

## 重要事項説明書

記入年月日

令和2年7月1日

## 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 かわしまこーぽれーしょん 株式会社 川島コーポレーション	
主たる事務所の所在地	〒292-1161 千葉県君津市東猪原 248 番地 2	
連絡先	電話番号	0439-37-3600
	FAX番号	0439-37-3603
	ホームページアドレス	http:// www.sunnylife-group.co.jp
	メールアドレス	kansa@sunnylife-group.co.jp
代表者	氏名	川島 輝雄
	職名	代表取締役
設立年月日	平成2年9月17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) ゆうりょうろうじんほーむ さにーらいふぐんま 有料老人ホーム サニーライフ群馬	
所在地	〒373-0827 群馬県太田市高林南町808-6	
主な利用交通手段	最寄駅	東武鉄道伊勢崎線「太田駅」
	交通手段と所要時間	①バス利用の場合 ・「太田駅」南口より朝日バス熊谷駅行「高林」バス停下車(乗車時間約15分)徒歩約10分(約700m) ②自動車利用の場合 ・北関東自動車道「太田桐生インター」から約9.5km ・東北自動車道「館林インター」から約20.0km
連絡先	電話番号	0276-55-3600
	FAX番号	0276-55-3601
	ホームページアドレス	<a href="http://www.sunnylife-group.co.jp">http:// www.sunnylife-group.co.jp</a>
	メールアドレス	gunma@sunnylife-group.co.jp
管理者	氏名	西巻 邦夫
	職名	支配人
建物の竣工日		平成24年6月29日
有料老人ホーム事業の開始日		平成24年7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="checkbox"/> 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	県(市)
	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

**(特記事項)**

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 type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 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 不要*
※ 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	

**(併設介護保険事業所等の概要) ※併設する介護保険事業所等がない場合は省略可能**

併設介護 保険事業 所等	1	施設の名称	サニーライフ群馬居宅介護支援事業所
		サービスの類型	指定居宅介護支援
		事業所番号	1070502370
		事業所の場所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 同一の建物 2 同一の敷地 3 隣接する土地
	2	施設の名称	群馬やわらぎ
		サービスの類型	指定訪問介護
		事業所番号	1070502396
		事業所の場所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 同一の建物 2 同一の敷地 3 隣接する土地
	3	施設の名称	
		サービスの類型	
		事業所番号	
		事業所の場所	1 同一の建物 2 同一の敷地 3 隣接する土地
	4	施設の名称	
		サービスの類型	
		事業所番号	
		事業所の場所	1 同一の建物 2 同一の敷地 3 隣接する土地
	5	施設の名称	
		サービスの類型	
		事業所番号	
		事業所の場所	1 同一の建物 2 同一の敷地 3 隣接する土地

### 3. 建物概要

土地	敷地面積	2,551.05㎡				
	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				
		借地権の種類	1 普通借地権	2 定期借地権		
		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	2,545.45㎡			
		うち有料老人ホーム部分	2,526.70㎡			
	耐火構造	<input type="checkbox"/> 耐火建築物（建築基準法第2条第9号の2） <input type="checkbox"/> 準耐火建築物（建築基準法第2条第9号の3） <input type="checkbox"/> その他（ ）				
	構造	<input type="checkbox"/> 鉄筋コンクリート造 <input checked="" type="checkbox"/> 鉄骨造 <input type="checkbox"/> 木造 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
	建物階数	3階建て（うち有料老人ホーム部分 1階～3階）				
	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				
		抵当権の設定	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし			
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> あり (平成24年7月1日～令和17年6月30日) <input type="checkbox"/> なし			
		契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし			
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 全室個室				
		2 相部屋あり				
		最少	人部屋			
	最大	人部屋				
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分*
	タイプ1	有/無	有/無	13.50㎡～ 14.00㎡	82	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	㎡		
タイプ3	有/無	有/無	㎡			
タイプ4	有/無	有/無	㎡			

