

重要事項説明書（情報公表システム取込様式）

Ver 1.0

| | |
|-----------|----------------|
| 記入年月日 | 2022 年 7 月 1 日 |
| 記入者名 | 福嶋俊哉 |
| 所属・職名 | イリーゼ朝霞 ホーム長 |
| 取込種別 | 1 追加 |
| 被災確認事業所番号 | |

1 事業主体概要事業主体概要

| | | |
|---------------|---|--------------------|
| 種類種類 | 2 法人 | |
| | ※法人の場合、その種類※ | 5 営利法人 |
| 名称名称 | ひとわけあさーびすかぶしきがいしゃ (ふりがな) HITOWAケアサービス株式会社 | |
| 法人番号法人番号 | 法人番号有無法人番号有無 | 2 無 2 無 |
| | 法人番号法人番号 | |
| 主たる事務所の所在地主たる | 〒 108 - 6215 | |
| | 東京都港区港南二丁目15番3号 | |
| 連絡先連絡先 | 電話番号電話番号 | 03 - 6632 - 7702 |
| | FAX番号FAX番号 | 03 - 6736 - 5587 |
| | メールアドレス | @ |
| | ホームページ有無ホームペ | 1 有 1 有 |
| | ホームページアドレス | http:// www.irs.jp |
| 代表者代表者 | 氏名氏名 | 袴田 義輝 |
| | 職名職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | 2006 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) いりーぜあさか | | | | | | |
| | イリーゼ朝霞 | | | | | | |
| 所在地 | 〒 | 351 | - | 0011 | | | |
| | 埼玉県朝霞市本町1丁目38-7 | | | | | | |
| 所在地 (建物名等) | | | | | | | |
| 市区町村コード | 都道府県 | 埼玉県 | 市区町村 | 112275 朝霞市 | | | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | 朝霞 駅 | | | | | |
| | 交通手段と所要時間 | 東武東上線「朝霞駅」より徒歩約14分(約1.1km) 車でお越しの場合 国道254号線「税大研修前」交差点より約5分(約2.1km) | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | 048 | - | 451 | - | 3301 | |
| | FAX番号 | 048 | - | 451 | - | 3302 | |
| | メールアドレス | asaka @ irs.jp | | | | | |
| | ホームページ有無 | 1 有 | | | | | |
| | ホームページアドレス | http:// | www.irs.jp | | | | |
| 管理者 | 氏名 | 福嶋俊哉 | | | | | |
| | 職名 | ホーム長 | | | | | |
| 建物の竣工日 | | 2016 | 年 | 10 | 月 | 24 | 日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 2016 | 年 | 12 | 月 | 1 | 日 |

(類型) 【表示事項】

| | | | | | | | |
|--------------------|------------------------------|------------|---|----|---|---|---|
| 類型 | 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） | | | | | | |
| 1 又は 2 に該当する 場合 | 介護保険事業者番号 | 1172101279 | | | | | |
| | 指定した自治体名 | 埼玉県 | | | | | |
| | 事業所の指定日 | 2016 | 年 | 12 | 月 | 1 | 日 |
| | 指定の更新日（直近） | | 年 | | 月 | | 日 |

3 建物概要

| | | | | | | |
|---------|------|-----------------|-------------------------|---|---|---|
| 土地 | 敷地面積 | 1,638,77 | m ² | | | |
| | 所有関係 | 2 事業者が賃借する土地 | | | | |
| | | 2 事業者が賃借する土地の場合 | | | | |
| | | 賃貸の種別 | 1 普通貸借 | | | |
| | | 抵当権の有無 | 2 なし | | | |
| | | 契約期間 | 2 なし | | | |
| | | | 開始 | 年 | 月 | 日 |
| | | | 終了 | 年 | 月 | 日 |
| 契約の自動更新 | 2 なし | | | | | |
| 建物 | 延床面積 | 全体 | 2,220.09 m ² | | | |
| | | うち、老人ホーム部分 | 2,220.09 m ² | | | |
| | 耐火構造 | 1 耐火建築物 | | | | |
| | | 3 その他の場合 | | | | |
| | 構造 | 2 鉄骨造 | | | | |
| | | 4 その他の場合 | | | | |

