

重要事項説明書

		記入年月日	平成 年 月 日
記入者名	高橋 哲矢	所属・職名	ホーム長（管理者）

1. 事業主体概要

事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先			
	事業主体の名称	法人の種類	営利法人
		名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃ にちいがっかん 株式会社 ニチイ学館
	事業主体の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
	事業主体の連絡先	電話番号	03-3291-2121
		FAX番号	03-3291-6889
		ホームページ	なし
		アドレス	あり: http://www.nichiigakkan.co.jp
事業主体の代表者の職名及び氏名		職名	代表取締役
		氏名	寺田 明彦
事業主体の設立年月日		昭和48年8月2日	

介護サービスの種類			事業所の名称	所在地
<居宅サービス>				
訪問介護	あり	なし		
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし		
訪問リハビリテーション	あり	なし		
居宅療養管理指導	あり	なし		
通所介護	あり	なし		
通所リハビリテーション	あり	なし		
短期入所生活介護	あり	なし		
短期入所療養介護	あり	なし		
特定施設入居者生活介護	あり	なし		
福祉用具貸与	あり	なし		
特定福祉用具販売	あり	なし		
<地域密着型サービス>				
定期巡回・随時訪問介護・看護	あり	なし		
夜間対応型訪問介護	あり	なし		
認知症対応型通所介護	あり	なし		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし		
複合型サービス	あり	なし		
居宅介護支援	あり	なし		
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	なし		
介護予防訪問入浴介護	あり	なし		
介護予防訪問看護	あり	なし		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし		
介護予防通所介護	あり	なし		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし		
<地域密着型介護予防サービス>				
介護予防認知症対応型通所介護	あり	なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
介護予防支援	あり	なし		
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	あり	なし		
介護老人保健施設	あり	なし		
介護療養型医療施設	あり	なし		

2. 施設概要

施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先		
施設の名称	(ふりがな) にちいけあせんたーさってちづか ニチイケアセンター幸手千塚	
施設の所在地	〒340-0161	
	埼玉県幸手市大字千塚 138 番地 1	
施設の連絡先	電話番号	0480-40-3161
	FAX番号	0480-40-3162
	ホームページ	なし
	アドレス	<input checked="" type="checkbox"/> あり : http://www.nichiigakkan.co.jp
施設の開設年月日	平成 21 年 10 月 1 日	
施設の管理者の職名及び氏名	職名	ホーム長 (管理者)
	氏名	高橋 哲矢
施設までの主な利用交通手段		
東武日光線「幸手」駅 徒歩 20 分		
施設の類型及び表示事項	<p>○類型 : 介護付有料老人ホーム (一般型特定施設入居者生活介護)</p> <p>○居住の権利形態 : 利用権方式 (※)</p> <p>※ 医療機関への長期入院による治療が必要となるような身体状況になった場合、またはお客様が入居中に医療行為が必要になり、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には、お客様・身元引受人様と相談の上、ご退居頂くことがあります。</p> <p>○利用料の支払い方式 : 月払い方式</p> <p>○入居時の要件 : 入居時自立・要支援・要介護</p> <p>○介護保険 : 埼玉県指定介護保険特定施設 (一般型特定施設)</p> <p>○介護居室区分 : 全室個室</p> <p>○介護に関わる職員体制 : 2.5 : 1</p>	
介護保険事業所番号	1176100632	
特定施設入居者生活介護の事業の開始年月日又は開始予定年月日及び指定又は許可を受けた年月日 (指定又は許可の更新を受けた場合には、その年月日)		
事業の開始 (予定) 年月日	平成 21 年 10 月 1 日	
指定の年月日	平成 21 年 10 月 1 日	
指定の更新年月日	平成 27 年 9 月 30 日	

