

有料老人ホーム重要事項説明書

作成日 2019年 8月 1日

1 事業主体概要

| | |
|------------------------|---|
| 事業主体名 | 株式会社 ニチイ学館 |
| 代表者名 | 代表取締役 森 信介 |
| 所在地 | 東京都千代田区神田駿河台2丁目9番地 |
| 電話番号/FAX番号 | 03-3291-2121 |
| ホームページアドレス | http://www.nichiigakkan.co.jp/ |
| 資本金(基本財産) | 119億3300万円(2019年3月末現在) |
| 主な出資者(出捐者)とその金額又は比率 ※1 | 1. 有限会社明和(25.3%) 2. 寺田 明彦(17.1%) 3. ECMMF(9.8%) |
| 設立年月日 | 昭和 48年 8月 2日 |
| 直近の事業収支決算額 ※2 | (収益) 287,882,000 千円 (費用) 277,850,000 千円 (損益) 5,703,000 千円 |
| 会計監査人との契約 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> (PwC京都監査法人) |
| 他の主な事業 | <p>■医療関連事業：病院・診療所および調剤薬局における診療報酬請求事務などの各種医事関連事業、経営コンサルティング、物品管理業務、院内保育などの受託</p> <p>■ヘルスケア事業：訪問介護、訪問入浴介護、デイサービス、居宅介護支援、小規模多機能型居宅介護、グループホーム、有料老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅、ケアハウス、高齢者食事サービス、福祉用具の販売・レンタル、住宅改修、障害福祉サービス、家事代行サービス</p> <p>■教育事業：医療事務技能者、ホームヘルパー、ベビーシッターの養成を中心とした資格取得・技能講座および豊かなライフワークを目指す各種講座の開講</p> |

※1 出資(出捐)額の多い順に上位3者の氏名又は名称並びに各出資(出捐)額又は比率を記入。

※2 原則として、収益は売上高+営業外収益、費用は売上原価+販売費及び一般管理費+営業外費用、損益は経常利益とする。

2 施設概要

| | | | | |
|---------------------|--|--|--------------------------------|--|
| 施設名 | | ニチイケアセンター川崎長沢 | | |
| 施設の類型 及び表示事 項 | 類型 | 1 介護付 (一般型・外部サービス利用型) 2 住宅型 3 健康型 | | |
| | 居住の権利形態 | 1 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式 | | |
| | 入居時の要件 | 1 自立 2 要介護 3 要支援・要介護 4 自立・要支援・要介護 | | |
| | 介護保険 | 1 指定介護保険特定施設 (番号:1475401442、指定年月日:平成21年10月1日) 介護専用型・混合型・混合型(外部サービス利用型)・地域 密着型・介護予防・介護予防(外部サービス利用型) 2 介護保険在宅サービス利用可 | | |
| | 居室区分 | 1 全室個室(夫婦等居室含む) 2 相部屋あり | | |
| | 介護に関わる職員体制 | 2.5:1 以上 | | |
| | 提携ホームの利用等 | 1 提携ホーム利用可(なし) 2 提携ホーム移行型(なし) | | |
| 開設年月日 | 平成 21年 10月 1日 | | | |
| 施設の管理者氏名 | 小林 純一郎 | | | |
| 所在地 | 神奈川県川崎市多摩区長沢1-32-7 | | | |
| 電話番号/FAX番号 | 044-978-3361/044-978-3362 | | | |
| メールアドレス | hstul2@nichiigakkan.co.jp | | | |
| 交通の便 ※3 | 小田急バス「聖マリアンナ医科大グランド前」より徒歩5分 小田急バス「盛源寺」より徒歩5分 | | | |
| ホームページアドレス | http://www.nichiigakkan.co.jp/ | | | |
| 敷地概要 ※4 | 権利形態 所有・借地 (借地の場合の契約形態) 通常借地契約・定期借地契約 (借地の場合の契約期間) 年 月 日～年 月 日 (通常借地契約における自動更新条項の有無) 無・有 敷地面積 1822.06 m ² | | | |
| 建物概要 | 権利形態 所有・借家 (借家の場合の契約形態) 通常借家契約・定期借家契約 (借家の場合の契約期間) 2006年 9月 1日～2036年 8月 31日 (通常借家契約における自動更新条項の有無) 無・有 建物の構造 鉄筋コンクリート造 地下 なし 地上 3階建(耐火・準耐火・その他) 延床面積 1917.63 m ² (うち有料老人ホーム 1822.06 m ²) 建築年月日 2006年 9月 1日建築 改築年月日 年 月 日改築 建築確認の用途指定 有料老人ホーム・その他() | | | |
| 居室、一時介護室の概 要 | 居室総数 50室 定員 50人(一時介護室を除く) (内訳) | | | |
| | | 居室定員 | 室数 | 面積 |
| | 居室 | 個室 | 50室 | 18.00 m ² ～18.00 m ² |
| | | うち2人定員 | 室 | m ² ～m ² |
| | 2人部屋(相部屋) | 室 | m ² ～m ² | |

