

有料老人ホーム重要事項説明書（住宅型専用）

施設名	グループリビングアリスの家 清瀬館
定員・室数	24 人 ・ 24 室

有料老人ホームの類型・表示事項

類 型	住宅型
サ 付 登 録 の 有 無	無
居 住 の 権 利 形 態	利用権方式
利 用 料 の 支 払 方 式	月払い方式
入 居 時 の 要 件	混合型（自立除く）
介 護 保 険 の 利 用	居宅サービス利用可
居 室 区 分	定員1人

1 事業主体

名 称	法人等の種別		営利法人	
	フリカ`ナ	カ`シカ`イヤムクラブ		
	名 称	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番地の120			
連 絡 先	電 話 番 号	04-2938-5055		
	フ ァ ッ ク ス 番 号	04-2938-7000		
ホ ー ム ペ ー ジ	http://www.yumeclub.jp			
代 表 者 職 氏 名	役職名	代表取締役	氏名	野口 芳宏
設 立 年 月 日	平成18年6月18日			
主 な 事 業 等	通所介護・訪問介護・居宅介護支援・有料老人ホーム事業			

事業主体が東京都内で実施する介護保険制度による指定介護サービス

介護サービスの種類	箇所数	主な事業所の名称	所在地
<居宅サービス>			
訪問介護	1	三愛ヘルプケア	東京都清瀬市中清戸3-306-1
訪問入浴介護	なし		
訪問看護	なし		
訪問リハビリテーション	なし		
居宅療養管理指導	なし		
通所介護	なし		
通所リハビリテーション	なし		
短期入所生活介護	なし		
短期入所療養介護	なし		
特定施設入居者生活介護	なし		
福祉用具貸与	なし		
特定福祉用具販売	なし		
<地域密着型サービス>			
定期巡回・随時訪問介護・看護	なし		
夜間対応型訪問介護	なし		
地域密着型通所介護	なし		
認知症対応型通所介護	なし		
小規模多機能型居宅介護	なし		
認知症対応型共同生活介護	なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護	なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	なし		
複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）	なし		

居宅介護支援	なし		
<居宅介護予防サービス>			
介護予防訪問入浴介護	なし		
介護予防訪問看護	なし		
介護予防訪問リハビリテーション	なし		
介護予防居宅療養管理指導	なし		
介護予防通所リハビリテーション	なし		
介護予防短期入所生活介護	なし		
介護予防短期入所療養介護	なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	なし		
介護予防福祉用具貸与	なし		
介護予防特定福祉用具販売	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	なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	なし		
介護予防支援	なし		
<介護保険施設>			
介護老人福祉施設	なし		
介護老人保健施設	なし		
介護療養型医療施設	なし		
介護医療院	なし		

2 事業所概要

名 称	フリカ`ナ	グループリビングアリス/イキヨセカン		
	名 称	グループリビングアリスの家 清瀬館		
所 在 地	〒	204-0012		
	東京都清瀬市中清戸3-306-1			
連 絡 先	電 話 番 号	042-497-8625		
	ファックス番号	042-497-8627		
ホ ー ム ペ ー ジ	http://www.yumecclub.jp			
管 理 者 職 氏 名	役職名	施設長	氏名	飯森 仁
事 業 開 始 年 月 日	平成 29 年 11 月 1 日			
届 出 年 月 日	平成 29 年 9 月 1 日			
届出上の開設年月日	平成 29 年 11 月 1 日			
事業所へのアクセス	西武池袋線 清瀬駅 徒歩12分			

