

重要事項説明書

記入年月日	令和 6 年 1 1 月 1 日
記入者名	國嶋 亜沙美
所属・職名	イリーゼ南柏・別邸 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
	※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 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	
	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) いりーぜみなみかしわ・べってい イリーゼ南柏・別邸	
所在地	〒270-0143 千葉県流山市向小金三丁目102-1	
主な利用交通手段	最寄駅	JR常磐線 南柏駅
	交通手段と所要時間	JR常磐線「南柏駅」より 徒歩約13分(約1.0km)
連絡先	電話番号	04-7173-8510
	FAX番号	04-7173-8511
	メール	minamikashiwabettei@irs.jp
	ホームページアドレス	https://www.irs.jp
管理者	氏名	國嶋 亜沙美
	職名	ホーム長
建物の竣工日		令和6年 3月 19日
有料老人ホーム事業の開始日		令和6年 5月 1日

(類型)【表示事項】

<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 3 住宅型 <input type="checkbox"/> 4 健康型		
1又は2に 該当する場 合	介護保険事業者番号	1272503481
	指定した自治体名	千葉県
	事業所の指定日	令和 6年 5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	2,672.51㎡	
	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	2,928.11㎡			
		うち、老人ホーム部分	2,913.83㎡			
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他 ()				
		構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 鉄筋コンクリート造 2 鉄骨造 3 木造 4 その他 ()			
所有関係	1 事業者が自ら所有する建物					
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物 (<input checked="" type="checkbox"/> 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 (2024年3月19日～2054年3月18日) 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				
		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 checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	19.21㎡	71	介護居室個室
	タイプ2	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	㎡		
	タイプ3	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	㎡		
	タイプ4	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	㎡		
	タイプ5	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	㎡		
	タイプ6	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	㎡		
	タイプ7	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	㎡		
タイプ8	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	㎡			
タイプ9	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	㎡			
タイプ10	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	㎡			
※「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	7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	7ヶ所		
共用浴室		5ヶ所	個室	4ヶ所		
			大浴場	1ヶ所		

	共用浴室における 介護浴槽	2ヶ所	チェア浴	0ヶ所
			リフト浴	1ヶ所
			ストレッチャー浴	1ヶ所
			その他（ ）	0ヶ所
	食堂	<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	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし			
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> あり（車椅子対応）			
	<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	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし		
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし		
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし		
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし		
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし		
	防災計画	<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（ ）
	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<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				

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"> ・御本人のケア、御家族のケア、街のケアを柱に、社会生活の向上を支援し、ホスピタリティに溢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"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし

健康管理の供与	<input 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 type="checkbox"/> 1	自ら実施	2	委託	3	なし
生活相談サービス	<input 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	入居継続支援加算	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	生活機能向上連携加算	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	個別機能訓練加算	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	夜間看護体制加算	<input 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 type="checkbox"/> 2	なし	
	医療機関連携加算	<input type="checkbox"/> 1	あり	2	なし	
	口腔衛生管理体制加算	<input type="checkbox"/> 1	あり	2	なし	
	栄養スクリーニング加算	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	退院・退所時連携加算	<input type="checkbox"/> 1	あり	2	なし	
	看取り介護加算	<input type="checkbox"/> 1	あり	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
	サービス提 供体制強化 加算	(I)イ	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
		(I)ロ	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
	介護職員処 遇改善加算	(I)	<input type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
		(II)	1	あり	<input type="checkbox"/> 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	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
介護職員等 特定処遇改 善加算	(I)	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	(II)	<input type="checkbox"/> 1	あり	2	なし	
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) 3.0 : 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 協友会 千葉愛友会記念病院
		住所	千葉県流山市鱈ヶ崎 1-1
		診療科目	内科・外科・皮膚科・整形外科他
		協力科目	内科・外科・皮膚科・整形外科他
		協力内容	入院・外来診療、時間外の受診・治療、急変時の受け入れ、その他付随する医療行為に関する対応(医療費その他の費用は自己負担)
	2	名称	医療法人社団 和啓会 メディクス松戸クリニック
		住所	千葉県松戸市河原塚 146-1
		診療科目	内科他
		協力科目	内科他
		協力内容	訪問診療(月 2 回)、24 時間オンコール対応、緊急時対応、健康管理、医療機関紹介等 (医療費その他の費用は自己負担)
	3	名称	医療法人社団岬風会 ななほしクリニック 柏
		住所	千葉県柏市千代田 1 丁目 2 番地 47 号
		診療科目	内科他
		協力科目	内科他
		協力内容	訪問診療(月 2 回)、24 時間オンコール対応、緊急時対応、健康管理、医療機関紹介等 (医療費その他の費用は自己負担)
	4	名称	医療法人社団なごみ会 向小金クリニック
住所		千葉県流山市向小金 3 丁目 147-2	
診療科目		内科他	
協力科目		内科他	
協力内容		訪問診療(月 2 回)、24 時間オンコール対応、緊急時対応、健康管理、医療機関紹介等 (医療費その他の費用は自己負担)	
協力歯科医療機関		名称	医療法人社団 高輪会 サンフラワー松戸歯科医院
		住所	千葉県松戸市小根本 84-3 ジュネス松戸 102
		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)

