

重要事項説明書

記入年月日	令和7年1月1日
記入者名	小谷中 知香
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 <input checked="" type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/>	
	※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	〒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	kitakoshigaya@irs.jp
	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	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) いりーぜきたこしがや イリーゼ北越谷	
所在地	〒343-0035 埼玉県越谷市大道 53-1	
主な利用交通手段	最寄駅	東部スカイツリーライン 大袋駅
	交通手段と所要時間	① 東武スカイツリーライン「大袋駅」よりタクシー約 8 分 (約 2.2km) ② バス利用の場合 東武スカイツリーライン「せんげん台駅」よりバス約 14 分 大道循環行き「大道自治会館入口」バス停下車 徒歩約 1 分 (約 65m) ③ 自動車利用の場合 国道 4 号線「元荒川橋」交差点より約 4 分 (約 900m)
連絡先	電話番号	0 4 8 - 9 7 0 - 1 0 3 1
	FAX番号	0 4 8 - 9 7 0 - 1 0 3 2
	メールアドレス	kitakoshigaya@irs.jp
	ホームページアドレス	https://www.irs.jp/facility/kitakoshigaya/
管理者	氏名	小谷中 知香
	職名	ホーム長
建物の竣工日		2 0 1 5 年 7 月 1 6 日
有料老人ホーム事業の開始日		2 0 1 5 年 8 月 1 日

(類型)【表示事項】

1	<input checked="" 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	1 1 7 0 8 0 3 2 9 8
	指定した自治体名	越谷市
	事業所の指定日	2 0 1 5 年 8 月 1 日
	指定の更新日 (直近)	2 0 2 1 年 8 月 1 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1 4 4 1 . 0 1 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（普通賃借・定期賃借）				
		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				7 2 2 . 9 7 m ²
		うち、老人ホーム部分				7 2 2 . 9 7 m ²
	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	鉄筋コンクリート造			
		2	<input type="checkbox"/> 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 (普通賃借・定期賃借)						
抵当権の設定		1	<input type="checkbox"/> あり	2	なし	
契約期間		1	<input type="checkbox"/> あり	(2015年8月1日～2045年7月31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 (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 type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	1 8 m ²	6 1	介護居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	m ²		
	タイプ3	有/無	有/無	m ²		
	タイプ4	有/無	有/無	m ²		
	タイプ5	有/無	有/無	m ²		
タイプ6	有/無	有/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	5ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	5ヶ所			
			うち車椅子等の対応が可能な便房	5ヶ所			
	共用浴室	2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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	なし			
入居者や家族が利 用できる調理設備	1	あり	2	<input 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	あり（上記1・2に該当しない）					
	4	なし					
消防用設備 等	消火器	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	なし		
	自動火災報知設備	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	なし		
	火災通報設備	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	なし		
	スプリンクラー	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	なし		
	防火管理者	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	なし		
	防災計画	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	なし		
緊急通報装 置等	居室	便所	浴室	その他（ ）			
	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	1 あり			
	2 一部あり	2 一部あり	2 一部あり	2 一部あり			
	3 なし	3 なし	3 なし	3 なし			
その他	※ 居室にテレビを設置した場合、入居者がNHKの放送受信契約について必要な手続きを行うこと。						

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

<p>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</p> <p>※1 「協力医療機関連携加算(Ⅰ)」は、「相談・診療を行う体制を常時確保し、緊急時に入院を受け入れる体制を確保している協力医療機関と連携している場合」に該当する場合は指し、「協力医療機関連携加算(Ⅱ)」は、「協力医療機関連携加算(Ⅰ)」以外に該当する場合は指す。</p>	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
	ADL維持等加算	(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 <input type="checkbox"/> 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(※1)	(Ⅰ)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	口腔衛生管理体制加算(※2)		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	
科学的介護推進体制加算		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	

