

# 重要事項説明書

株式会社ニチイケアパレス

ニチイホーム 草加

TEL : 048-923-0871

### 重要事項説明書

|       |                 |
|-------|-----------------|
| 作成年月日 | 令和7年12月1日       |
| 作成者名  | 山納 修            |
| 所属・職名 | 経営管理本部管理部・常務取締役 |

#### 1. 事業主体概要

|            |  |   |
|------------|--|---|
| 種類         | 個人／ <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">法人</span>               |   |
|            | ※法人の場合、その種類  | 株式会社  |
| 名称         | (ふりがな) かぶしきがいしゃにちいけばれす<br>株式会社ニチイケアパレス   |   |
| 主たる事務所の所在地 | 〒101-0062<br>東京都千代田区神田駿河台四丁目6番地  |   |
| 連絡先        | 電話番号   | 03-5834-5200  |
|            | FAX番号  | 03-3253-3142  |
|            | ホームページアドレス   | <a href="https://www.nichii-carepalace.co.jp">https://www.nichii-carepalace.co.jp</a> |
| 代表者        | 氏名   | 秋山 幸男   |
|            | 職名   | 代表取締役   |
| 設立年月日      | <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">昭和</span> ・平成・令和 39年 6月 22日 |   |
| 主な実施事業     | ※別添1（別に実施する介護サービス一覧表）  |   |

#### 2. 有料老人ホーム事業の概要

##### (住まいの概要)

|               |  |   |
|---------------|--|---|
| 名称            | (ふりがな) にちいほーむ そうか<br>ニチイホーム 草加   |   |
| 所在地           | 〒340-0034 埼玉県草加市氷川町805-2   |   |
| 主な利用交通手段      | 最寄駅  | 東武スカイツリーライン「草加」駅  |
|               | 交通手段と所要時間  | 東武スカイツリーライン「草加」駅より<br>徒歩9分  |
| 連絡先           | 電話番号   | 048-923-0871  |
|               | FAX番号  | 048-923-0872  |
|               | 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> |
| 管理者           | 氏名   | 林田 雄太   |
|               | 職名   | ホーム長（施設長・管理者）   |
| 建物の竣工日        | <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">昭和</span> ・ <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">平成</span> ・令和 28年2月10日 |   |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">昭和</span> ・ <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">平成</span> ・令和 28年3月1日  |   |

(類型)【表示事項】

|  |            |  |
|--|------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 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<br>に該当す<br>る場合  | 介護保険事業者番号  | 特定施設入居者生活介護事業所埼玉県指定<br>第 1171802554 号<br>介護予防特定施設入居者生活介護事業所<br>埼玉県指定<br>第 1171802554 号 |
|  | 指定した自治体名   | 埼玉県  |
|  | 事業所の指定日    | 平成・令和 28 年 3 月 1 日   |
|  | 指定の更新日（直近） | 平成・令和 4 年 3 月 1 日  |

3. 建物概要

|    |      |   |   |
|----|------|---|---|
| 土地 | 敷地面積 | 2,019.75 m <sup>2</sup>                   |   |
|    | 所有関係 | 1 事業者が自ら所有する土地<br>2 事業者が賃借する土地（普通賃借・定期賃借） |   |
|    |      | 抵当権の有無                                    | 1 あり 2 なし                               |
|    |      | 契約期間                                      | 1 あり<br>( 年 月 日 ~ 年 月 日 )<br>2 なし       |
|    |      | 契約の自動更新                                   | 1 あり 2 なし                               |
| 建物 | 延床面積 | 全体  | 2,517.64 m <sup>2</sup> (地上 3 階建)       |
|    |      | うち、老人ホーム部分                                | 2,517.64 m <sup>2</sup>                 |
|    | 耐火構造 | 1 耐火建築物<br>2 準耐火建築物<br>3 その他 ( )          |   |
|    | 構造   | 1 鉄筋コンクリート造<br>2 鉄骨造<br>3 木造<br>4 その他 ( ) |   |
|    | 所有関係 | 1 事業者が自ら所有する建物<br>2 事業者が賃借する建物（普通賃借・定期賃借） |   |
|    |      | 抵当権の設定                                    | 1 あり 2 なし                               |
|    |      | 契約期間                                      | 1 あり<br>(2016年2月11日～2046年2月10日)<br>2 なし |
|    |      | 契約の自動更新                                   | 1 あり 2 なし                               |

|       |                |                  |     |      |  |     |                      |  |
|-------|----------------|------------------|-----|------|--|-----|----------------------|--|
| 居室の状況 | 居室区分<br>【表示事項】 | 1 全室個室（縁故者居室を含む） |     |      |  |     |                      |  |
|       |                | 2 相部屋あり          |     |      |  |     |                      |  |
|       |                | 最少               |     | 1人部屋 |  |     |                      |  |
|       |                | 最大               |     | 2人部屋 |  |     |                      |  |
|       |                | トイレ              | 浴室  | 面積   | 戸数・室数  | 区分※ |                      |  |
|       |                | タイプ1             | 有／無 | 有／無  | 18.56 m <sup>2</sup> ～<br>20.59 m <sup>2</sup> | 56室 | 一般居室個室<br>(兼介護居室個室)  |  |
|       |                | タイプ2             | 有／無 | 有／無  | 37.12 m <sup>2</sup>                           | 2室  | 一般居室相部屋<br>(兼介護居室個室) |  |

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

|         |                              |  |                              |                                  |
|---------|------------------------------|--|------------------------------|----------------------------------|
| 共用施設    | 共用便所における便房                   | 5ヶ所  | うち男女別の対応が可能な便房               | 2ヶ所                              |
|         |                              |  | うち車椅子等の対応が可能な便房              | 3ヶ所                              |
|         | 共用浴室                         | 5ヶ所  | 個室                           | 5ヶ所                              |
|         |                              |  | 大浴場                          | -ヶ所                              |
|         | 共用浴室における介護浴槽                 | 2ヶ所  | チェア一浴                        | -ヶ所                              |
|         |                              |  | リフト浴                         | 1ヶ所                              |
|         |                              |  | ストレッチャー浴                     | 1ヶ所                              |
|         |                              |  | その他( )                       | -ヶ所                              |
|         | 食堂                           | 1 あり 2 なし  |                              |                                  |
|         | 入居者や家族が利用できる調理設備             | 1 あり 2 なし  |                              |                                  |
|         | エレベーター                       | 1 あり (車椅子対応)<br>2 あり (ストレッチャー対応)<br>3 あり (上記1・2に該当しない)<br>4 なし |                              |                                  |
| 消防用設備等  | 消火器                          | 1 あり 2 なし  |                              |                                  |
|         | 自動火災報知設備                     | 1 あり 2 なし  |                              |                                  |
|         | 火災通報設備                       | 1 あり 2 なし  |                              |                                  |
|         | スプリンクラー                      | 1 あり 2 なし  |                              |                                  |
|         | 防火管理者                        | 1 あり 2 なし  |                              |                                  |
|         | 防災計画                         | 1 あり 2 なし  |                              |                                  |
| 緊急通報装置等 | 居室<br>1 あり<br>2 一部あり<br>3 なし | 便所<br>1 あり<br>2 一部あり<br>3 なし                                   | 浴室<br>1 あり<br>2 一部あり<br>3 なし | その他( )<br>1 あり<br>2 一部あり<br>3 なし |

|     |   |
|-----|---|
| その他 | エントランスホール、食堂、機能訓練室、リフト付浴室、寝台対応浴室、個別浴室、健康管理室、ヘルパーステーション、応接室兼相談室、ファミリールーム、PCコーナー、理美容室、洗濯室、喫煙室、事務室、トイレ、洗面コーナー、汚物処理室、エレベーター、駐車場 |
|-----|---|

#### 4. サービスの内容

##### (全体の方針)

|                 |   |
|-----------------|---|
| 運営に関する方針        | 1. 自立した生活が困難になったお客様に対して、心身の状態に合わせた個別の介護計画を作成し家庭的な環境の下で食事・入浴・排泄等の日常生活の世話及び心身の機能訓練等必要なサービスを提供します。<br>2. 可能な限り自立した生活が送れるよう “自立援助” をサービスの基本としお客様の意志及び人格を尊重しお客様の立場に立った適切なサービスの提供に努めます。<br>3. ホーム完結型にならないように関係市町村や他の施設・団体・ボランティア等の福祉サービスを提供する者と綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努め、地域を生活圏した社会生活上の便宜を図ります。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | スタッフが笑顔で接することで、お客様に少しでもなごんでいただけるように。お客様からいただく笑顔が、スタッフの日々の喜びであるように。お客様お一人おひとりの思いを受け止め、応えることで私たちは、お客様の笑顔と幸せの実現をめざします。   |
| 入浴、排せつ又は食事の介護   | <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし  |
| 洗濯、掃除等の家事の供与    | <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし  |