	名称	医療法人社団佑健会 柏 KT 歯科
	住所	千葉県柏市柏 1-1-7 池松ビル 3F
	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住み替えになります。	
手続きの内容	居室変更に関する意識確認書・同意書を提出いただきます。	
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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
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	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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	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 事業者から契約解除が行われた場合	
	<ul style="list-style-type: none"> 入居申込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支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞する時 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事ができない時 	
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カ月以内は書面による通知で直ちに本契約の解除 3カ月以降は30日以上前に書面で予告することにより本契約の解除	
体験入居の内 容	1 あり（内容：1泊2日11,000円（税込）7泊8日まで） 2 なし	
入居定員	71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	0	1.0
生活相談員	1	1	0	1.0
直接処遇職員	27	20	7	23.0
介護職員	21	19	2	20.6
看護職員	3	2	1	2.4（機能訓練 指導員兼務）
機能訓練指導員	1		1	0.2（看護職員 兼務）
計画作成担当者	2	1	1	1.6
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人数)

	合計		
		常勤	非常勤
社会福祉士	0	0	0
介護福祉士	11	10	1
実務者研修の修了者	2	2	0
初任者研修の修了者	6	5	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	契約上の職員配置比率※	a 1.5 : 1以上
--------------	-------------	-------------

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)	【表示事項】	b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 <input checked="" type="checkbox"/> 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	
	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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし								
	業務に係る資格等		1 あり								
	資格等の名称										
	<input checked="" type="checkbox"/> 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											
前年度1年間の退職者数											
応じた職員 の人数 業務に従事した 経験年数に	1年未満	2	1	19	2	1			1	1	1
	1年以上 3年未満										
	3年以上 5年未満										
	5年以上 10年未満										
	10年以上										
	従業者の健康診断の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> 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】	<input type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式	
	<input type="checkbox"/> 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 減額なし <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額	
利用料金 の改定	条件	
	手続き	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	要介護2	要支援2	
	年齢	60歳以上	60歳以上	
居室の状況	床面積	19.21 m ²	19.21 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	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	台所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 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		248,064円	238,944円	
家賃		108,000円	108,000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) 18,764円	(1割負担の場合) 9,644円	
	介護保険	食費(軽減税率適用の場合)	54,000円	54,000円
		フロントサービス費	47,300円	47,300円
		共益費	20,000円	20,000円

	介護費用	円	円
	光熱水費	0円	0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、借入利息等を考慮して、近傍家賃を参照し想定居住期間を勘案して算出
敷金	無し
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
共益費	居室部分の光熱費・共用部分の光熱水費、共用施設の費用、施設等の維持管理費（不在の期間があっても減額精算いたしません）
フロントサービス費	受付サービス（来訪者取次、郵便物等の受け取り代行及び居室への配布等）、レクリエーションサービス企画、運営にかかる人件費、サービス提供にかかるフロント部門の人件費
食費	人件費等の諸経費、食材費に基づく費用。1ヵ月を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 軽減税率の対象となる飲食品の提供は、「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になりません。 ＊毎食時経管栄養の方、又は長期入院・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、翌月分の食費を御請求しますが、次月御請求（引き落とし）の際に前月欠食返金として、御返金致します。
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2参照 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	介護報酬告示上の額の負担割合に応じた額
特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い	なし