	タイプ5	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
	タイプ6	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
	タイプ7	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
	タイプ8	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
	タイプ9	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
	タイプ10	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「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	17ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		17ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房		17ヶ所		
	共用浴室	1ヶ所	個室		ヶ所		
			大浴場		1ヶ所		
	共用浴室における介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴		ヶ所		
			リフト浴		ヶ所		
			ストレッチャー浴		1ヶ所		
			その他 ( )		ヶ所		
	食堂	<input 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 type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
エレベーター	<input type="checkbox"/> 1	あり (車椅子対応)					
	<input 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 type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	自動火災報知設備	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	火災通報設備	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	スプリンクラー	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	防火管理者	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	防災計画	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
その他							

4. サービスの内容  
(全体の方針)

<p>運営に関する方針</p>	<p>①高齢化社会における有料老人ホームの社会的役割、公共性を認識し、老人福祉法、介護保険法等の諸法令を遵守するとともに、「終の棲家」として安定かつ継続的な経営基盤の構築をいたします。</p> <p>②入居者およびその家族の意思を尊重し、安心して老後を託せるよう日常生活の全般にわたり適切なサービスの提供につとめます。</p> <p>さらに、入居者とその家族の肉体的、精神的な負担をサポートするとともに、経済的な負担にも考慮し、行き届いたサービスを低料金で提供いたします。</p> <p>③職員の資質向上を図り、提供するサービスの質の向上に取り組んでまいります。また、地域の学校、幼稚園、ボランティア等、地域住民とも積極的に交流をもち、太田市地域住民との一体化した、より良い施設づくりを目指し、入居者は太田市民優先に努めます。</p>
<p>サービスの提供内容に関する特色</p>	<p>&lt;健康管理サービス&gt; 看護師による健康疾患管理を行い、入居者が罹病、負傷等により治療を必要とするに至った場合には、医療機関との連絡、紹介、受診手続等の協力を行います。</p> <p>&lt;食事サービス&gt; 栄養士、調理師により、1日3食の食事を毎日提供します。</p> <p>&lt;レクリエーション&gt; 文化・余暇利用活動・運動・娯楽のレクリエーションに関する生活支援を行います。</p>
<p>入浴、排せつ又は食事の介護</p>	<p>1 自ら実施 2 委託 3 なし</p>
<p>食事の提供</p>	<p>1 自ら実施 2 委託 3 なし</p>
<p>洗濯、掃除等の家事の供与</p>	<p>1 自ら実施 2 委託 3 なし</p>
<p>健康管理の供与</p>	<p>1 自ら実施 2 委託 3 なし</p>
<p>安否確認又は状況把握サービス</p>	<p>1 自ら実施 2 委託 3 なし</p>
<p>生活相談サービス</p>	<p>1 自ら実施 2 委託 3 なし</p>

(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 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
	退院・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) (II) なし
	サービス提供体制強化加算	(I)イ (I)ロ (II) (III) なし
	介護職員処遇改善加算	(I) (II) (III) (IV) (V) 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	<input type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 <input type="checkbox"/> 4 その他（入院時のお見舞い等）	
協力医療機関	1	名称	医療法人あい友会 あい太田クリニック
		住所	群馬県太田市浜町59-3
		診療科目	内科、外科
		協力内容	訪問診療(月2回以上医師の来館)、入居者の受診・治療、入院の協力、他病院への紹介、入居者の病状急変時の対応等
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称	医療法人芳志会 長谷川歯科医院	
	住所	群馬県太田市由良町294-1	
	協力内容	入居者の歯科治療・口腔ケア等(週1回程度の訪問歯科診療)	

