

重要事項説明書

記入年月日	2021. 9. 23
記入者名	柴崎 森夫
所属・職名	ニチイケアセンター志木中宗岡施設長

1. 事業主体概要

種類	個人 / <input checked="" type="checkbox"/> 法人	
	※法人の場合、その種類	営利法人
名称	(ふりがな) かぶしきがいしやにちいがっかん 株式会社ニチイ学館	
主たる事務所の所在地	〒101-8688 東京都千代田区神田駿河台二丁目9番地	
連絡先	電話番号	03-3291-2121
	FAX番号	03-3291-6889
	ホームページアドレス	'http://www.nichiigakkan.co.jp
代表者	氏名	森 信介
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和48年8月2日	
主な実施事業	※別添1 (別に実施する介護サービス一覧表)	

2. 有料老人ホーム事業の概要

(住まいの概要)

名称	(ふりがな) にちいけあせんたーしきなかむねおか ニチイケアセンター志木中宗岡
所在地	〒353-0002 埼玉県志木市中宗岡2丁目20番2号

主な利用交通手段	最寄駅	東武東上線 志木駅
	交通手段と所要時間	志木駅よりバス15分 宗岡小バス停より徒歩6分
連絡先	電話番号	048-486-0121
	FAX番号	048-487-0681
	ホームページアドレス	'http://www.nichiigakkan.co.jp
管理者	氏名	柴崎 森夫
	職名	施設長
建物の竣工日		平成24年6月26日
有料老人ホーム事業の開始日		平成24年8月1日

(類型) 【表示事項】

<input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 2 介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合） <input type="checkbox"/> 3 住宅型 <input type="checkbox"/> 4 健康型		
1又は2に 該当する場 合	介護保険事業者番号	1172200469
	指定した自治体名	埼玉県
	事業所の指定日	平成24年8月1日
	指定の更新日（直近）	平成30年8月1日

3. 建物概要

土地	敷地面積	2035.88 m ²	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	契約期間	<input type="checkbox"/> 1 あり （平成24年7月1日～令和24年6月30日）	

			2 なし			
		契約の自動更新	1 あり 2 なし			
建物	延床面積	全体	2111.25 m ²			
		うち、老人ホーム部分	2111.25 m ²			
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 2 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> 3 その他 ()				
	構造	<input type="checkbox"/> 1 鉄筋コンクリート造 <input checked="" type="checkbox"/> 2 鉄骨造 <input type="checkbox"/> 3 木造 <input type="checkbox"/> 4 その他 ()				
	所有関係	1 事業者が自ら所有する建物				
		2 事業者が賃借する建物 (<input checked="" type="checkbox"/> 普通賃借 ・ 定期賃借)				
		抵当権の設定	1 あり 2 なし			
契約期間		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (平成 24 年 7 月 1 日～令和 24 年 6 月 30 日) <input type="checkbox"/> 2 なし				
	契約の自動更新	1 あり 2 なし				
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室 (縁故者居室を含む)				
		2 相部屋あり				
		最少	人部屋			
	最大	人部屋				
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
	タイプ1	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.00 m ²	52	介護居室個室
タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.00 m ²	1	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 便房	3ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		3ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房		3ヶ所	
	共用浴室	4ヶ所	個室		4ヶ所	
			大浴場		0ヶ所	
共用浴室における	1ヶ所	チェアー浴		1ヶ所		

	介護浴槽		リフト浴	0ヶ所	
			ストレッチャー浴	1ヶ所	
			その他（ ）	ヶ所	
	食堂	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし			
	入居者や家族が利用できる調理設備	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし			
	エレベーター	<input type="checkbox"/> 1 あり（車椅子対応） <input type="checkbox"/> 2 あり（ストレッチャー対応） 3 あり（上記1・2に該当しない） 4 なし			
消防用設備等	消火器	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし			
	自動火災報知設備	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし			
	火災通報設備	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし			
	スプリンクラー	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし			
	防火管理者	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし			
	防災計画	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし			
緊急通報装置等	居室	便所	浴室	その他（ ）	
	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 1 あり	1 あり	
	2 一部あり	2 一部あり	2 一部あり	2 一部あり	
	3 なし	3 なし	3 なし	3 なし	
その他					

