別紙様式

重要事項説明書

記入年月日	2024 年 07 月 01 日
記入者名	岩本　将文
所属・職名	まどか西川緑道公園　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 株式会社ベネッセスタイルケア	
主たる事業所の所在地	〒 163-0905	東京都新宿区西新宿二丁目 3 番 1 号　新宿モノリスビル
連絡先	電話番号	03-6836-1111
	FAX 番号	03-6836-1101
	メールアドレス	-
	ホームページアドレス	http://www.benesse-style-care.co.jp/
代表者	氏名	滝山　真也
	職名	代表取締役
設立年月日	1995 年 09 月 07 日	
主な実施事業	介護保険指定事業（訪問介護、通所介護他）、保育事業	

２．有料老人ホーム事業の概要

（住まいの概要）

名称	（フリガナ）マドカニシガワリョクドウコウエン まどか西川緑道公園	
所在地	〒 700-0903 岡山県岡山市北区幸町 10 番 5 号	
主な利用交通手段	最寄駅等	JR「岡山駅」
	交通手段と所要時間	JR「岡山駅」下車、徒歩 10 分（約 780 m）
連絡先	電話番号	086-212-1880
	FAX 番号	086-212-1881
	メールアドレス	-
	ホームページアドレス	http://www.benesse-style-care.co.jp/
管理者	氏名	岩本　将文
	職名	ホーム長
建物の竣工日		2007 年 01 月 10 日
有料老人ホーム事業の開始日		2007 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に該当する場合	介護保険事業者番号	(介護予防)特定施設入居者生活介護事業所：3370108700			
	指定した自治体名	岡山市			
	事業所の指定日	居宅サービス	2007年04月01日	介護予防サービス	2007年04月01日
	指定の更新日(直近)	居宅サービス	2019年04月01日	介護予防サービス	2019年04月01日

３．建物概要

土地	敷地面積	1202.63㎡				
	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	2441.19㎡			
		うち、老人ホーム部分	2441.19㎡			
	耐火構造	①　耐火建築物 2　準耐火建築物 3　その他（　）				
	構造	鉄骨造				
	所有関係	1　事業者が自ら所有する建物				
		②　事業者が賃借する建物　（普通賃借）				
		抵当権の設定	①　あり　2　なし			
		契約期間	①　あり　（2007年03月01日 ～ 2027年02月28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※
	Aタイプ	有／無	有／無	18.1㎡～18.4㎡	54室	介護居室個室
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。						

共用施設	共用便所の数	4ヵ所	うち男女別の対応が可能な便所	0ヵ所
			うち車椅子等の対応が可能な便所	4ヵ所
	共用浴室の数	3ヵ所	個室	2ヵ所
			大浴場（個浴以外）	1ヵ所
	共用浴室における介護浴槽の数	1ヵ所	チェアー浴	0ヵ所
			リフト浴	1ヵ所
			ストレッチャー浴	0ヵ所
			その他（　）	0ヵ所
	食堂	①　あり　2　なし		
	入居者や家族が利用できる調理設備	1　あり　②　なし		
	エレベーター	1　あり（車椅子対応） ②　あり（ストレッチャー対応） 3　あり（上記1・2に該当しない） 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 2　一部あり 3　なし	便所 ①あり 2　一部あり 3　なし	浴室 ①あり 2　一部あり 3　なし	その他（脱衣室） ①あり 2　一部あり 3　なし	
その他	【共用設備】 事務所(兼　健康管理室)、機能訓練室(兼　食堂)、相談室　等 【その他備考】 なし				

