

(別 紙)

別紙様式

住宅型有料老人ホーム
 重要事項説明書

記入者名	中村幸一	記入年月日	2019.10.1
		所属・職名	ベストタイムアリス 施設長

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	あり (株)
	名称	(ふりがな) 株式会社 アリスの夢
事業主体の主たる事務所の所在地	〒359-1146	
	埼玉県所沢市小手指南4-13-6	
事業主体の連絡先	電話番号	04-2947-8111
	FAX番号	04-2947-8112
	ホームページアドレス	あり : http://www.alice-no-yume.co.jp
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	野口 智恵
	職名	代表取締役 社長
事業主体の設立年月日	2002年3月8日	
事業主体が当該都道府県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
居宅介護支援事業所	ケアステーションアリスの夢	同上
デイサービスセンター	デイサービスアリスの夢	埼玉県所沢市小手指南4-13-6
デイサービスセンター	認知症対応型通所介護アリスの夢	埼玉県所沢市小手指南4-13-6
ヘルパーステーション	ケアステーションアリスの夢	埼玉県所沢市小手指南4-13-6
デイサービスセンター	デイサービスセンターとことこ	埼玉県所沢市小手指町3-11-10
訪問看護ステーション	アリスの夢訪問看護	埼玉県所沢市小手指町3-11-10

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		
事業所等の名称	(ふりがな) ベストタイムアリス	
事業所等の所在地	〒359-1146 埼玉県所沢市小手指南4-13-4	
事業所等の連絡先	電話番号	04 - 2947 - 8111
	FAX番号	04 - 2947 - 8112
	ホームページ アドレス	あり： http://www.alice-no-yume.co.jp
	施設の開設年月日	2004年10月20日
施設の管理者の氏名 及び職名	氏名 中村 幸一 職名 施設長	
施設までの主な利用交通手段		
西武池袋線 小手指駅下車 バス 椿峰ニュータウン行き 高峰下車 徒歩5分		

施設の類型及び表示事項	《類型》住宅型有料老人ホーム
	《表示事項》 ○居住の権利形態：利用権方式 ○利用料の支払い方式：月払方式 ○入居時の要件：自立、要支援、要介護 ○介護保険：在宅サービス利用可 ○居室区分：全室個室(夫婦部屋2室有) ○その他：

3. 従業員に関する事項（2019年10月 1日現在）

職種別の従業員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				1	1
生活相談員					0	0
看護職員			1		1	1
介護職員(訪介職員兼業)			1		1	0.7
栄養士(業者委託)	1				1	1
調理員(業者委託)				5	5	5
事務員	1				1	1
その他従業者			3			1
1週間のうち、常勤の従業員が勤務すべき時間数 37.5						
※ 常勤換算人数とは、当該事業所の従業員の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業員が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業員の人数を常勤の従業員の数に換算した人数をいう。						
夜勤を行う職員の数	最少時の人数(宿直の従事者を除いた人数)				2	
	平均時の人数				2	

4. サービスの内容

施設の運営に関する方針	
<p>私がお世話になりたいと思える介護を目指して、3つの愛(敬愛、博愛、慈愛)をモットーに、各分野で知識と経験を重ねてきたスタッフがご利用者様のお力になっていきます。私たちは、介護する人、される人すべての人がチームを合言葉に職員一丸となって取り組んでいきます。</p>	
サービスの内容、協力医療機関	
利用者の個別的な選択による介護サービスの実施状況	別紙
協力医療機関の名称	きたはたファミリークリニック
<p>(協力の内容) 入居者の健康管理、体調不良者の往診、相談、夜間の緊急時の連絡</p> <p>アリスの夢が、医療費の請求代行を致します。</p>	
協力歯科医療機関	提携等の有無 無
その名称：奥原歯科医院	
<p>(協力の内容) 入居者の健康保持、緊急時の対応、訪問診療、健康相談</p>	

入居対象	対象・非対象の別
自立している者を対象	対象
要支援の者を対象	対象
要介護の者を対象	対象
<p>留意事項 ①65歳以上の方を対象としているが、40歳以上で介護保険第2号被保険者も対象としている。ご夫婦でご入居の場合は、一方が65歳以上。 ②感染症は応相談③共同生活が円滑に営める方</p>	

