

# ニチイメゾン

## サービス付き高齢者向け住宅 重要事項説明書

株式会社ニチイケアパレス

ニチイメゾン小金原

TEL : 047-349-1000

令和7年9月1日作成

## 登録事項等についての説明（高齢者住まい法第17条関係）

年 月 日

## 登録事項等についての説明

貸主（甲） 住所 東京都千代田区神田駿河台四丁目 6 番  
氏名 株式会社ニチイケアパレス  
代表取締役 秋山 幸男

## 1. サービス付き高齢者向け住宅の名称及び所在地

|          |                                                                                                                                                                                                        |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 住宅の名称    | (ふりがな)にちいめぞんがこがねはら<br>ニチイメゾン小金原                                                                                                                                                                        |
| 所在地      | (住居表示)〒270-0021 千葉県松戸市小金原4丁目40番地8                                                                                                                                                                      |
| 利用交通手段   | <input checked="" type="checkbox"/> 1. 電車（常磐線 北小金駅からバスで10分 降車後、徒歩5分）<br><input type="checkbox"/> 2. その他（ ）                                                                                             |
| 住宅に関する権原 | <input type="checkbox"/> 1. 所有権 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 賃借権 <input type="checkbox"/> 3. 使用貸借による権利<br>期間 2021 年 11 月 1 日から 2051 年 10 月 31 日まで                                            |
| 施設に関する権原 | <input type="checkbox"/> 1. 所有権 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 賃借権 <input type="checkbox"/> 3. 使用貸借による権利<br>期間 2021 年 11 月 1 日から 2051 年 10 月 31 日まで                                            |
| 敷地に関する権原 | <input checked="" type="checkbox"/> 1. 所有権 <input type="checkbox"/> 2. 地上権 <input type="checkbox"/> 3. 賃借権 <input checked="" type="checkbox"/> 4. 使用貸借による権利<br>期間 2021 年 11 月 1 日から 2051 年 10 月 31 日まで |

（注）住居表示が決まっていない場合には、地名地番を記載すること。

## 2. サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者

|                           |                                                                                  |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 法人・個人の別                   | <input checked="" type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 個人               |
| 商号、名称又は氏名                 | (ふりがな) かぶしきがいしやにちいけあばれす<br>株式会社ニチイケアパレス                                          |
| 住所<br>(法人にあっては主たる事務所の所在地) | (郵便番号 101-0062 )<br>東京都千代田区神田駿河台四丁目 6 番地<br>電話番号 03-5834-5200                    |
| 法人の役員                     | 別添 1 のとおり                                                                        |
| 法定代理人<br>(未成年の個人である場合)    | (ふりがな)<br>商号、名称、又は氏名<br>住所（法人にあっては主たる事務所の所在地） (郵便番号 )<br>電話番号<br>法人の役員 別添 2 のとおり |

3. サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者の事務所

|         |                                           |
|---------|-------------------------------------------|
| 事務所の名称  | (ふりがな) かぶしきがいしゃにちいけあばれす                   |
|         | 株式会社ニチイケアパレス                              |
| 事務所の所在地 | (郵便番号 101-0062 )                          |
|         | 東京都千代田区神田駿河台四丁目 6 番地<br>電話番号 03-5834-5200 |

4. サービス付き高齢者向け住宅の戸数、規模並びに構造及び設備

|         |                                                  |                                                                    |                |
|---------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------|
| 住宅戸数    | 登録申請対象戸数                                         | 92                                                                 | 戸              |
| 居住部分の規模 | (最小)                                             | 18.23                                                              | m <sup>2</sup> |
|         | (最大)                                             | 18.23                                                              | m <sup>2</sup> |
| 構造及び設備  | 共同利用設備                                           | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |                |
|         | 構 造                                              | RC                                                                 | 造              |
|         |                                                  | 階 数                                                                | 地上 4 階建        |
| 竣工の年月   | 2021 年 10 月 31 日                                 |                                                                    |                |
| 加齢対応構造等 | <input checked="" type="checkbox"/> 登録基準に適合している  |                                                                    |                |
|         | <input checked="" type="checkbox"/> エレベーターを備えている |                                                                    |                |
|         | <input checked="" type="checkbox"/> 緊急通報装置を備えている |                                                                    |                |

5. サービス付き高齢者向け住宅の入居契約、入居者資格及び入居開始時期  
(居住の用に供する前である場合)

|                       |                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 入居契約の別                | <input checked="" type="checkbox"/> 賃貸借契約 <input type="checkbox"/> その他                                                                                                                                            |
| 入居契約が賃貸借契約でない場合には、その旨 |                                                                                                                                                                                                                   |
| 終身賃貸事業者の事業の認可         | <input type="checkbox"/> 法第52条の認可を受けている                                                                                                                                                                           |
| 入居者の資格                | 次の①又は②に該当する者である。<br>①単身高齢者世帯<br>②高齢者＋同居者 (配偶者 / 60歳以上の親族 / 要介護認定又は要支援認定を受けている<br><input checked="" type="checkbox"/> 60歳未満の親族 / 特別な理由により同居させる必要があると知事が認める者)<br>(「高齢者」とは、60歳以上の者又は要介護認定若しくは要支援認定を受けている60歳未満の者をいう。) |
| 入居契約の内容               | 別添入居契約書のとおり                                                                                                                                                                                                       |

※以下は、入居の用に供する前である場合に限り記入すること。

|        |         |
|--------|---------|
| 入居開始時期 | 年 月 日から |
|--------|---------|

