

重要事項説明書

記入年月日	
記入者名	
所属・職名	

1. 事業主体概要

種 類	法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名 称	(ふりがな) えいちしーえむ 株式会社 HCM	
主たる事務所の所在地	〒950-2002 新潟県新潟市西区平島1丁目14番地7	
連絡先	電話番号	025-234-5166
	FAX番号	025-234-5199
	ホームページアドレス	http://www.n-nhn.com/
代表者	氏 名	田村 一真
	職 名	代表取締役
設立年月日	平成17年11月11日	
主な実施事業	別添1 (事業主体が新潟県内で実施する他の介護サービス)	

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) ぶんきょうちょう 住宅型有料老人ホーム ナーシングホーム文京町	
所在地	〒951-8153 新潟県新潟市中央区文京町27番30号	
主な利用交通手段	最寄駅	JR関屋駅
	交通手段と所要時間	①JRご利用の場合 越後線・関屋駅下車 徒歩10分 ②バスご利用の場合 新潟交通 浜浦町線 バス停 浜浦町2丁目下車 徒歩3分
連絡先	電話番号	025-234-5311
	FAX番号	025-234-5312
	ホームページアドレス	http://www.n-nhn.com/
管理者	氏 名	本山 堅太郎
	職 名	館長 (管理者)
建物の竣工日	平成22年10月31日	
有料老人ホーム事業の開始日	平成22年11月1日	

(類型)【表示事項】

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）		
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）		
③ 住宅型		
4 健康型		
1又は2に該当する場合	介護保険事業者番号	
	指定した自治体名	
	事業所の指定日	平成 年 月 日
	指定の更新日（直近）	平成 年 月 日

3. 建物概要

土 地	敷地面積	2,282.10 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	
		抵当権の有無	1 あり 2 なし
		契約期間	① あり (平成20年7月1日～平成50年6月30日)
契約の自動更新	① あり 2 なし		
建 物	延床面積	全体	2,748.99 m ²
		うち,有料老人ホーム部分	2,109.77 m ²
	耐火構造	① 耐火建築物	
		2 準耐火建築物	
		3 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			
抵当権の有無		1 あり ② なし	
契約期間		① あり (平成22年10月1日～平成52年9月30日)	
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					
		2 相部屋あり					
			最 小			人部屋	
			最 大			人部屋	
		便 所	浴 室	面 積	戸数・室数	区分※	
	タイプ1	あり/なし	あり/なし	18.24 m ²	5 3		
	タイプ2	あり/なし	あり/なし	27.36 m ²	2		
	タイプ3	あり/なし	あり/なし	m ²			
	タイプ4	あり/なし	あり/なし	m ²			
	タイプ5	あり/なし	あり/なし	m ²			
	タイプ6	あり/なし	あり/なし	m ²			
タイプ7	あり/なし	あり/なし	m ²				
タイプ8	あり/なし	あり/なし	m ²				
タイプ9	あり/なし	あり/なし	m ²				
タイプ10	あり/なし	あり/なし	m ²				
共用施設	共用便所における 便房	2 箇所	うち, 男女別の対応が可能な便房		箇所		
			うち, 車椅子等の対応が可能な便房		2 箇所		
	共用浴室	4 箇所	個 室		3 箇所		
			大浴場		1 箇所		
	共用浴室における 介護浴槽	2 箇所	チェアー浴		箇所		
			リフト浴		箇所		
			ストレッチャー浴		2 箇所		
その他 ()			箇所				
食 堂	① あり 2 なし						
入居者や家族が利 用できる調理設備	1 あり ② なし						
エレベーター	1 あり (車椅子対応) 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	① あり 2 なし					
	自動火災報知設備	① あり 2 なし					
	火災通報設備	① あり 2 なし					
	スプリンクラー	① あり 2 なし					
	防火管理者	① あり 2 なし					
	防災計画	① あり 2 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	老人福祉法, 介護保険法, その他関係法令, 新潟県有料老人ホーム設置指針及び社団法人全国有料老人ホーム協会が定める倫理要綱を順守し, 入居者に快適・安心に利用していただく。
サービスの提供内容に関する特色	嗜好にあわせた食事の提供とご要望に応じ, 特別食をご用意する。
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
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

