

ブランシエール市川 重要事項説明書

|       |                |
|-------|----------------|
| 記入年月日 | 2024年6月1日      |
| 記入者名  | 江口 清隆          |
| 所属・職名 | ブランシエール市川・事業所長 |

1. 事業主体概要

|            |                                                      |                                                                                                                                    |
|------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 種類         | 個人／ <span style="border: 1px solid black;">法人</span> |                                                                                                                                    |
|            | ※法人の場合、その種類                                          | 株式会社                                                                                                                               |
| 名称         | (ふりがな) かぶしきがいしゃはせこうしにあうえるでざいん<br>株式会社長谷工シニアウェルデザイン   |                                                                                                                                    |
| 主たる事務所の所在地 | 〒105-0014 東京都港区芝二丁目 9 番 10 号                         |                                                                                                                                    |
| 連絡先        | 電話番号                                                 | 03-5427-6480                                                                                                                       |
|            | FAX番号                                                | 03-5427-3171                                                                                                                       |
|            | ホームページアドレス                                           | <span style="border: 1px solid black;">あり</span> : <a href="https://www.haseko-senior.co.jp/">https://www.haseko-senior.co.jp/</a> |
| 代表者        | 氏名                                                   | 幸谷 登                                                                                                                               |
|            | 職名                                                   | 代表取締役社長                                                                                                                            |
| 設立年月日      | 1991年（平成3年）9月26日                                     |                                                                                                                                    |
| 主な実施事業     | ※別添1（別に実施する介護サービス一覧表）                                |                                                                                                                                    |

2. 有料老人ホーム事業の概要

(住まいの概要)

|          |                                     |                          |
|----------|-------------------------------------|--------------------------|
| 名称       | (ふりがな)<br>ブランシエール市川 <sup>いちかわ</sup> |                          |
| 所在地      | 〒272-0033<br>千葉県市川市市川南一丁目 1 番 1 号   |                          |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅                                 | J R 総武本線「市川」駅            |
|          | 交通手段と所要時間                           | J R 総武本線「市川」駅下車（80m）徒歩1分 |
| 連絡先      | 電話番号                                | 047-329-1811             |
|          | FAX番号                               | 047-329-1812             |

|               |            |                                                |
|---------------|------------|------------------------------------------------|
|               | メール        | kieguchi@haseko-senior.co.jp                   |
|               | ホームページアドレス | https://www.haseko-senior.co.jp/home/ichikawa/ |
| 管理者           | 氏名         | 江口 清隆                                          |
|               | 職名         | 事業所長                                           |
| 建物の竣工日        |            | 2008年（平成20年）7月22日                              |
| 有料老人ホーム事業の開始日 |            | 2008年（平成20年）9月1日                               |

【類型】【表示事項】

|                                                                                                         |            |                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------------------------|
| <p>1 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合）</p> <p>2 介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合）</p> <p>3 住宅型</p> <p>4 健康型</p> |            |                                |
| 1 又は 2 に<br>該当する場<br>合                                                                                  | 介護保険事業者番号  | 千葉県 1270802463 号               |
|                                                                                                         | 指定した自治体名   | 千葉県                            |
|                                                                                                         | 事業所の指定日    | 指定介護保険特定施設 平成 20 年 9 月 1 日     |
|                                                                                                         |            | 指定介護保険介護予防特定施設 平成 20 年 9 月 1 日 |
|                                                                                                         | 指定の更新日（直近） | 指定介護保険特定施設 令和 2 年 9 月 1 日      |
|                                                                                                         |            | 指定介護保険介護予防特定施設 令和 2 年 9 月 1 日  |

3. 建物概要

|    |      |                                 |                                                               |
|----|------|---------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| 土地 | 敷地面積 | 6172.62 m <sup>2</sup>          |                                                               |
|    | 所有関係 | 1 事業者が自ら所有する土地                  |                                                               |
|    |      | 2 事業者が賃借する土地（普通賃借・定期賃借）         |                                                               |
|    |      | 抵当権の有無                          | 1 あり 2 なし                                                     |
|    |      | 契約期間                            | 1 あり<br>（ 年 月 日～ 年 月 日）<br>2 なし                               |
| 建物 | 延床面積 | 全体                              | 54,980.25 m <sup>2</sup>                                      |
|    |      | うち、老人ホーム部分                      | 6632.37 m <sup>2</sup> （地下2階、地上37階建ての建物のうち地下1～地上3階の一部と4～9階部分） |
|    | 耐火構造 | 1 耐火建築物<br>2 準耐火建築物<br>3 その他（ ） |                                                               |

|                                                  |                                                                               |                                                                                                    |                                                                                           |                                                |                                |        |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------|--------|
|                                                  | 構造                                                                            | <input checked="" type="checkbox"/> 鉄筋コンクリート造<br>2 鉄骨造<br>3 木造<br>4 その他 ( )                        |                                                                                           |                                                |                                |        |
|                                                  | 所有関係                                                                          | 1 事業者が自ら所有する建物                                                                                     |                                                                                           |                                                |                                |        |
|                                                  |                                                                               | <input checked="" type="checkbox"/> 事業者が賃借する建物 ( <input checked="" type="checkbox"/> 普通賃借 ・ 定期賃借 ) |                                                                                           |                                                |                                |        |
|                                                  |                                                                               | 抵当権の設定                                                                                             | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし                                             |                                                |                                |        |
|                                                  |                                                                               | 契約期間                                                                                               | <input checked="" type="checkbox"/> あり (内装所有)<br>(2008 年 8 月 1 日～2028 年 7 月 31 日)<br>2 なし |                                                |                                |        |
|                                                  | 契約の自動更新                                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし                                                        |                                                                                           |                                                |                                |        |
| 居室の状況                                            | 居室区分<br>【表示事項】                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室                                                         |                                                                                           |                                                |                                |        |
|                                                  |                                                                               | 2 相部屋あり                                                                                            |                                                                                           |                                                |                                |        |
|                                                  |                                                                               | 最少                                                                                                 | 人部屋                                                                                       |                                                |                                |        |
|                                                  |                                                                               | 最大                                                                                                 | 人部屋                                                                                       |                                                |                                |        |
|                                                  |                                                                               | トイレ                                                                                                | 浴室                                                                                        | 面積                                             | 戸数・室数                          | 区分※    |
|                                                  | タイプ 1                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無                                                 | 35.66 m <sup>2</sup> ～<br>82.57 m <sup>2</sup> | 45 室                           | 一般居室個室 |
|                                                  | タイプ 2                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無                                                 | 19.41m <sup>2</sup> ～<br>45.61m <sup>2</sup>   | 35 室<br>(一人部屋31 室<br>夫婦部屋 4 室) | 介護居室個室 |
|                                                  | タイプ 3                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無                                                          | 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無                                                 | 20.79 m <sup>2</sup>                           | 1 室                            | 一時介護室  |
| ※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。 |                                                                               |                                                                                                    |                                                                                           |                                                |                                |        |
| 共用施設                                             | 共用便所における<br>便房                                                                | 5 ケ所                                                                                               | うち男女別の対応が可能な便房                                                                            |                                                | 1 ケ所                           |        |
|                                                  |                                                                               |                                                                                                    | うち車椅子等の対応が可能な便房                                                                           |                                                | 5 ケ所                           |        |
|                                                  | 共用浴室                                                                          | 7 ケ所                                                                                               | 個室                                                                                        |                                                | 5 ケ所                           |        |
|                                                  |                                                                               |                                                                                                    | 大浴場                                                                                       |                                                | 2 ケ所                           |        |
|                                                  | 共用浴室における<br>介護浴槽                                                              | 5 ケ所                                                                                               | チェアー浴                                                                                     |                                                | 4 ケ所                           |        |
|                                                  |                                                                               |                                                                                                    | リフト浴                                                                                      |                                                | ・ケ所                            |        |
|                                                  |                                                                               |                                                                                                    | ストレッチャー浴                                                                                  |                                                | 1 ケ所                           |        |
|                                                  |                                                                               |                                                                                                    | その他 ( )                                                                                   |                                                | ・ケ所                            |        |
| 食堂                                               | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし<br>4 階 (多目的室併用) 5、6 階 (機能訓練室併用) |                                                                                                    |                                                                                           |                                                |                                |        |
| 入居者や家族が利<br>用できる調理設備                             | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし                                 |                                                                                                    |                                                                                           |                                                |                                |        |

|         |                                                                   |                                                                                                                    |                                                                   |                                                                       |  |
|---------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--|
|         | エレベーター                                                            | <div><div>1</div>あり（車椅子対応）</div> <div><div>2</div>あり（ストレッチャー対応）</div> <div>3 あり（上記1・2に該当しない）</div> <div>4 なし</div> |                                                                   |                                                                       |  |
| 消防用設備等  | 消火器                                                               | <div><div>1</div>あり</div>                                                                                          | <div>2</div>                                                      | なし                                                                    |  |
|         | 自動火災報知設備                                                          | <div><div>1</div>あり</div>                                                                                          | <div>2</div>                                                      | なし                                                                    |  |
|         | 火災通報設備                                                            | <div><div>1</div>あり</div>                                                                                          | <div>2</div>                                                      | なし                                                                    |  |
|         | スプリンクラー                                                           | <div><div>1</div>あり</div>                                                                                          | <div>2</div>                                                      | なし                                                                    |  |
|         | 防火管理者                                                             | <div><div>1</div>あり</div>                                                                                          | <div>2</div>                                                      | なし                                                                    |  |
|         | 防災計画                                                              | <div><div>1</div>あり</div>                                                                                          | <div>2</div>                                                      | なし                                                                    |  |
| 緊急通報装置等 | 居室<br><div><div>1</div>あり</div> <div>2 一部あり</div> <div>3 なし</div> | 便所<br><div><div>1</div>あり</div> <div>2 一部あり</div> <div>3 なし</div>                                                  | 浴室<br><div><div>1</div>あり</div> <div>2 一部あり</div> <div>3 なし</div> | その他（ ）<br><div>1 あり</div> <div>2 一部あり</div> <div><div>3</div>なし</div> |  |
| その他     | サークル室、会議室、ラウンジ、談話コーナー、湯上りコーナー、健康相談室、ゲストルーム＜実費＞、駐輪場                |                                                                                                                    |                                                                   |                                                                       |  |

#### 4. サービスの内容

##### （全体の方針）

|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 運営に関する方針        | 一人ひとりの 心地いい をデザインすることで、空間・時間・仲間の質を高め、「選んでよかった」と思える居場所をつくり続けていきます。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| サービスの提供内容に関する特色 | <p>一人ひとりの心地いいをデザインし、3つの「間」の質を高め続けていきます。</p> <p>「心地いい空間」</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・安心・安全を感じられる建物・設備・環境を整えます。</li> <li>・毎日に豊かさを添える演出を考え、実行します。</li> <li>・ご入居者ご自身が選ぶことのできる余白をつくります。</li> </ul> <p>「心地いい時間」</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ご入居者・ご利用者ご自身が人生で培ってきた価値観・経験を尊重します。</li> <li>・心身の状態の変化にも、柔軟に寄り添います。</li> <li>・長く楽しく暮らすために必要な試みを積極的に取り入れます。</li> </ul> <p>「心地いい仲間」</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・その方が心地いいと感じるベストな距離感で接します。</li> <li>・地域との関わり合いをサポートします。</li> <li>・長谷工グループ一丸となり、暮らしを支えます。</li> </ul> |

|                |                                       |      |                                          |      |       |
|----------------|---------------------------------------|------|------------------------------------------|------|-------|
| 入浴、排せつ又は食事の介護  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | 自ら実施 | 2 委託                                     | 3 なし |       |
| 食事の提供          | 1                                     | 自ら実施 | <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 | 3 なし |       |
| 洗濯、掃除等の家事の供与   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | 自ら実施 | <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 | 3 なし | ※一部委託 |
| 健康管理の供与        | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | 自ら実施 | 2 委託                                     | 3 なし |       |
| 安否確認又は状況把握サービス | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | 自ら実施 | 2 委託                                     | 3 なし |       |
| 生活相談サービス       | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | 自ら実施 | 2 委託                                     | 3 なし |       |