施設・設備等の状況											
敷地	権利形態	賃貸借	抵当権	あり							
	面積	782.66 m ²									
建物	権利形態	-	抵当権	あり							
	延床面積	555.53 m ²		うち有料老人ホーム分		298.55 m ²					
	竣工日	平成 17 年									
	階数	地上		3 階		地下		0 階			
		うち有料老人ホーム分		地上		3 階		地下		0 階	
	構造	耐火建築物		建築物用途区分		高齢者短期入所施設					
	併設施設等	あり (三愛ヘルプケア (訪問介護))									
賃貸借契約の概要	建物	契約期間	平成29年10月1日			～		平成49年9月30			
		自動更新	あり								
居室	階	定員	室数	面積							
	2階	1人	11	15.12 m ²		～		17.03 m ²			
	3階	1人	13	15.12 m ²		～		17.03 m ²			
				m ²		～		m ²			
				m ²		～		m ²			
				m ²		～		m ²			
一時介護室	階	定員	室数	面積							
				m ²		～		m ²			
				m ²		～		m ²			
便所	居室	全室設置		共同便所	2 箇所 (男女共用)						
浴室	居室	設置なし		共同浴室	個浴：1 大浴槽：1 機械浴：1						
	併設施設との共用			なし ()							
食堂	兼用	あり (機能訓練室)									
	併設施設との共用			なし ()							
その他の共用施設	あり (談話室)										
エレベーター	あり 1 基										
消防設備	自動火災報知設備		あり	火災通報装置		あり	スプリンクラー			あり	
緊急呼出装置	居室		あり	便所		あり	浴室		あり	脱衣室	あり

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								
職種	実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数	兼務状況等
		専従	非専従	専従	非専従			
① 有料老人ホームの職員の人数及びその勤務形態								
管理者 (施設長)	1					1人	1.0	
生活相談員			1	1		2人	1.0	介護職員
看護職員：直接雇用					1	1人	0.2	介護職員
看護職員：派遣						0人		
介護職員：直接雇用	1	2	4			7人	2.4	事務職員
介護職員：派遣						0人		
機能訓練指導員						0人		
計画作成担当者						0人		
栄養士						0人		
調理員						0人		
事務員			1			1人	0.5	介護職員
その他従業者						0人		
② 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数						40 時間		

③-1 介護職員の資格					
資格	延べ 人数	常勤		非常勤	
		専従	非専従	専従	非専従
介護福祉士		1	1	1	
実務者研修					
介護職員初任者研修			1	3	
介護支援専門員					
たん吸引等研修（不特定）					
たん吸引等研修（特定）					
資格なし					

③-2 機能訓練指導員の資格					
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	0	0	0
作業療法士		0	0	0	0
言語聴覚士		0	0	0	0
看護師又は准看護師		0	0	0	1
柔道整復師		0	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師		0	0	0	0
はり師又はきゅう師		0	0	0	0

③-3 管理者（施設長）の資格	介護福祉士
-----------------	-------

④ 夜勤・宿直体制	
配置職員数が最も少ない時間帯	19 時 30 分～ 6 時 0 分
上記時間帯の職員配置数	介護職員 1 人以上 看護職員 0 人以上

従業者の職種別・勤続年数別人数（本事業所における勤続年数）											
勤続 年数	職種	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
1年未満											
1年以上3年未満											
3年以上5年未満			1	3	4	1	1				
5年以上10年未満											
10年以上											
合計		0	1	3	4	1	1	0	0	0	0

4 サービスの内容

提供するサービス	
食事の提供サービス	あり（配食サービス）
食事介助サービス	あり
入浴介助サービス	あり
排せつ介助サービス	あり
居室の清掃・洗濯サービス等家事援助サービス	あり
相談対応サービス	あり
健康管理サービス（定期的な健康診断実施）	あり
服薬管理サービス	あり
金銭管理サービス	なし
定期的な安否確認の方法	職員2時間ごと居室目視確認及びパブリックスペースにおいてモニター確認
施設で対応できる医療的ケアの内容	なし

医療機関との連携・協力		
協力医療機関(1)	名称	山本病院
	所在地	東京都清瀬市野塩1丁目328番地
	協力の内容	24時間対応、定期往診
協力医療機関(2)	名称	
	所在地	
	協力の内容	
協力歯科医療機関	名称	有貴歯科クリニック
	所在地	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
	協力の内容	定期往診、現地治療、口腔ケア
利用者の個別的な選択によるサービス提供	あり	
運営懇談会の開催	あり (年 1 回予定)	
入居者の人数が少ないなどのため実施しない場合の代替措置	なし	
自費によるショートステイ事業	あり	
入居に当たっての留意事項		
入居の条件	年齢	65歳以上
	要介護度	要介護1以上
	医療的ケア	常時医療的ケアを必要な方は、ご入居できません
	認知症	可
	その他	なし
身元引受人等の条件、義務等	あり。いない場合措置あり	
体験入居	利用期間	1泊より
	利用料金	1泊2食4620円
	その他	オムツ等実費となります
入院時の契約の取扱い	入院中においても利用権が継続します。その為室料、管理費を支払う必要があります。	
やむを得ず身体拘束を行う場合の手続	あり。いない場合措置あり。身体拘束3要件を照らし施設職員、主治医等によるカンファレンスにおいて緊急やむを得ないと判断された場合、本人及び身元引受人に説明後実施する。実施中は記録を作成し早期の解除に努める。	
事業者からの契約解除	入居契約書第27条による	
要介護時における居室の住み替えに関する事項		
一時介護室への移動	なし	
判断基準・手続		
利用料金の変更		
前払金の調整		
従前居室との仕様の変更		