**(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	1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 <input checked="" type="checkbox"/> 3 その他(他の一般居室へ移る場合)	
判断基準の内容	①入居者の健康管理上、居室の移動が必要と認められた時は、医師の所見を求め、これをもとに一定の観察期間を設け、且つ入居者及び入居者の身元引受人の同意を得て、居室の移動を行う場合があります。 ②施設管理運営上又は入居者に介護サービスを提供する上で支障が無いと施設が認める時は、入居者の求めに従い居室の移動を行うことができます。この際、入居者は、居室の移動に伴い原状回復の義務を負うものとしします。	
手続の内容	居室変更に関する同意書を締結する。	
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	居室利用権は住み替え後の居室に変更となります。	
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 仕様の変更	面積の増減	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	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 (変更内容) <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
入居対象となる者の年齢	概ね60歳以上	
留意事項	健康な方及び日常生活で介護の必要な方。 但し、一部感染症の方を除く。	
契約の解除の内容	◎施設からの契約解除 次のいずれかに該当し、本契約を維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合は、90日間の予告期間を設けて契約を解除することができる。 ①入居申込書、契約書に虚偽の事項を記載する等、不正手段により入居し、施設の求めにもかかわらず訂正しないとき。 ②下記手順による、管理費その他の費用の支払いの遅滞を解消しないとき。この場合は、通知の翌日を起算日とした90日間の	



	<p>予告期間は設けないものとする。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・1回遅滞時は入居者より事業者に対し遅延理由を説明し、速やかに振込により支払を行うこと。</li> <li>・2回遅滞時には別途定める事業者指定の支払計画書を提出すること。</li> <li>・3回遅滞時又は事業者が認めた支払計画書での支払いが再度遅延した場合を含め、所定の手続きが行われないとき。</li> </ul> <p>③故意に居室、その他施設建物、付帯設備、構築物、什器備品及び植栽等を汚損、破損あるいは滅失したとき。</p> <p>④施設に対してみだりに張り紙、広告掲示を行い、あるいは施設を利用して商行為を行ったとき。</p> <p>⑤他の入居者に迷惑な騒音の発生、危険物又は悪臭を発する機材、物品の持ち込み、あるいは保管を行い、施設の求めにもかかわらず騒音を停止せず、又は当該物品、機材等を撤去しないとき。</p> <p>⑥共用部分を不法に占拠若しくは占有し、あるいは物品を頻繁に放置して、施設の求めに反して撤去しないとき。</p> <p>⑦施設の再三の警告にもかかわらず、頻繁に居室及び共用施設又は敷地に関して善意の管理者の注意義務をもって、有料老人ホーム本来の利用に供しないとき、あるいは動物の飼育を行ったとき。</p> <p>⑧身元引受人、家族、第三者らを居室に同居させたとき。</p> <p>⑨居室の全部又は一部を第三者に利用させたとき、あるいは居室を他の入居者と交換したとき。</p> <p>⑩原状回復の義務に反したとき。</p> <p>⑪行動が他の入居者の生活又は健康に重大な影響を及ぼし、通常の介護ではこれを防ぐことができないとき。（認知症の場合あるいは特定の疾病等に基づくものであると診断され、医療機関において通院、入院による治療を受けている場合は除く。）</p> <p>⑫反社会的勢力に該当するとき。</p> <p>◎入居者からの契約解除  入居者は解除通知後30日の予告期間を設けて、本契約を解除することができる。</p>	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第 29 条
	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	<input checked="" type="checkbox"/> あり（内容：最長1週間） <input type="checkbox"/> なし	
体験入居の費用	1日当たり（食費込）13,200円（消費税込、介護保険適用外）	
入居定員	82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（併設介護保険事業所等など同一法人が運営する他の事業所の職員については記載しないでください。）。

