

## 重 要 事 項 説 明 書

|      |       |       |                 |
|------|-------|-------|-----------------|
|      |       | 記入年月日 | 平成 25 年 7 月 1 日 |
| 記入者名 | 常盤 道弘 | 所属・職名 | 管理部 ・ 部長        |

## 1. 事業主体概要

|                                 |                      |                                                                                                                                                  |       |  |
|---------------------------------|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--|
| 事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先 |                      |                                                                                                                                                  |       |  |
| 事業主体の名称                         | 法人の種類                | 株式会社                                                                                                                                             |       |  |
|                                 | 名称                   | (ふりがな)<br>かぶしきがいしゃにちいけあぱれす<br>株式会社ニチイケアパレス                                                                                                       |       |  |
| 事業主体の主たる<br>事務所の所在地             | 〒101-0062            |                                                                                                                                                  |       |  |
|                                 | 東京都千代田区神田駿河台二丁目 9 番地 |                                                                                                                                                  |       |  |
| 事業主体の連絡先                        | 電話番号                 | 03-3291-8965                                                                                                                                     |       |  |
|                                 | F A X 番号             | 03-3291-8966                                                                                                                                     |       |  |
|                                 | ホームページ<br>アドレス       | なし                                                                                                                                               |       |  |
|                                 |                      | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">あり</div> <a href="http://www.nichii-carepalace.co.jp">http://www.nichii-carepalace.co.jp</a> |       |  |
| 事業主体の代表者の<br>職名及び氏名             |                      | 職名                                                                                                                                               | 代表取締役 |  |
|                                 |                      | 氏名                                                                                                                                               | 建部 悠  |  |
| 事業主体の設立年月日                      |                      | 昭和 39 年 6 月 22 日                                                                                                                                 |       |  |

| 事業主体が埼玉県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                   | 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 | ニチイホーム<br>東浦和 | さいたま市<br>緑区大間木 8 1 6 |  |
| 福祉用具貸与                 | あり | なし |               |                      |  |
| 特定福祉用具販売               | あり | なし |               |                      |  |
| ＜地域密着型サービス＞            |    |    |               |                      |  |
| 定期巡回・随時訪問介護・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 |               |                      |  |
| 複合型サービス                | あり | なし |               |                      |  |
| 居宅介護支援                 | あり | なし |               |                      |  |
| ＜居宅介護予防サービス＞           |    |    |               |                      |  |
| 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 | ニチイホーム<br>東浦和 | さいたま市<br>緑区大間木 8 1 6 |  |
| 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 |               |                      |  |
| ＜地域密着型介護予防サービス＞        |    |    |               |                      |  |
| 介護予防認知症対応型通所介護         | あり | なし |               |                      |  |
| 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 |               |                      |  |

|           |    |    |  |  |
|-----------|----|----|--|--|
| <介護保険施設>  |    |    |  |  |
| 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 |  |  |

## 2. 施設概要

|                                                                        |                                 |                                                                        |  |  |
|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先                                                 |                                 |                                                                        |  |  |
| 施設の名称                                                                  | (ふりがな) にちいほーむ おおみや<br>ニチイホーム 大宮 |                                                                        |  |  |
| 施設の所在地                                                                 | 〒331-0823                       | さいたま市北区日進町二丁目 1334                                                     |  |  |
| 施設の連絡先                                                                 | 電話番号                            | 048-662-5330                                                           |  |  |
|                                                                        | F A X 番号                        | 048-662-5331                                                           |  |  |
|                                                                        | ホームページ                          | なし                                                                     |  |  |
|                                                                        | アドレス                            | あり : <a href="http://www.nichii-home.jp">http://www.nichii-home.jp</a> |  |  |
| 施設の開設年月日                                                               |                                 | 平成 21 年 10 月 1 日                                                       |  |  |
| 施設の管理者の職名及び氏名                                                          | 職名                              | ホーム長 (施設長・管理者)                                                         |  |  |
|                                                                        | 氏名                              | 足立 真一                                                                  |  |  |
| 施設までの主な利用交通手段                                                          |                                 |                                                                        |  |  |
| JR 川越線「日進」駅より徒歩 11 分 (840m)                                            |                                 |                                                                        |  |  |
| 施設の類型及び表示事項                                                            | 類型                              | 介護付有料老人ホーム (一般型)                                                       |  |  |
|                                                                        | 居住の権利形態                         | 利用権方式                                                                  |  |  |
|                                                                        | 利用料の支払方式                        | 選択方式                                                                   |  |  |
|                                                                        | 入居時の要件                          | 入居時自立・要支援・要介護                                                          |  |  |
|                                                                        | 介護保険                            | さいたま市指定介護保険特定施設<br>(一般型特定施設)                                           |  |  |
|                                                                        | 専用居室区分                          | 5 4 室 (全室個室)                                                           |  |  |
|                                                                        | 介護にかかわる職員体制                     | 2. 5 : 1 以上                                                            |  |  |
| 介護保険事業所番号                                                              | 1176507778                      |                                                                        |  |  |
| 特定施設入居者生活介護の事業の開始年月日又は開始予定年月日及び指定又は許可を受けた年月日 (指定又は許可の更新を受けた場合には、その年月日) |                                 |                                                                        |  |  |
| 事業の開始 (予定) 年月日                                                         | 平成 21 年 10 月 1 日                |                                                                        |  |  |
| 指定の年月日                                                                 | 平成 21 年 10 月 1 日                |                                                                        |  |  |
| 指定の更新年月日                                                               | 平成 一年 一月一日                      |                                                                        |  |  |

