

# 重要事項説明書

株式会社ニチイケアパレス

ニチイメゾン長岡京

TEL : 075-874-7746

## 重要事項説明書

|       |                  |
|-------|------------------|
| 記入年月日 | 令和 7 年 6 月 1 0 日 |
| 記入者名  | 山納 修             |
| 所属・職名 | 経営管理本部管理部・常務取締役  |

## 1. 事業主体概要

|            |                                         |                                                                                         |
|------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| 種類         | 個人／ <u>法人</u>                           |                                                                                         |
|            | ※法人の場合、その種類                             | 株式会社                                                                                    |
| 名称         | (ふりがな) かぶしきがいしゃにちいけあばれす<br>株式会社ニチイケアパレス |                                                                                         |
| 主たる事務所の所在地 | 〒101-0062<br>東京都千代田区神田駿河台四丁目6番地         |                                                                                         |
| 連絡先        | 電話番号                                    | 03-5834-5200                                                                            |
|            | FAX番号                                   | 03-3253-3142                                                                            |
|            | ホームページアドレス                              | <a href="https://www.nichii-carepalace.co.jp/">https://www.nichii-carepalace.co.jp/</a> |
| 代表者        | 氏名                                      | 秋山 幸男                                                                                   |
|            | 職名                                      | 代表取締役                                                                                   |
| 設立年月日      | 昭和39年6月22日                              |                                                                                         |
| 主な実施事業     | ※別添1 (別に実施する介護サービス一覧表)                  |                                                                                         |

## 2. 有料老人ホーム事業の概要

### (住まいの概要)

|               |                                   |                                      |
|---------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| 名称            | (ふりがな) にちいめぞんながおかきょう<br>ニチイメゾン長岡京 |                                      |
| 所在地           | 〒617 - 0814<br>京都府長岡京市今里更ノ町 1 8   |                                      |
| 主な利用交通手段      | 最寄駅                               | 阪急京都線「西向日」駅                          |
|               | 交通手段と所要時間                         | 電車利用の場合<br>・阪急京都線「西向日」駅 徒歩 17 分      |
| 連絡先           | 電話番号                              | 075-874-7746                         |
|               | FAX番号                             | 075-874-7747                         |
|               | メールアドレス                           | hstcd1ro@nichii-carepalace.co.jp     |
|               | ホームページアドレス                        | https://www.nichii-carepalace.co.jp/ |
| 管理者           | 氏名                                | 吉中 明良                                |
|               | 職名                                | 施設長 (管理者)                            |
| 建物の竣工日        |                                   | 2024年3月15日                           |
| 有料老人ホーム事業の開始日 |                                   | 2024年4月1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)       |             |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> 3 住宅型 |             |       |
| 4 健康型                                     |             |       |
| 1 または 2<br>に該当する<br>場合                    | 介護保険事業者番号   |       |
|                                           | 指定した自治体名    | 県 (市) |
|                                           | 事業所の指定日     | 年 月 日 |
|                                           | 指定の更新日 (直近) | 年 月 日 |

### 3. 建物概要

|         |         |                                           |                                         |                  |       |        |
|---------|---------|-------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------|-------|--------|
| 土地      | 敷地面積    | 1277.94㎡                                  |                                         |                  |       |        |
|         | 所有関係    | 1 事業者が自ら所有する土地                            |                                         |                  |       |        |
|         |         | 2 事業者が賃借する土地( 普通賃借 ・ 定期賃借 )               |                                         |                  |       |        |
|         |         | 抵当権の有無                                    | 1 あり 2 なし                               |                  |       |        |
|         |         | 契約期間                                      | 1 あり<br>( 年 月 日～ 年 月 日)<br>2 なし         |                  |       |        |
|         | 契約の自動更新 | 1 あり 2 なし                                 |                                         |                  |       |        |
| 建物      | 延床面積    | 全体                                        | 1827.63㎡                                |                  |       |        |
|         |         | うち、老人ホーム部分                                | 1816.62㎡                                |                  |       |        |
|         | 耐火構造    | 1 耐火建築物<br>2 準耐火建築物<br>3 その他 ( )          |                                         |                  |       |        |
|         | 構造      | 1 鉄筋コンクリート造<br>2 鉄骨造<br>3 木造<br>4 その他 ( ) |                                         |                  |       |        |
|         | 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 ・ 定期賃借 )               |                                         |                  |       |        |
|         |         | 抵当権の設定                                    | 1 あり 2 なし                               |                  |       |        |
|         |         | 契約期間                                      | 1 あり<br>(2024年4月1日～ 2054年3月31日)<br>2 なし |                  |       |        |
|         |         | 契約の自動更新                                   | 1 あり 2 なし                               |                  |       |        |
|         | 居室の状況   | 居室区分<br>【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      |         |                                           | 人部屋                                     |                  |       |        |
|         |         | 最大                                        | 人部屋                                     |                  |       |        |
|         |         | トイレ                                       | 浴室                                      | 面積               | 戸数・室数 | 区分※    |
| タイプ1    |         | 有／無                                       | 有／無                                     | 18.09～<br>18.33㎡ | 49    | 一般居室個室 |
| タイプ2    |         | 有／無                                       | 有／無                                     | ㎡                |       |        |
| タイプ3    |         | 有／無                                       | 有／無                                     | ㎡                |       |        |
| タイプ4    |         | 有／無                                       | 有／無                                     | ㎡                |       |        |
| タイプ5    |         | 有／無                                       | 有／無                                     | ㎡                |       |        |
| タイプ6    | 有／無     | 有／無                                       | ㎡                                       |                  |       |        |