6. サービス付き高齢者向け住宅において提供される高齢者生活支援サービス及び入居者から受領する金銭

| サービスの種類                | 提供形態                                                                                                                                                   | 提供の対価（概算・月額）                                                                                      | 詳細については、別添4のとおり |            |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------|
| 高齢者生活支援サービス            | 状況把握<br>生活相談                                                                                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託                                |                 | 約 46,750 円 |
|                        | 食事の提供                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 自ら <input checked="" type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない |                 | 約 72,600 円 |
|                        | 入浴等の介護                                                                                                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない |                 | 約 0 円      |
|                        | 調理等の家事                                                                                                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない |                 | 約 0 円      |
|                        | 健康の維持増進                                                                                                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない |                 | 約 0 円      |
| その他                    | <input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない                                                      | 約 0 円                                                                                             |                 |            |
| 家賃※の概算額                | (最低) 約 96,000 円                                                                                                                                        | 住戸ごとの内容は別添 2 のとおり                                                                                 |                 |            |
|                        | (最高) 約 146,000 円                                                                                                                                       |                                                                                                   |                 |            |
| 共益費※の概算額               | (最低) 約 29,200 円                                                                                                                                        |                                                                                                   |                 |            |
|                        | (最高) 約 29,200 円                                                                                                                                        |                                                                                                   |                 |            |
| 敷金の概算額                 | (最低) 約 192,000 円                                                                                                                                       | 家賃の 2.0 月分                                                                                        |                 |            |
|                        | (最高) 約 292,000 円                                                                                                                                       |                                                                                                   |                 |            |
| 前払金※の有無                | <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし                                                                                     |                                                                                                   |                 |            |
| 家賃等の前払金の概算額            | (最低) 約 円                                                                                                                                               | (最高) 約 円                                                                                          |                 |            |
| 家賃等の前払金の算定の基礎          | 家賃                                                                                                                                                     |                                                                                                   |                 |            |
|                        | サービス提供の対価                                                                                                                                              |                                                                                                   |                 |            |
| 返還額の算定方法               |                                                                                                                                                        |                                                                                                   |                 |            |
| 家賃等の前払金の返還債務が消滅するまでの期間 | 年 月 日まで                                                                                                                                                |                                                                                                   |                 |            |
| 家賃等の前払金の返還額の推移         | (※原則として入居契約に定めた契約の始期を起算日とする。)                                                                                                                          |                                                                                                   |                 |            |
| 前払金の保全措置の内容            | <input type="checkbox"/> 銀行による債務の保証 <input type="checkbox"/> 信託会社等による元本補てん又は信託<br><input type="checkbox"/> 保険事業者による保証保険 <input type="checkbox"/> その他 ) |                                                                                                   |                 |            |
| 特定施設入居者生活介護事業所         | <input type="checkbox"/> 指定を受けている                                                                                                                      |                                                                                                   |                 |            |
|                        | <input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けていない                                                                                                          |                                                                                                   |                 |            |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護事業所    | <input type="checkbox"/> 指定を受けている                                                                                                                      |                                                                                                   |                 |            |
|                        | <input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けていない                                                                                                          |                                                                                                   |                 |            |
| 介護予防特定施設入居者生活介護事業所     | <input type="checkbox"/> 指定を受けている                                                                                                                      |                                                                                                   |                 |            |
|                        | <input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けていない                                                                                                          |                                                                                                   |                 |            |
| 介護サービス情報               | (特定施設入居者生活介護事業者、地域密着型特定施設入居者生活介護事業者若しくは介護予防特定施設入居者生活介護事業所の指定を受けている場合には、別紙により、介護保険法第115条の35第1項に規定する介護サービス情報を示す。)                                        |                                                                                                   |                 |            |

※当住宅では、家賃を賃料と表記します。

※当住宅では、共益費を管理費と表記します。

※前払金とは、終身又は入居契約の期間にわたって受領すべき家賃等の全部又は一部を一括して受領する場合

ちいさ

## 7. サービス付き高齢者向け住宅の管理の方法等

|                            |                                                                           |      |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------|
| 管理の方式                      | <input checked="" type="checkbox"/> 自ら管理 <input type="checkbox"/> 管理業務を委託 |      |
| 委託する業務の内容<br>(契約事項)        |                                                                           |      |
| 管理業務の委託先                   |                                                                           |      |
| 商号、名称<br>又は氏名              | (ふりがな)                                                                    |      |
| 住 所<br>(法人にあっては<br>主たる事務所) | (郵便番号)                                                                    |      |
|                            |                                                                           | 電話番号 |
| 修繕計画                       |                                                                           |      |
| 計画策定の有無                    | <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし        |      |
| 大規模修繕の実施予定                 | 頃実施予定                                                                     |      |
| その他計画的な修繕予定                |                                                                           |      |

## 8. サービス付き高齢者向け住宅と併設される高齢者居宅生活支援事業を行う施設（該当する場合のみ）

| 施設の名称                     | 提供されるサービスの概要                            | 事業所の場所                                                                                                            |
|---------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ニチイライフケア小金原<br>デイサービスセンター | 入浴・排泄・食事などの介護、機能訓練を行う日帰りの介護サービス         | <input checked="" type="checkbox"/> 同一の建築物内<br><input type="checkbox"/> 同一の敷地内<br><input type="checkbox"/> 隣接する土地 |
| ニチイライフケア小金原<br>ヘルパーステーション | 入浴・排せつ・食事等の「身体介護」や調理・洗濯・掃除等の「生活援助」のサービス | <input checked="" type="checkbox"/> 同一の建築物内<br><input type="checkbox"/> 同一の敷地内<br><input type="checkbox"/> 隣接する土地 |
|                           |                                         | <input type="checkbox"/> 同一の建築物内<br><input type="checkbox"/> 同一の敷地内<br><input type="checkbox"/> 隣接する土地            |

## 9. 高齢者居宅生活支援事業を行う者との連携及び協力（該当する場合のみ）

|            |        |
|------------|--------|
| 連携又は協力の相手方 |        |
| 事業所の名称     | (ふりがな) |
| 事業所の所在地    | (郵便番号) |
|            | 電話番号   |
| 連携又は協力の内容  |        |

## 10. 登録の申請が基本方針（及び高齢者居住安定確保計画）に照らして適切なものである旨

|                                  |
|----------------------------------|
| 基本方針及び県の高齢者居住安定確保計画に沿って適切に運営します。 |
|----------------------------------|

上記につきまして、高齢者の居住の安定確保に関する法律第17条に基づく書面による説明を受けました。

年 月 日  
借主（乙） 住所

氏名

## 役 員 名 簿

| (ふりがな)<br>氏 名    | 役名等   |
|------------------|-------|
| あきやまゆきお<br>秋山 幸男 | 代表取締役 |
| さくらのりゆき<br>櫻井 紀之 |       |
| さんのうおさむ<br>山納 修  | 専務取締役 |
| きじまえいじ<br>雉間 英二  |       |
| すずきひろなお<br>鈴木 宏直 | 取締役   |
| うめだみか<br>梅田 美香   |       |
| ながえりょうた<br>永江 竜太 | 取締役   |
| かわたりきや<br>川田 力也  |       |



|        |     |
|--------|-----|
| しいやかずや | 監査役 |
| 椎谷 和也  |     |
| きやひろみち | 監査役 |
| 木屋 博達  |     |

法第6条第1項第3号に該当する者を全て記載すること。記載しきれないときは、この様式の例により作成した書面に記載し、その書面をこの書面の次に添付すること。

役 員 名 簿

| (ふりがな)<br>氏 名 | 役名等 |
|---------------|-----|
|               |     |
|               |     |
|               |     |
|               |     |
|               |     |
|               |     |
|               |     |
|               |     |
|               |     |
|               |     |
|               |     |