※2 「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。	障害者等支援加算	1 あり	2 なし	
	L I F Eへの登録	1 あり	2 なし	
	退院・退所時連携加算	1 あり	2 なし	
	退居時情報提供加算	1 あり	2 なし	
	看取り介護加算	(I)	1 あり	2 なし
		(II)	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
	高齢者施設等感染対策向上加算	(I)	1 あり	2 なし
		(II)	1 あり	2 なし
	新興感染症等施設療養費	1 あり	2 なし	
	生産性向上推進体制加算	(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)	1 あり	2 なし
		(II)	1 あり	2 なし
		(III)	1 あり	2 なし
	介護職員等処遇改善加算	(I)	1 あり	2 なし
		(II)	1 あり	2 なし
		(III)	1 あり	2 なし
		(IV)	1 あり	2 なし
		(V)(1)	1 あり	2 なし
		(V)(2)	1 あり	2 なし
		(V)(3)	1 あり	2 なし
		(V)(4)	1 あり	2 なし
		(V)(5)	1 あり	2 なし
		(V)(6)	1 あり	2 なし
		(V)(7)	1 あり	2 なし
(V)(8)		1 あり	2 なし	
(V)(9)		1 あり	2 なし	
(V)(10)		1 あり	2 なし	
(V)(11)	1 あり	2 なし		
(V)(12)	1 あり	2 なし		
(V)(13)	1 あり	2 なし		
(V)(14)	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) 3 : 1		

	2 なし
--	------

(医療連携の内容)

医療支援		1	<input type="text" value="救急車の手配"/>	
	※複数選択可	2	<input type="text" value="入退院の付き添い"/>	
		3	<input type="text" value="通院介助"/>	
		4	その他 ()	
協力医療機関	1	名称	医療法人 悟明会 田口医院	
		住所	埼玉県蓮田市上 2-2-6	
		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="text" value="1 あり"/>
		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="text" value="1 あり"/>	<input type="text" value="2 なし"/>
	2	名称	医療法人 片山会 かたやまクリニック	
		住所	埼玉県さいたま市緑区美園 5 丁目 4 3-1 5	
		診療科目	内科・心療内科・精神科	
		協力科目	内科・心療内科・精神科	
		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="text" value="1 あり"/>
		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="text" value="1 あり"/>	<input type="text" value="2 なし"/>
	3	名称	医療法人社団 仁心会 越谷ハートフルクリニック	
		住所	埼玉県越谷市市川柳町 3-50-1	
		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	<input type="text" value="1 あり"/>	<input type="text" value="2 なし"/>

			体制を常時確保		
			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	1 あり 2 なし	
	4	名称	医療法人社団 友暖会 ともクリニック		
		住所	埼玉県さいたま市緑区美園 3 丁目 10-13 DKK 5 ビル 2 階		
		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	1 あり 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	1 あり 2 なし		
新興感染症発 生時に連携す る医療機関	1 あり				
		医療機関の名称	医療法人 悟明会 田口医院		
		医療機関の住所	埼玉県蓮田市上 2-2-6		
	2 なし				
	1 あり				
		医療機関の名称	医療法人社団 仁心会 越谷ハートフルクリニック		
		医療機関の住所	埼玉県越谷市市川柳町 3-50-1		
	2 なし				
	1 あり				
		医療機関の名称	医療法人社団 友暖会 ともクリニック		
		医療機関の住所	埼玉県さいたま市緑区美園 3 丁目 10-13 DKK 5 ビル 2 階		
	2 なし				
協力歯科医療 機関	1	名称	荒川歯科医院		
		住所	埼玉県さいたま市緑区東浦和 2-43-6		
		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 3 その他 ()	
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 あり 2 なし	
追加的費用の有無	1 あり 2 なし	
居室利用権の取扱い	1 あり 2 なし	
前払金償却の調整の有無	1 あり 2 なし	
従前の居室との 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	1 あり (変更内容) 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	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 ③ 事業所から契約解除が行われた場合 ・入居申込に虚偽の事項を記載するなど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接遇、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	入居契約書第28条参照
	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	1 あり（内容： ） 2 なし
入居定員	61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	10	10	8.9
介護職員	17	9	8	6.2
看護職員	3	1	2	2.7
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				委託
調理員				委託
事務員				
その他職員				
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数）

	合計
--	----

		常勤	非常勤
社会福祉士			
介護福祉士	9	7	2
実務者研修の修了者	1	1	
初任者研修の修了者	7	1	6
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	3	1	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			
はり師			
きゅう師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (19時00分～ 7時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	人	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)	2.7 : 1
※ 広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択		
外部サービス利用型特定施設である有料	ホームの職員数	人

老人ホームの介護サービス提供体制(外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名称	
	通所介護事業所の名称	

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務		1 あり		2 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									1	
前年度1年間の退職者数			0	4						
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満	1		2						
	1年以上									
	3年未満									
	3年以上									
	5年未満									
	5年以上				2					
	10年以上									
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】	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	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 <input type="checkbox"/> 2 なし <input type="checkbox"/>	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input type="checkbox"/>	
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	所在地域の自治体の発表する消費者物価指数や 人件費に急激な変動があった場合
	手続き	運営懇談会で意見を聴き、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】）