### 3. 従業者に関する事項

| 職種別の従業者の人数及びその勤務形態                                                                              |                                 |                                                                                                                                    |                    |     |    |             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----|----|-------------|
| 有料老人ホームの人数及びその勤務形態                                                                              |                                 |                                                                                                                                    |                    |     |    |             |
| 実人数                                                                                             | 常勤                              |                                                                                                                                    | 非常勤                |     | 合計 | 常勤換算<br>人 数 |
|                                                                                                 | 専従                              | 非専従                                                                                                                                | 専従                 | 非専従 |    |             |
| 施設長                                                                                             | 1                               |                                                                                                                                    |                    |     | 1  | 1.0         |
| 生活相談員                                                                                           | 1                               | 1                                                                                                                                  |                    |     | 2  | 1.1         |
| 看護職員                                                                                            | 1                               | 1                                                                                                                                  | 9                  |     | 11 | 6.5         |
| 介護職員                                                                                            | 11                              |                                                                                                                                    | 9                  |     | 20 | 17.3        |
| 機能訓練指導員                                                                                         |                                 | 1                                                                                                                                  |                    |     | 1  | 0.1         |
| 計画作成担当者                                                                                         |                                 | 1                                                                                                                                  |                    |     | 1  | 0.8         |
| 栄養士                                                                                             |                                 |                                                                                                                                    |                    |     |    |             |
| 調理員                                                                                             |                                 |                                                                                                                                    |                    |     |    |             |
| 事務員                                                                                             | 1                               |                                                                                                                                    |                    |     | 1  | 1.0         |
| その他従業者                                                                                          |                                 |                                                                                                                                    | 2                  |     | 2  | 1.5         |
| 1 週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数                                                                         |                                 | 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／月    ・ 30 日の月＝168 時間／月<br>・ 29 日の月＝160 時間／月    ・ 31 日の月＝176 時間／月 |                    |     |    |             |
| ※ 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。 |                                 |                                                                                                                                    |                    |     |    |             |
| 従業者である介護職員が有している資格                                                                              |                                 |                                                                                                                                    |                    |     |    |             |
| 延べ人数                                                                                            | 常勤                              |                                                                                                                                    | 非常勤                |     |    |             |
|                                                                                                 | 専従                              | 非専従                                                                                                                                | 専従                 | 非専従 |    |             |
| 社会福祉士                                                                                           |                                 |                                                                                                                                    |                    |     |    |             |
| 介護福祉士                                                                                           | 3                               |                                                                                                                                    | 2                  |     |    |             |
| 実務者研修                                                                                           |                                 |                                                                                                                                    |                    |     |    |             |
| 介護職員初任者研修                                                                                       | 8                               |                                                                                                                                    | 7                  |     |    |             |
| 介護支援専門員                                                                                         |                                 |                                                                                                                                    |                    |     |    |             |
| 従業者である機能訓練指導員が有している資格                                                                           |                                 |                                                                                                                                    |                    |     |    |             |
| 延べ人数                                                                                            | 常勤                              |                                                                                                                                    | 非常勤                |     |    |             |
|                                                                                                 | 専従                              | 非専従                                                                                                                                | 専従                 | 非専従 |    |             |
| 理学療法士                                                                                           |                                 |                                                                                                                                    |                    |     |    |             |
| 作業療法士                                                                                           |                                 |                                                                                                                                    |                    |     |    |             |
| 言語聴覚士                                                                                           |                                 |                                                                                                                                    |                    |     |    |             |
| 看護師及び准看護師                                                                                       |                                 | 1                                                                                                                                  |                    |     |    |             |
| 柔道整復士                                                                                           |                                 |                                                                                                                                    |                    |     |    |             |
| あん摩マッサージ指圧師                                                                                     |                                 |                                                                                                                                    |                    |     |    |             |
| 夜勤を行う看護職員及び介護職員の人数                                                                              |                                 |                                                                                                                                    |                    |     |    |             |
| 人 数                                                                                             | 夜勤帯平均人数<br>(16 時 30 分～9 時 30 分) |                                                                                                                                    | 最少時人数<br>(休憩者等を除く) |     |    |             |
| 看護職員                                                                                            | 1                               |                                                                                                                                    | 0                  |     |    |             |
| 介護職員                                                                                            | 3                               |                                                                                                                                    | 2                  |     |    |             |

| 特定施設入居者生活介護の提供に当たる従業者の人数及びその勤務形態                                                                |    |                                                                                                                    |                     |     |     |        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----|-----|--------|
| 実人数                                                                                             | 常勤 |                                                                                                                    | 非常勤                 |     | 合計  | 常勤換算人数 |
|                                                                                                 | 専従 | 非専従                                                                                                                | 専従                  | 非専従 |     |        |
| 生活相談員                                                                                           | 1  | 1                                                                                                                  |                     |     | 2   | 1.1    |
| 看護職員                                                                                            | 1  | 1                                                                                                                  | 9                   |     | 11  | 6.5    |
| 介護職員                                                                                            | 11 |                                                                                                                    | 9                   |     | 20  | 17.8   |
| 機能訓練指導員                                                                                         |    | 1                                                                                                                  |                     |     | 1   | 0.1    |
| 計画作成担当者                                                                                         |    | 1                                                                                                                  |                     |     | 1   | 0.8    |
| その他従業者                                                                                          | 1  |                                                                                                                    | 2                   |     | 3   | 2.5    |
| 1週間のうち、常勤の従事者が勤務すべき時間数                                                                          |    | 当ホームの常勤の従業者が勤務すべき時間数（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／月    ・30日の月＝168時間／月<br>・29日の月＝160時間／月    ・31日の月＝176時間／月 |                     |     |     |        |
| ※ 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。 |    |                                                                                                                    |                     |     |     |        |
| 従業者である介護職員が有している資格                                                                              |    |                                                                                                                    |                     |     |     |        |
| 延べ人数                                                                                            | 常勤 |                                                                                                                    | 非常勤                 |     |     |        |
|                                                                                                 | 専従 | 非専従                                                                                                                | 専従                  | 非専従 |     |        |
| 社会福祉士                                                                                           |    |                                                                                                                    |                     |     |     |        |
| 介護福祉士                                                                                           | 3  |                                                                                                                    | 2                   |     |     |        |
| 実務者研修                                                                                           |    |                                                                                                                    |                     |     |     |        |
| 介護職員初任者研修                                                                                       | 8  |                                                                                                                    | 7                   |     |     |        |
| 介護支援専門員                                                                                         |    |                                                                                                                    |                     |     |     |        |
| 従業者である機能訓練指導員が有している資格                                                                           |    |                                                                                                                    |                     |     |     |        |
| 延べ人数                                                                                            | 常勤 |                                                                                                                    | 非常勤                 |     |     |        |
|                                                                                                 | 専従 | 非専従                                                                                                                | 専従                  | 非専従 |     |        |
| 理学療法士                                                                                           |    |                                                                                                                    |                     |     |     |        |
| 作業療法士                                                                                           |    |                                                                                                                    |                     |     |     |        |
| 言語聴覚士                                                                                           |    |                                                                                                                    |                     |     |     |        |
| 看護師及び准看護師                                                                                       |    | 1                                                                                                                  |                     |     |     |        |
| 柔道整復士                                                                                           |    |                                                                                                                    |                     |     |     |        |
| あん摩マッサージ指圧師                                                                                     |    |                                                                                                                    |                     |     |     |        |
| 管理者の他の職務との兼務の有無                                                                                 |    |                                                                                                                    |                     | あり  | なし  |        |
| 管理者が有している当該業務に係る資格等                                                                             | なし | あり                                                                                                                 | 資格等の名称<br>介護職員初任者研修 |     |     |        |
| 特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護職員及び介護職員の常勤換算方法による人数の割合                                                    |    |                                                                                                                    |                     |     | 1.7 |        |

| 従業者の当該介護サービスに係る業務に従事した経験年数等 |         |     |         |     |       |     |
|-----------------------------|---------|-----|---------|-----|-------|-----|
|                             | 看護職員    |     | 介護職員    |     | 生活相談員 |     |
|                             | 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       | 2   | 2       |     |       |     |
| 前年度1年間の退職者数                 | 2       |     | 1       | 4   |       |     |
| 業務に従事した経験年数                 |         |     |         |     |       |     |
| 1年未満の者の人数                   | 2       | 2   | 2       | 1   |       |     |
| 1年以上3年未満の者の人数               |         | 3   | 5       | 2   | 1     |     |
| 3年以上5年未満の者の人数               |         | 1   | 3       | 3   | 1     |     |
| 5年以上10年未満の者の人数              | 1       |     | 1       | 3   |       |     |
| 10年以上の者の人数                  |         |     |         |     |       |     |
|                             | 機能訓練指導員 |     | 計画作成担当者 |     |       |     |
|                             | 常勤      | 非常勤 | 常勤      | 非常勤 |       |     |
| 前年度1年間の採用者数                 |         |     |         |     |       |     |
| 前年度1年間の退職者数                 |         |     |         |     |       |     |
| 業務に従事した経験年数                 |         |     |         |     |       |     |
| 1年未満の者の人数                   |         |     |         |     |       |     |
| 1年以上3年未満の者の人数               |         |     |         |     |       |     |
| 3年以上5年未満の者の人数               |         |     |         | 1   |       |     |
| 5年以上10年未満の者の人数              | 1       |     |         |     |       |     |
| 10年以上の者の人数                  |         |     |         |     |       |     |
| 従業者の健康診断の実施状況               |         |     |         | なし  | あり    |     |