その他の居室への移動	あり		
判断基準・手続	入居者の身体状況により事前に相談の上移動する。		
利用料金の変更	なし		
前払金の調整	なし		
従前居室との仕様の 変更	居室面積の変更		
提携ホーム等への転居	なし		
判断基準・手続			
利用料金の変更			
前払金の調整			
従前居室との仕様の 変更			
苦情対応窓口			
窓口の名称 1	株式会社夢くらぶ 総務事務課グループリビングアリスの家清瀬館		
電話番号	042-497-8625		
対応時間	9:30 ~ 17:30 (月曜日~金曜日) 年末年始を除く		
窓口の名称 2	東京都福祉保健局高齢社会対策部施設支援課		
電話番号	03-5320-4537		
対応時間	9:00 ~ 17:00 (月曜日~金曜日)		
窓口の名称 3	株式会社夢くらぶ 総務事務課グループリビングアリスの家樺峰館		
電話番号	04-2949-6647		
対応時間	9:30 ~ 17:30 (月曜日~金曜日)		
賠償責任保険の加入	あり 保険の名称：介護施設総合保険		
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			
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	あり		
東京都福祉サービス第三者評価の実施	なし	結果の公表	なし
その他機関による第三者評価の実施	なし	結果の公表	なし

5 入居者

介護度別・年齢別入居者数	平均年齢：	84.0 歳	入居者数合計：	24 人				
年齢 \ 介護度	自立	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
6 5 歳未満					1	0	2	
6 5 歳以上 7 5 歳未満					1	1		1
7 5 歳以上 8 5 歳未満				1	1	2	1	3
8 5 歳以上				2	3	2	1	2
合計	0	0	0	3	6	5	4	6
入居継続期間別入居者数								
入居期間	6月未満	6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	合計	
入居者数	3	2	12	7	0	0	24	
男女別入居者数	男性： 9 人		女性： 15 人					
入居率（一時的に不在となっている者を含む。）	100 %（定員に対する入居者数）							

直近1年間に退去した者の人数と理由			
理由	人数	理由	人数
自宅・家族同居		その他の福祉施設・高齢者住宅等へ転居	
介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）へ転居		医療機関への入院	1
介護老人保健施設へ転居		死亡	3
介護療養型医療施設へ転居		その他	
他の有料老人ホームへ転居		退去者数合計	4

6 利用料金

入居準備費用	なし	円
明内細訳		
支払日・支払方法	入居日までに指定口座に振り込み	
解約時の返還	なし	
敷金	あり	
金額	180,000 円 ※退去時に滞納家賃及び居室の原状回復費用を除き全額返還する。	

家賃及びサービスの対価

プランの名称	前払金	月額利用料	(内訳)				
			家賃	管理費	介護費用	食費	光熱水費
A	0円	156,100円	65,000	31,500	11,000	48,600	0
B	0円	158,100円	67,000	31,500	11,000	48,600	0
C	0円	160,600円	67,000	34,000	11,000	48,600	0
		0円					

各料金の内訳・明細	前払金	月額単価（ 円）× 想定居住期間（ 月） により算出 （月額単価の説明） （想定居住期間の説明）
	家賃	近隣居住地相当
	管理費	事務負担、消耗品（2000円）、共用部維持管理費（5000円）、水光熱費（訳18000円）衛生費（6500円）
	介護費用	介護サービス対象外のサービスに係る費用として設定、状態により11000円～32400円 ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
	食費	朝食 453 円・昼食 540 円・夕食 627 円 間食 0 円 1日当たり 1,620 円 × 30日で積算 厨房管理運営費 円など （食事をキャンセルする場合の取扱いについて） 欠食届を前日の午前中に提出及びご家族からの電話による届も可
	光熱水費	管理費に含まれる

