

重要事項説明書

記入年月日	令和 8 年 6 月 1 日
-------	----------------

1. 事業主体概要

種類	個人 / <input checked="" type="checkbox"/> 法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃえすぽわーる 株式会社エスポワール	
主たる事務所の所在地	〒379-0116 群馬県安中市安中 3 - 25 - 13	
連絡先	電話番号	027-382-3131
	FAX 番号	027-382-6568
	ホームページアドレス	http://
	メールアドレス	
代表者	氏名	須藤 勢津子
	職名	代表取締役
設立年月日	平成 2 5 年 5 月 1 日	
主な実施事業	※別添 1 (別の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) かいごつきゆうりょうろうじんほ一むななかまど 介護付有料老人ホームななかまど	
所在地	〒379-0217 群馬県安中市松井田町土塩 759-1	
主な利用交通手段	最寄駅	J R 西松井田駅
	交通手段と所要時間	信越線西松井田駅からタクシーで約 10 分
連絡先	電話番号	027-388-1555
	FAX 番号	027-393-1155
	ホームページアドレス	http://med.wind.ne.jp/sutoh-hp/nanakamado/
	メールアドレス	nanakamado@mx.a.fitenet.ne.jp
管理者	氏名	岡村 章宏
	職名	管理者
建物の竣工日		平成 23 年 1 月 12 日
有料老人ホーム事業の開始日		平成 25 年 7 月 1 日

(類型) 【表示事項】

<input checked="" type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 3 住宅型 <input type="checkbox"/> 4 健康型		
1 又は 2 に 該当する場 合	介護保険事業者番号	1071100893
	指定した自治体名	群馬県
	事業所の指定日	平成 25 年 7 月 1 日
	指定の更新日 (直近)	令和 7 年 7 月 1 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 checked="" type="checkbox"/> 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	<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
	2	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	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	9,682.52 m ²				
	所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	1,797.45 m ²			
		うち有料老人ホーム部分	1,797.45 m ²			
	耐火構造	1 耐火建築物（建築基準法第2条第9号の2） <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 木造 4 その他（ ）				
	建物階数	平屋建て（うち有料老人ホーム部分1階）				
	所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 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"/> 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					
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 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	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	15.11 m ²	25	一般居室個室
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	16.87 m ²	1	一般居室個室
	タイプ3	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	19.23 m ²	10	一般居室個室
タイプ4	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	19.46 m ²	4	一般居室個室	

	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	4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		3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		1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	<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)

運営に関する方針	ご利用者のご家族の皆様は、安全・安心・楽しさを提供し続ける施設 *顧客満足 of 継続的創出を図る *地域との共生をする *働く人の自己実現の場となる
サービスの提供内容に関する特色	*木造平屋建て約 1,800 m ² のゆとりある設計 *全室個室、トイレ・洗面設備・収納家具付き
入浴、排せつ又は食事の介護	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input type="checkbox"/> 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

<p>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</p> <p>※1 「協力医療機関連携加算 (I)」は、「相談・診療を行う体制を常時確保し、緊急時に入院を受け入れる体制を確保している協力医療機関と連携している場合」に該当する場合を指し、「協力医療機関連携加算 (II)」は、「協力医療機関連携加算 (I)」以外に該当する場合を指す。</p> <p>※2 「地域密着型特定施設入居者生活介護」の指定</p>	入居継続支援加算	(I) (II) <input type="checkbox"/> なし
	生活機能向上連携加算	(I) <input type="checkbox"/> (II) なし
	ADL維持等加算	(I) (II) <input type="checkbox"/> なし
	個別機能訓練加算	<input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II) なし
	夜間看護体制加算	(I) <input type="checkbox"/> (II) なし
	若年性認知症入居者受入加算	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	協力医療機関連携加算 (※1)	<input type="checkbox"/> (I) (II) なし
	口腔衛生管理体制加算 (※2)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	口腔・栄養スクリーニング加算	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	退院・退所時連携加算	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	退去時情報提供加算	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	看取り介護加算	<input type="checkbox"/> (I) (II) なし
	認知症専門ケア加算	(I) (II) <input type="checkbox"/> なし
	高齢者施設等感染対策向上加算	<input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II) なし
	新興感染症等施設療養費	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	生産性向上推進体制加算	(I) <input type="checkbox"/> (II) なし
サービス提供体制強化加算	<input type="checkbox"/> (I) (I) (II) (III) なし	