| | | | | | | | |
|---------|----------------------------------|---------------------------------|----------------|-------------------|--------|-------------------|----|
| | 所有関係 | 2 事業者が賃借する建物 | | | | | |
| | | 2 事業者が賃借する建物の場合 2 事業者が賃借する建物の場合 | | | | | |
| | | 賃貸の種別 | | 1 普通貸借 1 普通貸借 | | | |
| | | 抵当権の有無 | | | | | |
| | | 契約期間 | | 1 あり | | | |
| | | | | 開始開始 | | | |
| | | | | 2016 | 年年 | 11 | 月月 |
| 契約の自動更新 | | 終了終了 | | | | | |
| | | 2046 | 年年 | 10 | 月月 | 30 | 日日 |
| 居室の状況居 | 居室区分 【表示事項】居室 区分 【表示事項】 | 1 全室個室（縁故者個室含む） | | | | | |
| | | 2 相部屋ありの場合 2 相部屋ありの場合 | | | | | |
| | | 最少最少 | | 人部屋 | | | |
| | 最大最大 | | 人部屋 | | | | |
| | | トイレ | 浴室浴室 | 面積面積 | ・室数戸数・ | 区分区分 | |
| | タイプ1 | 1 有 1 有 | 2 無 2 無 | 18 m ² | 60 | 3 介護居室個室 3 介護居室個室 | |
| | タイプ2 | | | m ² | | | |
| | タイプ3 | | | m ² | | | |
| | タイプ4 | | | m ² | | | |
| | タイプ5 | | | m ² | | | |
| | タイプ6 | | | m ² | | | |
| | タイプ7 | | | m ² | | | |
| | タイプ8 | | | m ² | | | |
| タイプ9 | | | m ² | | | | |
| タイプ10 | | | m ² | | | | |

| | | | | | | |
|------------------|--------------|----------------|---------|-----------------|----|----|
| 共用施設 | 共用便所における便房 | 5 | 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 | 5 | ヶ所 |
| | 共用浴室 | 3 | ヶ所 | 個室 | 1 | 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 | | ヶ所 |
| | | | | ストレッチャー浴 | | ヶ所 |
| | | | | その他 | | ヶ所 |
| 食堂 | 1 | あり | | | | |
| 入居者や家族が利用できる調理設備 | 2 | なし | | | | |
| エレベーター | 2 | あり (ストレッチャー対応) | | | | |
| 消防用設備等 | 消火器 | 1 | あり | | | |
| | 自動火災報知設備 | 1 | あり | | | |
| | 火災通報設備 | 1 | あり | | | |
| | スプリンクラー | 1 | あり | | | |
| | 防火管理者 | 1 | あり | | | |
| | 防災計画 | 1 | あり | | | |
| 緊急通報装置等 | 居室 | 1 | 全ての居室あり | | | |
| | 便所 | 1 | 全ての便所あり | | | |
| | 浴室 | 1 | 全ての浴室あり | | | |
| | その他 | | | | | |
| 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"> ・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。 ・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。 ・お客様第一主義を念頭にお客様の要求を満たすこと。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | お一人おひとり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を考え、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 自ら実施 |
| 食事の提供 | 2 委託 |
| 洗濯・掃除等の家事の供与 | 1 自ら実施 |
| 健康管理の供与 | 1 自ら実施 |
| 安否確認又は状況把握サービス | 1 自ら実施 |
| 生活相談サービス | 1 自ら実施 |

(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の体制の有無 | 入居継続支援加算 | 2 | なし | |
| | 生活機能向上連携加算 | 2 | なし | |
| | 個別機能訓練加算 | 2 | なし | |
| | 夜間看護体制加算 | 1 | あり | |
| | 若年性認知症入居者受入加算 | 2 | なし | |
| | 医療機関連携加算 | 1 | あり | |
| | 口腔衛生管理体制加算 | 1 | あり | |
| | 栄養スクリーニング加算 | 2 | なし | |
| | 退院・退所時連携加算 | 1 | あり | |
| | 看取り介護加算 | 1 | あり | |
| | 認知症専門ケア加算 | (Ⅰ) | 2 | なし |
| | | (Ⅱ) | 2 | なし |
| | サービス提供体制強化加算 | (Ⅰ)イ | 2 | なし |
| (Ⅰ)ロ | | 2 | なし | |
| (Ⅱ) | | 2 | なし | |
| (Ⅲ) | | 2 | なし | |

| | | | | |
|----------------------|---------------|-----|---|-----|
| | 介護職員処遇改善加算 | (Ⅰ) | 1 | あり |
| | | (Ⅱ) | 2 | なし |
| | | (Ⅲ) | 2 | なし |
| | | (Ⅳ) | 2 | なし |
| | | (Ⅴ) | 2 | なし |
| | 介護職員等特定処遇改善加算 | (Ⅰ) | 2 | なし |
| | | (Ⅱ) | 1 | あり |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無 | 2 なし | | | |
| | 1 ありの場合 | | | |
| | (介護・看護職員の配置率) | | | : 1 |