#### 4. サービスの内容

|                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |                                                                                 |                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 施設の運営に関する方針                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |                                                                                 |                                                                |
| 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する。<br>2. 可能な限り自立した生活が送れるように“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提供に努める。<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、地域を生活圏とした社会生活上の便宜を図る。 |    |                                                                                 |                                                                |
| 介護サービスの内容、利用定員等                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |                                                                                 |                                                                |
| 個別機能訓練の実施（介護報酬の加算）の有無                                                                                                                                                                                                                                                              |    | <input type="checkbox"/> なし                                                     | あり                                                             |
| 夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無                                                                                                                                                                                                                                                               |    | <input type="checkbox"/> なし                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> あり                         |
| 医療機関連携加算（介護報酬の加算）の有無                                                                                                                                                                                                                                                               |    | <input type="checkbox"/> なし                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> あり                         |
| 看取り介護体制加算（介護報酬の加算）の有無                                                                                                                                                                                                                                                              |    | <input type="checkbox"/> なし                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> あり                         |
| 介護職員処遇改善加算（介護報酬の加算）の有無                                                                                                                                                                                                                                                             |    | <input type="checkbox"/> なし                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> あり                         |
| 短期利用特定施設入居者生活介護の有無                                                                                                                                                                                                                                                                 |    | <input type="checkbox"/> なし                                                     | あり                                                             |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無                                                                                                                                                                                                                                                               |    | <input type="checkbox"/> なし                                                     | あり                                                             |
| 利用者の個別的な選択による介護サービスの実施状況                                                                                                                                                                                                                                                           |    | 別紙                                                                              |                                                                |
| 協力医療機関の名称                                                                                                                                                                                                                                                                          |    | 名 称 医療法人社団 あおぞら会<br>さいたまホームクリニック<br>所 在 地 埼玉県川口市戸塚 2-26-6<br>診療科目 麻酔科・内科・アレルギー科 |                                                                |
| (協力の内容) 往診対応、他の医療機関に入院を要する場合の紹介等                                                                                                                                                                                                                                                   |    |                                                                                 |                                                                |
| 協力医療機関の名称                                                                                                                                                                                                                                                                          |    | 名 称<br>所 在 地<br>診療科目                                                            |                                                                |
| (協力の内容) 往診対応、他の医療機関に入院を要する場合の紹介等                                                                                                                                                                                                                                                   |    |                                                                                 |                                                                |
| 協力歯科医療機関                                                                                                                                                                                                                                                                           | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり                                          | 名 称 医療法人社団高輪会 浦和歯科<br>所 在 地 埼玉県さいたま市南区<br>別所 3-16-9 安藤ビル 102 号 |
| (協力の内容) 往診対応                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |                                                                                 |                                                                |
| 要介護時における居室の住替えに関する事項                                                                                                                                                                                                                                                               |    |                                                                                 |                                                                |
| 要介護時に介護を行う場所                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |                                                                                 |                                                                |
| 介護が必要になった場合でも、原則としてご入居される居室（一般居室兼介護居室）で介護をいたします。但し、心身の状況により他の居室へ住み替えていただく場合があります。                                                                                                                                                                                                  |    |                                                                                 |                                                                |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                        |                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|
| 入居後に居室を住み替える場合                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | なし                                     | <input checked="" type="checkbox"/> あり |
| 一時介護室へ移る場合                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input checked="" type="checkbox"/> なし | あり                                     |
| 判断基準・手続について                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                        |                                        |
| (その内容) 一時介護室はありません。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                        |                                        |
| 追加的費用の有無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | なし                                     | あり                                     |
| 居室利用権の取扱い                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                        |                                        |
| (その内容)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                        |                                        |
| 入居一時金償却の調整の有無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | なし                                     | あり                                     |
| 従前の居室からの面積の増減の有無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | なし                                     | あり                                     |
| 従前居室との仕様の変更                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                        |                                        |
| 便所の変更の有無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | なし                                     | あり                                     |
| 浴室の変更の有無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | なし                                     | あり                                     |
| 洗面所の変更の有無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | なし                                     | あり                                     |
| 台所の変更の有無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | なし                                     | あり                                     |
| その他の変更の有無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | なし                                     | あり                                     |
| (その内容)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                        |                                        |
| 介護居室へ移る場合                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | なし                                     | <input checked="" type="checkbox"/> あり |
| 判断基準・手続について                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                        |                                        |
| (その内容)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                        |                                        |
| <p>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。</p> <p>なお、利用権の対象居室は、当初の居室から変更後の居室に変更となります。この場合、追加費用は発生しないものとします。</p> <p>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、又は当初の居室と比較し面積が増減することがありますが、入居金の償却率に変更は無く、入居金の返金等の調整及び費用の調整は行わないものとします。</p> <p>2. ホームは、前項の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。</p> <p>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。</p> <p>② ホームの指定する医師の意見を聴くものとします。</p> <p>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。</p> |                                        |                                        |
| 追加的費用の有無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> なし | あり                                     |
| 居室利用権の取扱い                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                        |                                        |
| (その内容)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                        |                                        |
| 利用権の対象居室は、当初の居室から変更後の居室に変更となります。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                        |                                        |
| 入居一時金償却の調整の有無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> なし | あり                                     |
| 従前の居室からの面積の増減の有無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | なし                                     | <input checked="" type="checkbox"/> あり |

|                                  |                             |                             |
|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 従前居室との仕様の変更                      |                             |                             |
| 便所の変更の有無                         | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| 浴室の変更の有無                         | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| 洗面所の変更の有無                        | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| 台所の変更の有無                         | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| その他の変更の有無                        | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| (その内容)<br>構造もしくは仕様に変更がある場合があります。 |                             |                             |
| その他 ( )                          | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| 判断基準・手続について                      |                             |                             |
| (その内容)                           |                             |                             |
| 追加的費用の有無                         | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| 居室利用権の取扱い                        |                             |                             |
| (その内容)                           |                             |                             |
| 入居一時金償却の調整の有無                    | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| 従前の居室からの面積の増減の有無                 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| 従前居室との仕様の変更                      |                             |                             |
| 便所の変更の有無                         | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| 浴室の変更の有無                         | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| 洗面所の変更の有無                        | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| 台所の有無                            | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| その他の変更の有無                        | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| (その内容) 構造もしくは仕様の変更               |                             |                             |
| 施設の入居に関する要件                      |                             |                             |
| 自立している者を対象                       | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| 要支援の者を対象                         | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| 要介護の者を対象                         | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| 留意事項                             |                             |                             |