4．サービスの内容

（全体の方針）

運営に関する方針	その方らしさに、深く寄りそう。 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。 ご利用者が生きがいを感じながらホームでお過ごしいただくため、またご家族に安心してホームにおまかせいただくために、その方が持つ能力を最大限にいかしたサービスの提供を目指してまいります。
サービスの提供内容に関する特色	まどかでは、まず、利用者のご家庭でのそれまでの暮らし、趣味、こだわりなどを十分にお聞きします。そして、その方の個性にあわせた暮らし方を、趣味講座や、音楽体操、映画上映会などの定期的な行事や、季節イベントに反映させていきます。最低限のルール以外は、利用者やご家族の要望を取り入れながら自由に変えていけることが特徴です。利用者の日常生活の負担を軽減するため、リビングルームや浴室を各フロアに配置しております。まどかは生活の場ですので、365 日 24 時間、自由に面会に来ていただける環境で、利用者やご家族のご要望を取り入れながら、入居前と変わらない「ふつうの暮らし」のお手伝いをさせていただきます。
入浴、排せつ又は食事の介護	①自ら実施　2 委託　3 なし
食事の提供	1 自ら実施　②委託　3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	①自ら実施　2 委託　3 自ら実施（一部委託）　4 なし
健康管理の供与	①自ら実施　2 委託　3 なし
安否確認又は状況把握サービス	①自ら実施　2 委託　3 なし
生活相談サービス	①自ら実施　2 委託　3 なし

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

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無	夜間看護体制加算	（Ⅰ）	1　あり　(2) なし
		（Ⅱ）	(1) あり　2　なし
	個別機能訓練加算		1　あり　(2) なし
	生活機能向上連携加算	（Ⅰ）	1　あり　(2) なし
		（Ⅱ）	1　あり　(2) なし
	サービス提供体制強化加算　※	（Ⅰ）	(1) あり　2　なし
		（Ⅱ）	1　あり　(2) なし
		（Ⅲ）	1　あり　(2) なし
	入居継続支援加算　※	（Ⅰ）	1　あり　(2) なし
		（Ⅱ）	1　あり　(2) なし
	協力医療機関連携加算	100 単位	(1) あり　2　なし
		40 単位	1　あり　(2) なし
	退院・退所時連携加算		(1) あり　2　なし
	退居時情報提供加算		(1) あり　2　なし
	看取り介護加算	（Ⅰ）	(1) あり　2　なし
		（Ⅱ）	1　あり　(2) なし
	介護職員等処遇改善加算（特定施設）		(1) 加算Ⅰ　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)　：1	
	(2) なし		

※入居継続支援加算とサービス提供体制強化加算の両方を算定できる場合、要介護の方は「入居継続支援加算」を適用し、要支援の方には「サービス提供体制強化加算」を適用します。

（医療連携の内容）

医療支援　※複数選択可	1　救急車の手配 2　入退院の付き添い 3　通院介助 (4) その他 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　　川村医院
	住所	岡山県岡山市北区奥田 2-8-3
	診療科目	内科
	協力科目	内科
	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。 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	谷野内科循環器科クリニック
	住所	岡山県岡山市北区桑田町 4-15
	診療科目	内科、循環器内科
	協力科目	内科、循環器内科
	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。 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　ザイタック　　ももたろう往診クリニック
	住所	岡山県岡山市北区大元 1-1-29
	診療科目	内科、外科、眼科
	協力科目	内科、外科、眼科
	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。 利用者が協力医療機関を受診する場合には、利用者と医療機関の直接の診療契約が必要です。(医療費は利用者負担)
協力歯科医療機関	名称	なし
	住所	
	協力内容	

（入居後に居室を住み替える場合）※住み替えを行っていない場合は省略可能

入居後に居室を住み替える場合　※複数選択可		1　一時介護室へ移る場合 2　介護居室へ移る場合 (3) その他（　　他の介護居室に移る場合　　）	
判断基準の内容		利用者の要介護状態の変化に伴い、当該居室では適切な介護を実施できないおそれが生じた場合、ベネッセスタイルケアは、事前に利用者および保証人と協議のうえ、より適切な居室に変更することができます。	
手続きの内容			
追加的費用の有無		1　あり　　2　なし	
居室利用権の取扱い			
前払金償却の調整の有無		1　あり　　2　なし	
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	1　あり　　2　なし	
	便所の増減	1　あり　　2　なし	
	浴室の変更	1　あり　　2　なし	
	洗面所の変更	1　あり　　2　なし	
	台所の変更	1　あり　　2　なし	
	その他の変更	1　あり	（変更内容）
		2　なし	

