

## 重要事項説明書

記入年月日	令和元年5月1日
記入者名	亀井 博明
所属・職名	イリーゼ八潮・ホーム長

※ 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	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	営利法人
名称	(ふりがな) ひとわけあさーびすかぶしきがいしゃ HITOWAケアサービス株式会社	
主たる事務所の所在地	〒106-0032 東京都港区六本木一丁目4番5号	
連絡先	電話番号	03-6632-7702
	FAX番号	03-5562-7551
	ホームページアドレス	<a href="http://www.irs.jp">http://www.irs.jp</a>
代表者	氏名	袴田 義輝
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 18年11月1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) いりーぜやしお イリーゼ八潮	
所在地	〒340-0815 埼玉県八潮市八潮 1-27-6	
主な利用交通手段	最寄駅	つくばエクスプレス 八潮駅

	交通手段と所要時間	つくばエクスプレス 八潮駅 より徒歩 14 分 (約 1.1 km)
連絡先	電話番号	048-996-3631
	FAX番号	048-996-3632
	ホームページアドレス	<a href="http://www.irs.jp/facility/yashio/">http://www.irs.jp/facility/yashio/</a>
管理者	氏名	亀井 博明
	職名	ホーム長
建物の竣工日		昭和・平成 26年2月20日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 26年3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	1171000530
	指定した自治体名	埼玉県
	事業所の指定日	平成 26年3月1日
	指定の更新日 (直近)	令和 2年2月29日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1,950.01 m <sup>2</sup>	
	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 (平成 26年3月1日～令和 26年2月28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	2,474.44 m <sup>2</sup>
		うち、老人ホーム部分	968.48 m <sup>2</sup>
	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							
	<table border="1"> <tr> <td>抵当権の設定</td> <td>1 あり 2 <input type="checkbox"/>なし</td> </tr> <tr> <td>契約期間</td> <td>1 <input type="checkbox"/>あり (平成26年3月1日～令和26年2月28日) 2 なし</td> </tr> <tr> <td>契約の自動更新</td> <td>1 <input type="checkbox"/>あり 2 なし</td> </tr> </table>	抵当権の設定	1 あり 2 <input type="checkbox"/> なし	契約期間	1 <input type="checkbox"/> あり (平成26年3月1日～令和26年2月28日) 2 なし	契約の自動更新	1 <input type="checkbox"/> あり 2 なし	
	抵当権の設定	1 あり 2 <input type="checkbox"/> なし						
契約期間	1 <input type="checkbox"/> あり (平成26年3月1日～令和26年2月28日) 2 なし							
契約の自動更新	1 <input type="checkbox"/> あり 2 なし							
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 <input type="checkbox"/> 全室個室						
		2 相部屋あり						
		<table border="1"> <tr> <td>最少</td> <td>人部屋</td> </tr> <tr> <td>最大</td> <td>人部屋</td> </tr> </table>	最少	人部屋	最大	人部屋		
	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 type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	19.45 m <sup>2</sup>	3	介護居室個室		
	タイプ2	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	19.14 m <sup>2</sup>	41	介護居室個室		
	タイプ3	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	19.02 m <sup>2</sup>	16	介護居室個室		
	タイプ4	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>				
	タイプ5	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>				
タイプ6	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>					
タイプ7	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>					
タイプ8	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>					
タイプ9	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>					
タイプ10	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>					
※「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	4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	4ヶ所				
	共用浴室	3ヶ所	個室	2ヶ所				
			大浴場	1ヶ所				
	共用浴室における介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴	1ヶ所				
			リフト浴	0ヶ所				
ストレッチャー浴			0ヶ所					
その他 ( )			0ヶ所					
食堂	1 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> なし							