| | | | | | | |
|----------------------------------|--|------------|-----------------------------|--|----------------|--|
| | | 人部屋 (相部屋) | 室 | m ² ~ | m ² | |
| 一時介護室 | | 個室 | 室 | m ² ~ | m ² | |
| | | 2人部屋 (相部屋) | 室 | m ² ~ | m ² | |
| | | 人部屋 (相部屋) | 室 | m ² ~ | m ² | |
| 共用施設・設備の概要 (設置箇所、面積、設備の整備状況等) | 食堂 | | 設置階 | 1階 (49.93m ²) 2,3階 (55.13m ²) | | |
| | 浴室 | 一般浴槽 | 設置階 | 1, 2, 3階 (3.20m ²) | | |
| | 浴室 (介護浴槽) | リフト浴 | 設置階 | (m ²) | | |
| | | ストレッチャー浴 | 設置階 | 1階 (9.00 m ²) | | |
| | 便所 | | 設置箇所 | 各居室、各階に共用便所 | | |
| | 洗面設備 | | 設置箇所 | 各居室、各階に共用洗面所 | | |
| | 医務室 (健康管理室) | | 設置階 | 1階 (7.35m ²) | | |
| | 談話室 | | 設置階 | (m ²) | | |
| | 面談室 | | 設置階 | (m ²) | | |
| | 事務室 | | 設置階 | 1階 | | |
| | 洗濯室 | | 設置階 | 1階 (6.76m ²) 2, 3階 (9.03m ²) | | |
| | 汚物処理室 | | 設置階 | 各階 | | |
| | 看護・介護職員室 | | 設置階 | 各階 | | |
| | 機能訓練室 | | 設置階 | 1階 (49.93m ²) 2, 3階 (55.13m ²) 他の共用施設との兼用 無・有 (食堂) | | |
| | 健康・生きがい施設 | | 設置階 | (m ²) | | |
| | エレベーター ※5 | | 1 | 基 (うちストレッチャー搬入可 1基) | | |
| | スプリンクラー | | 設置箇所 | 全居室、廊下、食堂、機能訓練室 | | |
| | 居室のある区域の廊下幅 | | 両手すり設置後の有効幅員 (1.8m ~ 1.8m) | | | |
| | 消防用設備等 | 消火器 | | 無・有 | | |
| 自動火災報知設備 | | 無・有 | | | | |
| 火災通報設備 | | 無・有 | | | | |
| スプリンクラー | | 無・有 | | | | |
| 防火管理者 | | 無・有 | | | | |
| 防災計画 (水害・土砂災害を含む) | | 無・有 | | | | |
| 緊急通報装置等緊急連絡・安否確認 | 緊急通報装置等の種類及び設置箇所 各居室および居室内トイレ、一般浴室、トイレ 安否確認の方法・頻度等 夜間にも夜勤介護職員巡回 | | | | | |
| 同一敷地内の併設施設又は事業所等の概要 ※6 | なし | | | | | |
| 有料老人ホーム事業の提携ホーム及び提携内容 | なし | | | | | |

※3 最寄りの交通機関からの距離を徒歩で示す場合は、1分を80m以下の距離で換算すること。

※4 借地契約を締結していない場合は、敷地面積のみ記入する。

※5 ここでいうストレッチャーは標準仕様のものとする。

※6 同一建物内の施設は全て、営業主体と面積とともに記入する。併設施設又は事業所等が、介護保険法により居宅サービス事業者として指定されている場合（指定居宅介護支援を含む）は、その種類と番号を記載すること。

3 利用料 ※7

(1) 利用料の支払い方式

| 支払い方式 ※8 | | 前払い方式 | <input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式 | 選択方式 |
|-----------------------------|-------|-------------------------------|--|----------------------------|
| 入院等による不在時における利用料金（月払い）の取り扱い | | 1 減額なし | <input checked="" type="checkbox"/> 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・公共料金などの変動に基づき、改定することがあります | | |
| | 手続き方法 | 運営懇談会などに置いて、十分な説明を行います | | |