法第6条第1項第4号の役員に該当する者を全て記載すること。記載しきれないときは、この様式の例により作成した書面に記載し、その書面をこの書面の次に添付すること。

## 住宅の規模並びに構造及び設備等

## 1. 専用部分の規模並びに構造及び設備等

| 住棟番号 | 専用部分の<br>床面積<br>(㎡) | 構造及び設備※ |        |        |        |        |        | 住戸数<br>(戸) | 住戸番号<br>(該当するものを全て記載)                                                                               | 月額家賃<br>(概算額)<br>(円) |
|------|---------------------|---------|--------|--------|--------|--------|--------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
|      |                     | 完<br>備  | 便<br>所 | 洗<br>面 | 浴<br>室 | 台<br>所 | 収<br>納 |            |                                                                                                     |                      |
| 1    | 18.23               | ×       | ○      | ○      | ×      | ×      | ○      | 12         | 1階：101～103, 105～<br>108, 110～113, 115                                                               | 96,000               |
| 1    | 18.23               | ×       | ○      | ○      | ×      | ×      | ○      | 33         | 2階：201～203, 205～<br>208, 210～213, 215～<br>218, 220～223, 225～<br>228, 230～233, 235～<br>238, 240～241, | 96,000               |
| 1    | 18.23               | ×       | ○      | ○      | ×      | ×      | ○      | 33         | 3階：301～303, 305～<br>308, 310～313, 315～<br>318, 320～323, 325～<br>328, 330～333, 335～<br>338, 340～341  | 96,000               |
| 1    | 18.23               | ×       | ○      | ○      | ×      | ×      | ○      | 14         | 4階：401～403, 405～<br>408, 410～413, 415～<br>417                                                       | 146,000              |
|      |                     |         |        |        |        |        |        |            |                                                                                                     |                      |
|      |                     |         |        |        |        |        |        |            |                                                                                                     |                      |

注1) 住戸の規模並びに設備及び構造のタイプ別にまとめて記載すること。

注2) 設備及び構造欄の『完備』は、各戸に便所、洗面、浴室、台所及び収納の全てを備えるものを表す。  
※有りの場合は、○、無しの場合は×を記載すること。完備の場合は、完備を含め全ての欄に○を記載すること。

## 2. 共同利用設備等

| 設備等               | 整備箇所数 | 合計床面積<br>(㎡) | 整備箇所     | 想定利用戸数<br>(戸) | 備考                                  |
|-------------------|-------|--------------|----------|---------------|-------------------------------------|
| 脱衣室、<br>浴室        | 11    | 190.29       | 1、2、3、4階 | 92            | 個浴=9、機械浴<br>槽=2、トイレ<br>=3、脱衣室=10    |
| 共用リビ<br>ング・食<br>堂 | 4     | 345.69       | 1、2、3、4階 | 92            | 345.69㎡/92人<br>=3.75㎡               |
| 共用トイ<br>レ         | 9     | 43.87        | 1、2、3、4階 | 92            | 1階=3カ所、2階<br>=2カ所、3階=2カ<br>所、4階=2カ所 |
| 共用ラン<br>ドリー       | 4     | 35.24        | 1、2、3、4階 | 92            | 洗濯機数計=8台                            |
| 共用キッ<br>チン        | 4     | 25.92        | 1、2、3、4階 | 92            |                                     |
|                   |       |              |          |               |                                     |

注) 整備箇所は、添付図面との※毎食時に配膳・下膳、夜間帯(23時・3時)の巡回

1. 状況把握及び生活相談サービスの内容

|                      |                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                  |                               |                                             |        |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------|--------|
| 提供形態                 |                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する <input type="checkbox"/> 委託する                                                                                                                                                      |                               |                                             |        |
| 委託する場合の委託先           | 商号、名称<br>又は氏名                                                                      | (ふりがな)                                                                                                                                                                                                                                           |                               |                                             |        |
|                      | 住所<br>(法人にあっては主たる事務所の所在地)                                                          | (郵便番号 )<br>番号                                                                                                                                                                                                                                    |                               |                                             |        |
| サービスを提供する法人等の別       |                                                                                    | <input type="checkbox"/> 医療法人<br><input checked="" type="checkbox"/> 指定居宅サービス事業者<br><input type="checkbox"/> 指定地域密着型サービス事業者<br><input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者<br><input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者<br><input type="checkbox"/> 上記以外の法人等 |                               |                                             |        |
| サービスを提供する者の人数        | <input type="checkbox"/> 医師                                                        | 人員                                                                                                                                                                                                                                               | 人                             | <input type="checkbox"/> 社会福祉士              | 人員 人   |
|                      | <input type="checkbox"/> 看護師                                                       | 人員                                                                                                                                                                                                                                               | 人                             | <input type="checkbox"/> 介護支援専門員            | 人員 人   |
|                      | <input type="checkbox"/> 准看護師                                                      | 人員                                                                                                                                                                                                                                               | 人                             | <input type="checkbox"/> 養成研修修了者            | 人員 人   |
|                      | <input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士                                          | 人員                                                                                                                                                                                                                                               | 13 人                          | <input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員 | 人員 7 人 |
| 常駐する場所               |                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地<br><input type="checkbox"/> 近接する土地<br>(所在地： )                                                                                                                         |                               |                                             |        |
| 常駐する日                |                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> 次の期間を除く ( )                                                                                                                                                                  |                               |                                             |        |
| 常駐する時間               | 日中                                                                                 | 9 時 0 分 ～ 18 時 0 分                                                                                                                                                                                                                               |                               |                                             | 人員 1 人 |
|                      | 上記以外の時間                                                                            | 18 時 0 分 ～ 9 時 0 分                                                                                                                                                                                                                               |                               |                                             | 人員 1 人 |
| 毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法 | 食事、外出の機会を通して確認いたします                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                  |                               |                                             | 毎日 1 回 |
|                      | <input type="checkbox"/> 入居者から居住部分への訪問を希望する旨の申出があった場合は、当該居住部分への訪問（近接する土地に常駐する場合のみ） |                                                                                                                                                                                                                                                  |                               |                                             |        |
| 緊急通報サービスの内容          | 提供時間                                                                               | 常駐する日                                                                                                                                                                                                                                            | 0 時 0 分 ～ 24 時 0 分            |                                             |        |
|                      |                                                                                    | 上記以外の日                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 24時間 |                                             |        |
|                      | 通報方法                                                                               | 各居室のナースコールにより通報                                                                                                                                                                                                                                  |                               |                                             |        |
|                      | 通報先                                                                                | 事務室およびスタッフが携帯するスマートフォン                                                                                                                                                                                                                           |                               | 通報先から住宅までの到着予定時間 3 分                        |        |
| サービス提供の対価（概算額）       | 月額                                                                                 | 約 46,750 円                                                                                                                                                                                                                                       | 前払金の算定方法                      |                                             |        |
|                      | 前払金                                                                                | 約 0 円                                                                                                                                                                                                                                            |                               |                                             |        |
| 備考                   |                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                  |                               |                                             |        |