（入居に関する要件）

入居対象となる者 【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

<table>
<tr><td>留意事項</td><td colspan="2">・契約締結時に原則満６５歳以上の方
　※満６５歳未満の方はご相談ください。
・常時または随時、身の回りのお世話や見守りが必要な方
・規定の利用料の支払いが可能な方
・公的な医療保険に加入されている方
・公的な介護保険に加入されている方
・保証人を定められる方
　※身元保証会社等を保証人とすることを希望される場合や保証人を定められない場合にはご相談ください。
・当ホームの利用契約書・管理規程等をご承諾いただき円滑に共同生活が営める方</td></tr>
<tr><td>契約の解除の内容</td><td colspan="2">【利用者からの解約】
利用者は、ベネッセスタイルケアに対して、書面で１ヶ月前までに通知することによりいつでも本契約を解約することができます。ただし、利用開始日の前日までにベネッセスタイルケアに対して書面で解約の申し入れを行った場合には、利用者はいつでも本契約を解約することができます。なお、利用者とベネッセスタイルケアが合意の上で本契約の終了日の翌日を利用開始日とする本施設の新たな利用契約を締結する場合は、本契約の解約にあたり１ヶ月前までの解約の申し入れは不要です。
※「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。

【契約の自動終了】
次の事由に該当する場合には、本契約は自動的に終了します。
・利用者が死亡したとき</td></tr>
<tr><td rowspan="2">事業主体から解約を求める場合</td><td>解約条項</td><td>【ベネッセスタイルケアからの解約】
次の事由に該当する場合には、ベネッセスタイルケアは、少なくとも３ヶ月前に利用者および保証人に対して理由を示した書面により解約を申し入れることにより、本契約を解約することができます。この場合、ベネッセスタイルケアは、利用者および保証人に対して説明および協議の場を設けるものとします。
①利用者が、利用料その他の支払いを１ヶ月以上滞納したとき
②利用契約「禁止または制限される行為」の規定のいずれかに違反したとき
③保証人が利用契約「保証人」の規定を遵守しなかったとき
④利用者が、重篤な感染症にかかり、または保持し、利用者に対する通常の介護方法では感染を防止することができないとき
⑤利用者、保証人または利用者の家族・その他関係者が、ベネッセスタイルケアの事業運営に支障を及ぼしたとき
⑥利用者が、医療施設への恒常的な入院入所を要する状態となるなど、本施設において利用者に対する適切な本件サービスの提供が困難であると合理的に判断されるとき
⑦利用者が本施設を不在にする期間が連続して３ヶ月を超え、本施設への復帰が困難、あるいは利用者に復帰の意思がないと合理的に判断されるとき
⑧天災、法令の改変、その他やむを得ない事情により施設を閉鎖または縮小するとき
⑨利用者・保証人または利用者の家族が、ベネッセスタイルケアまたはその従業員あるいは他の利用者に対して、本契約を継続し難いほどの背信行為を行ったとき
※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。
・利用者自身、他の利用者またはベネッセスタイルケアの従業員の心身、生命または財産に危害を及ぼすおそれがあるとき
・利用者自身、他の利用者への本件サービスの提供に著しく悪影響を及ぼすとき
・ベネッセスタイルケアの事業運営に重大な支障を及ぼしたとき</td></tr>
<tr><td>解約予告期間</td><td>３ヶ月</td></tr>
<tr><td>入居者からの解約予告期間</td><td colspan="2">１ヶ月</td></tr>
</table>

