

別紙様式

重要事項説明書

記入年月日	令和5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) カブシキガイシャ ヨシタダ 株式会社 ヨシタダ	
主たる事務所の所在地	〒373-0044 群馬県太田市上田島町 557 番地 1	
連絡先	電話番号	0276-55-8841
	FAX番号	0276-55-8842
	ホームページアドレス	http://houzyuen-ota.jimdofree.com
	メールアドレス	houzyuen557-1@outlook.jp
代表者	氏名	堀越芳忠
	職名	代表取締役
設立年月日	平成30年7月20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) じゅうたくがたゆうりょうろうじんほ一む ほうじゅえん 住宅型有料老人ホーム 芳寿苑		
所在地	〒373-0044 群馬県太田市上田島町 557 番地 1		
主な利用交通手段	最寄駅	東武鉄道 木崎 駅	
	交通手段と所要時間	例: ①電車利用の場合 東武 木塚 駅から 5 分 ②自動車利用の場合 高速道路 太田藪塚 IC 降りて 10 分	
連絡先	電話番号	0276-55-8841	
	FAX番号	0276-55-8842	
	ホームページアドレス	http://houzyuen-ota.jimdofree.com	
	メールアドレス	houzyuen557-1@outlook.jp	
管理者	氏名	須藤初江	
	職名	管理者	
建物の竣工日		令和	2 年 9 月 28 日
有料老人ホーム事業の開始日		令和	3 年 4 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	群馬県 (市)
	事業所の指定日	令和 年 月 日
	指定の更新日 (直近)	令和 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 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 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	デイサービス芳寿苑
		サービスの類型	通所介護
		事業所番号	1070503816
		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	2723.06 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				
		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	987.26 m ²			
		うち有料老人ホーム部分	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)				
		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 ()						
建物階数	1階建て					
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 (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】	① 全室個室				
		2 相部屋なし				
		最少	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/無	有/無	13.66 m ²	24	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	m ²		一般居室個室

※「一般居室個室」「一時居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入一般						
共用施設	共用便所における便房	5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	5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	1ヶ所	チェアー浴	ヶ所		
			リフト浴	1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	利用者一人ひとりを尊重し、利用者の選択に基づくサービスを提供していきます。地域の行事へ積極的に参加し地域交流を図り、地域に頼りにされる施設を目指します。家庭的な居心地のいい環境づくりをしていきます。常に学ぶ姿勢で介護の研修や技術の向上がもてるよう外部研修や施設内研修をとおして情報を共有しより良い施設になるよう努めます。
サービスの提供内容に関する特色	通所介護併設。
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	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	あい太田クリニック
		住所	群馬県邑太田市浜町 59-3
		診療科目	内科
		協力内容	診察 処方 相談
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称	あおい歯科	
	住所	群馬県太田市浜町 42-15 ローゼンハイツ 1E	
	協力内容	訪問歯科	

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 (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
入居対象となる者の年齢	60歳以上	
留意事項	介護認定を受けた方を対象と致します。	
契約の解除の内容	入居契約書に虚偽の事項を記載する等の不正の手段により入居した時。月払いの利用料金その他の支払いを正当な理由なく、しばしば支払わない時。禁止された行為又は制限された行為を入居契約書又は、管理規定の規定に違反して行った時。入居者の行動が他の入居者に対する通常の介護方法でこれを防止することが出来ない時。※契約解除の前に、入居者及び身元受け取り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	入居契約 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	① あり (内容：通常の入居者と同じ生活を送る事ができます。空室がない時は、体験入居はできません。) 2 なし	
体験入居の費用	5000円/日 宿泊費。食事の利用料金は1日1500円で、朝400円、昼600円、夕500円。オムツ代等は自費にて別途請求いたします。全ての費用は、体験入居の終了時に一括して請求いたします。	
入居定員	24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） 11人			常勤換算人数 ※1※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1		0.2
生活相談員	1	1		0.6
直接処遇職員				
介護職員	9	2	7	3.5
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				
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				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
社会福祉士主事	1		1
介護福祉士	4		4
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	1		1

(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		
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 (17時～ 9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	1人	1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		介護福祉士 社会福祉主事任用 介護支援専門員							
	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	4						
前年度1年間の退職者数	1	1	4	1			1	1		
応じた職員 の人数 業務に従事した 経験年数に	1年未満		1	4						
	1年以上		1	3						
	3年未満									
	3年以上									
	5年未満									
	5年以上									
	10年未満									
10年以上					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】		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
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	利用料金の改正に当たっては、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件費等を勘案します。
	手続	運営懇談会の意見を聴いた上で改定し、入居者及び身元引受人等への事前に通知し、その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2例】)