※サービス提供の対価を月額で設定していない場合は、30日間利用した場合の金額を記載すること。

2. 食事の提供サービスの内容（該当する場合のみ）

|                                               |                                                   |                                                                                                                                                                                                                                            |          |                            |  |                                          |  |  |  |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------------------------|--|------------------------------------------|--|--|--|
| 提供形態                                          |                                                   | <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する                                                                                                                                                                                         |          |                            |  | <input checked="" type="checkbox"/> 委託する |  |  |  |
| 委託する場合の委託先                                    | 商号、名称<br>又は氏名                                     | (ふりがな) かぶしきがいしやれおつく                                                                                                                                                                                                                        |          |                            |  |                                          |  |  |  |
|                                               |                                                   | 株式会社 L E O C                                                                                                                                                                                                                               |          |                            |  |                                          |  |  |  |
|                                               | 住 所<br>(法人に<br>あつては主<br>たる事務所<br>の所在地)            | (郵便番号 100-0004 )                                                                                                                                                                                                                           |          |                            |  |                                          |  |  |  |
|                                               |                                                   | 東京都千代田区大手町1-1-3 大手町センタービル16階<br>電話番号 03-5220-8550                                                                                                                                                                                          |          |                            |  |                                          |  |  |  |
| 住 所<br>(法人に<br>あつては本<br>業務に係る<br>事業所の所<br>在地) | (郵便番号 100-0004 )                                  |                                                                                                                                                                                                                                            |          |                            |  |                                          |  |  |  |
|                                               | 東京都千代田区大手町1-1-3 大手町センタービル16階<br>電話番号 03-5220-8550 |                                                                                                                                                                                                                                            |          |                            |  |                                          |  |  |  |
| 食事提供を行う場所                                     |                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> 食堂 <input checked="" type="checkbox"/> 各居住部分 <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                                                          |          |                            |  |                                          |  |  |  |
| 提供方法                                          | 提供日                                               | <input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                                                                                                |          |                            |  |                                          |  |  |  |
|                                               | 内容                                                | <input checked="" type="checkbox"/> 3食 <input type="checkbox"/> 入居者が選択 <input type="checkbox"/> 次の食事は提供しない ( )                                                                                                                             |          |                            |  |                                          |  |  |  |
|                                               | 調理等                                               | <input checked="" type="checkbox"/> 厨房で調理 <input type="checkbox"/> 配食サービスを利用 <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                                                              |          |                            |  |                                          |  |  |  |
| サービス提供の対価 (概算額)                               | 月額※                                               | 約 72,600 円                                                                                                                                                                                                                                 | 内訳       | 朝食 341 円 昼食 440 円 夕食 429 円 |  |                                          |  |  |  |
|                                               | 前払金                                               | 約 0 円                                                                                                                                                                                                                                      | 前払金の算定方法 |                            |  |                                          |  |  |  |
| 備考                                            |                                                   | <div>・当住宅は軽減税率対象外となります。</div> <div>・食費の内訳 (1ヶ月30日の場合)</div> <div>  食材費：36,300円 (税込)、厨房管理費：36,300円 (税込)</div> <div>  ※厨房管理費は月額固定費になります。</div> <div>  食事部門の人件費・管理費、設備・備品代に充当するため、欠食があっても返金されません。</div> <div>・食事の欠食は3日前までに欠食届を提出してください。</div> |          |                            |  |                                          |  |  |  |

※サービス提供の対価を月額で設定していない場合は、30日間利用した場合の金額を記載すること。

3. 入浴、排せつ、食事等の介護サービスの内容（該当する場合のみ）

|                |                               |                                                               |                                                                                                                             |          |                               |      |
|----------------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------------------------|------|
| 提供形態           |                               | <input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する |                                                                                                                             |          | <input type="checkbox"/> 委託する |      |
| 委託する場合の委託先     | 商号、名称<br>又は氏名                 | (ふりがな)                                                        |                                                                                                                             |          |                               |      |
|                | 住 所<br>(法人にあつては主たる事務所の所在地)    | (郵便番号 )                                                       |                                                                                                                             |          |                               | 電話番号 |
|                | 住 所<br>(法人にあつては本業務に係る事業所の所在地) | (郵便番号 )                                                       |                                                                                                                             |          |                               | 電話番号 |
| 提供方法           |                               | 提供日                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                 |          |                               |      |
|                |                               | 内容                                                            | <input checked="" type="checkbox"/> 入浴介護 <input checked="" type="checkbox"/> 排せつ介護 <input checked="" type="checkbox"/> 食事介護 |          |                               |      |
|                |                               |                                                               | <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                            |          |                               |      |
| サービス提供の対価（概算額） | 月額                            | 対価はサービスの内容によって異なります                                           |                                                                                                                             | 前払金の算定方法 |                               |      |
|                | 前払金                           | 約                                                             | 0                                                                                                                           |          |                               |      |
| 備考             |                               | ●詳細は介護保険外サービス利用契約書及び一覧表を参照ください。                               |                                                                                                                             |          |                               |      |

4. 調理、洗濯、掃除等の家事サービスの内容（該当する場合のみ）

|                |                              |                                                               |                                                                                                                      |      |                               |  |
|----------------|------------------------------|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------------------|--|
| 提供形態           |                              | <input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する |                                                                                                                      |      | <input type="checkbox"/> 委託する |  |
| 委託する場合の委託先     | 商号、名称<br>又は氏名                | (ふりがな)                                                        |                                                                                                                      |      |                               |  |
|                | 住所<br>(法人にあつては主たる事務所)        | (郵便番号)                                                        |                                                                                                                      | 電話番号 |                               |  |
|                | 住所<br>(法人にあつては本業務に係る事業所の所在地) | (郵便番号)                                                        |                                                                                                                      | 電話番号 |                               |  |
| 提供方法           |                              | 提供日                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他 ( )                                          |      |                               |  |
|                |                              | 内容                                                            | <input checked="" type="checkbox"/> 調理 <input checked="" type="checkbox"/> 洗濯 <input checked="" type="checkbox"/> 掃除 |      |                               |  |
|                |                              |                                                               | <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                     |      |                               |  |
| サービス提供の対価（概算額） |                              | 月額                                                            | 対価はサービスの内容によって異なります                                                                                                  |      | 前払金の算定方法                      |  |
|                |                              | 前払金                                                           | 約        0                      円                                                                                    |      |                               |  |
| 備考             |                              | ●詳細は介護保険外サービス利用契約書及び一覧表を参照ください。                               |                                                                                                                      |      |                               |  |

5. 健康の維持増進サービスの内容（該当する場合のみ）

|                    |                                               |                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                           |   |                               |  |
|--------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------------------------------|--|
| 提供形態               |                                               | <input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する                                                                                                  |                                                                                                                                                                           |   | <input type="checkbox"/> 委託する |  |
| 委託する<br>場合の<br>委託先 | 商号、名称<br>又は氏名                                 | (ふりがな)                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                           |   |                               |  |
|                    | 住 所<br>(法人に<br>あつては主<br>たる事務所<br>の所在地)        | (郵便番号 )<br><br>電話番号                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                           |   |                               |  |
|                    | 住 所<br>(法人に<br>あつては本<br>業務に係る<br>事業所の所<br>在地) | (郵便番号 )<br><br>電話番号                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                           |   |                               |  |
| 提供方法               |                                               | 提供日                                                                                                                                                            | <input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                               |   |                               |  |
|                    |                                               | 内容                                                                                                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> 健康相談 <input checked="" type="checkbox"/> 血圧等の測定 <input checked="" type="checkbox"/> 定期検診 <input checked="" type="checkbox"/> 通院等の付き添い |   |                               |  |
|                    |                                               |                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                                                                          |   |                               |  |
| サービス提供の<br>対価（概算額） |                                               | 月額                                                                                                                                                             | 対価はサービスの内容によって異なります                                                                                                                                                       |   | 前払金の<br>算定方法                  |  |
|                    |                                               | 前払金                                                                                                                                                            | 約                                                                                                                                                                         | 0 |                               |  |
| 備考                 |                                               | ●健康相談・血圧の測定は基本サービスの内容に含まれます。<br>●訪問診療をご希望の方は、提携医療機関等から月2回の訪問診療と処方箋の発行を居室で受け取る事ができ、費用は健康保険扱いで、自己負担となります。<br>●定期検診をご希望の方は、提携医療機関等の情報を提供いたします。定期検診に要する費用は別途となります。 |                                                                                                                                                                           |   |                               |  |