<p>契約の解除の内容</p>	<p><事業者からの契約解除></p> <p>1 事業者は、入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことが本契約を将来にわたって維持することが社会通念状著しく困難と認められる場合に、本契約を解除することがあります。</p> <p>一 入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき</p> <p>二 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞するとき</p> <p>三 第19条の規定に違反したとき</p> <p>四 入居者の行動が、他の入居者又は職員の生命に危害を及ぼし、又はその危害の切迫したおそれがあり、集団生活が円滑に営めないと判断した場合、かつ施設における通常の接遇方法等ではこれを防止することができないとき</p> <p>2 前項の規定に基づく契約の解除の場合、事業者は次の各号に掲げる手続きを書面で行います。</p> <p>一 契約解除の通告について90日の催告期間をおく</p> <p>二 前号の通告に先立って入居者及び身元引受人等に弁明の機会を設ける</p> <p>三 解除催告の予告期間中に入居者の移転先の有無について確認し、移転先がない場合には入居者や身元引受人等と協議し、移転先の確保に協力する。</p> <p>3 本条1項第四号によって契約を解除する場合は、事業者は前項のほか、書面にて次の手続きを行います。</p> <p>一 医師の意見を聴く</p> <p>二 一定の観察期間をおく</p> <p><入居者からの解除></p> <p>1 入居者は、事業者に対して30日前に解除の申し入れを行う事により本契約を解除することができます。解約の申し入れは事業者の定める解約届を事業者に届け出るものとします。</p> <p>2 入居者が前項の解約届を提出せず居室を退去した場合、事業者が退去の事実を知った日の翌日から起算して30日目をもって、本契約は解除されたものとします。</p>
<p>体験入居の内容</p>	<p>7日間を原則としている。1日 本体金額 10,000円 税込金額 (10%) 11,000円 (介助、オムツ代別途となります)</p>
<p>入居定員</p>	<p>27人</p>
<p>その他</p>	<p>契約締結日＝入居開始日としますので、月額利用料は、契約締結日からの日割計算となります。</p>

5. 住み替えに関する事項

入居後に居室等を住み替える場合	
一時介護室へ移る場合 介護室なし	
判断基準・手続について	
(その内容)	
追加的費用の有無	
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	
従前の居室からの面積の増減の有無	
従前居室との仕様の変更	
便所の変更の有無	
浴室の変更の有無	
洗面所の変更の有無	
台所の有無	
その他の変更の有無	
(その内容)	
他の居室へ移る場合	
判断基準・手続について	
(その内容) 病状の変化、要介護状態の変化に伴い、当該居室では適切な介護を実施できない恐れが生じた場合、事前に本人、及び保証人と協議の上、より適切な居室の変更を検討します。 また、夫婦部屋をご利用の場合、ご一方が退去された場合は、お一人部屋に空室がある場合は、移動していただく場合があります	
追加的費用の有無	無、 現居室の清掃費用については実費請求します
居室利用権の取扱い	
(その内容)	
現居室の利用権を移行できます。居室変更の書類を提出します	
入居一時金償却の調整の有無	なし
従前の居室からの面積の増減の有無	なし
従前居室との仕様の変更	
便所の変更の有無	なし
浴室の変更の有無	なし
洗面所の変更の有無	なし
台所の有無	あり (3階のみ電磁調理器あり)
その他の変更の有無	夫婦部屋については中仕切りドアあり

	(その内容)
他の施設に移る場合の条件等	

6. 入居者の状況（2019年10月1日現在）

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						0
65歳以上75歳未満						0
75歳以上85歳未満	1		2	1		4
85歳以上	5	5	1	3	6	20
	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						
75歳以上85歳未満						
85歳以上		2	1			3
入居者の平均年齢	88.6					
入居者の男女別人数	男性	5		女性	22	
入居率（一時的に不在となっている者を含む。）						100
前年度に退去した者の人数						
	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
医療機関					1	1
死亡者		2			1	3
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		1				1
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	5	2	16	2	2	0

7. 施設設備の状況

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					○	
居室の状況	建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物						
	区分	有・無	室数	人数	1の居室の床面積		
	一般居室個室	有	23		18.7 m ²		
	一般居室夫婦部屋	有(中仕切りドア)	2	4	18.7×2 m ²		
	一般居室相部屋	無			m ²		
	一般居室相部屋	無			m ²		
	一般居室相部屋	無			m ²		
一時介護室	無			m ²			
共用便所の設置数	うち男女別の対応が可能な数					無	
個室の便所の設置数	うち車椅子等の対応が可能な数					3	
浴室の設備状況	個室における便所の設置割合					100%	
	うち車椅子等の対応が可能な数					27	
浴室の設備状況	浴室の数		個浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴	
	1				1		
その他、浴室の設備に関する事項							
食堂の設備状況							
厨房の有無			有				
入居者が調理できるキッチン等の有無			無				
その他、共用施設の有無							
有		(その内容) 談話室、バルコニー、庭、理美容室					
バリアフリーの対応状況							
(その内容) 施設内、段差なし、							
緊急通報装置(ナースコール)の設置状況			各居室内にあり				
外線電話回線の設置状況			各居室内にあり				
テレビ回線の設置状況			各居室内にあり				
施設の敷地に関する事項							
敷地の面積			1474.6 m ²				
事業所を運営する法人所有の有無			無				
抵当権の設定の有無			無				
貸借(借地)							
		あり	契約期間	始	16.11.1	終	46.7.31
			契約の自動更新の有無				有
施設の建物に関する事項							
建物の延床面積			1364.58 m ²				
事業所を運営する法人所有の有無			無				
抵当権の設定の有無			無				
貸借(借家)							
		あり	契約期間	始	16.11.1	終	46.7.3
			契約の自動更新の有無				有