(医療連携の内容)

| | | | | |
|----------------|--------------------------|---|--|--|
| 医療支援 ※複数選択可 | <input type="radio"/> | 救急車の手配 | | |
| | <input type="radio"/> | 入退院の付き添い | | |
| | <input type="radio"/> | 通院介助 | | |
| | <input type="checkbox"/> | その他 | | |
| 1 | 名称 | 一般財団法人 関東厚生福祉会 朝霞厚生病院 | | |
| | 住所住所 | 〒351-0033 埼玉県朝霞市浜崎703 〒351-0033 埼玉県朝霞市浜崎703 | | |
| | 診療科目診療科目 | 内科・外科・整形外科・脳神経外科・皮膚科内科・外科・整形外科・脳神経外科・皮膚科 | | |
| | 協力科目協力科目 | 内科・外科・整形外科・脳神経外科・皮膚科内科・外科・整形外科・脳神経外科・皮膚科 | | |
| | 協力内容協力内容 | 外来受診（時間外含む）、入院治療、他の医療機関紹介、健康管理に関する相談（医療費その他の費用は入居者の自己負担）外来受診（時間外含む）、入 | | |

| | | | |
|----------------------|---|----------|--|
| 協力医療機関 | 2 | 名称名称 | 医療法人社団 好生会 こまくさ診療所医療法人社団 好生会 こまくさ診療所 |
| | | 住所住所 | 〒359-1106 埼玉県さいたま市中央区大戸3-12-8 〒359-1106 埼玉県さいたま市中央区大戸3-12-8 |
| | | 診療科目診療科目 | 訪問診療訪問診療 |
| | | 協力科目協力科目 | 内科内科 |
| | | 協力内容協力内容 | 訪問診療、健康管理に関する相談（医療費その他の費用は入居者の自己負担）訪問診療、健康管理に関する相談（医療費その他の費用は入居者の自己負担） |
| | 3 | 名称名称 | 医療法人社団 コンパス コンパスクリニック大宮 医療法人社団 コンパス コンパスクリニック大宮 |
| | | 住所住所 | 〒330-0854 埼玉県さいたま市大宮桜木町4-193-2 〒330-0854 埼玉県さいたま市大宮桜木町4-193-2 |
| | | 診療科目診療科目 | 訪問診療訪問診療 |
| | | 協力科目協力科目 | 内科内科 |
| | | 協力内容協力内容 | 訪問診療、健康管理に関する相談（医療費その他の費用は入居者の自己負担）訪問診療、健康管理に関する相談（医療費その他の費用は入居者の自己負担） |
| 協力歯科医療機関 協力歯科医療機関 | 1 | 名称名称 | 医療法人社団 慶実会 グレースデンタルクリニック多摩分院医療法人社団 慶実会 グレースデンタルクリニック多摩分院 |
| | | 住所住所 | 〒188-0011 東京都西東京市田無町2丁目12-11 ハイツベルスプリング102 〒188-0011 東京都西東京市田無町2丁目12-11 ハイツベルスプリング102 |
| | | 協力内容 | 訪問歯科診察 |
| | 2 | 名称 | |
| | | 住所 | |
| | | 協力内容 | |

(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 | | 一時介護室へ移る場合 | |
| | | 介護居室へ移る場合 | |
| | ○ | その他 | 居室の住み替え可 |
| 判断基準の内容 | 適切なサービス提供のため、一定の観察期間を設け、医師の意見を聞いた上で居室を変更していただくことがあります。入居者本人及び身元引受人の同意のもとでの住み替えになります。 | | |
| 手続きの内容 | 入居者本人及び身元引受人の同意のもとでの住み替えになります。 | | |
| 追加的費用の有無 | 2 なし | | |
| 居室利用権の取扱い | 利用権は旧居室から新居室へ移ります。 | | |
| 前払金償却の調整の有無 | 2 なし | | |
| 従前の居室との仕様の変更 | 面積の増減 | 2 なし | |
| | 便所の変更 | 2 なし | |
| | 浴室の変更 | 2 なし | |
| | 洗面所の変更 | 2 なし | |
| | 台所の変更 | 2 なし | |
| | その他の変更 | 2 なし | |
| | | 1 | ありの場合 |
| | (変更内容) | | |

