

重要事項説明書

記入年月日	令和6年11月1日
記入者名	石原 都
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／ <input checked="" type="checkbox"/> 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	〒106-0032 東京都港区港南2丁目15番3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	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) いりーぜえにわ イリーゼ恵庭	
所在地	〒061-1448 北海道恵庭市相生町1丁目8番1号	
主な利用交通手段	最寄駅	JP 千歳線「恵庭駅」直結
	交通手段と所要時間	恵庭駅西口より徒歩約3分
連絡先	電話番号	0123-32-6311
	FAX番号	0123-32-6312
	ホームページアドレス	https://www.irs.jp
管理者	氏名	石原 都
	職名	ホーム長
建物の竣工日		平成27年3月15日
有料老人ホーム事業の開始日		平成27年4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	0171200777
	指定した自治体名	北海道
	事業所の指定日	令和元年 6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	3,939.14 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 2 なし			
契約の自動更新	1 あり 2 なし					
建物	延床面積	全体	9,913.42 m ²			
		うち、老人ホーム部分	3,361.24 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				
		2 事業者が賃借する建物				
		抵当権の設定	1 あり	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし		
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (平成27年3月15日～平成57年3月31日) <input type="checkbox"/> 2 なし			
	契約の自動更新	1 あり 2 なし				
	居室の状況	居室区分 【表示事項】	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 type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	20.16 m ²	21	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	20.48 m ²	30	介護居室個室
タイプ3		<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	20.54 m ²	1	介護居室個室
タイプ4		<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	20.64 m ²	2	介護居室個室
タイプ5		<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	20.70 m ²	4	介護居室個室
タイプ6	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	20.80 m ²	3	介護居室個室	
タイプ7	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	21.25 m ²	2	介護居室個室	
タイプ8	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	23.20 m ²	2	介護居室個室	

	タイプ9	<input checked="" type="checkbox"/> 有/無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	24.32 m ²	2	介護居室個室
	タイプ10	<input checked="" type="checkbox"/> 有/無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	26.92 m ²	3	介護居室個室
	タイプ11	<input checked="" type="checkbox"/> 有/無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	28.96 m ²	3	介護居室個室
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「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	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	<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 type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし		
エレベーター	<input 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 等	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	
	火災通報設備	<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"> ・ご本人のケア・ご家族のケア・街のケアを柱に、社会生活の向上を支援し、ホスピタリティあふれる企業を目指すこと。 ・地域社会とのコミュニケーションを通じホスピタリティを創造し、福祉社会の実現に貢献すること。 ・お客様第一主義を念頭にお客様の要求を満たすこと。
サービスの提供内容に関する特色	お一人おひとりの個性や生活スタイルを重視し、サービスを受ける側の立場を考え、されたい介護で対応させて頂いております。
入浴、排せつ又は食事の介護	<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	個別機能訓練加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	夜間看護体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	協力医療機関連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	看取り介護加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	生産性向上推進体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	認知症専門ケア加算	(Ⅰ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
(Ⅱ)		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
(Ⅲ)		1 あり <input checked="" 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 checked="" 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	社会医療法人恵和会 恵庭第一病院
		住所	恵庭市福住町1丁目6-6
		診療科目	内科・整形外科・脳神経外科 他
		協力内容	外来受診・入院対応その他これらに付帯する業務、他の医療機関紹介、健康管理に関する相談（医療費その他の費用は入居者の自己負担） 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
	2	名称	医療法人盟侑会 島松病院
		住所	恵庭市西島松570番地
		診療科目	精神科・神経科・内科
		協力内容	外来受診・入院対応その他これらに付帯する業務、他の医療機関紹介、健康管理に関する相談（医療費その他の費用は入居者の自己負担）
協力歯科医療機関	名称	医療法人ふぁみーゆ ふぁみーゆデンタルクリニック	
	住所	恵庭市黄金南7丁目9-9	
	協力内容	訪問歯科診療、他の医療機関紹介、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 ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 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。 入居者本人及び身元引受人の同意のもとでの住み替えになります。
手続きの内容	入居者本人及び身元引受人の同意のもとでの住み替えになります。
追加的費用の有無	<input type="checkbox"/> 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に移る
前払金償却の調整の有無	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 2	なし
	便所の変更	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	浴室の変更	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	洗面所の変更	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	台所の変更	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	その他の変更	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 2	なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
留意事項	概ね 60 歳以上				
契約の解除の内容	<p>① 入居者が逝去した場合</p> <p>② 入居者から契約解除が行われた場合</p> <p>③ 事業者から契約解除が行われた場合</p> <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			
	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 日以内で体験入居可能 1 泊 2 日 5,500 円 (税込)) <input type="checkbox"/> 2 なし				
入居定員	73 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、受領済み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翌々月末に返還します。				

	① 日割計算に基づく入居契約書第23条から第25条に定める費用 ② 入居契約書第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		0.7
生活相談員	1	1		1.0
直接処遇職員	27	24	3	25.5
介護職員	24	22	2	22.9
看護職員	3	2	1	2.6 <small>機能訓練指導員兼務</small>
機能訓練指導員	1	1		0.4 <small>看護職員兼務</small>
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00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	20	18	2
実務者研修の修了者	1	1	0
初任者研修の修了者	2	2	0
介護支援専門員	0	0	0
准看護師	1		1