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	<ol style="list-style-type: none"> 1. 自立した生活が困難になったお客様に対して、心身の状態に合わせた個別の介護計画を作成し、家庭的な環境の下で食事・入浴・排泄等の日常生活の世話及び心身の機能訓練等必要なサービス提供する。 2. 可能な限り自立した生活が送れるように“自立支援”をサービスの基本とし、お客様の意志及び人格を尊重しお客様の立場に立った適切なサービス提供に努める。 3. ホーム完結型にならないよう関係市町村や他の施設・団
----------	--

	<p>体・ボランティア福祉サービスを提供する者と綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努め、地域を生活圏とした社会生活上の便宜を図る。</p>
サービスの提供内容に関する特色	<ol style="list-style-type: none"> 1. 自立・要支援・要介護状態等にあるお客様が、可能な限りその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう、お客様の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、お客様又はそのご家族に対し、相談に適切に応じるとともに施設サービス計画に基づき、入浴、排泄、食事等の介護その他日常生活上の世話をを行う。 2. お客様の心身状況、希望、及び置かれている環境を踏まえ、機能訓練などの目標、また当該目標を達成するための具体的なサービス内容などを記載した施設サービス計画書に基づき、適切な援助を行うよう努める。 3. サービスの質向上に努め、介護技術の進歩に対応した適切な介護技術を持ってサービスを提供する。 4. 安心・安全なサービスを提供するため、互いに理解し、信頼し合える円滑な人間関係の形成に努める。 5. 国策に参入している自覚を持って業務を遂行し、法令を遵守する。 6. チームとして介護にあたっていることを自覚し、記録・報告を適切に行い、一貫性のあるサービスを提供する。 7. その地域及び地域住民の福祉増進においても貢献していくよう努める。 8. 地域住民やボランティアが参加しやすい当社サービスを確立する。 9. お客様の要望に対して、介護保険制度以外の制度や施策、社会資源の情報収集に努め、積極的に活用する。 10. 社会人として、また介護サービスを提供するものとして、基本的な接遇マナーを実践する。
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 2 委託 3 なし
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加算の対象となるサービスの体制の有無	入居継続支援加算	(I)	1	あり	2	なし	
		(II)	1	あり	2	なし	
	生活機能向上連携加算	(I)	1	あり	2	なし	
		(II)	1	あり	2	なし	
	個別機能訓練加算	(I)	1	あり	2	なし	
		(II)	1	あり	2	なし	
	ADL維持等加算	(I)	1	あり	2	なし	
		(II)	1	あり	2	なし	
	夜間看護体制加算			1	あり	2	なし
	若年性認知症入居者受入加算			1	あり	2	なし
	医療機関連携加算			1	あり	2	なし
	口腔衛生管理体制加算			1	あり	2	なし
	口腔・栄養スクリーニング加算			1	あり	2	なし
	科学的介護推進体制加算			1	あり	2	なし
	障害者等支援加算			1	あり	2	なし
	L I F E への登録			1	あり	2	なし
	退院・退所時連携加算			1	あり	2	なし
	看取り介護加算	(I)	1	あり	2	なし	
		(II)	1	あり	2	なし	
	認知症専門ケア加算	(I)	1	あり	2	なし	
(II)		1	あり	2	なし		
サービス提供体制強化加算	(I)	1	あり	2	なし		
	(II)	1	あり	2	なし		
	(III)	1	あり	2	なし		
介護職員処遇改善加算	(I)	1	あり	2	なし		
	(II)	1	あり	2	なし		

		(Ⅲ)	1 あり	<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
	介護職員特定処遇改善加算	(Ⅰ)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅱ)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
短期利用（介護予防）特定施設入居者生活介護の算定			<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	1 あり	(介護・看護職員の配置率) : 1		
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし			

