

有料老人ホーム 重要事項説明書

ナーシング夢叶

有料老人ホーム重要事項説明書

記入年月日	
記入者名	
所属・職名	

1. 事業主体概要

種類	個人(法人)	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃ けあせらびー 株式会社ケアセラピー	
主たる事業所の所在地	〒751-0816 山口県下関市棕野町3-18-18	
連絡先	電話番号	0832330133
	FAX 番号	0832330134
	ホームページ	http://care-therapy.com/
代表者	氏名	佐々木雄一
	職名	代表取締役
設立年月日	2008年5月23日	
主な実施事業	※別添1 (別を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) なーしんぐゆめか ナーシング夢叶	
所在地	〒752-0928 山口県下関市長府才川2-15-5	
主な利用交通手段	最寄り駅	山陽線 長府駅
	交通手段と所要時間	長府駅より徒歩5分
連絡先	電話番号	083-249-5306
	FAX 番号	083-249-5307
	ホームページアドレス	
管理者	氏名	佐々木雄一
	職名	代表取締役

建物の竣工日	2007年1月9日
有料老人ホーム事業の開始日	2024年5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） <input checked="" type="radio"/> 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	
	指定の更新日(直近)	

3. 建物概要

土地	敷地面積	529 ㎡	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		<input checked="" type="radio"/> 2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
契約期間		<input checked="" type="radio"/> 1 あり (6年2月1日～23年1月31日) 2 なし	
建物	延床面積	全体	1078 ㎡
		うち、老人ホーム部分	1078 ㎡
	耐火構造	<input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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		
	<input checked="" type="radio"/> 2 事業者が賃借する建物		
	抵当権の有無	<input checked="" type="radio"/> 1 あり 2 なし	

		契約期間	① あり (6年2月1日～23年1月31日) 2 なし
		契約の自動更新	1 あり ② なし

居室状況	居室区分 【表示事項】	① 全室個室				
		2 相部屋あり				
		最小	1人部屋			
		最大	1人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
	タイプ1	有 / ③ 無	有 / ③ 無	14.18 m ²	6	介護居室 個室
	タイプ2	有 / ③ 無	有 / ③ 無	14.57 m ²	2 4	介護居室 個室
	タイプ3	有 / 無	有 / 無	m ²		
	タイプ4	有 / 無	有 / 無	m ²		
	タイプ5	有 / 無	有 / 無	m ²		
	タイプ6	有 / 無	有 / 無	m ²		
	タイプ7	有 / 無	有 / 無	m ²		
	タイプ8	有 / 無	有 / 無	m ²		
タイプ9	有 / 無	有 / 無	m ²			
タイプ10	有 / 無	有 / 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	8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	8ヶ所
	共用浴室	1ヶ所	個室	1ヶ所
			大浴場	0ヶ所
	共用浴室における介護浴室	1ヶ所	チェアー浴	1ヶ所
			リフト浴	1ヶ所

			ストレッチャー浴	1ヶ所
			その他 ()	ヶ所
	食堂	(1)あり	2 なし	
	入居者や家族が利用できる調理施設	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	
	火災報知設備	(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

運営に関する方針	人生観を尊重したきめ細かなケアとライフデザイン。生前・死後まで、物心両面で不安のない暮らしを支えます。		
サービスの提供内容に関する特色	介護職員が24時間施設に常駐し、切れ目のないサービスを提供します。		
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、掃除等の家事の提供	(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
安否確認また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

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護の提供を行っていない場合省略可能

特定施設入居者生活 介護の加算対象とな るサービス体制の有 無	入居継続支援加算	1	あり	2	なし	
	生活機能向上連携加算	1	あり	2	なし	
	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	
	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	
	栄養スクリーニング加算	1	あり	2	なし	
	通院・退所時連携加算	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	
(III)		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				

(医療提携の内容)

医療支援 ※複数選択可	<input checked="" type="radio"/> 1 救急車の手配 <input checked="" type="radio"/> 2 入退院の付き添い <input checked="" type="radio"/> 3 通院介助 <input type="radio"/> 4 その他 ()		
協力医療機関	1	名称	佐藤医院
		住所	下関市小月駅前一丁目 6-25
		診療科目	内科
		協力内容	定期的な訪問診療の実施。 入院の受け入れ。 緊急時の相談対応。
	2	名称	

		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称		
	住所		
	協力内容	定期的な訪問歯科診療の実施。	

(入居後に居住を住み替える場合) ※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		
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	1 あり 2 なし	
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 (変更内容) 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		
契約の解除の内容	入居契約書第 22 条に定める	
事業主体から解約を求 める場合	解約条項	入居契約書第 23 条に定める
	解約予告期間	90 日
入居者からの解除予告 期間	30 日	
体験入居の内容	1 あり (内容 :) ② なし	
入居定員	30 人	
その他		

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不要）

	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		
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員	2	2		
看護職員	11	11		
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		
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
看護師	10	1	
准看護師	1	1	
社会福祉士			
介護福祉士	1	1	
実務者研修の修了者	1	1	
初任者研修の修了者	1	1	
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			
柔道整復師			
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)

夜間帯の設定時間 (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	10人	1人
介護職員	1人	1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	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
-------------------------------	-----------------------	--

(一般型特定施設以外の 場合、本欄は省略可能)		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)	
※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	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事務所の名称	
	通所介護事務所の名称	

(職員の状況)