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 入居者の条件        | <p>【入居契約書「利用基準」条項より】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 原則 65 歳以上の方</li> <li>② 自立及び介護保険要介護認定・要支援認定が要介護・要支援の方</li> <li>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</li> <li>④ 著しい自傷他害の恐れがない方</li> <li>⑤ 目的施設内で恒常的に医師の治療を受けることを必要としない方</li> <li>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</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 身元引受人等の条件、義務等 | <p>【入居契約書「身元引受人」条項より】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. お客様は、ニチイケアパレスが承認する身元引受人を 1 名以上定めるものとします。</li> <li>2. 前項の身元引受人は、本契約に基づくお客様のニチイケアパレスに対する債務について、連帯保証人としてお客様と連帯して履行の責めを負うとともに、管理規程に定めるところに従い、ホームと協議し必要な場合にはお客様の身柄を引き取るものとします。</li> <li>3. 身元引受人は、原則としてお客様の配偶者になることはできないものとします。</li> <li>4. ホームは、お客様の生活において必要な場合には、身元引受人への連絡及び協議等に努めるものとします。</li> <li>5. ホームは、お客様の生活状況、健康状況及びサービスの提供状況等を、定期的に身元引受人に対して連絡するものとします。</li> <li>6. 身元引受人は、お客様が亡くなられた場合の遺体及び遺留金品並びにその他残置物の引き受けを行うものとします。</li> <li>7. ニチイケアパレスは、本条において身元引受人が 1 名では履行しかねると判断した場合には、複数の身元引受人を定めることを要求することができるものとします。但し、お客様が複数の身元引受人を定めた場合には、お客様はそのうちの 1 人を代表身元引受人と定めるものとし、ニチイケアパレスは、身元引受人に対する義務を、代表身元引受人に対して履行すれば足りるものとします。</li> </ul> |
| 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」条項に基づき本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>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>契約の解除の内容<br/>(前頁からの続き)</p> | <p><b>【入居契約書「お客様による契約解除」条項より】</b><br/>       お客様は、ニチイケアパレスが次に掲げる事由に該当する場合には、直ちに本契約を解除することができるものとします。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> </ul> <p><b>【入居契約書「ニチイケアパレスによる契約解除」条項より】</b><br/>       1. ニチイケアパレスは、お客様が次に掲げる事項のいずれかに該当した場合には、本条第2項に定める規定に従い、本契約を解除することができるものとします。なお、原則としてニチイケアパレスは、お客様及び身元引受人と協議の場を設け、誠実に協議することにより、本契約を解除するか否かを慎重に決定するものとします。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>② お客様が正当な理由なく入居契約書「入居金」条項第1項に定める期日までに入居金を支払わなかった場合</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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（月払い方式の入居契約の場合は3ヶ月）を経過しても退院できないことが明らかな場合</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> </ul> |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 契約の解除の内容<br>(前頁からの続き) | <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、そのご家族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>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⑩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> |
| 体験入居の内容               | <p>10,500 円／1 泊 2 日</p> <p>※7 日間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>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 医療を必要とする<br>場合の処遇     | <p>・お客様が病気又は負傷等により検査や治療が必要となった場合、又はその他必要を認めた場合は、お客様の主治医又は協力医療機関等において必要な治療等が受けられるよう支援いたします。</p> <p>・救急時は、的確かつ迅速に対応し、状況により協力医療機関等での救急対応がうけられるよう計ります。</p> <p>・入院については、協力医療機関等の医師の意見を聴いて行うものとします。またその際、お客様の意見を確認するとともに、身元引受人の意見をきくものとします。入院期間中も月額利用料のうち管理費及び家賃相当額、厨房管理費はお支払い頂きます。</p> <p>注 1) 協力医療機関への入退院、通院にかかる費用はサービスに含まれます。</p> <p>注 2) 入院治療に係る費用は入居者の負担になります。</p> <p>注 3) 入院期間中も居室利用権は存続し、ホームの都合で居室を使用・変更することはありません。</p>                                                                            |
| 安否確認の方法               | <p>・各居室及び共用施設（個人浴・トイレ）にナースコールを設置しています。</p> <p>・職員が居室を夜間も含み適宜巡回します。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 入居定員                  | 5 4 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| その他                   | —                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

| 入居者の状況                    |        |                 |                |                 |                  |        |
|---------------------------|--------|-----------------|----------------|-----------------|------------------|--------|
| 入居者の人数（報告に関する計画の基準日の前月末日） |        |                 |                |                 |                  |        |
|                           | 要介護 1  | 要介護 2           | 要介護 3          | 要介護 4           | 要介護 5            | 合計     |
| 6 5 歳未満                   |        |                 |                |                 |                  |        |
| 6 5 歳以上 7 5 歳未満           |        |                 |                |                 |                  |        |
| 7 5 歳以上 8 5 歳未満           | 2      | 2               |                | 2               | 3                | 9      |
| 8 5 歳以上                   | 4      | 5               | 5              | 5               | 7                | 26     |
|                           | 自立     | 要支援 1           | 要支援 2          |                 |                  | 合計     |
| 6 5 歳未満                   |        |                 |                |                 |                  |        |
| 6 5 歳以上 7 5 歳未満           |        |                 |                |                 |                  |        |
| 7 5 歳以上 8 5 歳未満           |        | 2               | 1              |                 |                  | 3      |
| 8 5 歳以上                   |        | 2               | 2              |                 |                  | 4      |
| 入居者の平均年齢                  | 87.1 歳 |                 |                |                 |                  |        |
| 入居者の男女別人数                 | 男性     | 10              |                | 女性              | 32               |        |
| 入居率（一時的に不在となっている者を含む）     |        |                 |                |                 | 77.7%            |        |
| 前年度に退去した者の人数              |        |                 |                |                 |                  |        |
|                           | 要介護 1  | 要介護 2           | 要介護 3          | 要介護 4           | 要介護 5            | 合計     |
| 自宅等                       |        |                 |                |                 |                  |        |
| 社会福祉施設                    |        |                 |                |                 |                  |        |
| 医療機関                      |        |                 |                |                 |                  |        |
| 死亡者                       | 2      | 1               | 1              | 1               | 4                | 8      |
| その他                       |        |                 |                |                 |                  |        |
|                           | 自立     | 要支援 1           | 要支援 2          |                 |                  | 合計     |
| 自宅等                       |        |                 |                |                 |                  |        |
| 社会福祉施設                    |        |                 |                |                 |                  |        |
| 医療機関                      |        |                 |                |                 |                  |        |
| 死亡者                       |        |                 |                |                 |                  |        |
| その他                       |        |                 |                |                 |                  |        |
| 入居者の入居期間                  |        |                 |                |                 |                  |        |
| 入居期間                      | 6 ヶ月未満 | 6 ヶ月以上<br>1 年未満 | 1 年以上<br>5 年未満 | 5 年以上 10<br>年未満 | 10 年以上<br>15 年未満 | 15 年以上 |
| 入居者数                      | 1      | 2               | 13             | 26              |                  |        |

