

重要事項説明書

作成年月日	令和6年8月1日
作成者名	加瀬 正美
所属・職名	イリーゼ東岩槻 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	
	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	なし
	ホームページアドレス	なし <input checked="" type="checkbox"/> あり: 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) いりーぜひがしいわつき イリーゼ東岩槻		
所在地	〒339-0005	埼玉県さいたま市岩槻区東岩槻1-8-9	
主な利用交通手段	最寄駅	東岩槻駅	
	交通手段と所要時間	東武アーバンパークライン(東武野田線)、「東岩槻」駅より徒歩約4分(約290m)	
連絡先	電話番号	048-793-0761	
	FAX番号	048-793-0762	
	メールアドレス	higashiiwatsuki@irs.jp	
	ホームページアドレス	https://www.irs.jp	
管理者	氏名	ホーム長	
	職名	加瀬 正美	
建物の竣工日		平成	26年 9月 30日
有料老人ホーム事業の開始日		平成	26年 11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	1176519575
	指定した自治体名	さいたま市
	事業所の指定日	令和 4年 2月 1日
	指定の更新日(直近)	令和 年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1320.42㎡	
	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	
		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	2148.75㎡
		うち、老人ホーム部分	2148.75㎡

	耐火構造	<input 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 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	<input type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する建物													
		<input type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物 (普通賃借 ・ 定期賃借)													
<table border="1"> <tr> <td>抵当権の設定</td> <td colspan="4"> <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし </td> </tr> <tr> <td>契約期間</td> <td colspan="4"> <input type="checkbox"/> 1 あり (平成26年 11月 1日～令和26年 10月 31日) <input type="checkbox"/> 2 なし </td> </tr> <tr> <td>契約の自動更新</td> <td colspan="4"> <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし </td> </tr> </table>		抵当権の設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし				契約期間	<input type="checkbox"/> 1 あり (平成26年 11月 1日～令和26年 10月 31日) <input type="checkbox"/> 2 なし				契約の自動更新	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし		
抵当権の設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし														
契約期間	<input type="checkbox"/> 1 あり (平成26年 11月 1日～令和26年 10月 31日) <input type="checkbox"/> 2 なし														
契約の自動更新	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし														
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 全室個室													
		<input type="checkbox"/> 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	18.00 m ²	5 7	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	m ²											
	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	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²											
タイプ8	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²												
タイプ9	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²												
タイプ10	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 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。相部屋の場合は人数も記入。															
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	ヶ所											
			うち車いす等の対応が可能な便房	6ヶ所											
	共用浴室	3ヶ所	個室	2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 type="checkbox"/> 1 あり (159.12 m ²) <input type="checkbox"/> 2 なし														
機能訓練室	<input 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	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) 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"/> 1 あり 2 なし
	自動火災報知機	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	消防計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
緊急通報装置等	居室	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 一部あり 3 なし
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 一部あり 3 なし
	浴室	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 一部あり 3 なし
	その他 ()	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)

事業の目的	「家族とくらしを支える新たな価値を創造し、『感動と満足を提供しつづけます。』という企業理念のもと、社会問題を背景に人々が抱える様々な課題やニーズに応えながら、誰もが暮らしやすい社会として持続可能な社会の実現を目的とする。
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

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	(I)	1 あり	2 なし
		(II)	1 あり	2 なし
※ 「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。	生活機能向上連携加算	(I)	1 あり	2 なし
		(II)	1 あり	2 なし
	個別機能訓練加算	(I)	1 あり	2 なし
		(II)	1 あり	2 なし
	ADL維持加算	(I)	1 あり	2 なし
		(II)	1 あり	2 なし
	夜間看護体制加算	(I)	1 あり	2 なし
		(II)	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
	協力医療機関連携加算	(I)	1 あり	2 なし
		(II)	1 あり	2 なし
	口腔衛生管理体制加算 (※)		1 あり	2 なし
	口腔・栄養スクリーニング加算		1 あり	2 なし
	科学的介護推進体制加算		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
	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
	介護職員等处遇改善 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) : 1		
	2 なし			