(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 |
| | 要支援の者 | 1 | あり |
| | 要介護の者 | 1 | あり |
| 留意事項 | 概ね60歳以上の自立・要支援・要介護の方 | | |
| 契約解除の内容 | 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 ③ 事業者から契約解除が行われた場合 | | |
| 事業主体から解約を求め る場合 | 解約条項 | 入居契約書第5章参照 | |
| | 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 | | |
| | 1 ありの場合 | | |
| | (内容) | 1泊2日11,000円(税込) ※7泊8日まで | |
| 入居定員 | 60 | | 人 |
| その他 | 入居日から3月以内は書面による通知で直ちに本契約の解除 3月以降は30日以上前に書面で予告することにより本契約の解除 | | |

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 | 0 | 1 |
| 生活相談員 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| 直接処遇職員 | 24 | 9 | 15 | 18.1 |
| 介護職員 | 21 | 7 | 14 | 15.5 |
| 看護職員 | 3 | 2 | 1 | 2.6 |
| 機能訓練指導員 | 1 | 0 | 1 | 0.2 |
| 計画作成担当者 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| 栄養士 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 調理員 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 事務員 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| その他職員 | 1 | 0 | 1 | 0.4 |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 ※2 | | | | 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 | 0 | 0 | 0 |
| 介護福祉士 | 7 | 2 | 5 |
| 実務者研修の修了者 | 2 | 2 | 0 |
| 初任者研修の修了者 | 1 | 0 | 1 |
| 介護支援専門員 | 0 | 0 | 0 |

(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 | 0 | 1 |
| 理学療法士 | 0 | 0 | 0 |
| 作業療法士 | 0 | 0 | 0 |
| 言語聴覚士 | 0 | 0 | 0 |
| 柔道整復士 | 0 | 0 | 0 |
| あん摩マッサージ指圧師 | 0 | 0 | 0 |
| はり師 | 0 | 0 | 0 |
| きゅう師 | 0 | 0 | 0 |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

| 夜勤帯の設定時間 | (19 時 0 分 ~ 7 時 0 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】 | 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) | 2.6 : 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 | | 2 なし | | | | | | | | |
| | 業務に係る資格等 | 1 あり | | | | | | | | | |
| | | 1 ありの場合 | | | | | | | | | |
| | 資格等の名称 | | 介護福祉士 | | | | | | | | |
| | 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 | 0 | 0 | 3 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 前年度1年間の退職者数 | 0 | 0 | 3 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 業務に従事した経験年数に応 | 1年未満 | 1 | 0 | 1 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | 1年以上 3年未満 | 0 | 0 | 6 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | 3年以上 5年未満 | 1 | 1 | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | |
| | 5年以上 10年未満 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | 10年以上 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 従業者の健康診断の実施状況 | | 1 あり | | | | | | | | | |

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 |
| 利用料金の支払い方式 【表示事項】 | 3 月払い方式 |
| | 4 選択方式の場合、該当する方式を全て選択 |
| | 全額前払い方式 |
| | 一部前払い・一部月払い方式 |
| 年齢に応じた金額設定 | 2 なし |
| 要介護状態に応じた金額設定 | 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 |
| | 3 不在期間が○日以上の場合に限り、日割り計算で減額の場合 |
| | 不在期間が 日以上 |
| 利用料金の改定 | 条件 |
| | 手続き |
| 関連法令の改定時・消費者物価指数や人件費の変動時等 | |
| 運営懇談会で意見を聞き、同意を得て行う。 | |

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】) (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 | |
|----------------------|----------------------------------|-------------------|-------------------|----------|
| 入居者の状況入居者 | 要介護度要介護度 | 要介護度3要介護度3 | 要支援2要支援2 | |
| | 年齢年齢 | 85 歳 | 85 歳 | |
| 居室の状況居室の状況 | 床面積床面積 | 18 m ² | 18 m ² | |
| | 便所便所 | 1 有 1 有 | 1 有 1 有 | |
| | 浴室浴室 | 2 無 2 無 | 2 無 2 無 | |
| | 台所台所 | 2 無 2 無 | 2 無 2 無 | |
| 入居時点で必要な費用入居時点で必要な費用 | 前払金前払金 | 0 円 | 0 円 | |
| | 敷金敷金 | 0 円 | 0 円 | |
| 月額費用の合計月額費用の合計 | | 220,017 円 | 208,603 円 | |
| サービス費用サービス費用 | 家賃家賃 | 75,500 円 | 75,500 円 | |
| | 特定施設入居者生活介護※1の費用特定施設入居者生活介護※1の費用 | 21,217 円 | 9,803 円 | |
| | 介護保険外※2介護保険外 | 食費食費 | 54,000 円 | 54,000 円 |
| | | 管理費管理費 | 69,300 円 | 69,300 円 |
| | | 介護費用介護費用 | 0 円 | 0 円 |
| | | 光熱水費 | 0 円 | 0 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、想定居住期間を勘案して算出。 |
| 敷金 | 家賃の0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 | 事務管理部門の人件費・事務費・共有施設等の維持管理費 |
| 食費 | 備考欄参照 |
| 光熱水費 | 管理費の中に含まれる為、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 | 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。排泄用品廃棄料（使用量に係らず一律1,100円（税込）／月） |