|                                                  |                            |                            |                            |                            |                            |                            |    |
|--------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----|
|                                                  | タイプ7                       | 有／無                        | 有／無                        | m <sup>2</sup>             |                            |                            |    |
|                                                  | タイプ8                       | 有／無                        | 有／無                        | m <sup>2</sup>             |                            |                            |    |
|                                                  | タイプ9                       | 有／無                        | 有／無                        | m <sup>2</sup>             |                            |                            |    |
|                                                  | タイプ10                      | 有／無                        | 有／無                        | m <sup>2</sup>             |                            |                            |    |
| ※「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                                             | 共用便所における<br>便房             | 3ヶ所                        | うち男女別の対応が可能な便房             |                            | ヶ所                         |                            |    |
|                                                  |                            |                            | うち車椅子等の対応が可能な便房            |                            | 3ヶ所                        |                            |    |
|                                                  | 共用浴室                       | 2ヶ所                        | 個室                         |                            | 2ヶ所                        |                            |    |
|                                                  |                            |                            | 大浴場                        |                            | ヶ所                         |                            |    |
|                                                  | 共用浴室における<br>介護浴槽           | 3ヶ所                        | チェアー浴                      |                            | ヶ所                         |                            |    |
|                                                  |                            |                            | リフト浴                       |                            | 2ヶ所                        |                            |    |
|                                                  |                            |                            | ストレッチャー浴                   |                            | 1ヶ所                        |                            |    |
|                                                  |                            |                            | その他（ ）                     |                            | ヶ所                         |                            |    |
|                                                  | 食堂                         | <input type="checkbox"/> 1 | あり                         | <input type="checkbox"/> 2 | なし                         |                            |    |
| 入居者や家族が利<br>用できる調理設備                             | <input type="checkbox"/> 1 | あり                         | <input type="checkbox"/> 2 | なし                         |                            |                            |    |
| エレベーター                                           | <input type="checkbox"/> 1 | あり（車椅子対応）                  | <input type="checkbox"/> 2 | あり（ストレッチャー対応）              | <input type="checkbox"/> 3 | あり（上記1・2に該当しない）            |    |
|                                                  | <input type="checkbox"/> 4 | なし                         |                            |                            |                            |                            |    |
| 消防用設備<br>等                                       | 消火器                        | <input type="checkbox"/> 1 | あり                         | <input type="checkbox"/> 2 | なし                         |                            |    |
|                                                  | 自動火災報知設備                   | <input type="checkbox"/> 1 | あり                         | <input type="checkbox"/> 2 | なし                         |                            |    |
|                                                  | 火災通報設備                     | <input type="checkbox"/> 1 | あり                         | <input type="checkbox"/> 2 | なし                         |                            |    |
|                                                  | スプリンクラー                    | <input type="checkbox"/> 1 | あり                         | <input type="checkbox"/> 2 | なし                         |                            |    |
|                                                  | 防火管理者                      | <input type="checkbox"/> 1 | あり                         | <input type="checkbox"/> 2 | なし                         |                            |    |
|                                                  | 防災計画                       | <input type="checkbox"/> 1 | あり                         | <input type="checkbox"/> 2 | なし                         |                            |    |
| 緊急通報装<br>置等                                      | 居室                         | <input type="checkbox"/> 1 | あり                         | <input type="checkbox"/> 2 | 一部あり                       | <input type="checkbox"/> 3 | なし |
|                                                  | 便所                         | <input type="checkbox"/> 1 | あり                         | <input type="checkbox"/> 2 | 一部あり                       | <input type="checkbox"/> 3 | なし |
|                                                  | 浴室                         | <input type="checkbox"/> 1 | あり                         | <input type="checkbox"/> 2 | 一部あり                       | <input type="checkbox"/> 3 | なし |
|                                                  | その他（ ）                     | <input type="checkbox"/> 1 | あり                         | <input type="checkbox"/> 2 | 一部あり                       | <input type="checkbox"/> 3 | なし |
| その他                                              |                            |                            |                            |                            |                            |                            |    |

