

## 重要事項説明書

|       |          |
|-------|----------|
| 記入年月日 | 令和3年5月1日 |
| 記入者名  | 山口 泰広    |
| 所属・職名 | 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かいしゃ<br>H I T O W A ケアサービス株式会社 |                    |
| 主たる事務所の所在地 | 〒106-0032<br>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) いりーぜほんだ<br>イリーゼ誉田       |                    |
| 所在地           | 〒266-0005<br>千葉県千葉市緑区誉田町2-23-2 |                    |
| 主な利用交通手段      | 最寄駅                            | JR 誉田 駅            |
|               | 交通手段と所要時間                      | JR誉田駅より徒歩2分        |
| 連絡先           | 電話番号                           | 043-300-0561       |
|               | FAX番号                          | 043-300-0562       |
|               | ホームページアドレス                     | http:// www.irs.jp |
| 管理者           | 氏名                             | 山口 泰広              |
|               | 職名                             | ホーム長               |
| 建物の竣工日        | 昭和・平成                          | 25年 6月 17日         |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | 昭和・平成                          | 25年 7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           | <input type="text" value="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                          | 平成   | 年 月 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           | 2159.64㎡                             |   |                                   |
|       | 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 <input type="text" value="なし"/> |
|       |                | 契約期間                                 | 1 あり（ 年 月 日～<br>年 月 日）<br>2 <input type="text" value="なし"/>                 |                                   |
|       |                | 契約の自動更新                              | 1 あり  | 2 なし                              |
| 建物    | 延床面積           | 全体                                   | 2159.05㎡  |                                   |
|       |                | うち、老人ホーム部分                           | 2159.05㎡  |                                   |
|       | 耐火構造           | 1 <input type="text" value="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 <input type="text" value="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 <input type="text" value="なし"/> |
|       |                | 契約期間                                 | 1 あり<br><br>(2013年7月1日～<br>2043年6月30日)<br>2 <input type="text" value="なし"/> |                                   |
|       |                | 契約の自動更新                              | 1 あり  | 2 なし                              |
|       |                |                                      |   |                                   |
| 居室の状況 | 居室区分<br>【表示事項】 | 1 全室個室                               |   |                                   |
|       |                | 2 相部屋あり                              |   |                                   |
|       |                | 最少                                   | 1人部屋  |                                   |
|       |                | 最大                                   | 1人部屋  |                                   |

|       |  | トイレ   | 浴室  | 面積    | 戸数・<br>室数 | 区分※                |  |  |  |  |
|-------|--|---|---|-------|-----------|--------------------|--|--|--|--|
|       | タイプ 1  | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無           | 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 19.2㎡ | 53        | 一般居室<br>居室(個室<br>) |  |  |  |  |
|       | タイプ 2  | 有 / 無   | 有 / 無                                     | ㎡     |           |                    |  |  |  |  |
|       | 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                                       | 3ヶ所   | うち男女別の対応が可能な便房                            |       |           | 0ヶ所                |  |  |  |  |
|       |  |   | うち車椅子等の対応が可能な便房                           |       |           | ヶ所                 |  |  |  |  |
|       | 共用浴室   | 4所  | 個浴  |       |           | ヶ所                 |  |  |  |  |
|       |  |   | 大浴場                                       |       |           | ヶ所                 |  |  |  |  |
|       | 共用浴室における介護浴槽                                     | ヶ所  | チェアー浴                                     |       |           | ヶ所                 |  |  |  |  |
|       | 介護浴槽   | 1ヶ所   | リフト浴                                      |       |           | ヶ所                 |  |  |  |  |
|       |  |   | ストレッチャー浴                                  |       |           | ヶ所                 |  |  |  |  |
|       |  |   | その他（特殊浴槽）                                 |       |           | 1ヶ所                |  |  |  |  |
|       | 食堂   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり            | <input type="checkbox"/> 2 なし             |       |           |                    |  |  |  |  |
|       | 入居者や家族が利用できる調理設備                                 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり            | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし  |       |           |                    |  |  |  |  |
|       | エレベーター   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり（車椅子対応）     |   |       |           |                    |  |  |  |  |
|       |  | <input checked="" type="checkbox"/> 2 あり（ストレッチャー対応） |   |       |           |                    |  |  |  |  |
|       |  | <input type="checkbox"/> 3 あり（上記 1・2 に該当しない）        |   |       |           |                    |  |  |  |  |
|       |  | <input type="checkbox"/> 4 なし                       |   |       |           |                    |  |  |  |  |
| 消防用設備 | 消火器  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり            | <input type="checkbox"/> 2 なし             |       |           |                    |  |  |  |  |
|       | 自動火災報知設備   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり            | <input type="checkbox"/> 2 なし             |       |           |                    |  |  |  |  |
|       | 火災通報装置   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり            | <input type="checkbox"/> 2 なし             |       |           |                    |  |  |  |  |
|       | スプリンクラー  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり            | <input type="checkbox"/> 2 なし             |       |           |                    |  |  |  |  |
|       | 防火管理者  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり            | <input type="checkbox"/> 2 なし             |       |           |                    |  |  |  |  |
|       | 防災計画   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり            | <input type="checkbox"/> 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 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)<br>: 1 |    |    |    |
|                               | 2             | なし   |                      |    |    |    |