体験入居の内容	① あり （内容： 6泊7日：55,000円（税込） ） ※「6泊7日」の定額料金です。 ※介護保険は適用されません。 ※上記料金には食費、水光熱費、介護サービス費（ただし、個別の要望に基づく外出同行等を除く。）が含まれます。
	2 なし
入居定員	54名 （ 54 室）
その他	■施設の利用にあたっての主な留意事項については、以下の内容のほか管理規程に定めていますので、管理規程をご参照ください。 〇物品管理について ・ホームに持ち込まれる物品の管理は、原則、利用者ご本人、保証人およびご家族にお願いしています。 ・高額の現金や宝飾品等の貴重品の持ち込みはお断りしております。ホームでは、少額であっても現金（金券等含む）はお預かりいたしません。 〇居室利用の留意点について ・居室、共用施設又は敷地内で動物を飼育することは原則できません。 ・ベネッセスタイルケアに承諾を得ることなく、利用者以外の者を居室に宿泊させることはできません。

5．職員体制

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) 合計	常勤	非常勤	常勤換算人数 ※1※2
管理者	1	1	0	1.0
生活相談員	3	3	0	1.0
直接処遇職員	27	19	8	23.7
介護職員	25	17	8	21.7
看護職員	2	2	0	2.0
機能訓練指導員	1	0	1	0.0
計画作成担当者	1	1	0	0.3
栄養士				外部委託
調理員				外部委託
事務員	2	0	2	1.0
その他職員	1	0	1	0.5
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				40.0時間

※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。

※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。

（資格を有している介護職員の人数）

	合計	常勤	非常勤
社会福祉士	0	0	0
介護福祉士	16	12	4
実務者研修の修了者	1	1	0
初任者研修の修了者	8	4	4
介護支援専門員	0	0	0

（資格を有している機能訓練指導員の人数）

	合計		
		常勤	非常勤
看護師又は准看護師	0	0	0
理学療法士	1	0	1
作業療法士	0	0	0
言語聴覚士	0	0	0
柔道整復師	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0
はり師	0	0	0
きゅう師	0	0	0

（夜勤を行う看護・介護職員の人数）

夜勤帯の設定時間（　20 時 00 分～翌 06 時 45 分　）		
	平均人数	最少時人数
看護職員	0 人	0 人
介護職員	3 人	3 人

（特定施設入居者生活介護等の提供体制）

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (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※ 【表示事項】	a　1.5：1 以上 b　2：1 以上 c　2.5：1 以上 (d)　3：1 以上
	実際の配置比率 (2024 年 7 月の利用者数:常勤換算職員数)	2.3：1
※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択		
外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制(外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名称	
	通所介護事業所の名称	

（職員の状況）

管理者	他の職務との兼務		1　あり　(2)　なし
	業務に係る資格等	(1)　あり	
		資格等の名称	介護職員初任者研修
		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		1	0	3	0	0	0	0	0	0	0
前年度 1 年間の退職者数		1	0	3	0	0	0	0	0	0	0
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1 年未満	1	0	4	3	1	0	0	0	0	0
	1 年以上 3 年未満	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0
	3 年以上 5 年未満	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0
	5 年以上 10 年未満	1	0	5	3	0	0	0	0	0	0
	10 年以上	0	0	3	2	1	0	0	1	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 【表示事項】	①　利用権方式 2　建物賃貸借方式 3　終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	1　全額前払い方式	
	2　一部前払い・一部月払い方式	
	③　月払い方式	
	4　選択方式 ※該当する方式を全て選択	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
年齢に応じた金額設定	1　あり　　②　なし	
要介護状態に応じた金額設定	①　あり　　2　なし	
入院等による不在時における利用料金(月払い)の取扱い	①　減額なし（食材費・介護保険給付費以外の利用料） ②　日割計算で減額（介護保険給付費）、１食単位で減額（食材費） 3　不在期間が　日以上の場合に限り、日割り計算で減額	
利用料金の改定	条件	・共通費用および有料サービスの単価については、消費者物価指数及び人件費、また諸種の経済状況の変化などを勘案し、事業の安定的継続の視点から、運営懇談会の意見を聞いて、改定する場合があります。 ・介護保険給付費については、介護保険の介護給付基準が変更される場合には、それに応じて変動します。 ・自立者生活支援費用については、消費者物価指数および人件費、また諸種の経済状況の変化や介護保険制度の改正などを勘案し、事業の安定的継続の視点から、運営懇談会の意見を聞いて、改定する場合があります。 ・敷金、家賃相当額および介護保険給付費は消費税非課税です。それ以外の費用には消費税が課税されます。消費税率が改定になった場合は、改定の内容及び法令等の定めにしたがい、利用料も変更になります。
	手続き	