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

<p>一部前払い金 および 算定根拠</p>	<p>いずれかに✓をつける</p> <p><input type="checkbox"/>Aプラン 一部前払金 914万8千円（非課税） （60歳以上75歳未満）</p> <p><input type="checkbox"/>Bプラン 一部前払金 532万6千円（非課税） （75歳以上93歳未満）</p> <p><input type="checkbox"/>Cプラン 一部前払金 277万7千円（非課税） （93歳以上）</p> <p><input type="checkbox"/>Dプラン 一部前払金 0円</p> <p>※居室等利用料(月額108,000円)の一部 (月額54,000円)が前払いとなります。</p> <p>計算根拠 一部前払金＝居室等利用料の一部(月額54,000円)×想定居住期間(月数)(36ヶ月～144ヶ月) ＋想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて事業者が受領する額(前払金の15%～30%)</p> <p>算定根拠 一部前払金の算定にあたっては、厚生労働省・国土交通省事務連絡「サービス付き高齢者向け住宅における家賃等の前払金の算定の基礎及び返還債務の金額の算定方法の明示について」(平成23年11月22日付)及び千葉県有料老人ホーム設置運営標準指導指針で示された算式に基づき、地代家賃、建設費、修繕費、借入利息等を基礎とし、近傍家賃を参照し、想定居住期間を勘案して算定します。</p>
<p>想定居住期間（償却年月数）</p>	<p>Aプラン：144ヶ月（12年） Bプラン：72ヶ月（6年） Cプラン：36ヶ月（3年）</p>
<p>償却の開始日</p>	<p>入居日の翌日</p>
<p>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）</p>	<p>事業者は、「想定居住期間を超えて入居契約が継続する場合に備えて受領する家賃相当額」(※1)として合理的に算出された額を一部前払金の非返還対象分とします。</p>

		<p>(※1) プラン別非返還額 (非返還額割合)</p> <p>Aプラン：137万2千円</p> <p>Bプラン：143万8千円</p> <p>Cプラン：83万3千円</p> <p>非返還額は起算日(入居日)から3か月経過後税法に則り、事業者へ帰属します。</p> <p>この額は、短期解約特例による契約終了の場合を除き、返金しません。</p>
初期償却率		<p>Aプラン：15%</p> <p>Bプラン：27%</p> <p>Cプラン：30%</p>
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	<p>事業者は、高齢者の居住の安定確保に関する法律、老人福祉法施行規則に則って短期解約特例を定め、入居日翌日より三月以内に本契約が解除、解約又は死亡により終了する場合、次の通りに対応します。</p> <p>返還額＝一部前払金－(1日当たりの居室等利用料の額×入居日から起算して入居契約が終了した日までの日数)</p> <p>※1,000円未満の端数が生じた場合はこれを切上げます。</p> <p>※1日当たりの居室等利用料の額は、1ヶ月を30日として算出します。</p> <p>《算式》：1日当たりの居室等利用料の額＝ 1か月あたりの居室等利用料(月額108,000円)÷30日</p> <p>※本契約第23条に定める月払いの居室等利用料(家賃相当額)を支払っていた場合は、当該金額は返還します。</p>
	入居後3月を超えた契約終了	<p>①『一部前払金の想定居住期間内の場合』</p> <p>想定居住期間内に本契約が終了する場合は、入居者又は返還金受取人に、契約終了日から想定居住期間満了日までの額を返還します。</p> <p>【返還金＝(一部前払金－非返還額)÷償却期間の日数×契約終了日から償却期間満了日までの日数】</p> <p>※1,000円未満の端数が生じた場合はこれを切上げます。</p>