#### 4. サービスの内容

##### (全体の方針)

|                 |                                                                                                 |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 運営に関する方針        | 入居者に対して居室の提供、食事の提供を行い、居宅サービス事業者及び医療関係等と緊密な連携を図ります。                                              |
| サービスの提供内容に関する特色 | 日常生活における様々なサービスを必要とされる場合のお手伝いをさせていただく事で、入居者がいつまでも健康で豊かな暮らしが維持・向上できる様に努める。                       |
| 入浴、排せつまたは食事の介護  | <span style="border: 1px solid black;">1</span> 自ら実施    2 委託    3 なし                            |
| 食事の提供           | 1 自ら実施 <span style="border: 1px solid black;">2</span> 委託    3 なし                               |
| 洗濯、掃除等の家事の供与    | <span style="border: 1px solid black;">1</span> 自ら実施    2 委託    3 なし                            |
| 健康管理の供与         | <span style="border: 1px solid black;">1</span> 自ら実施    2 委託    3 なし                            |
| 安否確認または状況把握サービス | <span style="border: 1px solid black;">1</span> 自ら実施    2 委託    3 なし<br>※共用施設の一部に防犯カメラを設置しています。 |
| 生活相談サービス        | <span style="border: 1px solid black;">1</span> 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 | 入居継続支援加算      | 1    あり    2    なし          |
|                                | 生活機能向上連携加算    | 1    あり    2    なし          |
|                                | 個別機能訓練加算      | 1    あり    2    なし          |
|                                | 夜間看護体制加算      | 1    あり    2    なし          |
|                                | 若年性認知症入居者受入加算 | 1    あり    2    なし          |
|                                | 科学的介護推進体制加算   | 1    あり    2    なし          |
|                                | 口腔衛生管理体制加算    | 1    あり    2    なし          |
|                                | 栄養スクリーニング加算   | 1    あり    2    なし          |
|                                | 退院・退所時連携加算    | 1    あり    2    なし          |
|                                | 看取り介護加算       | 1    あり    2    なし          |
|                                | 生活機能向         | (I)    1    あり    2    なし   |
|                                | 上連携加算         | (II)    1    あり    2    なし  |
|                                | 認知症専門         | (I)    1    あり    2    なし   |
|                                | ケア加算          | (II)    1    あり    2    なし  |
|                                | サービス提         | (I)    1    あり    2    なし   |
|                                | 供体制強化         | (II)    1    あり    2    なし  |
|                                | 加算            | (III)    1    あり    2    なし |

|                      |               |                      |           |
|----------------------|---------------|----------------------|-----------|
|                      | 介護職員処遇改善加算    | (Ⅰ)                  | 1 あり 2 なし |
|                      |               | (Ⅱ)                  | 1 あり 2 なし |
|                      |               | (Ⅲ)                  | 1 あり 2 なし |
|                      |               | (Ⅳ)                  | 1 あり 2 なし |
|                      |               | (Ⅴ)                  | 1 あり 2 なし |
|                      | 介護職員等特定処遇改善加算 | (Ⅰ)                  | 1 あり 2 なし |
|                      |               | (Ⅱ)                  | 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)<br>: 1 |           |
|                      | 2 なし          |                      |           |

(医療連携の内容)

|          |   |                                                                                 |                                                 |
|----------|---|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 医療支援     |   | <div>1 救急車の手配</div> <div>2 入退院の付き添い</div> <div>3 通院介助</div> <div>4 その他（ ）</div> |                                                 |
| ※複数選択可   |   |                                                                                 |                                                 |
| 協力医療機関   | 1 | 名称                                                                              | 医療法人総心会 長岡京病院                                   |
|          |   | 住所                                                                              | 京都府長岡京市天神 1 丁目 20 番 10 号                        |
|          |   | 診療科目                                                                            | 外科、消化器外科、肛門外科、整形外科、脳神経外科、循環器内科、糖尿病内科、リハビリテーション科 |
|          |   | 協力科目                                                                            | 外科、消化器外科、肛門外科、整形外科、脳神経外科、循環器内科、糖尿病内科、リハビリテーション科 |
|          |   | 協力内容                                                                            | 入居者の健康管理と健康相談それに伴う医療行為、緊急時対応など                  |
|          | 2 | 名称                                                                              |                                                 |
|          |   | 住所                                                                              |                                                 |
|          |   | 診療科目                                                                            |                                                 |
|          |   | 協力科目                                                                            |                                                 |
|          |   | 協力内容                                                                            |                                                 |
| 協力歯科医療機関 |   | 名称                                                                              | 医療法人アイズ 岡部歯科医院                                  |
|          |   | 住所                                                                              | 京都府長岡京市長岡 1-20-4                                |
|          |   | 協力内容                                                                            | 健康維持のため、入居者に不可欠な口腔内管理に伴う医療行為及び医療相談など            |

**（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<br>2 介護居室へ移る場合<br>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                                               |        |
|                          | 便所の変更  | 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし      |
|                    | 要支援の者                                                                                                                                                                                           | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし      |
|                    | 要介護の者                                                                                                                                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり      2 なし |
| 留意事項               | <b>【入居契約書「利用基準」条項より】</b><br>① 介護保険要介護認定が要介護の方<br>② 複数入居者による共同生活を営むことに概ね支障がない方<br>③ 著しい自傷他害の恐れがない方<br>④ 目的施設内で恒常的に医師の治療を受けることを必要としない方<br>⑤ 本契約に定めることを承諾し、ニチイケアパレスの運営方針に賛同できる方<br>⑥ 反社会的勢力に該当しない方 |                                                    |
| 契約の解除の内容           | <b>【入居契約書「契約の終了」条項より】</b><br>次の各号のいずれかに該当する場合には、本契約は、終了するものとします。<br>① お客様が亡くなられた場合（死亡日を本契約終了日としま                                                                                                |                                                    |