を受けている場合。	介護職員等処遇改善加算	(Ⅰ)イ <input checked="" type="checkbox"/> (Ⅰ)ロ (Ⅱ)イ (Ⅱ)ロ (Ⅲ) (Ⅳ) 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 <input checked="" type="checkbox"/> なし	

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可	<input checked="" type="checkbox"/> 救急車の手配 <input checked="" type="checkbox"/> 入退院の付添い <input checked="" type="checkbox"/> 通院介助 4 その他 ()			
協力医療機関	1	名称	医療法人 済恵会 須藤病院	
		住所	安中市安中 3532-5	
		診療科目	内科、外科、整形外科、脳神経外科、眼科、皮膚科、放射線科、リウマチ科、リハビリテーション科、消化器内科、消化器外科、乳腺外科、循環器内科、内分泌内科、糖尿病内科、肝臓内科、アレルギー呼吸器科、呼吸器内科、心臓血管外科、大腸肛門外科、麻酔科	
		協力内容	入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	<input checked="" type="checkbox"/> あり
	診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保		<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし
	2	名称		
		住所		
		診療科目		
協力内容		入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	1 あり	2 なし
	診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保	1 あり	2 なし	
新興感染症発生時に連携する医療機関	1 あり			
	医療機関の名称			
	医療機関の住所			
2 なし				
協力歯科医療機関	1	名称	星澤歯科医院	
		住所	安中市原市 3-4-3	
		協力内容	緊急時の優先的受け入れ、訪問治療	
	2	名称		
		住所		
		協力内容		

(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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	※一般居室で介護を行うのを原則とし、居室の住み替えはない状態を継続的に見る必要がある場合は、一時介護室で介護を行う				
手続の内容	本人(若しくは身元引受人)の同意を得て一時介護室で介護を行う				
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	<table border="1"> <tr> <td>1 あり</td> <td>(変更内容)</td> </tr> <tr> <td>2 なし</td> <td></td> </tr> </table>	1 あり	(変更内容)	2 なし
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	<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	65 歳以上	
留意事項		
契約の解除の内容	①入居者が逝去した場合 ②入居者の入院が、1 か月以上に及ぶ見込みの場合、1 か月以上に及び退院の見込みが立たない場合 ③入居者から契約解除が行われた場合 ④事業者から契約解除が行われた場合 ◆入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段によって入居したとき ◆利用料その他の支払いを正当な理由なく、2 か月以上遅延したとき ◆入居者の行動が他の入居者又は従業者の生命に危害を及ぼし、又はその切迫した恐れがあり、且つホームにおける通常の介護方法及び接遇方法では、これを防止する事ができないとき	

事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書 29 条
	解約予告期間	1 ヶ月
入居者からの解約予告期間		15 日
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> あり (内容 : 1 泊 2 日 3 食付) <input type="checkbox"/> なし	
体験入居の費用	3,800 円	
入居定員		40 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		0.5
生活相談員	1	1		1.0
直接処遇職員	17	17		17.0
介護職員	15	15		15.0
看護職員	3	3		3.0
機能訓練指導員	1	1		1.0
計画作成担当者	1	1		0.5
栄養士				
調理員				
事務員				
その他職員	2	2		1.0
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				40
※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	12	12	
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	2	2	
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	1	1	
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			
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 (16時00分～9時00分・17時00分～10時00分)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0～1人	介護・看護職員合計で2人
介護職員	1～2人	介護・看護職員合計で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 <input type="checkbox"/> 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)	2.3 : 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	介護支援専門員 介護福祉士						
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										
員の人数 業務に従事した経験年数に応じた職	1年未満			1						
	1年以上 3年未満			1						
	3年以上 5年未満	1		3		1				
	5年以上 10年未満	2		1					1	
	10年以上			9				1		
	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 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	
	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 <input type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	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	物価変動、人件費上昇により改定する場合がある。
	手続	運営懇談会を開催して、利用者（身元引受人）の同意を得たうえで決定する。一部の物品類は、仕入価格の変動によって、運営懇談会を経ずに改定することがある。

(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	要介護1	要介護3
	年齢	88歳	95歳
居室の状況	床面積	15.11㎡	15.11㎡
	便所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 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	96,000円	96,000円
月額費用の合計		168,360円	172,470円
家賃		48,000円	48,000円
サ ー ビ ス 費 用	特定施設入居者生活介護 ^{*1} の費用		16,260円
	介 護 保 険	食費	57,000円
		管理費	18,600円
		介護費用	0円

	光熱水費	28,500 円	28,500 円
	その他	円	円
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※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）</p>			

