

リブイン沼津岡宮

重要事項説明書

記入者名	石橋 結依	記入年月日	令和 7 年 5 月 20 日
		所属・職名	本部

1 事業主体概要

事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先				
事業主体の名称	法人等の種類	なし	☐ あり	利益法人
	名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃりぶいん 株式会社 リブイン		
事業主体の主たる 事務所の所在地	〒160-0023	東京都新宿区西新宿 6-6-3 新宿国際ビルディング新館 4 階		
事業主体の連絡先	電話番号	03-5989-0565		
	FAX番号	03-5989-0568		
	ホームページ アドレス	なし		
		☐ あり : http://grandcare.jp		
事業主体の代表者の 氏名及び職名	氏名	山口 稜		
	職名	代表取締役		
事業主体の設立年月日	令和4年3月4日			

事業主体が当該都道府県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	☒	☐	クローバー静岡訪問介護センター	富士宮市弓沢町 932
訪問入浴介護	☒	☐		
訪問看護	☒	☐	クローバーガーデン訪問看護ステーション	富士市南松野 1889-1
訪問リハビリテーション	☒	☐		
居宅療養管理指導	☒	☐		
通所介護	☒	☐	デイサービス わくわくまつの	富士市南松野 1889-1
通所リハビリテーション	☒	☐		
短期入所生活介護	☒	☐		
短期入所療養介護	☒	☐		
特定施設入居者生活介護	☒	☐		
福祉用具貸与	☒	☐		
特定福祉用具販売	☒	☐		
<地域密着型サービス>				
夜間対応型訪問介護	☒	☐		
認知症対応型通所介護	☒	☐		
小規模多機能型居宅介護	☒	☐		
認知症対応型共同生活介護	☒	☐		
地域密着型特定施設入居者生活介護	☒	☐		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	☒	☐		
居宅介護支援	☒	☐		
<総合事業サービス>				
訪問介護	☒	☐	クローバー静岡訪問介護センター	富士宮市弓沢町 932
訪問入浴介護	☒	☐		
訪問看護	☒	☐		
訪問リハビリテーション	☒	☐		
居宅療養管理指導	☒	☐		
通所介護	☒	☐	デイサービス わくわくまつの	富士市南松野 1889-1
通所リハビリテーション	☒	☐		
短期入所生活介護	☒	☐		
短期入所療養介護	☒	☐		
特定施設入居者生活介護	☒	☐		
福祉用具貸与	☒	☐		
特定福祉用具販売	☒	☐		
認知症対応型通所介護	☒	☐		
小規模多機能型居宅介護	☒	☐		
認知症対応型共同生活介護	☒	☐		
介護予防支援	☒	☐		
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	☒	☐		

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		

2 施設概要

施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先			
施設の名称	(ふりがな) りぶいんぬまづおかのみや リブイン沼津岡宮		
施設の所在地	〒 410-0011	沼津市岡宮 1286 番地の5	
	電話番号	055-924-7111	
施設の連絡先	FAX番号	055-924-7113	
	ホームページ	なし	
	アドレス	あり : http://grandcare.jp	
施設の開設年月日		令和7年8月1日	
施設の管理者の氏名 及び職名	氏名	後藤 和宏	
	職名	施設長	
施設までの主な利用交通手段			
JR東海道本線沼津駅⇒沼津ゴルフ場線（富士急行シティバス）東名インター下車バス停から徒歩5分			
施設の類型及び表示 事項	住宅型有料老人ホーム		