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

|                                |          |                                  |                                  |  |
|--------------------------------|----------|----------------------------------|----------------------------------|--|
| 特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無 | 入居継続支援加算 | (I)                              | 1 あり <input type="checkbox"/> なし |  |
|                                |          | (II)                             | 1 あり <input type="checkbox"/> なし |  |
| 生活機能向上連携加算                     |          | (I)                              | 1 あり <input type="checkbox"/> なし |  |
|                                |          | (II)                             | 1 あり <input type="checkbox"/> なし |  |
| 個別機能訓練加算                       |          | (I)                              | <input type="checkbox"/> あり 2 なし |  |
|                                |          | (II)                             | <input type="checkbox"/> あり 2 なし |  |
| A D L 維持等加算                    |          | (I)                              | 1 あり <input type="checkbox"/> なし |  |
|                                |          | (II)                             | 1 あり <input type="checkbox"/> なし |  |
| 夜間看護体制加算                       |          | (I)                              | 1 あり <input type="checkbox"/> なし |  |
|                                |          | (II)                             | <input type="checkbox"/> あり 2 なし |  |
| 若年性認知症入居者受入加算                  |          | <input type="checkbox"/> あり 2 なし |                                  |  |
| 協力医療機関連携加算                     |          | <input type="checkbox"/> あり 2 なし |                                  |  |
| 口腔・栄養スクリーニング加算                 |          | <input type="checkbox"/> あり 2 なし |                                  |  |
| 科学的介護推進体制加算                    |          | <input type="checkbox"/> あり 2 なし |                                  |  |
| 障害者等支援加算                       |          | 1 あり <input type="checkbox"/> なし |                                  |  |
| L I F E への登録                   |          | <input type="checkbox"/> あり 2 なし |                                  |  |
| 退院・退所時連携加算                     |          | <input type="checkbox"/> あり 2 なし |                                  |  |
| 退去時情報提供加算                      |          | <input type="checkbox"/> あり 2 なし |                                  |  |
| 看取り介護加算                        |          | (I)                              | <input type="checkbox"/> あり 2 なし |  |
|                                |          | (II)                             | 1 あり <input type="checkbox"/> なし |  |
| 認知症専門ケア加算                      |          | (I)                              | 1 あり <input type="checkbox"/> なし |  |
|                                |          | (II)                             | 1 あり <input type="checkbox"/> なし |  |
| サービス提供体制強化加算                   |          | (I)                              | <input type="checkbox"/> あり 2 なし |  |
|                                |          | (II)                             | 1 あり <input type="checkbox"/> なし |  |
|                                |          | (III)                            | 1 あり <input type="checkbox"/> なし |  |

|                      |                             |  |  |
|----------------------|-----------------------------|--|--|
|                      | 介護職員等処遇改善加算                 | (I)  | <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし |
|                      |                             | (II)   | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> なし                        |
|                      | 短期利用（介護予防）特定施設入居者生活介護の算定    | <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし |  |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無 | 1 あり                        | (介護・看護職員の配置率)<br>: 1   |  |
|                      | <input type="checkbox"/> なし |  |  |

(医療連携の内容)

|                   |   |   |
|-------------------|---|---|
| 医療支援<br>※複数選択可    |   | <input type="checkbox"/> 1 救急車の手配<br><input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い<br><input type="checkbox"/> 3 通院介助（協力医療機関以外は別途料金をいただきます）<br>4 その他（ ） |
| 協力医療機関            | 1 | 名称 医療法人 尚誠会 笑顔のおうちクリニック<br>松戸   |
|                   |   | 住所 千葉県松戸市栄町西 3-1048-1   |
|                   |   | 診療科目 内科   |
|                   |   | 協力科目 内科   |
|                   |   | 協力内容 入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 あり   |
|                   |   | 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保 あり  |
|                   | 2 | 名称 医療法人社団 和啓会 メディクス草加クリニック  |
|                   |   | 住所 埼玉県草加市氷川町 2149-3 1階  |
|                   |   | 診療科目 内科、外科、消化器科、精神科、皮膚科   |
|                   |   | 協力科目 内科、外科、消化器科、精神科、皮膚科   |
|                   |   | 協力内容 入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 あり   |
|                   |   | 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保 あり  |
| 新興感染症発生時に連携する医療機関 | 1 | 名称 医療法人 尚誠会 笑顔のおうちクリニック<br>松戸   |
|                   |   | 住所 千葉県松戸市栄町西 3-1048-1   |
|                   | 2 | 名称 医療法人社団 和啓会 メディクス草加クリニック  |
|                   |   | 住所 埼玉県草加市氷川町 2149-3 1階  |

|          |      |                            |
|----------|------|----------------------------|
| 協力歯科医療機関 | 名称   | 医療法人社団コンパス<br>コンパス歯科クリニック蕨 |
|          | 住所   | 埼玉県蕨市塚越 5-6-35 イオンタウン蕨店内   |
|          | 協力内容 | 訪問診療                       |

(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><input checked="" type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合<br>3 その他 ( )   |
| 判断基準の内容                  | 1. ホームは、お客様の日常生活の維持及びホーム運営上、特に支障があり、特別な配慮が必要であると認められた場合にはお客様の居室を変更することがあるものとします。<br>2. この場合、追加費用は発生しないものとします。また個室の一般居室（兼介護居室）のお客様は個室の一般居室（兼介護居室）への変更となります。転室に伴い、構造若しくは仕様の変更、又は当時の居室と比較し面積が増減することがあります。 |
| 手続きの内容                   | ホームは、居室変更の判断に際しては、次に掲げる手続きをとるものとします。<br>① 緊急止むを得ない場合を除いて一定の観察期間を設けるものとします。<br>② ホームの指定する医師の意見を聴くものとします。<br>③ お客様及びその身元引受人等の同意を得るものとします。  |
| 追加的費用の有無                 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし  |
| 居室利用権の取扱い                | 利用権の対象居室は、当時の居室から変更後の居室に変更となります。   |
| 前払金償却の調整の有無              | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし  |
| 従前の居室との仕様の変更             | 面積の増減<br><input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし   |
|                          | 便所の変更<br>1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし   |
|                          | 浴室の変更<br>1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし   |
|                          | 洗面所の変更<br>1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし  |
|                          | 台所の変更<br>1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし   |
|                          | その他の変更<br>1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし<br>(変更内容)<br>構造もしくは仕様に変更がある場合があります。  |

(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   | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
|                    | 要支援の者   | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
|                    | 要介護の者   | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 留意事項               | <p>① 入居対象となる年齢条件(契約開始日時の年齢)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・月払い方式でのご契約：65歳以上の方(原則)</li> <li>・一時金方式でのご契約：80歳以上の方※1</li> </ul> <p>※1 一時金方式でのご契約で居室Ⅱ(二人入居可能)において二人でご入居される場合の年齢条件</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ⅰ) 主契約者は80歳以上の方※2</li> <li>ⅱ) 追加入居者は65歳以上の方(原則)</li> </ul> <p>※2 入居後、主契約者が退去し、追加入居者が継続入居する場合の取扱い</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ⅰ) 追加入居者が80歳未満の方であっても追加入居契約書に基づき、当初ご入居の居室Ⅱに継続入居できます。</li> <li>ⅱ) また、追加入居者が80歳未満の方であっても、一時金方式のご契約で居室Ⅱ(二人入居可能)から居室Ⅰ(個室)へ居室を変更することができます。この場合、居室の変更に伴う費用等の取扱いについて、別途お客様(追加入居者)とニチイケアパレス間で覚書の締結が必要となります。</li> </ul> <p>② 自立及び介護保険要介護又は要支援認定が要介護・要支援の方</p> <p>③ 複数入居者による共同生活を営むことに概ね支障がない方</p> <p>④ 著しい自傷他害の恐れがない方</p> <p>⑤ ホーム内で恒常に医師の治療を受けることを必要としない方</p> <p>⑥ 本契約に定めることを承諾し、ニチイケアパレスの運営方針に賛同できる方</p> <p>⑦ 反社会的勢力に該当しない方</p> |  |
| 契約の解除の内容           | <p>【入居契約書「契約の終了」条項より】</p> <p>次の各号のいずれかに該当する場合には、本契約は、終了するものとします。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① お客様が亡くなられた場合（死亡日を本契約終了日とします）</li> <li>② お客様が入居契約書「お客様による中途解約」条項に基づき本契約を中途解約した場合</li> <li>③ お客様が入居契約書「3ヶ月以内の解約」条項に基づき契約を解約した場合</li> <li>④ お客様が入居契約書「お客様による契約解除」条項に基づき本契約を解除した場合</li> <li>⑤ ニチイケアパレスが入居契約書「ニチイケアパレスによる契約解除」条項に基づき本契約を解除した場合</li> </ul>  |  |