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>す)</p> <p>② お客様が本契約第29条に基づき本契約を中途解約した場合</p> <p>③ お客様が本契約第42条第1項に基づき本契約を解約した場合</p> <p>④ お客様が本契約第30条に基づき本契約を解除した場合</p> <p>⑤ ニチイケアパレスが本契約第31条に基づき本契約を解除した場合</p> <p>【入居契約書「お客様による契約解除」条項より】</p> <p>1. お客様は、次に掲げる事由が客観的に存在すると認められた場合には、直ちに本契約を解除することができるものとします。</p> <p>① ニチイケアパレスが、お客様、そのご家族又は身元引受人に対し、不法行為を行った場合</p> <p>② ニチイケアパレスが、本契約に著しく違反し、お客様に対して重大な損害を発生させた場合</p> <p>③ ニチイケアパレスが、正当な理由なくサービスの提供を拒否した場合</p> <p>④ ニチイケアパレスが、破産手続開始の申立、民事再生手続開始の申立又は会社更生手続開始の申立をし又は申立を受けた場合</p> <p>⑤ 上記各号の他、本契約を継続し難い重大な事情が認められる場合</p> <p>2. お客様は、ニチイケアパレス又はその役員が次の各号のいずれかに該当した場合、催告することなく、本契約を解除することができるものとします。</p> <p>① 本契約第43条の各号の確約に反する事実が判明した場合</p> <p>② 本契約締結後にニチイケアパレス自ら又は役員が反社会的勢力に該当する者となった場合</p> <p>【入居契約書「ニチイケアパレスによる契約解除」】</p> <p>1. ニチイケアパレスは、お客様が次に掲げる事項のいずれかに該当した場合には、本条第2項に定める規定に従い、本契約を解除することができるものとします。なお、原則としてニチイケアパレスは、お客様及び身元引受人と協議の場を設け、誠実に協議することにより、本契約を解除するか否かを慎重に決定するものとします。</p> <p>① お客様による費用又は料金の支払いが、1ヶ月以上遅延</p> |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>し、催告にもかかわらず、これが支払われない場合</p> <p>② お客様が正当な理由なく本契約第24条第2項に定める期日までに保証金を支払わなかった場合</p> <p>③ 入居に必要な書類に虚偽の記載をし、又は故意に不利益となる事実を告知しない等の不正手段により、ニチイケアパレスとの信頼関係に支障をきたしたした場合</p> <p>④ お客様が入居中にホームで対応困難な看護行為が必要になり、かつニチイケアパレスが関係法令に基づくホームでの人員体制では対応が困難であると判断した場合</p> <p>⑤ 病気治療のため病院もしくは診療所等に入院し、6ヶ月を経過しても退院できないことが明らかな場合</p> <p>⑥ お客様が、ホームへ所定の届出をせず、3ヶ月以上の長期にわたってホームを離れることが明らかな場合</p> <p>⑦ お客様又は身元引受人、返還金受取人が、法令又は本契約の条項に違反し、ニチイケアパレスが改善の見込みがないと判断した場合</p> <p>⑧ お客様又は身元引受人、返還金受取人が、ニチイケアパレス、その従業者又は他のお客様の生命、身体、財産もしくは信用を傷つける恐れがあり、かつニチイケアパレスがこれを防止できないと判断した場合</p> <p>⑨ 地震等の天災、関係法令の改変、その他止むを得ない事情によって継続的なホーム運営が困難になった場合</p> <p>⑩ 前各号の他、お客様又は身元引受人とニチイケアパレスとの信頼関係に支障をきたし、その回復が困難であり、ニチイケアパレスが適切なサービスの提供を継続できないと判断した場合</p> <p>⑪ 本契約第43条の各号の確約に反する事実が判明した場合又は本契約締結後にお客様、身元引受人、返還金受取人が反社会的勢力に該当する者となった場合</p> <p>2. ニチイケアパレスは、前項に基づき本契約を解除するためには、次に掲げる手続きを経るものとします。</p> <p>① 前項第①号、第②号、第⑦号に基づく解除は、原則として3ヶ月間の催告期間を要するものとします。</p> <p>② 前項第③号乃至第⑥号及び第⑧号乃至第⑪号に基づく解除は、催告期間を要せず、直ちに解除することができるものとします。</p> |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                |                                                                                                                                                   |                   |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|                | <p>③ お客様の移転先の有無について確認し、移転先がない場合には、お客様、そのご家族、身元引受人又は関係機関と協議し、移転先の確保について協力するものとします。</p> <p>④ 前項第④号の規定に基づく本契約の解除の場合には、前各号の手続きに加え、医師の意見を聴くものとします。</p> |                   |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項                                                                                                                                              | 解約条項なし（但し、解除条項あり） |
|                | 解約予告期間                                                                                                                                            | —                 |
| 入居者からの解約予告期間   | 1ヶ月                                                                                                                                               |                   |
| 体験入居の内容        | <p>1 あり（内容：1泊2日 5,000円（うち消費税等 454円）<br/>※最長3日間まで利用可能</p> <p>2 なし</p>                                                                              |                   |
| 入居定員           | 49人                                                                                                                                               |                   |
| その他            |                                                                                                                                                   |                   |

## 5. 職員体制

※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）

（令和6年7月1日現在）

|                           | 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  |     |                |
| 生活相談員                     | 1        | 1  |     |                |
| 直接処遇職員                    | 17       |    | 17  |                |
| 介護職員                      | 17       |    | 17  |                |
| 看護職員                      |          |    |     |                |
| 機能訓練指導員                   |          |    |     |                |
| 計画作成担当者                   |          |    |     |                |
| 栄養士                       |          |    |     | 外部委託           |
| 調理員                       |          |    |     | 外部委託           |
| 事務員                       | 1        | 1  |     |                |
| その他職員                     |          |    |     |                |
| 1 週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2 |          |    |     | 40 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     |    |    |     |
| 介護福祉士     | 10 |    | 10  |
| 実務者研修の修了者 | 4  |    | 4   |
| 初任者研修の修了者 | 2  |    | 2   |
| 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 |
| 看護師または准看護師  |    |    |     |
| 理学療法士       |    |    |     |
| 作業療法士       |    |    |     |
| 言語聴覚士       |    |    |     |
| 柔道整復士       |    |    |     |
| 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 (～ 時) |      |                 |
|----------------|------|-----------------|
|                | 平均人数 | 最少時人数 (休憩者等を除く) |
| 看護職員           | 人    | 人               |
| 介護職員           | 2 人  | 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><b>【表示事項】</b>       | a 1.5 : 1 以上<br>b 2 : 1 以上<br>c 2.5 : 1 以上<br>d 3 : 1 以上 |
|                                                                | 実際の配置比率<br>(記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数) | : 1                                                      |
| ※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択                                  |                                    |                                                          |
| 外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制(外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能) | ホームの職員数                            | 人                                                        |
|                                                                | 訪問介護事業所の名称                         |                                                          |
|                                                                | 訪問看護事業所の名称                         |                                                          |
|                                                                | 通所介護事業所の名称                         |                                                          |

