

重要事項説明書

記入年月日	2021年7月1日
記入者名	松橋 奈緒美
所属・職名	施設長（管理者）

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成 23 年 10 月 7 日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙 4 の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の 1 から 3 まで及び 6 の内容については、別紙 4 の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

1. 事業主体概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	営利法人
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃにちいがっかん 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	03-3291-212
	FAX 番号	03-3291-6889
	メールアドレス	
	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ほしがうら ニチイケアセンター星が浦	
所在地	〒084-0912 北海道釧路市星が浦大通3丁目1番5号	
主な利用交通手段	最寄駅	① JR 根室本線新大楽毛駅 ② JR 釧路駅
	交通手段と所要時間	① 新大楽毛駅より車で10分 ② 釧路駅より車で30分
連絡先	電話番号	0154-52-6391
	FAX 番号	0154-52-6391
	メールアドレス	hstu06@nichiigakkan.co.jp
	ホームページアドレス	http:// www.nichiigakkan.co.jp
管理者	氏名	松橋 奈緒美
	職名	施設長 (管理者)
建物の竣工日		平成 18 年 8 月 23 日
有料老人ホーム事業の開始日		平成 21 年 10 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 該当する場 合	介護保険事業者番号	0174101543
	指定した自治体名	北海道
	事業所の指定日	平成 21 年 9 月 25 日
	指定の更新日 (直近)	平成 27 年 9 月 25 日

3. 建物概要

土地	敷地面積					2233.29 m ²
	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 (年 月 日 ~ 年 月 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				1793.82 m ²
		うち、老人ホーム部分				1793.82 m ²
	耐火構造	1 耐火建築物				
		2 準耐火建築物				
		3 その他 ()				
		4 その他 ()				
	構造	1 鉄筋コンクリート造				
2 鉄骨造						
3 木造						
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 (普通賃借 ・ 定期賃借)					
	抵当権の設定	1 あり 2 なし				
	契約期間	1 あり (年 月 日 ~ 年 月 日) 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				
	タイプ1	トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分*
		有/無	有/無	18.00 m ²	45	介護居室個室

	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	19.74 m ²	6	介護居室個室
	タイプ3	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ4	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ5	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ6	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ7	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ8	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ9	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ10	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²		

※「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	0ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房	3ヶ所	
	共用浴室	5ヶ所	個室	5ヶ所	
			大浴場	0ヶ所	
	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴	0ヶ所	
			リフト浴	1ヶ所	
			ストレッチャー浴	0ヶ所	
			その他 ()	0ヶ所	
	食堂	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	入居者や家族が利用 できる調理設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり (車椅子対応)	<input checked="" type="checkbox"/> 2	あり (ストレッチャー対応)	
		<input type="checkbox"/> 3	あり (上記1・2に該当しない)		
		<input type="checkbox"/> 4	なし		
消防用設備 等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし

緊急通報装置等	居室	便所	浴室	その他
	1 あり	1 あり	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. サービス等の内容

(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。
サービスの提供内容に関する特色	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」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。
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	<input checked="" type="checkbox"/> 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		1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	生活機能向上連携加算		1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	個別機能訓練加算		1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	夜間看護体制加算		1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	若年性認知症入居者受入加算		<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	医療機関連携加算		<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	口腔衛生管理体制加算		<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	栄養スクリーニング加算		1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	退院・退所時連携加算		<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	看取り介護加算		1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	認知症専門 ケア加算	(I)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	サービス提 供体制強化 加算	(I)イ	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(I)ロ	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
		(III)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	介護職員処 遇改善加算	(I)	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
		(II)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(III)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(IV)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
(V)		1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
介護職員等 特定処遇改 善加算	(I)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	(II)	<input 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	<input type="checkbox"/> 1 あり	(介護・看護職員の配置率) 2.5 : 1	
	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	釧路中央病院
		住所	釧路市幸町9丁目3番地
		診療科目	内科
		協力科目	
		協力内容	往診対応・外来・健康相談・医療相談
	2	名称	ちば内科クリニック
		住所	釧路市大楽毛2丁目2-27
		診療科目	内科
		協力科目	
		協力内容	往診対応・外来・健康相談・医療相談
協力歯科医療機関		名称	つねかわ歯科
		住所	釧路市星が浦大通1丁目1番
		協力内容	往診対応・健康指導・医療相談

(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	<input type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input checked="" type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 3 その他 ()
判断基準の内容	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。
手続きの内容	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> ② ホームの指定する医師の意見を聞く <input type="checkbox"/> 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	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし

居室利用権の取扱い	住み替え後の居室に移行	
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	面積の増減	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
仕様の変更	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	<input checked="" type="checkbox"/> 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
	解約予告期間	3ヶ月
	<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、</p>	

	<p>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="646 797 949 860">解約予告期間</td> <td data-bbox="949 797 1481 860">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	<p>1 あり (内容: 7泊8日 53,900円 (うち消費税等 4,900円))</p> <p>※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。</p> <p>2 なし</p>		
入居定員	51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		1.0
生活相談員	1	1		1.0
直接処遇職員	24	20	4	23.7
介護職員	20	19	1	20.6
看護職員	4	1	3	3.1
機能訓練指導員	1	1		0.5
計画作成担当者	1	1		1.0
栄養士				
調理員				
事務員	1	1		1.0
その他職員				
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	10	
実務者研修の修了者	4	4	
初任者研修の修了者	4	4	
介護支援専門員	2	2	