3 従業者に関する事項

職種別の従業者の人数及びその勤務形態						
有料老人ホームの人数及びその勤務形態						
実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算 人 数
	専従	非専従	専従	非専従		
施設長	1 人	0 人	0 人	0 人	1 人	1 人
生活相談員	1 人	0 人	0 人	0 人	1 人	1 人
看護職員	1 人	0 人	2 人	0 人	3 人	2.6 人
介護職員	0 人	0 人	1 人	0 人	1 人	0 人
機能訓練指導員	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人
計画作成担当者	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人
栄養士	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人
調理員	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人
事務員	1 人	0 人	0 人	0 人	1 人	1 人
その他従業者	0 人	0 人	3 人	0 人	3 人	3 人
1 週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数				40 時間		
※ 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。						
従業者である介護職員が有している資格						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
社会福祉士	0 人	0 人	0 人	0 人		
介護福祉士	4 人	0 人	1 人	0 人		
実務者研修	1 人	0 人	0 人	0 人		
介護職員初任者研修 (ヘルパー2 級)	4 人	0 人	3 人	0 人		
介護支援専門員	0 人	0 人	0 人	0 人		
従業者である機能訓練指導員が有している資格						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
理学療法士	0 人	0 人	0 人	0 人		
作業療法士	0 人	0 人	0 人	0 人		
言語聴覚士	0 人	0 人	0 人	0 人		
看護師及び准看護師	0 人	0 人	0 人	0 人		
柔道整復士	0 人	0 人	0 人	0 人		
あん摩マッサージ 指圧師	0 人	0 人	0 人	0 人		
夜勤を行う看護職員及び介護職員 の人数	最少時の人数（宿直の従事者を除いた人数）				2 名(介護職員 2 名)	
	平均時の人数（宿直者を含む）				2 名 (19:00～8:30 の時間帯)	

従業員の当該介護サービスに係る業務に従事した経験年数等

	看護職員		介護職員		生活相談員	
	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			2	1		
前年度1年間の退職者数			2	2		
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数			1			
1年以上3年未満の者の人数			2			
3年以上5年未満の者の人数						
5年以上10年未満の者の人数			3	2		
10年以上の者の人数			2	3	1	
	機能訓練指導員		計画作成担当者			
	常勤	非常勤	常勤	非常勤		
前年度1年間の採用者数						
前年度1年間の退職者数						
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数						
1年以上3年未満の者の人数						
3年以上5年未満の者の人数						
5年以上10年未満の者の人数				1		
10年以上の者の人数						
従業員の健康診断の実施状況					あり	

4 サービスの内容

施設の運営に関する方針			
利用者に対し、健康管理、食事の提供、生活相談・助言、生活サービス、レクレーションその他の支援サービスを通じて施設を利用して本当に良かった、と評価される施設運営を目指し利用者がその有する能力に応じて可能な限り自立した日常生活が営めるよう提供します。 利用者の立場に立ち人格を尊重し常に高齢者の介護を通じ地域に貢献できる運営を行います。 利用者のニーズを的確に把握して法令に沿った対応とサービス体制を整え利用者・家族の満足度の高い施設運営を目指します。			
生活支援サービスの内容、利用定員等			
生活支援サービスの実施状況			別紙
協力医療機関の名称		田沢医院	
(協力の内容) 田沢医院 診療科目：内科、漢方内科、循環器内科、呼吸器内科、外科、整形外科、肛門外科、消化器外科、泌尿器科			
協力歯科医療機関	なし	○あり	その名称 ライオン歯科医院
(協力の内容) 月2回の訪問診療（医療費その他の費用は入居者の自己負担）			
※新興感染症発生時の対応及び、第二種指定医療機関については協議中			
要介護時における居室の住替えに関する事項			
要介護時に介護を行う場所			
原則的に専用居室で介護します。			
入居後に居室を住み替える場合			
一時介護室へ移る場合			
判断基準・手続について			
(その内容)			
追加的費用の有無		なし	あり
居室利用権の取扱い			
(その内容)			
入居一時金償却の調整の有無		なし	あり
従前の居室からの面積の増減の有無		なし	あり
従前居室との仕様の変更			
便所の変更の有無		なし	あり
浴室の変更の有無		なし	あり
洗面所の変更の有無		なし	あり
台所の変更の有無		なし	あり
その他の変更の有無		なし	あり
(その内容)			