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

|                                        |                   |     |                                       |    |                                       |    |
|----------------------------------------|-------------------|-----|---------------------------------------|----|---------------------------------------|----|
| 特定施設入居者生活介護の<br>加算の対象となるサービスの<br>体制の有無 | 入居継続支援加算（Ⅰ）       |     | 1                                     | あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | なし |
|                                        | 入居継続支援加算（Ⅱ）       |     | 1                                     | あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | なし |
|                                        | 生活機能向上連携加算（Ⅰ）     |     | 1                                     | あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | なし |
|                                        | 生活機能向上連携加算（Ⅱ）     |     | 1                                     | あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | なし |
|                                        | 個別機能訓練加算（Ⅰ）       |     | 1                                     | あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | なし |
|                                        | 個別機能訓練加算（Ⅱ）       |     | 1                                     | あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | なし |
|                                        | 夜間看護体制加算          |     | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 2                                     | なし |
|                                        | 若年性認知症入居者受入加算     |     | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 2                                     | なし |
|                                        | 医療機関連携加算          |     | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 2                                     | なし |
|                                        | 口腔衛生管理体制加算        |     | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 2                                     | なし |
|                                        | 口腔・栄養スクリーニング加算    |     | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 2                                     | なし |
|                                        | 退院・退所時連携加算        |     | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 2                                     | なし |
|                                        | 看取り介護加算（Ⅰ）        |     | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 2                                     | なし |
|                                        | 看取り介護加算（Ⅱ）        |     | 1                                     | あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | なし |
|                                        | ADL維持等加算（Ⅰ）       |     | 1                                     | あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | なし |
|                                        | ADL維持等加算（Ⅱ）       |     | 1                                     | あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | なし |
|                                        | 科学的介護推進体制加算       |     | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 2                                     | なし |
|                                        | 認知症専門ケア加算         | （Ⅰ） | 1                                     | あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | なし |
|                                        |                   | （Ⅱ） | 1                                     | あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | なし |
|                                        | サービス提供体制強化<br>加算  | （Ⅰ） | 1                                     | あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | なし |
|                                        |                   | （Ⅱ） | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 2                                     | なし |
|                                        |                   | （Ⅲ） | 1                                     | あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | なし |
|                                        | 介護職員処遇改善加<br>算    | （Ⅰ） | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 2                                     | なし |
|                                        |                   | （Ⅱ） | 1                                     | あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | なし |
|                                        |                   | （Ⅲ） | 1                                     | あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | なし |
|                                        |                   | （Ⅳ） | 1                                     | あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | なし |
|                                        |                   | （Ⅴ） | 1                                     | あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | なし |
|                                        | 介護職員等特定処遇<br>改善加算 | （Ⅰ） | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 2                                     | なし |
|                                        |                   | （Ⅱ） | 1                                     | あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | なし |

|                      |                                          |                        |
|----------------------|------------------------------------------|------------------------|
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | (介護・看護職員の配置率)<br>2 : 1 |
|                      | 2 なし                                     |                        |

(医療連携の内容)

|                |               |                                                                           |
|----------------|---------------|---------------------------------------------------------------------------|
| 医療支援<br>※複数選択可 | <div>1</div>  | 救急車の手配                                                                    |
|                | <div>2</div>  | 入退院の付き添い                                                                  |
|                | <div>3</div>  | 通院介助                                                                      |
|                | <div>4</div>  | その他（お見舞い等）                                                                |
| 協力医療機関         | 名称            | 医療法人社団名聞会 葛飾南クリニック                                                        |
|                | 住所            | 葛飾区西新小岩 1-3-11 （事業所から 5,500m）                                             |
|                | 診療科目・<br>協力科目 | 内科                                                                        |
|                | 協力内容          | 緊急時往診、日常の健康相談、看護指導、健康診断の実施、他の医療機関に入院を要する場合の紹介、訪問診療<br>※医療費その他の費用は入居者の自己負担 |
| 協力歯科医療機関       | 名称            | しばた歯科                                                                     |
|                | 住所            | 千葉県市川市菅野 4-6-3 西家店舗 2 号室                                                  |
|                | 協力内容          | 口腔ケア、義歯作製・調整、虫歯の治療、抜歯<br>※医療費その他の費用は入居者の自己負担                              |

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

|                          |                                                                                            |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 入居後に居室を住み替える場合<br>※複数選択可 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合<br>2 介護居室へ移る場合<br>3 その他（ ）                |
| 判断基準の内容                  | 一時的に、24 時間の頻繁な介護等が必要となった場合、一時介護室で介護します。                                                    |
| 手続きの内容                   | ① 設置者の指定する医師の意見を聴く<br>② 入居者の意思を確認する<br>③ 身元引受人の意見を聴く                                       |
| 追加的費用の有無                 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし<br>前払金の精算は致しませんが、管理費は介護居室管理費お一人分をお支払いいただきます。 |
| 居室利用権の取扱い                | 一時的に利用する共用施設であり、一般居室の利用権に変更はありません。                                                         |
| 前払金償却の調整の有無              | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし                                              |

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                             |   |    |        |    |  |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|----|--------|----|--|
| 従前の居室との<br>仕様の変更         | 面積の増減                                                                                                                                                                                                                                                       | 1 | あり | 2      | なし |  |
|                          | 便所の変更                                                                                                                                                                                                                                                       | 1 | あり | 2      | なし |  |
|                          | 浴室の変更                                                                                                                                                                                                                                                       | 1 | あり | 2      | なし |  |
|                          | 洗面所の変更                                                                                                                                                                                                                                                      | 1 | あり | 2      | なし |  |
|                          | 台所の変更                                                                                                                                                                                                                                                       | 1 | あり | 2      | なし |  |
|                          | その他の変更                                                                                                                                                                                                                                                      | 1 | あり | (変更内容) |    |  |
|                          |                                                                                                                                                                                                                                                             | 2 | なし |        |    |  |
| 入居後に居室を住み替える場合<br>※複数選択可 | 1 一時介護室へ移る場合<br>2 介護居室へ移る場合<br>3 その他 ( )                                                                                                                                                                                                                    |   |    |        |    |  |
| 判断基準の内容                  | 以下の場合に設置者の指定する介護居室に入居者の入居する居室を移行していただきます。<br>(一般居室の入居者)<br>要介護認定重度又は継続的に介護居室での介護が必要と判断される場合<br>(介護居室の入居者)<br>入居者の心身状況、他の入居者への適応状況などにより必要となった場合                                                                                                              |   |    |        |    |  |
| 手続きの内容                   | ①設置者の指定する医師の意見を聴く<br>②緊急やむを得ない場合を除いて、一定の観察期間を目安に観察期間を設ける<br>③入居者の権利や利用料金等に関し本契約に重大な変更が生じる場合は、住みかえ後の居室及び権利の変動、居室面積の変更に伴う費用負担の増減、又は費用調整の有無、提供する介護等の変更内容等について入居者・身元引受人及び連帯保証人に説明を行う<br>④入居者本人又は身元引受人の同意を得る<br><br>なお、住みかえについては、合意書又は付属契約書（住みかえ）による契約を締結いただきます。 |   |    |        |    |  |
| 追加的費用の有無                 | 償却残高が住みかえ先の前払金相当額より多いまたは少ない場合は差額を精算します。<br>ただし、2 人入居の場合でその内 1 人が介護居室へ住みかえた場合は、介護居室利用料(80,000 円/月)をお支払いいただきます。<br>住みかえ当該者は介護居室の月額費用をお支払いいただき、一般居室に引き続き入居される方は、一般居室の月額費用（1 人分）となります。                                                                          |   |    |        |    |  |
| 居室利用権の取扱い                | 居室の権利は住みかえ先へ移行します。                                                                                                                                                                                                                                          |   |    |        |    |  |

|                  |        |                                       |    |        |    |  |
|------------------|--------|---------------------------------------|----|--------|----|--|
| 前払金償却の調整の有無      |        | <div><input type="checkbox"/> 1</div> | あり | 2      | なし |  |
| 従前の居室との<br>仕様の変更 | 面積の増減  | <div><input type="checkbox"/> 1</div> | あり | 2      | なし |  |
|                  | 便所の変更  | <div><input type="checkbox"/> 1</div> | あり | 2      | なし |  |
|                  | 浴室の変更  | <div><input type="checkbox"/> 1</div> | あり | 2      | なし |  |
|                  | 洗面所の変更 | <div><input type="checkbox"/> 1</div> | あり | 2      | なし |  |
|                  | 台所の変更  | <div><input type="checkbox"/> 1</div> | あり | 2      | なし |  |
|                  | その他の変更 | 1                                     | あり | (変更内容) |    |  |
|                  |        | <div><input type="checkbox"/> 2</div> | なし |        |    |  |

(入居に関する要件)

※税法に則り、消費税（税率 10%）を負担いただきます。

|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |             |    |   |    |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----|---|----|
| 入居対象となる者<br>【表示事項】 | 自立している者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 1           | あり | 2 | なし |
|                    | 要支援の者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 1           | あり | 2 | なし |
|                    | 要介護の者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 1           | あり | 2 | なし |
| 留意事項               | (入居者の条件)<br>一般居室：60 歳以上<br>介護居室：60 歳以上(原則、要支援 1 以上の方)<br>二人入居の場合夫婦と限りません。親子、友人でも可能です。<br>共同生活が円満にできる方。<br>自らおよび身元引受人・連帯保証人・返還金受取人が反社会的勢力に該当しないこと。                                                                                                                                                                                                                                                                             |             |    |   |    |
| 契約の解除の内容           | ・入居申込書に虚偽の説明を行う等の不正手段により入居したとき<br>・月払いの利用料その他の費用の支払いを正当な理由なく 3 ヶ月以上遅滞したとき<br>・居室の転貸・交換をしたとき<br>・各種サービスに対し、行ってはいけない行為をしたとき<br>・入居者が、禁止又は制限される行為の規定に違反したとき<br>・入居者又はその関係者(身元引受人を含むがこれに限らない)の言動が、他の入居者又は設置者の従業員に危険、迷惑、不快を及ぼし、設置者から行為者にその是正を求めるも行為者が繰り返し、これら行為に及ぶとき<br>・入居契約の条項に違反したとき<br>・その他入居契約を継続することが困難な事由が生じたとき<br>・連帯保証人、身元引受人又は返還金受取人（以下、連帯保証人等という）が、反社会的勢力に該当しているとき。ただし、設置者が入居者へ連帯保証人等を変更するよう求め、入居者がこれに応じたときは該当させないことがある |             |    |   |    |
| 事業主体から解約を求める場合     | 解約条項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 入居契約書第 27 条 |    |   |    |
|                    | 解約予告期間                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 6 ヶ月        |    |   |    |
| 入居者からの解約予告期間       | 1 ヶ月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             |    |   |    |

|         |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 体験入居の内容 | <div>1あり</div> <div>当該居室に空きのある場合、体験入居が可能です。</div> <div>・一般居室 1泊2食付 10,000 円(消費税込 11,000 円)</div> <div>・介護居室 1泊3食付 15,000 円(消費税込 16,500 円)</div> <div>2なし</div>                                                                                                  |
| 入居定員    | <div>124名</div> <div><div>一般居室 45室 定員 85名</div><div>介護居室 35室 定員 39名</div></div>                                                                                                                                                                                 |
| その他     | <div>身元引受人・連帯保証人・返還金受取人の役割を担う方をお一人ずつ定めていただきます。それぞれの役割は、兼ねることができます。</div> <div>連帯保証人：入居者とともに金銭債務を履行する責任</div> <div>身元引受人※：入居者の生活に関し、事業所との連絡・協議及び入居者の身柄の引き取り</div> <div>返還金受取人：返還金が生じた場合の受取</div> <div>※身元引受人がたてられない方は、設置者指定の公正証書を別途締結いただきます。（別途手数料がかかります。）</div> |

