

重要事項説明書

記入年月日	令和7年1月1日
記入者名	足立 浩之
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」の一部改正について（令和4年8月18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3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3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) ひとわけあさびすかぶしきがいしゃ 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	〒108-6215 東京都港区港南二丁目15番3号	
連絡先	電話番号	03-6632-7702
	FAX 番号	03-6736-5587
	メールアドレス	
	ホームページアドレス	https://www.irs.jp
代表者	氏名	袴田 義輝
	職名	代表取締役
設立年月日	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) いりーぜふなばし イリーゼふなばし	
所在地	〒273-0031 千葉県船橋市西船 6-7-8	
主な利用 交通手段	最寄駅	西船橋駅 ・ 東中山駅
	交通手段と所要時間	・ JR 総武線・武蔵野線・東京メトロ東西線『西船橋駅』 徒歩約 8 分 (約 600m) ・ 京成線『東中山駅』徒歩約 4 分 (約 300m)
連絡先	電話番号	047-333-7021
	FAX 番号	047-333-7031
	メールアドレス	funabashi@irs.jp
	ホームページアドレス	https://www.irs.jp
管理者	氏名	足立 浩之
	職名	ホーム長
建物の竣工日	平成 15 年 6 月 25 日	
有料老人ホーム事業の開始日	平成 15 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 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	1270903808
	指定した自治体名	千葉県 (船橋市)
	事業所の指定日	平成 18 年 12 月 1 日
	指定の更新日 (直近)	令和 6 年 11 月 30 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1,523.33 m ²				
	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 (年 月 日 ~ 年 月 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	2,371.67 m ²			
		うち、老人ホーム部分	2,371.67 m ²			
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 2 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> 3 その他 ()				
	構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 鉄筋コンクリート造 <input type="checkbox"/> 2 鉄骨造 <input type="checkbox"/> 3 木造 <input type="checkbox"/> 4 その他 ()				
	所有関係	1 事業者が自ら所有する建物				
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物 (普通賃借 ・ 定期賃借)				
抵当権の設定		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし				
契約期間		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (2003年2月5日 ~ 2030年5月31日) <input type="checkbox"/> 2 なし				
契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし					
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室 (縁故者居室を含む)				
		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 checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	17.64 m ²	60	介護居室個室
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	22.68 m ²	8	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	m ²		
	タイプ4	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ5	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²		
タイプ6	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²			

	タイプ7	有/無	有/無	m ²			
	タイプ8	有/無	有/無	m ²			
	タイプ9	有/無	有/無	m ²			
	タイプ10	有/無	有/無	m ²			
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。							
共用施設	共用便所における便房	2ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		2ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房		1ヶ所		
	共用浴室	4ヶ所	個室		1ヶ所		
			大浴場		3ヶ所		
	共用浴室における介護浴槽	3ヶ所	チェアー浴		1ヶ所		
			リフト浴		1ヶ所		
			ストレッチャー浴		1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		
消防用設備等	消火器		1	あり	2	なし	
	自動火災報知設備		1	あり	2	なし	
	火災通報設備		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	
緊急通報装置等	居室	1	あり	2	一部あり	3	なし
	便所	1	あり	2	一部あり	3	なし
	浴室	1	あり	2	一部あり	3	なし
	その他 (事務所)	1	あり	2	一部あり	3	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"> ・ご本人のケア・ご家族のケア・町のケアを柱に、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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 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 ※「地域密着型特定施設入居者生活介護」の指定を受けている場合。	入居継続支援加算	(I)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	生活機能向上連携加算	(I)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	個別機能訓練加算	(I)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	夜間看護体制加算	(I)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	若年性認知症入居者受入加算		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	協力医療機関連携加算	(I)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	口腔衛生管理体制加算※		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	口腔・栄養スクリーニング加算		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	退院・退所時連携加算		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	退去時情報提供加算		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
看取り介護加算	(I)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	