### （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		
生活相談員	1	1		
直接処遇職員	28	4	24	
介護職員	24		24	
看護職員	4	4		
機能訓練指導員	1			
計画作成担当者				
栄養士				
調理員	7	4	3	
事務員	1	1		
その他職員	4	3	1	
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	
社会福祉士			
介護福祉士	14		14
実務者研修の修了者	2		2
初任者研修の修了者	8		8
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	1	1	
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 (19時30分～7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	4人	2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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし							
	業務に係る資格等		1 あり							
			資格等の名称							
		<input checked="" type="checkbox"/> 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	1		10	1					
前年度1年間の退職者数		2		7						
志じた業務に従事した経験年数に 応じた職員の数	1年未満				1					
	1年以上			1						
	3年未満									
	3年以上				1					
	5年未満									
	5年以上	2			10					
	10年未満									
10年以上	2			12			1			
従業者の健康診断の実施状況			<input checked="" type="checkbox"/> 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】	<input type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 3 月払い方式		
年齢に応じた金額設定	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし		
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input 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	<input type="checkbox"/> 1 減額なし <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 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	群馬県に係る消費者物価指数及び人件費、物価の変動等。	
	手続	運営懇談会にて入居者及び入居者の身元引受人に説明し、意見等を聴いた上で決定します。	

### (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1	要介護5	
	年齢	80歳	85歳	
居室の状況	床面積	13.50㎡	13.50㎡	
	便所	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	浴室	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	台所	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
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		190,145円	163,955円	
家賃		92,000円	92,000円	
特定施設入居者生活介護 <sup>*1</sup> の費用		0円	0円	
サービス費用	介護保険外 <sup>*2</sup>	食費	43,465円	43,465円
		管理費	54,680円	28,490円
		介護費用	0円	0円
		光熱水費	0円	0円
		その他	0円	0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	92,000円 有料老人ホームの整備に要した費用・修繕費・管理事務費・賃借料等。(非課税)
敷金	無し
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	28,490円～65,160円 共用施設の維持に関する管理費、事務費、管理部門に係る人件費等。
食費	43,465円 1日3食定食方式。おやつ代含む。欠食の場合は、2日前の申出により終日欠食した場合に限り、翌月日割返還。ただし、基本料金20,005円(返還対象外)を除く。
光熱水費	無し(管理費に含む)
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	
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)		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	32人
	女性	46人
年齢別	60歳未満	1人
	60歳以上 65歳未満	3人
	65歳以上 75歳未満	11人
	75歳以上 85歳未満	22人
	85歳以上 90歳未満	12人
	90歳以上 95歳未満	19人
	95歳以上 100歳未満	9人
	100歳以上	1人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	0人
	要支援2	0人
	要介護1	4人
	要介護2	16人
	要介護3	21人
	要介護4	25人
	要介護5	12人
入居期間別	6ヶ月未満	6人
	6ヶ月以上 1年未満	8人
	1年以上 5年未満	56人
	5年以上 10年未満	8人
	10年以上 15年未満	0人
	15年以上	0人
入居時の住所 地	市内	34人
	県内の他の市町村	13人
	県外	31人

### (入居者の属性)

平均年齢	84.2歳
入居者数の合計	78人
入居率 <sup>※</sup>	95.1%
<sup>※</sup> 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	0人
	社会福祉施設	5人
	医療機関	0人
	死亡者	16人
	その他	0人
生前解約の状況	施設側の申出	0人
		(解約事由の例)
	入居者側の申出	5人
		(解約事由の例) 特別養護老人ホーム等への入居決定

**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		① 施設 有料老人ホーム サニーライフ群馬 生活相談員 ② 本部 サニーライフ東京事務所 お客様相談室
電話番号		① 0276-55-3600 ② 0120-17-0036
対応している時間	平日	① 8:30~17:30 ② 9:00~17:00
	土曜	① 8:30~17:30 ② 休日
	日曜・祝日	① 8:30~17:30 ② 休日
定休日		①は定休日なし ②は土日祝日、年末年始は休日

(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		群馬県庁介護高齢課 (公的機関)
電話番号		027-226-2560
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	休日
	日曜・祝日	休日
定休日		土曜、日曜、祝日、年始年末 (12/29~1/3)

