区御影山手1-2-26            |
| 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                 | 3   | ベネッセ介護センター阪神芦屋 | 兵庫県芦屋市川西町7-15                  |
| <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        | 17  | グランダ御影山手       | 兵庫県神戸市東灘区御影山手1-2-26            |
| 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                 | 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

| 区分                    | 特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス                | 特定施設入居者生活介護費、各種一時金、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                |                                       |                                       |                                       |    |
| 食事介助                  | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり |    |
| 排泄介助・おむつ交換            | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり |    |
| おむつ代                  | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり |    |
| 入浴(一般浴)介助・清拭          | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり |    |
| 特浴介助                  | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり |    |
| 身辺介助(移動・着替え等)         | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり |    |
| 機能訓練                  | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり |    |
| 通院介助(協力医療機関)          | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり |    |
| 通院介助(協力医療機関以外)        | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり |    |
| 生活サービス                |                                       |                                       |                                       |    |
| 居室清掃                  |                                       |                                       |                                       |    |
| リネン交換                 |                                       |                                       |                                       |    |
| 日常の洗濯                 |                                       |                                       |                                       |    |
| 居室配膳・下膳               |                                       |                                       |                                       |    |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食<br>おやつ |                                       |                                       |                                       |    |
| 理美容師による理美容サービス        | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり |    |
| 買い物代行(通常の利用区域)        | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり |    |
| 買い物代行(上記以外の区域)        | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり |    |
| 役所手続き代行               | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり |    |
| 金銭・貯金管理               | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり |    |
| 健康管理サービス              |                                       |                                       |                                       |    |
| 定期健康診断                | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり |    |
| 健康相談                  | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり |    |
| 生活指導・栄養指導             | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり |    |
| 服薬支援                  | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり |    |
| 生活リズムの記録(排便・睡眠等)      | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり |    |
| 入退院時・入院中のサービス         |                                       |                                       |                                       |    |
| 移送サービス                | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり |    |
| 入退院時の同行(協力医療機関)       | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり |    |
| 入退院時の同行(協力医療機関以外)     | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり |    |
| 入院中の洗濯物交換・買い物         | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり |    |
| 入院中の見舞い訪問             | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり |    |

住宅型有料老人ホーム ですので 介護サービスの提供は行っておりません。介護サービスを希望される場合は、「訪問介護」「通所介護」等のサービスを選択し、利用することができます。

《 有料サービス一覧表 》 G13 ⑩

(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"> <li>・利用開始時</li> <li>・終末期の看取り時</li> </ul> <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のご相談ください）</p> | <p>1泊2日<br/>1名あたり</p>                      | <p>1,100 円</p>                                          |
| 2   | <p><u>ご家族等への食事の提供</u></p> <p>*1週間前までの申込みが必要です</p> <p>*申込期限を過ぎてのキャンセルはキャンセル料（全額）をいただきます</p>                                                                                                                                                                                                                                                                       | <p>朝食</p> <p>昼食</p> <p>夕食</p> <p>イベント食</p> | <p>605 円</p> <p>726 円</p> <p>1,100 円</p> <p>1,320 円</p> |

※ 上記1～2のサービスはホーム利用者のご家族等に提供するものです。