(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	個別機能訓練加算	1 あり 2 なし	
	夜間看護体制加算	1 あり 2 なし	
	看取り介護加算	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)イ	1 あり 2 なし
		(I)ロ	1 あり 2 なし
		(II)	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	
	2 なし		

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可	① 救急車の手配 ② 入退院の付添い ③ 通院介助 4 その他 ()		
協力医療機関	1	名 称	医療法人 ナーシングメディカルクリニック
		住 所	新潟市西区青山1-7-27
		診療科目	内科
		協力内容	急な疾病の診療・治療等の適切な処置・訪問診療
協力歯科医療機関		名 称	さかい歯科・矯正クリニック
		住 所	新潟市西区山田416-1
		協力内容	訪問歯科診療・治療・定期歯科検診

(入居後に居室を住み替える場合)

※住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		
手続きの内容		
追加的費用の有無	1 あり	2 なし
居室利用権の取扱い		
前払金償却の調整の有無	1 あり	2 なし
従前の居室との 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
	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	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	入居審査において重度の認知の方は入居できない場合がある	
契約の解除の内容	入居契約書第 33・34 条に準ずる	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第 33 条に準ずる
	解約予告期間	1 箇月
入居者からの解約予告期間	1 箇月	
体験入居の内容	① あり	(内容) 1 泊 10,000 円 (税別)、食事代込 7 日間を限度とします。介護保険は適用外。
	2 なし	
入居定員	57 人	
その他		

5. 職員体制

(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
生活相談員	1	1		1
直接処遇職員				
	介護職員			
	看護職員			
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
事務員	1	1		1
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				
※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延べ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			
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者			
介護支援専門員			

(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			
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			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (時～ 時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	人	人
介護職員	人	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)	: 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	
		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年以上 3年未満				
	3年以上 5年未満				
	5年以上 10年未満				
	10年以上				
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】	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	
	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 ② なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり 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	入居契約書第 21 条に準ずる
	手続き	入居契約書第 21 条に準ずる

(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			
	年 齢	歳	歳	
居室の状況	床面積	18.24 m ²	27.36 m ²	
	便 所	① あり 2 なし	① あり 2 なし	
	浴 室	1 あり ② なし	1 あり ② なし	
	台 所	1 あり ② なし	1 あり ② なし	
入居時点で必要な費用	前払金	円	円	
	敷 金	214,500 円	346,500 円	
月額費用の合計		214,800 円	402,100 円	
家 賃		71,500 円	115,500 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 ※3	58,550 円	117,000 円
		管理費	73,800 円	147,600 円
		介護費用	円	円
		光熱水費	11,000 円	22,000 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,本欄には記入しない。)

※3 1日3食を30日の場合。(1日1,950円・朝630円,昼630円,夜690円)

(利用料金の算定根拠)

費用	算定根拠
家賃	管理規定 16 条 (利用料等) 2 項に準ずる
敷金	家賃の 3 箇月分
介護費用	
管理費	管理規定 16 条 (利用料等) 3 項に準ずる
食費	管理規定 16 条 (利用料等) 4 項に準ずる
光熱水費	管理規定 16 条 (利用料等) 5 項に準ずる
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	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)
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

費用	算定根拠
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担額	
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)	
※ 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)		
償却の開始日		
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)		
初期償却率		
返還金の算定方法	入居後 3 箇月以内の契約終了	
	入居後 3 箇月を越えた契約終了	
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	人
	女性	人
年齢別	65歳未満	人
	65歳以上75歳未満	人
	75歳以上85歳未満	人
	85歳以上	人
要介護度別	自立	人
	事業対象者	人
	要支援1	人
	要支援2	人
	要介護1	人
	要介護2	人
	要介護3	人
	要介護4	人
要介護5	人	
入居期間別	6箇月未満	人
	6箇月以上1年未満	人
	1年以上5年未満	人
	5年以上10年未満	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	歳
入居者数の合計	人
入居率※	%
※ 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
	老人福祉施設等	人
	医療機関	人
	死亡者	人
	その他	人
生前解約の状況	施設側の申出	(解約事由の例)
	入居者側の申出	(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)