(2) 前払い方式

| 費用の支払方法 ※9 | |
|----------------------|----------------------------|
| 敷金 | 無・有（ 円、家賃相当額の か月分） |
| 前払金 （介護費用の前払金を除く） | 法第29条第6項に規定される前払金 円 ～ 円 |
| 想定居住期間又は償却期間 | |
| 算定の基礎（内訳） | |
| 解約時の返還金（算定方法等） | |
| 返還の対象とならない額の有無 | 無・有（ 円） |
| 初期償却の開始日 | |
| 介護費用の前払金 | 円～ 円 |
| 算定の基礎（内訳） | |
| 解約時の返還金（算定方法等） | |
| 返還の対象とならない額の有無 | 無・有（ 円） |
| 初期償却の開始日 | |
| 月額利用料 | 円～ 円 |
| 年齢に応じた金額設定 | 無・有 |

| | | | | | | | |
|--------------------------|-------|-----|----------|----|----------|-----------|-----|
| 要介護状態に応じた 金額設定 | 無・有 | | | | | | |
| 料金プラン ※10 | 月額利用料 | 内 訳 | | | | | |
| | | 管理費 | 介護 費用 | 食費 | 光熱 水費 | 家賃 相当額 | その他 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 算定根拠 ※11 | 管理費 | | | | | | |
| | 介護費用 | | | | | | |
| | 食費 | | | | | | |
| | 光熱水費 | | | | | | |
| | 家賃相当額 | | | | | | |
| | その他 | | | | | | |
| 月額利用料に含まれな い実費負担等 ※12 | | | | | | | |

介護保険に係る利用料
※13
(適用を受ける場合は、
市区町村から交付され
る「介護保険負担割合
証」に記載された利用
者負担の割合に応じた
額)

特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例)

| 区 分 | 月 額 | 利用者負担額 (割の場合) |
|------|-----|----------------|
| 要介護1 | 円 | 円 |
| 要介護2 | 円 | 円 |
| 要介護3 | 円 | 円 |
| 要介護4 | 円 | 円 |
| 要介護5 | 円 | 円 |

各種加算の状況

| 身体的拘束廃止取組の有無 | (減算型・基準型) | |
|---------------|-----------|-------|
| 退院・退所時連携加算 | (無・有) | |
| 入居継続支援加算 | (無・有) | |
| 生活機能向上連携加算 | (無・有) | |
| 個別機能訓練加算 | (無・有) | |
| 夜間看護体制加算 | (無・有) | |
| 若年性認知症入居者受入加算 | (無・有) | |
| 医療機関連携加算 | (無・有) | |
| 口腔衛生管理体制加算 | (無・有) | |
| 栄養スクリーニング加算 | (無・有) | |
| 看取り介護加算 | (無・有) | |
| 認知症専門ケア加算 | (無・有) | (I) |
| | | (II) |
| サービス提供体制強化加算 | (無・有) | (I)イ |
| | | (I)ロ |
| | | (II) |
| | | (III) |
| 介護職員処遇改善加算 | (無・有) | I |
| | | II |
| | | III |
| | | IV |
| | | V |

介護予防特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例)

| 区 分 | 月 額 | 利用者負担額 (割の場合) |
|------|-----|----------------|
| 要支援1 | 円 | 円 |
| 要支援2 | 円 | 円 |

各種加算の状況

| 身体的拘束廃止取組の有無 | (減算型・基準型) | |
|---------------|-----------|-------|
| 生活機能向上連携加算 | (無・有) | |
| 個別機能訓練加算 | (無・有) | |
| 若年性認知症入居者受入加算 | (無・有) | |
| 医療機関連携加算 | (無・有) | |
| 口腔衛生管理体制加算 | (無・有) | |
| 栄養スクリーニング加算 | (無・有) | |
| 認知症専門ケア加算 | (無・有) | (I) |
| | | (II) |
| サービス提供体制強化加算 | (無・有) | (I)イ |
| | | (I)ロ |
| | | (II) |
| | | (III) |

| | | | |
|--|------------|-------|-----|
| | 介護職員処遇改善加算 | (無・有) | I |
| | | | II |
| | | | III |
| | | | IV |
| | | | V |

(3) 月払い方式

| | | | | | | | |
|-------------------|--|--|----------|-----------------------|------------|-----------|-----|
| 費用の支払方法 ※9 | 月額利用料金その他は、毎月の請求による月払い | | | | | | |
| 敷金 | <input type="checkbox"/> 無 ・ 有 (円、家賃相当額の か月分) | | | | | | |
| 月額利用料 | 162,743円 | | | | | | |
| 年齢に応じた金額 設定 | <input type="checkbox"/> 無 ・ 有 | | | | | | |
| 要介護状態に応じ た金額設定 | <input type="checkbox"/> 無 ・ 有 | | | | | | |
| 料金プラン ※10 | 月額利用料 | 内 訳 | | | | | |
| | | 管理費 | 介護 費用 | 食費 | 光熱 水費 | 家賃 相当額 | その他 |
| | | 35,505 | | 42,738 | 管理費 に含む | 84,500 | |
| | | 非課税 | | うち、 消費税等 3,165円 | | | |
| 算定根拠 ※11 | 管理費 | 共用施設の維持管理費、水光熱費、その他共同の利益に関するすべての経費から月額に必要な経費を算出し、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 | | | | | |
| | 介護費用 | <p>※介護保険サービスの自己負担額は含みません</p> <p>別紙：介護サービス一覧表・生活サポート提供表参照</p> <p>・入居後に「自立」と判定された場合は、「生活サポート費」としてプラン①67,716円(うち消費税等5,016円)、プラン②45,036円(うち消費税等3,336円)、プラン③28,836円(うち消費税等2,136円)を月額利用料として別途お支払いいただきます。</p> <p>また、本利用料をお支払いいただくことで、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> <p>・介護用品費や理美容費等の個人に関わる費用や医療費・医師の往診などは別途実費負担となります。</p> <p>・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</p> | | | | | |