**【入居契約書「お客様による契約解除」条項より】**

1. お客様は、次に掲げる事由が客観的に存在すると認められた場合には、直ちに本契約を解除することができるものとします。
  - ① ニチイケアパレスが、お客様、そのご家族又は身元引受人に対し、不法行為を行った場合
  - ② ニチイケアパレスが、本契約に著しく違反し、お客様に対して重大な損害を発生させた場合
  - ③ ニチイケアパレスが、正当な理由なくサービスの提供を拒否した場合
  - ④ ニチイケアパレスが、破産手続開始の申立、民事再生手続開始の申立又は会社更生手続開始の申立をし又は申立を受けた場合
  - ⑤ 上記各号の他、本契約を継続し難い重大な事情が認められる場合
2. お客様は、ニチイケアパレス又はその役員が次の各号のいずれかに該当した場合、催告することなく、本契約を解除することができるものとします。
  - ① 本契約「反社会的勢力の排除の確認」条項の各号の確約に反する事実が判明した場合
  - ② 本契約締結後にニチイケアパレス自ら又は役員が反社会的勢力に該当する者となった場合

**【入居契約書「ニチイケアパレスによる契約解除」条項より】**

1. ニチイケアパレスは、お客様が次に掲げる事項のいずれかに該当した場合には、本条第2項に定める規定に従い、本契約を解除することができるものとします。なお、原則としてニチイケアパレスは、お客様及び身元引受人と協議の場を設け、誠実に協議することにより、本契約を解除するか否かを慎重に決定するものとします。
  - ① お客様による費用又は料金の支払いが、2ヶ月以上遅延し、催告にもかかわらず、これが支払われない場合
  - ② お客様が正当な理由なく本契約「入居金」又は「保証金」条項に定める期日までに入居金又は保証金を支払わなかつた場合
  - ③ 入居に必要な書類に虚偽の記載をし、又は故意に不利益となる事実を告知しない等の不正手段により、ニチイケアパレスとの信頼関係に支障をきたした場合
  - ④ お客様が入居中にホームで対応困難な看護行為が必要になり、かつニチイケアパレスが関係法令に基づくホームでの人員体制では対応が困難であると判断した場合
  - ⑤ 病気治療のため病院もしくは診療所等に入院し、6ヶ月を経過しても退院できないことが明らかな場合
  - ⑥ お客様が、ホームへ所定の届出をせず、3ヶ月以上の長期にわたってホームを離れることが明らかな場合
  - ⑦ お客様又は身元引受人、返還金受取人が法令又は本契約の条項に違反しニチイケアパレスが改善の見込みがないと判断した場合
  - ⑧ お客様又は身元引受人、返還金受取人が、ニチイケアパレス、その従業者又は他のお客様の生命、身体、財産もしくは信用を傷つける恐れがあり、かつニチイケアパレスがこれを防止できないと判断した場合

|                |   |      |                   |        |     |
|----------------|---|------|-------------------|--------|-----|
|                | <p>⑨ 地震等の天災、関係法令の改変、その他止むを得ない事情によって継続的なホーム運営が困難になった場合</p> <p>⑩ 前各号の他、お客様又は身元引受人とニチイケアパレスとの信頼関係に支障をきたし、その回復が困難であり、ニチイケアパレスが適切なサービスの提供を継続できないと判断した場合</p> <p>⑪ 本契約「反社会的勢力の排除の確認」条項の各号の確約に反する事実が判明した場合又は本契約締結後にお客様、身元引受人、返還金受取人が反社会的勢力に該当する者となった場合</p> <p>2. ニチイケアパレスは、前項に基づき本契約を解除するためには、次に掲げる手続きを経るものとします。</p> <p>① 前項第①号、第②号、第⑦号に基づく解除は、原則として3ヶ月間の催告期間を要するものとします。</p> <p>② 前項第③号乃至第⑥号及び第⑧号乃至第⑪号に基づく解除は、催告期間を要せず、直ちに解除することができるものとします。</p> <p>③ お客様の移転先の有無について確認し、移転先がない場合には、お客様、そのご家族、身元引受人又は関係機関と協議し、移転先の確保について協力するものとします。</p> <p>④ 前項第④号の規定に基づく本契約の解除の場合には、前各号の手続きに加え、医師の意見を聴くものとします。</p> |      |                   |        |     |
| 事業主体から解約を求める場合 | <table border="1"> <tr> <td>解約条項</td><td>解約条項なし（但し、解除条項あり）</td></tr> <tr> <td>解約予告期間</td><td>一ヶ月</td></tr> </table>   | 解約条項 | 解約条項なし（但し、解除条項あり） | 解約予告期間 | 一ヶ月 |
| 解約条項           | 解約条項なし（但し、解除条項あり）   |      |                   |        |     |
| 解約予告期間         | 一ヶ月   |      |                   |        |     |
| 入居者からの解約予告期間   | 30日以上   |      |                   |        |     |
| 体験入居の内容        | <p>1 あり</p> <p>(内容：1泊2日 11,000円（うち消費税等1,000円))</p> <p>※ 7泊8日までのご契約となります。</p> <p>※ 家賃・管理費・食費・介護費が含まれます。</p> <p>※ 介護保険の適用外サービスとなります。</p> <p>※ 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。</p> <p>2 なし</p>   |      |                   |        |     |
| 入居定員           | 60人   |      |                   |        |     |
| その他            | —   |      |                   |        |     |

## 5. 職員体制

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

(職種別の職員数)

【令和7年7月1日現在】

|  | 職員数（実人数） |  |     | 常勤換算人<br>数※1※2 |
|--|----------|--|-----|----------------|
|  | 合計       | 常勤   | 非常勤 |                |
| 管理者  | 1        | 1  |     | 1              |
| 生活相談員  | 1        | 1  |     | 1              |
| 直接処遇職員   | 24       | 20   | 4   | 23.1           |
| 介護職員   | 20       | 17   | 3   | 19.3           |
| 看護職員   | 4        | 3  | 1   | 3.8            |
| 機能訓練指導員  | 1        | 1  |     | 1              |
| 計画作成担当者  | 1        | 1  |     | 1              |
| 栄養士  |          |  |     | (委託)           |
| 調理員  |          |  |     | (委託)           |
| 事務員  | 1        |  | 1   | 0.7            |
| その他職員  | 6        |  | 6   | 3.9            |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※ <sup>2</sup>   |          | 当ホームの常勤の従業者が勤務すべき時間数<br>(所定労働時間)は、月ごとに設定しています。<br>• 28日の月：160時間<br>• 30日の月：168時間<br>• 29日の月：160時間<br>• 31日の月：176時間 |     |                |
| ※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。 |          |  |     |                |
| ※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。   |          |  |     |                |

(資格を有している介護職員の人数)

|           | 合計 | 常勤 | 非常勤 |
|-----------|----|----|-----|
|           |    |    |     |
| 社会福祉士     |    |    |     |
| 介護福祉士     | 17 | 15 | 2   |
| 実務者研修の修了者 | 1  | 1  |     |
| 初任者研修の修了者 | 2  | 1  | 1   |
| 介護支援専門員   |    |    |     |

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

|             | 合計 | 常勤 | 非常勤 |
|-------------|----|----|-----|
| 看護師又は准看護師   |    |    |     |
| 理学療法士       | 1  | 1  |     |
| 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時30分～翌9時30分） |      |                |
|-------------------------|------|----------------|
|                         | 平均人数 | 最少時人数（休憩者等を除く） |
| 看護職員                    | 0人   | 0人             |
| 介護職員                    | 2人   | 2人             |