## 5. 職員体制

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

（職種別の職員数）

（2023 年 7 月 1 日現在）

|                           | 職員数（実人数） |    |     | 常勤換算人数※1※2          |
|---------------------------|----------|----|-----|---------------------|
|                           | 合計       |    |     |                     |
|                           |          | 常勤 | 非常勤 |                     |
| 管理者                       | 1        | 1  |     | 0.5                 |
| 生活相談員                     | 3        | 3  |     | 1.0                 |
| 直接処遇職員                    | 44       | 8  | 36  | 22.1                |
| 介護職員                      | 40       | 6  | 34  | 19.1                |
| 看護職員                      | 4        | 2  | 2   | 3.0<br>(機能訓練指導員を兼務) |
| 機能訓練指導員                   | 2        |    | 2   | 0.1(看護職員が兼務)        |
| 計画作成担当者                   | 1        | 1  |     | 0.9                 |
| 栄養士                       |          |    |     | (委託)                |
| 調理員                       |          |    |     | (委託)                |
| 事務員                       | 2        |    | 2   | 1.0                 |
| その他職員                     | 17       | 3  | 14  | 7.1                 |
| 1 週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2 |          |    |     | 40 時間               |

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

※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。

(資格を有している介護職員の人数)

|           | 合計 |    |     |
|-----------|----|----|-----|
|           |    | 常勤 | 非常勤 |
| 社会福祉士     | 2  |    | 2   |
| 介護福祉士     | 22 | 4  | 18  |
| 実務者研修の修了者 | 1  |    | 1   |
| 初任者研修の修了者 | 23 | 4  | 19  |
| 介護支援専門員   | 2  | 1  | 1   |

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

|             | 合計 |    |     |
|-------------|----|----|-----|
|             |    | 常勤 | 非常勤 |
| 看護師又は准看護師   | 2  |    | 2   |
| 理学療法士       |    |    |     |
| 作業療法士       |    |    |     |
| 言語聴覚士       |    |    |     |
| 柔道整復士       |    |    |     |
| あん摩マッサージ指圧師 |    |    |     |
| はり師         |    |    |     |
| きゅう師        |    |    |     |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

| 夜勤帯の設定時間（17時～翌9時） |      |                |
|-------------------|------|----------------|
|                   | 平均人数 | 最少時人数（休憩者等を除く） |
| 看護職員              | —    | —              |
| 介護職員              | 2名   | 1名             |

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

|                                                         |                                  |                                                          |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合<br>(一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能) | 契約上の職員配置比率※<br>【表示事項】            | a 1.5 : 1 以上<br>b 2 : 1 以上<br>c 2.5 : 1 以上<br>d 3 : 1 以上 |
|                                                         | 実際の配置比率<br>(記入日時点での利用者数：常勤換算職員数) | 1.29 : 1                                                 |

※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択

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

(職員の状況)

|                          |               |          |     |                    |     |                    |     |         |     |         |     |
|--------------------------|---------------|----------|-----|--------------------|-----|--------------------|-----|---------|-----|---------|-----|
| 管理者                      |               | 他の職務との兼務 |     |                    |     | <div>1</div> あり2なし |     |         |     |         |     |
|                          |               | 業務に係る資格等 |     | <div>1</div> あり    |     |                    |     |         |     |         |     |
|                          |               |          |     | 資格等の名称             |     | 介護福祉士              |     |         |     |         |     |
|                          |               |          |     | 2なし                |     |                    |     |         |     |         |     |
|                          |               | 看護職員     |     | 介護職員               |     | 生活相談員              |     | 機能訓練指導員 |     | 計画作成担当者 |     |
|                          |               | 常勤       | 非常勤 | 常勤                 | 非常勤 | 常勤                 | 非常勤 | 常勤      | 非常勤 | 常勤      | 非常勤 |
| 前年度1年間の採用者数              |               | 1        |     |                    | 1   |                    |     |         |     |         |     |
| 前年度1年間の退職者数              |               |          | 1   |                    | 3   |                    |     |         |     |         |     |
| 応じた業務に従事した経験年数に<br>職員の人数 | 1年未満          | 1        |     | 1                  | 3   |                    |     |         |     |         |     |
|                          | 1年以上<br>3年未満  |          | 1   | 5                  | 7   | 2                  |     |         | 1   | 1       |     |
|                          | 3年以上<br>5年未満  | 1        | 1   |                    | 1   |                    |     |         | 1   |         |     |
|                          | 5年以上<br>10年未満 |          |     |                    | 13  |                    |     |         | 1   |         |     |
|                          | 10年以上         |          |     |                    | 10  | 1                  |     |         |     |         |     |
|                          |               |          |     |                    |     |                    |     |         |     |         |     |
| 従業者の健康診断の実施状況            |               |          |     | <div>1</div> あり2なし |     |                    |     |         |     |         |     |

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

|                      |                                     |                                                            |
|----------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 居住の権利形態<br>【表示事項】    | 1 利用権方式<br>2 建物賃貸借方式<br>3 終身建物賃貸借方式 |                                                            |
| 利用料金の支払い方式<br>【表示事項】 | 1 全額前払い方式                           |                                                            |
|                      | 2 一部前払い・一部月払い方式                     |                                                            |
|                      | 3 月払い方式                             |                                                            |
|                      | 4 選択方式<br>※該当する方式を全て選択              | 1 全額前払い方式(介護居室のみ)<br>2 一部前払い・一部月払い方式<br>3 月払い方式<br>4 年払い方式 |

|                                |           |                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 年齢に応じた金額設定                     |           | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 なし                                                                                                                      |
| 要介護状態に応じた金額設定                  |           | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし                                                                                                                         |
| 入院等による不在時における<br>利用料金（月払い）の取扱い |           | 1 減額なし<br>2 日割り計算で減額<br><input checked="" type="checkbox"/> 3 不在期間が 6 ヶ月以上の場合に限り、管理費については 7 ヶ月目より半額（お二人の場合はお一人分）となります。<br>また、介護居室一人部屋利用の場合は、光熱水費については 7 カ月目より半額となります。 |
| 利用料金の改定                        | 条件<br>手続き | 所在地の自治体等が発表する消費者物価指数及び人件費、近隣同種の家賃、費用額、その原価の上昇等を勘案し、運営懇談会の意見を聴いた上で行います。                                                                                                |

（利用料金のプラン【代表的なプランを 2 例】）

※税法に則り、消費税（税率 10%）を負担いただきます。

|                |                     |                               | プラン 1<br>(一般居室<br>・一括払い方式)                     | プラン 2<br>(介護居室<br>・一括払い方式)                     |
|----------------|---------------------|-------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| 入居者の状況         | 要介護度                |                               | 自立                                             | 要介護 3                                          |
|                | 年齢                  |                               | 80 歳                                           | 85 歳                                           |
| 居室の状況          | 床面積                 |                               | 46.36 m <sup>2</sup>                           | 19.41 m <sup>2</sup>                           |
|                | 便所                  |                               | <input checked="" type="checkbox"/> 1 有    2 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 有    2 無 |
|                | 浴室                  |                               | <input checked="" type="checkbox"/> 1 有    2 無 | 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無    |
|                | 台所                  |                               | <input checked="" type="checkbox"/> 1 有    2 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 有    2 無 |
| 入居時点で<br>必要な費用 | 前払金                 |                               | 49,840,000 円                                   | 17,510,000 円                                   |
|                | 敷金                  |                               | －円                                             | －円                                             |
| 月額費用の合計        |                     |                               | 183,300 円<br>(消費税込 196,270 円)                  | 274,656 円<br>(消費税込 294,646 円)                  |
| サービス費用         | 家賃                  |                               | －円                                             | －円                                             |
|                | 介護保険外※ <sub>2</sub> | 特定施設入居者生活介護※ <sub>1</sub> の費用 | －円                                             | 21,036 円※ <sub>3</sub>                         |
|                |                     | 食費※ <sub>1</sub>              | 69,300 円<br>(消費税込 75,870 円)                    | 69,300 円<br>(消費税込 75,870 円)                    |
|                |                     | 管理費※ <sub>2</sub>             | 114,000 円<br>(消費税込 120,400 円)                  | 124,000 円<br>(消費税込 131,400 円)                  |
|                |                     | 介護費用※ <sub>3</sub>            | －円                                             | 49,320 円<br>(消費税込 54,240 円)                    |
|                |                     | 光熱水費※ <sub>4</sub>            | 実費                                             | 11,000 円<br>(消費税込 12,100 円)                    |
|                |                     | その他                           | －円                                             | －円                                             |

- ※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。自己負担額は1割を想定（基本報酬（1割）のみを記載）
- ※2 有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない）

※1 1ヶ月を30日とし、全食注文した場合の金額です。お支払いは注文した分のみとなります。

朝食：512円（消費税込552円※）  
 昼食：796円（消費税込875円※）  
 夕食：1,002円（消費税込1,102円※）

おやつ代 1回100円（消費税込108円※）

※有料老人ホームにおける食費（飲食料品の提供の対価）に係る消費税率については、一食670円以下、一日累計額2,010円に達するまでは、軽減税率（8%）の対象となります。

※2 管理費は、下表のとおりとなります。

|      |       | 一般居室<br>（お一人） | 一般居室<br>（お二人） | 介護居室<br>（お一人） | 介護居室<br>（お二人） |
|------|-------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 管理費  |       | 120,400円      | 186,100円      | 131,400円      | 202,600円      |
| （内訳） | 共益費相当 | 50,000円       | 75,000円       | 50,000円       | 75,000円       |
|      | その他使途 | 64,000円       | 101,000円      | 74,000円       | 116,000円      |
|      | 消費税   | 6,400円        | 10,100円       | 7,400円        | 11,600円       |

※3 介護保険サービスの自己負担額は含みません。

1ヶ月を30日とした場合の金額です。お一人日額1,644円（消費税込1,808円）となります。

※4 一般居室：実費

介護居室：一人部屋：月額11,000円（消費税込12,100円）／室  
 夫婦部屋：実費

その他、一時金及び利用料以外に必要な利用料

- ・介護用品：実費
  - ・リネンリース料：月額1,200円（消費税込1,320円）※
  - ・私物洗濯代：月額5,000円（消費税込5,500円）となります。
- ※特定施設入居者生活介護（介護予防含む）利用契約者のみ適用となります