（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※に対する自己負担額 | 介護報酬告示上の額の負担割合相当額 |
| 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） | なし |
| ※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。 | |

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能

| | | |
|--------------------------------------|--------------------|---|
| 算定根拠 | | (該当ホームは直近重説の該当項目の内容を転記してください。当該文章は削除) |
| 想定居住期間 (償却年月数) | | 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備えて受領する額 (初期償却額) | | 円 |
| 初期償却率 | | % |
| 返還金の算定方法 | 入居後 3 月以内の契約終了 | (一部前払金設定ホームのみ記載して下さい。直近重説の該当項目の内容を転記してください。当該文章は削除) |
| | 入居後 3 月を超えた契約終了 | (一部前払金設定ホームのみ記載して下さい。直近重説の該当項目の内容を転記してください。当該文章は削除) |
| 前払金の保全先 | | |
| | 1 全国有料老人ホーム協会以外の場合 | (一部前払金設定ホームのみ記載して下さい。直近重説の該当項目の内容を転記してください。当該文章は削除) |
| | 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 | 43 | 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 | 13 | 人 |
| | 85歳以上 | 45 | 人 |
| 要介護度別 | 自立 | 0 | 人 |
| | 要支援 1 | 5 | 人 |
| | 要支援 2 | 2 | 人 |
| | 要介護 1 | 20 | 人 |
| | 要介護 2 | 6 | 人 |
| | 要介護 3 | 18 | 人 |
| | 要介護 4 | 6 | 人 |
| 入居期間別 | 要介護 5 | 2 | 人 |
| | 6ヶ月未満 | 10 | 人 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | 5 | 人 |
| | 1年以上5年未満 | 41 | 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 | 59 | 人 |
| 入居率※ | 95 | % |
| ※ 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)

| | | | |
|---------|----------|--------------------------|---|
| 退居先別の人数 | 自宅等 | 2 | 人 |
| | 社会福祉施設 | 5 | 人 |
| | 医療機関 | 2 | 人 |
| | 死亡 | 7 | 人 |
| | その他 | 0 | 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 | 9 | 人 |
| | | (解約事由の例) 自宅復帰、社会福祉施設等 | |

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)

| | | | | | | | | | | |
|----------------------|----------------|--------|---|-----|---|------|----|---|---|---|
| 窓口1 | | | | | | | | | | |
| 窓口の名称 | | イリーゼ朝霞 | | | | | | | | |
| 電話番号 | | 048 | - | 451 | - | 3301 | | | | |
| 対応している時間 対応している時間 | 平日平日 | 9 | 時 | 0 | 分 | ～ | 18 | 時 | 0 | 分 |
| | 土曜土曜 | 9 | 時 | 0 | 分 | ～ | 18 | 時 | 0 | 分 |
| | 日曜・祝日 日曜・祝日 | 9 | 時 | 0 | 分 | ～ | 18 | 時 | 0 | 分 |
| 定休日定休日 | | なし | | | | | | | | |

窓口2窓口2

| | | | | | | | | | | | |
|----------------------|------------|----------------------------------|---|---|---|---|----|---|---|---|--|
| 窓口の名称窓口の名称 | | H I T O W A ケアサービス株式会社 お客様相談センター | | | | | | | | | |
| 電話番号電話番号 | | 0120 - 765 - 600 | | | | | | | | | |
| 対応している時間 対応している時間 | 平日平日 | 9 | 時 | 0 | 分 | ～ | 17 | 時 | 0 | 分 | |
| | 土曜土曜 | 9 | 時 | 0 | 分 | ～ | 17 | 時 | 0 | 分 | |
| | 日曜・祝日日曜・祝日 | 9 | 時 | 0 | 分 | ～ | 17 | 時 | 0 | 分 | |
| 定休日定休日 | | 12月31日～1月3日12月31日～1月3日 | | | | | | | | | |