(医療連携の内容)

医療支援	※複数選択可	<input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配	
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い (※)	
		<input checked="" type="checkbox"/> 3 通院介助	
		4 その他 ()	
※ 協力医療機関に対しては、原則看護職員が入院時の付き添い、通院介助を行います。協力医療機関以外の場合は、職員 1 名につき 1 時間あたり 1,650 円(税込)の費用負担が発生します。			
協力医療機関	1	名称	TMG宗岡中央病院
		住所	埼玉県志木市上宗岡五丁目 14 番 50 号
		診療科目	内科・外科・整形外科・小児外科
		協力科目	内科・外科・整形外科
	協力内容	外来診療・地域医療、福祉資源との相互調整・入院、入所必要時の相互調整	
	2	名称	まちだ訪問クリニック
		住所	埼玉県朝霞市本町 1-34-1 ボンビラージュテナント 1 階
		診療科目	内科・呼吸器内科
協力科目		内科・呼吸器内科	

		協力内容	かかりつけ医機能・主治医意見書の作成・往診・訪問診療・夜間休日診療・訪問看護・居宅療養管理指導・地域医療機関との総合的な調整・利用者 利用者の継続した健康管理を行うための相互連携
	3	名称	朝霞中央クリニック
		住所	埼玉県朝霞市大字岡 79-3
		診療科目	内科
		協力科目	内科
		協力内容	かかりつけ医機能・主治医意見書の作成・往診・訪問診療・夜間休日診療・居宅療養管理指導・健康診断・地域医療機関との総合的な調整・入院・入所必要時の相互調整
協力歯科医療機関		名称	医療法人社団康寧会 立川歯科
		住所	歯科
		協力内容	外来診療・往診・居宅療養管理指導・健康診断

(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 ※複数選択可	1	一時介護室へ移る場合
	2	介護居室へ移る場合

	3 その他（ ）	
判断基準の内容	<p>(1) お客様に一時的な介護等が必要となった場合には、一時介護室で介護等を行う場合があります。</p> <p>(2) お客様の生活の維持及びホーム運営上、支障があり、特別な配慮が必要であると認められた場合、居室を変更する場合があります。</p>	
手続きの内容	<p>1. 緊急やむを得ない場合を除いて変更前に一定の観察期間を設ける。</p> <p>2. ホームの指定する医師の意見を聞く。</p> <p>3. お客様及びその身元引受人等の同意を得る。</p>	
追加的費用の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
居室利用権の取扱い	<p>(1) 変更なし</p> <p>(2) 住み替え後の居室に移行</p>	
前払金償却の調整の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし (居室によっては増減の可能性があります)
	便所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	浴室の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	洗面所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	台所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	その他の変更	1 あり
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし

	要介護の者	1 あり 2 なし
留意事項	<p>1. お客様は、概ね 60 歳以上の方</p> <p>2. 自立者、要支援 1・2 又は要介護 1 以上の方</p> <p>3. 複数入居者による共同生活を営むことに支障がないこと</p> <p>4. 自傷又は他人へ危害を加える恐れがないこと</p> <p>5. 常時医療機関等において治療を必要としないこと</p> <p>6. 本契約に定める事項を承諾し、ニチイ学館の運営方針に賛同できること</p>	
契約の解除の内容	<p>入居契約書の規定に基づき、以下のとおり対応します。</p> <p>1. 次の各号のいずれかの事由に該当する場合、終了するものとします。</p> <p>(1) 第 27 条に定める解約の意思表示がなされ、予告期間が満了した場合</p> <p>(2) 第 28 条に定める契約解除の意思表示がなされた場合</p> <p>(3) お客様がお亡くなりになられた場合</p> <p>2. お客様は、ニチイ学館が次の事項に該当する場合には、第 27 条の規定に関わらず、直ちに本契約を解除することができるものとします。</p> <p>(1) ニチイ学館が、お客様に対し、不法行為を行った場合</p> <p>(2) ニチイ学館が、第 9 条の守秘義務違反をした場合</p> <p>(3) ニチイ学館が、正当な理由無くサービスの提供を拒否した場合</p> <p>(4) ニチイ学館が、破産、民事再生、会社更生、会社整理もしくは特別清算を申し立て、又は申し立てを受けた場合</p> <p>(5) 前各号の他、お客様又は身元引受人及びニチイ学館との間の信頼関係に支障をきたし、その回復が困難であり、適切なサービスの提供を継続できないと判断される場合</p> <p>3. お客様又は身元引受人は、契約の期間中であっても、ニチイ学館に対し、30 日以上前の予告期間を持って書面にて通知することにより、いつでも本契約を解約することができます。</p>	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	以下に記載のとおり
	<p>入居契約書の規定に基づき、以下のとおり対応します。</p> <p>1. ニチイ学館は、お客様又は身元引受人、ご家族その他関係者が次の事項に該当する場合には、第 27 条の規定に関わらず、本契約を解除することができます。</p> <p>(1) 入居申込書及び入居に必要な書類に虚偽の事項を記載す</p>	