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

|   |                                      |  |
|---|--------------------------------------|--|
| 特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合<br><br>(一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能) | 契約上の職員配置比率※<br><br>【表示事項】            | a 1.5 : 1 以上<br>b 2 : 1 以上<br><input checked="" type="checkbox"/> c 2.5 : 1 以上<br>d 3 : 1 以上 |
|   | 実際の配置比率<br><br>(記入日時点での利用者数：常勤換算職員数) | 2.1 : 1  |

※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択

|  |            |       |
|--|------------|-------|
| 外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制（外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能） | ホームの職員数    | (非該当) |
|  | 訪問介護事業所の名称 | (非該当) |
|  | 訪問看護事業所の名称 | (非該当) |
|  | 通所介護事業所の名称 | (非該当) |

## (職員の状況)

【令和7年7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                                    | <input checked="" type="checkbox"/> 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         | 1   |  | 3    |       |       |     |         |     |         |     |
| 前年度1年間の退職者数         | 1   |  | 1    |       |       |     |         |     |         |     |
| 数業務に応じた従事した職員の経験人数年 | 1年未満  | 1                                      |      | 2     |       |     |         |     |         |     |
|                     | 1年以上3年未満                                    |  |      | 2     |       |     |         |     |         |     |
|                     | 3年以上5年未満                                    | 2                                      | 1    | 5     |       |     |         |     | 1       |     |
|                     | 5年以上10年未満                                   |  |      | 4     | 3     | 1   |         | 1   |         |     |
|                     | 10年以上                                       |  |      | 4     |       |     |         |     |         |     |
| 従業者の健康診断の実施状況       | <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし |  |      |       |       |     |         |     |         |     |

## 6. 利用料金

## (利用料金の支払い方法)

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| 居住の権利形態<br>【表示事項】                         | <input checked="" type="checkbox"/> 利用権方式                    |   |  |
|   | 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  |   |  |
|   | <input checked="" type="checkbox"/> 選択方式<br><br>※該当する方式を全て選択 | 1 全額前払い方式   |  |
|   |  | <input checked="" type="checkbox"/> 一部前払い・一部月払い方式 |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式 |  |   |  |
| ※1 「6-1. 一時金方式」参照<br>※2 「6-2. 月払い方式」参照    |  |   |  |
| 年齢に応じた金額設定                                | 1 あり   | 2 なし  |  |
| 要介護状態に応じた金額設定                             | 1 あり   | 2 なし  |  |

|                            |     |  |
|----------------------------|-----|--|
| 入院等による不在時における利用料金(月払い)の取扱い |     | <p>1 減額なし(但し、食材費の返金あり)</p> <p>2 日割り計算で減額</p> <p>3 不在期間が　　日以上の場合に限り、日割り計算で減額</p>                        |
| 利用料金の改定                    | 条件  | ・物価変動、関連法令の改正、人件費上昇などにより、改定する場合があります。  |
|                            | 手続き | ・ホーム所在地の自治体が発表する消費者物価指数、人件費等、関連法令等の改正及び運営懇談会の意見を勘案して決定します。<br>・改定実施にあたっては、お客様及び身元引受人に対して事前に通知するものとします。 |

## 6-1. 一時金方式

単位：円

| 居室タイプ | プラン名称      | 入居金<br>(非課税) | 月額      | (内訳)               |          |            |                  |              |
|-------|------------|--------------|---------|--------------------|----------|------------|------------------|--------------|
|       |            |              | 計       | 家賃<br>相当額<br>(非課税) | 介護<br>費用 | 食費<br>(税込) | 光<br>熱<br>水<br>費 | 管理費<br>(非課税) |
| 居室I   | 入居金<br>プラン | 3,900,000    | 221,840 | 85,000             | ※1       | 81,840     | —                | 55,000       |
| 居室II  | 入居金<br>プラン | 7,800,000    | 324,340 | 160,000            | ※1       | 81,840     | —                | 82,500       |

・居室IIは二人入居可能です。

※1 生活サポート費がかかる場合があります(「利用料金の算定根拠」参照)。

月額(計)には介護保険サービス費は含みません(「6-3. 介護保険サービス費(介護費)参照」)。

### ◎入居金の算定の基礎

入居金 = 1ヶ月分の前払家賃相当額(円) ×想定居住期間(月数)

### ◎1ヶ月分の前払家賃相当額

1ヶ月の家賃相当額のうち、一部を入居金としてお支払いいただく額となります。

居室I 65,000円

居室II 130,000円

### ◎想定居住期間

想定居住期間は、入居している又は入居することが想定される入居者の入居後の各年経過時点での退去率をもとに、居住継続率が概ね50%となるまでの期間を考慮して、下記のとおり定めています。

60ヶ月(5年)

## 6-2. 月払い方式

単位：円

| 居室<br>タイプ | プラン名称  | 月額      | (内訳)           |          |            |          |              |
|-----------|--------|---------|----------------|----------|------------|----------|--------------|
|           |        | 計       | 家賃相当額<br>(非課税) | 介護<br>費用 | 食費<br>(税込) | 光熱<br>水費 | 管理費<br>(非課税) |
| 居室 I      | 月払いプラン | 281,840 | 145,000        | ※1       | 81,840     | —        | 55,000       |
| 居室 II     | 月払いプラン | 444,340 | 280,000        | ※1       | 81,840     | —        | 82,500       |

・居室 II は二人入居可能です。

※1 生活サポート費がかかる場合があります（「利用料金の算定根拠」参照）。

月額（計）には介護保険サービス費は含みません（「6-3. 介護保険サービス費（介護費）参照」）。

|         |       |                        |
|---------|-------|------------------------|
| 敷金（保証金） | 居室 I  | 500,000円（家賃相当額の3.7か月分） |
| 敷金（保証金） | 居室 II | 750,000円（家賃相当額の2.7か月分） |

### （利用料金のプラン【代表的なプランを2例】）

|            |                               | プラン 1                | プラン 2                |
|------------|-------------------------------|----------------------|----------------------|
| 入居者の状況     | 要介護度                          | 要介護 1                | 要介護 1                |
|            | 年齢                            | 80 歳以上               | 80 歳以上               |
| 居室の状況      | 床面積                           | 18.56 m <sup>2</sup> | 18.56 m <sup>2</sup> |
|            | 便所                            | [1] 有 2 無            | [1] 有 2 無            |
|            | 浴室                            | 1 有 [2] 無            | 1 有 [2] 無            |
|            | 台所                            | 1 有 [2] 無            | 1 有 [2] 無            |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金                           | 3,900,000 円          | 0 円                  |
|            | 敷金                            | 0 円                  | 500,000 円            |
| 月額費用の合計    |                               | 238,832 円            | 298,832 円            |
| 家賃         |                               | 85,000 円             | 145,000 円            |
| サービス費用     | 特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用 | 16,992 円             | 16,992 円             |
|            | 介護費                           | 81,840 円             | 81,840 円             |
|            | 管理費                           | 55,000 円             | 55,000 円             |
|            | 介護費用                          | — 円                  | — 円                  |
|            | 光熱水費                          | (管理費に含む) 円           | (管理費に含む) 円           |
|            | その他                           | — 円                  | — 円                  |

※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。

※2 有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに関する介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない）

(利用料金の算定根拠)

| 費目                   | 算定根拠  |
|----------------------|---|
| 家賃                   | 専用居室、共用部分の利用のための費用  |
| 敷金                   | <p>月払い方式のみが対象となります。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・お客様の月額利用料その他支払いが滞った場合に備えてお預かりいたします。</li> <li>・保証金は、契約終了時に返還します。ただし、入居契約の終了時にお客様のニチイケアパレスに対する債務がある場合には、保証金からその対当額を相殺するものとします。</li> <li>・保証金は、契約終了日及び居室明渡し日のうち、いずれか遅い日の翌日から起算して原則 90 日以内に返還するものとします。</li> </ul>   |
| 介護費用                 | <p>[生活サポート費]</p> <p>月額 88,000円（うち消費税8,000円）（各年齢共通）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・自立（介護保険給付対象外）のお客様のみにかかる費用です。</li> <li>・入居後、介護保険の要介護又は要支援認定において「非該当」（自立）と認定されたお客様にもご負担いただきます。</li> <li>・「介護サービス等の一覧表」に基づくサービスを提供するための入件費となります。</li> </ul> <p>※介護保険サービス費の自己負担分は含みません。</p>  |
| 管理費                  | 施設維持管理費、共用部修繕費、電気、ガス、水道、下水、環境衛生費  |
| 食費                   | <p>[食費内訳]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・食 材 費 : 40,260円（うち消費税等3,660円）</li> <li>・厨房管理費 : 41,580円（うち消費税等3,780円）</li> </ul> <p>※3日前までにお申し出いただければ、欠食時には一食あたり次のとおり返金いたします。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・朝食 341円（うち消費税等31円）</li> <li>・昼食 539円（うち消費税等49円）</li> <li>・夕食 462円（うち消費税等42円）</li> </ul> <p>※厨房管理費は、食事部門人件費・管理費、設備・備品代に充当する為欠食があっても返金されません。</p> <p>※当ホームでは食事サービス費については全て軽減税率の対象外となります。</p> |
| 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 | <p>[介護保険給付対象外費用]</p> <p>30分あたり : 1,650 円（うち消費税等 150 円）</p> <p>※協力医療機関等以外の通院介助等にかかる利用料となります。<br/>サービスの実施にあたっては事前のご相談が必要となります。</p>  |
| その他のサービス利用料          | —   |