(職員の状況)

|                          |          |        |           |           |       |     |         |     |         |     |
|--------------------------|----------|--------|-----------|-----------|-------|-----|---------|-----|---------|-----|
| 管理者                      | 他の職務との兼務 |        | 1 あり 2 なし |           |       |     |         |     |         |     |
|                          | 業務に係る資格等 | 1 あり   |           |           |       |     |         |     |         |     |
|                          |          | 資格等の名称 | 介護福祉士     |           |       |     |         |     |         |     |
|                          |          | 2 なし   |           |           |       |     |         |     |         |     |
|                          | 看護職員     |        | 介護職員      |           | 生活相談員 |     | 機能訓練指導員 |     | 計画作成担当者 |     |
|                          | 常勤       | 非常勤    | 常勤        | 非常勤       | 常勤    | 非常勤 | 常勤      | 非常勤 | 常勤      | 非常勤 |
| 前年度1年間の採用者数              |          |        |           |           |       |     |         |     |         |     |
| 前年度1年間の退職者数              |          |        |           |           |       |     |         |     |         |     |
| 応じた業務に従事した経験年数に<br>職員の人数 | 1年未満     |        |           | 17        | 1     |     |         |     |         |     |
|                          | 1年以上     |        |           |           |       |     |         |     |         |     |
|                          | 3年未満     |        |           |           |       |     |         |     |         |     |
|                          | 3年以上     |        |           |           |       |     |         |     |         |     |
|                          | 5年未満     |        |           |           |       |     |         |     |         |     |
|                          | 5年以上     |        |           |           |       |     |         |     |         |     |
|                          | 10年未満    |        |           |           |       |     |         |     |         |     |
|                          | 10年以上    |        |           |           |       |     |         |     |         |     |
| 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】              |     | <div>1 利用権方式</div> <div>2 建物賃貸借方式</div> <div>3 終身建物賃貸借方式</div>                     |                                                                    |
| 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                                                                    |                                                                    |
|                                |     | <div>3 月払い方式</div>                                                                 |                                                                    |
|                                |     | <div>4 選択方式</div> <div>※該当する方式を全て選択</div>                                          | <div>1 全額前払い方式</div> <div>2 一部前払い・一部月払い方式</div> <div>3 月払い方式</div> |
| 年齢に応じた金額設定                     |     | 1 あり                                                                               | <div>2</div> なし                                                    |
| 要介護状態に応じた金額設定                  |     | 1 あり                                                                               | <div>2</div> 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 |     | <div>1 減額なし</div> <div>2 日割り計算で減額</div> <div>3 不在期間が      日以上の場合に限り、日割り計算で減額</div> |                                                                    |
| 利用料金<br>の改定                    | 条件  | 当地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費を勘定                                                        |                                                                    |
|                                | 手続き | 運営懇談会での意見を聞いて改訂することができる                                                            |                                                                    |

### 6-1. 月払い方式

単位：円

| 居室<br>タイプ                                                                                                                       | プラン<br>名 称 | 月額      | (内訳)                |              |            |          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------|---------------------|--------------|------------|----------|
|                                                                                                                                 |            | 計       | 家 賃<br>相当額<br>(非課税) | 管理費<br>(非課税) | 食費<br>(税込) | 光熱<br>水費 |
| 居室Ⅰ                                                                                                                             | 月払いプラン     | 170,000 | 82,000              | 38,200       | 49,800     | —        |
| 居室Ⅱ                                                                                                                             | 月払いプラン     | 173,000 | 85,000              | 38,200       | 49,800     | —        |
| 居室Ⅲ                                                                                                                             | 月払いプラン     | 175,000 | 87,000              | 38,200       | 49,800     | —        |
| 居室Ⅳ                                                                                                                             | 月払いプラン     | 177,000 | 89,000              | 38,200       | 49,800     | —        |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・上記は1カ月30日の場合です。</li> <li>・当施設は食費の費用が軽減税率の対象となります。</li> <li>・敷金（保証金） 100,000円</li> </ul> |            |         |                     |              |            |          |