(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・介護職員の割合 (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※ 【表示事項】	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 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)	2.26 : 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし						
	業務に係る資格等				<input checked="" type="checkbox"/> あり						
					資格等の名称						
					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											
前年度1年間の退職者数											
職員の人数 業務に従事した経験年数に応じた	1年未満		1	1	1						
	1年以上3年未満		1								
	3年以上5年未満		2	5	1						
	5年以上10年未満			5							
	10年以上			5						1	
従業者の健康診断の実施状況				<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし							

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 利用権方式 2 建物賃貸借方式 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 checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式	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 ※該当する方式を全て選択		
年齢に応じた金額設定	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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利用料金（月払い）の取扱い		1 減額なし 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2	要介護3	
	年齢	60歳以上の方	60歳以上の方	
居室の状況	床面積	18㎡	18㎡	
	便所	1 有 2 無	1 有 2 無	
	浴室	1 有 2 無	1 有 2 無	
	台所	1 有 2 無	1 有 2 無	
入居時点で必要な費用	前払金	円	円	
	敷金	円	円	
月額費用の合計		142,028 円	142,028 円	
家賃		63,450 円	63,450 円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※ ¹ の費用	円	円	
	介護保険外※ ²	食費	42,738 円	42,738 円
		管理費	35,840 円	35,840 円
		介護費用	円	円
		光熱水費	管理費に含まれます円	管理費に含まれます円
その他	円	円		

※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。

※2 有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、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）

(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施設整備協力金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> <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①68,970円（うち消費税等 6,270円）、プラン②45,870円（うち消費税等 4,170円）、プラン③29,370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。 ・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「介護サービス等一覧表」に記載の料金を受領いたします。
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たりの管理費を算出しております。
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。
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	9 人
	女性	40 人
年齢別	65 歳未満	0 人
	65 歳以上 75 歳未満	4 人
	75 歳以上 85 歳未満	9 人
	85 歳以上	36 人
要介護度別	自立	0 人
	要支援 1	3 人
	要支援 2	2 人
	要介護 1	8 人
	要介護 2	15 人
	要介護 3	11 人
	要介護 4	8 人
	要介護 5	2 人
入居期間別	6 ヶ月未満	3 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	5 人
	1 年以上 5 年未満	30 人
	5 年以上 10 年未満	9 人
	10 年以上 15 年未満	2 人
	15 年以上	0 人

(入居者の属性)

平均年齢	87.77 歳
入居者数の合計	49 人
入居率※	96.08%
※ 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	人
	死亡	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)

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		ニチイケアセンター星が浦
電話番号		0154-52-6391
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

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

損害賠償責任保険の加入状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 損害保険ジャパン日本興和株式会社賠償責任保険
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 以下のとおり対応します。
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
<p>入居契約書の規定に基づき、対応します。</p> <p>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。</p> <p>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> <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</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	<input type="checkbox"/> 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	
		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	
		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	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
事業収支計画書	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
財務諸表の要旨	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
財務諸表の原本	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 2 回
	2 なし	
	<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:) <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 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
有料老人ホーム設置運営指導指針「5.規模及び構造設備」に合致しない事項	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
合致しない事項がある場合の内容		
「6.既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	<input checked="" type="checkbox"/> 1 適合している (代替措置) 2 適合している (将来の改善計画) 適合していない 3	
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 (別の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)

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：令和 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星が浦

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 _____

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

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		
	特定施設入居者生活介護費 で、実施するサービス（利用 者一部負担※1）	個別の利用料で、実施するサービス （利用者が全額負担）			包含※2	都度※2	料金※3	備 考
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり				
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり				
おむつ代			なし	あり				実費負担
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり				介護上必要となる場合以外で週3回以上の場合、職員1名につき1時間当たり1,650円(うち消費税等150円)
特浴介助	なし	あり	なし	あり				介護上必要となる場合以外で週3回以上の場合、職員1名につき1時間当たり1,650円(うち消費税等150円)
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり				
機能訓練	なし	あり	なし	あり				
通院介助	なし	あり	なし	あり				協力医療機関以外については同行職員につき1時間当たり1,650円(うち消費税等150円)および移動に要した交通費を実費負担
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり				介護上必要となる場合以外で週3回以上の場合、職員1名につき1時間当たり1,650円(うち消費税等150円)
リネン交換	なし	あり	なし	あり				週1回は介護報酬内、介護上必要となる場合以外でそれ以上は1回につき330円(うち消費税等30円)
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり				介護上必要となる場合以外で週3回以上の場合、職員1名につき1時間当たり1,650円(うち消費税等150円)
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり				
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり				実費負担
おやつ			なし	あり				
理美容師による理美容サービス			なし	あり				実費負担
買い物代行	なし	あり	なし	あり				ホームから半径500m以内を通常の利用区域とします
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり				代行職員1名につき1時間当たり1,650円(うち消費税等150円)及び移動に要した交通費(駐車場代を含む)を実費負担
金銭・貯金管理			なし	あり				
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり				
健康相談	なし	あり	なし	あり				
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり				
服薬支援	なし	あり	なし	あり				
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり				
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	なし	あり	なし	あり				
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり				協力医療機関以外については同行職員1名につき1時間当たり1,650円(うち消費税等150円)及び移動に要した交通費を実費負担
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり				職員1名につき1時間当たり1,650円(うち消費税等150円)
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり				職員1名につき1時間当たり1,650円(うち消費税等150円)

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割又は2割の利用者負担）。

※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額サービス費用に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。

※3：都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。