(医療連携の内容)

|                |   |                        |   |
|----------------|---|------------------------|---|
| 医療支援<br>※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 ( 相談援助・オンコール対応 ) |   |
| 協力医療機関         | 1 | 名称                     | 医療法人社団普照会 井上記念病院  |
|                |   | 住所                     | 千葉市中央区新田町1-16   |
|                |   | 診療科目                   | 内科・外科・整形外科・泌尿器科・眼科・放射線科・リハビリテーション科                                    |
|                |   | 協力内容                   | 健康管理に関する相談、受診・入院対応その他これらに付帯する業務（医療費その他の費用は入居者の自己負担）                   |
|                | 2 | 名称                     | 医療法人社団柏葉会 柏戸病院  |
|                |   | 住所                     | 千葉市中央区長洲2-21-8  |
|                |   | 診療科目                   | 内科・外科・整形外科・糖尿病外来・眼科・神経内科  |
|                |   | 協力内容                   | 健康管理に関する相談、受診・入院対応その他これらに付帯する業務（医療費その他の費用は入居者の自己負担）                   |
|                | 3 | 名称                     | 医療法人社団淳英会 おゆみの中央病院  |
|                |   | 住所                     | 千葉市緑区おゆみ野南6-49-9  |
|                |   | 診療科目                   | 整形外科・内科・循環器内科・呼吸器内科・リハビリテーション科・形成外科・麻酔科ペインクリニック・脳神経外科・リウマチ            |
|                |   | 協力内容                   | 健康管理に関する相談、受診・入院対応その他これらに付帯する業務（医療費その他の費用は入居者の自己負担）                   |
|                | 4 | 名称                     | 医療法人社団圭恵会 すずらんクリニック   |
|                |   | 住所                     | 千葉市緑区おゆみ野4丁目2-7   |
|                |   | 診療科目                   | 内科・緩和ケア・泌尿器科・ペインクリニック・精神科   |
|                |   | 協力内容                   | 訪問診療（月2回）、オンコール対応、他医療機関紹介、健康管理に関する相談その他これらに付帯する業務（医療費その他の費用は入居者の自己負担） |
|                | 5 | 名称                     | 医療法人社団淳英会 おゆみの中央病院<br>在宅医療センター  |
|                |   | 住所                     | 千葉市緑区おゆみ野南6-49-9  |
|                |   | 診療科目                   | 整形外科・内科（他診療科あり）   |
|                |   | 協力内容                   | 訪問診療（月2回）、オンコール対応、他医療機関紹介、健康管理に関する相談その他こ                              |

|          |   |      |   |
|----------|---|------|---|
|          |   |      | れらに付帯する業務（医療費その他の費用は入居者の自己負担）   |
|          | 6 | 名 称  | 医療法人社団賢仁会 あすみが丘医院   |
|          |   | 住 所  | 千葉県あすみが丘2-17-13   |
|          |   | 診療科目 | 内科・整形外科・緩和ケア・皮膚科・精神科  |
|          |   | 協力内容 | 訪問診療（月2回）、オンコール対応、他医療機関紹介、健康管理に関する相談その他これらに付帯する業務（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 |   | 名 称  | 医療法人社団奏和会<br>くまさんデンタルクリニック  |
|          |   | 住 所  | 市原市白金町3-4-4   |
|          |   | 協力内容 | 訪問歯科診療、他医療機関紹介、口腔ケア指導等（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<br>※複数選択可 |        | 1 一時介護室へ移る場合<br>2 介護居室へ移る場合<br>3 その他（居室の住み替え）          |
| 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。 |
| 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                 |        | 1 あり 2 なし  |
| 居室利用権の取り扱い               |        | 利用権は旧居室から新居室へ移る。                                       |
| 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<br>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）<br>1 あり   |
|                          |        | 2 なし   |