窓口3窓口3

| | | | | | | | | | | | |
|----------------------|-------|------------------|---|----|---|---|----|---|----|---|--|
| 窓口の名称窓口の名称 | | 朝霞市長寿はつらつ課高齢者支援係 | | | | | | | | | |
| 電話番号電話番号 | | 048 - 463 - 1921 | | | | | | | | | |
| 対応している時間 対応している時間 | 平日平日 | 8 | 時 | 30 | 分 | ～ | 17 | 時 | 15 | 分 | |
| | 土曜土曜 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 | |
| | 日曜・祝日 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 | |
| 定休日 | | 土曜・日曜・祝日・年末年始 | | | | | | | | | |

窓口4

| | | | | | | | | | | | |
|----------|-------|----------------------------|---|---|---|---|----|---|----|---|--|
| 窓口の名称 | | 埼玉県国民健康保険団体連合会（介護保険課苦情対応係） | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | 048 - 824 - 2568 | | | | | | | | | |
| 対応している時間 | 平日 | 9 | 時 | 0 | 分 | ～ | 17 | 時 | 30 | 分 | |
| | 土曜 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 | |
| | 日曜・祝日 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 | |
| 定休日 | | 土曜・日曜・祝日・年末年始 | | | | | | | | | |

窓口5

| | | | | | | | | | | | |
|----------|-------|-----|---|--|---|---|--|---|--|---|--|
| 窓口の名称 | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | - - | | | | | | | | | |
| 対応している時間 | 平日 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 | |
| | 土曜 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 | |
| | 日曜・祝日 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 | |
| 定休日 | | | | | | | | | | | |

(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 あり | |
| | 1 ありの場合 | |
| | その内容 | 東京海上日動火災保険株式会社 対人対物：1億円 |
| 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 | |
| | 1 ありの場合 | |
| | その内容 | 事故対応マニュアルに基づく |
| 事故対応及びその予防のための指針 | 1 あり | |

(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 | |
| | 1 ありの場合 | |
| | 実施日 | 毎月末 |
| | 結果の開示 | 1 あり |
| 第三者による評価の実施状況 | 2 なし | |
| | 1 ありの場合 | |
| | 実施日 | |
| | 評価機関名称 | |
| | 結果の開示 | |

9 入居希望者への事前の情報開示

| | |
|----------|------------|
| 入居契約書の雛形 | 2 入居希望者に交付 |
| 管理規程 | 2 入居希望者に交付 |
| 事業収支計画書 | 3 公開していない |
| 財務諸表の要旨 | 1 入居希望者に公開 |
| 財務諸表の原本 | 3 公開していない |

10 その他

| | | |
|--|---------------------------------------|------|
| 運営懇談会 | 1 あり | |
| | 1 ありの場合 | |
| | (開催頻度) 年 2 回 | |
| | 2 なしの場合 | |
| | 1 代替措置ありの場合 | (内容) |
| 提携ホームへの移行 【表示事項】 | 1 あり | |
| | 1 ありの場合 | |
| | 提携ホーム名 | |
| 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 | |
| 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 | 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 ありの場合 | |
| | 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 | |
| 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 | |
|--|-------------------|--|

備考

<運営に関する方針>

① 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、ホスピタリティあふれる企業を目指すこと

② 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

③ お客様第一主義を念頭に、お客様の要求を満たすこと

<別添2 料金補足説明>

※4 10分550円(税込) ※5 1回550円(税込)