3. 従業者に関する事項

職種別の従業者の人数及びその勤務形態						
有料老人ホームの人数及びその勤務形態						
実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算 人数
	専従	非専従	専従	非専従		
施設長	1				1	1.0
生活相談員	1				1	1.0
看護職員		1			1	4.7
介護職員	5		16		21	16.7
機能訓練指導員		1			1	0.2
計画作成担当者	1				1	1.0
栄養士						
調理員						
事務員	1				1	1.0
その他従業者						
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数					40時間	
<p>※ 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。</p>						
従業者である介護職員が有している資格						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
社会福祉士						
介護福祉士	4		2			
介護職員基礎研修						
訪問介護員1級	0		0			
訪問介護員2級	3		12			
訪問介護員3級						
介護支援専門員						
従業者である機能訓練指導員が有している資格						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
理学療法士						
作業療法士						
言語聴覚士						
看護師及び准看護師		1				
柔道整復士						
あん摩マッサージ指圧師						
夜勤を行う看護職員及び介護職員の人数						
人数	夜勤帯平均人数 (16時30分～翌9時30分)		最少時人数 (休憩者等を除く)			
看護職員	0		0			
介護職員	2		2			

特定施設入居者生活介護の提供に当たる従業者の人数及びその勤務形態						
実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算 人数
	専従	非専従	専従	非専従		
生活相談員	1				1	1.0
看護職員		1	10		10	4.3
介護職員	7		14		21	17.1
機能訓練指導員		1			1	0.2
計画作成担当者	1				1	1.0
その他従業者			1			
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数						40時間
※ 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。						
従業者である介護職員が有している資格						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
社会福祉士						
介護福祉士	4			2		
介護職員基礎研修						
訪問介護員1級						
訪問介護員2級	3			12		
訪問介護員3級						
介護支援専門員						
従業者である機能訓練指導員が有している資格						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
理学療法士						
作業療法士						
言語聴覚士						
看護師及び准看護師		1				
柔道整復士						
あん摩マッサージ指圧師						
管理者の他の職務との兼務の有無				あり	なし	
管理者が有している当該業務に係る資格等	なし	あり	資格等の名称 介護支援専門員			
特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護職員及び介護職員の常勤換算方法による人数の割合					2.31 : 1	

従業者の当該介護サービスに係る業務に従事した経験年数等						
	看護職員		介護職員		生活相談員	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数						
前年度1年間の退職者数		1	1	2		
業務に従事した経験年数	/		/		/	
1年未満の者の人数						
1年以上3年未満の者の人数			1	4		
3年以上5年未満の者の人数			2	3		
5年以上10年未満の者の人数			3	4	1	
10年以上の者の人数	1	9	1	3		
	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
前年度1年間の採用者数						
前年度1年間の退職者数						
業務に従事した経験年数	/		/		/	
1年未満の者の人数						
1年以上3年未満の者の人数						
3年以上5年未満の者の人数						
5年以上10年未満の者の人数						
10年以上の者の人数	1			1		
従業者の健康診断の実施状況				なし		あり

4. サービスの内容

施設の運営に関する方針			
<p>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。</p> <p>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。</p> <p>3. ホーム完結型にならないように関係市町村や他の施設・団体・ボランティア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>			
介護サービスの内容、利用定員等			
個別機能訓練の実施（介護報酬の加算）の有無		なし	あり
夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無		なし	あり
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無		なし	あり
利用者の個別的な選択による介護サービスの実施状況	別紙		
協力医療機関の名称	久我クリニック		
(協力の内容)	往診対応、外来対応、健康指導・医療相談業務、他の医療機関に入院を要する場合の紹介等		
協力医療機関の名称	医療法人みつなみ会 古河病院		
(協力の内容)	外来対応、緊急時の入院治療、他の医療機関に入院を要する場合の紹介等		
協力医療機関の名称	恩賜財団済生会 埼玉県済生会栗橋病院		
(協力の内容)	外来対応、緊急時の入院治療、他の医療機関に入院を要する場合の紹介等		
協力医療機関の名称	医療法人 三和会 東鷲宮病院		
(協力の内容)	外来対応、緊急時の入院治療、他の医療機関に入院を要する場合の紹介等		
協力歯科医療機関	なし	あり	ウエル歯科クリニック
(協力の内容)	訪問診療（歯科）		
要介護時における居室の住替えに関する事項			
要介護時に介護を行う場所			
原則、介護・介護予防は居室にて対応致します。			