**（入居に関する要件）**

|                    |                      |           |
|--------------------|----------------------|-----------|
| 入居対象となる者<br>【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               | 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   |   |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項  | 事業者から契約解除が行われた場合<br>・入居申し込み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<br>・月払いの利用料その他支払いを正当な理由なく、しばしば延滞する時<br>・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、又はその危害の切迫した恐れがありかつホームにおける通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止する事が出来ない時 |
|                | 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：1泊2日11,000円（税込）<br>最大：7泊8日以内）<br>2 なし   |   |
| 入居定員           | 53人   |   |
| その他            | 月払い利用料の計算起算日から三月以内において、契約終了となった場合、受領済の入居金及び月額利用料の金額から次にあげる費用を控除した残額を居室明け渡しを受けた翌々月末に返還します。<br>①日割計算に基づく契約書22条から24条に定める費用<br>②契約書第29条に定める原状回復費用 |   |

## 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<br>※1※2 |
|---------|----------|----|-----|----------------|
|         | 合計       | 常勤 | 非常勤 |                |
| 管理者     |          | 1  |     |                |
| 生活相談員   |          |    |     |                |
| 直接処遇職員  |          |    |     |                |
| 介護職員    | 19       | 12 | 7   | 15.5           |
| 看護職員    | 3        | 2  | 1   | 2.6            |
| 機能訓練指導員 |          |    |     |                |

|  |  |  |   |         |
|--|--|--|---|---------|
| 計画作成担当者  |  |  |   |         |
| 栄養士  |  |  |   | 外部委託    |
| 調理員  |  |  |   | 外部委託    |
| 事務員  |  |  |   |         |
| その他職員  |  |  | 3 | 2.4     |
| 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     | 0   | 0   | 0     |
| 介護福祉士     | 13  | 8   | 5     |
| 実務者研修の修了者 | 0   | 0   | 0     |
| 初任者研修の修了者 | 6   | 4   | 2     |
| 介護支援専門員   | 1   | 1   | 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 |
| 看護師または准看護師  |     |     |       |
| 理学療法士       |     |     |       |
| 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（ 19時～ 7時） |      |                |
|--------------------|------|----------------|
|                    | 平均人数 | 最少時人数（休憩者等を除く） |
| 看護職員               | 一人   | 一人             |
| 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<br>（一般型特定施設以 | 契約上の職員配置比率<br>※<br>【表示事項】 | a 1.5 : 1 以上<br>b 2 : 1 以上<br>c 2.5 : 1 以上<br>d 3 : 1 以上 |
|  | 実際の配置比率                   | : 1  |



|  |                       |   |
|--|-----------------------|---|
| 外の場合、本欄は省略可能)  | (記入日時点での利用者数：常勤換算職員数) |   |
| ※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<br>(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        | 1   | 2         |     |       |     |         |     |         |     |
| 前年度1年間の退職者数   | 1        |     |           | 1   |       |     |         |     |         |     |
| に<br>業<br>務<br>に<br>従<br>事<br>し<br>た<br>経<br>験<br>年<br>数<br>に<br>応<br>じ<br>た<br>職<br>員<br>の<br>人<br>数 | 1年未満     |     |           |     |       |     |         |     |         |     |
|   | 1年以上     |     |           | 1   | 2     |     |         |     |         |     |
|   | 3年未満     |     |           |     |       |     |         |     |         |     |
|   | 3年以上     |     |           | 5   |       |     |         |     |         |     |
|   | 5年未満     |     |           |     |       |     |         |     |         |     |
|   | 5年以上     |     |           | 4   | 5     |     |         |     |         |     |
|   | 10年未満    |     |           |     |       |     |         |     |         |     |
| 10年以上   | 2        | 1   | 2         |     |       |     |         |     |         |     |
| 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)