| 施設、設備等の状況                                                  |                            |                                                                                                                 |               |         |                |                                                    |  |  |  |
|------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------|----------------|----------------------------------------------------|--|--|--|
| 建物の構造                                                      | 建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物    |                                                                                                                 |               |         | なし             | あり                                                 |  |  |  |
|                                                            | 建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物   |                                                                                                                 |               |         | なし             | あり                                                 |  |  |  |
| 居室の状況                                                      | 区分                         |                                                                                                                 |               | 室数      | 人数             | 1の居室の床面積                                           |  |  |  |
|                                                            | 一般居室個室<br>(自立)<br>(介護居室兼用) | あり                                                                                                              | なし            | 54      |                | 18.00～18.73 m <sup>2</sup>                         |  |  |  |
|                                                            | 一般居室相部屋                    | あり                                                                                                              | なし            |         |                | m <sup>2</sup><br>m <sup>2</sup><br>m <sup>2</sup> |  |  |  |
|                                                            | 介護居室個室                     | あり                                                                                                              | なし            |         |                | m <sup>2</sup>                                     |  |  |  |
|                                                            | 介護居室相部屋                    | あり                                                                                                              | なし            |         |                | m <sup>2</sup><br>m <sup>2</sup><br>m <sup>2</sup> |  |  |  |
|                                                            | 一時介護室                      | あり                                                                                                              | なし            |         | m <sup>2</sup> |                                                    |  |  |  |
|                                                            | 共用便所の設置数                   | 4か所                                                                                                             | うち男女別の対応が可能な数 |         |                | か所                                                 |  |  |  |
|                                                            |                            | うち車いす等の対応が可能な数                                                                                                  |               |         | 3か所            |                                                    |  |  |  |
| 個室の便所の設置数                                                  | 54か所                       | 個室における便所の設置割合                                                                                                   |               |         | 100%           |                                                    |  |  |  |
|                                                            |                            | うち車いす等の対応が可能な数                                                                                                  |               |         | 54か所           |                                                    |  |  |  |
| 浴室の設備状況                                                    | 浴室の数                       | 個浴                                                                                                              | 大浴槽           | 特殊浴槽    | リフト浴           |                                                    |  |  |  |
|                                                            |                            | 2か所                                                                                                             | 1か所           | 1か所     | 0か所            |                                                    |  |  |  |
| その他、浴室の設備に関する事項：安全を最優先したフル装備の浴室です。                         |                            |                                                                                                                 |               |         |                |                                                    |  |  |  |
| 食堂の設備状況                                                    |                            |                                                                                                                 |               |         |                |                                                    |  |  |  |
| 入居者等が調理を行う設備状況                                             |                            | なし                                                                                                              |               |         | あり             |                                                    |  |  |  |
| その他、共用施設の設備状況                                              |                            |                                                                                                                 |               |         |                |                                                    |  |  |  |
| なし                                                         | あり                         | (その内容) エントランスホール、食堂、大浴場、<br>寝台対応リフト付浴室、個人浴室、健康管理室、<br>機能訓練室(多目的室兼用)、キッチンコーナー、談話コーナー、<br>理美容室、事務室、トイレ、エレベーター、駐車場 |               |         |                |                                                    |  |  |  |
| バリアフリーの対応状況                                                |                            |                                                                                                                 |               |         |                |                                                    |  |  |  |
| (その内容)<br>居室だけでなく全ての共用施設において高齢者の生活に配慮し、建物全体がバリアフリーになっています。 |                            |                                                                                                                 |               |         |                |                                                    |  |  |  |
| 緊急通報装置の設置状況                                                |                            | なし                                                                                                              | 一部あり          | 全居室内にあり |                |                                                    |  |  |  |
| 外線電話回線の設置状況                                                |                            | なし                                                                                                              | 一部あり          | 全居室内にあり |                |                                                    |  |  |  |
| テレビ回線の設置状況                                                 |                            | なし                                                                                                              | 一部あり          | 全居室内にあり |                |                                                    |  |  |  |

|                                                                                                                                                          |  |                        |  |           |  |      |  |         |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------|--|-----------|--|------|--|---------|--|
| 施設の敷地に関する事項                                                                                                                                              |  |                        |  |           |  |      |  |         |  |
| 敷地の面積                                                                                                                                                    |  | 1391.94 m <sup>2</sup> |  |           |  |      |  |         |  |
| 事業所を運営する法人が所有                                                                                                                                            |  |                        |  | なし        |  | 一部あり |  | あり      |  |
| 抵当権の設定                                                                                                                                                   |  |                        |  | なし        |  | あり   |  |         |  |
| 貸借（借地）                                                                                                                                                   |  |                        |  |           |  |      |  |         |  |
| なし                                                                                                                                                       |  | あり                     |  | 契約期間      |  | 始    |  | 終       |  |
|                                                                                                                                                          |  |                        |  | 契約の自動更新   |  | なし   |  | あり      |  |
| 施設の建物に関する事項                                                                                                                                              |  |                        |  |           |  |      |  |         |  |
| 建物の構造                                                                                                                                                    |  | 鉄骨造 地上3階建              |  |           |  |      |  |         |  |
| 建物の延床面積                                                                                                                                                  |  | 2365.53 m <sup>2</sup> |  |           |  |      |  |         |  |
| 事業所を運営する法人が所有                                                                                                                                            |  |                        |  | なし        |  | 一部あり |  | あり      |  |
| 抵当権の設定                                                                                                                                                   |  |                        |  | なし        |  | あり   |  |         |  |
| 貸借（借家）                                                                                                                                                   |  |                        |  |           |  |      |  |         |  |
| なし                                                                                                                                                       |  | あり                     |  | 契約期間      |  | 始    |  | 2005年9月 |  |
|                                                                                                                                                          |  |                        |  | 契約の自動更新   |  | なし   |  | 2035年8月 |  |
| 利用者からの苦情に対応する窓口等の状況                                                                                                                                      |  |                        |  |           |  |      |  |         |  |
| 事業主体や施設に設置している利用者からの苦情に対応する窓口                                                                                                                            |  |                        |  |           |  |      |  |         |  |
| 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                  |  | —         |  |      |  |         |  |
| 定休日等                                                                                                                                                     |  | 土曜日、日曜日、祝日             |  |           |  |      |  |         |  |
| 上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等                                                                                                                                  |  |                        |  |           |  |      |  |         |  |
| 窓口の名称                                                                                                                                                    |  | 埼玉県国民健康保険団体連合会         |  |           |  |      |  |         |  |
| 電話番号                                                                                                                                                     |  | 048-824-2568           |  |           |  |      |  |         |  |
| 対応している時間                                                                                                                                                 |  | 平日                     |  | 午前9時～午後5時 |  |      |  |         |  |
|                                                                                                                                                          |  | 土曜                     |  | —         |  |      |  |         |  |
|                                                                                                                                                          |  | 日曜・祝日                  |  | —         |  |      |  |         |  |
| 定休日等                                                                                                                                                     |  | 土曜日、日曜日、祝日             |  |           |  |      |  |         |  |
| 緊急時等における対応方法及び非常災害対策                                                                                                                                     |  |                        |  |           |  |      |  |         |  |
| （その内容） <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 緊急連絡網及びリスクマネジメント対応マニュアルに基づき対応します。</li> <li>・ 定期的に避難訓練や防災訓練等を行い、災害等の非常事態の時は、お客様の避難等適切な措置を講じます。</li> </ul> |  |                        |  |           |  |      |  |         |  |

|                                                                                                                                                                                                          |                                     |                                                                                                                                                              |                 |                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------------|
| 秘密保持                                                                                                                                                                                                     |                                     |                                                                                                                                                              |                 |                                     |
| 1. ニチイホーム及びサービス従事者は、特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護サービスを提供する上で知り得たお客様及びそのご家族等に関する個人情報を第三者に漏洩しません。この守秘義務は、本契約が終了した後も継続します。<br>2. 従事者であった者がその業務を離れ、又は退職等にて業務遂行が成されない場合であってもこれらの秘密を保持すべく旨とする従事者との雇用契約の内容としています。 |                                     |                                                                                                                                                              |                 |                                     |
| 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                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                                                                                                                              |                 |                                     |
| なし                                                                                                                                                                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> | (その内容)<br>総合賠償責任保険      日本興亜損害保険株式会社                                                                                                                         |                 |                                     |
| その他、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に関すること                                                                                                                                                                  |                                     |                                                                                                                                                              |                 |                                     |
| なし                                                                                                                                                                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> | (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又はそのご家族の生命、身体、財産又は名誉に損害が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、速やかにそ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。 |                 |                                     |
| サービスの提供内容に関する特色等                                                                                                                                                                                         |                                     |                                                                                                                                                              |                 |                                     |
| (その内容)<br>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。<br>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。<br>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、<br>お客様の笑顔と幸せの実現をめざします。                                                                |                                     |                                                                                                                                                              |                 |                                     |
| 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                                                                                                                                                                         |                                     |                                                                                                                                                              |                 |                                     |
| なし                                                                                                                                                                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> | 実施した年月日                                                                                                                                                      | 平成 24 年 4 月 1 日 |                                     |
|                                                                                                                                                                                                          |                                     | 当該結果の開示状況                                                                                                                                                    | なし              | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 第三者による評価の実施状況                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                                                                                                                              |                 |                                     |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                      | あり                                  | 実施した年月日                                                                                                                                                      |                 |                                     |
|                                                                                                                                                                                                          |                                     | 実施した評価機関の名称                                                                                                                                                  |                 |                                     |
|                                                                                                                                                                                                          |                                     | 当該結果の開示状況                                                                                                                                                    | なし              | あり                                  |