### 6-3. 介護保険サービス費（介護費）

※ 1ヶ月30日利用の場合

○基本分

| 要介護・要支援認定 | 単位数     | 介護費      | 1割負担分   | 2割負担分   | 3割負担分   | 令和6年6月1日現在 |
|-----------|---------|----------|---------|---------|---------|------------|
| 要支援1      | 183単位/日 | 57,370円  | 5,737円  | 11,474円 | 17,211円 |            |
| 要支援2      | 313単位/日 | 98,125円  | 9,813円  | 19,625円 | 29,438円 |            |
| 要介護1      | 542単位/日 | 169,917円 | 16,992円 | 33,984円 | 50,976円 |            |
| 要介護2      | 609単位/日 | 190,921円 | 19,093円 | 38,185円 | 57,277円 |            |
| 要介護3      | 679単位/日 | 212,866円 | 21,287円 | 42,574円 | 63,860円 |            |
| 要介護4      | 744単位/日 | 233,244円 | 23,325円 | 46,649円 | 69,974円 |            |
| 要介護5      | 813単位/日 | 254,875円 | 25,488円 | 50,975円 | 76,463円 |            |

○加算分

| 要介護・要支援認定        | 単位数      | 介護費     | 1割負担分                | 2割負担分   | 3割負担分  | ※要介護1～5のみ適用 |
|------------------|----------|---------|----------------------|---------|--------|-------------|
| 夜間看護体制加算※        |          |         |                      |         |        |             |
|                  |          |         |                      |         |        |             |
| ( I )            | 18単位/日   | 5,643円  | 565円                 | 1,129円  | 1,693円 |             |
| ( II )           | 9単位/日    | 2,821円  | 283円                 | 565円    | 847円   |             |
| 個別機能訓練加算         |          |         |                      |         |        |             |
|                  |          |         |                      |         |        |             |
| ( I )            | 12単位/日   | 3,762円  | 377円                 | 753円    | 1,129円 |             |
| ( II )           | 20単位/月   | 209円    | 21円                  | 42円     | 63円    |             |
| 協力医療機関連携加算       |          |         |                      |         |        |             |
|                  |          |         |                      |         |        |             |
| 協力医療機関が要件を満たす場合  | 100単位/月  | 1,045円  | 105円                 | 209円    | 314円   |             |
| 上記以外の場合          | 40単位/月   | 418円    | 42円                  | 84円     | 126円   |             |
| 退院・退所時連携加算※      |          |         |                      |         |        |             |
|                  |          |         |                      |         |        |             |
| 30単位/日           | 9,405円   | 941円    | 1,881円               | 2,822円  |        |             |
| 退去時情報提供加算        |          |         |                      |         |        |             |
|                  |          |         |                      |         |        |             |
| 250単位/回          | 2,612円   | 262円    | 523円                 | 784円    |        |             |
| 入居継続支援加算※        |          |         |                      |         |        |             |
|                  |          |         |                      |         |        |             |
| ( I )            | 36単位/日   | 11,286円 | 1,129円               | 2,258円  | 3,386円 |             |
| ( II )           | 22単位/日   | 6,897円  | 690円                 | 1,380円  | 2,070円 |             |
| 生活機能向上連携加算       |          |         |                      |         |        |             |
|                  |          |         |                      |         |        |             |
| ( I )            | 100単位/月  | 1,045円  | 105円                 | 209円    | 314円   |             |
| ( II )           | 200単位/月  | 2,090円  | 209円                 | 418円    | 627円   |             |
| 科学的介護推進体制加算      |          |         |                      |         |        |             |
|                  |          |         |                      |         |        |             |
| 40単位/月           | 418円     | 42円     | 84円                  | 126円    |        |             |
| ADL維持等加算※        |          |         |                      |         |        |             |
|                  |          |         |                      |         |        |             |
| ( I )            | 30単位/月   | 313円    | 32円                  | 63円     | 94円    |             |
| ( II )           | 60単位/月   | 627円    | 63円                  | 126円    | 189円   |             |
| 若年性認知症入居者受入加算    |          |         |                      |         |        |             |
|                  |          |         |                      |         |        |             |
| 120単位/日          | 37,620円  | 3,762円  | 7,524円               | 11,286円 |        |             |
| 口腔・栄養スクリーニング加算   |          |         |                      |         |        |             |
|                  |          |         |                      |         |        |             |
| 20単位/回           | 209円     | 21円     | 42円                  | 63円     |        |             |
| サービス提供体制強化加算     |          |         |                      |         |        |             |
|                  |          |         |                      |         |        |             |
| ( I )            | 22単位/日   | 6,897円  | 690円                 | 1,380円  | 2,070円 |             |
| ( II )           | 18単位/日   | 5,643円  | 565円                 | 1,129円  | 1,693円 |             |
| ( III )          | 6単位/日    | 1,881円  | 189円                 | 377円    | 565円   |             |
| 認知症専門ケア加算        |          |         |                      |         |        |             |
|                  |          |         |                      |         |        |             |
| ( I )            | 3単位/日    | 940円    | 94円                  | 188円    | 282円   |             |
| ( II )           | 4単位/日    | 1,254円  | 126円                 | 251円    | 377円   |             |
| 看取り介護加算（I）※注)    |          |         |                      |         |        |             |
|                  |          |         |                      |         |        |             |
| a 死亡日以前45～31日    | 72単位/日   | 752円    | 76円                  | 151円    | 226円   | 注) 1日あたりの額  |
| b 死亡日以前4～30日     | 144単位/日  | 1,504円  | 151円                 | 301円    | 452円   |             |
| c 死亡日の前日と前々日     | 680単位/日  | 7,106円  | 711円                 | 1,422円  | 2,132円 |             |
| d 死亡日            | 1280単位/日 | 13,376円 | 1,338円               | 2,676円  | 4,013円 |             |
| 看取り介護加算（II）※注)   |          |         |                      |         |        |             |
|                  |          |         |                      |         |        |             |
| a 死亡日以前45～31日    | 572単位/日  | 5,977円  | 598円                 | 1,196円  | 1,794円 | 注) 1日あたりの額  |
| b 死亡日以前4～30日     | 644単位/日  | 6,729円  | 673円                 | 1,346円  | 2,019円 |             |
| c 死亡日の前日と前々日     | 1180単位/日 | 12,331円 | 1,234円               | 2,467円  | 3,700円 |             |
| d 死亡日            | 1780単位/日 | 18,601円 | 1,861円               | 3,721円  | 5,581円 |             |
| 生産性向上推進体制加算      |          |         |                      |         |        |             |
|                  |          |         |                      |         |        |             |
| ( I )            | 100単位/月  | 1,045円  | 105円                 | 209円    | 314円   |             |
| ( II )           | 10単位/月   | 104円    | 11円                  | 21円     | 32円    |             |
| 高齢者施設等感染対策向上連携加算 |          |         |                      |         |        |             |
|                  |          |         |                      |         |        |             |
| ( I )            | 10単位/月   | 104円    | 11円                  | 21円     | 32円    |             |
| ( II )           | 5単位/月    | 52円     | 6円                   | 11円     | 16円    |             |
| 新興感染症等施設療養費      |          |         |                      |         |        |             |
|                  |          |         |                      |         |        |             |
| 240単位/日          | 2,508円   | 251円    | 502円                 | 753円    |        | 注) 1日あたりの額  |
| 介護職員等処遇改善加算      |          |         |                      |         |        |             |
|                  |          |         |                      |         |        |             |
| ( I )            |          |         | 月間所定単位数に12.8%を乗じた単位数 |         |        |             |
| ( II )           |          |         | 月間所定単位数に12.2%を乗じた単位数 |         |        |             |