（利用料金のプラン【代表的なプランを２例】）

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

（利用料金の算定根拠）

費目	算定根拠
家賃※	【家賃相当額】 居室および共用施設等の家賃相当額で、近隣相場を勘案し設定しています。
敷金	(家賃相当額)×6ヵ月の額または500万円を上限とした額を敷金としてお預かりします。 ※本契約が終了した場合、ベネッセスタイルケアは、契約終了日と居室の明渡し完了日との、いずれか遅い日が属する月の翌々月末日までに、敷金を利用者に返還します。敷金を返還する時点において、不払いが存在する場合、当該不払いの額を控除した残額のみを利用者に返還します。
介護費用	要介護認定が自立の場合：「自立」は介護保険給付の対象とはなりません。「自立者生活支援費用」をご負担いただきます。 ※介護保険サービスの自己負担額は含まれていません。
管理費	施設の維持・管理費、水光熱費、厨房運営費等
食費	【食材費】 1日972円、30日で計算した場合、1人あたり29,160円です。 (内訳：朝食216円、昼食324円、夕食432円) なお、所定の期限までに欠食の届けをした場合は、1食単位で料金をいただきません。 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	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	要介護度に応じて、介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額をご負担いただきます。
特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乗せサービス）	なし
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

７．入居者の状況

（入居者の人数）　　この項目の情報は、2024年7月の情報です。

性別	男性	7人
	女性	47人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	2人
	75歳以上85歳未満	3人
	85歳以上	49人
要介護度別	自立・その他	0人
	要支援１	2人
	要支援２	3人
	要介護１	16人
	要介護２	8人
	要介護３	10人
	要介護４	5人
	要介護５	10人
入居期間別	６ヶ月未満	6人
	６ヶ月以上１年未満	4人
	１年以上５年未満	30人
	５年以上10年未満	14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	90.3 歳
入居者数の合計	54 人
入居率※	100.0%
※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	1 人
	社会福祉施設	1 人
	医療機関	1 人
	死亡者	9 人
	その他	3 人
生前解約の状況	施設側の申し出	0 人
	入居者側の申し出	6 人

８．苦情・事故等に関する体制

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

窓口の名称		まどか西川緑道公園 苦情受付窓口
電話番号		086-212-1880
対応している時間	平日	09:30-17:00
	土曜	09:30-17:00
	日曜・祝日	09:30-17:00
定休日		なし(当ホームは 365 日営業しております)
窓口の名称		(株)ベネッセスタイルケア　ご意見受付窓口
電話番号		0120-251-662
対応している時間	平日	09:30-18:00
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし
定休日		土日、祝日、年末年始
窓口の名称		岡山市　保健福祉局　事業者指導課　施設係
電話番号		086-212-1014
対応している時間	平日	08:30-17:15
	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		岡山県国民健康保険団体連合会
電話番号		086-223-8811
対応している時間	平日	09:00-17:00
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし
定休日		土日、祝日、年末年始

（サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応）

損害賠償責任保険の加入状況	①　あり	（その内容） 「福祉事業者総合賠償責任保険」に加入
	2　なし	
サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応	①　あり	・ベネッセスタイルケアは、施設賠償責任保険・生産物賠償責任保険に加入しています。 ・ベネッセスタイルケアは、本件サービスの提供に伴って、ベネッセスタイルケアの責に帰すべき事由により利用者の生命、身体、財産に損害を及ぼし、法的な賠償責任を負う場合は、利用者に対して、その損害を賠償します。 ・ベネッセスタイルケアは、利用者が快適かつ心身ともに充実し安定した生活を営んでいただくために、最善の注意をもってサービス提供を行うよう努めておりますが、通常の注意義務を超えて事故等が発生し、その原因がベネッセスタイルケアに起因しない場合には、責任を負いかねる場合があることを、予めご同意ください。よって、例えば、完全な転倒防止等をお約束することはいたしかねます。
	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１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 【表示事項】		1　あり（提携ホーム名：　　） (2) なし
有料老人ホーム設置時の老人福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出		(1) あり　　2　なし 3　サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要
高齢者の居住の安定確保に関する法律第 5 条第 1 項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録		1　あり　(2) なし
有料老人ホーム設置運営指導指針「規模及び構造設備」に合致しない事項		1　あり　(2) なし
	合致しない事項がある場合の内容	
	「既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	1　適合している（代替措置） 2　適合している（将来の改善計画） 3　適合していない
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項		1　あり　(2) なし
	不適合事項がある場合の内容	