|                      |                        |                              |
|----------------------|------------------------|------------------------------|
| 居住の権利携帯<br>【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<br>【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<br>※該当する方式を全て選択 | 1 全額前払い方式<br>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<br>3 不在期間が 日以上の場合に限り、<br>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              | 要介護 1                | 要介護 3                |
|  | 年齢                | 80 歳                 | 80 歳                 |
| 居室の状況  | 床面積               | 19.20 m <sup>2</sup> | 19.20 m <sup>2</sup> |
|  | 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               | 0 円                  | 0 円                  |
|  | 敷金                | 0 円                  | 0 円                  |
| 月額費用の合計  |                   | 183,000 円            | 150,000 円            |
| 家賃   |                   | 74,000 円             | 74,000 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（軽減税率（8%）適用の場合） | 54,000 円             | 54,000 円             |
|  | 管理費               | 55,000 円             | 22,000 円             |
|  | 介護費用              | 0 円                  | 0 円                  |
|  | 光熱水費              | （管理費に含む）             | （管理費に含む）円            |
| その他  |                   | 円                    | 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て、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  | 事務部門の人件費、事務費、共有施設等の維持管理費。                        |

|                    |   |
|--------------------|---|
|                    | <p>(特記)</p> <p>入居者の介護度による管理費減額については、下記の通りとします。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>一 管理費減額の対象となるか否かは月末時点の介護度を基準に判断するものとし、管理費減額の対象となる場合は、当該月の翌々月分管理費から減額するものとします。</li> <li>二 前号に付随して、管理費減額の対象から外れる場合は、当該月の翌々月分管理費から減額対象外となります。</li> <li>三 月末時点で介護認定未審査の場合には、管理費減額対象とはなりません。</li> <li>四 月中で介護度の区分変更が発生した場合、管理費の追加請求・返金の日割計算は行いません。</li> <li>五 介護度の区分変更等により、過月における介護度が変更になったことが明らかになった場合、介護認定の有効期間開始日に遡っての追加請求・返金を行いません。</li> </ul> |
| 食費                 | <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>※毎食事経管栄養の方、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(お引き落)の際に前月分欠食返金として、ご返金いたします。</p>   |
| 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料 | <p>別添2参照</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・協力医療機関(初診、緊急時)病院付添い(550円(税込)／10分)</li> <li>・指定範囲を超える買物代行(550円(税込)／10分)</li> <li>・その他：個別対応サービス(550円(税込)／10分)</li> <li>・介護用品</li> <li>・消耗品実費</li> <li>・排泄用品廃棄料(一律1,100円(税込)／月)</li> <li>・洗濯代行(4,950円(税込)／月)</li> </ul>   |
| 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                       |      |
| 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(上乗せサービス) |      |
| ※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                                |                   |     |
| 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      |     |
|                                     | 入居後3月を超えた契約終了     |     |
| 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 |     |
|                                     | 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         | 10人 |
|       | 女性         | 43人 |
| 年齢別   | 65歳未満      | 0人  |
|       | 65歳以上75歳未満 | 5人  |
|       | 75歳以上85歳未満 | 17人 |
|       | 85歳以上      | 31人 |
| 要介護度別 | 自立         | 0人  |
|       | 要支援1       | 1人  |

|       |            |     |
|-------|------------|-----|
|       | 要支援 2      | 5人  |
|       | 要介護 1      | 5人  |
|       | 要介護 2      | 13人 |
|       | 要介護 3      | 7人  |
|       | 要介護 4      | 15人 |
|       | 要介護 5      | 7人  |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満      | 3人  |
|       | 6ヶ月以上1年未満  | 8人  |
|       | 1年以上5年未満   | 42人 |
|       | 5年以上10年未満  | 人   |
|       | 10年以上15年未満 | 人   |
|       | 15年以上      | 人   |

**(入居者の属性)**

|  |       |
|--|-------|
| 平均年齢   | 86.0歳 |
| 入居者数の合計  | 53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      | 3人                                    |
|         | 社会福祉施設   | 2人                                    |
|         | 医療機関     | 0人                                    |
|         | 死亡者      | 8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 | 人                                     |
|         |          | (解約事由の例)<br>医療行為が必要になり、療養型病院への入院となった。 |