窓口の名称		苦情受付窓口
電話番号		025-234-5311
対応している時間	平日	午前10時～午後5時
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		
窓口の名称		新潟市役所 高齢者支援課
電話番号		025-226-1295
対応している時間	平日	午前8時30分～午後5時30分
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		

(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	① あり (その内容) 医療法人用介護事業者賠償責任保険加入。 サービス提供にあたり、万が一事故が発生し入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合には、不可抗力による場合を除いて、速やかに入居者に損害を賠償する。 〔対人・対物・人格侵害事故〕 ・1事故…保険期間中1億円(保険全体の支払限度額) ・預かり品の破損・盗難・紛失…保険期間中100万円(現金・貴重品については10万円を限度) ・人格権侵害事故…1被害者につき100万円 ・物理的損害が生じた他人の財物の修理・交換・その他必要な措置に要する費用…1事故100万円 ※ただし、入居者に重大な過失がある場合は賠償を減ずるものとする。
	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) 損害賠償責任保険での対応
	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	
		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 入居希望者に開示 2 入居希望者に交付 3 開示していない
管理規定	① 入居希望者に開示 2 入居希望者に交付 3 開示していない
事業収支計画書	① 入居希望者に開示 2 入居希望者に交付 3 開示していない
財務諸表の要旨	① 入居希望者に開示 2 入居希望者に交付 3 開示していない
財務諸表の原本	① 入居希望者に開示 2 入居希望者に交付 3 開示していない

10. その他

運営懇談会	① あり	(開催頻度) 年 2 回
	2 なし	
	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: ナーシングホーム青山館, II号館, 松美台, サンヒルズ青山) 2 なし	
有料法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	

備考

<p>(注) NHK 受信料については、入居者が個々で契約して負担してください。</p>
--

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（個別選択による介護サービス一覧表）

※ _____ 様

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名 _____

※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

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・随時対応型訪問介護看護	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		
地域密着型介護療養品福祉施設入所者生活介護	あり	なし		
看護小規模多機能型居宅介護	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		

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									
	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)						備考	
		包含※2	都度※2	料金※3					
介護サービス									
食事介助	あり	なし	あり	なし					
排泄介助・おむつ交換	あり	なし	あり	なし					
おむつ代			あり	なし					実費
入浴（一般浴）介助・清拭	あり	なし	あり	なし					
特浴介助	あり	なし	あり	なし					
身辺介助（移動・着替え等）	あり	なし	あり	なし					
機能訓練	あり	なし	あり	なし					
通院介助	あり	なし	あり	なし					
生活サービス									
居室清掃	あり	なし	あり	なし					
リネン交換	あり	なし	あり	なし					
日常の洗濯	あり	なし	あり	なし					
居室配膳・下膳	あり	なし	あり	なし					病気等の理由で食堂での食事が困難な場合サービスを行う
入居者の嗜好に応じた特別な食事			あり	なし					実費
おやつ			あり	なし					
理美容師による理美容サービス			あり	なし					実費
買い物代行	あり	なし	あり	なし					
役所手続き代行	あり	なし	あり	なし					
金銭・貯金管理			あり	なし					一定の条件のもと、一部サービス提供を行う
健康管理サービス									
定期健康診断			あり	なし					実費
健康相談	あり	なし	あり	なし					
生活指導・栄養指導	あり	なし	あり	なし					
服薬支援	あり	なし	あり	なし					実費
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	あり	なし	あり	なし					
入退院時・入院中のサービス									
移送サービス	あり	なし	あり	なし					関原駅まで往復送迎同行無料（左記以外10kmの範囲：2,000円（税別/自働））
入退院時の同行	あり	なし	あり	なし					10kmの範囲：2,000円（税別）/時間
入退院中の洗濯物交換・買い物	あり	なし	あり	なし					
入院中の見舞い訪問	あり	なし	あり	なし					

※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の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。