(医療連携の内容)

医療支援 ※ 複数選択可	<input type="checkbox"/> 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 通院介助 ※協力医療機関以外の付添 (10分/550円 (税込)) <input type="checkbox"/> その他 ()				
協力医療機関	1	名称	医療法人社団 協友会 彩の国東大宮メディカルセンター		
		住所	埼玉県さいたま市北区土呂町1522		
		診療科目	総合診療科/総合内科/神経内科/救急科/麻酔科等		
		協力科目	総合診療科/総合内科/神経内科/救急科/麻酔科等		
		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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし	
	2	名称	医療法人社団 悟明会 田口医院		
		住所	埼玉県蓮田市上2-2-6		
		診療科目	心療内科		
		協力科目	心療内科		
		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="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> あり	2 なし	
	3	名称	医療法人社団コンパス コンパス内科歯科クリニック大宮		
		住所	埼玉県さいたま市大宮区桜木町4-193-2		
		診療科目	総合診療科/総合内科/神経内科/救急科/麻酔科等		
協力科目		総合診療科/総合内科/神経内科/救急科/麻酔科等			
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"/> 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	<input type="checkbox"/> あり	2 なし		

	4	名称	医療法人 AGRIE メドアグリクリニックかすかべ			
		住所	埼玉県春日部市大倉 496-422			
		診療科目	内科			
		協力科目	内科			
		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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	5	名称				
		住所				
		診療科目				
		協力科目				
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	
新興感染症発生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					
	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丁目43-6			
		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			
	2	名称				
		住所				
		協力内容				

(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(一般居室は全室介護居室)	
判断基準の内容	一定の観察期間を設け、医師の意見を聞いたうえで判断	
手続きの内容	入居者本人及び身元引受人の同意の上で所定の手続きを行う	
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	旧居室から新居室に移行	
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	<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事業所から契約解除が行われた場合。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入居者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
	解約予告期間	90日
入居者からの解約予告期間	<p>入居者は、入居日から経過日数が三月以内の場合は、事業者に対し書面で通知することにより、直ちに入居契約を解約することができます。</p> <p>入居者は、入居日から三月を経過した後は、30日以上前に書面で予告することにより、入居契約を解約することができます。</p>	
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (内容：7泊8日以内の日程で体験入居が出来ます。 1泊11,000円〈税込〉) 2 なし	
入居定員	57名	
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）

	職務内容	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	13	7	17.7
	介護職員	17	11	6	15.1
	看護職員	3	2	1	2.6（内常勤1名機能訓練指導員を兼務）
	機能訓練指導員	1	1		0.2（看護職員を兼務）
	計画作成担当者	1	1		1.0
	栄養士				外部委託
	調理員				外部委託
	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			
介護福祉士	11	8	3
実務者研修の修了者	3	2	1
初任者研修の修了者	3	1	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
看護師及び准看護師	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			
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 00 分)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0名	0名
介護職員	2名	1名

(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 (広告、パンフレット等における表示事項)	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
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		福祉主事 実務者研修					
	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	0	0	0						
前年度1年間の退職者数	0	0	0	0						
員の業務に従事した経験年数に応じた職 の人数	1年未満	0	1	0	3	1				
	1年以上 3年未満	2					1		1	
	3年以上 5年未満	0		11	3					
	5年以上 10年未満	0								
	10年以上	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】	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	
利用料金の改定	条件	運営懇談会の意見を聴き、同意を得て行う。
	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	歳	歳	
居室の状況	床面積	18.00 m ²	18.00 m ²	
	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	円	円	
	敷金	円	円	
月額費用の合計		207,878 円	212,235 円	
家賃		74,000 円	74,000 円	
サービス費用※2	特定施設入居者生活介護※1の費用		(1割負担時) 17,238 円	(1割負担時) 21,595 円
	介護保険外	食費	税込 57,240 円	税込 57,240 円
		管理費	税込 59,400 円	税込 59,400 円
		介護費用	円	円
		光熱水費	円	円
その他		円	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> <p>(注)居室にあるテレビ等のNHK受信料については、入居者が個々で契約して負担してください。</p>				