**(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) 三井住友海上火災保険(株) 福祉事業者総合賠償責任保険
	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) 介護サービス等の提供にあたり、事故が発生し入居者の生命・身体・財産の損害が発生した場合には、地震・火災・風水害・盗難並びに不慮の事故又は入居者の故意による案件等を除いて、速やかに損害保険等の手配を行い誠実に対応します。但し、入居者に重大な過失がある場合には、賠償額を減ずることがあります。
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	意見箱を常時設置
		結果の開示	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開	<input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付	3 公開していない
管理規程	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開	<input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付	3 公開していない
重要事項説明書	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	
	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	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		
(公社) 全国有料老人ホーム 協会への加入	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	

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（個別選択による生活サービス一覧表）

※ \_\_\_\_\_ 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。

別添1 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核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
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>				
訪問介護	あり	なし	群馬やわらぎ	太田市高林南町 808-6
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		
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>				
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		
地域密着型通所介護	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	サニーライフ群馬 居宅介護 支援事業所	太田市高林南町808-6
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>				
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		
<b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b>				
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		
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>				
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

## 生活サービス等の一覧表（サニーライフ群馬）

項目	自立		要支援 1~2、要介護 1~5	
	サービスを行う場所は一般居室		サービスを行う場所は一般居室	
	月額利用料に含むサービス	その都度徴収するサービス	月額利用料に含むサービス	その都度徴収するサービス
○巡回 昼間 9 時～17 時 夜間 17 時～9 時	適宜対応	—	適宜対応	—
介護サービス ○食事介助 ○排泄介助 ○オムツ交換 ○入浴介助 ○身辺介助 ○整容介助 ○通院介助	<p>・食事介助・排泄介助・オムツ交換・入浴介助・身辺介助・整容介助・通院介助などの日常生活の介護サービスについては、外部の指定居宅介護支援事業者・指定介護予防支援事業者と入居者の直接契約によるケアプランに基づき、指定（介護予防）訪問介護事業所からの介護サービスを受けるものとする。</p> <p>・それ以外の時間については、施設においてサービスを提供するものとする。</p>			
○緊急通報装置等緊急連絡・緊急通報への対応	24 時間対応	—	24 時間対応	—
生活サービス ○家事 清掃 洗濯 シーツ交換 クリーニング 寝具セット、タオルセットのレンタル オムツ代	週 1 回又は必要に応じ対応	左記以外 1 回 30 分以内 520 円	週 1 回又は必要に応じ対応	左記以外 1 回 30 分以内 520 円
	週 1 回又は必要に応じ対応	左記以外 1 回 30 分以内 520 円	週 1 回又は必要に応じ対応	左記以外 1 回 30 分以内 520 円
	週 1 回又は必要に応じ対応	—	週 1 回又は必要に応じ対応	—
	取次ぎ	実費	取次ぎ	実費
	(選択制)	月額 5,500 円(選択されない場合はご自分でご用意)	(選択制)	月額 5,500 円(選択されない場合はご自分でご用意)
		実費		実費
○居室配膳・下膳	健康状態により実施	左記以外 1 回 520 円	健康状態により実施	—

項目	自立		要支援 1～2、要介護 1～5	
	サービスを行う場所は一般居室		サービスを行う場所は一般居室	
	月額利用料に含むサービス	その都度徴収するサービス	月額利用料に含むサービス	その都度徴収するサービス
○理容・美容		要望時実費		要望時実費
○入浴	週 1 回	左記を超える場合、要望により週 1 回のみ 1,100 円	週 1 回	左記を超える場合、要望により週 1 回のみ 1,100 円
○代行 買い物	週 1 回指定日	左記以外 30 分 520 円	週 1 回指定日	左記以外 30 分 520 円
役所手続き	週 1 回指定日	左記以外 30 分 520 円	週 1 回指定日	左記以外 30 分 520 円
郵便物・宅配 便の取り次ぎ	随時	—	随時	—
<b>健康管理サービス</b>				
○健康診断	年 2 回、機会を提供	実費	年 2 回、機会を提供	実費
○健康相談	随時	—	随時	—
○生活指導	随時	—	随時	—
○医療介助 医薬品投与 と管理	随時	—	随時	—
体温・血圧・ 脈拍の測定	1 日 1 回、又は必要に応じて対応	—	1 日 1 回、又は必要に応じて対応	—
医師の往診	必要に応じて対応	医療保険制度で支給される以外の費用	必要に応じて対応	医療保険制度で支給される以外の費用
○機能訓練	必要に応じて対応	—	必要に応じて対応	—