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

|                                                                                      |                  |      | プラン1                          | プラン2                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------|-------------------------------|-------------------------------|
| 入居者の状況                                                                               | 要介護度             |      | 要介護1                          | 要介護1                          |
|                                                                                      | 年齢               |      | 80歳                           | 80歳                           |
| 居室の状況                                                                                | 床面積              |      | 18.27 m <sup>2</sup>          | 18.27 m <sup>2</sup>          |
|                                                                                      | 便所               |      | <div>1</div> 有 <div>2</div> 無 | <div>1</div> 有 <div>2</div> 無 |
|                                                                                      | 浴室               |      | 1有 <div>2</div> 無             | 1有 <div>2</div> 無             |
|                                                                                      | 台所               |      | 1有 <div>2</div> 無             | 1有 <div>2</div> 無             |
| 入居時点で必要な費用                                                                           | 前払金              |      | -円                            | -円                            |
|                                                                                      | 敷金               |      | 100,000円                      | 100,000円                      |
| 月額費用の合計                                                                              |                  |      | 170,000円                      | 177,000円                      |
| 家賃                                                                                   |                  |      | 82,000円                       | 89,000円                       |
| サービス費用                                                                               | 特定施設入居者生活介護※1の費用 |      | -円                            | -円                            |
|                                                                                      | 介護保険外※2          | 食費   | 49,800円                       | 49,800円                       |
|                                                                                      |                  | 管理費  | 38,200円                       | 38,200円                       |
|                                                                                      |                  | 介護費用 | -円                            | -円                            |
|                                                                                      |                  | 光熱水費 | (光熱費のみ実費)                     | (光熱費のみ実費)                     |
|                                                                                      |                  | 受信料等 | 実費                            | 実費                            |
|                                                                                      |                  | その他  | 円                             | 円                             |
| ※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。                                                                 |                  |      |                               |                               |
| ※2 有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない） |                  |      |                               |                               |

(利用料金の算定根拠)

| 費目   | 算定根拠                                                                                           |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 家賃   | 建物賃貸料                                                                                          |
| 敷金   | 家賃の約1.2月分                                                                                      |
| 介護費用 | ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。                                                                          |
| 管理費  | 人件費・事務所経費・共用部清掃費・共用部水光熱費・居室水道代                                                                 |
| 食費   | 外部業者委託費<br>朝 440円（消費税等 32円）<br>昼 560円（消費税等 41円）<br>夕 660円（消費税等 48円）<br>当施設は食費の費用が軽減税率の対象となります。 |
| 光熱水費 | 居室での電気代のみ、別途実費                                                                                 |
| 受信料等 | 実費                                                                                             |



## 7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

(令和6年7月1日現在)

|       |               |      |
|-------|---------------|------|
| 性別    | 男性            | 11 人 |
|       | 女性            | 21 人 |
| 年齢別   | 65 歳未満        | 人    |
|       | 65 歳以上 75 歳未満 | 人    |
|       | 75 歳以上 85 歳未満 | 5 人  |
|       | 85 歳以上        | 27 人 |
| 要介護度別 | 自立            | 人    |
|       | 要支援 1         | 人    |
|       | 要支援 2         | 人    |
|       | 要介護 1         | 9 人  |
|       | 要介護 2         | 4 人  |
|       | 要介護 3         | 12 人 |
|       | 要介護 4         | 6 人  |
|       | 要介護 5         | 1 人  |
| 入居期間別 | 6 ヶ月未満        | 32 人 |
|       | 6 ヶ月以上 1 年未満  | 人    |
|       | 1 年以上 5 年未満   | 人    |
|       | 5 年以上 10 年未満  | 人    |
|       | 10 年以上 15 年未満 | 人    |
|       | 15 年以上        | 人    |

(入居者の属性)

|                                                 |        |
|-------------------------------------------------|--------|
| 平均年齢                                            | 87.9 歳 |
| 入居者数の合計                                         | 32 人   |
| 入居率※                                            | 65.3%  |
| ※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。 |        |

**(前年度における退去者の状況)**

|         |          |          |
|---------|----------|----------|
| 退去先別の人数 | 自宅等      | 人        |
|         | 社会福祉施設   | 人        |
|         | 医療機関     | 人        |
|         | 死亡者      | 人        |
|         | その他      | 人        |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出  | 人        |
|         |          | (解約事由の例) |
|         | 入居者側の申し出 | 人        |
|         |          | (解約事由の例) |

**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 (1) |       | ニチイメゾン長岡京             |
| 電話番号      |       | 075-874-7746          |
| 対応している時間  | 平日    | 午前9時30分～午後5時30分       |
|           | 土曜    | —                     |
|           | 日曜・祝日 | —                     |
| 定休日       |       | 土日祝祭日                 |
| 窓口の名称 (2) |       | お客様相談室                |
| 電話番号      |       | 0120-82-6501          |
| 対応している時間  | 平日    | 午前9時～午後5時             |
|           | 土曜    | —                     |
|           | 日曜・祝日 | —                     |
| 定休日       |       | 土日祝祭日、年末年始            |
| 窓口の名称 (3) |       | 京都府国民健康保険団体連合会        |
| 電話番号      |       | 075-354-9090          |
| 対応している時間  | 平日    | 午前9時～午後12時 午後13時～午後5時 |
|           | 土曜    | —                     |
|           | 日曜・祝日 | —                     |
| 定休日       |       | 土日祝祭日、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                 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | (その内容)<br>総合賠償責任保険<br>あいおいニッセイ同和損害保険株式会社 |
|                               | 2 なし                                     |                                          |
| 介護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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | (その内容)<br>総合賠償責任保険<br>あいおいニッセイ同和損害保険株式会社 |
|                               | 2 なし                                     |                                          |
| 事故対応およびその予防のための指針             | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 実施日    | 運営懇談会時         |
|                                  |                                          | 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 |
|                                  | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |        |                |

