

重要事項説明書

記入年月日	令和元年9月10日
記入者名	野口 芳宏
所属・職名	代表取締役

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	営利法人
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃゆめくらぶ 株式会社 夢くらぶ	
主たる事務所の所在地	〒359-1147 埼玉県所沢市小手指元町2丁目29-72	
連絡先	電話番号	04-2938-5055
	FAX番号	04-2938-7000
	ホームページアドレス	http://
代表者	氏名	野口 芳宏
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 18年6月18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) ぐるーぷりびんぐありすのいえつばきみねかん グループリビングアリスの家椿峰館	
所在地	〒359-1146 埼玉県所沢市小手指南6丁目3番9	
主な利用交通手段	最寄駅	西武池袋線小手指駅

	交通手段と所要時間	西武池袋線小手指駅よりバス8分徒歩3分
連絡先	電話番号	
	FAX番号	
	ホームページアドレス	http://
管理者	氏名	中川 貴美子
	職名	施設管理者
建物の竣工日		昭和・平成 28年 7月 1日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和平成 28年 8月 1日

(類型)【表示事項】

1 介護付（一般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

3. 建物概要

土地	敷地面積	1,347.97 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			
抵当権の有無		1 あり 2 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> あり 2 なし	
建物	延床面積	全体	936.82 m ²
		うち、老人ホーム部分	936.82 m ²
	耐火構造	1 耐火建築物 ② 準耐火建築物 3 その他 ()	
	構造	1 鉄筋コンクリート造	

		② 鉄骨造 一部鉄筋コンクリート造 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 <input checked="" type="radio"/> なし				
	契約期間	1 <input checked="" type="radio"/> (28年7月1日～ 58年6月30日) 2 なし				
	契約の自動更新	1 <input checked="" type="radio"/> 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	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="radio"/> 有 / 無	有 / <input checked="" type="radio"/> 無	18.0 m ²	17	一般居室個室
	タイプ2	<input checked="" type="radio"/> 有 / 無	有 / <input checked="" type="radio"/> 無	18.6 m ²	6	一般居室個室
	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		ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房		2ヶ所	
	共用浴室	2ヶ所	個室		1ヶ所	
			機械浴室		1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 <input checked="" type="radio"/> 2 なし					

	入居者や家族が利用できる調理設備	1 あり	2 <input checked="" type="radio"/> なし
	エレベーター	<input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> あり	2 なし
	自動火災報知設備	1 <input checked="" type="radio"/> あり	2 なし
	火災通報設備	1 <input checked="" type="radio"/> あり	2 なし
	スプリンクラー	1 <input checked="" type="radio"/> あり	2 なし
	防火管理者	1 <input checked="" type="radio"/> あり	2 なし
	防災計画	1 <input checked="" type="radio"/> 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	「私がお世話になりたい」と思える介護を経営理念とし決して贅沢な施設や派手さはありませんが職員とご利用者が共に手のとりあえる、痒いところに手の届くサービスを目指し子や孫世代の負担を少しでも軽くできるようにします。私たちは、敬愛・博愛・慈愛の3つの愛を基本方針としすべての人に暖かく接し致します
サービスの提供内容に関する特色	
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="radio"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	<input checked="" type="radio"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="radio"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="radio"/> 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 checked="" type="radio"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="radio"/> 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

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	個別機能訓練加算	1 あり	2 <input checked="" type="radio"/> なし
	夜間看護体制加算	1 あり	2 <input checked="" type="radio"/> なし
	医療機関連携加算	1 あり	2 <input checked="" type="radio"/> なし
	看取り介護加算	1 あり	2 <input checked="" type="radio"/> なし

	認知症専門 ケア加算	(I)	1	あり	2	なし
		(II)	1	あり	2	なし
	サービス提 供体制強化 加算	(I)イ	1	あり	2	なし
		(I)ロ	1	あり	2	なし
		(II)	1	あり	2	なし
		(III)	1	あり	2	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		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 入退院の付き添い (提携病院以外有料) 3 通院介助 4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	山本病院
		住所	東京都清瀬市野塩1丁目328番地
		診療科目	内科
		協力内容	24時間対応 定期往診、訪問による健康相談
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	有貴歯科クリニック
		住所	埼玉県所沢市小手指町3-9-1 グランデール小手指2号1-C
		協力内容	定期往診 現地治療 口腔ケア

(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
留意事項	自立している方であっても介護、独居生活にお困りの場合相談ください。				
契約の解除の内容	入居契約書第29条による				
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第27条			
	解約予告期間	3ヶ月			

入居者からの解約予告期間		14日
体験入居の内容	1 あり (内容: 1泊2食 4,500円 (税別)) 2 なし	
入居定員		23人
その他		

5. 職員体制

(職種別の職員数)

	職員数 (実人数)		
	合計	常勤	非常勤
管理者	1	1	
生活相談員	2	1	1
直接処遇職員	2	1	1
介護職員	2	1	1
看護職員			
機能訓練指導員			
計画作成担当者	1		1
栄養士			
調理員	2		2
事務員	1	1	
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		40時間	