6. その他のサービスの内容（該当する場合のみ）

|                    |                               |                                                               |                                                                             |      |                               |  |
|--------------------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------|-------------------------------|--|
| 提供形態               |                               | <input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する |                                                                             |      | <input type="checkbox"/> 委託する |  |
| 委託する場合の委託先         | 商号、名称<br>又は氏名                 | (ふりがな)                                                        |                                                                             |      |                               |  |
|                    | 住 所<br>(法人にあつては主たる事務所の所在地)    | (郵便番号 )                                                       |                                                                             | 電話番号 |                               |  |
|                    | 住 所<br>(法人にあつては本業務に係る事業所の所在地) | (郵便番号 )                                                       |                                                                             | 電話番号 |                               |  |
| 提供方法               |                               | 提供日                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |      |                               |  |
|                    |                               | 内容                                                            | ●詳細は介護保険外サービス利用契約書及び一覧表を参照ください。                                             |      |                               |  |
| サービス提供の<br>対価（概算額） |                               | 月額                                                            | 対価はサービスの内容によって異なります                                                         |      | 前払金の<br>算定方法                  |  |
|                    |                               | 前払金                                                           | 約                                                                           | 0    |                               |  |
| 備考                 |                               |                                                               |                                                                             |      |                               |  |

# ニチイメゾン 入居契約重要事項説明書

株式会社ニチイケアパレス

ニチイメゾン小金原

TEL : 047-349-1000

令和7年9月1日作成

## 重要事項説明書

|       |                     |
|-------|---------------------|
| 記入年月日 | 令和 7 年 9 月 1 日      |
| 記入者名  | 山納 修                |
| 所属・職名 | 経営管理本部管理部・<br>常務取締役 |

### 1. 事業主体概要

|            |                                                      |                                                                                       |
|------------|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 種類         | 個人／ <span style="border: 1px solid black;">法人</span> |                                                                                       |
|            | ※法人の場合、その種類                                          | 株式会社                                                                                  |
| 名称         | (ふりがな) かぶしきが いしやにちいけあばれす<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 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      | 1964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) にちいめぞんこがねはら<br>ニチイメゾン小金原      |                                                            |
| 所在地      | 〒270-0021<br>千葉県松戸市小金原 4 丁目 4 0 番地 8 |                                                            |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅                                  | JR 常磐線 「北小金」 駅                                             |
|          | 交通手段と所要時間                            | 松戸新京成バス・L 3 ※北小金循環 (行政センター先回り) ・北小金駅行<br>「行政センター」下車、徒歩 2 分 |

|               |            |                                     |
|---------------|------------|-------------------------------------|
| 連絡先           | 電話番号       | 047-349-1000                        |
|               | FAX番号      | 047-349-1001                        |
|               | ホームページアドレス | https://www.nichii-carepalace.co.jp |
| 管理者           | 氏名         | 秋葉 将斗                               |
|               | 職名         | 施設長（管理者）                            |
| 建物の竣工日        |            | 2021年10月29日                         |
| 有料老人ホーム事業の開始日 |            | 2021年12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） |            |          |
| 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  |          |
|                                    | 指定した自治体名   | 県（市）     |
|                                    | 事業所の指定日    | 平成 年 月 日 |
|                                    | 指定の更新日（直近） | 平成 年 月 日 |

3. 建物概要

|    |      |                        |                                          |
|----|------|------------------------|------------------------------------------|
| 土地 | 敷地面積 | 3311.25 m <sup>2</sup> |                                          |
|    | 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           |                                          |
|    |      | 抵当権の有無                 | 1 あり 2 なし                                |
|    |      | 契約期間                   | 1 あり<br>(2021年11月1日～2051年10月31日)<br>2 なし |
| 建物 | 延床面積 | 全体                     | 3,758.89 m <sup>2</sup>                  |
|    |      | うち、老人ホーム部分             | 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   | 1 鉄筋コンクリート造            |                                          |
|    |      | 2 鉄骨造                  |                                          |
|    |      | 3 木造                   |                                          |
|    |      | 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           |                                          |

|                                                  |                                                             |                                                                                                                                                                                                |                 |                      |        |                                         |         |           |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------|--------|-----------------------------------------|---------|-----------|
|                                                  |                                                             | <table border="1"> <tr> <td>抵当権の設定</td><td>1 あり 2 なし</td></tr> <tr> <td>契約期間</td><td>1 あり<br/>2021年11月1日～2051年10月31日)<br/>2 なし</td></tr> <tr> <td>契約の自動更新</td><td>1 あり 2 なし</td></tr> </table> | 抵当権の設定          | 1 あり 2 なし            | 契約期間   | 1 あり<br>2021年11月1日～2051年10月31日)<br>2 なし | 契約の自動更新 | 1 あり 2 なし |
| 抵当権の設定                                           | 1 あり 2 なし                                                   |                                                                                                                                                                                                |                 |                      |        |                                         |         |           |
| 契約期間                                             | 1 あり<br>2021年11月1日～2051年10月31日)<br>2 なし                     |                                                                                                                                                                                                |                 |                      |        |                                         |         |           |
| 契約の自動更新                                          | 1 あり 2 なし                                                   |                                                                                                                                                                                                |                 |                      |        |                                         |         |           |
| 居室の状況                                            | 居室区分<br>【表示事項】                                              | 1 全室個室                                                                                                                                                                                         |                 |                      |        |                                         |         |           |
|                                                  |                                                             | 2 相部屋あり                                                                                                                                                                                        |                 |                      |        |                                         |         |           |
|                                                  |                                                             | 最少                                                                                                                                                                                             | 1 人部屋           |                      |        |                                         |         |           |
|                                                  |                                                             | 最大                                                                                                                                                                                             | 1 人部屋           |                      |        |                                         |         |           |
|                                                  |                                                             | トイレ                                                                                                                                                                                            | 浴室              | 面積                   | 戸数・室数  | 区分※                                     |         |           |
|                                                  | タイプ A                                                       | 有/無                                                                                                                                                                                            | 有/無             | 18.23 m <sup>2</sup> | 92     | 一般居室個室                                  |         |           |
|                                                  | タイプ B                                                       | 有/無                                                                                                                                                                                            | 有/無             | m <sup>2</sup>       |        | 一般居室個室                                  |         |           |
| タイプ C                                            | 有/無                                                         | 有/無                                                                                                                                                                                            | m <sup>2</sup>  |                      | 一般居室個室 |                                         |         |           |
| ※「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                                             | 共用便所における<br>便房                                              | 9ヶ所                                                                                                                                                                                            | うち男女別の対応が可能な便房  |                      | 9ヶ所    |                                         |         |           |
|                                                  |                                                             |                                                                                                                                                                                                | うち車椅子等の対応が可能な便房 |                      | 9ヶ所    |                                         |         |           |
|                                                  | 共用浴室                                                        | 11ヶ所                                                                                                                                                                                           | 個室              |                      | 9ヶ所    |                                         |         |           |
|                                                  |                                                             |                                                                                                                                                                                                | 大浴場             |                      | 0ヶ所    |                                         |         |           |
|                                                  | 共用浴室における<br>介護浴槽                                            | 2ヶ所                                                                                                                                                                                            | チェアー浴           |                      | 0ヶ所    |                                         |         |           |
|                                                  |                                                             |                                                                                                                                                                                                | リフト浴            |                      | 0ヶ所    |                                         |         |           |
|                                                  |                                                             |                                                                                                                                                                                                | ストレッチャー浴        |                      | 2ヶ所    |                                         |         |           |
|                                                  |                                                             |                                                                                                                                                                                                | その他（ ）          |                      | 0ヶ所    |                                         |         |           |
| 食堂                                               | 1 あり 2 なし                                                   |                                                                                                                                                                                                |                 |                      |        |                                         |         |           |
| 入居者や家族が利用<br>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<br>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                                                                                                                                                                                      |                 |                      |        |                                         |         |           |
| その他                                              | エントランスホール、カフェコーナー、相談室、理美容室(利用は有料)、駐車場                       |                                                                                                                                                                                                |                 |                      |        |                                         |         |           |