	<p>る等の不正手段により入居した場合</p> <p>(2) お客様による利用料金の支払いが、正当な理由なく 2 ヶ月以上遅延し、1 ヶ月以上の期間を定めた催告にも関わらず、これが支払われない場合</p> <p>(3) お客様又は身元引受人、ご家族その他ご関係者が、故意にニチイ学館並びにホームの介護・介護予防従業者及び他のお客様の生命、身体、財産もしくは信用を傷つけ、本契約を継続し難い事情が認められる場合</p> <p>(4) お客様又は身元引受人、ご家族その他ご関係者が、法令及び本契約の条項に重大な違反を行い、改善の見込みがない場合</p> <p>(5) 伝染性疾患等により、他のお客様の生活又は健康に重大な影響を及ぼす恐れがあると医師が認めた場合</p> <p>(6) お客様の行動が、ニチイ学館並びにホームの介護・介護予防従業者及び他のお客様の生命、身体、財産もしくは信用を傷つけ、介護保険法上の方法ではこの行動を防止できないとニチイ学館が判断した場合</p> <p>(7) お客様が入居中に医療行為が必要になり、関係法令に基づきホームの人員体制では対応が困難であると判断した場合、又は病気治療のため病院もしくは診療所等に入院し、明らかに 3 ヶ月以内に退院できる見込みがない場合又は 3 ヶ月を経過しても退院できないことが明らかな場合。尚、いずれの場合においても、医師の意見を考慮するものとする。</p> <p>(8) 前号に掲げる場合の他、お客様が 2 ヶ月以上の長期に亘ってホームを離れることが明らかな場合</p> <p>(9) 前各号の他、お客様又は身元引受人、ご家族その他ご関係者及びニチイ学館との間の信頼関係に支障をきたし、その回復が困難であり、適切なサービスの提供を継続できないと判断される場合</p> <p>2. ニチイ学館は、本契約に基づくサービスの提供を維持することが困難と判断すべきホーム運営上のやむなき事情が発生した場合、お客様に対し、原則として 90 日前までに解約の理由を記載した書面をもって通知することにより、本契約を解約することができます。</p>		
	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="635 1832 932 1888">解約予告期間</td> <td data-bbox="932 1832 1453 1888">90 日</td> </tr> </table>	解約予告期間	90 日
解約予告期間	90 日		
入居者からの解約予告期間	30 日		
体験入居の内容	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="643 1944 675 1989">1</td> <td data-bbox="675 1944 1453 1995">あり (内容：7 泊 8 日 53,900 円 (うち消費税等 4,900 円))</td> </tr> </table>	1	あり (内容：7 泊 8 日 53,900 円 (うち消費税等 4,900 円))
1	あり (内容：7 泊 8 日 53,900 円 (うち消費税等 4,900 円))		

	※ 満室時は非対応。但し、体験入居期間の増減については、 一日当たり 7,700 円（うち消費税等 700 円）をもって精算 することとします。 2 なし
入居定員	52 人
その他	なし