8. 苦情窓口及び賠償等

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する窓口			
窓口の名称	ベストタイムアリス		
電話番号	04-2947-8111		
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	
定休日等			
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	1 埼玉県高齢者福祉課		
電話番号	①048-824-2111		
対応している時間	平日	①8:30~17:00	
	土曜	なし	
	日曜・祝日	なし	
定休日等	土曜日、日曜日、祝日、年末年始		
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			
	あり	(その内容) 福祉事業者総合賠償責任保険	
その他、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			
	あり	(その内容) 県、高齢者福祉課へ報告し、適切な処置をとる	
サービスの提供内容に関する特色等			
(その内容) 施設をご利用される方が、自分らしく我が家で同じ生活が出来るように、個々のニーズをお聞きしながら、その方に合った生活を提供しています。 看護師による健康管理体制を整え、医療的ニーズの高い方の受け入れも可能です。 また、地域との交流機会もあり、地域に出かけることも可能です。			
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			
	あり	実施した年月日	2010年9月
		当該結果の開示状況	あり
第三者による評価の実施状況			
	なし	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	

9. 利用料金

年齢により一時金の料金が異なる場合の有無		無	
一時金に関する費用			
①居室に要する一時金（一般居室や介護居室、共用部分の利用のための家賃相当額に充当されるもの）の有無		無	
名称			
		最低の額	最高の額
1	人の入居の場合		最多価格帯
		最低の額	最高の額
2	人の入居の場合		最多価格帯
		最低の額	最高の額
		円	円
		円	円
一時金の償却に関する事項			
償却開始	入居をした月の償却開始の有無		
	上記以外	(その内容)	
初期償却率 (%)		%	
償却年月数		ヶ月	
解約時返還金の算定方法			
保全措置の有無及びその内容		無	
②利用者の選択によるサービス利用料の有無		無	
「有」の場合、その内容及び利用料			
名称			
一時金の償却に関する事項			
償却開始	入居をした月の償却開始の有無		
	サービス提供を開始した月の償却の有無		
	上記以外	(その内容)	
初期償却率 (%)		%	
償却年月数		ヶ月	
解約時返還金の算定方法			
保全措置の有無及びその内容		(その内容)	

3 その他に要する一時金の有無		無
(「有」の場合、その内容及び利用料)		
名称		
解約時返還金の算定方法		
保全措置の有無及びその内容		
一時金に対する留意事項等の有無 : 無		
(「あり」の場合、その内容)		
入居までに支払う費用の有無 : 有		総額 302,000円
名称	敷金	
金額		非課税 280,000万円
用途	月払い利用料を滞納した場合の補填及び、退去時の居室修繕費用に使用する。	
名称	事務手数料	
金額	本体金額 20,000円	税込金額 22,000円
用途	入居に関わる事務手数料(面談、書類作成費等)として領収する。返金はいたしません。	
月額の利用料		228,600円
管理費の有無	有	本体金額 30,000円 税込金額 33,000円
(「あり」の場合、その用途) 水道光熱費、共用スペースの維持管理費、フロントサービス費、事務費。		
食費の有無	有	本体金額 60,000円 税込金額 66,000円 (30日の場合)
(「あり」の場合、その内容) 朝、昼、夕食、おやつ を1日の食費として、2,000円(本体金額)。それに月の食事注文日数を掛けた費用が月の食費となります。		
光熱水費の有無	有	管理費に含む(7,8,9,12,1,2,月は追加料金あり)
利用者の個別的な選択によるサービス利用料の有無		
個別的な選択による介護サービス		実費負担
(「あり」の場合、その内容及び利用料) 陶芸教室、書道、園芸などの趣味、娯楽に関する費用・・・実費 美容サービス、年2回程度の居室の大掃除(業者委託) 介護保険外の外出付き添い		
家賃相当額の有無	有	非課税 90,000円
その他に必要な月額利用料の有無		有
(「あり」の場合、その内容及び利用料) サポート料・・・本体金額 36,000円 税込金額 39,600円 内容別紙 「ベストタイムアリス介護サービス一覧表」とする。		
その他、一時金及び利用料以外に必要な利用料		円
(「あり」の場合、その内容及び利用料)		

10. その他

埼玉県有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項の有無			
無	(その内容)		
近隣で指定されている介護保険事業者の内容		別紙参照	
介護サービスの種類	事業所名	所在地	電話番号
関係する許認可等の窓口			
許認可等の内容	関係機関名	所在地	電話番号
建築確認	所沢市役所 建築課	所沢市並木1-1-1	04-2998-1111
消防設備・防災計画	所沢市中央消防署 西分署	所沢市北野3006-1	04-2949-1190
有料老人ホームの届出	埼玉県福祉部福祉課	さいたま市浦和区高砂3-15-1	048-830-3254

添付書類：「サービス等の一覧表」

※ _____ 様

説明年月日 年 月 日

説明者署名 _____

本日、重要事項の説明を受け、重要事項説明書の書類を受領しました。

年 月 日

氏名 _____