	(Ⅱ)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
認知症専門ケア加算	(Ⅰ)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	(Ⅱ)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
高齢者施設等感染対策向上加算	(Ⅰ)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	(Ⅱ)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
生産性向上推進体制加算	(Ⅰ)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	(Ⅱ)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	(Ⅲ)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
介護職員等処遇改善加算	(Ⅰ)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	(Ⅲ)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	(Ⅳ)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	(Ⅴ) (1)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	(Ⅴ) (2)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	(Ⅴ) (3)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	(Ⅴ) (4)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	(Ⅴ) (5)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	(Ⅴ) (6)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	(Ⅴ) (7)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	(Ⅴ) (8)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	(Ⅴ) (9)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	(Ⅴ) (10)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	(Ⅴ) (11)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	(Ⅴ) (12)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	(Ⅴ) (13)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	(Ⅴ) (14)	1 あり <input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 2 なし	

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 4 その他 ()					
協力医療機関	1	名称	医療法人社団 さくらライフ さくらライフ市川クリニック			
		住所	千葉県市川市市川 1-12-7 金定ビル 301			
		診療科目	内科他			
		協力科目	内科他			
		協力内容	入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2
		診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	2	名称	医療法人社団 麒麟会 若葉クリニック			
		住所	千葉県船橋市上山町 1丁目 156-1 112 号室			
		診療科目	内科他			
		協力科目	内科他			
		協力内容	入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2
		診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	3	名称	みらいクリニック			
		住所	千葉県船橋市本町 6-3-23 パルテール船橋 403 号			
		診療科目	内科他			
協力科目		内科他				
協力内容		入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
新興感染症発症時に連携する医療機関	1 あり	医療機関の名称				
		医療機関の住所				
	<input type="checkbox"/> 2 なし					

協力歯科医療機関	1	名称	医療法人社団 佑健会 コウノ歯科医院
		住所	千葉県習志野市実籾 5-8-6 リブポート習志野 1F
		協力内容	訪問歯科診療及び口腔ケアの実施（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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 その他（ ）	
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頂くことがあります。	
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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
従前の居室との仕様の 変更	面積の増減	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	便所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	浴室の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	洗面所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	台所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	その他の変更	1 あり (変更内容) <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項	満60歳以上で自立・要支援・要介護の方	
契約の解除の内容	① 入居者が逝去された場合 入居者から契約が解除された場合	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	<ul style="list-style-type: none"> ・入居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時。 ・月払いの利用料その他の支払い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ことが出来ない時
	解約予告期間	90日
入居者からの解約予告期間	入居日から3ヶ月以内は書面による通知で直ちに入居契約の解除。3ヶ月以降は30日以上前に書面で予告することにより入居契約の解除。	
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (内容: 7泊8日以内の日程 1泊2日 11,000円(税込)) 2 なし	
入居定員	68人	
その他	<p>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の明け渡しを受けた日の3カ月後の月末に返還します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日割計算に基づく契約書第23条から第25条に定める費用 ・契約書第30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 ^{※1※2}
	合計			
		常勤	非常勤	
管理者	1	1	0	1.0
生活相談員	1	1	0	1.0
直接処遇職員	26	14	7	21.6
介護職員	21	14	7	18.1
看護職員	5	2	3	3.5 機能訓練指導兼務
機能訓練指導員	1	0	1	0.2 看護師兼務
計画作成担当者	1	1	0	1.0
栄養士	0	0	0	外部委託
調理員	0	0	0	外部委託
事務員	1	0	1	1.0
その他職員	1	0	1	0.5
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00分
<p>※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。</p> <p>※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。</p>				

