

## 重要事項説明書

記入年月日	令和2年7月1日
記入者名	溝井 翔太郎
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	http://www.irs.jp
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) 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	'http://www.irs.jp/facility/yashio/'
管理者	氏名	溝井 翔太郎
	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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 住宅型		
4 <input type="checkbox"/> 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)	

## 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 <input type="checkbox"/> 事業者が賃借する土地				
		抵当権の有無	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		
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 <input type="checkbox"/> 耐火建築物				
		2 準耐火建築物				
		3 その他 ( )				
構造	1 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 事業者が賃借する建物					
	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				
		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	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ5	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ6	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ7	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ8	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ9	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ10	有/無	有/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 checked="" type="checkbox"/> あり	2	<input type="checkbox"/> なし
	入居者や家族が利用できる調理設備	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	<input checked="" type="checkbox"/> なし
エレベーター	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり (車椅子対応)	2	<input checked="" type="checkbox"/> あり (ストレッチャー対応)	
	3	<input checked="" type="checkbox"/> あり (上記1・2に該当しない)	4	<input type="checkbox"/> なし	
消防用設備等	消火器	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	<input type="checkbox"/> なし
	自動火災報知設備	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	<input type="checkbox"/> なし
	火災通報設備	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	<input type="checkbox"/> なし
	スプリンクラー	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	<input type="checkbox"/> なし
	防火管理者	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	<input type="checkbox"/> なし
	防災計画	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし	
	認知症専門ケア加算	(I)	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
		(II)	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	サービス提供体制強化加算	(I)イ	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
		(I)ロ	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
		(II)	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
		(III)	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	口腔衛生管理体制加算	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし	
介護職員処遇改善加算(II)	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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/550円税込)
	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イリー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	
	診療科目	心療内科・精神科	
	協力内容	訪問診察	
協力歯科医療機	1	名称	フリーズア歯科クリニック

関		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
	2	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 なし	
追加的費用の有無	1 あり 2 <input type="checkbox"/> なし	
居室利用権の取扱い	1 <input type="checkbox"/> あり 2 なし	
前払金償却の調整の有無	1 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 あり 2 <input type="checkbox"/> なし
	便所の変更	1 あり 2 <input type="checkbox"/> なし
	浴室の変更	1 あり 2 <input type="checkbox"/> なし
	洗面所の変更	1 あり 2 <input type="checkbox"/> なし
	台所の変更	1 あり 2 <input type="checkbox"/> なし
	その他の変更	1 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 なし
	要支援の者	1 <input type="checkbox"/> あり 2 なし
	要介護の者	1 <input type="checkbox"/> あり 2 なし
留意事項	概ね 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、1泊2日 11,000 円（税込）） 2 <input type="checkbox"/> 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	1	1		1.0
直接処遇職員	20	12	8	18.4
介護職員	17	9	8	15.4
看護職員	2	2		1.8
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	2		2	1.4
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	12	7	5
実務者研修の修了者	1	0	1
初任者研修の修了者	4	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	2	2	
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	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
--------------------------	-----------------------	--------------------------

職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)		c 2.5 : 1 以上 d <input type="text" value="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)	2.82 : 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 <input type="text" value="なし"/>							
	業務に係る資格等		1 <input type="text" value="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							
前年度1年間の退職者数			3	1						
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満			4						
	1年以上 3年未満		2	1	1					
	3年以上 5年未満	2		2	1		1			
	5年以上 10年未満			5	2				1	
	10年以上									
従業者の健康診断の実施状況			1 <input type="text" value="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 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 type="checkbox"/> 月払い方式
	4 選択方式 ※該当する方式を全て選択
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		192,852円	201,848円
家賃		60,000円	60,000円
サービス費用 ※2	特定施設入居者生活介護※1の費用	(1割負担) 9,552円	(1割負担) 18,548円
	食費（軽減税率（8%）適用の場合）	54,000円	54,000円
	管理費	69,300円	69,300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（税込）を徴収。1 日 1,800 円（税込）として算出。 軽減税率（8%）の対象となる飲食料品の提供は、「朝食・昼食・夕食」の食費です。それ以外の飲食料品の提供及び 1 食あたり 640 円を超える特別な食事については軽減税率の対象となりません。 軽減税率の対象となる入居者は、60 歳以上または介護認定を受けている者となります。 ※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 参照 排泄用品廃棄料（使用量に係らず一律 1,100 円（税込）／月）
その他のサービス利用料	自立の方は、生活サポート費として別途 42,900 円（税込）／月が必要です。

**(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	12人
	女性	48人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	1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	0人
	要介護1	14人
	要介護2	10人
	要介護3	15人
	要介護4	7人
	要介護5	11人
入居期間別	6ヶ月未満	8人
	6ヶ月以上 1年未満	12人
	1年以上 5年未満	29人
	5年以上 10年未満	11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%

※ 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	4人
	医療機関	3人
	死亡者	15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	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
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	1 入居希望者に公開
	<input checked="" type="checkbox"/> 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 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	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	なし
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                      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	あり	なし		
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		
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		
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	イリーゼ戸田 他 13 か所	蕨市錦町4-7-4
福祉用具貸与	あり	なし		
特定福祉用具販売	あり	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	あり	なし		
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		
小規模多機能型居宅介護	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戸田公園	戸田市下戸田2-4-5
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		
＜居宅介護予防サービス＞				
介護予防訪問介護	あり	なし		
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		
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		
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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	イリーゼ戸田 他 13 か所	蕨市錦町4-7-4
介護予防福祉用具貸与	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
特定介護予防福祉用具販売	あり	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防認知症対応型共同生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	イリーゼグループホーム戸田公園	戸田市下戸田2-4-5
介護予防支援	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護老人保健施設	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護療養型医療施設	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		