		プラン1	プラン2	
入居者の状況	要介護度	3		
	年齢	80歳	歳	
居室の状況	床面積	13.66㎡	㎡	
	便所	1 有 (2) 無	1 有 2 無	
	浴室	1 有 (2) 無	1 有 2 無	
	台所	1 有 (2) 無	1 有 2 無	
入居時点で必要な費用	前払金	0円	円	
	敷金	0円	円	
月額費用の合計		115000円	円	
家賃		35000円	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	1日1500円(45000円)	円
		管理費	10000円	円
		生活支援費	10000円	円
		光熱水費	10000円	円
その他	例えば(オムツ)5000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	月35,000円(個室)月(30,000円)
生活支援費	月10000円 居室の清掃、食事介助 夜間巡回等のサービス提供費用
管理費	月10,000円(個室) 居室と共用部分維持費、修繕費、人件費、リネン洗濯代
食費	月45,000円 朝食400円 昼食(おやつ込み)600円 夕食500円
光熱水費	月10,000円(個室)電気料金 ガス料金 水道料金
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	

(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	7人
	女性	12人
年齢別	60歳未満	0人
	60歳以上 65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	2人
	75歳以上 85歳未満	8人
	85歳以上 90歳未満	4人
	90歳以上 95歳未満	3人
	95歳以上 100歳未満	2人
	100歳以上	人
要介護度別	自立	人
	要支援1	人
	要支援2	人
	要介護1	2人
	要介護2	4人
	要介護3	8人
	要介護4	5人
	要介護5	人
入居期間別	6ヶ月未満	2人
	6ヶ月以上 1年未満	3人
	1年以上 5年未満	14人
	5年以上 10年未満	人
	10年以上 15年未満	人
	15年以上	人
入居時の住所 地	市内	13人
	県内の他の市町村	1人
	県外	5人

(入居者の属性)

平均年齢	78.84歳
入居者数の合計	19人
入居率※	79%
※ 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	4人
	医療機関	7人
	死亡者	人
	その他	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	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		住宅型有料老人ホーム 芳寿苑 ご意見箱
電話番号		0276-55-8841
対応している時間	平日	8:30 から 17:30
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土日祝日 年始年末 12月31日から1月3日

窓口の名称		群馬県介護高齢課 苦情処理相談窓口
電話番号		027-226-2566
対応している時間	平日	8:30 から 17:15
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土日祝日 年始年末 12月31日から1月3日

窓口の名称		
電話番号		
対応している時間	平日	
	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)
	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)
	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
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	① あり	(開催頻度) 1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	1 あり ②なし	
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
<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	デイサービス 芳寿苑	群馬県太田市上田島町557 番地 1
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		なし		あり			
介護サービス	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）		包含※2	都度※2	料金※3	備考
		なし	あり				
食事介助	あり	なし	あり	○			
排泄介助・おむつ交換	あり	なし	あり	○			
おむつ代	あり	なし	あり	○			実費
入浴（一般浴）介助・清拭	あり	なし	あり	○			
特浴介助	あり	なし	あり	○			
身辺介助（移動・着替え等）	あり	なし	あり	○			
機能訓練	あり	なし	あり	○			
通院介助	あり	なし	あり	○			1時間以内1000円。30分増1000円
生活サービス							
居室清掃	あり	なし	あり	○			
リネン交換	あり	なし	あり	○			
日常の洗濯	あり	なし	あり	○			
居室配膳・下膳	あり	なし	あり	○			
入居者の嗜好に応じた特別な食事	あり	なし	あり	○			食事内容に応じた料金。
おやつ	あり	なし	あり	○			
理美容師による理美容サービス	あり	なし	あり	○			月1/1回。要予約。利用美容室指定料金
買物代行	あり	なし	あり	○			
役所手続代行	あり	なし	あり	○			
金銭・貯金管理	あり	なし	あり	○		3000	身元引受人の同意が必要。3000/月
健康管理サービス							
定期健康診断	あり	なし	あり	○			年2回 料金は病院の指定料金
健康相談	あり	なし	あり	○			
生活指導・栄養指導	あり	なし	あり	○			
服薬支援	あり	なし	あり	○			
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	あり	なし	あり	○			
入退院時・入院中のサービス							
移送サービス	あり	なし	あり	○			
入退院時の同行	あり	なし	あり	○			
入院中の洗濯物交換・買い物	あり	なし	あり	○			
入院中の見舞い訪問	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、月額のサービス費用に包含される場合と、サービスの利用の都度払いによる場合に於いて、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。