(利用料金の算定根拠)

| 費目                           | 算定根拠                                                                                                                                     |
|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 月額家賃<br>(一部月払い方式・<br>月払い方式)  | 居室及び共用部等を利用する為の費用相当額                                                                                                                     |
| 敷金(月払い方式・<br>年払い方式)          | 月額家賃の3ヶ月相当額                                                                                                                              |
| 介護費用                         | <p>上乗せ介護金：法令で定める人員配置基準を超えて配置をする介護人員に係る人件費相当額</p> <p>要介護者2人に対し週40時間換算で介護・看護職員1人<br/>介護居室利用時よりお支払いいただきます。</p> <p>※介護保険サービスの自己負担額は含まない。</p> |
| 管理費                          | <p>共益費相当：共用部等の維持管理費</p> <p>その他使途：リビングデザインにかかる人件費及び上記に係る備品、消耗品費、<br/>自立支援サービス提供の為の人件費</p>                                                 |
| 食費                           | 食事提供に必要な食材料費及び人件費に係る費用相当額                                                                                                                |
| 光熱水費                         | 居室の電気・水道に係る費用相当額                                                                                                                         |
| 利用者の個別的<br>な選択によるサ<br>ービス利用料 | <p>人件費等を勘案したサービスごとの価格設定<br/>(別添2)</p>                                                                                                    |
| その他のサービ<br>ス利用料              | —                                                                                                                                        |

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

| 費目                   | 算定根拠                                      |               |                 |                    |
|----------------------|-------------------------------------------|---------------|-----------------|--------------------|
| 特定施設入居者生活介護※に対する自己負担 | 基本報酬及び上掲（その他のサービス利用料）に記載する自己負担分<br>（基本報酬） |               |                 |                    |
|                      | 要介護認定                                     | 介護給付費<br>（/日） | 30 日分の<br>目安(円) | 代理受領時の<br>自己負担額(円) |
|                      | 要支援 1                                     | 182 単位        | 57,057          | 5,706              |
|                      | 要支援 2                                     | 311 単位        | 97,498          | 9,750              |
|                      | 要介護 1                                     | 538 単位        | 168,663         | 16,867             |
|                      | 要介護 2                                     | 604 単位        | 189,354         | 18,936             |
|                      | 要介護 3                                     | 674 単位        | 211,299         | 21,130             |
|                      | 要介護 4                                     | 738 単位        | 231,363         | 23,137             |
|                      | 要介護 5                                     | 807 単位        | 252,994         | 25,300             |
|                      | （各種加算）                                    |               |                 |                    |
|                      | （各種加算）加算名称                                |               | 単位数             | 30 日分の<br>目安(円)    |
|                      | 個別機能訓練加算（Ⅰ）（／日）                           |               | 12 単位           | 3,762              |
|                      | 個別機能訓練加算（Ⅱ）（／月）                           |               | 20 単位           | 209                |
|                      | 夜間看護体制加算（／日）                              |               | 10 単位           | 3,135              |
|                      | ※要支援 1 及び 2 の場合は該当しません。                   |               |                 | 314                |

|                      |                                              |                                                                                               |                 |                    |
|----------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------------|
| 特定施設入居者生活介護※に対する自己負担 | (各種加算) 加算名称                                  | 単位数                                                                                           | 30 日分の<br>目安(円) | 代理受領時の<br>自己負担額(円) |
|                      | 医療機関連携加算 (／月)                                | 80 単位                                                                                         | 836             | 84                 |
|                      | サービス提供体制強化加算Ⅰ (／日)                           | 22 単位                                                                                         | 6,897           | 690                |
|                      | サービス提供体制強化加算Ⅱ (／日)                           | 18 単位                                                                                         | 5,643           | 565                |
|                      | サービス提供体制強化加算Ⅲ (／日)                           | 6 単位                                                                                          | 1,881           | 189                |
|                      | 認知症専門ケア加算 (Ⅰ) (／日)                           | 3 単位                                                                                          | 940             | 94                 |
|                      | 認知症専門ケア加算 (Ⅱ) (／日)                           | 4 単位                                                                                          | 1,254           | 126                |
|                      | 入居継続支援加算 (／日) (Ⅰ)<br>※要支援 1 及び 2 の場合は該当しません。 | 36 単位                                                                                         | 11,286          | 1,129              |
|                      | 入居継続支援加算 (／日) (Ⅱ)<br>※要支援 1 及び 2 の場合は該当しません。 | 22 単位                                                                                         | 6,897           | 690                |
|                      | 退院・退所時連携加算 (／日)<br>※要支援 1 及び 2 の場合は該当しません。   | 30 単位                                                                                         | 9,405           | 941                |
|                      | 生活機能向上連携加算 (／月)                              | 200 単位                                                                                        | 2,090           | 209                |
|                      | 若年性認知症入居者受入加算 (／日)                           | 120 単位                                                                                        | 37,620          | 3,762              |
|                      | 口腔衛生管理体制加算 (／月)                              | 30 単位                                                                                         | 313             | 32                 |
|                      | 栄養スクリーニング加算 (／回)                             | 5 単位                                                                                          | 52              | 6                  |
|                      | ADL 維持等加算 (Ⅰ) (／月)                           | 30 単位                                                                                         | 313             | 32                 |
|                      | ADL 維持等加算 (Ⅱ) (／月)                           | 60 単位                                                                                         | 627             | 63                 |
|                      | 生活機能向上連携加算 (Ⅰ) (／月)                          | 100 単位                                                                                        | 1,045           | 105                |
|                      | 科学的介護推進体制加算 (／月)                             | 40 単位                                                                                         | 418             | 42                 |
|                      | 看取り介護加算 (Ⅰ)                                  | 死亡日 45 日前～31 日前 72 単位／日<br>死亡日 30 日前～4 日前 144 単位／日<br>死亡日前々日、前日 680 単位／日<br>死亡日 1,280 単位／日    |                 |                    |
|                      | 看取り介護加算 (Ⅱ)                                  | 死亡日 45 日前～31 日前 572 単位／日<br>死亡日 30 日前～4 日前 644 単位／日<br>死亡日前々日、前日 1,180 単位／日<br>死亡日 1,780 単位／日 |                 |                    |
|                      | 介護職員処遇改善加算                                   | 月間所定単位数×8.2%単位                                                                                |                 |                    |
|                      | 特定処遇改善加算Ⅰ                                    | 月間所定単位数×1.80%単位                                                                               |                 |                    |
|                      | 特定処遇改善加算Ⅱ                                    | 月間所定単位数×1.20%単位                                                                               |                 |                    |

|                                                 |                                                                                      |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                 | ※介護保険負担割合証に記載の割合に応じた金額が入居者の自己負担となります。<br>(非課税) (上記は1割負担を想定) ※算定要件を満たした場合、上記加算が発生します。 |
| 特定施設入居者生活介護※における人員配置が<br>手厚い場合の介護サービス (上乘せサービス) | (前掲)                                                                                 |
| ※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。                             |                                                                                      |

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能

|                                              |                                                                                                             |                                                                                                                     |           |             |
|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|
| 算定根拠                                         | [一括払い方式・一部月払い方式]<br>家賃相当額 × 想定居住期間 + 想定居住期間を超えて契約<br>が継続する場合に備えて受領する額<br>[年払い方式] (介護居室のみ)<br>家賃相当額 × 想定居住期間 |                                                                                                                     |           |             |
| 想定居住期間 (償却年月数)                               | 一般居室                                                                                                        |                                                                                                                     | 介護居室      |             |
|                                              | 契約時年齢                                                                                                       | 想定居住期間                                                                                                              | 契約時年齢     | 想定居住期間      |
|                                              | 70 歳                                                                                                        | 20 年 (240 ヶ月)                                                                                                       | 75 歳～79 歳 | 6 年 (72 ヶ月) |
|                                              | 71 歳                                                                                                        | 19 年 (228 ヶ月)                                                                                                       | 80 歳～     | 5 年 (60 ヶ月) |
|                                              | 72 歳                                                                                                        | 18 年 (216 ヶ月)                                                                                                       |           |             |
|                                              | 73 歳                                                                                                        | 17 年 (204 ヶ月)                                                                                                       |           |             |
|                                              | 74 歳                                                                                                        | 16 年 (192 ヶ月)                                                                                                       |           |             |
|                                              | 75 歳                                                                                                        | 15 年 (180 ヶ月)                                                                                                       |           |             |
|                                              | 76 歳                                                                                                        | 14 年 (168 ヶ月)                                                                                                       |           |             |
|                                              | 77 歳                                                                                                        | 13 年 (156 ヶ月)                                                                                                       |           |             |
|                                              | 78 歳                                                                                                        | 12 年 (144 ヶ月)                                                                                                       |           |             |
|                                              | 79 歳                                                                                                        | 11 年 (132 ヶ月)                                                                                                       |           |             |
|                                              | 80 歳～                                                                                                       | 10 年 (120 ヶ月)                                                                                                       |           |             |
|                                              | ※お二人入居の場合には、いずれかお若い方の年齢が対象となります。                                                                            |                                                                                                                     |           |             |
| 償却の開始日                                       | 入居日(鍵の引き渡し日)                                                                                                |                                                                                                                     |           |             |
| 想定居住期間を超えて契約<br>が継続する場合に備えて受<br>領する額 (初期償却額) | 一般居室 (70～85 歳) : 前払金の 15%相当額<br>一般居室 (86 歳～) : 前払金の 20%相当額<br>介護居室 : 前払金の 30%相当額                            |                                                                                                                     |           |             |
| 初期償却率                                        |                                                                                                             |                                                                                                                     |           |             |
| 返還金の算<br>定方法                                 | 入居後 3 月以<br>内の契約終了                                                                                          | 入居日より 3 ヶ月以内の解約の場合は、入居日から契約終了日までに係<br>る日割り分及び原状回復費等未精算金を差し引いて、全額返還します。<br>返還金 = 前払金 - (家賃 ÷ 30 × 入居日数) - 原状回復費等未精算金 |           |             |

|              |                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |
|--------------|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 返還金の算<br>定方法 | 入居後 3 月を<br>超えた契約終<br>了 | <p>[一括払い方式・一部月払い方式]</p> <p>想定居住期間の家賃の前払分のうち、未経過の期間の家賃額から原状回復費等未精算金を差し引いて返還します。</p> <p>返還金 = 前払金のうち想定居住期間の家賃の前払分<br/> <math>\div</math> 想定居住期間 <math>\times</math> 契約終了日から想定居住期間満了日までの日数<br/>         - 原状回復費等未精算金</p> <p>[年払い方式]</p> <p>返還金 = 前払金 <math>\times</math> (12 ヶ月 - 入居日数) <math>\div</math> 12 ヶ月<br/>         - 原状回復費等未精算金</p> |             |
| 前払金の<br>保全先  | 1                       | 連帯保証を行う銀行等の名称                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 不動産信用保証株式会社 |
|              | 2                       | 信託契約を行う信託会社等の名称                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |
|              | 3                       | 保証保険を行う保険会社の名称                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             |
|              | 4                       | 全国有料老人ホーム協会                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |             |
|              | 5                       | その他（名称： ）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             |

## 7. 入居者の状況

(入居者の人数)