| | | |
|-------------------------|----------------------|---|
| | 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)で一日あたり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)として計算し返金致します ・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・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 |
| | 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施設整備協力金から家賃を算出しております |
| | その他 | |
| 月額利用料に含まれない実費負担等 ※12 | 別紙：「介護サービス等の料金一覧表」参照 | |

特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例)

| 区分 | 月額 | 利用者負担額(1割の場合) |
|------|----------|---------------|
| 要介護1 | 187,150円 | 18,715円 |
| 要介護2 | 206,769円 | 20,977円 |
| 要介護3 | 233,782円 | 23,379円 |
| 要介護4 | 256,047円 | 25,605円 |
| 要介護5 | 279,706円 | 27,971円 |

各種加算の状況

| 身体的拘束廃止取組の有無 | (減算型・ <u>基準型</u>) | |
|---------------|--------------------|-------|
| 退院・退所時連携加算 | (無・有) | |
| 入居継続支援加算 | (無・有) | |
| 生活機能向上連携加算 | (無・有) | |
| 個別機能訓練加算 | (無・有) | |
| 夜間看護体制加算 | (無・有) | |
| 若年性認知症入居者受入加算 | (無・有) | |
| 医療機関連携加算 | (無・有) | |
| 口腔衛生管理体制加算 | (無・有) | |
| 栄養スクリーニング加算 | (無・有) | |
| 看取り介護加算 | (無・有) | |
| 認知症専門ケア加算 | (無・有) | (I) |
| | | (II) |
| サービス提供体制強化加算 | (無・有) | (I)イ |
| | | (I)ロ |
| | | (II) |
| | | (III) |
| 介護職員処遇改善加算 | (無・有) | I |
| | | II |
| | | III |
| | | IV |
| | | V |

介護保険に係る利用料
 ※13
 (適用を受ける場合は、市区町村から交付される「介護保険負担割合証」に記載された利用者負担の割合に応じた額)

介護予防特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例)

| 区分 | 月額 | 利用者負担額(1割の場合) |
|------|----------|---------------|
| 要支援1 | 63,966円 | 6,397円 |
| 要支援2 | 108,861円 | 10,887円 |

各種加算の状況

| 身体的拘束廃止取組の有無 | (減算型・ <u>基準型</u>) | |
|---------------|--------------------|-------|
| 生活機能向上連携加算 | (無・有) | |
| 個別機能訓練加算 | (無・有) | |
| 若年性認知症入居者受入加算 | (無・有) | |
| 医療機関連携加算 | (無・有) | |
| 口腔衛生管理体制加算 | (無・有) | |
| 栄養スクリーニング加算 | (無・有) | |
| 認知症専門ケア加算 | (無・有) | (I) |
| | | (II) |
| サービス提供体制強化加算 | (無・有) | (I)イ |
| | | (I)ロ |
| | | (II) |
| | | (III) |

| | | | |
|--|------------|--|-----|
| | | | I |
| | | | II |
| | 介護職員処遇改善加算 | (無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有) | III |
| | | | IV |
| | | | V |

(4) 共通事項

| | |
|----------------------------------|--|
| 改定ルール(勘案する要素及び改定手続等) | 諸物価、公共料金等の変動に基づき改訂することがあります。この際、運営懇談会等において十分な説明を行います |
| 前払金の返還金の保全措置 | <input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 保全措置の内容() 無の場合の理由(前払い金がないため) |
| サービスの提供に伴う事故等が発生した場合の損害賠償保険等への加入 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 有の場合の保険名 (日本興亜損害保険株式会社 総合賠償責任保険) |
| 消費税の対象外とする利用料等 | 管理費及び家賃相当額 なお、食費・個別対応に係る費用・体験入居費用は消費税等を含んだ金額になります |
| 短期利用の設定(短期利用特定施設入居者生活介護の届出がある) | <input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 有の場合は 別添短期利用のサービス等の概要 参照 |

※7 消費税を含む総額表示とすること。

※8 前払い方式と月払い方式の併用の場合は選択方式とする。

※9 前払金や月額利用料の請求時期や支払い方法等を記入する。

※10 複数の料金プランがあるときはそれぞれのプランの金額を示す。多様なプランがあるときは別紙による明記でも可能だが、その場合でも、最低額、最高額、標準的な額のプランは記載すること。