9. 入居希望者への事前の情報開示

|          |                                                |
|----------|------------------------------------------------|
| 入居契約書の雛形 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 |
|          | <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 |
|          | 3 公開していない                                      |
| 管理規程     | <input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 |
|          | <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 |
|          | 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                                     |
|          | <input checked="" type="checkbox"/> 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                                     |
|          | <input checked="" type="checkbox"/> 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                                     |
|          | <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない  |

## 10. その他

|                                                  |                                                                                                                      |              |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 運営懇談会                                            | <input checked="" type="checkbox"/> 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<br>【表示事項】                              | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり<br>(提携ホーム名：株式会社ニチイケアパレスが運営する住宅・施設)<br>2 なし                                  |              |
| 有料老人ホーム設置時の老人福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出               | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり      2 なし<br>3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要 |              |
| 高齢者の居住の安定確保に関する法律第 5 条第 1 項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし                                                                        |              |
| 有料老人ホーム設置運営指導指針「5.規模および構造設備」に合致しない事項             | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし                                                                        |              |
| 合致しない事項がある場合の内容                                  |                                                                                                                      |              |
| 「6.既存建築物等の活用<br>の場合等の特例」への適合性                    | 1 適合している（代替措置）<br>2 適合している（将来の改善計画）<br>3 適合していない                                                                     |              |
| 有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項                            | なし                                                                                                                   |              |
| 不適合事項がある場合の内容                                    |                                                                                                                      |              |

添付書類：別添 1（別の実施する介護サービス一覧表）

別添 2（個別選択による介護サービス一覧表）

上記の重要事項の説明を受け、重要事項説明書を受領しました。

(ご入居者様)

住所:.....

氏名:.....⑩

(身元引受人)

住所:.....

氏名:.....⑩(続柄.....)

説明年月日 年 月 日

説明者署名

.....

# 別添 1 事業主体が京都府内で実施する他の介護サービス

| 介護サービスの種類            |    |    | 併設・隣接の状況 | 事業所の名称                | 所在地             |
|----------------------|----|----|----------|-----------------------|-----------------|
| <居宅サービス>             |    |    |          |                       |                 |
| 訪問介護                 | あり | なし | 併設・隣接    | ニチイライケア長岡京<br>訪問介護事業所 | 長岡京市今里更ノ町<br>18 |
| 訪問入浴介護               | あり | なし | 併設・隣接    |                       |                 |
| 訪問看護                 | あり | なし | 併設・隣接    |                       |                 |
| 訪問リハビリテーション          | あり | なし | 併設・隣接    |                       |                 |
| 居宅療養管理指導             | あり | なし | 併設・隣接    |                       |                 |
| 通所介護                 | あり | なし | 併設・隣接    |                       |                 |
| 通所リハビリテーション          | あり | なし | 併設・隣接    |                       |                 |
| 短期入所生活介護             | あり | なし | 併設・隣接    |                       |                 |
| 短期入所療養介護             | あり | なし | 併設・隣接    |                       |                 |
| 特定施設入居者生活介護          | あり | なし | 併設・隣接    |                       |                 |
| 福祉用具貸与               | あり | なし | 併設・隣接    |                       |                 |
| 特定福祉用具販売             | あり | なし | 併設・隣接    |                       |                 |
| <地域密着型サービス>          |    |    |          |                       |                 |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護     | あり | なし | 併設・隣接    |                       |                 |
| 夜間対応型訪問介護            | あり | なし | 併設・隣接    |                       |                 |
| 地域密着型通所介護            | あり | なし | 併設・隣接    |                       |                 |
| 認知症対応型通所介護           | あり | なし | 併設・隣接    |                       |                 |
| 小規模多機能型居宅介護          | あり | なし | 併設・隣接    |                       |                 |
| 認知症対応型共同生活介護         | あり | なし | 併設・隣接    |                       |                 |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護     | あり | なし | 併設・隣接    |                       |                 |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | あり | なし | 併設・隣接    |                       |                 |
| 看護小規模多機能型居宅介護        | あり | なし | 併設・隣接    |                       |                 |
| 居宅介護支援               | あり | なし | 併設・隣接    |                       |                 |
| <居宅介護予防サービス>         |    |    |          |                       |                 |
| 介護予防訪問入浴介護           | あり | なし | 併設・隣接    |                       |                 |
| 介護予防訪問看護             | あり | なし | 併設・隣接    |                       |                 |
| 介護予防訪問リハビリテーション      | あり | なし | 併設・隣接    |                       |                 |
| 介護予防居宅療養管理指導         | あり | なし | 併設・隣接    |                       |                 |
| 介護予防通所リハビリテーション      | あり | なし | 併設・隣接    |                       |                 |
| 介護予防短期入所生活介護         | あり | なし | 併設・隣接    |                       |                 |
| 介護予防短期入所療養介護         | あり | なし | 併設・隣接    |                       |                 |
| 介護予防特定施設入居者生活介護      | あり | なし | 併設・隣接    |                       |                 |
| 介護予防福祉用具貸与           | あり | なし | 併設・隣接    |                       |                 |
| 特定介護予防福祉用具販売         | あり | なし | 併設・隣接    |                       |                 |
| <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       | あり | なし | 併設・隣接    |                       |                 |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護      | あり | なし | 併設・隣接    |                       |                 |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護     | あり | なし | 併設・隣接    |                       |                 |
| 介護予防支援               | あり | なし | 併設・隣接    |                       |                 |
| <介護保険施設>             |    |    |          |                       |                 |
| 介護老人福祉施設             | あり | なし | 併設・隣接    |                       |                 |
| 介護老人保健施設             | あり | なし | 併設・隣接    |                       |                 |
| 介護療養型医療施設            | あり | なし | 併設・隣接    |                       |                 |
| 介護医療院                | あり | なし | 併設・隣接    |                       |                 |
| <介護予防・日常生活支援総合事業>    |    |    |          |                       |                 |
| 訪問型サービス              | あり | なし | 併設・隣接    |                       |                 |
| 通所型サービス              | あり | なし | 併設・隣接    |                       |                 |
| その他の生活支援サービス         | あり | なし | 併設・隣接    |                       |                 |