管理者	ほかの職務との兼務		1 <input checked="" type="radio"/>	2 なし		
	業務に係る資 格等	1 <input checked="" type="radio"/>	資格等の名 称	実務者研修		
		2 なし				
区分	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						
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数						
1以上3年未満の者の人 数						
3以上5年未満の者の人 数						
5以上10年未満の者の人 数						
10年以上の者の人数						
	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以上3年未満の者の人数				
3以上5年未満の者の人数				
5以上10年未満の者の人数				
10年以上の者の人数				
従業者健康診断の実施状況	1 あり	2 なし		

6. 利用料金

居住の権利形態 【表示事項】	<input checked="" type="radio"/> 1 利用権方式 <input type="radio"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="radio"/> 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="radio"/> 3 月払い方式		
	4 選択方式	1 全額前払い方式	
	※該当する方式を全て選択	2 一部前払い・一部月払い方式	
		<input checked="" type="radio"/> 3 月払い方式	
年齢に応じた金額設定	1 あり	<input checked="" type="radio"/> 2 なし	
要介護度に応じた金額設定	1 あり	<input checked="" type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 1 減額なし <input checked="" type="radio"/> 2 日割り計算で減額 <input type="radio"/> 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	目的施設が所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案し、運営懇談会の意見を聴いた上で改定する。	
	手続き	入居者及び身元引受人等へ事前に通知する。	

(利用料金のプラン (代表的なプラン))

		プラン 1	プラン 2	
入居者の状況	要介護度	要介護 3	要介護 5	
	年齢	80 歳	85 歳	
居室の状況	床面積	14.18 m ²	14.18 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	0 円	0 円	
	敷金	0 円	0 円	
月額費用の合計		98,200 円	98,200 円	
家賃		30,000 円	30,000 円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護の費用※ 1	円	円	
	介護保険外※ 2	食費	43,200 円	43,200 円
		共益費	25,000 円	25,000 円
		介護費用	0 円	0 円
		光熱水費	共益費に含む	共益費に含む
その他	重要事項説明書別添 2 のとおり	重要事項説明書別添 2 のとおり		
※ 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	建物の賃借料、設備備品費、借入利息、等を基礎として、1 室あたりの家賃を算出した。
敷金	なし
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	厨房維持費、及び 1 日 3 食を提供するための費用。
光熱水費等	共益費に含む。
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	重要事項説明書別添 2 の通り

(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	
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	
想定居住年数（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ヶ月以内の契約終了
	入居後3ヶ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（記入日現在）（入居者の人数）

性別	男性	2人
	女性	2人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	0人
	75歳以上 85歳未満	0人
	85歳以上	4人

要介護度別	要介護 1	1 人
	要介護 2	
	要介護 3	1 人
	要介護 4	2 人
	要介護 5	1 人
入居期間別	6 ヶ月未満	5 人
	6 ヶ月以上 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	87 歳
入居者数の合計	5 人
入居率※	16.6%
※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
	死亡者	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する窓口等の状況) ※複数ある場合は欄を増やして記入。

窓口の名称	株式会社ケアセラピー
-------	------------

電話番号	083-249-5306	
対応している時間	平日	9:00-17:00
	土曜日	-
	日曜・祝日	-
定休日	土日祝祭日	
下関市福祉部長寿支援課	住所 下関市南部町 1-1 TEL 083-231-1168 FAX 083-231-1948 受付日時 午前 8 : 30 ~ 午後 5 : 15 (土・日・祝日・年末年始を除く)	

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生した時の対応)

損害賠償責任保険の加入状況	① あり	(その内容) 全国有料老人ホーム協会の「有料老人ホーム賠償責任保険制度」
	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時の対応	① あり	(その内容) 事故対応マニュアルに基づく
	2 なし	
事故対応及び予防のための指針	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 ① 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 ① 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 入居希望者に配布 3 公開していない
管理規程	① 入居希望者に公開 2 入居希望者に配布 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 入居希望者に配布 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 入居希望者に配布 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 入居希望者に配布 ③ 公開していない

10. その他

運営懇談会	① あり	(開催頻度) 年1回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
	2 代替措置なし	
提携ホームへ移行 【表示事項】	1 あり (提携ホーム：) 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第5章「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	
第6章「既存建物等の活用特例」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	6立地条件 ア（ウ）及びイ（イ） 夜勤スタッフ休憩時は不在の場合あり

添付書類

別添1：事業主体が市内で実施するほかの介護サービス一覧表

別添2：入居者の個別選択によるサービス一覧表

以上の内容について、老人福祉法第 29 条第 7 項の規定に基づく書面による説明を受けました。

6年 月 日

《説明した者》

所属 株式会社 ケアセラピー

職名 代表取締役

氏名 佐々木雄一

《説明を受けた者》

住所

氏名

入居する者（ ）との続柄：

※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。

別添1 事業主体が市内で実施する他の介護サービス

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	ヘルパーステーション 夢叶	下関市山の田 中央町1-18
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし	訪問看護ステーション ゆめか	下関市棕野町3 丁目30-9-202 イルソーレ2
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	デイサービス 健歩	下関市棕野町3 -21-11
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		
地域密着型介護老人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>				
介護予防訪問入浴介護	あり	なし		
介護予防訪問看護	あり	なし	訪問看護ステーション ゆめか	下関市棕野町3 丁目30-9-202 イルソーレ2
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		
介護医療院	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							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）				備考	
	なし	あり	なし	あり	包含※2	都度※2		料金※3
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		○	110円 1枚	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	○			
特浴介助	なし	あり	なし	あり	○			
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				
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○			
リネン交換	なし	あり	なし	あり		○	3,300円 月額	
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	3,300円 月額	
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				
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	
買い物代行	なし	あり	なし	あり				
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり				

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	○			
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり				
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり				

※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。