※11 介護費用は介護保険に係る利用料を除く。

食費が1日単位の場合は、1か月30日の場合の費用を記入するとともに、その旨記入する。

光熱水費は当該費用に含まない部分(居室等)の負担がある場合は、その旨記入する。

※12 見込まれる総ての項目名を列記すること。

※13 個別機能訓練加算、夜間看護体制加算、医療機関連携加算、認知症専門ケア加算、サービス提供体制強化加算及び介護職員処遇改善加算を含めて記入する。

4 サービスの内容

(1) 全体の方針

| | |
|-----------------|--|
| 運営に関する方針 | 気ままなひとり暮らしを満喫していただくため、完全個室の居室にて快適性と安全性にこだわっております。ご入居前の日常をそのまま延長した住まいであること、そして、すべてのお客様に我が家にいるようなくつろぎの時間をお届けできるよう、努めてまいります |
| サービスの提供内容に関する特色 | 施設職員による身体介護や食事・レクリエーションに加え、看護師による機能訓練等幅広いサービスを提供いたします。また、地域の方々との連携を重視し、ボランティア様などを含めた交流を行なっていきます |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | ① 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 食事の提供 | 1 自ら実施 ② 委託 3 なし |
| 洗濯、掃除等の家事の供与 | ① 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 健康管理の供与 | 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 | ① 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 生活相談サービス | ① 自ら実施 2 委託 3 なし |

(2) 介護サービスの内容

| | | |
|---|-----|--|
| 月額利用料（介護費用、光熱水費、家賃相当額を除く）に含まれるサービスの内容・頻度等 | 管理費 | 共用施設の維持管理費、水光熱費、その他共同の利益に関するすべての費用 |
| | 食費 | 三食の提供、おやつ、厨房管理費 |
| | その他 | |
| (介護予防) 特定施設入居者生活介護による保険給付及び介護費用によりホームが提供する介護サービスの内容・頻度等 | 別添 | 介護サービス等の一覧表による |
| 月額利用料に含まれない実費負担の必要なサービスとその利用料 | 別添 | 介護サービス等の一覧表及び管理規程による |
| 一部又は全部の業務を委託する場合は委託先及び委託内容 ※14 | | 食事の調理サービス(日本ゼネラルフード株式会社) |
| 苦情解決の体制（相談窓口、責任者、連絡先、第三者機関の連絡先等） ※15 | | <ul style="list-style-type: none"> ・ニチイケアセンター川崎長沢(事業所内受付窓口) TEL:044-978-3361 (定休日 なし 対応時間 9:00~18:00) ・株式会社ニチイ学館 町田支店 TEL:042-720-8734 (定休日 土日祝日、年末年始 対応時間 9:00~17:15) ・ニチイコールセンター TEL:0120-605025 (定休日 なし 対応時間 24時間対応) |

| | |
|-----------------------------------|--|
| | <p>施設及び本社での解決が難しい場合は、次の第三者機関や行政に相談することができます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・神奈川県国民健康保険団体連合(苦情相談窓口) TEL:0570-022110(苦情相談) ・神奈川県 保健福祉部 高齢福祉課 TEL:045-210-1111(代表) ・川崎市 健康福祉課 長寿社会部(対応時間 9:00~17:00) TEL044-200-2111 |
| 事故発生時の対応(医療機関等との連携、家族等への連絡方法・説明等) | <p>ニチイ学館独自の事故対応マニュアルに基づいて、応急処置・協力医療機関への搬入、もしくは119番通報による他の医療機関への搬入を行なうとともに、施設長からご家族様への連絡を行います また、事故について検証や今後の防止策を講じます</p> |
| 事故発生の防止のための指針 | <p><input type="checkbox"/> 無 ・ 有</p> |
| 損害賠償(対応方針及び損害保険契約の概要等) | <p>入居契約書の規定に基づき、対応します</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <ol style="list-style-type: none"> (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 (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>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> | | | | | |
| 公益社団法人全国有料老人ホーム協会及び同協会の入居者基金制度への加入状況 | 協会への加入 | <input type="checkbox"/> 無 ・ 有 | | | | |
| | 入居者基金への加入 | <input type="checkbox"/> 無 ・ 有 | | | | |
| 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 | <table border="1"> <tr> <td>実施日</td> <td>平成31年6月30日</td> </tr> <tr> <td>結果の開示</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 1 有 2 無</td> </tr> </table> | 実施日 | 平成31年6月30日 | 結果の開示 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 有 2 無 |
| | 実施日 | 平成31年6月30日 | | | | |
| 結果の開示 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 有 2 無 | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 無 | | | | | |
| 第三者による評価の実施状況 | 有 | 実施日 | | | | |
| | | 評価機関名称 | | | | |
| | 結果の開示 | 1 有 2 無 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 無 | | | | | |

