

シニアグランデいちご 重要事項説明書

記入年月日	令和 年 月 日
記入者名	小桐 由美子
所属・職名	代表取締役

1. 事業主体概要

種類	個人 <input checked="" type="radio"/> 法人 <input type="radio"/>	
	※法人の場合、その種類	有限会社
名称	(ふりがな) ゆうげんがいしや おふいすゆう 有限会社 オフィス由	
主たる事務所の所在地	〒373-0841 群馬県太田市岩瀬川町28番地7	
連絡先	電話番号	0276-48-8410
	FAX番号	0276-48-8410
	ホームページアドレス	http://
	メールアドレス	ichigo@officeyuu.sakura.ne.jp
代表者	氏名	小桐由美子
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・ <input checked="" type="radio"/> 平成 11年6月28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) じゅうたくがたゆりょうろうじんほーむしにあぐらんでいちご 住宅型有料老人ホーム シニアグランデいちご		
所在地	〒370-0615 邑楽郡邑楽町篠塚 1486 番 3		
主な利用交通手段	最寄駅	本中野駅	
	交通手段と所要時間	自動車利用の場合 ・東北自動車道館林 IC から 20 分	
連絡先	電話番号	0276-55-3984	
	FAX番号	0276-55-3985	
	ホームページアドレス	http://	
	メールアドレス	Ichigo15officyou@gmail.com	
管理者	氏名	小桐 由美子	
	職名	管理者	
建物の竣工日		昭和・平成	30年 6月 1日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成	30年 8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 <input checked="" type="radio"/> 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

### 3. 建物概要

土地	敷地面積	1,912 m <sup>2</sup>				
	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 (平成30年6月1日～55年5月31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	996.94 m <sup>2</sup>			
		うち、老人ホーム部分	814.22 m <sup>2</sup>			
	耐火構造	1 耐火建築物（建築基準法第2条第9号の2）				
		2 準耐火建築物（建築基準法第2条第9号の3）				
		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					
	抵当権の設定	1 あり	2 なし			
	契約期間	1 あり (平成30年6月1日～平成55年5月31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				
		2 相部屋あり				
		最少	1人部屋			
		最大	2人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分*
	タイプ1	有/無	有/無	21.53 m <sup>2</sup>	1	一般居室夫婦
	タイプ2	有/無	有/無	13.25 m <sup>2</sup>	27	一般居室個室
	タイプ3	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ4	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ5	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ6	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	9ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房	8ヶ所	
	共用浴室	2ヶ所	個室	2ヶ所	
			大浴場	ヶ所	
	共用浴室における 介護浴槽	2ヶ所	チェアー浴	ヶ所	
			リフト浴	ヶ所	
			ストレッチャー浴	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	<p>社会に貢献された方々が、今一度ご自分の個性を見出し、豊かな生活環境の中で、活気ある生きがいを感じられる暮らしが継続できるよう、安心・安全の施設運営を致します。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 高齢社会に適応した住環境及び健康で文化的な生活の提要进行を致します。</li> <li>2 人間尊重・権利擁護を基本とした、中立・公正な事業活動を遂行します。</li> <li>3 医療機関との連携を密に取りながら、質の良い介護が提供できるように常に向上心を持ち続けていきます。</li> </ol> <p>地域に貢献できる事業者を目指し、明るい高齢化社会実現の担い手の一員として努力致します。</p>
サービスの提供内容に関する特色	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ デイサービス施設併設</li> <li>・ 介護経験年数5年以上の職員による介護の提供</li> <li>・ 国道354号線近いため、交通至便</li> <li>・ 邑楽町民体育館・グラウンドへは徒歩可能</li> </ul>
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

(医療連携の内容)

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 入退院の付添い <input checked="" type="radio"/> 3 通院介助 4 その他 ( )	
協力医療機関	1	名称	あいファミリークリニック太田
		住所	太田市只上町 364 番地 1
		診療科目	内科、小児科、整形外科、皮膚科、リハビリテーション科、
		協力内容	訪問診療、健康相談その他
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称	大川歯科医院	
	住所	太田市矢場新町 118 番地 4	
	協力内容	治療、予防、歯科検診、口腔検査その他	