その他	判断基準・手続について		なし	あり
	(その内容)			
	追加的費用の有無		なし	あり
	居室利用権の取扱い			
	(その内容)			
	入居一時金償却の調整の有無		なし	あり
	従前の居室からの面積の増減の有無		なし	あり
	従前居室との仕様の変更			
	便所の変更の有無		なし	あり
	浴室の変更の有無		なし	あり
洗面所の変更の有無		なし	あり	
台所の変更の有無		なし	あり	
その他の変更の有無		なし	あり	
(その内容)				
施設の入居に関する要件				
自立している者を対象		なし	あり	
要支援の者を対象		なし	あり	
要介護の者を対象		なし	あり	
留意事項				
契約の解除の内容		入居契約書第 30 条、第 31 条を参照		
体験入居の内容		有 一泊 2 日 5,000 円～但し空室がある場合のみ可能(介護度によります)		
入居定員		50 人		
その他		医療を必要とする場合の処遇 病気や怪我の治療は病院等（協力医療機関又はその他医療機関）で受けて頂くことになり、医療費は入居者の負担となります。 通院の付き添い、入退院時の準備・付き添い・移送をします。費用負担：市内 1 回 2,000 円、ただし、長時間になる場合（3 時間以上）は、1 時間増すごと 1,000 円。市外 1 回 3,000 円、ただし、長時間になる場合（3 時間以上）は、1 時間増すごと 1,000 円。 入院により 60 日以上不在の場合は、管理費が 2 割減免になり、食費は欠食分返金いたします。（但し、食費返金対象額は厨房維持費を除いたものです） また、入院が長期にわたった場合でも、契約は存続しますので、退院後は入居前の居室に戻ることができます。		

入居者の状況						
入居者の人数（報告に関する計画の基準日の前月末日）						
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
65歳未満	2					2
65歳以上75歳未満	2	2	2	2	2	10
75歳以上85歳未満	2	5	2	4	3	16
85歳以上	2	3	4	2	2	13
	自立	要支援1	要支援2	経過的要介護		合計
65歳未満						
65歳以上75歳未満		1				1
75歳以上85歳未満			2			2
85歳以上		1	2			3
入居者の平均年齢	80.1 歳					
入居者の男女別人数	男性	24		女性	23	
入居率（一時的に不在となっている者を含む）					94%	
前年度の有料老人ホームを退去した者の人数						
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
自宅等						
社会福祉施設		1	1			2
医療機関			1			1
死亡者	2	1	1	5	3	12
その他						
	自立	要支援1	要支援2	経過的要介護		合計
自宅等						
社会福祉施設						
医療機関						
死亡者			2			2
その他						
入居者の入居期間						
入居期間	6ヶ月未満	6ヶ月以上1年未満	1年以上5年未満	5年以上10年未満	10年以上15年未満	15年以上
入居者数	11	7	19	10		

施設、設備等の状況									
建物の構造	建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物						なし	あり	
	建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物						なし	あり	
居室の状況	区分		室数		人数		1の居室の床面積		
	一般居室個室	あり	なし	50			18.00 m ²		
	一般居室相部屋	あり	なし				m ²		
							m ²		
							m ²		
共用便所の設置数	3		うち男女別の対応が可能な数				0		
			うち車いす等の対応が可能な数				2		
個室の便所の設置数	50		個室における便所の設置割合				100%		
			うち車いす等の対応が可能な数				100%		
浴室の設備状況	浴室の数	個浴	大浴槽		特殊浴槽		リフト浴		
		3				2			
その他、浴室の設備に関する事項									
食堂の設備状況									
入居者等が調理を行う設備状況		なし		あり					
その他、共用施設の設備状況									
なし	あり	(その内容) 共用関係：食堂（機能訓練室）・相談室・健康管理室・浴室（個浴室・特殊浴槽）・洗濯室・車椅子対応トイレ・談話コーナー・厨房・事務室・汚物処理室 設備関係：エレベーター・給排水・給湯設備・自動火災報知器・冷暖房機 一般関係：非常放送設備・テレビ回線・電話回線・消火設備・自家用発電機・インターネット回線							
バリアフリーの対応状況									
(その内容) 廊下、階段に手すり設置、車椅子での移動可能。施設内全てバリアフリー。									
緊急通報装置の設置状況		なし	一部あり		全居室内にあり				
外線電話回線の設置状況		なし	一部あり		全居室内にあり				
テレビ回線の設置状況		なし	一部あり		全居室内にあり				
施設の敷地に関する事項									
敷地の面積		1,598.51 m ²							
事業所を運営する法人が所有		なし	一部あり		あり				
抵当権の設定		なし		あり					
貸借（借地）									
なし	あり	契約期間	始	終					
		契約の自動更新		なし		あり			
施設の建物に関する事項									
建物の延床面積		1,746.71 m ²							
事業所を運営する法人が所有		なし	一部あり		あり				
抵当権の設定		なし		あり					
貸借（借家）									
なし	あり	契約期間	始	2025年7月1日		終	2045年6月30日		

