

重要事項説明書

記入年月日	令和5年7月1日
記入者名	笛木 牧子
所属・職名	代表取締役

1. 事業主体概要

種類	個人/法人	法人
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきがいしや めでいかるつーわん 株式会社 メディカル21	
主たる事務所の所在地	〒379-2211 群馬県伊勢崎市市場町二丁目800-10	
連絡先	電話番号	0270-75-6661
	FAX番号	0270-75-6662
	ホームページアドレス	http://
	メールアドレス	medical21@crest.ocn.ne.jp
代表者	氏名	笛木 牧子
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 21年 8月 11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) めでいかるはいむ あかぼり メディカルハイム 赤堀	
所在地	〒379-2211 群馬県伊勢崎市市場町二丁目800-10	
主な利用交通手段	最寄駅	国定 駅
	交通手段と所要時間	①国定駅より徒歩20分 ②自動車利用の場合 北関東自動車道 伊勢崎 IC より5分
連絡先	電話番号	0270-75-6661
	FAX番号	0270-75-6662
	ホームページアドレス	http://
	メールアドレス	medical21@crest.ocn.ne.jp
管理者	氏名	笹木 牧子
	職名	施設長
建物の竣工日		平成 22年 6月 7日
有料老人ホーム事業の開始日		平成 22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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	デイサービスセンター赤堀
		サービスの類型	通所介護
		事業所番号	1070402316
		事業所の場所	① <input checked="" type="checkbox"/> 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	2980.64 m ²			
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地			
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地			
		借地権の類型	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (平成22年7月1日～25年間)		
	2 なし				
	契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし		
建物	延床面積	全体	1370.83 m ²		
		うち、老人ホーム部分	998 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)			
		<input checked="" type="checkbox"/> 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 ()			
	所有関係	1 事業者が自ら所有する建物			
<input checked="" type="checkbox"/> 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		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (2010年7月1日～2035年6月30日)			
		2 なし			
	契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 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

タイプ1	<input checked="" type="checkbox"/> 有/無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.2	m ²	30	一般居室個室
タイプ2	有/無	有/無		m ²		
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	3ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	3ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房	3ヶ所	
	共用浴室	3ヶ所	個室	3ヶ所	
			大浴場	ヶ所	
	共用浴室における介護浴槽	0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	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし	
入居者や家族が利用できる調理設備	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
その他	緊急通報装置を備えている				

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	入居者様が安全で安心した生活が営めるよう、一人ひとりの歴史や生活背景を受け止め、個人の尊厳を尊重し、介護サービスの提供を致します。
サービスの提供内容に関する特色	生活サポート契約により、介護度に応じた必要な介護サービスを提供致します。また、提携医療機関との連携により、検診や訪問診療など健康面においても安心して過ごせるよう対応しております。
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

(医療連携の内容)

医療支援	<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 (往診)		
協力医療機関	1	名称	伊勢崎クリニック
		住所	伊勢崎市上植木町2490-1
		診療科目	内科・脳神経外科
		協力内容	訪問診療・緊急時対応
	2	名称	伊勢崎佐波医師会病院
		住所	伊勢崎市下植木町481番地
		診療科目	
		協力内容	協力医療機関・緊急対応
協力歯科医療機関	名称	さいとう 歯科・矯正歯科医院	
	住所	伊勢崎市下田部井町1-945-1	
	協力内容	協力医療機関	

(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 type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要支援の者	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要介護の者	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項	60歳以上の方又は要介護認定若しくは要支援認定を受けている60歳未満の方が対象となります	
契約の解除の内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本契約の申込書に虚偽の事項を記載する等不正手段によりサービスの提供を受けたとき ・ 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、遅滞するとき ・ 本物件を住居の目的としてのみ使用しないとき <p>*契約解除の通告に先立ち、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。</p>	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	第7条
	解約予告期間	1ヶ月
入居者からの解約予告期間	2ヶ月	
体験入居の内容	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり (内容：通常の入居者と同様) 2 なし	
体験入居の費用	5,000円/日 賃料、食事等の利用料金を含む 実費としてかかる別添2のサービス費用は、別途ご負担いただきます。全ての費用は、体験入居終了時に一括して請求いたします	
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	非常勤	
管理者	1		1
生活相談員			
直接処遇職員			
介護職員	7	6	1
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	2		2
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	3	1
実務者研修の修了者		
初任者研修の修了者	4	
介護支援専門員		