(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	1	
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			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (19時～ 翌7時)		
	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	3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 <input 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 : 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							
	資格証の名称		介護支援専門員							
			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	2		3	0						
前年度1年間の退職者数	2		2	2						
応じた業務に従事した経験年数に 職員の人数	1年未満	1		5	1					
	1年以上 3年未満	1		1	3			1		
	3年以上 5年未満	1		14		1			1	
	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			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 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	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	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	条件	運営懇談会の意見を聞き、同意を得て行う。
の改定	手続き	同意書にて締結。

(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	要介護5	
	年齢	80歳	85歳	
居室の状況	床面積	20.16㎡	20.48㎡	
	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(税込)		190,390円 (冬季200,290円)	196,510円 (冬季206,410円)	
家賃(非課税)		75,000円	75,000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、30日の場合)	18,270円	24,390円	
	介護保険外 ^{※2}	食費(軽減税率(8%)適用の場合)	42,120円	42,120円
		管理費	55,000円	55,000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
	その他(暖房費10月~4月)	9,900円	9,900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、借入利息等を基礎とし、近隣家賃を参照し、想定居住期間を勘案して算出。
敷金	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	事務管理部門の人件費、事務費、共有施設等の費用。施設等の維持管理費。

食費	<p>食費の内訳は、次の通りです。</p> <p>食材費：月額22,356円（税込）</p> <p>厨房管理費：月額19,764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。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> <p>※毎食時経管栄養の方、または長期入院・外泊の方の場合、入居契約書記載の月額利用料の一部として、翌月分の食費をご請求いたしますが、次月ご請求（お引落）の際に前月分欠食返金として、食材費をご返金いたします。</p>
光熱水費	<p>光熱水費は管理費に含むため不要</p> <p>冬季暖房費は冬季（10月～4月）のみ</p>
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・自立の方は、生活サポート費33,000円（税込）/月が別途必要。 内容：夜間2時間毎の巡回・緊急時対応・健康相談等 ・介護用品費等は別途実費負担

（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、変更等に基づき、要介護度に応じて介護報酬告示上の額に対し、介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額の支払いを受けるものとします。
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）	非該当
※ 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	13人
	女性	60人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	0人
	75歳以上85歳未満	11人
	85歳以上	62人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	4人
	要支援2	2人
	要介護1	20人
	要介護2	12人
	要介護3	18人
	要介護4	9人
	要介護5	8人
入居期間別	6ヶ月未満	10人
	6ヶ月以上1年未満	8人
	1年以上5年未満	55人
	5年以上10年未満	0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	89.85 歳
入居者数の合計	73 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	0 人
	社会福祉施設	0 人
	医療機関	8 人
	死亡者	9 人
	その他	2 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	19 人
		(解約事由の例) 長期入院等のため

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		HITOWA ケアサービス株式会社 お客様相談センター
電話番号		0120-76-5600
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		イリーゼ恵庭
電話番号		0123-32-6311
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		北海道国民健康保険団体連合会
電話番号		011-231-5175
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 年末年始
窓口の名称		恵庭市介護福祉課
電話番号		0123-33-3131
対応している時間	平日	8:45～17:15
	土曜	休み
	日曜・祝日	休み
定休日		土日祝日
窓口の名称		石狩振興局保健環境部社会福祉課
電話番号		011-204-5903
対応している時間	平日	8:45～17:15
	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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 東京海上日動火災株式会社 : 1億円
	<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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 入居契約書に準じます
	<input type="checkbox"/> なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	実施日	年1回
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<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 <input type="checkbox"/> なし	
<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 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 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 公開していない
財務諸表の要旨	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 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 【表示事項】	1 あり (提携ホーム名：イリーゼ各施設) 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 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 2 なし	
有料老人ホーム設置運営指導指針「5.規模及び構造設備」に合致しない事項	1 あり 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	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			事業所の名称	所在地
< 居宅サービス >				
訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	イリーゼ 篠路 訪問介護セン ター 他	札幌市北区篠路2条7 丁目5-15
訪問入浴介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
訪問看護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
訪問リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
居宅療養管理指導	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	イリーゼ 篠路 デイサービス センター	札幌市北区篠路2条7 丁目5-15
通所リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
短期入所生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
短期入所療養介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
福祉用具貸与	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
特定福祉用具販売	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
< 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"/>	<input type="checkbox"/>	イリーゼ 恵庭 定期巡回随時 対応型訪問介 護看護センタ ー	恵庭市相生町1-8-1
夜間対応型訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
認知症対応型通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
小規模多機能型居宅介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
認知症対応型共同生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
地域密着型特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
看護小規模多機能型居宅介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
居宅介護支援	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	イリーゼ 篠路 居宅介護支援 事業所 他	札幌市北区篠路2条7 丁目5-15
< 居宅介護予防サービス >				
介護予防訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	イリーゼ 篠路 訪問介護セン ター 他	札幌市北区篠路2条7 丁目5-15
介護予防訪問入浴介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護予防訪問看護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護予防訪問リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護予防居宅療養管理指導	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護予防通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	イリーゼ 篠路 デイサービス センター	札幌市北区篠路2条7 丁目5-15
介護予防通所リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護予防短期入所生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護予防短期入所療養介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護予防特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護予防福祉用具貸与	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
特定介護予防福祉用具販売	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
< 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"/>	<input type="checkbox"/>		
介護予防小規模多機能型居宅介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護予防認知症対応型共同生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

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		