(2023 年 7 月 1 日現在)

|       |               |      |
|-------|---------------|------|
| 性別    | 男性            | 15 人 |
|       | 女性            | 72 人 |
| 年齢別   | 65 歳未満        | 0 人  |
|       | 65 歳以上 75 歳未満 | 3 人  |
|       | 75 歳以上 85 歳未満 | 24 人 |
|       | 85 歳以上        | 60 人 |
| 要介護度別 | 自立            | 53 人 |
|       | 要支援 1         | 4 人  |
|       | 要支援 2         | 3 人  |
|       | 要介護 1         | 5 人  |
|       | 要介護 2         | 3 人  |
|       | 要介護 3         | 9 人  |
|       | 要介護 4         | 5 人  |
|       | 要介護 5         | 5 人  |
| 入居期間別 | 6 ヶ月未満        | 5 人  |
|       | 6 ヶ月以上 1 年未満  | 5 人  |
|       | 1 年以上 5 年未満   | 20 人 |
|       | 5 年以上 10 年未満  | 21 人 |
|       | 10 年以上 15 年未満 | 36 人 |
|       | 15 年以上        | 0 人  |

(入居者の属性)

|                                                 |                   |
|-------------------------------------------------|-------------------|
| 平均年齢                                            | 87.1 歳            |
| 入居者数の合計                                         | 87 人              |
| 入居率※                                            | 70.2% (契約率 97.5%) |
| ※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。 |                   |

(前年度における退去者の状況)

|         |          |                 |
|---------|----------|-----------------|
| 退去先別の人数 | 自宅等      | 0 人             |
|         | 社会福祉施設   | 1 人             |
|         | 医療機関     | 0 人             |
|         | 死亡者      | 10 人            |
|         | その他      | 0 人             |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出  | 0 人             |
|         |          | (解約事由の例)        |
|         | 入居者側の申し出 | 1 人             |
|         |          | (解約事由の例) 社会福祉施設 |

8. 苦情・事故等に関する体制

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

|          |       |                                                                                                              |
|----------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 窓口の名称    |       | ①ブランシエール市川<br>相談、苦情に対する常設の窓口として、相談担当者を置いています。事情により即時に対応できない場合は後日回答となる場合があります。<br>②本社 ご入居者相談窓口<br>③本社 個人情報管理係 |
| 電話番号     |       | ①047-329-1811<br>②③0120-045-485                                                                              |
| 対応している時間 | 平日    | ①午前 9 時～午後 5 時 30 分<br>②③午前 10 時～午後 5 時                                                                      |
|          | 土曜    | ① 午前 9 時～午後 5 時 30 分                                                                                         |
|          | 日曜・祝日 | ① 午前 9 時～午後 5 時 30 分                                                                                         |
| 定休日      |       | ①についてはなし。ただし事情により即時に対応できない場合は後日回答となることがあります。<br>②③については土・日・祝日                                                |
| 窓口の名称    |       | ① 公益社団法人全国有料老人ホーム協会<br>② 千葉県健康福祉部高齢者福祉課<br>③ 千葉県国民健康保険団体連合会 介護保険課苦情相談窓口<br>④ 市川市地域包括支援センター                   |

|          |       |                                                                                                             |
|----------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|          |       | ⑤ 千葉県運営適正化委員会                                                                                               |
| 電話番号     |       | ① 03-5207-2763                                                                                              |
|          |       | ② 043-223-2350                                                                                              |
|          |       | ③ 043-254-7428                                                                                              |
|          |       | ④ 047-700-5139                                                                                              |
|          |       | ⑤ 043-246-0294                                                                                              |
| 対応している時間 | 平日    | ① 午前 10 時～午後 5 時<br>② 午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分<br>③ 午前 9 時～午後 5 時<br>④ 午前 8 時 45 分～午後 5 時<br>⑤ 午前 9 時～午後 5 時 |
|          | 土曜    | —                                                                                                           |
|          | 日曜・祝日 | —                                                                                                           |
| 定休日      |       | 土・日・祝日・年末年始                                                                                                 |

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

|                               |      |                                                                                                                                                            |
|-------------------------------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 損害賠償責任保険の加入状況                 | ① あり | (その内容) サービスの提供にあたっては、施設賠償責任保険等に参加しています。サービス提供上の事故により入居者の生命、身体、財産に損害が発生した場合、不可抗力による場合を除き、速やかに入居者に対して、加入している保険により損害を賠償します。但し、入居者に重大な過失がある場合は、賠償額を減ずることがあります。 |
|                               | 2 なし |                                                                                                                                                            |
| 介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応 | ① あり | (その内容) 事故防止・対応マニュアルにもとづき、対応します。                                                                                                                            |
|                               | 2 なし |                                                                                                                                                            |
| 事故対応及びその予防のための指針              | ① あり | 2 なし                                                                                                                                                       |

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

|                                  |      |        |                      |
|----------------------------------|------|--------|----------------------|
| 利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況 | ① あり | 実施日    | 2018 年 2 月 13 日      |
|                                  |      | 結果の開示  | ① あり 2 なし            |
|                                  | 2 なし |        |                      |
| 第三者による評価の実施状況                    | ① あり | 実施日    | 2022 年 1 月 21 日      |
|                                  |      | 評価機関名称 | 特定非営利活動法人 福祉経営ネットワーク |
|                                  |      | 結果の開示  | ① あり 2 なし            |
|                                  | 2 なし |        |                      |

## 9. 入居希望者への事前の情報開示

|          |                                                                           |
|----------|---------------------------------------------------------------------------|
| 入居契約書の雛形 | 1 入居希望者に公開<br><input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付<br>3 公開していない |
| 管理規程     | 1 入居希望者に公開<br><input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付<br>3 公開していない |
| 事業収支計画書  | 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br><input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 財務諸表の要旨  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>3 公開していない |
| 財務諸表の原本  | 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br><input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない |

## 10. その他

|                                                  |                                                                                                                                         |                 |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| 運営懇談会                                            | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり                                                                                                | (開催頻度)<br>年4回以上 |
|                                                  | 2 なし                                                                                                                                    |                 |
|                                                  | <input type="checkbox"/> 1 代替措置あり                                                                                                       | (内容)            |
|                                                  | <input type="checkbox"/> 2 代替措置なし                                                                                                       |                 |
| 提携ホームへの移行<br>【表示事項】                              | 1 あり (提携ホーム名： )<br><input checked="" type="checkbox"/> 2 なし                                                                             |                 |
| 有料老人ホーム設置時の老人福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出               | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (平成 19 年 2 月 13 日届出)<br>2 なし<br>3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要 |                 |
| 高齢者の居住の安定確保に関する法律第 5 条第 1 項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録 | 1 あり ( 年 月 日登録)<br><input checked="" type="checkbox"/> 2 なし                                                                             |                 |
| 千葉県有料老人ホーム設置運営指導指針「規模及び構造設備」に合致しない事項             | 1 あり<br><input checked="" type="checkbox"/> 2 なし<br>(平成 14 年 12 月 2 日施行の設置運営指導指針を適用)                                                    |                 |

|                          |                                                  |
|--------------------------|--------------------------------------------------|
| 合致しない事項がある場合<br>の内容      |                                                  |
| 「既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性  | 1 適合している（代替措置）<br>2 適合している（将来の改善計画）<br>3 適合していない |
| 千葉県有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項 |                                                  |
| 不適合事項がある場合の内容            |                                                  |

添付書類：別添１（別に実施する介護サービス一覧表）

別添２（個別選択による介護サービス一覧表）

契約の締結に当たり、本有料老人ホーム重要事項説明書により説明を受けました。

年 月 日

署名 \_\_\_\_\_

署名 \_\_\_\_\_

説明者署名 \_\_\_\_\_

市川・重説-240601

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

| 介護サービスの種類            |    |    |  | 併設・隣接<br>の状況 | 事業所の名称       | 所在地                     |
|----------------------|----|----|--|--------------|--------------|-------------------------|
| <居宅サービス>             |    |    |  |              |              |                         |
| 訪問介護                 | あり | なし |  | 併設・隣接        |              |                         |
| 訪問入浴介護               | あり | なし |  | 併設・隣接        |              |                         |
| 訪問看護                 | あり | なし |  | 併設・隣接        |              |                         |
| 訪問リハビリテーション          | あり | なし |  | 併設・隣接        |              |                         |
| 居宅療養管理指導             | あり | なし |  | 併設・隣接        |              |                         |
| 通所介護                 | あり | なし |  | 併設・隣接        |              |                         |
| 通所リハビリテーション          | あり | なし |  | 併設・隣接        |              |                         |
| 短期入所生活介護             | あり | なし |  | 併設・隣接        |              |                         |
| 短期入所療養介護             | あり | なし |  | 併設・隣接        |              |                         |
| 特定施設入居者生活介護          | あり | なし |  | 併設・隣接        | ブランシエールケア西千葉 | 千葉県千葉市<br>中央区松波 2-21-16 |
| 福祉用具貸与               | あり | なし |  | 併設・隣接        |              |                         |
| 特定福祉用具販売             | あり | なし |  | 併設・隣接        |              |                         |
| <地域密着型サービス>          |    |    |  |              |              |                         |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護     | あり | なし |  | 併設・隣接        |              |                         |
| 夜間対応型訪問介護            | あり | なし |  | 併設・隣接        |              |                         |
| 地域密着型通所介護            | あり | なし |  | 併設・隣接        |              |                         |
| 認知症対応型通所介護           | あり | なし |  | 併設・隣接        |              |                         |
| 小規模多機能型居宅介護          | あり | なし |  | 併設・隣接        |              |                         |
| 認知症対応型共同生活介護         | あり | なし |  | 併設・隣接        | ウェルミー<br>高根台 | 千葉県船橋市<br>高根台 2-2-17    |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護     | あり | なし |  | 併設・隣接        |              |                         |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | あり | なし |  | 併設・隣接        |              |                         |
| 看護小規模多機能型居宅介護        | あり | なし |  | 併設・隣接        |              |                         |
| 居宅介護支援               | あり | なし |  | 併設・隣接        |              |                         |
| <居宅介護予防サービス>         |    |    |  |              |              |                         |
| 介護予防訪問入浴介護           | あり | なし |  | 併設・隣接        |              |                         |
| 介護予防訪問看護             | あり | なし |  | 併設・隣接        |              |                         |
| 介護予防訪問リハビリテーション      | あり | なし |  | 併設・隣接        |              |                         |
| 介護予防居宅療養管理指導         | あり | なし |  | 併設・隣接        |              |                         |
| 介護予防通所リハビリテーション      | あり | なし |  | 併設・隣接        |              |                         |
| 介護予防短期入所生活介護         | あり | なし |  | 併設・隣接        |              |                         |
| 介護予防短期入所療養介護         | あり | なし |  | 併設・隣接        |              |                         |
| 介護予防特定施設入居者生活介護      | あり | なし |  | 併設・隣接        | ブランシエールケア西千葉 | 千葉県千葉市<br>中央区松波 2-21-16 |
| 介護予防福祉用具貸与           | あり | なし |  | 併設・隣接        |              |                         |
| 特定介護予防福祉用具販売         | あり | なし |  | 併設・隣接        |              |                         |
| <地域密着型介護予防サービス>      |    |    |  |              |              |                         |
| 介護予防認知症対応型通所介護       | あり | なし |  | 併設・隣接        |              |                         |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護      | あり | なし |  | 併設・隣接        |              |                         |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護     | あり | なし |  | 併設・隣接        | ウェルミー<br>高根台 | 千葉県船橋市<br>高根台 2-2-17    |
| 介護予防支援               | あり | なし |  | 併設・隣接        |              |                         |
| <介護保険施設>             |    |    |  |              |              |                         |
| 介護老人福祉施設             | あり | なし |  | 併設・隣接        |              |                         |
| 介護老人保健施設             | あり | なし |  | 併設・隣接        |              |                         |
| 介護療養型医療施設            | あり | なし |  | 併設・隣接        |              |                         |
| 介護医療院                | あり | なし |  | 併設・隣接        |              |                         |

| <介護予防・日常生活支援総合事業> |    |    |       |  |  |  |
|-------------------|----|----|-------|--|--|--|
| 訪問型サービス           | あり | なし | 併設・隣接 |  |  |  |
| 通所型サービス           | あり | なし | 併設・隣接 |  |  |  |
| その他の生活支援サービス      | あり | なし | 併設・隣接 |  |  |  |