			契約の自動更新	なし	あり
利用者からの苦情に対応する窓口等の状況					
事業主体や施設に設置している利用者からの苦情に対応する窓口					
窓口の名称		リブイン沼津岡宮苦情処理委員会			
電話番号		055-924-7111			
対応している時間		平日	9時00分～17:00分		
		土曜	9時00分～17:00分		
		日曜・祝日	9時00分～17:00分		
定休日等		なし			
上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等					
窓口の名称		沼津市役所市民福祉部長寿福祉課			
電話番号		055-934-4873			
対応している時間		平日	8:30～17:15		
		土曜	なし		
		日曜・祝日	なし		
定休日等		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					
なし	あり	(その内容) 開設後加入予定(申し込み手続き中)			
その他、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に関すること					
なし	あり	(その内容)			
サービスの提供内容に関する特色等					
(その内容) 入居者、家族にとって満足度の高い生活サービスの提供と専門知識と経験を持つスタッフが利用者の立場に 立って必要な日常生活の支援を行う。					
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					
なし	あり	実施した年月日			
		当該結果の開示状況		なし	あり
第三者による評価の実施状況					
なし	あり	実施した年月日			
		実施した評価機関の名称			
		当該結果の開示状況		なし	あり

5 利用料金

利用料の支払い方式	一時金方式	月払い方式	選択方式
一時金方式			
一時金及び月単位で支払う利用料			
年齢に応じた金額設定	なし		あり
要介護度に応じた金額設定	なし		あり
料金プラン			
プラン名称	一時金	月額 計	(内訳) 家賃相当額 介護費用
※介護サービスの自己負担額は含まない。			
算定根拠			
月額利用料			
介護費用	※介護サービスの自己負担額は含まない。		
一時金			
一時金の償却に係る事項			
償却開始の設定	入居日		
初期償却率（％）			
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			
権利金等（※）の額			
（※）平成 24 年 3 月 31 日までに老人福祉法第 29 条 1 項の規定により届出がされた施設に限る。			
償却月数 （想定居住期間）			
契約終了時返還金の算定方法及び返還金の例			
保全措置の実施状況	なし	あり	(保全先)
三ヶ月以内の契約終了による返還金に付いて			
三ヶ月の起算日	入居日		
契約終了日までの利用期間に係る利用料及び原状回復のための費用の算定方法			
一時金の支払い方法			

月払い方式			
月単位で支払う利用料			
年齢に応じた金額設定		なし	あり
要介護度に応じた金額設定		なし	あり
料金プラン			
月額利用料	121,500（税込）		
※介護サービスの自己負担額は含まない。			
算定根拠			
月額利用料	居室の月額料金 近隣の賃貸借料と面積・設備等を考慮し算定 管理費、食費、光熱水費、リネンリース費を含む		
一時金方式・月払い方式共通			
利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料			
個別的な選択による生活支援サービス利用料			なし ☒ あり
算定根拠	入居契約書（6）入居後に支払う費用の概要参照		
料金改定の手続き			
改定案の提示と事前協議の上実施			

6 その他

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		☒ あり	☐ なし
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項			
☒ なし			
あり	（その内容）		
一時金に関するサービス以外に要する費用			
月額の場合の利用料の額			
その他に必要な月額利用料		☒ なし	☐ あり
その他、一時金及び利用料以外に必要な利用料		☐ なし	☒ あり
通院等介助費	無料	詳細は別添の介護サービス一覧表のとおり	
複写物交付	10円	1枚	
買い物代行費	2,000円	1時間、おむつ代、その他入居者の嗜好品に要した費用は、実費とします。	
洗濯代		管理費を含む	

*：表記の利用料は税別表示（注釈部分を除く）

添付書類：「介護サービス等の一覧表」

※ _____ 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。