〈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

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等

| 介護サービスの種類 | 有無 | 主な事業所の名称 | 所在地 | 併設 | 隣接 |
|--|-------------|--|--|----|----|
| <居宅サービス> | | | | | |
| 訪問介護 | 1 有 | イリーゼ浦和大門 訪問介護センター 他2ヶ所 | さいたま市緑区大字大門808 | | |
| 訪問入浴介護 | 2 無 | | | | |
| 訪問看護 | 2 無 | | | | |
| 訪問リハビリテーション | 2 無 | | | | |
| 居宅療養管理指導 | 2 無 | | | | |
| 通所介護 | 2 無 | | | | |
| 通所リハビリテーション | 2 無 | | | | |
| 短期入所生活介護 | 2 無 | | | | |
| 短期入所療養介護 | 2 無 | | | | |
| 特定施設入居者生活介護 | 1 有 | イリーゼ川口宮町 他22か所 | 川口市宮町16-12 | | |
| 福祉用具貸与 | 2 無 | | | | |
| 特定福祉用具販売 | 2 無 | | | | |
| <地域密着型サービス> | | | | | |
| 定時巡回・随時対応型訪問介護看護定時巡回・随時対応型訪問介護看護定時巡回・随時対応型訪問介護看護 | 1 有 1 有 1 有 | イリーゼ和光定期 巡回・随時対応型 訪問介護看護セン ターイリーゼ和光 | 和光市白子1-29-15和光市白子 1-29-15和光市白子1-29-15 | | |
| 夜間対応型訪問介護夜間対応型訪問介護夜間対応型訪問介護 | 2 無 2 無 2 無 | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|--|--|--|--|
| 地域密着型通所介護地域密着型通所介護地域密着型通所介護 | 2 | 無 | 2 | 無 | | | | |
| 認知症対応型通所介護 | 2 | 無 | 2 | 無 | | | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | 2 | 無 | 2 | 無 | | | | |
| 認知症対応型共同生活介護 | 1 | 有 | 1 | 有 | イリーゼグループ ホーム戸田公園他 1ヶ所イリーゼグ ループホーム戸田 | 戸田市下戸田2-4-5戸田市下戸 田2-4-5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地域密着型特定施設入居者生活介護地域密着型特定施設入居者生活介護 | 2 | 無 | 2 | 無 | | | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護 | 2 | 無 | 2 | 無 | | | | |
| 看護小規模多機能型居宅介護看護小規模多機能型居宅介護看護小規模多機能型居宅介護 | 2 | 無 | 2 | 無 | | | | |
| 居宅介護支援居宅介護支援居宅介護支援 | 1 | 有 | 1 | 有 | イリーゼ浦和大門 居宅介護支援事業 所イリーゼ浦和 大門居宅介護支援事 | さいたま市緑区大字大門808さ いたま市緑区大字大門808さい たま市緑区大字大門808 | | |
| ＜居宅介護予防サービス＞＜居宅介護予防サービス＞＜居宅介護予防サービス＞ | | | | | | | | |
| 介護予防訪問入浴介護介護予防訪問入浴介護介護予防訪問入浴介護 | 2 | 無 | 2 | 無 | | | | |
| 介護予防訪問看護介護予防訪問看護介護予防訪問看護 | 2 | 無 | 2 | 無 | | | | |
| 介護予防訪問リハビリテーション介護予防訪問リハビリテーション介護予防訪問リハビリテーション | 2 | 無 | 2 | 無 | | | | |
| 介護予防居宅療養管理指導介護予防居宅療養管理指導介護予防居宅療養管理指導 | 2 | 無 | 2 | 無 | | | | |
| 介護予防通所リハビリテーション介護予防通所リハビリテーション介護予防通所リハビリテーション | 2 | 無 | 2 | 無 | | | | |
| 介護予防短期入所生活介護介護予防短期入所生活介護 | 2 | 無 | 2 | 無 | | | | |
| 介護予防短期入所療養介護介護予防短期入所療養介護 | 2 | 無 | 2 | 無 | | | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護介護予防特定施設入居者生活介護 | 1 | 有 | 1 | 有 | イリーゼ川口宮町 他22か所イリーゼ 川口宮町他22か所 | 川口市宮町16-12川口市宮町16- 12 | | |

| | | | | | | | | |
|------------------------------------|---|---|---|---|--|--|--|--|
| 介護予防福祉用具貸与介護予防福祉用具貸与 | 2 | 無 | 2 | 無 | | | | |
| 特定介護予防福祉用具販売特定介護予防福祉用具販売 | 2 | 無 | 2 | 無 | | | | |
| ＜地域密着型介護予防サービス＞＜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介護予防認知症対応型通所介護 | 2 | 無 | 2 | 無 | | | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護介護予防小規模多機能型居宅介護 | 2 | 無 | 2 | 無 | | | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護介護予防認知症対応型共同生活介護 | 2 | 無 | 2 | 無 | | | | |
| 介護予防支援介護予防支援 | 2 | 無 | 2 | 無 | | | | |
| ＜介護保険施設＞＜介護保険施設＞ | | | | | | | | |
| 介護老人福祉施設介護老人福祉施設 | 2 | 無 | 2 | 無 | | | | |
| 介護老人保健施設介護老人保健施設 | 2 | 無 | 2 | 無 | | | | |
| 介護療養型医療施設介護療養型医療施設 | 2 | 無 | 2 | 無 | | | | |
| 介護医療院介護医療院 | 2 | 無 | 2 | 無 | | | | |
| ＜介護予防・日常生活支援総合事業＞＜介護予防・日常生活支援総合事業＞ | | | | | | | | |
| 訪問型サービス | 1 | 有 | | | | | | |
| 通所型サービス | 1 | 有 | | | | | | |
| その他生活支援サービス | 2 | 無 | | | | | | |