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	居室の広さで、48,000 円～54,990 円と設定。 各居室の設備は同じで、トイレ・洗面設備・エアコン・床暖房・家具が備えてある。
敷金	家賃の2ヶ月分
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 基本サービスは、介護保険内で提供する。個別サービスには有料のものもある。
管理費	18,600 円（要介護者等） 事務・管理部門の person 費、共用施設の維持管理費、備品、消耗品費。 尚、要介護者等以外の入居者は、生活支援サービス費として、管理費は、156,000 円。
食費	朝食 500 円、昼食 650 円、おやつ 100 円、夕食 650 円。 食材費・厨房の person 費・食事関連付帯経費を含んだ額。
光熱水費	28,500 円 オール電化なので、電気料金と電気設備の維持管理費及び水道料、排水設備費用に充当。
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	要介護度に応じて介護保険負担割合により徴収する。月払い費用及び使用料一覧表参照
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	8人
	女性	32人
年齢別	60歳未満	人
	60歳以上 65歳未満	人
	65歳以上 75歳未満	1人
	75歳以上 85歳未満	4人
	85歳以上 90歳未満	7人
	90歳以上 95歳未満	15人
	95歳以上 100歳未満	11人
	100歳以上	2人
要介護度別	自立	人
	要支援1	人
	要支援2	1人
	要介護1	5人
	要介護2	10人
	要介護3	11人
	要介護4	13人
	要介護5	0人
入居期間別	6ヶ月未満	7人
	6ヶ月以上 1年未満	6人
	1年以上 5年未満	19人
	5年以上 10年未満	6人
	10年以上 15年未満	2人
	15年以上	人
入居時の住所地	市内	36人
	県内の他の市町村	3人
	県外	1人

(入居者の属性)

平均年齢	91.4歳
入居者数の合計	40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	1人
	社会福祉施設	1人
	医療機関	12人
	死亡者	6人
	その他	0人
生前解約の状況	施設側の申出	人
		(解約事由の例)
	入居者側の申出	14人
		(解約事由の例) ・自宅での生活が可能と判断したため ・長期入院、他施設転居のため

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		苦情相談窓口 (責任者は管理者)
電話番号		027-388-1555
対応している時間	平日	9時～17時
	土曜	9時～17時
	日曜・祝日	9時～17時
定休日		苦情は終日職員が受付するが、緊急の場合を除いて対応が後刻になる場合がある。

窓口の名称		群馬県国民健康保険団体連合会 (公的機関)
電話番号		027-290-1323
対応している時間	平日	9時～17時
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし
定休日		土・日・祝日

(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) あいおい損保 (5000万円損害賠償保険加入)
---------------	------	-----------------------------------

	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) 事故に遭われた方及び、そのご家族と速やかに誠意をもって話し合いをする。
	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	令和7年6月実施
		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
重要事項説明書	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
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	<input checked="" type="checkbox"/> 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		
高齢者虐待防止のための取組の状況	虐待防止対策検討委員会の定期的な開催	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	指針の整備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	定期的な研修の実施	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	担当者の配置	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
身体的拘束等の適正化のための取組の状況	身体的拘束等適正化検討委員会の開催	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	指針の整備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	定期的な研修の実施	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為（身体的拘束等）を行うこと		
	1 あり	身体的拘束等を行う場合の態様及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録	1 あり
<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし			
業務継続計画の策定状況等	感染症に関する業務継続計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	災害に関する業務継続計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	職員に対する周知の実施	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	定期的な研修の実施	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	定期的な訓練の実施	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	定期的な業務継続計画の見直し	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 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 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
＜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		
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		
＜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		
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			
			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		○			排泄用品 50円～100円
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		○			安中市内を原則とし、協力医療機関以外は有料
口腔衛生管理	なし	あり	なし	あり		○			協力歯科医療機関により実施。料金は医療機関の規定による
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	○				
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○				
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		○	100円		毎日15時提供
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○			月1回要予約。2,200円～12,500円
買物代行	なし	あり	なし	あり		○			安中市内。購入代金の15%額（最高額1,000円）
役所手続代行	なし	あり	なし	あり		○	1000円		安中市内。1時間を超えた場合2,000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			なし	あり		○			年1回実施。料金は医療機関の規定による
健康相談	なし	あり	なし	あり		○	1500円		協力医療機関医師訪問による
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		○			安中市内原則とし協力医療機関以外は有料
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○	3000円		安中市内原則とし協力医療機関以外は有料
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり	○	○			洗濯週1回は無料、買物は有料
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり	○	○			週1回は無料

※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：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。

※3：「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。