別添2 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表(下記の内容はケア計画に基づきサービスします)

| 特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無 |  |                        |    |               |    |                            |    | なし                                   |    | ○あり |               | 要支援1・要支援2                  |    |                       |                |              |    | 自立～要支援2   |              |  |  |
|----------------------------------|--|------------------------|----|---------------|----|----------------------------|----|--------------------------------------|----|-----|---------------|----------------------------|----|-----------------------|----------------|--------------|----|-----------|--------------|--|--|
| 居室の例                             |  | 自立                     |    |               |    |                            |    | 要支援1・要支援2                            |    |     |               |                            |    | 自立～要支援2               |                |              |    |           |              |  |  |
|                                  |  | 一般居室                   |    |               |    |                            |    | 一般居室                                 |    |     |               |                            |    | 一般居室                  |                |              |    |           |              |  |  |
|                                  |  | 管理費等で実施するサービス（利用者一部負担） |    | 備考            |    | 個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担） |    | 介護予防特定施設入居者生活介護費等で、実施するサービス（利用者一部負担） |    | 備考  |               | 個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担） |    | 管理費、自立支援サービスで実施するサービス |                | 備考           |    |           |              |  |  |
|                                  |  |                        |    |               |    | 料金                         |    |                                      |    |     |               | 料金                         |    |                       |                |              |    |           |              |  |  |
|                                  |  | なし                     | あり | なし            | あり | 包含                         | 都度 | 料金                                   | なし | あり  | なし            | あり                         | 包含 | 都度                    | 料金             | なし           | あり | なし        | あり           |  |  |
| ＜介護予防サービス＞                       |  |                        |    |               |    |                            |    |                                      |    |     |               |                            |    |                       |                |              |    |           |              |  |  |
| 運動機能向上訓練                         |  | ○                      |    |               | ○  |                            |    |                                      |    | ○   | 週2回（指定日）      | ○                          |    |                       |                | ○            |    |           |              |  |  |
| 口腔機能向上訓練                         |  | ○                      |    |               | ○  |                            |    |                                      |    | ○   | 週1回（指定日）      | ○                          |    |                       |                | ○            |    |           |              |  |  |
| 栄養改善                             |  | ○                      |    |               | ○  |                            |    |                                      |    | ○   | 月1回           | ○                          |    |                       |                | ○            |    |           |              |  |  |
| ＜介護サービス＞                         |  |                        |    |               |    |                            |    |                                      |    |     |               |                            |    |                       |                |              |    |           |              |  |  |
| 巡回・安否確認                          |  |                        |    |               |    |                            |    |                                      |    |     |               |                            |    |                       |                |              |    |           |              |  |  |
| 昼間（9：00～17：00）                   |  |                        | ○  | 1日1回（ボード）     | ○  |                            |    |                                      |    | ○   | 1日1回（ボード）     | ○                          |    |                       |                |              | ○  | 1日1回（ボード） |              |  |  |
| 夜間（17：00～9：00）                   |  |                        | ○  | 1日1回（必要時）     | ○  |                            |    |                                      |    | ○   | 1日1回（必要時）     | ○                          |    |                       |                |              | ○  | 1日1回（必要時） |              |  |  |
| ◎食事介護（形態対応含む）                    |  | ○                      |    |               | ○  |                            |    |                                      |    | ○   |               | ○                          |    |                       |                |              | ○  | 形態対応のみ    |              |  |  |
| ◎排泄介助・おむつ交換                      |  | ○                      |    |               | ○  |                            |    |                                      |    | ○   |               | ○                          |    |                       |                |              | ○  |           |              |  |  |
| おむつ代                             |  | ／                      |    |               |    | ○                          |    |                                      |    | ／   |               |                            | ○  | ○                     | 実費             |              | ○  |           |              |  |  |
| 入浴介助・清拭                          |  | ○                      |    |               | ○  |                            |    |                                      |    | ○   | 週3回（必要時）      |                            | ○  | ○                     | 週4回以上1回2,100円  |              | ○  |           |              |  |  |
| ◎特浴介助                            |  | ○                      |    |               | ○  |                            |    |                                      |    | ○   |               | ○                          | ○  | 1回2,100円              |                | ○            |    |           |              |  |  |
| 居室からの移動                          |  | ○                      |    |               | ○  |                            |    |                                      |    |     |               | ○                          |    |                       |                | ○            |    |           |              |  |  |
| ◎体位交換                            |  | ○                      |    |               | ○  |                            |    |                                      |    | ○   |               | ○                          |    |                       |                | ○            |    |           |              |  |  |
| ◎身だしなみ介助                         |  | ○                      |    |               | ○  |                            |    |                                      |    | ○   | 必要時見守り一部介助    | ○                          |    |                       |                | ○            |    |           |              |  |  |
| ◎機能訓練                            |  | ○                      |    |               | ○  |                            |    |                                      |    | ○   |               | ○                          |    |                       |                | ○            |    |           |              |  |  |
| ◎生活リハビリ                          |  | ○                      |    |               |    | ○                          | ○  | 10分350円                              |    | ○   |               |                            | ○  | ○                     | 10分350円        |              | ○  |           |              |  |  |
| 通院付き添い（病院一覧表内） ※1                |  |                        | ○  | 初回のみ          |    | ○                          | ○  | 再診時<br>10分350円                       |    | ○   | 初回のみ          |                            | ○  | ○                     | 再診時<br>10分350円 |              | ○  |           | 必要時          |  |  |
| 通院付き添い（病院一覧表外）                   |  | ○                      |    |               |    | ○                          | ○  | 10分350円                              |    | ○   |               |                            | ○  | ○                     | 10分350円        |              | ○  |           |              |  |  |
| 外出介助                             |  | ○                      |    |               |    | ○                          | ○  | 10分350円                              |    | ○   |               |                            | ○  | ○                     | 10分350円        |              | ○  |           | 個別対応散歩       |  |  |
| 緊急時対応                            |  |                        | ○  | 随時            | ○  |                            |    |                                      |    | ○   | 随時            | ○                          |    |                       |                | ○            | ○  |           | 随時           |  |  |
| ＜生活サービス＞                         |  |                        |    |               |    |                            |    |                                      |    |     |               |                            |    |                       |                |              |    |           |              |  |  |
| 居室清掃                             |  | ○                      |    |               |    | ○                          | ○  | 10分350円                              |    | ○   | 週1回(指定日)      |                            | ○  | ○                     | 週2回以上10分350円   |              | ○  |           | 週1回（指定日）     |  |  |
| 日常の洗濯 ※2                         |  | ○                      |    |               |    | ○                          | ○  | 10分350円                              |    | ○   |               |                            | ○  | ○                     | 月額5,000円       |              | ○  |           | 週1回（指定日）     |  |  |
| 環境整備                             |  |                        | ○  | 病気時のみ（目安10日間） | ○  |                            |    |                                      |    | ○   | 病気時のみ（目安10日間） |                            | ○  | ○                     | 10分350円        |              | ○  |           | 週1回          |  |  |
| 居室配膳・下膳                          |  |                        | ○  | 病気時のみ（目安10日間） |    | ○                          | ○  | 1回350円                               |    | ○   | 必要時           |                            | ○  | ○                     |                |              | ○  |           | 必要時          |  |  |
| 食事箋による特別な食事                      |  |                        | ○  | カロリー、塩分調整のみ   |    | ○                          | ○  | 左記備考以外実費                             |    | ○   | カロリー、塩分調整のみ   |                            | ○  |                       | 左記備考以外実費       |              | ○  |           | カロリー、塩分調整のみ  |  |  |
| ◎おやつ                             |  | ○                      |    |               |    | ○                          | ○  | 実費                                   |    | ○   |               |                            | ○  | ○                     | 実費             |              | ○  |           |              |  |  |
| ◎理美容師による理美容サービス                  |  | ○                      |    |               |    | ○                          | ○  | 実費                                   |    | ○   |               |                            | ○  | ○                     | 実費             |              | ○  |           |              |  |  |
| 買い物代行                            |  | ○                      |    |               |    | ○                          | ○  | 10分350円                              |    | ○   |               |                            | ○  | ○                     | 10分350円        |              | ○  |           | 週1回（指定日）     |  |  |
| 役所手続き代行                          |  | ○                      |    |               |    | ○                          | ○  | 10分350円                              |    | ○   |               |                            | ○  | ○                     | 10分350円        |              | ○  |           | 月1回（指定日）     |  |  |
| 支払い代行(立替払い)                      |  |                        | ○  | フロント対応のみ      |    | ○                          | ○  | 10分350円                              |    | ○   | 必要時           |                            | ○  |                       |                | ○            |    |           | 10分350円      |  |  |
| 新聞・郵送物等の管理                       |  |                        | ○  | 不在時のみ         |    | ○                          | ○  | 10分350円                              |    | ○   | 不在時のみ         |                            |    | ○                     | ○              | 10分350円      |    | ○         | 必要時          |  |  |
| 代筆・代読                            |  | ○                      |    |               |    | ○                          | ○  | 10分350円                              |    | ○   |               |                            |    | ○                     | ○              | 10分350円      |    | ○         | 必要時          |  |  |
| 貴重品類の保管                          |  |                        | ○  | 入院、判断力低下等の場合  |    | ○                          | ○  | 1回350円                               |    | ○   | 入院、判断力低下等の場合  |                            |    | ○                     | ○              | 1回350円       |    | ○         | 入院、判断力低下等の場合 |  |  |
| ＜健康管理サービス＞                       |  |                        |    |               |    |                            |    |                                      |    |     |               |                            |    |                       |                |              |    |           |              |  |  |
| バイタルチェック                         |  | ○                      |    |               |    | ○                          | ○  | 10分350円                              |    | ○   | 必要時           |                            | ○  |                       |                |              | ○  |           | 必要時          |  |  |
| 健康診断のご案内                         |  |                        | ○  | 年1回は管理費内にて実施  | ○  |                            |    |                                      |    | ○   | 年1回は管理費内にて実施  |                            | ○  |                       |                |              | ○  |           | 年1回は管理費内にて実施 |  |  |
| 健康相談                             |  |                        | ○  | 随時            | ○  |                            |    |                                      |    | ○   | 随時            |                            | ○  |                       |                |              | ○  |           | 随時           |  |  |
| 生活指導・栄養指導                        |  |                        | ○  | 随時            | ○  |                            |    |                                      |    | ○   | 随時            |                            | ○  |                       |                |              | ○  |           | 随時           |  |  |
| 薬の仕分け管理・服薬支援                     |  | ○                      |    |               |    | ○                          | ○  | 10分350円                              |    | ○   | 必要時           |                            | ○  |                       |                |              | ○  |           | 必要時          |  |  |
| 生きがい支援マネジメント                     |  | ○                      |    |               | ○  |                            |    |                                      |    | ○   |               |                            |    | ○                     |                |              | ○  |           | 週1～3回        |  |  |
| 入退院時・入院中のサービス ※3                 |  |                        |    |               |    |                            |    |                                      |    |     |               |                            |    |                       |                |              |    |           |              |  |  |
| 入退院時の付き添い(病院一覧表内)                |  |                        | ○  | 必要時           | ○  |                            |    |                                      |    | ○   | 必要時           |                            | ○  |                       |                |              | ○  |           | 必要時          |  |  |
| 入退院時の付き添い(病院一覧表外)                |  | ○                      |    |               |    | ○                          | ○  | 10分350円                              |    | ○   |               |                            |    | ○                     | ○              | 10分350円      |    | ○         |              |  |  |
| 入院中の見舞い訪問(病院一覧表内)                |  |                        | ○  | 週1回           |    | ○                          | ○  | 週2回以上10分350円                         |    | ○   | 週1回           |                            |    | ○                     | ○              | 週2回以上10分350円 |    | ○         | 週1回          |  |  |
| 入院中の見舞い訪問(病院一覧表外)                |  | ○                      |    |               |    | ○                          | ○  | 10分350円                              |    | ○   |               |                            |    | ○                     | ○              | 10分350円      |    | ○         |              |  |  |