	エレベーター	1 あり（車椅子対応） 2 <input checked="" type="checkbox"/> 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="checkbox"/> あり 2 なし
	自動火災報知設備	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	火災通報設備	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	スプリンクラー	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	防火管理者	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	防災計画	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ご本人のケア・ご家族のケア・街のケアを柱に、社会生活の向上を支援し、ホスピタリティにあふれる企業を目指すこと。</li> <li>・地域社会とのコミュニケーションを通じホスピタリティを創造し、福祉社会の実現に貢献すること。</li> <li>・お客様第一主義を念頭にお客様の要求を満たすこと。</li> </ul>
サービスの提供内容に関する特色	お一人お一人の個性や生活スタイルを重視し、サービスを受ける側の立場で考え、されたい介護で対応させて頂いております。
入浴、排せつ又は食事の介護	1 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 2 <input checked="" type="checkbox"/> 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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="checkbox"/> なし
	夜間看護体制加算	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	医療機関連携加算	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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
	口腔衛生管理体制加算	1	あり	2	なし	
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	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)			
	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 ※お客様負担 (10分/540円)
			4	その他 ( )
協力医療機関	1	名称	医療法人三愛会 三愛会総合病院	
		住所	埼玉県三郷市彦成 3-7-17	
		診療科目	内科・外科・整形外科 他	
		協力内容	救急外来診療、医療連携	
	2	名称	医療法人協友会 埼玉回生病院	
		住所	埼玉県八潮市大原 455	
		診療科目	内科	
		協力内容	医療連携	
	3	名称	前川クリニック	
		住所	埼玉県川口市前川 2-10-11-1 階	
		診療科目	内科	
		協力内容	訪問診療	
	4	名称	医療法人社団ききょう会 花畑クリニック	
		住所	東京都足立区六町 4-4-3	
		診療科目	内科	
		協力内容	訪問診療	
	5	名称	医療法人社団福寿会 赤羽岩淵病院	
		住所	東京都北区赤羽 2-64-13	
		診療科目	内科	
		協力内容	訪問診療	
6	名称	医療法人社団ユアエール会 草加すずのきクリニック		
	住所	埼玉県草加市高砂 2-17-32		

協力歯科医療機関	1	診療科目	心療内科・精神科
		協力内容	訪問診察
		名称	フリーズア歯科クリニック
	2	住所	埼玉県さいたま市緑区東浦和 1-8-18
		協力内容	訪問診療および口腔ケア
		名称	ホームケアデンタルクリニック城北
住所	東京都板橋区大和町 10-11		
	協力内容	訪問診療および口腔ケア	

(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 <input type="checkbox"/> その他 (より適切な介護等を提供するために必要な場合)	
判断基準の内容	入居者の心身の状況や介護度の変化により判断する	
手続きの内容	1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし	
追加的費用の有無	1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし	
居室利用権の取扱い	1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし	
前払金償却の調整の有無	1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし
	便所の変更	1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし
	浴室の変更	1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし
	洗面所の変更	1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし
	台所の変更	1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし
	その他の変更	1 <input type="checkbox"/> あり (変更内容) 2 <input type="checkbox"/> なし

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【自立・要支援・要介護 1～5】	自立している者	1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし
	要支援の者	1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし
	要介護の者	1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし
留意事項	概ねいずれも60歳以上で自立・要支援・要介護の方	
契約の解除の内容	①入居者が逝去した場合。 ②入居者から契約解除が行われた場合。	

	① 事業所から契約解除が行われた場合。 ・入居者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場合。 ・月払いの利用料その他の支払を正当な理由なくしばしば遅延する時。 ・入居者の行動が他の入居者又は従業員の生命に危害を及ぼし、又はその危害が切迫する恐れがあり、かつホームにおける通常の介護方法でこれを防止する事が出来ない時。	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	第 28 条（事業者からの契約解除）
	解約予告期間	3 ヶ月
入居者からの解約予告期間	30 日	
体験入居の内容	1 <input type="checkbox"/> あり（内容：7泊8日以内の日程、1泊2日 10,800 円） 2 なし	
入居定員	60 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	2	2		2.0
直接処遇職員	19	12	7	17.5
介護職員	16	9	7	14.7
看護職員	3	3		2.8
機能訓練指導員	1	1		0.2
計画作成担当者	1	1		1.0
栄養士				
調理員				
事務員				
その他職員	1		1	1.0
1 週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				39 時間 35 分
※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	7	6	1
実務者研修の修了者	3	1	2
初任者研修の修了者	6	2	4
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	1	1	
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～翌6時30分 )		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0人	0人
介護職員	2人	1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 <span style="border: 1px solid black;">3 : 1 以上</span>
	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)	2.94 : 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	ホームの職員数	人