#### 4. サービスの内容

##### (全体の方針)

|                 |                                                                                                                              |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 運営に関する方針        | 当住宅では、当制度の基本方針及び千葉県の高齢者居住安定確保計画に適切に対応致します。<br>お客様の実態を把握し、基本サービスとして状況把握（安否確認）・生活相談・緊急時対応を行います。また、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、お客様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ます。                                                   |
| 入浴、排せつ又は食事の介護   | <input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし                                  |
| 食事の提供           | <input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし                                  |
| 洗濯、掃除等の家事の供与    | <input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし                                  |
| 健康管理の供与         | <input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし                                  |
| 安否確認又は状況把握サービス  | <input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし                                  |
| 生活相談サービス        | <input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし                                  |

##### (医療連携の内容)

|                |   |                                                                                                                                |                       |
|----------------|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| 医療支援<br>※複数選択可 |   | <div><div>1</div>救急車の手配</div> <div><div>2</div>入退院の付き添い</div> <div><div>3</div>通院介助</div> <div><div>4</div>その他（        ）</div> |                       |
| 協力医療機関         | 1 | 名称                                                                                                                             | 医療法人社団 輝会 かがやきクリニック   |
|                |   | 住所                                                                                                                             | 千葉県流山市南流山 3-16-11-101 |
|                |   | 診療科目                                                                                                                           | 内科、皮膚科、精神科            |
|                |   | 協力内容                                                                                                                           | 訪問診療(上記科目)と付随する。      |
|                | 2 | 名称                                                                                                                             |                       |
|                |   | 住所                                                                                                                             |                       |
|                |   | 診療科目                                                                                                                           |                       |
|                |   | 協力内容                                                                                                                           |                       |
| 協力歯科医療機関       |   | 名称                                                                                                                             | 医療法人社団 ミドリ会 RINO 歯科   |
|                |   | 住所                                                                                                                             | 千葉県流山市松ヶ丘 4 丁目 495-4  |
|                |   | 協力内容                                                                                                                           | 訪問歯科                  |

(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 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               | <p>次の①又は②に該当する者である。</p> <p>①単身高齢者世帯<br/>②高齢者＋同居者<br/>(配偶者 / 60 歳以上の親族 / 要介護認定又は要支援認定を受けている 60 歳未満の親族 / 特別な理由により同居させる必要があると知事が認める者)<br/>(「高齢者」とは、60 歳以上の者又は要介護認定若しくは要支援認定を受けている 60 歳未満の者をいう。)</p> |                       |
| 契約の解除の内容           | 普通建物賃貸借契約第 16 条、第 17 条に定めるとおり                                                                                                                                                                    |                       |
| 事業主体から解約を求める場合     | 解約条項                                                                                                                                                                                             | 普通建物賃貸借契約第 18 条定めるとおり |
|                    | 解約予告期間                                                                                                                                                                                           | 6 ヶ月                  |
| 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<br/>(内容 : 1 泊 2 日 11,000 円 (うち消費税等 1,000 円))</p>                                                                                                                                         |                       |

|      |                                                                     |
|------|---------------------------------------------------------------------|
|      | ※ 7泊8日までのご契約となります。<br>※ ご利用者個人のおむつ代、医療費、嗜好品購入費などは含まれておりません。<br>2 なし |
| 入居定員 | 92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）

2025年9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                                                                                                                              | 32       |    | 32  |                |
| 直接処遇職員                                                                                                                             | 32       |    | 32  |                |
| 介護職員                                                                                                                               | 20       |    | 20  |                |
| 看護職員                                                                                                                               | 12       |    | 12  |                |
| 機能訓練指導員                                                                                                                            |          |    |     |                |
| 計画作成担当者                                                                                                                            |          |    |     |                |
| 栄養士                                                                                                                                |          |    |     |                |
| 調理員                                                                                                                                |          |    |     |                |
| 事務員                                                                                                                                | 1        |    | 1   |                |
| その他職員                                                                                                                              | 1        |    | 1   |                |
| 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。<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)

2025 年 9 月 1 日現在

|           | 合計 |    |     |
|-----------|----|----|-----|
|           |    | 常勤 | 非常勤 |
| 社会福祉士     |    |    |     |
| 介護福祉士     | 13 |    | 13  |
| 実務者研修の修了者 | 4  |    | 4   |
| 初任者研修の修了者 | 3  |    | 3   |
| 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       |    |    |     |
| 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（16：30～9：30） |      |                |
|----------------------|------|----------------|
|                      | 平均人数 | 最少時人数（休憩者等を除く） |
| 看護職員                 | 1 人  | 1 人            |
| 介護職員                 | 2 人  | 1 人            |