※1：病院一覧表の内協力医療機関については、別途通院付き添いの費用は発生しません。(特定契約者のみ)

※2：月額5,500円のサービスについては、15日以上不在の場合、費用は半額となります。特別なクリーニングは実費。

※3：入退院時、入院中のサービスは、全て病院一覧表を参照ください。

注)介護サービス欄の◎は、日中介護フロアでのサービス提供となります。

注)上記サービスに関わる交通費は実費入居者負担です。但し、緊急時対応及び週1回のお見舞いについては除きます。

注)自立支援サービスは、介護保険の申請を前提とした認定時までのサービスとなります

※上記は、本体価格表記です。  
別途、消費税(税率10%)を負担いただきます。  
・350円(消費税込385円)  
・2,100円(消費税込2,310円)  
・5,000円(消費税込5,500円)

別添2 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表(下記の内容はケア計画に基づきサービスします)

| 特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無 |                                  |                   |                                |    |    |    |               | なし           | ○あり | 自立           |
|----------------------------------|----------------------------------|-------------------|--------------------------------|----|----|----|---------------|--------------|-----|--------------|
| 居室の例                             |                                  | 要介護1、要介護2<br>一般居室 |                                |    |    |    |               | 介護居室         |     |              |
|                                  | 特定施設入居者生活介護費等で、実施するサービス（利用者一部負担） | 備考                | 個別の利用料で、実施するサービス<br>(利用者が全額負担) |    |    |    |               | 管理費で実施するサービス |     | 備考           |
|                                  |                                  |                   | 包含                             | 都度 | 料金 |    |               |              |     |              |
|                                  |                                  |                   |                                |    | なし | あり |               |              | なし  |              |
| <介護予防サービス>                       |                                  |                   |                                |    |    |    |               |              |     |              |
| 運動機能向上訓練                         |                                  | ○                 | 週2回（指定日）                       | ○  |    |    |               | ○            |     |              |
| 口腔機能向上訓練                         |                                  | ○                 | 週1回（指定日）                       | ○  |    |    |               | ○            |     |              |
| 栄養改善                             |                                  | ○                 | 月1回                            | ○  |    |    |               | ○            |     |              |
| <介護サービス>                         |                                  |                   |                                |    |    |    |               |              |     |              |
| 巡回・安否確認                          |                                  |                   |                                |    |    |    |               |              |     |              |
| 昼間（9：00-17：00）                   |                                  | ○                 | 1日1回（ボード）                      | ○  |    |    |               | ○            |     | 1日1回（ボード）    |
| 夜間（17：00-9：00）                   |                                  | ○                 | 1日1回（必要時）                      | ○  |    |    |               | ○            |     | 1日1回（必要時）    |
| ◎食事介助（形態対応含む）                    |                                  | ○                 | 必要時見守り一部介助                     | ○  |    |    |               | ○            |     | 必要時見守り一部介助   |
| ◎排泄介助・おむつ交換                      |                                  | ○                 | 必要時                            | ○  |    |    |               | ○            |     |              |
| おむつ代                             | ○                                |                   |                                |    | ○  |    | 実費            | ○            |     |              |
| ◎入浴介助・清拭                         |                                  | ○                 | 週3回                            |    | ○  |    | 週4回以上1回2,100円 | ○            |     |              |
| ◎特浴介助                            |                                  | ○                 | 週3回                            |    | ○  |    | 週4回以上1回2,100円 | ○            |     |              |
| 居室からの移動                          |                                  | ○                 | 必要時見守り一部介助                     | ○  |    |    |               | ○            |     |              |
| ◎体位交換                            |                                  | ○                 | 必要時見守り一部介助                     | ○  |    |    |               | ○            |     |              |
| ◎身だしなみ介助                         |                                  | ○                 | 必要時見守り一部介助                     | ○  |    |    |               | ○            |     |              |
| ◎機能訓練                            |                                  | ○                 |                                | ○  |    |    |               | ○            |     |              |
| ◎生活リハビリ                          |                                  | ○                 |                                |    | ○  |    | 10分350円       | ○            |     |              |
| 通院付き添い（病院一覧表内） ※1                |                                  | ○                 | 月1回                            |    | ○  |    | 月2回以上10分350円  |              | ○   | 初回のみ         |
| 通院付き添い（病院一覧表外）                   | ○                                |                   |                                |    | ○  |    | 10分350円       | ○            |     |              |
| 外出介助                             | ○                                |                   |                                |    | ○  |    | 10分350円       | ○            |     |              |
| 緊急時対応                            |                                  | ○                 | 随時                             | ○  |    |    |               |              | ○   | 随時           |
| <生活サービス>                         |                                  |                   |                                |    |    |    |               |              |     |              |
| 居室清掃                             |                                  | ○                 | 週1回（指定日）                       |    | ○  |    | 週2回以上10分350円  |              | ○   | 週1回（指定日）     |
| 日常の洗濯 ※2                         | ○                                |                   |                                |    | ○  |    | 月額5,000円      | ○            |     | 10分350円      |
| 環境整備                             |                                  | ○                 | 必要時                            | ○  |    |    |               |              | ○   | 毎日（ゴミ出し）     |
| 居室配膳・下膳                          |                                  | ○                 | 必要時                            | ○  |    |    |               |              | ○   | 必要時          |
| 食事箋による特別な食事                      |                                  | ○                 | カロリー、塩分調整のみ                    |    | ○  |    | 左記備考以外実費      |              | ○   | カロリー、塩分調整のみ  |
| ◎おやつ                             | ○                                |                   |                                |    | ○  |    | 実費            | ○            |     |              |
| ◎理美容師による理美容サービス                  | ○                                |                   |                                |    | ○  |    | 実費            | ○            |     |              |
| 買い物代行                            |                                  | ○                 | 週1回（指定日）                       |    | ○  |    | 週2回以上10分350円  |              | ○   | 週1回（指定日）     |
| 役所手続き代行                          |                                  | ○                 | 月1回（指定日）                       |    | ○  |    | 月2回以上10分350円  | ○            |     |              |
| 支払い代行(立替払い)                      |                                  | ○                 | 必要時                            | ○  |    |    |               | ○            |     |              |
| 新聞・郵送物等の管理                       |                                  | ○                 | 随時                             |    |    |    |               |              | ○   | 随時           |
| 代筆・代読                            |                                  | ○                 | 必要時                            | ○  |    |    |               |              | ○   | 必要時          |
| 貴重品類の保管                          |                                  | ○                 | 入院、判断力低下等の場合                   |    | ○  |    | 1回350円        |              | ○   | 入院、判断力低下等の場合 |
| <健康管理サービス>                       |                                  |                   |                                |    |    |    |               |              |     |              |
| バイタルチェック                         |                                  | ○                 | 必要時                            |    |    |    |               |              | ○   | 必要時          |
| 健康診断のご案内                         |                                  | ○                 | 年1回は管理費内にて実施                   | ○  |    |    |               |              | ○   | 年1回は管理費内にて実施 |
| 健康相談                             |                                  | ○                 | 随時                             | ○  |    |    |               |              | ○   | 随時           |
| 生活指導・栄養指導                        |                                  | ○                 | 随時                             | ○  |    |    |               |              | ○   | 随時           |
| 薬の仕分け管理・服薬支援                     |                                  | ○                 | 必要時                            | ○  |    |    |               |              | ○   | 必要時          |
| 入退退院時・入院中のサービス ※3                |                                  |                   |                                |    |    |    |               |              |     |              |
| 入退院時の付き添い(病院一覧表内)                |                                  | ○                 | 必要時                            | ○  |    |    |               |              | ○   | 必要時          |
| 入退院時の付き添い(病院一覧表外)                | ○                                |                   |                                |    | ○  |    | 10分350円       | ○            |     |              |
| 入院中の見舞い訪問(病院一覧表内)                |                                  | ○                 | 週1回                            |    | ○  |    | 週2回以上10分350円  |              | ○   | 週1回          |
| 入院中の見舞い訪問(病院一覧表外)                | ○                                |                   |                                |    | ○  |    | 10分350円       | ○            |     |              |

※1:病院一覧表の内協力医療機関については、別途通院付き添いの費用は発生しません。(特定契約者のみ)

※2:15日以上不在の場合は、費用は半額となります。特別なクリーニングは実費。

※3:入退院時、入院中のサービスは、全て病院一覧表を参照ください。

注)介護サービス欄の◎は、日中介護フロアでのサービス提供となります。

注)上記サービスに関わる交通費は実費入居者負担です。但し、緊急時対応及び週1回のお見舞いについては除きます。

※上記は、本体価格表記です。

別途、消費税(税率10%)を負担いただきます。

・350円(消費税込385円)

・2,100円(消費税込2,310円)

・5,000円(消費税込5,500円)