項目	自立		要支援 1~2、要介護 1~5	
	サービスを行う場所は一般居室		サービスを行う場所は一般居室	
	月額利用料に含むサービス	その都度徴収するサービス	月額利用料に含むサービス	その都度徴収するサービス
通院・入院中・入退院時のサービス ○通院時の送迎	協力医療機関へは月 2 回まで適時対応	月 3 回以上又は協力医療機関以外は 30 分 550 円及び実費	協力医療機関へは月 2 回まで適時対応	月 3 回以上又は協力医療機関以外は 30 分 550 円及び実費
○入院中の見舞い訪問  ○医療費	協力医療機関へは週 1 回、又は適時対応	週 2 回以上又は協力医療機関以外は 30 分 550 円及び実費  医療保険制度で支給される以外の費用	協力医療機関へは週 1 回、又は適時対応	週 2 回以上又は協力医療機関以外は 30 分 550 円及び実費  医療保険制度で支給される以外の費用
その他サービス ○レクリエーション ○生活預かり金事務手数料	随時	材料費実費負担  月額 550 円	随時	材料費実費負担  月額 550 円



別添2 有料老人ホーム・サービスマン・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（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無		個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担）		料金※3	備考
	特定施設入居者生活介護（利用者が一部負担※1）	特定施設入居者生活介護（利用者が全額負担）	包含※2	都度※2		
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
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	1,100	週1回は月額費用に含む。超える場合、要望により週1回のみ1,100円
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	550/30分	協力医療機関へは月2回まで月額費用に含む。月3回以上又は協力医療機関以外は30分550円及び実費
生活サービス						
居室清掃	なし	あり	なし	あり	520/30分	週1回又は必要な場合は月額利用料に含む。その他は1回30分以内520円
リネン交換	なし	あり	なし	あり		週1回又は必要に応じて対応
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	520/30分	週1回又は必要な場合は月額利用料に含む。その他は1回30分以内520円
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	520/1回	健康状態により実施する場合は月額利用料に含む。その他は1回520円
入居者の嗜好に応じた特別な食事おやつ			なし	あり		
理美容師による理美容サービス			なし	あり		要望時実費
買物代行	なし	あり	なし	あり	520/30分	週1回指定日は月額利用料に含む。その他は30分520円
役所手続代行	なし	あり	なし	あり	520/30分	週1回指定日は月額利用料に含む。その他は30分520円
金銭・貯金管理			なし	あり		

健康管理サービス										
定期健康診断								○	3,000	年2回機会を提供(実費)。料金は目安(病院の指定料金)
健康相談	なし	あり	なし	あり	なし	あり	○			
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	なし	あり	○			
服薬支援	なし	あり	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	なし	あり	○			
入院時・入院中のサービス										
移送サービス	なし	あり	なし	あり	なし	あり	○			協力医療機関へは月2回まで月額利用料に含まれる。月3回以上又は協力医療機関以外は30分550円及び実費
入院時の同行	なし	あり	なし	あり	なし	あり	○		550/30分	
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり	なし	あり	○			協力医療機関へは週1回まで月額利用料に含まれる。週2回以上又は協力医療機関以外は30分550円及び実費
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり	なし	あり	○		550/30分	

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる(1割から3割までの利用者負担)。

※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含まれる場合と、サービス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。