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）

	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	1	1		1.0
直接処遇職員	29			24.8
介護職員	25	9	16	21.3
看護職員	1	1	3	3.5
機能訓練指導員	1			0.5
計画作成担当者	2	1	1	1.0
栄養士				(外部委託)
調理員				(外部委託)
事務員	1	1		1.0
その他職員	1		1	0.75
1 週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				40 時間
※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。				
※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。				

(資格を有している介護職員の人数)

	合計		
		常勤	非常勤
社会福祉士			
介護福祉士	10	4	6
実務者研修の修了者	13	4	9
初任者研修の修了者	24	7	17
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	1	1	
理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復士			
あん摩マッサージ指圧師			
はり師			
きゅう師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (16時30分～翌9時30分)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0人	0人
介護職員	3人	3人

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護	契約上の職員配置比率※ 【表示事項】	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上
--------------------------	-----------------------	----------------------------

職員の割合 (一般型特定施設以外の場 合、本欄は省略可能)		c 2.5 : 1 以上 d 3 : 1 以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員 数)	2.0 : 1
※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択		
外部サービス利用型特定施設である有料 老人ホームの介護サービス提供体制 (外 部サービス利用型特定施設以外の場合、 本欄は省略可能)	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名称	
	通所介護事業所の名称	

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務		1 あり 2 なし								
	業務に係る資格等		1 あり								
			資格等の名称	介護支援専門員							
		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					5						1
前年度1年間の 退職者数					1						
業務に 従事した 経験年数 に応じ	1年未満			1	5						1
	1年以上 3年未満				4			1			
	3年以上 5年未満		1		4						
	5年以上 10年未満			3	7	1				1	
	10年以上	1	2		1						
	従業者の健康診断の実施状況		1 あり 2 なし								

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式		
利用料金の支払い方式 【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		
	<input type="checkbox"/> 3 月払い方式		
	4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	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	
年齢に応じた金額設定	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし		
要介護状態に応じた金額設定	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし		
入院等による不在時における 利用料金（月払い）の取扱い	1 減額なし <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額		
利用料金 の改定	条件	諸物価、公共料金等の変動に基づき、改定する事があります。	
	手続き	運営懇談会等において十分な説明を行います。	

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1	プラン2
入居者の状況	要介護度	要介護 1 (1割)	要介護 1 (2割)
	年齢	概ね 60 歳以上	概ね 60 歳以上
居室の状況	床面積	18.00 m ² ~19.20 m ²	18.00 m ² ~19.20 m ²
	便所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
	浴室	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
	台所	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
入居時点で必	前払金	0 円	0 円

要な費用	敷金	0円	0円	
月額費用の合計		219,912円	236,923円	
家賃		114,500円	114,500円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※ ¹ の費用	17,012円	34,023円	
	介護保険外※ ²	食費	51,840円 (うち消費税等 3,840円)	51,840円 (うち消費税等 3,840円)
		管理費	36,560円	36,560円
		介護費用	介護サービス一覧表等参照	介護サービス一覧表等参照
		光熱水費	管理費に含まれます	管理費に含まれます
		その他	0円	0円
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※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）</p>				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	修繕費、管理事務費、オーナー様への月額賃料、施設所在地周辺での家賃相場及び初期総投資相当額から家賃を算出しております。
敷金	—
介護費用	<p>※介護保険サービスの自己負担額は含まない。</p> <p>別紙：生活サポート提供表、介護サービス一覧表参照</p> <p>・自立の方がご入居の際には、「生活サポート費」としてプラン① 68,970円（うち消費税等 6,270円）、プラン② 45,870円（うち消費税等 4,170円）、プラン③ 29,370円（うち消費税等 2,670円）を月額利用料として別途お支払頂きます。また、本利用料をお支払頂くことで別紙「生活サポート提供表」に定めるサービスをお受け頂けます。</p>
管理費	共用施設の維持管理費、水光熱費、その他共同の益に供する全ての経費から月額の必要経費を算出し、その必要経費から一人当たりの管理費を算出しております。
食費	<p>・食費は朝食 432円（うち消費税等 32円）、昼食 648円（うち消費税等 48円）、夕食 648円（うち消費税等 48円）、1日あたり 1,728円（うち消費税等 128円）として計算し請求致します。</p> <p>・欠食の場合は 3日前までの申出により、朝食 183円（うち消費税等</p>