入居後に居室を住み替える場合		
一時介護室へ移る場合		
判断基準・手続について		
(その内容) 一時介護室はありません。		
追加的費用の有無	なし	あり
居室利用権の取扱い		
(その内容) なし		
入居一時金償却の調整の有無	なし	あり
従前の居室からの面積の増減の有無	なし	あり
従前居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	なし	あり
浴室の変更の有無	なし	あり
洗面所の変更の有無	なし	あり
台所の変更の有無	なし	あり
その他の変更の有無	なし	あり
(その内容) なし		
介護居室へ移る場合		
判断基準・手続について		
(その内容) 他の専用居室（介護居室）はありません。		
追加的費用の有無	なし	あり
居室利用権の取扱い		
(その内容) なし		
入居一時金償却の調整の有無	なし	あり
従前の居室からの面積の増減の有無	なし	あり
従前居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	なし	あり
浴室の変更の有無	なし	あり
洗面所の変更の有無	なし	あり
台所の変更の有無	なし	あり
その他の変更の有無	なし	あり
(その内容) なし		

その他（介護の提供場所の変更）		なし	あり
判断基準・手続について			
（その内容） 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。その際は、以下の手続きをとるものとします。 （1）緊急やむを得ない場合を除いて一定の観察期間を設ける （2）ホームの指定する医師の意見を聞く （3）お客様及びその身元引受人等の同意を得る			
追加的費用の有無		なし	あり
居室利用権の取扱い			
（その内容） 居室の利用権が移行します。			
入居一時金償却の調整の有無		なし	あり
従前の居室からの面積の増減の有無		なし	あり
従前居室との仕様の変更			
便所の変更の有無		なし	あり
浴室の変更の有無		なし	あり
洗面所の変更の有無		なし	あり
台所の変更の有無		なし	あり
その他の変更の有無		なし	あり
（その内容） なし			
施設の入居に関する要件			
自立している者を対象		なし	あり
要支援の者を対象		なし	あり
要介護の者を対象		なし	あり
留意事項	（1）お客様は、概ね 60 歳以上の方 （2）自立者、要支援 1・2 又は要介護 1 以上の方 （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 （4）自傷又は他人へ危害を加える恐れがないこと （5）常時医療機関等において治療を必要としないこと （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		
契約の解除の内容	入居契約書の規定に基づき、以下のとおり対応します。 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。 （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 （2）第 28 条に定める契約解除の意思表示がなされた場合 （3）お客様がお亡くなりになられた場合 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 29 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。 （1）ニチイ学館が、お客様に対し、不法行為を行った場合 （2）ニチイ学館が、第 9 条の守秘義務違反をした場合 （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 （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 （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>契約の解除の内容</p>	<p>3. ニチイ学館は、お客様又は身元引受人、ご家族その他ご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>4. 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> <p>5. 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経営上及び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>
<p>体験入居の内容</p>	<p>7泊8日52,920円（うち消費税等3,920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7,560円（うち消費税等560円）をもって精算することとします。</p>
<p>入居定員</p>	<p>51名</p>
<p>その他</p>	<p>なし</p>

入居者の状況

入居者の人数（報告に関する計画の基準日の前月末日）

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
65歳未満	0	0	0	0	1	1
65歳以上75歳未満	1	0	1	1	0	3
75歳以上85歳未満	3	4	4	4	1	16
85歳以上	8	5	1	9	2	25
	自立	要支援1	要支援2			合計
65歳未満	0	0	0			0
65歳以上75歳未満	0	0	0			0
75歳以上85歳未満	0	0	1			1
85歳以上	0	1	3			4

入居者の平均年齢

84.8

入居者の男女別人数

男性

13

女性

37

入居率（一時的に不在となっている者を含む）

96.0%

前年度に退去した者の人数

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
自宅等	1	0	0	1	0	2
社会福祉施設	1	0	0	0	0	1
医療機関	1	2	1	5	2	10
死亡者	0	0	0	0	0	0
その他	0	0	0	0	0	0
	自立	要支援1	要支援2			合計
自宅等	0	0	0			0
社会福祉施設	0	0	0			0
医療機関	0	0	0			0
死亡者	0	0	0			0
その他	0	0	0			0