## (職員の状況)

2025 年 9 月 1 日現在

|                        |          |      |        |           |           |       |     |         |     |         |     |
|------------------------|----------|------|--------|-----------|-----------|-------|-----|---------|-----|---------|-----|
| 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          |          |      | 2      |           | 12        |       |     |         |     |         |     |
| 前年度 1 年間の退職者数          |          |      | 3      |           | 9         |       |     |         |     |         |     |
| 応じた業務に従事した経験年数に<br>の人数 | 1 年未満    |      | 12     |           | 20        |       | 32  |         |     |         |     |
|                        | 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※別紙参照

|                                |                                                    |                                         |
|--------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| 居住の権利形態<br>【表示事項】              | 1 利用権方式<br>2 建物賃貸借方式<br>3 終身建物賃貸借方式                |                                         |
| 利用料金の支払い方式<br>【表示事項】           | 1 全額前払い方式                                          |                                         |
|                                | 2 一部前払い・一部月払い方式                                    |                                         |
|                                | 3 月払い方式                                            |                                         |
|                                | 4 選択方式<br>※該当する方式を全て選択                             | 1 全額前払い方式<br>2 一部前払い・一部月払い方式<br>3 月払い方式 |
| 年齢に応じた金額設定                     | 1 あり 2 なし                                          |                                         |
| 要介護状態に応じた金額設定                  | 1 あり 2 なし                                          |                                         |
| 入院等による不在時における<br>利用料金（月払い）の取扱い | 1 減額なし<br>2 日割り計算で減額<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  | 租税その他の負担の増減、諸物価の上昇その他の経済事情の変動、近隣比較等から不相当となった場合 |
|         | 手続き | 運営懇談会での意見を聞いて改定することができる                        |

(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                    |                                                       | 要支援 1                    |                                                       |
|            | 年齢                            |           | 7 5 歳                    |                                                       | 7 5 歳                    |                                                       |
| 居室の状況      | 床面積                           |           | 1 8 . 2 3 m <sup>2</sup> |                                                       | 1 8 . 2 3 m <sup>2</sup> |                                                       |
|            | 便所                            |           | 1                        | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 2                        | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
|            | 浴室                            |           | 1                        | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 2                        | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
|            | 台所                            |           | 1                        | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 2                        | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金                           |           | 0 円                      |                                                       | 0 円                      |                                                       |
|            | 敷金                            |           | 0 円                      |                                                       | 0 円                      |                                                       |
| 月額費用の合計    |                               |           | 244, 550 円               |                                                       | 294, 550 円               |                                                       |
| 賃料         |                               |           | 96, 000 円                |                                                       | 146, 000 円               |                                                       |
| サービス費用     | 特定施設入居者生活介護※ <sup>1</sup> の費用 |           | 0 円                      |                                                       | 0 円                      |                                                       |
|            | 介護保険外※                        | 食費        | 72, 600 円                |                                                       | 72, 600 円                |                                                       |
|            |                               | 管理費       | 29, 200 円                |                                                       | 29, 200 円                |                                                       |
|            |                               | 光熱水費      | (管理費に含む)                 |                                                       | (管理費に含む)                 |                                                       |
|            |                               | 生活支援サービス費 | 46, 750 円                |                                                       | 46, 750 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                                            |
|----------------------|-------------------------------------------------|
| 賃料                   | 住戸及び共用部分の利用のための費用                               |
| 敷金                   | 賃料の2ヶ月分                                         |
| 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                  | 施設維持管理費・修繕費、電気・ガス・水道・下水又は環境衛生費、その他共同の益に供する全ての費用 |
| 食費                   | 厨房維持費、食材費に基づく費用。                                |
| 光熱水費                 | 管理費に含む                                          |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 別添2                                             |
| その他のサービス利用料          | 入院時                                             |

## 7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

2025 年 9 月 1 日現在

|       |               |      |
|-------|---------------|------|
| 性別    | 男性            | 25 人 |
|       | 女性            | 54 人 |
| 年齢別   | 65 歳未満        | 3 人  |
|       | 65 歳以上 75 歳未満 | 4 人  |
|       | 75 歳以上 85 歳未満 | 22 人 |
|       | 85 歳以上        | 50 人 |
| 要介護度別 | 自立            | 1 人  |
|       | 要支援 1         | 2 人  |
|       | 要支援 2         | 3 人  |
|       | 要介護 1         | 10 人 |
|       | 要介護 2         | 11 人 |
|       | 要介護 3         | 17 人 |
|       | 要介護 4         | 17 人 |
|       | 要介護 5         | 18 人 |
| 入居期間別 | 6 ヶ月未満        | 18 人 |
|       | 6 ヶ月以上 1 年未満  | 6 人  |
|       | 1 年以上 5 年未満   | 55 人 |
|       | 5 年以上 10 年未満  | 0 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                                            | 83.6 歳 |
| 入居者数の合計                                         | 79 人   |
| 入居率※                                            | 85.8%  |
| ※ 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      | 0 人                  |
|         | 社会福祉施設   | 2 人                  |
|         | 医療機関     | 10 人                 |
|         | 死亡者      | 3 人                  |
|         | その他      | 5 人                  |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出  | 0 人                  |
|         |          | (解約事由の例)             |
|         | 入居者側の申し出 | 17 人                 |
|         |          | (解約事由の例) 社会福祉施設へ転居 等 |

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    |       | ニチイメゾン小金原<br>担当者：施設長（管理者）                                 |
| 電話番号     |       | 047-349-1000                                              |
| 対応している時間 | 平日    | 9時30分～17時30分                                              |
|          | 土曜    | 同上                                                        |
|          | 日曜・祝日 | 同上                                                        |
| 定休日      |       | 担当者公休日<br>・事情により即時に対応できない場合があります。<br>・面談は事前に電話予約が必要となります。 |

|          |       |                  |
|----------|-------|------------------|
| 窓口の名称    |       | お客様相談室           |
| 電話番号     |       | 0120 - 82 - 6501 |
| 対応している時間 | 平日    | 9時00分～17時00分     |
|          | 土曜    | —                |
|          | 日曜・祝日 | —                |
| 定休日      |       | 土日祝祭日、年末年始       |

|          |       |                |
|----------|-------|----------------|
| 窓口の名称    |       | 千葉県健康福祉部高齢者福祉課 |
| 電話番号     |       | 043-221-3020   |
| 対応している時間 | 平日    | 8時30分～17時15分   |
|          | 土曜    | —              |
|          | 日曜・祝日 | —              |
| 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                 | <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                                     |                                          |
| 事故対応及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    | 運営懇談会開催時  |
|                                  |                                          | 結果の開示  | 1 あり 2 なし |
| 第三者による評価の実施状況                    | 2 なし                                     |        |           |
|                                  | 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<br>2 入居希望者に交付<br>3 公開していない |
| 財務諸表の原本 | 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>3 公開していない |

## 10. その他

|                                                  |                                                                                             |              |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 運営懇談会                                            | 1 あり                                                                                        | (開催頻度) 年 1 回 |
|                                                  | 2 なし                                                                                        |              |
|                                                  | 1 代替措置あり                                                                                    | (内容)         |
|                                                  | 2 代替措置なし                                                                                    |              |
| 提携ホームへの移行<br>【表示事項】                              | 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有料老人ホーム)<br>2 なし                                          |              |
| 有料老人ホーム設置時の老人福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出               | 1 あり (平成 年 月 日届出)<br>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 (2020 年 7 月 9 日登録)<br>2 なし                                                             |              |
| 千葉県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<br>2 なし<br>( 年 月 日施行の設置運営指導指針を適用)                                                      |              |
| 合致しない事項がある場合の内容                                  |                                                                                             |              |
| 「既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性                          | 1 適合している (代替措置)<br>2 適合している (将来の改善計画)<br>3 適合していない                                          |              |
| 千葉県有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項                         | —                                                                                           |              |
| 不適合事項がある場合の内容                                    |                                                                                             |              |