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)	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 <input checked="" type="checkbox"/> なし							
	業務に係る資格等		1 <input checked="" type="checkbox"/> あり							
	資格等の名称		介護福祉士							
	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		1							
前年度1年間の退職者数	1	1	3	1						
応じた職員の数 業務に従事した経験年数に	1年未満				2					
	1年以上			3						
	3年未満									
	3年以上			1	3					
	5年未満									
	5年以上			4	1					1
	10年未満									
10年以上	3		4	1			1			
従業者の健康診断の実施状況				1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> なし
要介護状態に応じた金額設定	1 あり 2 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 手続き

(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2	要介護2	
	年齢	76歳	89歳	
居室の状況	床面積	19.02㎡	19.45㎡	
	便所	1 <input type="checkbox"/> 有 2 <input type="checkbox"/> 無	1 <input type="checkbox"/> 有 2 <input type="checkbox"/> 無	
	浴室	1 有 2 <input type="checkbox"/> 無	1 有 2 <input type="checkbox"/> 無	
	台所	1 有 2 <input type="checkbox"/> 無	1 有 2 <input type="checkbox"/> 無	
入居時点で 必要な費用	前払金	0円	0円	
	敷金	0円	0円	
月額費用の合計		162,000円	162,000円	
家賃		54,000円	54,000円	
サービス費用	介護保険外※ <sup>2</sup>	特定施設入居者生活介護※ <sup>1</sup> の費用	(1割負担) 10,625円	(1割負担) 20,627円
		食費	54,000円	54,000円
		管理費	54,000円	54,000円
		介護費用	円	円
		光熱水費	(管理費に含む)円	(管理費に含む)円
その他		0円	0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	地代家賃、建築費、修繕費、借入利息等を基礎とし、近隣家賃を参照し、想定住居期間を勘案して算出。
敷金	無し
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	事務部門の人件費、事務費、共有施設等の維持管理費。
食費	人件費等の諸経費、食材費に基づく費用。1ヶ月を30日として月額54,000円を徴収。1日1,800円（税込）として算出。 ※毎食時経管栄養の方、または長期入院・外泊の方の場合、入居契約書記

	載の月額利用料の一部として、翌月分の食費をご請求いたしますが、次月ご請求（お引落）の際に前月分欠食返金として、ご返金いたします。
光熱水費	管理費に含むため不要。
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	

（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	要介護度に応じて介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額を徴収する。
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。	

## 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	14人
	女性	46人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上75歳未満	0人
	75歳以上85歳未満	11人
	85歳以上	48人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	3人
	要支援2	2人
	要介護1	20人
	要介護2	13人
	要介護3	8人
	要介護4	7人
	要介護5	7人
入居期間別	6ヶ月未満	9人
	6ヶ月以上1年未満	8人
	1年以上5年未満	40人
	5年以上10年未満	3人
	10年以上15年未満	0人
	15年以上	0人

**(入居者の属性)**

平均年齢	88歳
入居者数の合計	60人
入居率*	100.0%
※ 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	0人
	社会福祉施設	5人
	医療機関	5人
	死亡者	8人
	その他	1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	11人
	(解約事由の例) 医療機関への長期入院、社会福祉施設への移動、ご自宅へ戻りたいとの希望 等	

**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		HITOWAケアサービス株式会社 お客様相談センター
電話番号		0120-76-5600
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	9:00~17:00
	日曜・祝日	9:00~17:00
定休日		年末年始
窓口の名称		八潮市 健康福祉部 長寿介護課
電話番号		048-996-2689 (直通)
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	-
	日曜・祝日	-
定休日		土曜日・日曜日・祝日
窓口の名称		埼玉県 国民健康保険団体連合会
電話番号		048-824-2568 (直通)