(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	4	3	1
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	3	1	2
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			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (19時～ 7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							
		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										
前年度1年間の退職者数										
応じた業務に従事した経験年数に の人数	1年未満									
	1年以上									
	3年未満									
	3年以上									
	5年未満									
	5年以上									
	10年未満									
10年以上										
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	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	2 ①
要介護状態に応じた金額設定	1 あり	2 ①
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	社会環境の大幅な改正及び激変が生じた場合
	手続き	運営懇談会にはかり個別契約

(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	要支援1～要介護5	要支援1～要介護5
	年齢	65歳	65歳
居室の状況	床面積	18.0㎡	18.6㎡
	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	0円
	敷金	180,000円	180,000円
月額費用の合計		137,000、143,000円	139,000、145,000円
		円	円
2	家賃相当額	63,000円	65,000円
	食費(税別)	39,000、45,000円	39,000、45,000円
	管理費(非課税)	25,000円	25,000円
	介護費用(税別)	10,000円	10,000円
	光熱水費	0円	0円
	その他	円	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	近隣家賃相場に準じて
敷金	家賃の 約3ヶ月分
介護費用	人件費及び消耗品等による (介護保険サービスの自己負担額は含まない)
管理費	水光熱費及び管理にかかる人件費による
食費	人件費、食材費による 朝 350 円～400 円 昼 450 円～550 円 夜 500 円～550 円 30 日積算
光熱水費	管理費に含む
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	人件費及び消耗品費等による別添2参照
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	人
	女性	人
年齢別	65 歳未満	人
	65 歳以上 75 歳未満	人
	75 歳以上 85 歳未満	人
	85 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	人
	要介護 2	人
	要介護 3	人
	要介護 4	人
	要介護 5	人
入居期間別	6ヶ月未満	人
	6ヶ月以上1年未満	人
	1年以上5年未満	人
	5年以上10年未満	人

	10年以上15年未満	人
	15年以上	人

(入居者の属性)

平均年齢		歳
入居者数の合計		人
入居率*		%
※ 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	人
	医療機関	人
	死亡者	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		株式会社夢くらぶ 総務事務係
電話番号		04-2938-5055
対応している時間	平日	8:45~17:15
	土曜	8:45~17:45
	日曜・祝日	祝日のみ 9:30~16:30
定休日		日曜日 12/31~1/3
窓口の名称		埼玉県福祉部高齢者福祉課
電話番号		048-830-3254
対応している時間	平日	8:45~17:15
	土曜	
	日曜・祝日	

定休日	土曜日、日曜日 12/29～1/3
-----	-------------------

(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 <input checked="" type="radio"/> あり	(その内容) 介護施設総合保険 介護保険、社会福祉事業者総合保険
	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	1 <input checked="" type="radio"/> あり	(その内容) 直ちに救急要請を行うとともに、入居者の身元引受人、行政機関に報告し必要な措置を講じます。
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	1 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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="radio"/> 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="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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

	<input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> あり	(開催頻度) 年 2 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 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 <input checked="" type="radio"/> 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	なし	
「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		

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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	ヘルパース テーション ねこの手	所沢市けやき台2丁目15-6 煉瓦館302
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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	アリスの広 場	所沢市小手指元町2丁目29 -72
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	<input type="checkbox"/>		
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	ヘルパース テーション ねこの手	所沢市けやき台2丁目15-6 煉瓦館302
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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	アリスの広 場	所沢市小手指元町2丁目29 -72
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	<input type="checkbox"/>		

<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） （特定施設入居者生活介護の利用料で、実施するサービス（利用者一部負担※1） 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※3	料金※3	備考
	なし	あり				
介護サービス						
食事介助	なし	あり	○			
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	○			
おむつ代	なし	あり	○			
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	○		ただし1日4枚超える場合実費	
特浴介助	なし	あり	○		500円	週2回を超える場合有料
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	○		800円	週2回を超える場合有料
機能訓練	なし	あり	○			
通院介助	なし	あり	○			提携病院及び入居時に指定された病院
生活サービス						
居室清掃	なし	あり	○			
リネン交換	なし	あり	○			
日常の洗濯	なし	あり	○			
居室配膳・下膳	なし	あり	○			
入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし	あり	○			原則食堂利用移動困難、集団困難の場合特別料金（入居時相談可）
おやつ	なし	あり	○			
理美容師による理美容サービス	なし	あり	○			
買い物代行	なし	あり	○			
役所手続き代行	なし	あり	○			
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回協力病院
健康相談	なし	あり	○			看護師による巡回相談
生活指導・栄養指導	なし	あり	○			
服薬支援	なし	あり	○			
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	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	○		3,500円	介護タクシー利用タクシー費用別途実費
入退院時の同行	なし	あり	○		3,500円	協力病院以外介護タクシー利用
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	○			
入院中の見舞い訪問	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、サービスの利用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。