		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	83歳	85歳	
居室の状況	床面積	18.0㎡	18.0㎡	
	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		179,522円	188,550円	
家賃		39,000円	39,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護*1の費用		(1割負担の場合) 9,582円	(1割負担の場合) 18,610円
	介護保険外*	食費	税込57,240円	税込57,240円
		管理費	税込73,700円	税込73,700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
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※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）</p>			

(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、借入利息などを基礎とし、近隣家賃を参照し、想定住居期間を勘案して算出。
敷金	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	事務部門の人件費、事務費、共有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	管理費に含むため不要
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2

その他のサービス利用料	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。	

(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	18人
	女性	43人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上 75歳未満	3人
	75歳以上 85歳未満	15人
	85歳以上	42人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	2人
	要支援2	1人
	要介護1	15人
	要介護2	14人
	要介護3	11人
	要介護4	11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	10人
	1年以上 5年未満	36人
	5年以上 10年未満	14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	83.9歳
入居者数の合計	61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	自宅等	0人
--------	-----	----

数	社会福祉施設	4人
	医療機関	4人
	死亡者	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	8人
		(解約事由の例) 長期入院、特別養護老人ホームへの転居

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		イリーゼ北越谷
電話番号		048-970-1031
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜	9:00~18:00
	日曜・祝日	9:00~18:00
定休日		なし

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		0120-765-600
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		12/31~1/3

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
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) 対人対物 1億円
	2	<input type="checkbox"/> 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)
	2	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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	年1回
			結果の開示	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし
	2	<input type="checkbox"/> 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 2 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 公開していない
財務諸表の要旨	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 公開していない

10. その他

運営懇談会	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	(開催頻度) 年 2回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
	2 代替措置なし	
高齢者虐待防止のための取組の状況	虐待防止対策検討委員会の定期的な開催	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	指針の整備	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	定期的な研修の実施	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	担当者の配置	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
身体的拘束等の適正化のための取組の状況	身体的拘束等適正化検討委員会の開催	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	指針の整備	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	定期的な研修の実施	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為（身体的拘束等）を行うこと	
	1 あり	身体的拘束等を行う場合の態様及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録
2 なし		
業務継続計画の策定状況等	感染症に関する業務継続計画	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	災害に関する業務継続計画	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	職員に対する周知の実施	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	定期的な研修の実施	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	定期的な訓練の実施	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	定期的な業務継続計画の見直し	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要	
高齢者の居住の安定確保に関する法律第 5 条第 1 項に規定	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし	

するサービス付き高齢者向け住宅の登録	
有料老人ホーム設置運営指導指針「5.規模及び構造設備」に合致しない事項	1 あり 2 <input type="text" value="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	
不適合事項がある場合の内容	

添付書類：別添1（別を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 事業主体が埼玉県内で実施する他の介護サービス

介護サービスの種類			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		
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		
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	イリーゼ川口 宮町他	川口市宮町16-12
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	イリーゼ川越 南古谷デイサ ービスセンタ ー	川越市藤木町36- 2
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	イリーゼグル ープホーム浦 和さいど	さいたま市緑区 道祖土2丁目12番 15号
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所者生活介護	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		
<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	イリーゼ川口 宮町他	川口市宮町16-12
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	イリーゼグル ープホーム浦 和さいど	さいたま市緑区 道祖土2丁目12番 15号
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		
介護型医療院	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	イリーゼ川越 南古谷デイサ ービスセンタ ー	川越市藤木町36- 2
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

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	個別の利用料で、実施するサービス					なし	あり	備考
	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）		（利用者が全額負担）					
			包含※2	都度※2	料金※3			
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり				
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり				
おむつ代			なし	あり				
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり				
特浴介助	なし	あり	なし	あり				
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり				
機能訓練	なし	あり	なし	あり				
通院介助	なし	あり	なし	あり				※付添いができる範囲を明確化すること
口腔衛生管理	なし	あり	なし	あり				
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり				
リネン交換	なし	あり	なし	あり				
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり				
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり				
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり				
おやつ			なし	あり				
理美容師による理美容サービス			なし	あり				
買い物代行	なし	あり	なし	あり				※利用できる範囲を明確化すること
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり				
金銭・貯金管理			なし	あり				
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり				※回数（年〇回など）を明記すること
健康相談	なし	あり	なし	あり				
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり				
服薬支援	なし	あり	なし	あり				
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり				
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	なし	あり	なし	あり				
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり				※付添いができる範囲を明確化すること
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり				
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり				

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割、2割又は3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。