（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	10	7	3
実務者研修の修了者	2	2	0
初任者研修の修了者	6	4	2
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 00分～ 7時 00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 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)	3.0 : 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		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		0	0	4	1	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数		0	0	2	2	1	0	0	0	0	0
応じた業務に従事した職員の人数 業務に従事した経験年数に	1年未満	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0
	1年以上 3年未満	0	0	2	1	0	0	0	0	1	0
	3年以上 5年未満	1	2	3	0	0	0	0	1	0	0
	5年以上 10年未満	1	0	2	1	1		0	0	0	0
	10年以上	0	1	4	2	0	0	0	0	0	0
	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】	<ol style="list-style-type: none"> 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	<ol style="list-style-type: none"> 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）の取扱い	<ol style="list-style-type: none"> 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	管理規程に基づく	
	手続き	管理規程に基づく	

(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 1	要介護 5	
	年齢	86 歳	86 歳	
居室の状況	床面積	17.64 m ²	22.68 m ²	
	便所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	浴室	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	台所	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 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		225,895 円	245,658 円	
家賃		87,000 円	87,000 円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	5,755 円	25,518 円	
	介護保険外 ^{※2}	食費	57,240 円	57,240 円
		管理費	75,900 円	75,900 円
		介護費用	円	円
		光熱水費	円	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、建設費、修繕費、借入利息等を基盤として、近傍家賃を参照し、想定居住期間を勘案して算出。
敷金	なし
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	管理部門の人件費・労務費・共用施設等の維持管理費。
食費	<p>月額 57,240 円 (本体価格 53,000 円)</p> <p>食費の内訳は、次の通りです。</p> <p>食材費：月額 27,540 円 (税込)</p> <p>厨房管理費：月額 29,700 円 (税込)</p> <p>※1日3食、30日で軽減税率(8%)適用の場合</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670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>入居者が食事の提供を受けない場合は、その期間に相当する食材費(1か月を30日とし日割り換算)を減額いたします。</p> <p>厨房管理費(食事提供に必要な人件費・設備・備品代等)は入居者が不在の期間があっても減額いたしません。</p>
光熱水費	居室内電気代のみ実費。
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2 ・排泄用品廃棄料(使用量に関わらず一律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。 テレビの設置に伴う放送契約、放送受信料等は自己負担となります。

(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	市区町村による要支援認定又は要介護認定の確定・変更等に基づく。
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		
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	17 人
	女性	50 人
年齢別	65 歳未満	0 人
	65 歳以上 75 歳未満	3 人
	75 歳以上 85 歳未満	21 人
	85 歳以上	43 人
要介護度別	自立	0 人
	要支援 1	3 人
	要支援 2	1 人
	要介護 1	10 人
	要介護 2	13 人
	要介護 3	17 人
	要介護 4	12 人
	要介護 5	11 人

入居期間別	6ヶ月未満	20人
	6ヶ月以上1年未満	7人
	1年以上5年未満	24人
	5年以上10年未満	8人
	10年以上15年未満	7人
	15年以上	1人

(入居者の属性)

平均年齢	88.7歳
入居者数の合計	67人
入居率*	98.5%
※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	1人
	社会福祉施設	1人
	医療機関	4人
	死亡	13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	6人
		(解約事由の例) 長期入院や老健・特養施設などへの転居のため

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		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		0120-765-600
対応している時間	平日	9時00分～17時00分
	土曜	9時00分～17時00分
	日曜・祝日	9時00分～17時00分
定休日		12/31～1/3
窓口の名称		千葉県国保連合会 介護保険課 苦情処理係
電話番号		043-254-7428
対応している時間	平日	9時00分～17時00分
	土曜	休日
	日曜・祝日	休日
定休日		土・日祝日
窓口の名称		船橋市指導監査課
電話番号		047-404-2712
対応している時間	平日	9時00分～17時00分
	土曜	休日
	日曜・祝日	休日
定休日		土・日祝日 12/29～1/3
窓口の名称		イリーゼふなばし
電話番号		047-333-7021
対応している時間	平日	9時00分～18時00分
	土曜	9時00分～18時00分
	日曜・祝日	9時00分～18時00分
定休日		無し

