

重要事項説明書

記入年月日	2021年11月24日
記入者名	事業管理部
所属・職名	森 智恵

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成23年10月7日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙4の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の1から3まで及び6の内容については、別紙4の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

1. 事業主体概要

種類	法人	
	法人の場合、その種類	営利法人
名称	(ふりがな) あるそっくかいご かぶしがいしゃ A L S O K 介護株式会社	
主たる事務所の所在地	〒330-0856 埼玉県さいたま市大宮区三橋二丁目795番地	
連絡先	電話番号	048-631-3690
	FAX番号	048-631-2110
	ホームページアドレス	https://kaigo.alsok.co.jp
代表者	氏名	宮澤 裕一
	職名	代表取締役
設立年月日	平成 10年 1月 14日	
主な実施事業	※別添1（別に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) あみかづいらいなげ アミカヴィラ稲毛	
所在地	〒263-0054 千葉県千葉市稲毛区宮野木町2153-2	
主な利用交通手段	最寄駅	JR総武線「稲毛」駅
	交通手段と所要時間	バス15分「宮の杜カエデ通り」下車徒歩5分(約400m)
連絡先	電話番号	043-215-0711
	FAX番号	043-216-0780
	ホームページアドレス	
管理者	氏名	鈴木 孝子
	職名	管理者

建物の竣工日	平成 20年 4月 1日
有料老人ホーム事業の開始日	平成 20年 5月 10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	令和	2年 10月 1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	2,444.12㎡								
	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 (2008年4月1日～ 2033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			4,740.52㎡					
		うち、老人ホーム部分			1,659.61㎡					
	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 (2008年4月1日～ 2033年3月31日) 2 なし						
	契約の自動更新			① あり 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			1人部屋							
最大			2人部屋							
		トイレ	浴室	面積	戸数・	区分※				

					室数	
	タイプ 1	㊦ / 無	㊦ / 無	18.6㎡	75	
	タイプ 2	㊦ / 無	㊦ / 無	37.2㎡	10	
	タイプ 3	有 / 無	有 / 無	㎡		
	タイプ 4	有 / 無	有 / 無	㎡		
	タイプ 5	有 / 無	有 / 無	㎡		
	タイプ 6	有 / 無	有 / 無	㎡		
	タイプ 7	有 / 無	有 / 無	㎡		
	タイプ 8	有 / 無	有 / 無	㎡		
	タイプ 9	有 / 無	有 / 無	㎡		
タイプ 10	有 / 無	有 / 無	㎡			
共用施設	※「一般居室個室」「一般個室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。					
	共用便所における便房	12ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		4ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房		11ヶ所	
	共用浴室	7ヶ所	個浴		7ヶ所	
			大浴場		0ヶ所	
	共用浴室における介護浴槽	0ヶ所	チェアー浴		0ヶ所	
	介護浴槽	3ヶ所	リフト浴		1ヶ所	
			ストレッチャー浴		0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） 4 なし					
消防用設備	消火器	① あり	2	なし		
	自動火災報知設備	① あり	2	なし		
	火災通報装置	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	<p>①介護・医療との連携を最優先し、お客様へ「安心・安全」をご提供申し上げます。訪問介護事業における高齢者の介護を通して培った知識と経験を最大限生かし、介護と医療機関との連携を充実させて参ります。</p> <p>②アクティビティ、レクリエーション、サークル活動プログラムをご用意し、お客様の生きがいを支援いたします。</p> <p>-お客様とのコミュニケーションを通じ、お客様の声を聴き、「生きがい」創造に取り組んで参ります。</p> <p>③緑に恵まれた周辺環境を最大限活用し、生活を楽しんで頂く事を提案します。</p> <p>-近隣に存在する温浴施設、ショッピング施設等との連携を図り、施設内に限定されない豊かな毎日をお楽しみ頂けるよう努めます。</p> <p>④スタッフの質の向上を心がけます。</p> <p>-お客様がご納得頂けるサービスレベルの維持に向けて、定期的に研修、育成を実施します。</p>
サービスの提供内容に関する特色	<p>①様々な教養・文化・アクティビティプログラムの提供</p> <p>②趣味やクラブ活動などにもご利用いただけるホビールームの設置</p> <p>③美容師によるメイクアップをご利用いただける理美容室を設置</p> <p>④本人の希望により選ぶことができるお食事メニュー</p> <p>⑤重度の要介護の方でもご利用いただける入浴設備の設置</p>
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