- 当ホームの介護保険サービス費（介護費）は、1単位＝10.45円（5級地）です。
  - 介護費は、（介護費の単位）×（1単位の単価）×（利用日数）で求め、小数点以下切り捨て。
  - 統いて法定代理受領相当分を、1割負担分の場合は介護費の9割、2割負担分の場合は介護費の8割、3割負担分の場合は介護費の7割でそれぞれ求め、小数点以下切り捨て。
  - 1割、2割又は3割負担分の額は、介護費から上記により求めたそれぞれの法定代理受領相当分を差し引いた額となります。
  - 実際の介護費は、実際のご利用日数、加算分の適用内容に応じて決定します。
  - 加算分については、施設が基準・要件を満たしていない場合は適用になりません。
  - 償還払いの場合には、法定代理受領相当分に関して、ご自身で市区町村への手続きが必要です。
  - 消費税は非課税です。
- ※ 負担割合については、市区町村から交付される「介護保険負担割合証」に準じます。

#### （特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠）

※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

| 費目   | 算定根拠                    |
|--|-------------------------|
| 特定施設入居者生活介護※に対する自己負担                       | 「6-3. 介護保険サービス費（介護費）」参照 |
| 特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乗せサービス） | 該当なし                    |
| ※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。                        |                         |

#### （前払金の受領）※前払金を受領していない場合は省略可能

|                                     |                |   |  |      |        |        |       |        |        |
|-------------------------------------|----------------|---|--|------|--------|--------|-------|--------|--------|
| 算定根拠                                | 「6-1. 一時金方式」参照 |   |  |      |        |        |       |        |        |
| 想定居住期間（償却年月数）                       | 同上             |   |  |      |        |        |       |        |        |
| 償却の開始日                              | 契約開始日          |   |  |      |        |        |       |        |        |
| 想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額（初期償却額） | —              |   |  |      |        |        |       |        |        |
| 初期償却率                               | 該当なし           |   |  |      |        |        |       |        |        |
| 返還金の算定方法                            | 入居後3ヶ月以内の契約終了  | ◎ 「3ヶ月以内の解約」条項に基づく入居金の返還金の額は、以下により算出します。<br>返還する入居金の額＝<br>（受領済みの入居金全額）－（日割家賃※1 × 契約開始日から起算して契約終了日までの日数※2）<br>※1 日割家賃＝1ヶ月分の前払家賃相当額 ÷ 30<br>（1円未満の端数切捨て）                              |  |      |        |        |       |        |        |
|                                     |                | <table border="1"> <tr> <td>居室 I</td> <td>入居金プラン</td> <td>2,166円</td> </tr> <tr> <td>居室 II</td> <td>入居金プラン</td> <td>4,333円</td> </tr> </table> ※2 契約終了日より居室明け渡し日が遅い場合は、居室明け渡し日までの日数 |  | 居室 I | 入居金プラン | 2,166円 | 居室 II | 入居金プラン | 4,333円 |
| 居室 I                                | 入居金プラン         | 2,166円  |  |      |        |        |       |        |        |
| 居室 II                               | 入居金プラン         | 4,333円  |  |      |        |        |       |        |        |
|                                     |                | ◎ 返還金の例：<br>「入居金プラン・居室 I」入居金3,900,000円でご入居の方<br>→1月1日が契約開始日で、同年1月20日（20日間）が契約終了日の場合<br>返還金 3,856,680円＝<br>（入居金 3,900,000円）－（日割家賃 2,166円 × 20日）                                      |  |      |        |        |       |        |        |

|         |                      |  |
|---------|----------------------|--|
|         | <p>入居後3月を超えた契約終了</p> | <p>◎ 入居金は、入居日の翌日から起算して3ヶ月経過後、想定居住期間満了日までに契約が終了した場合には、次のイ又はロにより算出した額を返還するものとします。なお、以下において、契約終了日の属する月を「契約終了月」とします。</p> <p>イ 契約終了日が月の初日の場合<br/>     返還金 =<br/> <math display="block">\text{入居金} - \{(\text{償却開始月の前払家賃相当額}) + (1\text{ヶ月分の前払家賃相当額} \times \text{償却開始月翌月から契約終了月の前月までの月数})\}</math></p> <p>ロ 契約終了日が月の初日でない場合<br/>     返還金 =<br/> <math display="block">\text{入居金} - [(\text{償却開始月の前払家賃相当額}) + (1\text{ヶ月分の前払家賃相当額} \times \text{償却開始月翌月から契約終了月前月までの月数}) + \{(1\text{ヶ月分の前払家賃相当額} \div 30) \times (\text{契約終了月の初日から起算して契約終了日の前日までの日数})\}]</math><br/>     ※1円未満の端数切捨て</p> <p>(備考)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 償却期間終了後の返還金はありません。</li> <li>・ 解約時の返還金は、入居契約終了日及び居室明渡し日のうち、いずれか遅い日の翌日から起算して原則90日以内に返還するものとします。</li> </ul> <p>◎ 返還金の例 :</p> <p>「入居金プラン・居室I」入居金3,900,000円でご入居の方<br/>     →1月1日が契約開始日で、1年後の1月1日（月の初日）<br/>     が契約終了日の場合<br/>     返還金3,120,000円 =<br/> <math display="block">3,900,000 - \{65,000 + (65,000 \times 11\text{ヶ月})\}</math></p> |
| 前払金の保全先 | 1 連帯保証を行う銀行等の名称      |  |
|         | 2 信託契約を行う信託会社等の名称    | みずほ信託銀行株式会社による保全   |
|         | 3 保証保険を行う保険会社の名称     |  |
|         | 4 全国有料老人ホーム協会        |  |
|         | 5 その他（名称：）           |  |

## 7. 入居者の状況

### (入居者の人数)

【令和7年7月1日現在】

|       |             |     |
|-------|-------------|-----|
| 性別    | 男性          | 10人 |
|       | 女性          | 46人 |
| 年齢別   | 65歳未満       | 1人  |
|       | 65歳以上 75歳未満 | 1人  |
|       | 75歳以上 85歳未満 | 7人  |
|       | 85歳以上       | 47人 |
| 要介護度別 | 自立          | 1人  |
|       | 要支援1        | 6人  |
|       | 要支援2        | 2人  |
|       | 要介護1        | 14人 |
|       | 要介護2        | 14人 |
|       | 要介護3        | 6人  |
|       | 要介護4        | 6人  |
|       | 要介護5        | 7人  |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満       | 8人  |
|       | 6ヶ月以上 1年未満  | 3人  |
|       | 1年以上 5年未満   | 25人 |
|       | 5年以上 10年未満  | 20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    | 88.8歳 |
| 入居者数の合計 | 56人   |
| 入居率※    | 93.3% |

※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。

### (前年度における退去者の状況)

|             |                          |    |
|-------------|--------------------------|----|
| 退去先別の<br>人数 | 自宅等                      | 人  |
|             | 社会福祉施設                   | 人  |
|             | 医療機関                     | 人  |
|             | 死亡者                      | 6人 |
|             | その他                      | 1人 |
| 生前解約の<br>状況 | 施設側の申し出                  | 人  |
|             | (解約事由の例)                 |    |
|             | 入居者側の申し出                 | 1人 |
|             | (解約事由の例)<br>他社有料老人ホームへ転居 |    |

## 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    | お客様相談室       |               |
| 電話番号     | 0120-82-6501 |               |
| 対応している時間 | 平日           | 午前 9 時～午後 5 時 |
|          | 土曜           | —             |
|          | 日曜・祝日        | —             |
| 定休日      | 土日祝祭日、年末年始   |               |

|          |   |                         |
|----------|---|-------------------------|
| 窓口の名称    | ニチイホーム 草加<br>担当者 ホーム長（管理者） 林田 雄太  |                         |
| 電話番号     | 048-923-0871  |                         |
| 対応している時間 | 平日  | 午前 9 時 30 分～午後 5 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。<br>• 他に、ホーム内に【意見箱】を設置しています。<br>ご意見・ご要望等がありましたら、所定用紙にご記入の上隨時ご投函ください。 |                         |

|          |                    |                    |
|----------|--------------------|--------------------|
| 窓口の名称    | 草加市 健康福祉部 長寿・介護福祉課 |                    |
| 電話番号     | 048-922-1421       |                    |
| 対応している時間 | 平日                 | 午前 8 時 30 分～午後 5 時 |
|          | 土曜                 | —                  |
|          | 日曜・祝日              | —                  |
| 定休日      | 土日祝祭日、年末年始         |                    |

|          |                      |                    |
|----------|----------------------|--------------------|
| 窓口の名称    | 埼玉県国民健康保険団体連合会 介護保険課 |                    |
| 電話番号     | 048-824-2568（苦情専用窓口） |                    |
| 対応している時間 | 平 日                  | 午前 8 時 30 分～午後 5 時 |
|          | 土曜日                  | —                  |
|          | 日曜・祝日                | —                  |
| 定休日      | 土日祝祭日、年末年始           |                    |