対応している 時間	平日	8:30~12:00 13:00~17:00
	土曜	-
	日曜・祝日	-
定休日	土曜日・日曜日・祝日	

(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="checkbox"/> あり	(その内容) 東京海上日動火災株式会社 対人対物:1億円
	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="checkbox"/> あり	(その内容) 入居契約書に準ずる
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> あり	実施日	
		結果の開示	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
管理規程	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	1	<input checked="" type="checkbox"/> 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 (提携ホーム名: )	
	2	<input checked="" type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	なし		
不適合事項がある場合の内容			

添付書類：別添 1 (別の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
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>				
訪問介護	あり	なし	イリーゼ浦和大門 訪問介護センター (他2か所)	さいたま市緑区大門808
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	あり	なし	イリーゼ川口 デイサービスセンター (他2か所)	川口市石神1573-10
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	イリーゼ川口 ショートステイ	川口市石神1573-10
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	イリーゼふじみの (他20か所)	富士見市羽沢3-14-15
福祉用具貸与	あり	なし		
特定福祉用具販売	あり	なし		
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	あり	なし	イリーゼ和光定期巡回・随時対応型訪問介護看護	和光市白子1-29-15
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		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	イリーゼグループホーム 浦和さいど	さいたま市緑区道祖土2-12-15
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	なし	イリーゼ浦和大門 訪問介護センター (他2か所)	さいたま市緑区大門808
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>				
介護予防訪問介護	あり	なし	イリーゼ浦和大門 訪問介護センター (他2か所)	さいたま市緑区大門808
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	あり	なし	イリーゼ川口 デイサービスセンター (他2か所)	川口市石神1573-10
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	イリーゼ川口 ショートステイ	川口市石神1573-10
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	イリーゼふじみの (他20か所)	富士見市羽沢3-14-15
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		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	イリーセググループホーム 浦和さいど	さいたま市緑区道祖士 2-12-15
介護予防支援	あり	なし		
<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-ビス付き高齢者向け住宅が提供するサ-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 (利用者全額負担)	特定施設入居者生活介護(利用者全額負担)		包含 #2	都度 #2	料金 #3	備考
	なし	あり				
介護サ-ビス						
食事介助	なし	あり	なし	あり		
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり		
おむつ代	なし	あり	なし	あり		
入浴(一般浴)介助・清拭	なし	あり	なし	あり		お客様の実費負担
特浴介助	なし	あり	なし	あり		週3回目からおお客様の希望により10分540円
身辺介助(移動・着替え等)	なし	あり	なし	あり		週3回目からおお客様の希望により10分540円
機能訓練	なし	あり	なし	あり		
通院介助	なし	あり	なし	あり		お客様負担10分540円
生活サ-ビス						
居室清掃	なし	あり	なし	あり		週3回目からおお客様の希望により10分540円
リネン交換	なし	あり	なし	あり		週2回目からおお客様の希望により1回540円
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		週3回目からおお客様の希望により10分540円
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり		体調不良時無料その他お客様の希望10分540円
入居者の嗜好に応じた特別な食事 おやつ	なし	あり	なし	あり		
美容師による理美容サ-ビス	なし	あり	なし	あり		指定日での対応、お客様の実費負担
買い物代行	なし	あり	なし	あり		ホーム近隣限定お客様の希望により10分540円
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		ホーム近隣限定お客様の希望により10分540円
金銭・貯金管理	なし	あり	なし	あり		
健康管理サ-ビス						
定期健康診断	なし	あり	なし	あり		年2回全額お客様自己負担にて実施
健康相談	なし	あり	なし	あり		
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり		
服薬支援	なし	あり	なし	あり		
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	なし	あり	なし	あり		
入退院時・入院中のサ-ビス						
移送サ-ビス	なし	あり	なし	あり		お客様負担10分540円
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		お客様の希望により10分540円
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり		
入院中の見舞い訪問	なし	あり	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-ビスの費用が、月額サ-ビス費用に包含される場合と、サ-ビス利用の都度払いによる場合の欄に○を記入する。  
 ※3:都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。