添付書類：　（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

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　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	2	ベネッセ介護センター岡山	岡山県岡山市北区野田三丁目 20 番 25 号ＭＴビルＶ１階
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	2	メディカルホームまどか大元	岡山県岡山市北区今２丁目４－５
福祉用具貸与	なし		
特定福祉用具販売	なし		
＜地域密着型サービス＞			
定期巡回・随時訪問介護・看護	なし		
夜間対応型訪問介護	なし		
認知症対応型通所介護	なし		
小規模多機能型居宅介護	なし		
認知症対応型共同生活介護	1	くらら門田屋敷	岡山県岡山市中区門田屋敷３－５－２０
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	1	ベネッセ介護センター岡山　居宅介護支援事業所	岡山県岡山市北区野田三丁目２０番２５号ＭＴビルＶ１階
＜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	2	メディカルホームまどか大元	岡山県岡山市北区今２丁目４－５
介護予防福祉用具貸与	なし		
介護予防特定福祉用具販売	なし		
＜地域密着型介護予防サービス＞			
介護予防認知症対応型通所介護	なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	1	くらら門田屋敷	岡山県岡山市中区門田屋敷３－５－２０
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》　（まどか０１）20101

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

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

※　入浴および清拭の機会の提供は１週間につき２回です。
入浴にあたっては、原則、職員を配置し、見守り・介助等をさせていただくこととしております。なお、お一人での入浴をご希望の場合は、「同意書」を締結いただきます。

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

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

※　入浴および清拭の機会の提供は１週間につき２回です。
入浴にあたっては、原則、職員を配置し、見守り・介助等をさせていただくこととしております。なお、お一人での入浴をご希望の場合は、「同意書」を締結いただきます。

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

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

※　入浴および清拭の機会の提供は１週間につき２回です。
入浴にあたっては、原則、職員を配置し、見守り・介助等をさせていただくこととしております。なお、お一人での入浴をご希望の場合は、「同意書」を締結いただきます。

《 有料サービス一覧表 》M01 ⑩

（税込）

No.	項　目	内　容／基　準	単　価
1	ご家族等の利用者居室での宿泊（※） ※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。 ・利用開始時 ・終末期の看取り時 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。 ＊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） ＊食事は含まれません ＊前日までの申込みが必要です（ご利用者の急な体調変化に伴う付き添い希望の場合等はご相談ください）	１泊２日 １名あたり	1,100 円
2	ご家族等への食事の提供 ＊１週間前までの申込みが必要です ＊申込期限を過ぎてのキャンセルはキャンセル料（全額）をいただきます	朝食	440 円
		昼食	550 円
		夕食	880 円
		おやつ	110 円
3	外出時の同行 ＊１週間前までの申込みが必要です	１時間あたり	1,650 円
		別途、往復の交通費の実費をご負担いただきます	
4	各種手続き代行 ＊事前の申込みが必要です	１時間あたり	1,320 円
		別途、往復の交通費の実費をご負担いただきます	
5	買物代行	１回あたり	220 円
		ホーム全体で定期的に行うもの（週１回）は無料	

※　上記１～２のサービスはホーム利用者のご家族等に提供するもの、上記３～５のサービスはホーム利用者ご本人に提供するものです。
※　スタッフの手配の状況によってはお受けできない場合もあります。
※　上記に含まれない個人的なご要望につきましては、個別にご相談を承ります。