(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 <input checked="" type="radio"/> 2 なし
	要支援の者	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="radio"/> 1 あり 2 なし
留意事項	65 歳以上の方で、要介護認定を受けている方が対象です。	
契約の解除の内容	・入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居した時 ・月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅延するとき ・禁止又は制限される行為の規定に違反したとき ・入居者の行動が他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができないとき ※契約解除の前に、入居者及び身元引受人の方とお話し合いをさせていただきます。	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	有料老人ホーム標準入居契約書第 28 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	1 あり (内容: )	

	② なし
体験入居の費用	
入居定員	29 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		
生活相談員	2		2	
直接処遇職員				
介護職員	8	2	6	
看護職員	2		2	
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
事務員				
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	2人	2人

(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	1	1	9	0							
前年度1年間の退職者数	0	0	2	0							
応じた職員の数 業務に従事した経験年数に	1年未満	1	0	5	0						
	1年以上	0	1	2	0						
	3年未満										
	3年以上	0	0	0	0						
	5年未満										
	5年以上	0	0	0	0						
	10年未満										
10年以上	0	0	0	0							
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】	<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 ※該当する方式を全て選択	<input type="radio"/> 1 全額前払い方式 <input type="radio"/> 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		
要介護状態に応じた金額設定	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	1 減額なし <input checked="" type="radio"/> 2 日割り計算で減額 ※30日以内の退去の場合は返還なし 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	費用の改定に当たっては、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間費などを勘案します。	
	手続	運営懇談会の意見を聞いた上で改訂し、入居者及び身元引受人等へ事前に通知し、同意を得るものとします。	

### (利用料金のプラン【代表的なプランを1例】)

		プラン1	
入居者の状況	要介護度	3	
	年齢	70歳	
居室の状況	床面積	13.25㎡	
	便所	1 有	2 <input checked="" type="radio"/> 無
	浴室	1 有	2 <input checked="" type="radio"/> 無
	台所	1 有	2 <input checked="" type="radio"/> 無
入居時点で必要な費用	前払金	円	
	敷金	円	
月額費用の合計		85,000円	
家賃		30,000円	
サービス費用 ※2	特定施設入居者生活介護※1の費用		円
	介護保険	食費	36,000円
		サービス提供費	10,000円
		介護費用	円

	共益費	9,000 円
	その他(クローゼット付き部屋は 入居時支払(一回のみ終身)	20,000 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	30,000 円 近傍の有料老人ホームの家賃の平均額
敷金	
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
サービス提供費	10,000 円 人件費その他の事務費用
食費	36,000 円 朝食 300 円、昼食 400 円、夕食 500 円 30 日分で算定
共益費	9,000 円
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	NHK 受信料はなし

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	1人
	65歳以上 75歳未満	3人
	75歳以上 85歳未満	10人
	85歳以上	15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	5人
	要介護2	4人
	要介護3	10人
	要介護4	6人
	要介護5	4人
入居期間別	6ヶ月未満	5人
	6ヶ月以上1年未満	8人
	1年以上5年未満	16人
	5年以上10年未満	0人
	10年以上15年未満	0人
	15年以上	0人
入居時の住所地	県内	29人
	うち施設の市町村内	9人
	県外	0人

(入居者の属性)

平均年齢	84歳
入居者数の合計	29人
入居率※	100%
※ 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	7 人
	医療機関	0 人
	死亡者	5 人
	その他	1 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	施設長	
電話番号	0276-89-8001	
対応している時間	平日	8:30~17:30
	土曜	8:30~17:30
	日曜・祝日	
定休日	日曜、祝日、年末年始(12/30~1/3)	