前払金の取扱い	
支払日・支払方法	
償却開始日	
返還対象としない額	なし
	位置づけ
契約終了時の返還金の算定方式	
短期解約（死亡退去含む）の返還金の算定方式	期間：3か月 起算日：入居した日
返還期限	契約終了日から 日以内
保全措置	なし 保全先：
その他留意事項	
月額利用料の取扱い	
支払日・支払方法	月末締切翌5日支払 口座引き落とし及び振込現金支払い
その他留意事項	現金支払いの場合月曜日～金曜日の平日に限る
利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料	一部有料（サービスごとの料金は一覧表のとおり）
料金改定の手続	
事前に文書にて通知し運営懇談会時に改定同意書を徴求する。	

【料金プランの一例】

最も一般的・標準的なプランについて記入すること。

プランの名称	標準プラン (A)		
単位：円			
入居準備費用	敷金	前払金	月額利用料
0	180,000	0	156,100

※利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料及び介護保険サービスの自己負担額は含まない。

7 入居希望者等への事前の情報開示

入居契約書の雛形	入居希望者に公開	財務諸表の要旨	公開していない
管理規程	入居希望者に公開	財務諸表の原本	公開していない
事業収支計画書	入居希望者に公開	その他開示情報	特になし

添付書類： 介護サービス等の一覧表

東京都有料老人ホーム設置運営指導指針との適合表

重要事項説明書及び一覧表・適合表の各項目について説明を受け、理解しました。

_____年 月 日

署名 _____

説明年月日
_____年 月 日

説明者職・氏名 _____

職 _____

署名 _____

介護サービス等の一覧表（参考様式）

区分	（自 立）		（要支援、要介護Ⅰ～Ⅴ区分）	
	追加料金が発生しない（前払金又は月額利用料を含む）サービスに○	その都度徴収するサービス（料金を表示）	追加料金が発生しないもの 特定施設入居者生活介護のサービスに■ 前払金又は月額利用料を含むサービスに○	その都度徴収するサービス（料金を表示） 住宅型有料老人ホームにおいて外部の居宅サービス利用を原則とするサービスに▲
サービス				
<介護サービス>				
巡回 日中	○（2時間毎）		○（2時間毎）	
巡回 夜間	○（2時間毎）		○（2時間毎）	
食事介助	○（都度）		○（都度）	▲
排泄介助	○（都度）		○（都度）	▲
おむつ交換	○（都度）		○（都度）	▲
おむつ代		実費		実費（処理代1日9枚迄1月5,400円）
入浴（一般浴）介助	○（週2回）	追加1回500円	○（週2回）	▲
清拭				▲
特浴介助		▲（原則500円）		▲
身辺介助				▲
・体位交換			○（都度）	▲
・居室からの移動			○（都度）	▲
・衣類の着脱			○（都度）	▲
・身だしなみ介助			○（都度）	▲
機能訓練		▲		▲
通院介助（協力医療機関）		▲（1時間1000円）		▲
通院介助（上記以外）		▲（1時間1000円）		▲
緊急時対応			○（都度）	
オンコール対応	○（都度）		○（都度）	
<生活サービス>				
居室清掃	○（週2回）		○（週2回）	
リネン交換	○（月1回）	追加1回500円	○（月1回）	追加1回500円
日常の洗濯	○（週2回）	追加1回500円	○（週2回）	追加1回500円
居室配膳・下膳		▲（都度）		▲（都度）
嗜好に応じた特別食		▲（都度1食500円）		▲（都度1食500円）
おやつ	○（都度）		○（都度）	
理美容		▲（2000円）		▲（2000円）
買物代行（通常の利用区域）				
買物代行（上記以外の区域）				
役所手続き代行				
金銭管理サービス				