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

|                               |                             |  |
|-------------------------------|-----------------------------|--|
| 損害賠償責任保険の加入状況                 | <input type="checkbox"/> あり | (その内容)<br>あいおいニッセイ同和損害保険株式会社<br>綜合賠償責任保険   |
|                               | 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 type="checkbox"/> あり | (その内容)<br>ニチイケアパレスは、ニチイケアパレスの責めに帰すべき事由によりお客様の生命、身体、財産又は名誉に損害を発生させた場合には、直ちに必要な措置を講ずるとともに、速やかに相当因果関係の範囲内の損害を賠償するものとします。但し、お客様にも責めに帰すべき事由が存するときは、賠償額が減額されるものとします。 |
|                               | 2 なし                        |  |
| 事故対応及びその予防のための指針              | <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> あり | 実施日    | 2025年3月8日                   |      |
|                                  |                             | 結果の開示  | <input type="checkbox"/> あり | 2 なし |
|                                  | 2 なし                        |        |                             |      |
| 第三者による評価の実施状況                    | <input type="checkbox"/> あり | 実施日    |                             |      |
|                                  |                             | 評価機関名称 |                             |      |
|                                  |                             | 結果の開示  | 1 あり                        | 2 なし |
|                                  | <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 入居希望者に公開 |  |
|          | <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 |  |
|          | 3 公開していない                         |  |
| 管理規程     | <input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 |  |
|          | <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 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><input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 財務諸表の原本 | 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br><input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない |

## 10. その他

|  |   |   |          |      |          |
|--|---|---|----------|------|----------|
| 運営懇談会  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり  | (開催頻度) 年 2 回  |          |      |          |
|  | 2 なし  | <table border="1"> <tr> <td>1 代替措置あり</td> <td>(内容)</td> </tr> <tr> <td>2 代替措置なし</td> <td></td> </tr> </table> | 1 代替措置あり | (内容) | 2 代替措置なし |
| 1 代替措置あり   | (内容)  |   |          |      |          |
| 2 代替措置なし   |   |   |          |      |          |
| 提携ホームへの移行<br>【表示事項】                                  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名：事業主体が運営するニチイホーム)<br>2 なし                                       |   |          |      |          |
| 有料老人ホーム設置時<br>の老人福祉法第 29 条第 1 項に規定する<br>届出           | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし<br>3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要 |   |          |      |          |
| 高齢者の居住の安定確保に関する法律第 5 条第 1 項に規定する<br>サービス付き高齢者向け住宅の登録 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし   |   |          |      |          |
| 有料老人ホーム設置運営指導指針「5. 規模及び構造設備」に合致しない事項                 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし   |   |          |      |          |
| 合致しない事項がある場合の内容                                      |   |   |          |      |          |
| 「6. 既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性                           | <input checked="" type="checkbox"/> 1 適合している (代替措置)<br>2 適合している (将来の改善計画)<br>3 適合していない                          |   |          |      |          |
| 有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項                                | —   |   |          |      |          |
| 不適合事項がある場合の内容  | —   |   |          |      |          |

|                 |  |                             |  |
|-----------------|--|-----------------------------|--|
| 高齢者虐待防止のための取組状況 | 高齢者虐待防止対策検討委員会の定期的な開催                    | <input type="checkbox"/> あり | 2 なし   |
|                 | 指針の整備                                    | <input type="checkbox"/> あり | 2 なし   |
|                 | 研修の定期的な実施                                | <input type="checkbox"/> あり | 2 なし   |
|                 | 担当者の配置                                   | <input type="checkbox"/> あり | 2 なし   |
| 業務継続計画の策定状況等    | 身体拘束適正化委員会の開催                            | <input type="checkbox"/> あり | 2 なし   |
|                 | 指針の整備                                    | <input type="checkbox"/> あり | 2 なし   |
|                 | 研修の実施                                    | <input type="checkbox"/> あり | 2 なし   |
|                 | 緊急やむ得ない場合に行う身体拘束その他の入居者の行動に制限する行為（身体拘束等） | <input type="checkbox"/> あり | 2 なし<br>身体的拘束等を行う場合の態様、及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録<br><input type="checkbox"/> あり |
| 業務継続計画の策定状況等    | 感染症に関する業務継続計画（BCP）                       | <input type="checkbox"/> あり | 2 なし   |
|                 | 災害に関する業務継続計画（BCP）                        | <input type="checkbox"/> あり | 2 なし   |
|                 | 従業者に対する周知の実施                             | <input type="checkbox"/> あり | 2 なし   |
|                 | 定期的な研修の実施                                | <input type="checkbox"/> あり | 2 なし   |
|                 | 定期的な訓練の実施                                | <input type="checkbox"/> あり | 2 なし   |
|                 | 定期的な見直し                                  | <input type="checkbox"/> あり | 2 なし   |

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）

私は、下記署名の者に対し、重要事項説明書及び添付書類（別添1、別添2）について説明しました。

説明者職・氏名

令和 年 月 日

職 \_\_\_\_\_

氏 名 (署名)

印

私は、上記署名の者から重要事項説明書及び添付書類（別添1、別添2）について説明を受け、理解しました。

令和 年 月 日

契約を前提に説明を受けた者（契約予定者）

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 (署名)

印

代理人又は署名代行人

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 (署名)

印

※契約予定者との続柄 \_\_\_\_\_

※署名代行の理由 \_\_\_\_\_

**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                       |
|------------------------------|--------|---------------------------|
| <b>&lt;居宅サービス&gt;</b>        |        |                           |
| 訪問介護                         | あり     | なし                        |
| 訪問入浴介護                       | あり     | なし                        |
| 訪問看護                         | あり     | なし                        |
| 訪問リハビリテーション                  | あり     | なし                        |
| 居宅療養管理指導                     | あり     | なし                        |
| 通所介護                         | あり     | なし                        |
| 通所リハビリテーション                  | あり     | なし                        |
| 短期入所生活介護                     | あり     | なし                        |
| 短期入所療養介護                     | あり     | なし                        |
| 特定施設入居者生活介護                  | あり     | なし<br>ニチイホーム大宮<br>(他7事業所) |
| 福祉用具貸与                       | あり     | なし                        |
| 特定福祉用具販売                     | あり     | なし                        |
| <b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>     |        |                           |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護             | あり     | なし                        |
| 夜間対応型訪問介護                    | あり     | なし                        |
| 認知症対応型通所介護                   | あり     | なし                        |
| 小規模多機能型居宅介護                  | あり     | なし                        |
| 認知症対応型共同生活介護                 | あり     | なし                        |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護             | あり     | なし                        |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護         | あり     | なし                        |
| 看護小規模多機能型居宅介護                | あり     | なし                        |
| 居宅介護支援                       | あり     | なし                        |
| <b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>    |        |                           |
| 介護予防訪問介護                     | あり     | なし                        |
| 介護予防訪問入浴介護                   | あり     | なし                        |
| 介護予防訪問看護                     | あり     | なし                        |
| 介護予防訪問リハビリテーション              | あり     | なし                        |
| 介護予防居宅療養管理指導                 | あり     | なし                        |
| 介護予防通所介護                     | あり     | なし                        |
| 介護予防通所リハビリテーション              | あり     | なし                        |
| 介護予防短期入所生活介護                 | あり     | なし                        |
| 介護予防短期入所療養介護                 | あり     | なし                        |
| 介護予防特定施設入居者生活介護              | あり     | なし<br>ニチイホーム大宮<br>(他7事業所) |
| 介護予防福祉用具貸与                   | あり     | なし                        |
| 特定介護予防福祉用具販売                 | あり     | なし                        |
| <b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b> |        |                           |
| 介護予防認知症対応型通所介護               | あり     | なし                        |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護              | あり     | なし                        |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護             | あり     | なし                        |
| 介護予防支援                       | あり     | なし                        |
| <b>&lt;介護保険施設&gt;</b>        |        |                           |
| 介護老人福祉施設                     | あり     | なし                        |
| 介護老人保健施設                     | あり     | なし                        |
| 介護療養型医療施設                    | あり     | なし                        |