(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	<input checked="" type="checkbox"/> 1あり	(その内容)
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1あり	(その内容)
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1あり	実施日	年1回
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 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
	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 1 回
	2 なし	
	<input type="checkbox"/> 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】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名：イリーゼ各ホーム)	
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
有料老人ホーム設置運営指導指針「規模及び構造設備」に合致しない事項	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 適合している (代替措置)	
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 適合している (将来の改善計画)	
	<input type="checkbox"/> 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 事業主体が船橋市内で実施する他の介護サービス等

介護サービス等の種類			併設・隣接 の状況	事業所の名 称	所在地
<居宅サービス>					
訪問介護	あり	なし	併設・隣接	イリーゼ船橋三咲訪問介護センター他	船橋市南三咲1-20-10
訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
通所介護	あり	なし	併設・隣接	イリーゼ船橋塚田デイサービスセンター	船橋市行田1-40-22
通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接	イリーゼ船橋緑台	船橋市緑台二丁目4番55号
福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
<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	併設・隣接		
夜間対応型訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
居宅介護支援	あり	なし	併設・隣接	イリーゼ・ケアプランセンター船橋塚田	船橋市行田1-40-21
<居宅介護予防サービス>					
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接	イリーゼ船橋緑台	船橋市緑台二丁目4番55号
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
<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	併設・隣接		

介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防支援	あり	なし	併設・隣接		
<介護保険施設>					
介護老人福祉施設	あり	なし	併設・隣接		
介護老人保健施設	あり	なし	併設・隣接		
介護療養型医療施設	あり	なし	併設・隣接		
介護医療院	あり	なし	併設・隣接		
<介護予防・日常生活支援総合事業>					
訪問型サービス	あり	なし	併設・隣接		
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接		
その他の生活支援サービス	あり	なし	併設・隣接		

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 (イリーゼふなばし)

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							なし	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)		個別の利用料で、実施するサービス(利用者が全額負担)		包含※2	都度※2	料金※3	備考
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり		○	10分 550円(税込)	自立の場合※4
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり		○	10分 550円(税込)	自立の場合※4
おむつ代			なし	あり		○	実費	実費負担
入浴(一般浴)介助・清拭	なし	あり	なし	あり		○	10分 550円(税込) 1回 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※5(但し介助を必要とする場合は※4)
特浴介助	なし	あり	なし	あり		○	10分 550円(税込) 1回 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※5(但し介助を必要とする場合は※4)
身辺介助(移動・着替え等)	なし	あり	なし	あり		○	10分 550円(税込)	自立の場合※4
機能訓練	なし	あり	なし	あり				
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	10分 550円(税込)	協力医療機関の付添は無料
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	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※4
リネン交換	なし	あり	なし	あり		○	1回 550円(税込)	週1回を超えるものについては※5
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	1回 550円(税込)	外部クリーニング業者利用時は実費 要支援又は要介護者で週2回を超えるものについては※5 自立の場合は※5
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	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
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり		○		応相談
おやつ			なし	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			なし	あり		○	実費	指定日での対応、実費負担
買い物代行	なし	あり	なし	あり	○		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10分550円(税込)と実費
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	10分 550円(税込)	お客様の希望時
金銭・貯金管理			なし	あり				金銭のお預かりはしない

健康管理サービス								
定期健康診断			なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	実費	年2回実施の機会を提供 (費用は実費負担)
健康相談	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○			
生活指導・栄養指導	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○			
服薬支援	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○			
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○			
入退院時・入院中のサービス								
入退院時の同行	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	10分 550円(税込)	お客様の希望時
入院中の見舞い訪問	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	10分 550円(税込)	お客様の希望時
その他サービス								
個別対応サービス	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> 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（介護保険負担割合証に準ずる）。

※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包含される場合と、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。

※4：お客様希望により10分550円（税込）

※5：お客様希望により1回550円（税込）