## 5. 利用料金

| 利用料の支払い方式                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 一時金方式                                                                            | 月払い方式                                  | <input type="checkbox"/> 選択方式          |            |          |         |          |         |     |         |         |        |     |      |      |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|------------|----------|---------|----------|---------|-----|---------|---------|--------|-----|------|------|----|
| 敷金（保証金）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> （500,000円、家賃相当額の2.4か月分）<br>※月払いプランを選択の場合 |                                        |                                        |            |          |         |          |         |     |         |         |        |     |      |      |    |
| 一時金方式                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                  |                                        |                                        |            |          |         |          |         |     |         |         |        |     |      |      |    |
| 一時金及び月単位で支払う利用料                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                  |                                        |                                        |            |          |         |          |         |     |         |         |        |     |      |      |    |
| 年齢に応じた金額設定                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                  | なし                                     | <input checked="" type="checkbox"/> あり |            |          |         |          |         |     |         |         |        |     |      |      |    |
| 要介護状態に応じた金額設定                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> なし | あり                                     |            |          |         |          |         |     |         |         |        |     |      |      |    |
| 料金プラン                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                  |                                        |                                        |            |          |         |          |         |     |         |         |        |     |      |      |    |
| 居 室<br>タイプ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | プラン<br>名 称                                                                       | 一時金<br>(入居金)                           | 月 額                                    | (内訳)       |          |         |          |         |     |         |         |        |     |      |      |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                  |                                        | 計                                      | 家 賃<br>相当額 | 介護<br>費用 | 食 費     | 光熱<br>水費 | 管理費     |     |         |         |        |     |      |      |    |
| 個 室                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 標 準<br>プラン                                                                       | 8,400,000円                             | 198,000円                               | 85,000円    | —        | 63,000円 | —        | 50,000円 |     |         |         |        |     |      |      |    |
| 個 室                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | セレクト<br>プラン①                                                                     | 4,200,000円                             | 256,000円                               | 143,000円   | —        | 63,000円 | —        | 50,000円 |     |         |         |        |     |      |      |    |
| 個 室                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | セレクト<br>プラン②                                                                     | 14,832,000円                            | 131,000円                               | 18,000円    | —        | 63,000円 | —        | 50,000円 |     |         |         |        |     |      |      |    |
| <p>※介護保険サービスの自己負担額は含まない。</p> <p>【年齢による入居金の割増】<br/>上記の入居金は、入居年齢が基準年齢（75 歳以上）での金額となっております。ご入居時の年齢により入居金の割増があり、次の通り入居金にて調整します。65 歳未満の方はご相談ください。</p> <p>【計算式】<br/>入居金（基準年齢以外）＝基準年齢入居金×「年齢別割増率」</p> <p>【 年齢別割増率】</p> <table border="1"> <tr> <th>年 齢</th> <th>65～69 歳</th> <th>70～74 歳</th> <th>75 歳以上</th> </tr> <tr> <th>割増率</th> <td>40%増</td> <td>20%増</td> <td>0%</td> </tr> </table> |                                                                                  |                                        |                                        |            |          |         |          |         | 年 齢 | 65～69 歳 | 70～74 歳 | 75 歳以上 | 割増率 | 40%増 | 20%増 | 0% |
| 年 齢                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 65～69 歳                                                                          | 70～74 歳                                | 75 歳以上                                 |            |          |         |          |         |     |         |         |        |     |      |      |    |
| 割増率                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 40%増                                                                             | 20%増                                   | 0%                                     |            |          |         |          |         |     |         |         |        |     |      |      |    |
| 算<br>定<br>根<br>拠                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 家賃相当額<br>(非課税)                                                                   |                                        | 専用居室、共用部分の利用のための費用。                    |            |          |         |          |         |     |         |         |        |     |      |      |    |

|                                                |                |                                                                                                                                                                                                              |           |
|------------------------------------------------|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 算<br>定<br>根<br>拠                               | 介護費用           | 【生活サポート費】35,000円（自立の方のみ、全プラン共通）<br>「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人件費。<br>※介護保険サービスの自己負担額は含まない。                                                                                                                |           |
|                                                | 食 費            | ・ 厨房管理費15,750円を含む。<br>・ 3日前までの申出により、朝食420円、昼食630円、夕食525円として計算し欠食返金致します。<br>※厨房管理費は、食事部門の人件費・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。                                                                                  |           |
|                                                | 光熱水費           | (管理費に含む)                                                                                                                                                                                                     |           |
|                                                | 管 理 費          | 施設維持管理費、共用部修繕費、電気、ガス、水道、下水、環境衛生費等。                                                                                                                                                                           |           |
|                                                | 一 時 金<br>(入居金) | 専用居室、共用部分の利用のための家賃相当額に充当されるもの。<br>地代・建設費・修繕費等を基礎とし、想定居住期間を勘案して算出。                                                                                                                                            |           |
|                                                | 一時金の償却に関する事項   |                                                                                                                                                                                                              |           |
| 償却開始日の設定                                       |                | 入居日（契約開始日）                                                                                                                                                                                                   |           |
| 初期償却率（％）                                       |                | 入居金の30％                                                                                                                                                                                                      |           |
| 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                   |                |                                                                                                                                                                                                              | 入居金の30％の額 |
| 権利金等(※)の額                                      |                |                                                                                                                                                                                                              | —         |
| (※)平成24年3月31日までに老人福祉法第29条第1項の規定により届出がされた施設に限る。 |                |                                                                                                                                                                                                              |           |
| 償却年月数<br>(想定居住期間)                              |                | 60 か月（5 年間）～84 か月（7 年間）<br>※ 入居時年齢により異なります。<br><br>・ 入居日（契約開始日）時点での年齢が6 5～6 9 歳の方<br>償却期間8 4 か月（7 年）<br>・ 入居日（契約開始日）時点での年齢が7 0～7 4 歳の方<br>償却期間7 2 か月（6 年）<br>・ 入居日（契約開始日）時点での年齢が7 5 歳以上の方<br>償却期間6 0 か月（5 年） |           |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |                                     |                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------------------------------------|----------------------|
| <p>契約終了時返還金の算定方法及び返還金の例</p> <p>入居日より3か月経過後、償却期間満了日までに契約が終了した場合は、次の(イ)または(ロ)により算出した額を返還するものとします。なお、入居日(契約開始日)の属する月を「入居月」とし、契約終了日が属する月を「退去月」とします。</p> <p>(イ) 契約終了日が月の末日の場合</p> <p>◎ 返還金＝<br/> <math>(\text{入居金} \times 70\%) - \{(\text{入居月の償却額}) + (\text{月次償却額} \times \text{入居月翌月から退去月までの月数})\}</math></p> <p>(ロ) 契約終了日が月の末日でない場合</p> <p>◎ 返還金＝<br/> <math>(\text{入居金} \times 70\%) - \{(\text{入居月の償却額}) + (\text{月次償却額} \times \text{入居月翌月から退去月前月までの月数}) + (\text{月次償却額} \div 30 \text{ (1円未満の端数は切り捨て)}) \times \text{退去月の初日から契約終了日までの日数}\}</math></p> <p>【備考Ⅰ】</p> <p>(1) 月次償却は、入居日(契約開始日)を1回目とし以後毎月1日に償却するものとします。<br/> ・月次償却額の求め方： <math>\text{入居金} \times 70\% \div \text{年齢で定められた償却期間}</math><br/> (1円未満の端数は切り捨て)</p> <p>(2) 入居月には、調整金を償却します。<br/> ・調整金の求め方： <math>\text{入居金} \times 70\% - \text{月次償却額} \times \text{年齢で定められた償却期間}</math></p> <p>(3) 入居日(契約開始日)と契約終了日の属する月で、1ヶ月に満たない月については、日割計算した金額を償却します(但し、1円未満の端数は切り捨て)。</p> <p>【備考Ⅱ】</p> <p>(1) 償却期間終了後の返還金はありません。</p> <p>(2) 解約時の返還金は、本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90日以内に返還するものとします。</p> <p>◎ 返還金の例：「標準プラン・個室」入居金 8,400,000円でご入居の方が、1月1日(入居日(契約開始日))から同年12月31日(1年)で契約終了した場合<br/> 返還金 4,704,000円＝ <math>(8,400,000\text{円} \times 70\%) - \{98,000\text{円} + (98,000\text{円} \times 11\text{ヶ月})\}</math></p> |    |                                     |                      |
| 保全措置の実施状況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | なし | <input checked="" type="checkbox"/> | (保全先) 三菱UFJ信託銀行による保全 |