（介護サービスの内容）特定施設入居者生活介護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体制の有無	入居継続支援加算		1	あり	2	なし
	生活機能向上連携加算		1	あり	2	なし
	個別機能訓練加算		1	あり	2	なし
	夜間看護体制加算		1	あり	2	なし
	若年性認知症入居者受入加算		1	あり	2	なし
	医療機関連携加算		1	あり	2	なし
	口腔衛生管理体制加算		1	あり	2	なし
	栄養スクリーニング加算		1	あり	2	なし
	退院・退所時連携加算		1	あり	2	なし
	看取り介護加算		1	あり	2	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 ③ 通院介助 ④ その他 ()				
協力医療機関	1	名称	幸有会記念病院			
		住所	千葉県花見川区こてはし町77-3			
		診療科目	内科（消化器、呼吸器、循環器、糖尿病、腎臓内科）、外科（消化器、内分泌、乳腺、人口透析外科）、泌尿器、整形外科、リウマチ科、婦人科、皮膚科、麻酔科			
		協力内容	・入居者の病状が急変等、緊急時（夜間、管理医師の休日を含む）の受診。 ・入居者が入院を必要とした場合の受入、及び医療機関の紹介または手配。 ・入居者の希望に応じた年2回の健康診断 ・入居者の希望に応じた月2回もしくは必要時の往診（医療費その他の費用は入居者の自己負担）			
	2	名称				
		住所				
		診療科目				
		協力内容				

協力歯科医療機関	名 称	寒竹歯科医院
	住 所	千葉県美浜区高洲3-10-1 サンフラワービレッジ稲毛海岸3F
	協力内容	入居者に対し、必要、希望に応じて、建物内での歯科診療。 (医療費その他の費用は入居者の自己負担)

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可		1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 3 その他（ ）	
判断基準の内容			
手続きの内容			
追加的費用の有無		1 あり 2 なし	
居室利用権の取り扱い			
前払い金償却の調整の有無		1 あり 2 なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	1 あり 2 なし	
	便所の変更	1 あり 2 なし	
	浴室の変更	1 あり 2 なし	
	洗面所の変更	1 あり 2 なし	
	台所の変更	1 あり 2 なし	
	その他の変更		(変更内容)
		1 あり	
	2 なし		

(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	自傷・他傷行為がある場合、病院での医療が適切と医師が判断した場合等は退去して頂く場合がございます。	
契約の解除の内容	第25条 乙の解約	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	第26条 甲の契約解除
	解約予告期間	3ヶ月
入居者からの解約予告期間	1ヶ月	
体験入居の内容	1 あり (内容 :)
	2 なし	
入居定員	95人	
その他		

5. 職員体制

※有料老人ホームの職員について記載すること（同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません）。

（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		1.0
生活相談員				
直接処遇職員	44	20	24	33.3
介護職員	38	19	19	29.7
看護職員	6	1	5	3.6
機能訓練指導員	3	2	1	2.1
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
事務員	2	2		2.0
その他職員	7		7	3.5
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				
※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	23	9	14
実務者研修の修了者	2	2	
初任者研修の修了者	5	4	1
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
看護師または准看護師			
理学療法士	2	1	1
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復師			
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（20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	3人	2人

（特定施設入居者生活介護等の提供体制）

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 （一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能）	契約上の職員配置比率 ※ 【表示事項】	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 d 3 : 1 以上
	実際の配置比率 （記入日時点での利用者数：常勤換算職員数）	: 1
※ 広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択		
外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制 （外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能）	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名称	
	通所介護事業所の名称	

（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		1		14	5						
前 年 度 1 年 間 の 退 職 者 数		2		5	3						
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	1	10	7			2	1		
	1 年 以 上 3 年 未 満			5							
	3 年 以 上 5 年 未 満		3	1	3						
	5 年 以 上 10 年 未 満		1		5						
	10 年 以 上			3	4						
	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 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)の取り扱い	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	消費者物価指数や人件費等を勘案し改定	
	手続き	改定の場合運営懇談会を開催する等して説明を行うとともに、事前に書面にて通知する	