区分	(自 立)		(要支援、要介護Ⅰ～Ⅴ区分)	
	追加料金が発生しない(前払金又は月額利用料に含む)サービスに○	その都度徴収するサービス(料金を表示)	追加料金が発生しないもの	その都度徴収するサービス(料金を表示)
サービス			特定施設入居者生活介護のサービスに■ 前払金又は月額利用料に含むサービスに○	住宅型有料老人ホームにおいて外部の居宅サービス利用を原則とするサービスに▲
<健康管理サービス>				
定期健康診断			○	▲訪問医対応
健康相談	○		○	
生活指導・栄養指導	○		○	
服薬支援	○		○	
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	○		○	
医師の訪問診療		▲訪問医対応		▲訪問医対応
医師の往診		▲訪問医対応		▲訪問医対応
<入退院時、入院中のサービス>				
移送サービス				
入退院時の同行(協力医療機関)		▲(1時間1000円)		▲(1時間1000円)
入退院時の同行(上記以外)		▲(1時間1000円)		▲(1時間1000円)
入院中の洗濯物交換・買物				
入院中の見舞い訪問				
<その他サービス>				

施設名：グループリビングアリスの家 清瀬館

東京都有料老人ホーム設置運営指導指針との適合表

指針項目	該当に○	備考
安定的・継続的な居住の確保のための項目		
1 有料老人ホーム事業の継続を制限する恐れのある抵当権が設定されていないか。	適合 <input type="radio"/> 不適合 <input checked="" type="radio"/>	建物建築費用
2 借地・借家の場合、入居者の居住の継続を確実なものとするため、指針4(3)から(5)までに定めるすべての要件を満たしているか。	適合 <input checked="" type="radio"/> 不適合 <input type="radio"/> 非該当 <input type="radio"/>	
緊急時の安全確保のための項目		
3 有料老人ホーム(児童福祉施設等)の建物として建築基準法第7条第5項に規定する検査済証が交付されているか。	適合 <input checked="" type="radio"/> 不適合 <input type="radio"/>	
4 耐火建築物又は準耐火建築物であるか。	適合 <input checked="" type="radio"/> 不適合 <input type="radio"/>	
5 各居室・各トイレ・浴室・脱衣室のすべてにナースコール等緊急呼出装置を設置しているか。	適合 <input checked="" type="radio"/> 不適合 <input type="radio"/>	
6 【収容人員(従業員含む。)10人以上の施設】消防署に届け出た消防計画に基づき避難訓練を実施しているか。	適合 <input checked="" type="radio"/> 不適合 <input type="radio"/> 非該当 <input type="radio"/>	
7 消防法施行令に定める消防用設備(スプリンクラー設備等)を設置し、消防機関の検査を受けているか。	適合 <input checked="" type="radio"/> 不適合 <input type="radio"/>	
入居者の尊厳を守り、心身の健康を保持するための項目		
8 各居室は界壁により区分されているか。	適合 <input checked="" type="radio"/> 不適合 <input type="radio"/>	
9 各居室の入居者1人当たりの面積は壁芯13㎡以上(既存の建築物を転用した場合等で必要な要件を満たした場合は7.43㎡以上)であるか。	適合 <input checked="" type="radio"/> 不適合 <input type="radio"/>	
10 すべての居室の定員が1人又は2人(配偶者及び3親等以内の親族を対象)であるか。	適合 <input checked="" type="radio"/> 不適合 <input type="radio"/>	
11 入居時及び定期的に健康診断を受ける機会を提供しているか。	適合 <input checked="" type="radio"/> 不適合 <input type="radio"/>	
12 緊急時にやむを得ず身体拘束等を行う場合は、記録を作成することが決められているか。	適合 <input checked="" type="radio"/> 不適合 <input type="radio"/>	
入居者の財産を保全するための項目		
13 前払金について、規定された保全措置を講じているか。	適合 <input type="radio"/> 不適合 <input type="radio"/> 非該当 <input checked="" type="radio"/>	保全先：
14 前払金について、全額を返還対象としているか。(初期償却0の場合のみ「適」とする。)	適合 <input type="radio"/> 不適合 <input type="radio"/> 非該当 <input checked="" type="radio"/>	初期償却率： %
15 入居した日から3か月以内の契約解除(死亡退去含む)の場合については、既受領の前払金の全額(実費を除く。)を利用者に返還することが定められているか。	適合 <input type="radio"/> 不適合 <input type="radio"/> 非該当 <input checked="" type="radio"/>	

※ 開設日前にあっては見込みで記入し、実際の状況については備考欄に記入すること。
 ※ 不適合の項目については、その具体的な状況、指針適合に向け検討している内容及び改善の期限を原則として明記し、代替措置がある場合はその内容についても記入すること。