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 | | | | | | | 1 | 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) | 個別の利用料金で、実施するサービス(利用者が全額負担) | | | | 料金※3 | 備 考 | |
| | | 包含※2 | 都度※2 | | | | | |
| 介護サービス | | | | | | | | |
| 食事介助 | 1 あり | 1 あり | | ○ | 10分550円(税込) | お客様希望により※4 | | |
| 排泄介助・おむつ交換 | 1 あり | 1 あり | | ○ | 10分550円(税込) | お客様希望により※4 | | |
| おむつ代 | | 1 あり | | ○ | 実費 | 実費負担 | | |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | 1 あり | 1 あり | | ○ | 10分550円(税込)1回550円 | 要支援、要介護者で週2回を超える場合※4、自立の場合※5(但し介助を必要とする場合は※4) | | |
| 特浴介助 | 1 あり | 1 あり | | ○ | 10分550円(税込) | 要支援、要介護者で週2回を超える場合※4 | | |
| 身辺介助（移動・着替え等） | 1 あり | 1 あり | | ○ | 10分550円(税込) | 自立の場合※4 | | |
| 機能訓練 | 1 あり | 2 なし | | | | | | |
| 通院介助 | 2 なし | 1 あり | | ○ | 10分550円(税込) | 協力医療機関の付き添いは無料 | | |
| 生活サービス | | | | | | | | |
| 居室清掃 | 1 あり | 1 あり | | ○ | 10分550円(税込) | 要支援又は要介護者で週2回を超えるものについては※4 自立の場合は1回目より※4 | | |
| リネン交換リネン交換 | 1 あり | 1 あり | | ○ | 1回550円(税込)1回550円(税込) | 週1回を超えるものについては※5 週1回を超えるものについては※5 | | |
| 日常の洗濯日常の洗濯 | 1 あり | 1 あり | | ○ | 1回550円(税込) | 外部クリーニング業者利用時は実費、要支援、要介護者で週2回を超える場合※5、自立の場合は※5 | | |
| 居室配膳・下膳居室配膳・下膳 | 2 なし | 1 あり | | ○ | 1回550円(税込) | 体調不良時は無料 その他お客様の希望の場合※5 体調不良時は無料 | | |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | | 1 あり | | ○ | | 応相談 | | |
| おやつ | | 1 あり | ○ | | | 食費に含まれ提供されるおやつ以外は実費 | | |
| 理美容師による理美容サービス | | 1 あり | | ○ | 実費実費 | 指定日での対応、実費負担 | | |
| 買い物代行買い物代行 | 2 なし | 1 あり | ○ | | 10分550円(税込)10分550円(税込) | 指定日、指定業者の代行は実費負担のみ。指定日以外は別途個別対応サービス※4と実費 | | |
| 役所手続き代行役所手続き代行 | 2 なし | 1 あり | | ○ | 10分550円(税込)10分550円(税込) | お客様希望時※4 お客様希望時※4 | | |
| 金銭・貯金管理金銭・貯金管理 | | 2 なし | | | | | | |
| 健康管理サービス健康管理サービス | | | | | | | | |
| 定期健康診断定期健康診断 | | 1 あり | | ○ | 実費実費 | 年2回実施の機会を提供 (費用は実費負担) 年2回実施の機会を提供 | | |
| 健康相談健康相談 | 1 あり | 1 あり | | ○ | | | | |
| 生活指導・栄養指導生活指導・栄養指導 | 1 あり | 1 あり | | ○ | | | | |
| 服薬支援服薬支援 | 1 あり | 1 あり | | ○ | | | | |
| 生活リズムの記録(排便・睡眠等) | 1 あり | 1 あり | | ○ | | | | |

| 入退院時・入院中のサービス入退院目 | | | | | | |
|-------------------|------|------|--|---|-----------------|-------------------|
| 入退院時の同行 | 2 なし | 1 あり | | ○ | 10分550円 (税込) | お客様の希望時 協力医療機関は無料 |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | 2 なし | 1 あり | | ○ | 10分550円 (税込) | お客様の希望時 |
| 入院中の見舞い訪問 | 2 なし | 1 あり | | ○ | 10分550円 (税込) | お客様の希望時 |

※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。

※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。