添付書類：別添１（別に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）

|                                       |       |
|---------------------------------------|-------|
| 年 月 日                                 | 年 月 日 |
| 重要事項説明書及び一覧表・適合表の各項目について説明を受け、理解しました。 | 説明者職  |
| 署名                                    | 説明者氏名 |

※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。



別添 1 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市内で実施する他の介護サービス

| 介護サービスの種類            |                                     |                                     | 事業所の名称                    | 所在地              |
|----------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------|------------------|
| ＜居宅サービス＞             |                                     |                                     |                           |                  |
| 訪問介護                 | <input checked="" type="checkbox"/> | なし                                  | ニチイライフケア松ヶ丘公園ヘルパーステーション 等 | 千葉県流山市松ヶ丘4-496-1 |
| 訪問入浴介護               | あり                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |                           |                  |
| 訪問看護                 | <input checked="" type="checkbox"/> | なし                                  | ニチイライフケア松ヶ丘公園ナースステーション    | 千葉県流山市松ヶ丘4-496-1 |
| 訪問リハビリテーション          | あり                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |                           |                  |
| 居宅療養管理指導             | あり                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |                           |                  |
| 通所介護                 | <input checked="" type="checkbox"/> | なし                                  | ニチイライフケア松ヶ丘公園デイサービスセンター 等 | 千葉県流山市松ヶ丘4-496-1 |
| 通所リハビリテーション          | あり                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |                           |                  |
| 短期入所生活介護             | あり                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |                           |                  |
| 短期入所療養介護             | あり                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |                           |                  |
| 特定施設入居者生活介護          | あり                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |                           |                  |
| 福祉用具貸与               | <input checked="" type="checkbox"/> | なし                                  | ニチイライフケア松ヶ丘公園レンタルサービス     | 千葉県流山市松ヶ丘4-496-1 |
| 特定福祉用具販売             | <input checked="" type="checkbox"/> | なし                                  | ニチイライフケア松ヶ丘公園レンタルサービス     | 千葉県流山市松ヶ丘4-496-1 |
| ＜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                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |                           |                  |
| 夜間対応型訪問介護            | あり                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |                           |                  |
| 認知症対応型通所介護           | あり                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |                           |                  |
| 小規模多機能型居宅介護          | あり                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |                           |                  |
| 認知症対応型共同生活介護         | あり                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |                           |                  |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護     | あり                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |                           |                  |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | あり                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |                           |                  |
| 看護小規模多機能型居宅介護        | あり                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |                           |                  |
| 居宅介護支援               | <input checked="" type="checkbox"/> | なし                                  | ニチイライフケア松ヶ丘公園ケアプランセンター    | 千葉県流山市松ヶ丘4-496-1 |
| ＜居宅介護予防サービス＞         |                                     |                                     |                           |                  |
| 介護予防訪問入浴介護           | あり                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |                           |                  |
| 介護予防訪問看護             | <input checked="" type="checkbox"/> | なし                                  | ニチイライフケア松ヶ丘公園ナースステーション    | 千葉県流山市松ヶ丘4-496-1 |
| 介護予防訪問リハビリテーション      | あり                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |                           |                  |
| 介護予防居宅療養管理指導         | あり                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |                           |                  |
| 介護予防通所リハビリテーション      | あり                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |                           |                  |
| 介護予防短期入所生活介護         | あり                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |                           |                  |
| 介護予防短期入所療養介護         | あり                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |                           |                  |
| 介護予防特定施設入居者生活介護      | あり                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |                           |                  |
| 介護予防福祉用具貸与           | <input checked="" type="checkbox"/> | なし                                  | ニチイライフケア松ヶ丘公園レンタルサービス     | 千葉県流山市松ヶ丘4-496-1 |
| 特定介護予防福祉用具販売         | <input checked="" type="checkbox"/> | なし                                  | ニチイライフケア松ヶ丘公園レンタルサービス     | 千葉県流山市松ヶ丘4-496-1 |
| ＜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                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |                           |                  |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護      | あり                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |                           |                  |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護     | あり                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |                           |                  |
| 介護予防支援               | あり                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |                           |                  |
| ＜介護保険施設＞             |                                     |                                     |                           |                  |
| 介護老人福祉施設             | あり                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |                           |                  |
| 介護老人保健施設             | あり                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |                           |                  |
| 介護療養型医療施設            | あり                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |                           |                  |
| 介護医療院                | あり                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |                           |                  |

## 別添 2

| 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） |    | 備考   |      |              |                            |    |
|                                  |                                   |    |                            |    | 包含※2 | 都度※2 | 料金※3         |                            |    |
| 介護サービス                           |                                   |    |                            |    |      |      |              |                            |    |
| 食事介助                             | なし                                | あり | なし                         | あり |      | ○    | 16,500 円/日   | 食事支援プラン：1 日 3 回の食事介助を行います。 |    |
| 排泄介助・おむつ交換                       | なし                                | あり | なし                         | あり |      | ○    | 13,200 円/月   | 排泄支援プラン：10 分程度（1 日 1 回定時）  |    |
| 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 |      |      |              |                            |    |
| 特浴介助                             | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |              |                            |    |
| 身辺介助（移動・着替え等）                    | なし                                | あり | なし                         | あり |      | ○    | 13,200 円/月   | 誘導プラン：移動時の移乗や誘導を行います。      |    |
| 機能訓練                             | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |              |                            |    |
| 通院介助                             | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      | 2,200 円/30 分 | 外出同行サービス                   |    |
| 生活サービス                           |                                   |    |                            |    |      |      |              |                            |    |
| 居室清掃                             | なし                                | あり | なし                         | あり |      | ○    | 1,650 円/30 分 | お掃除サービス                    |    |
| リネン交換                            | なし                                | あり | なし                         | あり | ○    |      |              | 生活支援サービス費に含む               |    |
| 日常の洗濯                            | なし                                | あり | なし                         | あり | ○    |      |              | 生活支援サービス費に含む               |    |
| 居室配膳・下膳                          | なし                                | あり | なし                         | あり |      | ○    | 13,200 円/月   | 誘導プラン：移動時の移乗や誘導を行います。      |    |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事                  |                                   |    | なし                         | あり |      | ○    | 食事による        | 希望時に提供                     |    |
| 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 |      | ○    | 2,200 円/30 分 | 外出同行サービス                   |    |
| 役所手続き代行                          | なし                                | あり | なし                         | あり |      | ○    | 2,200 円/30 分 | 外出同行サービス                   |    |
| 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                    |    |
| 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 | ○    |      |              | 生活支援サービスに含む                |    |
| 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 |      | ○    | 2,200 円/30 分 | 外出同行サービス                   |    |
| 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、2割、3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。