三月以内の契約終了による返還金について

|                                                                                                                                                                                                  |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 三月の起算日                                                                                                                                                                                           | 入居日（契約開始日） |
| 契約終了日までの利用期間に係る利用料及び原状回復のための費用の算定方法                                                                                                                                                              |            |
| 「3ヶ月以内の解約」条項に基づく入居金の返還金は、以下の手順により算出します。                                                                                                                                                          |            |
| <p>◎ 返還金について</p> <p>返還金＝ 受領済みの入居金全額 －（下記「日割家賃」×契約開始日から<br/>契約終了日までの日数※）</p> <p>※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。</p> <p>「日割家賃」</p> <p>日割家賃＝（定額償却対象分の額÷年割で定められた償却期間）÷30日<br/>（1円未満の端数は切り捨て）</p> |            |

|    |          |        |
|----|----------|--------|
| 個室 | 標準プラン    | 3,266円 |
|    | セレクトプラン① | 1,633円 |
|    | セレクトプラン② | 5,768円 |

◎ 原状回復のための費用について

- ・通常の使用に伴う損耗に基づく原状回復費用については、ニチイケアパレスが負担するものとします。
- ・お客様がホームの承諾を得て居室の造作、改造を伴う模様替えを行った場合には、お客様の費用負担によりニチイケアパレス指定の事業者によって、入居時の状態に復するものとします。
- ・お客様の故意又は過失により共用部分又は居室に修繕が必要となった場合には、お客様の費用負担によりニチイケアパレスの指定する事業者によって原状回復するものとします。

一時金の支払方法

入居に際して、お客様は入居契約書に定める入居金を、契約締結日の翌日を起算日として7日以内にニチイケアパレスに支払うものとします。但し、入居日（契約開始日）が契約締結日の翌日を起算日として7日以内に到来する場合には、入居日（契約開始日）までにニチイケアパレスに対して支払うものとします。

|                                                                                 |                |                                                                                                                             |                             |          |         |          |         |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------|---------|----------|---------|
| 月払い方式                                                                           |                |                                                                                                                             |                             |          |         |          |         |
| 敷金（保証金）      無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>                            |                |                                                                                                                             |                             |          |         |          |         |
| 個室    500,000円、家賃相当額の2.4か月分                                                     |                |                                                                                                                             |                             |          |         |          |         |
| ※ 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以下の金額をお預かりいたします                                      |                |                                                                                                                             |                             |          |         |          |         |
| ※ 保証金は、契約終了時に返還します。ただし、本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。 |                |                                                                                                                             |                             |          |         |          |         |
| ※ 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90日以内に返還するものとします。                       |                |                                                                                                                             |                             |          |         |          |         |
| 月単位で支払う利用料                                                                      |                |                                                                                                                             |                             |          |         |          |         |
| 年齢に応じた金額設定                                                                      |                |                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> なし | あり       |         |          |         |
| 要介護状態に応じた金額設定                                                                   |                |                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> なし | あり       |         |          |         |
| 料金プラン                                                                           |                |                                                                                                                             |                             |          |         |          |         |
| 居 室<br>タイプ                                                                      | プラン名称          | 月額                                                                                                                          | (内訳)                        |          |         |          |         |
|                                                                                 |                | 計                                                                                                                           | 家 賃<br>相当額                  | 介護<br>費用 | 食 費     | 光熱<br>水費 | 管理費     |
| 個 室                                                                             | 月払い<br>プラン     | 315,000円                                                                                                                    | 202,000円                    | —        | 63,000円 | —        | 50,000円 |
| ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。                                                           |                |                                                                                                                             |                             |          |         |          |         |
| 算<br>定<br>根<br>拠                                                                | 家賃相当額<br>(非課税) | 専用居室、共用部分の利用のための費用。                                                                                                         |                             |          |         |          |         |
|                                                                                 | 介護費用           | <b>【生活サポート費】35,000円</b> （自立の方のみ、全プラン共通）<br>「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人件費。<br>※介護保険サービスの自己負担額は含まない。                       |                             |          |         |          |         |
|                                                                                 | 食 費            | ・ 厨房管理費15,750円を含む。<br>・ 3日前までの申出により、朝食420円、昼食630円、夕食525円として計算し欠食返金致します。<br>※厨房管理費は、食事部門の人件費・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。 |                             |          |         |          |         |
|                                                                                 | 光熱水費           | (管理費に含む)                                                                                                                    |                             |          |         |          |         |
|                                                                                 | 管 理 費          | 施設維持管理費、共用部修繕費、電気、ガス、水道、下水、環境衛生費等。                                                                                          |                             |          |         |          |         |

|                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                          |                             |                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------|
| 一時金方式・月払い方式共通                                                                                                                                                                                                                                                             |                                          |                             |                                        |
| 介護保険サービスの自己負担額                                                                                                                                                                                                                                                            |                                          |                             |                                        |
| 内容                                                                                                                                                                                                                                                                        | ※要介護度に応じて介護費用の1割を徴収する。                   |                             |                                        |
| 人員配置が手厚い場合の介護サービス（再掲）                                                                                                                                                                                                                                                     |                                          | <input type="checkbox"/> なし | あり                                     |
| 内容                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                          |                             |                                        |
| 利用料                                                                                                                                                                                                                                                                       | 円（ 月額 ・ 日額 ）                             |                             |                                        |
| 算定根拠                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                          |                             |                                        |
| 支払い方法                                                                                                                                                                                                                                                                     | 月単位（日割りの有無      あり      ・      なし      ） |                             |                                        |
| 利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料                                                                                                                                                                                                                                                  |                                          |                             |                                        |
| 個別的な選択による生活支援サービス                                                                                                                                                                                                                                                         |                                          | <input type="checkbox"/> なし | あり                                     |
| 算定根拠                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                          |                             |                                        |
| その他、一時金及び利用料以外に必要な利用料                                                                                                                                                                                                                                                     |                                          | <input type="checkbox"/> なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり |
| （「あり」の場合、その内容及び利用料）<br>おむつ代、理美容、年2回の定期健康診断(介護保険適応外のお客様)、健康診断（基本検診項目以外）、医師の往診・外来受診の医療費(医療保険制度で支給される以外のもの)、レクリエーションに係わる諸費（材料費、遠足等のバスチャーター代・入園費・食費など）、ドライクリーニング代、電話代、放送受信料、その他個人的な支出分、介護保険給付対象外費用。                                                                           |                                          |                             |                                        |
| 料金改定の手続                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                          |                             |                                        |
| <b>【入居契約書（費用の改定）条項より】</b><br>1. ニチイケアパレスは、入居契約書「入居金」又は「保証金」、「入居金の償却」条項に定める入居金又は保証金及び入居契約書「月額費用等」条項に定める費用及び使用料等を改定することがあるものとします。<br>2. ニチイケアパレスは、前項の改定に際して、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するものとします。<br>3. 本条第1項の改定に際して、ホーム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。 |                                          |                             |                                        |