別添2 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表(下記の内容はケア計画に基づきサービスします)

| 特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無 |                                      |    |    |                  |  |    |    |    |                                  | なし           |                  | 〇あり |    |    |    |                                  |    |                  |  |                                              |    |      |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------|--------------------------------------|----|----|------------------|--|----|----|----|----------------------------------|--------------|------------------|-----|----|----|----|----------------------------------|----|------------------|--|----------------------------------------------|----|------|--|--|--|--|--|--|--|
| 要支援1・要支援2                        |                                      |    |    |                  |  |    |    |    |                                  | 要介護1、要介護2    |                  |     |    |    |    | 要介護3、要介護4、要介護5                   |    |                  |  |                                              |    |      |  |  |  |  |  |  |  |
| 居室の例                             |                                      |    |    |                  |  |    |    |    |                                  | 介護居室         |                  |     |    |    |    | 介護居室                             |    |                  |  |                                              |    | 介護居室 |  |  |  |  |  |  |  |
|                                  | 介護予防特定施設入居者生活介護費等で、実施するサービス（利用者一部負担） |    | 備考 | 個別の利用料で、実施するサービス |  |    |    |    | 特定施設入居者生活介護費等で、実施するサービス（利用者一部負担） | 備考           | 個別の利用料で、実施するサービス |     |    |    |    | 特定施設入居者生活介護費等で、実施するサービス（利用者一部負担） | 備考 | 個別の利用料で、実施するサービス |  |                                              |    |      |  |  |  |  |  |  |  |
|                                  | なし                                   | あり |    | (利用者が全額負担)       |  | 包含 | 都度 | 料金 |                                  |              | (利用者が全額負担)       |     | 包含 | 都度 | 料金 |                                  |    | (利用者が全額負担)       |  | 包含                                           | 都度 | 料金   |  |  |  |  |  |  |  |
|                                  |                                      |    |    |                  |  |    |    |    |                                  |              |                  |     |    |    |    |                                  |    |                  |  |                                              |    |      |  |  |  |  |  |  |  |
| <介護予防サービス>                       |                                      |    |    |                  |  |    |    |    |                                  |              |                  |     |    |    |    |                                  |    |                  |  |                                              |    |      |  |  |  |  |  |  |  |
| 運動機能向上訓練                         |                                      |    |    |                  |  |    |    |    |                                  | 週2回（指定日）     |                  |     |    |    |    |                                  |    |                  |  | 週2回（指定日）                                     |    |      |  |  |  |  |  |  |  |
| 口腔機能向上訓練                         |                                      |    |    |                  |  |    |    |    |                                  | 週1回（指定日）     |                  |     |    |    |    |                                  |    |                  |  | 週1回（指定日）                                     |    |      |  |  |  |  |  |  |  |
| 栄養改善                             |                                      |    |    |                  |  |    |    |    |                                  | 月1回          |                  |     |    |    |    |                                  |    |                  |  | 月1回                                          |    |      |  |  |  |  |  |  |  |
| <介護サービス>                         |                                      |    |    |                  |  |    |    |    |                                  |              |                  |     |    |    |    |                                  |    |                  |  |                                              |    |      |  |  |  |  |  |  |  |
| 巡回・安否確認                          |                                      |    |    |                  |  |    |    |    |                                  |              |                  |     |    |    |    |                                  |    |                  |  |                                              |    |      |  |  |  |  |  |  |  |
| 昼間（9：00～17：00）                   |                                      |    |    |                  |  |    |    |    |                                  | 4時間毎及び必要時    |                  |     |    |    |    |                                  |    |                  |  | 4時間毎及び必要時                                    |    |      |  |  |  |  |  |  |  |
| 夜間（17：00～9：00）                   |                                      |    |    |                  |  |    |    |    |                                  | 7～8時間毎及び必要時  |                  |     |    |    |    |                                  |    |                  |  | 2時間毎及び必要時                                    |    |      |  |  |  |  |  |  |  |
| ◎食事介助（形態対応含む）                    |                                      |    |    |                  |  |    |    |    |                                  | 必要時見守り 一部介助  |                  |     |    |    |    |                                  |    |                  |  | 一部介助、全介助                                     |    |      |  |  |  |  |  |  |  |
| ◎排泄介助・おむつ交換                      |                                      |    |    |                  |  |    |    |    |                                  | 必要時随時        |                  |     |    |    |    |                                  |    |                  |  | 必要時随時                                        |    |      |  |  |  |  |  |  |  |
| おむつ代                             |                                      |    |    |                  |  |    |    |    |                                  | 実費           |                  |     |    |    |    |                                  |    |                  |  | 実費                                           |    |      |  |  |  |  |  |  |  |
| ◎入浴介助・清拭                         |                                      |    |    |                  |  |    |    |    |                                  | 週3回（一部介助）    |                  |     |    |    |    |                                  |    |                  |  | 週3回（全介助）                                     |    |      |  |  |  |  |  |  |  |
| ◎特浴介助                            |                                      |    |    |                  |  |    |    |    |                                  | 1回2,100円     |                  |     |    |    |    |                                  |    |                  |  | 週4回以上1回2,100円（要介護3）<br>週4回以上1回2,100円（要介護4.5） |    |      |  |  |  |  |  |  |  |
| 居室からの移動                          |                                      |    |    |                  |  |    |    |    |                                  | 必要時随時 一部介助   |                  |     |    |    |    |                                  |    |                  |  | 必要時随時、全介助                                    |    |      |  |  |  |  |  |  |  |
| ◎体位交換                            |                                      |    |    |                  |  |    |    |    |                                  | 必要時随時        |                  |     |    |    |    |                                  |    |                  |  | 必要時随時                                        |    |      |  |  |  |  |  |  |  |
| ◎身だしなみ介助                         |                                      |    |    |                  |  |    |    |    |                                  | 必要時見守り一部介助   |                  |     |    |    |    |                                  |    |                  |  | 必要時随時、全介助                                    |    |      |  |  |  |  |  |  |  |
| ◎機能訓練                            |                                      |    |    |                  |  |    |    |    |                                  |              |                  |     |    |    |    |                                  |    |                  |  |                                              |    |      |  |  |  |  |  |  |  |
| ◎生活リハビリ                          |                                      |    |    |                  |  |    |    |    |                                  | 10分350円      |                  |     |    |    |    |                                  |    |                  |  | 10分350円                                      |    |      |  |  |  |  |  |  |  |
| 通院付き添い（病院一覧表内） ※1                |                                      |    |    |                  |  |    |    |    |                                  | 月1回          |                  |     |    |    |    |                                  |    |                  |  | 月4回                                          |    |      |  |  |  |  |  |  |  |
| 通院付き添い（病院一覧表外）                   |                                      |    |    |                  |  |    |    |    |                                  | 10分350円      |                  |     |    |    |    |                                  |    |                  |  | 10分350円                                      |    |      |  |  |  |  |  |  |  |
| 外出介助                             |                                      |    |    |                  |  |    |    |    |                                  | 10分350円      |                  |     |    |    |    |                                  |    |                  |  | 10分350円                                      |    |      |  |  |  |  |  |  |  |
| 緊急時対応                            |                                      |    |    |                  |  |    |    |    |                                  | 随時           |                  |     |    |    |    |                                  |    |                  |  | 随時                                           |    |      |  |  |  |  |  |  |  |
| <生活サービス>                         |                                      |    |    |                  |  |    |    |    |                                  |              |                  |     |    |    |    |                                  |    |                  |  |                                              |    |      |  |  |  |  |  |  |  |
| 居室清掃                             |                                      |    |    |                  |  |    |    |    |                                  | 週1回（指定日）     |                  |     |    |    |    |                                  |    |                  |  | 週1回及び必要時                                     |    |      |  |  |  |  |  |  |  |
| 日常の洗濯 ※2                         |                                      |    |    |                  |  |    |    |    |                                  | 月額5,000円     |                  |     |    |    |    |                                  |    |                  |  | 月額5,000円                                     |    |      |  |  |  |  |  |  |  |
| 環境整備                             |                                      |    |    |                  |  |    |    |    |                                  | 必要時          |                  |     |    |    |    |                                  |    |                  |  | 必要時                                          |    |      |  |  |  |  |  |  |  |
| 居室配膳・下膳                          |                                      |    |    |                  |  |    |    |    |                                  | 必要時          |                  |     |    |    |    |                                  |    |                  |  | 必要時                                          |    |      |  |  |  |  |  |  |  |
| 食事箋による特別な食事                      |                                      |    |    |                  |  |    |    |    |                                  | カロリー、塩分調整のみ  |                  |     |    |    |    |                                  |    |                  |  | カロリー、塩分調整のみ                                  |    |      |  |  |  |  |  |  |  |
| ◎おやつ                             |                                      |    |    |                  |  |    |    |    |                                  | 実費           |                  |     |    |    |    |                                  |    |                  |  | 実費                                           |    |      |  |  |  |  |  |  |  |
| ◎理美容師による理美容サービス                  |                                      |    |    |                  |  |    |    |    |                                  | 実費           |                  |     |    |    |    |                                  |    |                  |  | 実費                                           |    |      |  |  |  |  |  |  |  |
| 買い物代行                            |                                      |    |    |                  |  |    |    |    |                                  | 週1回（指定日）     |                  |     |    |    |    |                                  |    |                  |  | 週1回（指定日）                                     |    |      |  |  |  |  |  |  |  |
| 役所手続き代行                          |                                      |    |    |                  |  |    |    |    |                                  | 月1回（指定日）     |                  |     |    |    |    |                                  |    |                  |  | 月1回（指定日）                                     |    |      |  |  |  |  |  |  |  |
| 支払い代行（立替払い）                      |                                      |    |    |                  |  |    |    |    |                                  | 必要時          |                  |     |    |    |    |                                  |    |                  |  | 必要時                                          |    |      |  |  |  |  |  |  |  |
| 新聞・郵送物等の管理                       |                                      |    |    |                  |  |    |    |    |                                  | 随時           |                  |     |    |    |    |                                  |    |                  |  | 随時                                           |    |      |  |  |  |  |  |  |  |
| 代筆・代読                            |                                      |    |    |                  |  |    |    |    |                                  | 必要時          |                  |     |    |    |    |                                  |    |                  |  | 必要時                                          |    |      |  |  |  |  |  |  |  |
| 貴重品類の保管                          |                                      |    |    |                  |  |    |    |    |                                  | 入院、判断力低下等の場合 |                  |     |    |    |    |                                  |    |                  |  | 入院、判断力低下等の場合                                 |    |      |  |  |  |  |  |  |  |
| <健康管理サービス>                       |                                      |    |    |                  |  |    |    |    |                                  |              |                  |     |    |    |    |                                  |    |                  |  |                                              |    |      |  |  |  |  |  |  |  |
| バイタルチェック                         |                                      |    |    |                  |  |    |    |    |                                  | 必要時          |                  |     |    |    |    |                                  |    |                  |  | 必要時                                          |    |      |  |  |  |  |  |  |  |
| 健康診断のご案内                         |                                      |    |    |                  |  |    |    |    |                                  | 年1回は管理費内にて実施 |                  |     |    |    |    |                                  |    |                  |  | 年1回は管理費内にて実施                                 |    |      |  |  |  |  |  |  |  |
| 健康相談                             |                                      |    |    |                  |  |    |    |    |                                  | 随時           |                  |     |    |    |    |                                  |    |                  |  | 随時                                           |    |      |  |  |  |  |  |  |  |
| 生活指導・栄養指導                        |                                      |    |    |                  |  |    |    |    |                                  | 随時           |                  |     |    |    |    |                                  |    |                  |  | 随時                                           |    |      |  |  |  |  |  |  |  |
| 薬の仕分け管理・服薬支援                     |                                      |    |    |                  |  |    |    |    |                                  | 必要時          |                  |     |    |    |    |                                  |    |                  |  | 必要時                                          |    |      |  |  |  |  |  |  |  |
| 入退院時・入院中のサービス ※2                 |                                      |    |    |                  |  |    |    |    |                                  |              |                  |     |    |    |    |                                  |    |                  |  |                                              |    |      |  |  |  |  |  |  |  |
| 入退院時の付き添い（病院一覧表内）                |                                      |    |    |                  |  |    |    |    |                                  | 必要時          |                  |     |    |    |    |                                  |    |                  |  | 必要時                                          |    |      |  |  |  |  |  |  |  |
| 入退院時の付き添い（病院一覧表外）                |                                      |    |    |                  |  |    |    |    |                                  | 10分350円      |                  |     |    |    |    |                                  |    |                  |  | 10分350円                                      |    |      |  |  |  |  |  |  |  |
| 入院中の見舞い訪問（病院一覧表内）                |                                      |    |    |                  |  |    |    |    |                                  | 週1回          |                  |     |    |    |    |                                  |    |                  |  | 週2回以上10分350円                                 |    |      |  |  |  |  |  |  |  |
| 入院中の見舞い訪問（病院一覧表外）                |                                      |    |    |                  |  |    |    |    |                                  | 10分350円      |                  |     |    |    |    |                                  |    |                  |  | 10分350円                                      |    |      |  |  |  |  |  |  |  |