**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    |    | イリーゼ誉田              |
| 電話番号     |    | 043-300-0561        |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00～18:00          |
|          | 土曜 | 9:00～18:00 (施設にて対応) |

|          |       |                       |
|----------|-------|-----------------------|
|          | 日曜・祝日 | 9：00～18：00（施設にて対応）    |
| 定休日      |       | なし                    |
| 窓口の名称    |       | HITOWAケアサービス株式会社お客様窓口 |
| 電話番号     |       | 0120-12-2943          |
| 対応している時間 | 平日    | 9：00～18：00            |
|          | 土曜    | 9：00～17：00            |
|          | 日曜・祝日 | 9：00～17：00            |
| 定休日      |       | なし                    |
| 窓口の名称    |       | 千葉県緑区保健福祉センター高齢障害支援課  |
| 電話番号     |       | 043-292-9491          |
| 対応している時間 | 平日    | 8：30～17：30            |
|          | 土曜    | 休日                    |
|          | 日曜・祝日 | 休日                    |
| 定休日      |       | 土・日・祝日                |
| 窓口の名称    |       | 千葉県国民健康保険団体連合会苦情相談窓口  |
| 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                |

**（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 | （その内容）<br>東京海上日動火災株式会社<br>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 あり | （その内容）<br>入居契約書に準じます。              |
|                               | 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    | 年1回（8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<br>2 入居希望者に交付<br>3 公開していない |
| 管理規程     | 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>3 公開していない |
| 事業収支計画書  | 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>3 公開していない |
| 財務諸表の要旨  | 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>3 公開していない |
| 財務諸表の原本  | 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>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<br>【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<br>老人福祉法第29条第1<br>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<br>に関する法律第5条第1<br>項に規定するサービス付<br>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<br>指導指針「5.規模及び構<br>造設備」に合致しない事<br>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）<br>2 適合している（将来の改善計画）<br>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 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 事業主体が千葉市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        | <input checked="" type="checkbox"/> あり | なし<br>イリーゼ<br>稲毛黒砂<br>訪問介護<br>センター<br>他2か所 | 千葉市稲毛区黒砂3-8-12  |
| 訪問入浴介護      | <input checked="" type="checkbox"/> あり | なし   |                 |
| 訪問看護        | <input checked="" type="checkbox"/> あり | なし   |                 |
| 訪問リハビリテーション | <input checked="" type="checkbox"/> あり | なし   |                 |
| 居宅療養管理指導    | <input checked="" type="checkbox"/> あり | なし   |                 |
| 通所介護        | <input checked="" type="checkbox"/> あり | なし<br>イリーゼ<br>千葉新宿<br>デイサービス<br>センター       | 千葉市中央区新宿2-16-22 |
| 通所リハビリテーション | <input checked="" type="checkbox"/> あり | なし   |                 |
| 短期入所生活介護    | <input checked="" type="checkbox"/> あり | なし   |                 |
| 短期入所療養介護    | <input checked="" type="checkbox"/> あり | なし   |                 |
| 特定施設入居者生活介護 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | なし<br>イリーゼ<br>都賀桜木<br>他1か所                 | 千葉市若葉区桜木5-17-30 |
| 福祉用具貸与      | <input checked="" type="checkbox"/> あり | なし   |                 |
| 特定福祉用具販売    | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | イリーゼ<br>稲毛黒砂<br>定期巡回<br>・随時対<br>応型訪問<br>看護セン<br>ター | 千葉県稲毛区黒砂3-8-12  |
| 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 |  |                 |
| 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<br>誉田居宅<br>介護支<br>援事業<br>所<br>他1か所            | 千葉県緑区誉田町2-23-2  |
| < 居宅介護予防サービス >       |    |    |  |                 |
| 介護予防訪問介護             | あり | なし | イリーゼ<br>稲毛黒砂<br>訪問介<br>護セン<br>ター<br>他2か<br>所       | 千葉県稲毛区黒砂3-8-12  |
| 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<br>千葉新<br>デイス<br>ター<br>センター                   | 千葉市中央区新宿2-16-22 |
| 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      | あり | なし |  |                 |
| 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 |  |                 |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護      | あり | なし |  |                 |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護     | あり | なし |  |                 |
| 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 |  |  |