

重要事項説明書

記入年月日	令和元年4月6日
記入者名	野口 将太
所属・職名	総務事務係

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) ぐるーぷりびんぐありすのいえろーずかん グループリビングアリスの家ローズ館
所在地	〒359-1145 埼玉県所沢市上新井5丁目15-13

主な利用交通手段	最寄駅	西武池袋線西所沢駅
	交通手段と所要時間	西武池袋線西所沢駅徒歩 10 分 西武医新宿線新所沢駅徒歩 15 分
連絡先	電話番号	04-2929-0074
	FAX番号	04-2968-4423
	ホームページアドレス	http://
管理者	氏名	今野 正一
	職名	施設管理者
建物の竣工日		昭和・平成 年 月 日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成26年年 5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	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	704.02 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 なし
		契約期間	① あり (H25年 4月 1日～R15年 3月 31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	277.53 m ²			
		うち、老人ホーム部分	277.53 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 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 なし				
契約期間		1 あり (年 月 日 ~ 年 月 日) 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	2人部屋			
		最大	2人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
	タイプ1	有/無	有/無	10.73 m ²	3	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	7.6 m ²	5	一般居室個室
	タイプ3	有/無	有/無	20.28 m ²	1	一般居室相部屋
	タイプ4	有/無	有/無	10.35 m ²	1	一般居室相部屋
	タイプ5	有/無	有/無	11.46 m ²	1	一般居室相部屋
	タイプ6	有/無	有/無	11.28 m ²	1	一般居室相部屋
	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	1ヶ所
	共用浴室	1ヶ所	個室	1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	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） ③ 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	「私がお世話になりたい」と思える介護を経営理念とし職員とご利用者様が共に手のとりあえる痒いところに手の届くサービス目指します。
----------	---

サービスの提供内容に関する特色	花の水まきや庭でのお茶などガーデニングも楽しめます。
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 入退院の付き添い 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 1-328
		診療科目	内科
		協力内容	定期往診、現地治療、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 2-1-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	自立されている方であっても介護、独居生活にお困りの方は、ご相談下さい。	
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	17 人	
その他		

5. 職員体制

(職種別の職員数)

	職員数 (実人数)			常勤換算人数 ※1※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1		1
生活相談員	1		1	0.5
直接処遇職員				
介護職員	3	2	1	2
看護職員			1	0.1
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
事務員	1		1	0.5
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	

※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	2
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	2	2	
介護支援専門員			

(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 (17時～ 10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											
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	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	
	② 月払い方式	
年齢に応じた金額設定	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
	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	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				
	年齢		歳	歳	
居室の状況	床面積		m ²	m ²	
	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		円	円	
	敷金		100,000 円	100,000 円	
月額費用の合計			円	円	
家賃			55,000 円	51,000 円	
サービス費用	介護保険外 ^{※2}			円	円
		食費（税別）		45,000 円	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
		衛生費（税別）		5,000 円	5,000 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	
敷金	家賃の 3ヶ月分
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	
食費	
光熱水費	
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	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	8：45～17：15
	日曜・祝日	祝日のみ 9：30～16：30
定休日		日曜日、12/31～1/3

(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 あり	(その内容) 介護施設総合保険
	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 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
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) 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 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		
「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		
不適合事項がある場合の内 容	居室面積、廊下幅	

添付書類：別添1（別を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"/> あり <input type="checkbox"/> なし	ヘルパーステーションねこの手	
訪問入浴介護	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
訪問看護	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
通所介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input 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	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
短期入所生活介護	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
短期入所療養介護	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
福祉用具貸与	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
特定福祉用具販売	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
夜間対応型訪問介護	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
認知症対応型通所介護	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
認知症対応型共同生活介護	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
看護小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
居宅介護支援	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
<居宅介護予防サービス>			
介護予防訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
介護予防訪問入浴介護	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
介護予防訪問看護	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
介護予防訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
介護予防居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
介護予防通所介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
介護予防通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
介護予防短期入所生活介護	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		

介護予防短期入所療養介護	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防福祉用具貸与	あり	<input type="checkbox"/>		
特定介護予防福祉用具販売	あり	<input type="checkbox"/>		
<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	<input type="checkbox"/>		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	<input type="checkbox"/>		
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	<input type="checkbox"/>		
介護老人保健施設	あり	<input type="checkbox"/>		
介護療養型医療施設	あり	<input type="checkbox"/>		

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						なし	あり		
	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
介護サービス									
食事介助	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	○				
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	○				
おむつ代			なし	<input checked="" type="checkbox"/>	○				
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>			500円	但週2回超える場合有料	
特浴介助	なし	あり	<input type="checkbox"/>	あり					
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>					
機能訓練	なし	あり	<input type="checkbox"/>	あり					
通院介助	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>				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	なし	<input checked="" type="checkbox"/>					
リネン交換	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>					
日常の洗濯	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>					
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>				原則食堂利用移動困難、集団困難の場合	
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	<input checked="" type="checkbox"/>				入居時に相談	
おやつ			なし	<input checked="" type="checkbox"/>					
理美容師による理美容サービス			なし	<input checked="" type="checkbox"/>					
買い物代行	なし	あり	<input type="checkbox"/>	あり				※利用できる範囲を明確化すること	

役所手続き代行	なし	あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				
金銭・貯金管理			<input type="checkbox"/> なし	あり				
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	<input type="checkbox"/> あり				年1回協力病院
健康相談	なし	あり	なし	<input type="checkbox"/> あり				看護師による巡回相談
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	<input type="checkbox"/> あり				
服薬支援	なし	あり	なし	<input type="checkbox"/> あり				
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	<input type="checkbox"/> あり				
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	なし	あり	なし	<input type="checkbox"/> あり				指定病院
入退院時の同行	なし	あり	なし	<input type="checkbox"/> あり				指定病院
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				
入院中の見舞い訪問	なし	あり	<input type="checkbox"/> 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、月額サービス費用に含まれる場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。