	13 円)、昼食 304 円 (うち消費税等 22 円)、夕食 329 円 (うち消費税等 24 円) として計算し返金いたします。なお、厨房管理費 27,360 円 (うち消費税等 2,026 円) は、厨房設備の管理費、維持費に充当する為、欠食による返金はありません。
光熱水費	管理費に含まれます。
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添 2
その他のサービス利用料	

(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	利用者の負担割合に応じた額の支払いを受けるものとします。
特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス (上乘せサービス)	なし
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能

算定根拠		
想定居住期間 (償却年月数)		ヶ月
償却の開始日		入居日
想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額 (初期償却額)		円
初期償却率		%
返還金の算定方法	入居後 3 月以内の契約終了	
	入居後 3 月を超えた契約終了	
前払金の保全先	1 連帯保証を行う銀行等の名称	
	2 信託契約を行う信託会社等の名称	

	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【冒頭に記した記入日現在】

（入居者の人数）

性別	男性	12人
	女性	33人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	2人
	75歳以上 85歳未満	8人
	85歳以上	35人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	4人
	要支援2	4人
	要介護1	11人
	要介護2	11人
	要介護3	6人
	要介護4	7人
	要介護5	2人
入居期間別	6ヶ月未満	2人
	6ヶ月以上 1年未満	8人
	1年以上 5年未満	23人
	5年以上 10年未満	13人
	10年以上 15年未満	人
	15年以上	人

（入居者の属性）

平均年齢	88.0歳
入居者数の合計	45人
入居率※	86.5%
※ 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	人
	社会福祉施設	人
	医療機関	6人
	死亡者	11人
	その他	人
生前解約の状況	施設側の申し出	人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	人
		(解約事由の例) 他施設転居, 医療行為が必要になり戻るのが難しい。

8. 苦情・事故等に関する体制

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

窓口の名称①		ニチイケアセンター志木中宗岡 (事業所内の受付窓口)
電話番号		048-486-0121
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜	9:00~18:00
	日曜・祝日	9:00~18:00
定休日		なし
窓口の名称②		株式会社ニチイ学館 川越支店 (事業主体の受付窓口)
電話番号		049-225-1385
対応している時間	平日	9:00~17:15
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし
定休日		原則として、土曜日、日曜日、国民の祝日、年末年始
窓口の名称③		ニチイコールセンター (事業主体の受付窓口)
電話番号		0120-605025
対応している時間	平日	24時間対応
	土曜	24時間対応
	日曜・祝日	24時間対応

定休日	なし	
窓口の名称④	第三者委員事務局【委員：土屋徳美】 (ニチイ学館の苦情受付窓口)	
電話番号	03-3291-5902	
対応している時間	平日	9:30~17:00
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし
定休日	原則として、土曜日、日曜日、国民の祝日、年末年始	
窓口の名称⑤	埼玉県国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口	
電話番号	048-824-2568	
対応している時間	平日	8:30~12:00/13:00~17:00
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし
定休日	土・日・祝日・年末年始(12/29-1/3)	
窓口の名称⑥	志木市役所高齢者ふれあい課	
電話番号	048-473-1111	
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし
定休日	土・日・祝日・年末年始(12/29-1/3)	

(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) 損害保険ジャパン株式会社 賠償責任保険
	2 なし	
介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応	1 あり	(その内容) 以下のとおり対応します。
	2 なし	
	2. ニチイ学館は、ニチイ学館の責めに帰すべからざる事由によりお客様に生じた損害については、損害賠償の責を負わないものとします。とりわけ、以下の事由に該当する場合には損害賠償の責を免れます。	