※14 施設の警備業務など入居者の処遇と直接関わらない業務は除く。

※15 施設の体制と併せて、神奈川県国民健康保険団体連合会や公益社団法人全国有料老人ホーム協会など、入居者が利用可能な第三者機関及び行政の担当部署の名称及び連絡先を記入。

5 介護を行う場所等

| | | |
|----------------------|--|---|
| 要介護時(認知症を含む)に介護を行う場所 | 居室、および共用スペース (心身の状況により居室移動の場合があります) | |
| 入を居住後みに替居え室る又場は合施設 | 居室から一時介護室へ移る場合(判断基準・手続、追加費用の要否、居室利用権の取扱い等) | 一時介護室はありません |
| | 従前の居室から別の居室へ住み替える場合(同上) | 他居室への住み替え お客様の生活の維持およ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、次の手続きを経て居室の変更をする事があります。この場合、追加の費用は発生しません。なお、お客様の利用権は新たに利用する居室に移行します。 1. 緊急でやむをえない場合を除いて、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. お客様本人および身元引受人様などの同意を得る |
| | 提携ホームへ住み替える場合(同上) | 提携ホームはありません |

6 医療

| | | |
|--------------------------|----------|---------------------|
| 協力医療機関(又は嘱託医)の概要及び協力内容 | 名称 | たまふれあいクリニック |
| | 診療科目 | 内科、精神科 |
| | 所在地 | 川崎市多摩区柞形 2-24-6 |
| | 距離及び所要時間 | 約 2km 車で約 7 分 |
| | 協力内容 | 訪問診療による定期往診 |
| | 名称 | 鷺沼診療所 |
| | 診療科目 | 内科、皮膚科、精神科 |
| | 所在地 | 川崎市宮前区有馬 1-22-16 |
| | 距離及び所要時間 | 約 5km 車で約 17 分 |
| | 協力内容 | 訪問診療による定期往診 |
| 協力歯科医療機関(又は嘱託医)の概要及び協力内容 | 名称 | チャーミーデンタルクリニック |
| | 所在地 | 東京都武蔵野市吉祥寺本町 1-13-1 |
| | 距離及び所要時間 | 約 24km 車で約 50 分 |
| | 協力内容 | 訪問診療による歯科診療 |

| | | |
|--|---|-----------------|
| | 名 称 | あさがお歯科 |
| | 所在地 | 東京都町田市森野2丁目8-10 |
| | 距離及び所要時間 | 約14km 車で約43分 |
| | 協力内容 | 訪問診療による歯科診療 |
| 入居者が医療を要する場合の対応(入居者の意思確認、医師の判断、医療機関の選定、費用負担、長期に入院する場合の対応等) | <ul style="list-style-type: none"> ・ニチイ学館は、お客様が病気又は負傷等により検査や治療が必要となった場合、又はその他必要を認めた場合は、お客様の主治医又はニチイ学館の協力医療機関において必要な治療等が受けられるよう支援いたします ・ニチイ学館は、救急時において、的確かつ迅速に対応し、状況により協力医療機関等での救急対応が受けられるよう計ります ・入院期間中は月額利用料のうち管理費、家賃相当額及び厨房管理費はお支払い頂きます ・協力医療機関への入退院、通院に係る費用はサービスに含まれます ・入院治療に係る費用は入居者の負担になります。 | |

7 入居状況等

(2019年8月1日現在)

| | | | | |
|---|------------------------|------|---------|----------|
| 入居者数及び定員 | 48人(定員50人) | | | |
| 入居者の状況 | 男 性 | 9人 | 女 性 39人 | |
| | 自 立 | 0人 | | |
| | 要介護 | 42人 | (内訳) | 要介護1 15人 |
| | | | | 要介護2 14人 |
| | | | | 要介護3 4人 |
| | | | 要介護4 8人 | |
| | | | 要介護5 1人 | |
| 要支援 | 6人 | (内訳) | 要支援1 4人 | |
| | | | 要支援2 2人 | |
| 平均年齢 | 87.5歳(男性87歳、女性87.6歳) | | | |
| 運営懇談会の開催状況 (開催回数、設置者の役職員を除く参加者数、主な議題等) | 年2回開催予定(直近開催:平成31年12月) | | | |