入居者の入居期間

入居期間	6ヶ月未満	6ヶ月以上 1年未満	1年以上 5年未満	5年以上10 年未満	10年以上15 年未満	15年以上
入居者数	5	3	27	15	0	0

施設、設備等の状況									
建物の構造	建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物				なし	あり			
	建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物				なし	あり			
居室の状況	区分		室数	人数	1の居室の床面積				
	一般居室個室	あり	なし			m ²			
	一般居室相部屋	あり	なし			m ²			
	介護居室個室	あり	なし	51		18.45 m ²			
	介護居室相部屋	あり	なし			m ²			
	一時介護室	あり	なし			m ²			
共用便所の設置数	4	うち男女別の対応が可能な数			0				
		うち車いす等の対応が可能な数			4				
個室の便所の設置数	51	個室における便所の設置割合			100%				
		うち車いす等の対応が可能な数			51				
浴室の設備状況	浴室の数	個浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴				
		5	0	1	0				
その他、浴室の設備に関する事項									
食堂の設備状況									
入居者等が調理を行う設備状況		なし			あり				
その他、共用施設の設備状況									
なし	あり	(その内容) 健康管理室、応接コーナー、パントリー、洗濯室兼汚物室、エレベーター(ストレッチャー対応)							
バリアフリーの対応状況									
(その内容) ホーム全体がバリアフリー仕様									
緊急通報装置の設置状況	なし	一部あり	全居室内にあり						
外線電話回線の設置状況	なし	一部あり	全居室内にあり						
テレビ回線の設置状況	なし	一部あり	全居室内にあり						
施設の敷地に関する事項									
敷地の面積	2,337.17 m ²								
事業所を運営する法人が所有	なし	一部あり	あり						
抵当権の設定	なし			あり					
貸借(借地)									
なし	あり	契約期間	始	終					
契約の自動更新			なし	あり					
施設の建物に関する事項									
建物の構造	鉄骨造 地上2階建								
建物の延床面積	2,019.56 m ²								
事業所を運営する法人が所有	なし	一部あり	あり						
抵当権の設定	なし			あり					
貸借(借家)									
なし	あり	契約期間	始	平成19年4月	終				
契約の自動更新			なし	平成44年3月					
			なし	あり					

利用者からの苦情に対応する窓口等の状況		
事業主体や施設に設置している利用者からの苦情に対応する窓口		
窓口の名称	ニチイケアセンター幸手千塚（事業所内の苦情受付窓口）担当・高橋哲矢	
電話番号	0480-40-3161	
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
定休日等	なし	
窓口の名称	株式会社ニチイ学館 南越谷支店（ニチイ学館の苦情受付窓口）	
電話番号	048-988-0834	
対応している時間	平日	9：00～17：15
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし
定休日等	原則として、土曜日、日曜日、国民の祝祭日、年末年始	
窓口の名称	ニチイコールセンター（ニチイ学館の苦情受付窓口）	
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
定休日等	なし	
窓口の名称	第三者委員事務局【委員：乙丸秀次、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
定休日等	原則として、土曜日、日曜日、国民の祝祭日、年末年始	
上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等		
窓口の名称	埼玉県国民健康保険団体連合会	
電話番号	048-824-2568	
対応している時間	平日	8:30～12:00／13:00～17:00
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし
定休日等	土、日曜日、祝日、年末年始(12/29-1/3)	
窓口の名称	幸手市介護福祉課	
電話番号	0480-42-8444	
対応している時間	平日	8:30～12:00／13:00～17:15
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし
定休日等	土、日曜日、祝日	

サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応

損害賠償責任保険の加入状況

なし	<input checked="" type="checkbox"/>	(その内容) 日本興亜損害保険株式会社 総合賠償責任保険
----	-------------------------------------	---------------------------------

その他、介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応に関すること

なし	<input checked="" type="checkbox"/>	(その内容) 入居契約書の規定に基づき、以下のとおり対応します。 1. ニチイ学館は、お客様に対するサービスの提供に伴って、ニチイ学館の責めに帰すべき事由によりお客様又はご家族の生命、身体、財産又は名誉に損害が発生したときは、速やかに損害を賠償します。但し、お客様に過失のあるときは、ニチイ学館の賠償責任が免除され、又は賠償額が減額されるものとします。 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。 (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 (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 (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 (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 (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的使用方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 (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者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 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。 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者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。
----	-------------------------------------	--