消費税

非課税：入居金、保証金、家賃、管理費、介護保険に係る利用料  
 課 税：食費、生活サポート費  
 ※課税対象の金額は、税率5%（税法により変更あり）  
 ※表示金額は、総額表示となっております。

短期利用特定施設入居者生活介護の利用料

| プランの名称 | 1日の利用料                                                                                                                                                                               | 内 訳     |      |         |      |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------|---------|------|
|        |                                                                                                                                                                                      | 居住費     | 介護費用 | 食費      | 光熱水費 |
| 短期利用   | 10,500 円                                                                                                                                                                             | 8,400 円 | 0 円  | 2,100 円 | 0 円  |
| 留意事項   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・最大 30 日までの利用が可能</li> <li>・介護保険要介護認定が要介護の方のみ利用が可能</li> <li>・介護保険のサービス利用料金は、別途かかります。</li> <li>・費用の詳細、支払方法等については、入居契約書別表Ⅶ「費用一覧表」のとおり</li> </ul> |         |      |         |      |

(1) 介護保険に係る利用料（適用を受ける場合は1割が自己負担）

| 要介護認定等の結果                           | 介護費の単位                                                                                                                | 介護費                                                          | 介護費の目安   | 利用者負担額<br>分の目安 | 法定代理受領<br>相当分の目安 |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------|----------------|------------------|
|                                     |                                                                                                                       |                                                              | (30日分)   | (30日分)         | (30日分)           |
| 自立<br>(非該当)                         | —                                                                                                                     | —                                                            | —        | —              | —                |
| 要支援1                                | 196単位／日                                                                                                               | 2,048円／日                                                     | 61,446円  | 6,145円         | 55,301円          |
| 要支援2                                | 453単位／日                                                                                                               | 4,733円／日                                                     | 142,015円 | 14,202円        | 127,813円         |
| 要介護1                                | 560単位／日                                                                                                               | 5,852円／日                                                     | 175,560円 | 17,556円        | 158,004円         |
| 要介護2                                | 628単位／日                                                                                                               | 6,562円／日                                                     | 196,878円 | 19,688円        | 177,190円         |
| 要介護3                                | 700単位／日                                                                                                               | 7,315円／日                                                     | 219,450円 | 21,945円        | 197,505円         |
| 要介護4                                | 768単位／日                                                                                                               | 8,025円／日                                                     | 240,768円 | 24,077円        | 216,691円         |
| 要介護5                                | 838単位／日                                                                                                               | 8,757円／日                                                     | 262,713円 | 26,272円        | 236,441円         |
| ①夜間看護体制加算<br>(対象:要介護1～5)            | 10単位／日                                                                                                                | 104円／日                                                       | 3,135円   | 314円           | 2,821円           |
| ②個別機能訓練加算                           | 12単位／日                                                                                                                | 125円／日                                                       | 3,762円   | 377円           | 3,385円           |
| ③医療機関連携加算<br>(対象:要支援1～2、<br>要介護1～5) | 80単位／月                                                                                                                | 836円／月                                                       | 836円     | 84円            | 752円             |
| ④看取り介護加算<br>(対象:要介護1～5)             | 最大4,800単位／<br>(最大30日)                                                                                                 | ・死亡日以前4～30日 80単位／日<br>・死亡日の前日及び前々日 680単位／日<br>・死亡日 1,280単位／日 |          |                |                  |
| ⑤介護職員処遇改善加算                         | 月間所定単位数※ × 3%<br><br>※月間所定単位数=(お客様の介護度による介護報酬の単位+①～②の各種加算)×<br>月間利用日数 + (③医療機関連携加算を算定している場合)<br>+ (④看取り介護加算を算定している場合) |                                                              |          |                |                  |

- ・ 当ホームの介護費は、1単位＝10.45円（4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。
- ・ 続いて法定代理受領相当分も、介護費の9割で求め、小数点以下切り捨て。
- ・ 利用者負担額は、介護費から法定代理受領相当分を差し引いた額です。
- ・ 上記の介護費は、実際のご利用日数に応じて決定します。
- ・ ①～⑤の加算については、施設がいずれも基準を満たしていない場合は適用になりません。
- ・ 利用者負担額は、1割負担の場合です。
- ・ 法定代理受領の為には、お客様の同意が必要です。
- ・ 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。

(2) 生活サポート費

自立の方のみ 35,000円 <1人当たり>

6. その他

|                                |        |                             |    |
|--------------------------------|--------|-----------------------------|----|
| 有料老人ホーム設置時の老人福祉法第29条第1項に規定する届出 |        | <input type="checkbox"/> あり | なし |
| 有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項          |        |                             |    |
| <input type="checkbox"/> なし    |        |                             |    |
| <input type="checkbox"/> あり    | (その内容) |                             |    |

添付書類：「介護サービス等の一覧表」

※ \_\_\_\_\_様

説明年月日                      年              月              日

説明者署名

※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。

## 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）              |                |                   |
|                   | 一時金及び月額利用料に含むサービス | その都度徴収するサービス   | 介護保険給付、一時金及び月額利用料に含むサービス | その都度徴収するサービス   | 介護保険給付、一時金及び月額利用料に含むサービス | 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            | —                 | —              | 週 2 回                    | —              | 週 2 回                    | —              |                   |
| ・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<br>以外    | —                 | 1時間毎<br>1,575円 | —                        | 1時間毎<br>1,575円 | —                        | 1時間毎<br>1,575円 |                   |
| ○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<br>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             |
|-----------------------------------|-------------------|----------------|--------------------------|----------------|--------------------------|----------------|----------------|
|                                   | 一時金及び月額利用料に含むサービス | その都度徴収するサービス   | 介護保険給付、一時金及び月額利用料に含むサービス | その都度徴収するサービス   | 介護保険給付、一時金及び月額利用料に含むサービス | 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)               | —                 | 年に2回<br>実費     | 年に2回                     | —              | 年に2回                     | —              |                |
| ○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                     | —              |                |
| ○医師の往診                            | —                 | 実費             | —                        | 実費             | —                        | 実費             |                |
| ○外来受診                             | —                 | 実費             | —                        | 実費             | —                        | 実費             |                |
| <b>&lt;入退院時、<br/>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<br>注2<br>注3 |
| ・協力医療機関等<br>以外                    | —                 | 1時間毎<br>1,575円 | —                        | 1時間毎<br>1,575円 | —                        | 1時間毎<br>1,575円 |                |
| ○医療費                              | —                 | 実費             | —                        | 実費             | —                        | 実費             |                |
| ○入院中の洗濯物交換                        | 週1回               | —              | 週1回                      | —              | 週1回                      | —              |                |
| <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<br>実費    | 適宜対応                     | 内容により<br>実費    | 適宜対応                     | 内容により<br>実費    |                |
| ○福祉用具                             | —                 | —              | 適宜対応                     | 内容により<br>実費    | 適宜対応                     | 内容により<br>実費    | 注5             |

※ 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1時間毎に1, 575円あるいはその両方の費用がかかります。

注1) 「介助」に該当する送迎のうち、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・入退院時の送迎については「介護保険給付、一時金及び月額利用料に含むサービス」となり、お客様の別途の費用負担は発生しません。

注2) 「介助」に該当する送迎のうち、上記「注1」にあたらぬものについては、1時間毎に1, 575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) 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。