**(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	① あり	(その内容) 死亡時、損害時(2億円上限) 傷病、疾病に相当する額(2千万円上限) 財産の損失、損失額(2千万円上限)
	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) 上記保険で対応
	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	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	
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 あり (提携ホーム名: )	
	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「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		
(公社) 全国有料老人ホーム協会への加入	1 あり ② なし	



添付書類：別添1（別に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。



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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	ヘルパーステーションいちご	太田市岩瀬川町28-7
訪問入浴介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし		
訪問看護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし		
訪問リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/>	なし		
居宅療養管理指導	<input checked="" type="checkbox"/>	なし		
通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	デイサービスいちご倶楽部 デイサービスシニアグラ ンデいちご	館林市大手町6-38 邑楽郡邑楽町篠塚1486-3 (設置予定地)
通所リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/>	なし		
短期入所生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし		
短期入所療養介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし		
特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし		
福祉用具貸与	<input checked="" type="checkbox"/>	なし		
特定福祉用具販売	<input checked="" type="checkbox"/>	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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし		
夜間対応型訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし		
認知症対応型通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし		
小規模多機能型居宅介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし		
認知症対応型共同生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし		
看護小規模多機能型居宅介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし		
居宅介護支援	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	いちご居宅介護支援事業所	館林市大手町6-38
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>				
介護予防訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	ヘルパーステーションいちご	
介護予防訪問入浴介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし		
介護予防訪問看護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし		
介護予防訪問リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/>	なし		
介護予防居宅療養管理指導	<input checked="" type="checkbox"/>	なし		
介護予防通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	いちご倶楽部	
介護予防通所リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/>	なし		
介護予防短期入所生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし		
介護予防短期入所療養介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし		
介護予防福祉用具貸与	<input checked="" type="checkbox"/>	なし		
特定介護予防福祉用具販売	<input checked="" type="checkbox"/>	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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし		

介護予防支援	あり	なし	いちご居宅 介護支援事 業所	
<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		

別添2 有料老人ホーム・サービスパッケージ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	個別の利用料で、実施するサービス		包含※2	都度※2	料金※3	備考
	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）	個人利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担）				
介護サービス	なし	あり	なし			
食事介助	なし	あり	なし			
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし			
おむつ代	なし	あり	なし			
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし			
特浴介助	なし	あり	なし			
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし			
機能訓練	なし	あり	なし			
通院介助	なし	あり	なし			
生活サービス	なし	あり	なし			
居室清掃	なし	あり	なし			
リネン交換	なし	あり	なし			
日常の洗濯	なし	あり	なし			
居室配膳・下膳	なし	あり	なし			
入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし	あり	なし			
おやつ	なし	あり	なし			
理美容師による理美容サービス	なし	あり	なし		2000	提供付加 一回につき。要予約
買い物代行	なし	あり	なし			地域外 1,500円/時間
役所手続き代行	なし	あり	なし			地域外 1,500円/時間
金銭・貯金管理	なし	あり	なし			
健康管理サービス	なし	あり	なし			
定期健康診断	なし	あり	なし			年一回。費用は自己負担
健康相談	なし	あり	なし			
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし			
服薬支援	なし	あり	なし			
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし			
入退院時・入院中のサービス	なし	あり	なし			
移送サービス	なし	あり	なし			地域外 1,500円/時間
入退院時の同行	なし	あり	なし			地域外 1,500円/時間
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし			地域外 1,500円/時間
入院中の見舞い訪問	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、サービスの都度払いによる場合に区分して、いずれかの欄に〇を記入する。

※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。



私は本書面に基づいて説明を受け、同意し、交付を受けました。

年 月 日

説明者： \_\_\_\_\_

利用者 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

私は、利用者の契約の意思を確認し、利用者に代わって署名を行いました。

代理人 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ (印)  
続 柄 \_\_\_\_\_  
連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

身元引受人 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ (印)  
続 柄 \_\_\_\_\_  
連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

事業者 群馬県太田市岩瀬川町 28-7  
有限会社 オフィス由  
代表取締役 小桐 由美子 (印)