## 別添 2

## 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

| 特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無 |    |                                   |    |                            |   |      | なし           | あり                                           |     |
|----------------------------------|----|-----------------------------------|----|----------------------------|---|------|--------------|----------------------------------------------|-----|
|                                  |    | 特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者一部負担※1） |    | 個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担） |   | 包含※2 | 都度※2         | 料 金※3                                        | 備 考 |
|                                  |    |                                   |    |                            |   |      |              |                                              |     |
| 介護サービス                           |    |                                   |    |                            |   |      |              |                                              |     |
| 食事介助                             | なし | あり                                | なし | あり                         |   | ○    | 2,750 円/回    | 定期介助：27,500 円～49,500 円/月<br>介護保険サービス以外で必要な場合 |     |
| 排泄介助・おむつ交換                       | なし | あり                                | なし | あり                         |   | ○    | 1,650 円/回    | 定期介助：16,500 円～49,500 円/月<br>介護保険サービス以外で必要な場合 |     |
| おむつ代                             |    |                                   | なし | あり                         |   | ○    | 実 費          |                                              |     |
| 入浴（一般浴）介助・清拭                     | なし | あり                                | なし | あり                         |   | ○    | 4,400 円/回    | 介護保険サービス以外で必要な場合                             |     |
| 特浴介助                             | なし | あり                                | なし | あり                         |   | ○    | 4,400 円/回    | 介護保険サービス以外で必要な場合                             |     |
| 身辺介助（移動・着替え等）                    | なし | あり                                | なし | あり                         |   | ○    | 1,100 円/回    | 定期介助：11,000 円/月<br>介護保険サービス以外で必要な場合          |     |
| 機能訓練                             | なし | あり                                | なし | あり                         |   |      |              |                                              |     |
| 通院介助                             | なし | あり                                | なし | あり                         |   | ○    | 1,650 円/15 分 | 家族の付き添いが困難な場合                                |     |
| 生活サービス                           |    |                                   |    |                            |   |      |              |                                              |     |
| 居室清掃                             | なし | あり                                | なし | あり                         |   | ○    | 1,650 円/回    |                                              |     |
| リネン交換                            | なし | あり                                | なし | あり                         |   | ○    | 1,100 円/回    |                                              |     |
| 日常の洗濯                            | なし | あり                                | なし | あり                         |   | ○    | 1,100 円/回    |                                              |     |
| 居室配膳・下膳                          | なし | あり                                | なし | あり                         |   | ○    | 550 円/回      | 定期介助：5,500 円/月 ※体調不良時は除く                     |     |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事                  |    |                                   | なし | あり                         |   |      |              |                                              |     |
| おやつ                              |    |                                   | なし | あり                         |   |      |              |                                              |     |
| 理美容師による理美容サービス                   |    |                                   | なし | あり                         |   | ○    | 実 費          | 希望時に外部事業者に依頼                                 |     |
| 買い物代行                            | なし | あり                                | なし | あり                         |   | ○    | 550 円/回～     | 通販利用：550 円/回<br>通販利用以外：1,650 円/回             |     |
| 役所手続き代行                          | なし | あり                                | なし | あり                         |   | ○    |              |                                              |     |
| 金銭・貯金管理                          |    |                                   | なし | あり                         |   |      |              |                                              |     |
| 健康管理サービス                         |    |                                   |    |                            |   |      |              |                                              |     |
| 定期健康診断                           |    |                                   | なし | あり                         |   | ○    | 実 費          | 希望により実施（協力医療機関に依頼）                           |     |
| 健康相談                             | なし | あり                                | なし | あり                         | ○ |      |              | 健康管理サービスに含む<br>必要に応じて実施                      |     |
| 生活指導・栄養指導                        | なし | あり                                | なし | あり                         | ○ |      |              | 健康管理サービスに含む<br>必要に応じて実施                      |     |
| 服薬支援                             | なし | あり                                | なし | あり                         |   | ○    | 550 円/回      | 定期介助：5,500 円/月<br>介護保険サービス以外で必要な場合           |     |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等）                 | なし | あり                                | なし | あり                         | ○ |      |              | 健康管理サービスに含む<br>必要に応じて実施                      |     |
| 入退院時・入院中のサービス                    |    |                                   |    |                            |   |      |              |                                              |     |
| 入退院時の同行                          | なし | あり                                | なし | あり                         |   |      |              |                                              |     |
| 入院中の洗濯物交換・買い物                    | なし | あり                                | なし | あり                         |   |      |              |                                              |     |
| 入院中の見舞い訪問                        | なし | あり                                | なし | あり                         |   |      |              |                                              |     |

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割または2割の利用者負担）。

※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額サービスの費用に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。

※3：都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。