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (19時00分～翌7時00分)		
	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							
			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	2							
前年度1年間の退職者数		2	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年以上									
	3年未満									
	3年以上									
	5年未満									
	5年以上			3						
	10年未満									
10年以上		3	3	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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	
		<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定		<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	費用の改定にあたっては、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聞いたうえで改定し、入居者及び身元引受人等へ事前に通知します	

(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	1	5	
	年齢	80歳	80歳	
居室の状況	床面積	18.2 m ²	18.2 m ²	
	便所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	浴室	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	台所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 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		128,952円	134,190円	
家賃		50,000円	50,000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	48,000円	48,000円
		共益費	10,000円	10,000円
		介護費用	10,476円	15,714円
		光熱水費	居室電気代実費負担	居室電気代実費負担
		状況把握・生活相談費用	10,476円	10,476円
		健康管理費用	0円	0円
その他	0円	0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	50,000円
敷金	家賃の 0 ヶ月分
介護費用	10,476～15,714円 *生活サポート契約として介護度により設定
共益費	10,000円 共用部分の維持費・修繕費・人件費その他の費用
食費	48,000円 朝食 450円 昼食 600円 夕食 550円 30日分で算定
光熱水費	居室の電気代については実費負担
状況把握・生活相談費用	10,476円
健康管理費用	0円 状況把握・生活相談費用に含む
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	

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	4人
	女性	18人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	3人
	75歳以上 85歳未満	8人
	85歳以上	11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	3人
	要介護 2	4人
	要介護 3	7人
	要介護 4	3人
	要介護 5	4人
入居期間別	6ヶ月未満	4人
	6ヶ月以上 1年未満	3人
	1年以上 5年未満	9人
	5年以上 10年未満	5人
	10年以上 15年未満	1人
	15年以上	人
入居時の住所 地	県内	21人
	うち施設の市町村内	15人
	県外	1人

(入居者の属性)

平均年齢	84.6歳
入居者数の合計	22人
入居率※	73.3%
※ 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		1人
	医療機関		人
	死亡者		6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		本社相談窓口
電話番号		0270-75-6661
対応している時間	平日	8:30~17:00
	土曜	8:30~17:00
	日曜・祝日	8:30~17:00
定休日		なし

窓口の名称		県庁介護高齢課
電話番号		027-226-2566
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 超ビジネス保険 (事業活動包括保険) 看護賠償責任保険
	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) 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	随時
			結果の開示
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
<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	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	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	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	(開催頻度) 年 12 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	
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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	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 <input checked="" type="checkbox"/> なし	

添付書類：別添1（別の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 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 センター赤堀	伊勢崎市市場町2-800-10
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		

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	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（利用者一部負担※1）	（利用者が全額負担）				
介護サービス						
食事介助	あり	なし	○			生活サポートサービスに含まれます。
排泄介助・おむつ交換	あり	なし	○			
おむつ代					20～	パッド・廃棄料を含む
入浴（一般浴）介助・清拭	あり	なし	○			
特浴介助	あり	なし	○			
身辺介助（移動・着替え等）	あり	なし	○			
機能訓練	あり	なし	○			
通院介助	あり	なし	○		1,047	1,047円/30分
生活サービス						
居室清掃	あり	なし	○			
リネン交換	あり	なし	○			
日常の洗濯	あり	なし	○			
居室配膳・下膳	あり	なし	○			
入居者の嗜好に応じた特別な食事						
おやつ						
理美容師による理美容サービス	あり	なし	○		1000～	1か月に1回要予約（業者へ実費負担）
買い物代行	あり	なし	○			
役所手続き代行	あり	なし	○			
金銭・貯金管理	あり	なし	○			
健康管理サービス						
定期健康診断						
健康相談	あり	なし	○			年1回（医療機関へは実費負担）
生活指導・栄養指導	あり	なし	○			
服薬支援	あり	なし	○			
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	あり	なし	○			
入退院時・入院中のサービス						
移送サービス	あり	なし	○		1,047	1,047円/30分
入退院時の同行	あり	なし	○		1,047	1,047円/30分
入院中の洗濯物交換・買い物	あり	なし	○			家族から依頼された場合
入院中の見舞い訪問	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○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。