	<p>(1) お客様及び身元引受人、ご家族その他ご関係者が、契約締結時にその疾患及び身体等の重要事項について故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことに起因して損害が発生した場合</p> <p>(2) お客様及び身元引受人、ご家族その他ご関係者が、サービス提供のために必要な事項に関する聴取及び確認に対して、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことに起因して損害が発生した場合</p> <p>(3) お客様の身体上の素因による急激な体調の変化その他ニチイ学館の提供したサービスを原因としない事由により損害が発生した場合</p> <p>(4) ニチイ学館が第 18 条第 2 項の規定により管理することとした金銭を除くお客様の金銭その他の財産が、ニチイ学館の責めに帰さない事由により紛失した場合</p> <p>(5) ニチイ学館が、必要なサービス提供のために、お客様又は身元引受人、ご家族その他ご関係者の所有物品を通常の使用法により使用したにも関わらず、当該物品が耐用年数の超過その他の理由により破損した場合</p> <p>(6) お客様及び身元引受人、ご家族、その他ご関係者が、ニチイ学館及びホームの従業員の指示及び依頼に反して行った行為に起因して損害が発生した場合</p> <p>3. お客様又は身元引受人は、お客様又は身元引受人、ご家族その他ご関係者の故意又は過失によりホームの居室又は共同の利益に供する場所の備品について通常の保守及び管理の程度を越える補修等が必要となったときは、その費用を負担するものとします。</p> <p>4. お客様又は身元引受人は、前項に定めるものの他、お客様又は身元引受人、ご家族、その他ご関係者の責めに帰すべき事由によりニチイ学館又はホームの従業員もしくは他のお客様の生命、身体、財産又は信用に損害を及ぼしたときは、その損害賠償の責を追うものとします。</p>
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	2020 年 9 月
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし

握する取組の状況	2 なし		
第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 なし		

9. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない ※ 公開・交付を希望される方に対しては、開示しています。
管理規程	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない ※ 公開・交付を希望される方に対しては、開示しています。
事業収支計画書	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない ※ 公開・交付を希望される方に対しては、開示しています。
財務諸表の要旨	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない ※ 設置者ホームページ（p 1）に掲載しています。
財務諸表の原本	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 2 回
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	<input type="checkbox"/> 1 代替措置あり	(内容)

	2 代替措置なし
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 あり（提携ホーム名： ） 2 なし
有料老人ホーム設置時の老人福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出	1 あり 2 なし 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 2 なし
有料老人ホーム設置運営指導指針「5.規模及び構造設備」に合致しない事項	1 あり 2 なし
合致しない事項がある場合の内容	
「6.既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	1 適合している（代替措置） 2 適合している（将来の改善計画） 3 適合していない
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	
不適合事項がある場合の内容	

添付書類： 別添 1（別を実施する介護サービス一覧表）

別添 2 - 2（介護サービス等の一覧表）

別添 2 - 3（生活サポート提供表）

ニチイ学館は、有料老人ホーム重要事項説明書に基づいて、重要事項の説明を行いました。本書交付を証するため、本書を 2 通作成し、ニチイ学館、お客様（またはその代理人）は、記名捺印の上、各 1 通を保管するものとします。

説明年月日： 年 月 日

ニチイ学館 所在地 東京都千代田区神田駿河台二丁目9番地
事業者名 株式会社ニチイ学館
代表者 代表取締役 森 信介
事業所名 ニチイケアセンター志木中宗岡

説明者 _____ 印

私は、有料老人ホーム重要事項説明書に基づいて、重要事項の説明を受け、その説明を受けた内容について同意のうえ、交付を受けました。

お客様 住 所 _____

氏 名 _____ 印

身元引受人 住 所 _____

(お客様との続柄： _____)

氏 名 _____ 印

代理人 住 所 _____

(お客様との続柄： _____)

氏 名 _____ 印

立会人または署名代行人 (該当するものにチェック)

住 所 _____

氏 名 _____