サービスの提供内容に関する特色等

(その内容)	お客様に「喜び・感動・嬉しいサプライズ」を感じていただき、「元気に・ハッピーに」なっていただくことをスタッフ全員の喜び・使命とし、常にそれを追求します。また、既成概念にとらわれず、お客様の心地よさを出来る限り追求し、「あきらめないケア」を実践していきます。
--------	--

利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等			
利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況			
なし	あり	実施した年月日	意見箱を設置
		当該結果の開示状況	なし あり
第三者による評価の実施状況			
なし	あり	実施した年月日	
		実施した評価機関の名称	
		当該結果の開示状況	なし あり

5. 利用料金

利用料の支払い方法	一時金方式	月払い方式	選択方式
敷金	円 (家賃の 月分)		
一時金方式			
一時金及び月単位で支払う利用料			
年齢に応じた金額設定	なし	あり	
要介護状態に応じた金額設定	なし	あり	
料金プラン			
プラン名称	一時金	月額	(内訳)
		計	家賃相当額 介護費用 食費 光熱水費 管理費
※介護保険サービスの自己負担額は含まない。			
算定根拠	家賃相当額		
	介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。	
	食費		
	光熱水費		
	管理費		
	一時金		
一時金の償却に関する事項			
償却開始日の設定	入居日		
初期償却率 (%)			
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			
権利金等 (※) の額			
(※) 平成 24 年 3 月 31 日までに老人福祉法第 29 条第 1 項の規定により届出がされた施設に限る。			
償却年月数 (想定居住期間)			
契約終了時返還金の算定方法及び返還金の例			
保全措置の実施状況	なし	あり	(保全先)
三月以内の契約終了による返還金について			
三月の起算日	入居日		
契約終了日までの利用期間に係る利用料及び現状回復のための費用の算定方法			
一時金の支払方法			

月払い方式

月単位で支払う利用料

年齢に応じた金額設定		なし		あり	
要介護状態に応じた金額設定		なし		あり	
料金プラン					
プラン名称	月額	(内訳)			
	計	家賃相当額	介護費用	食費	光熱水費
(名称なし)	162,743	84,500		42,738	35,505
		(非課税)		(うち消費税等 3,165 円)	(非課税)
※介護保険サービスの自己負担額は含まない。					

算定根拠

家賃相当額	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。
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> <ul style="list-style-type: none"> ・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 67,716 円 (うち消費税等 5,016 円)、プラン② 45,036 円 (うち消費税等 3,336 円)、プラン③ 28,836 円 (うち消費税等 2,136 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。 ・介護用品費や理美容費等の個人に関わる費用や医療費、医師の往診等は別途実費ご負担いただきます。その他、別紙「介護サービス一覧表」に記載の料金を受領いたします。
食費	<ul style="list-style-type: none"> ・食費は朝食 324 円 (うち消費税等 24 円)、昼食 550 円 (うち消費税等 40 円)、夕食 550 円 (うち消費税等 40 円)、1 日あたり 1,424 円 (うち消費税等 104 円) として計算し請求致します。 ・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 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 18,258 円 (うち消費税等 1,352 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。
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りの管理費を算出しております。

一時金方式・月払い方式共通

介護保険サービスの自己負担額

内容 ※要介護度に応じて介護費用の 1 割を徴収する。

人員配置が手厚い場合の介護サービス (再掲)	なし	あり
内容		
利用料	円 (月額 ・ 日額)	
算定根拠		
支払い方法	月単位 (日割り計算の有無 あり ・ なし)	

利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料		
個別的な選択による生活支援サービス		なし
算定 根拠	別紙：介護サービス一覧表参照 運営に支障がある場合など対応できないこともあります。	
料金改定の手続		
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。この際運営懇談会等において十分な説明を行います。		

6. その他

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

添付書類：「介護サービス等の一覧表」

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：平成 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 寺田 明彦
	事業所名	ニチイケアセンター幸手千塚

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 _____
(ご入居者との続柄：)

氏 名 _____ 印

代理人 住 所 _____
(ご入居者との続柄：)

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 _____