注) 介護の要否別及び平均年齢については、入居者数が少ない等の状況により、個人が特定される場合には、プライバシー保護の観点から記入する必要はない。

8 職員体制

(1) 職種別の職員数等

(2019年 8月 1日現在)

| | 職員数 | 常勤換算後の | | 夜間勤務職員数 (時~翌時) (最少人数) | 備考 (資格・委託等) | | |
|--------|-----------|-----------|------|-----------------------------|----------------|--|---------|
| | | 人数 | うち前年 | | | | |
| 従業者の内訳 | 管理者 | 1 (-) | / | 3 | | | |
| | 生活相談員 | 1 (-) | | | | | |
| | 直接処遇職員 | 29 (25) | | | 21.4 | | |
| | 介護職員 | 24 (20) | | | 18.6 | | |
| | 看護職員 | 5 (5) | | | 2.8 | | 正看護師 |
| | 機能訓練指導員 | 1 (-) | | | | | 看護師が兼務 |
| | 理学療法士 | () | | | | | |
| | 作業療法士 | () | | | | | |
| | その他 | 1 (1) | | | | | 看護師が兼務 |
| | 計画作成担当者 | 1 (-) | | | | | 介護支援専門員 |
| | 医師 | (-) | | | | | 協力医療機関 |
| | 栄養士 | (-) | | | | | 外部委託 |
| | 調理員 | (-) | | | | | 外部委託 |
| | 事務職員 | 1 (1) | | | | | |
| | その他職員 | 3 (3) | | | | | |
| 合計 | 36 (32) | | | | | | |

注1) 職員数欄の()内は、非常勤職員数で内数。

注2) 直接処遇職員は、要介護者及び要支援者に対して介護サービスを提供する職員と自立者に対して一時的な介護その他日常生活上必要な援助を行う職員を合わせた数とし、また、常勤換算後の人数において、自立者対応の人数を内数で記入。

注3) 機能訓練指導員及び計画作成担当者が他の職務を兼務している場合は、職員数の人数に※印をつけるとともに、兼務している職名を備考欄に記入。

注4) 備考欄には、直接処遇職員や調理員等の委託、看護職員等の機能訓練指導員兼務、計画作成担当者の介護支援専門員資格等を記入。

(2) 職員の状況

| | 他の職務との兼務 | | 1 あり 2 なし | | | | | | | |
|---|----------|--------|-----------|-------|-------|-----|---------|-----|---------|-----|
| | 兼務に係る資格等 | 1 あり | | 実務者研修 | | | | | | |
| | | 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 | | | | | | | | | | 1 |
| 前年度1年間の退職者数 | | | | 1 | | | | | | |
| 本 年 に 対 し た 職 員 の 人 数 | 1年未満 | | | | | | | | | 2 |
| | 1年以上 | | | | | | | | | |
| | 3年未満 | | | | | | | | | |
| | 3年以上 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---------------|---------------|--|---|---|----------------|--|---|--|---|--|
| | 5年未満 | | | | | | | | | |
| | 5年以上 10年未満 | | 1 | 3 | 20 | | 1 | | 1 | |
| | 10年以上 | | | | | | | | | |
| 従業者の健康診断の実施状況 | | | | | ① あり 2 なし | | | | | |

○要介護者・要支援者に対する直接処遇職員体制

(特定施設入居者生活介護事業者(介護予防特定施設入居者生活介護を含む)の指定を受けた施設のみ記入。利用者数の「前年度の平均値」及び職員数の「常勤換算方法」等については、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年3月31日厚生省令第37号)等の規定によること)

| | 前々年度の平均値 | 前年度の平均値 | 今年度の平均値 ※18 | |
|----------------------------------|--------------------------|----------|-------------|-------|
| 要支援者の人数 | 6 | 6 | 6 | |
| 要介護者の人数 | 42 | 43 | 42 | |
| 指定基準上の直接処遇職員の人数 ※16 | 16.7 | 16.7 | 18.6 | |
| 配置している直接処遇職員の人数 ※17 | 20.3 | 22.6 | 21.4 | |
| 要支援者・要介護者の合計数人に対する配置直接処遇職員の人数の割合 | 2.36 : 1 | 2.11 : 1 | 2.29 : 1 | |
| 常勤換算方法の考え方 | 常勤職員の週勤務時間 時間で除して算出 | | | |
| 従業者の勤務体制の概要 | 介護職員 早番 | 7:00 | ～ | 16:00 |
| | 日勤 | 9:00 | ～ | 18:00 |
| | 遅番 | 10:00 | ～ | 19:00 |
| | 夜勤 | 16:30 | ～ | 9:30 |
| | 看護職員 早番 | 7:30 | ～ | 16:30 |
| | 日勤 | 9:00 | ～ | 18:00 |
| | 遅番 | 11:00 | ～ | 20:00 |
| | 夜勤 | | | なし |

※16 常勤換算後の人数。

※17 常勤換算後の人数。自立者対応の人数を除く。

※18 今年度の平均値は、作成日の前月までの平均値とすること。

○介護職員の保健福祉に係る資格取得状況

| | | | |
|---------|--------|--------------|--------|
| 社会福祉士 | 1人(1人) | 介護職員実務者研修修了者 | 1人(人) |
| 介護福祉士 | 4人(4人) | 介護職員初任者研修修了者 | 23人(人) |
| 介護支援専門員 | 2人(2人) | 資格なし | 2人(人) |