(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		制限なし（自立含）	制限なし（自立含）
	年齢		75歳以上92歳未満	65歳以上
居室の状況	床面積		18.60㎡	18.60㎡
	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		6,000,000円	0円
	敷金		円	円
月額費用の合計			201,500円	291,500円
家賃			20,000円	110,000円
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用		円	円
	※2 介護保険外	食費	66,000円	66,000円
		管理費	77,000円	77,000円
		介護費用	円	円
		光熱水費	管理費に含む	管理費に含む
		その他（生活支援費）	38,500円	38,500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	土地建物賃借代、設備費用を基礎とし、専有部分での居住及び共有部分の利用料金
敷金	家賃の 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	光熱・水道・施設維持（共有部分の清掃・各設備点検 整備・エレベーター保守点検・消耗品関連・修繕等）
食費	朝550円（税込）、昼880円（税込）、夜1100円（税込）（月額でご利用の場合には毎月66,000円（税込））をレストランにてご利用いただけます。健康上等の理由により、1階レストランへの移動が難しい場合には、各階リビングでもご利用いただけます。 月額にてご利用の場合には、月の日数に関わらず、月額は一定です。また、喫食しない食事料金は、上記費用のうち材料費分（朝（264円）・昼（462円）・夜（594円））のみ、月額費用より差し引かれます。
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料	別添 2
その他のサービス利用料	

（特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠）

※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

費目	算定根拠
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担	
特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乘せサービス）	
※介護予防・地域密着型の場合を含む。	

（前払い金の受領）※前払金を受領していない場合は省略可能

算定根拠	土地建物賃借代、設備費用を基礎とし、平均余命を勘案した想定居住期間等に係る家賃相当額の一部
想定居住期間（償却年月数）	60ヶ月
償却の開始日	入居日
想定居住期間を超えて契約が継続する場合に	入居一時金ごとに異なる

備えて受領する額（初期償却額）		
初期償却率		入居一時金の15%
返還金の算定方法	入居後３月以内の契約終了	３月の起算日は入居日とし、月額利用料と月額償却額（１ヶ月未満の日数についてはその月の日数より日割計算）を差し引いた残額を返還。
	入居後３月を超えた契約終了	償却分を差し引き後の残額を返還します。
前払い金の保全先	① 連帯保証を行う銀行等の名称	
	② 信託契約を行う信託会社等の名称	三井住友銀行信託部
	③ 保証保険を行う保険会社の名称	
	④ 全国有料老人ホーム協会	
	⑤ その他（名称：　　　　　　　　　　　）	

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	16人
	女 性	56人
年 齢 別	6 5 歳 未 満	0人
	6 5 歳 以 上 7 5 歳 未 満	5人
	7 5 歳 以 上 8 5 歳 未 満	14人
	8 5 歳 以 上	53人
要 介 護 度 別	自 立	6人
	要 支 援 1	6人
	要 支 援 2	1人
	要 介 護 1	15人
	要 介 護 2	13人
	要 介 護 3	8人
	要 介 護 4	16人
入 居 期 間 別	要 介 護 5	7人
	6 ヶ 月 未 満	11人
	6 ヶ 月 以 上 1 年 未 満	9人
	1 年 以 上 5 年 未 満	32人
	5 年 以 上 1 0 年 未 満	14人
	1 0 年 以 上 1 5 年 未 満	6人
	1 5 年 以 上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	88.0歳
入居者数の合計	72人
入居率※	75.8%

※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	2人
	社会福祉施設	2人
	医療機関	0人
	死亡者	6人
	その他	3人
生前解約の状況	施設側の申し出	0人
		（解約事由の例）
	入居者側の申し出	7人
		（解約事由の例） 特養へ転居、自宅回帰

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		アミカヴィラ稲毛受付
電話番号		0120-4146-55
対応している時間	平日	9:00-18:00
	土曜	9:00-18:00
	日曜・祝日	9:00-18:00
定休日		なし

窓口の名称		千葉市 介護保険事業課
電話番号		043-245-5062
対応している時間	平日	9:00-17:00
	土曜	休み
	日曜・祝日	休み
定休日		土日、祝日、年末年始

窓口の名称		千葉市稲毛区 保健福祉センター高齢障害支援課
電話番号		043-284-6242
対応している時間	平日	9:00-17:00
	土曜	休み
	日曜・祝日	休み
定休日		土日、祝日、年末年始

窓口の名称		千葉県国保連合会 介護保険課 苦情相談窓口
電話番号		043-254-7428
対応している時間	平日	9:00-17:00
	土曜	休み
	日曜・祝日	休み
定休日		土日、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	① あり	損害保険ジャパン日本興亜株式会社
	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) サービス提供上の事故により入居者の生命等に損害が発生した場合、不可抗力による場合を除き賠償される。
	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	令和1年11月
		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	
「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	

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 平成 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。