		②『一部前払金の想定居住期間経過後』 一部前払金の返還はございません。
前払金の 保全先	1 連帯保証を行う銀行等の 名称	不動産信用保証株式会社
	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	20人
	女性	50人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上 75歳未満	5人
	75歳以上 85歳未満	20人
	85歳以上	44人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	0人
	要支援2	1人
	要介護1	16人
	要介護2	16人
	要介護3	15人
	要介護4	13人
	要介護5	9人
入居期間別	6ヶ月未満	70人
	6ヶ月以上1年未満	人
	1年以上5年未満	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歳
入居者数の合計	70人

入居率*	98%
※ 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	人
	社会福祉施設	人
	医療機関	人
	死亡者	人
	その他	人
生前解約の状況	施設側の申し出	人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	人
		(解約事由の例) 他施設への転居・長期入院

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		イリーゼ南柏・別邸
電話番号		04-7173-8510
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	① 千葉県高齢者福祉課
-------	-------------

		② 千葉県国民健康保険団体連合会
電話番号		① 043-223-2593 ② 043-254-7426
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	定休日
	日曜・祝日	定休日
定休日		土日祝日

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。

(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	東京海上日動火災保険株式会社 対人対物：1億円
	<input type="checkbox"/> 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	入居契約書第10条に準ずる
	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	令和 年 月 日
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		
第三者による評価の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	
		評価機関名称	
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input 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	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
管理規程	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
事業収支計画書	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付

	<input type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input 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 type="checkbox"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 2 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 type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名: 近隣各イリーゼ) 2 なし	
有料老人ホーム設置時の老人福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出	1 あり (年 月 日届出) 2 なし <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり (令和 4 年 11 月 29 日登録) 2 なし	
千葉県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 type="checkbox"/> 2 なし (年 月 日施行の設置運営指導指針を適用)	
合致しない事項がある場合の内容		
「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	
千葉県有料老人ホーム設置運		

当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 令和 年 月 日

説明者署名 _____

※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

別添 1 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市内で実施する他の介護サービス

介護サービスの種類			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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・隣接	イリーゼ野田訪問介護センター他	野田市清水740-1
訪問入浴介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・隣接		
訪問看護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・隣接	イリーゼ船橋塚田訪問看護ステーション他	船橋市行田1-40-21
訪問リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・隣接		
居宅療養管理指導	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・隣接		
通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・隣接	イリーゼ常盤平デイサービスセンター他	松戸市常盤平1-27-4
通所リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・隣接		
短期入所生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・隣接	イリーゼ市原ショートステイ	市原市市原408-5
短期入所療養介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・隣接		
特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・隣接	イリーゼまつど他	松戸市日暮3-25-1
福祉用具貸与	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・隣接	ケアショップ千葉	八千代市上高野1201-1 セトオーズ103
特定福祉用具販売	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・隣接	ケアショップ千葉	八千代市上高野1201-1 セトオーズ103
<地域密着型サービス>					
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・隣接		
夜間対応型訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・隣接		
地域密着型通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・隣接		
認知症対応型通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・隣接		
小規模多機能型居宅介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・隣接		
認知症対応型共同生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・隣接		
地域密着型特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・隣接		
看護小規模多機能型居宅介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・隣接		
居宅介護支援	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・隣接	イリーゼ野田居宅支援事業所他	野田市清水740-1
<居宅介護予防サービス>					
介護予防訪問入浴介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・隣接		
介護予防訪問看護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・隣接		
介護予防訪問リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・隣接		
介護予防居宅療養管理指導	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・隣接		
介護予防通所リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所療養介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・隣接		
介護予防特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・隣接	イリーゼまつど他	松戸市日暮3-25-1
介護予防福祉用具貸与	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・隣接		
特定介護予防福祉用具販売	<input checked="" type="checkbox"/>	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	<input checked="" type="checkbox"/>	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	イリーゼ野田訪問介護センター他	野田市清水740-1
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接	イリーゼ常盤平デイサービスセンター他	松戸市常盤平1-27-4
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 (イリーゼ南柏・別邸)

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
	なし	あり	なし	あり				
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 (排泄用品廃棄料1ヶ月税込1,100円)
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）