注1) 資格を複数持っている職員がいる場合は、社会福祉士、介護福祉士の順に優先して記入する。他の資格を持っている職員を()に外数で記入する。

注2) 介護職員基礎研修及び各ホームヘルパー研修修了者は、介護職員初任者研修に含めて記入する。

9 入居・退居等

| | |
|--|---|
| <p>入居者の条件（年齢、心身の状況（自立・要支援・要介護）等）</p> | <p>(1) 概ね60歳以上の方 (2) 要支援1・2、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</p> |
| <p>身元引受人等の条件及び義務等</p> | <p>入居契約書の規定に基づき、以下の条件及び義務を負います。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. お客様は、ニチイ学館の承認する身元引受人を、原則として1名定めるものとします。 2. 身元引受人は、ニチイ学館と共同してお客様のホーム生活の質の向上に努めるものとします。 3. 身元引受人は、お客様の能力や健康状態等について、正確な情報をニチイ学館に提供しなければなりません。 4. 身元引受人は、特段の事情のない限り、ニチイ学館の規則及びホームの従業者又は医師の指示に従うものとします。但し、お客様又は身元引受人が、介護及び医療に関するニチイ学館又は協力医師の指示等に従うことを拒否する旨を明示した書面をニチイ学館に提示し、この事項を原因として生じる一切についてお客様又は身元引受人が責任を負うことを明らかにしたときは、この限りではありません。 5. 身元引受人は、都道府県、市区町村又は国民健康保険団体連合会、その他行政機関が関係法令に基づき行うニチイ学館への指導、監査又は調査に可能な限り協力するものとします。 6. 身元引受人は、本契約に基づくお客様の一切の債務について連帯して保証するとともに、ニチイ学館が必要と認め要請したときは、ニチイ学館と協議し、身上監護に関する決定、お客様の身柄の引き受け又は残置財産の引き取り等に責任を負うものとします。 7. ホームは、お客様の生活及び健康状況並びにサービスの提供状況を定期的に身元引受人に連絡するものとします。 8. ニチイ学館は、本条において身元引受人が1名では履行しかねると判断した場合、複数の身元引受人を定めることを求めることができるものとします。 9. ニチイ学館は、身元引受人の変更が必要と判断した場合には、お客様に新たな身元引受人を定めることを求めることがあります。 10. お客様は、前項に規定する求めを受けた場合には、直ちに身元引受人を定めなければならないものとします。 |
| <p>生活保護受給者の受入れ対応</p> | <p><input checked="" type="checkbox"/> 可</p> |
| <p>施設又は入居者が入居契約を解除する場合の事由及び手続等 ※19</p> | <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> <ol style="list-style-type: none"> 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。 <ol style="list-style-type: none"> (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。
- (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
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。
- (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
 - (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
 - (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
 - (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
 - (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
 - (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
 - (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
 - (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
 - (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
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。
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

| | | | | |
|-------------------|---------|--|-----------------------------|----|
| 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 | 0人 | |
| | | 医療機関 | 2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 | (解約事由の例) | 0人 |
| | | 入居者側の申し出 | (解約事由の例) 特別養護老人ホームへの転居 等 | 2人 |
| 体験入居の期間及び費用負担等 | | 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 | | |

※19 入居契約の条項に沿って、解除の事由及び手続、予告期間、前払金の返還時期等を正確に記入。

10 情報開示

| | | | |
|---------------------|------------|--|-------|
| 入居希望者等への情報開示 ※20 | 重要事項説明書の公開 | <input checked="" type="checkbox"/> 公開 (閲覧・写し交付) | 2 非公開 |
| | 入居契約書の公開 | <input checked="" type="checkbox"/> 公開 (閲覧・写し交付) | 2 非公開 |
| | 管理規程の公開 | <input checked="" type="checkbox"/> 公開 (閲覧・写し交付) | 2 非公開 |
| | 財務諸表の公開 | <input checked="" type="checkbox"/> 公開 (閲覧・写し交付) | 2 非公開 |
| | 事業収支計画の公開 | <input checked="" type="checkbox"/> 公開 (閲覧・写し交付) | 2 非公開 |

※20 指針上、重要事項説明書、入居契約書及び管理規程は写し交付、その他は少なくとも閲覧であることに留意すること。

添付書類：別添1「介護サービス等の一覧表」

別添2「短期利用のサービス等の概要」(設定がある場合のみ)

別添3「川崎市有料老人ホーム設置運営指導指針 適合表」

契約の締結にあたり、利用料の詳細な支払い方法を含め、本有料老人ホーム重要事項説明書により説明を行いました。

西暦 年 月 日 説明者署名 _____

契約の締結に当たり、利用料の詳細な支払い方法を含め、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。

西暦 年 月 日 署名 _____