## 介護サービス等の一覧表

|                   | 自立             |              | 要支援1・2                |              | 要介護1～5                |              | 備考             |
|-------------------|----------------|--------------|-----------------------|--------------|-----------------------|--------------|----------------|
| 介護を行う場所           | 一般居室（兼介護居室）    | 一般居室（兼介護居室）  | 一般居室（兼介護居室）           | 一般居室（兼介護居室）  | 一般居室（兼介護居室）           | 一般居室（兼介護居室）  |                |
|                   | 生活サポート費に含むサービス | その都度徴収するサービス | 介護保険サービス費（介護費）に含むサービス | その都度徴収するサービス | 介護保険サービス費（介護費）に含むサービス | その都度徴収するサービス |                |
| <介護サービス>          |                |              |                       |              |                       |              |                |
| ○巡回               |                |              |                       |              |                       |              |                |
| 昼間 9：00～ 18：00    | 適宜対応           | —            | 適宜対応                  | —            | 適宜対応                  | —            |                |
| 夜間 18：00～翌9：00    | 適宜対応           | —            | 適宜対応                  | —            | 適宜対応                  | —            |                |
| ○食事介助             | —              | —            | 適宜対応                  | —            | 適宜対応                  | —            |                |
| ○排泄介助             | —              | —            | 適宜対応                  | —            | 適宜対応                  | —            |                |
| ○おむつ交換            | —              | —            | 適宜対応                  | —            | 適宜対応                  | —            |                |
| ○おむつ代             | —              | 実費           | —                     | 実費           | —                     | 実費           |                |
| ○入浴               |                |              |                       |              |                       |              |                |
| ・一般浴介助、特浴介助       | —              | —            | 週2回                   | —            | 週2回                   | —            |                |
| ・清拭               | —              | —            | 適宜対応                  | —            | 適宜対応                  | —            |                |
| ○身辺介助             |                |              |                       |              |                       |              |                |
| ・体位交換             | —              | —            | 適宜対応                  | —            | 適宜対応                  | —            |                |
| ・居室からの移動          | —              | —            | 適宜対応                  | —            | 適宜対応                  | —            |                |
| ・衣類の着脱            | —              | —            | 適宜対応                  | —            | 適宜対応                  | —            |                |
| ・身だしなみ介助          | —              | —            | 適宜対応                  | —            | 適宜対応                  | —            |                |
| ○機能訓練<br>(生活リハビリ) | 適宜対応           | —            | 適宜対応                  | —            | 適宜対応                  | —            |                |
| ○通院時の介助           |                |              |                       |              |                       |              |                |
| ・協力医療機関等          | 適宜対応           | —            | 適宜対応                  | —            | 適宜対応                  | —            | 注1<br>注2<br>注3 |
| ・協力医療機関等以外        | —              | 別途費用負担       | —                     | 別途費用負担       | —                     | 別途費用負担       |                |
| ○緊急時対応            |                |              |                       |              |                       |              |                |
| ・ナースコール           | 24時間対応         | —            | 24時間対応                | —            | 24時間対応                | —            |                |
| ・受診               | 適宜対応           | —            | 適宜対応                  | —            | 適宜対応                  | —            |                |
| <生活サービス>          |                |              |                       |              |                       |              |                |
| ○清掃               | 週2回            | —            | 週2回                   | —            | 週2回                   | —            |                |
| ○シーツ交換            | 週1回            | —            | 週1回                   | —            | 週1回                   | —            |                |
| ○洗濯               | 週2回            | —            | 週2回                   | —            | 週2回                   | —            |                |
| ○居室配膳・下膳          | 適宜対応           | —            | 適宜対応                  | —            | 適宜対応                  | —            |                |
| ○理美容              | —              | 実費           | —                     | 実費           | —                     | 実費           |                |
| ○買物代行             | 週1回            | —            | 週1回                   | —            | 週1回                   | —            | 注4             |
| ○介護保険関連の手続き援助     | —              | —            | 適宜対応                  | —            | 適宜対応                  | —            |                |

|                              | 自立             |              | 要支援1・2                |              | 要介護1～5                |              | 備考       |
|------------------------------|----------------|--------------|-----------------------|--------------|-----------------------|--------------|----------|
|                              | 生活サポート費に含むサービス | その都度徴収するサービス | 介護保険サービス費（介護費）に含むサービス | その都度徴収するサービス | 介護保険サービス費（介護費）に含むサービス | その都度徴収するサービス |          |
| <b>&lt;健康管理サービス&gt;</b>      |                |              |                       |              |                       |              |          |
| ○健康相談                        | 適宜対応           | —            | 適宜対応                  | —            | 適宜対応                  | —            |          |
| ○定期健康診断<br>(基本検診項目)          | —              | 年2回<br>実費    | —                     | 年2回<br>実費    | —                     | 年2回<br>実費    |          |
| ○健康診断<br>(基本検診項目以外)          | —              | 実費           | —                     | 実費           | —                     | 実費           |          |
| ○生活指導                        | 適宜対応           | —            | 適宜対応                  | —            | 適宜対応                  | —            |          |
| ○医師の訪問診療                     | —              | 月2回<br>実費    | —                     | 月2回<br>実費    | —                     | 月2回<br>実費    |          |
| ○医師の往診                       | —              | 実費           | —                     | 実費           | —                     | 実費           |          |
| ・救急時対応                       | —              | 実費           | —                     | 実費           | —                     | 実費           | 注5       |
| ○外来受診                        | —              | 実費           | —                     | 実費           | —                     | 実費           |          |
| <b>&lt;入退院時、入院中のサービス&gt;</b> |                |              |                       |              |                       |              |          |
| ○入退院時の移動の介助                  |                |              |                       |              |                       |              |          |
| ・協力医療機関等                     | 適宜対応           | —            | 適宜対応                  | —            | 適宜対応                  | —            | 注1       |
| ・協力医療機関等以外                   | —              | 別途費用負担       | —                     | 別途費用負担       | —                     | 別途費用負担       | 注2<br>注3 |
| ○医療費                         | —              | 実費           | —                     | 実費           | —                     | 実費           |          |
| ○入院中の洗濯物交換                   | 適宜対応           | —            | 適宜対応                  | —            | 適宜対応                  | —            | 注6       |
| <b>&lt;その他サービス&gt;</b>       |                |              |                       |              |                       |              |          |
| ○レクリエーション                    | 適宜対応           | 内容により実費      | 適宜対応                  | 内容により実費      | 適宜対応                  | 内容により実費      |          |
| ○福祉用具                        | —              | —            | 適宜対応                  | 内容により実費      | 適宜対応                  | 内容により実費      | 注7       |

※ 自立の方を除き、実際のサービスの内容・頻度・回数は、特定施設サービス計画書（ケアプラン）に基づき提供いたします。

※ 上記以外のサービスにつきましては、別途相談とさせていただきます。

実施する場合は、実費又は30分毎に1,650円（うち消費税等150円）あるいはその両方の費用がかかります。

注1) 協力医療機関への通院及び協力医療機関の指示に基づく通院・入退院時の送迎介助は、「介護保険サービス費（介護費）に含むサービス」となり、別途の費用負担は発生しません。

注2) 協力医療機関等以外の医療機関への通院及び入退院時の送迎介助は、30分毎に1,650円（うち消費税等150円）とタクシー代・駐車場代等の実費をご負担いただきます。

ただし、車両の使用状況や職員の配置状況により、対応できない場合があります。

注3) 「介助」に該当しない運転手のみの送迎サービス（病院、買い物、駅等への送迎）は行っておりません。ご家族で送迎していただくか、公共交通機関・タクシー等をご利用ください。

注4) 買い物代行サービスは週に1回、ホームが指定した店舗の取扱商品に限らせていただきます。

注5) 急に身体の具合が悪くなった場合は、職員が的確かつ迅速に対応に当たります。

また、状況により医師と連絡をとり協力医療機関等での救急治療あるいは救急入院ができるように対応いたします。

注6) 衣類（洗濯物）交換、おむつ等備品お届けなど

注7) 介護上必要な、標準仕様の車いす・杖・歩行器・エアーマット等についてはホームで準備させていただきます。特別な希望による福祉用具はお客様の実費負担になります。