(利用料金の算定根拠)

項目	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、想定移住期間を勘案して算出。
敷金	—
介護費用	※介護保険サービスの自己負担費用は含まない
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の通り <ul style="list-style-type: none"> ・協力医療機関以外の病院付添い（550円（税込）／10分） ・指定回数・範囲を超える買物代行（550円（税込）／10分） ・その他：個別対応サービス（550円（税込）／10分） ・介護用品・消耗品実費等は実費 ・排泄用品廃棄料（使用量に係らず一律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。

（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（負担割合に準ずる）
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）	非該当
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

（前払金の受領）※前払い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（償還年月数）		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【冒頭に記した作成日現在】

（入居者の人数）

性別	男性	21人
	女性	36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	13人
	85歳以上	40人

要介護度別	自立	0人
	要支援1	1人
	要支援2	0人
	要介護1	11人
	要介護2	14人
	要介護3	6人
	要介護4	14人
	要介護5	11人
入居期間別	6か月未満	9人
	6か月以上1年未満	6人
	1年以上5年未満	37人
	5年以上10年未満	5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	87歳
入居者数の合計	57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	3人
	医療機関	5人
	死亡者	4人
	その他	0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	8人
		(解約事由の例) 長期入院、特別養護老人ホーム転居など

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)※4カ所以上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	イリーゼ東岩槻	
電話番号	048-793-0761	
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜日	9:00~18:00
	日曜・祝日	9:00~18:00
定休日		

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
	土曜日	9:00～17:00
	日曜・祝日	9:00～17:00
定休日		12月31日～翌年1月3日

窓口の名称		岩槻区高齢介護課
電話番号		048-790-0168
対応している時間	平日	8:30～17:15
	土曜日	-
	日曜・祝日	-
定休日		12月29日～翌年1月3日

窓口の名称		さいたま市 福祉局 長寿応援部 介護保険課
電話番号		048-829-1265
対応している時間	平日	8:30～17:15
	土曜日	-
	日曜・祝日	-
定休日		12月29日～翌年1月3日

窓口の名称		埼玉県国民健康保険団体連合会 介護福祉課 苦情対応係
電話番号		048-824-2568 (苦情相談専用)
対応している時間	平日	8:30～12:00、13:00～17:00
	土曜日	-
	日曜・祝日	-
定休日		12月29日～翌年1月3日

(事故発生時等の対応方法)

事故発生時の対応方法	事故対応マニュアルに準じ対応
利用者の体調急変時等 (緊急時等)における対応方法	主治医・看護職員・介護職員及び家族等と連絡・連携の上で対応

(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) 東京海上日動火災株式会社 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) 入居契約書に準ずる
	2 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"/> 2 なし 職員研修の実施（年 4回） 委員会の実施（年 12回）
指針の策定、再発防止を目的とする職員への周知、委員会及び研修の実施を適切に実施するための担当者（役職）	ホーム長

(非常災害対策等)

非常災害に対する具体的計画 (消防計画・風水害、地震等に対処するための計画)	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 2 なし (内容) 非常災害予防対策、初期対応、業務継続計画等
避難訓練の実施	<input checked="" type="checkbox"/> あり (年 回) <input type="checkbox"/> 2 なし
業務（事業）継続計画の策定の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 2 なし 職員研修の実施（年 2回） 訓練の実施（年 2回）
感染予防及びまん延防止のための対策の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 2 なし 職員研修の実施（年 2回） 訓練の実施（年 2回）

(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	
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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"/> あり	(開催頻度) 年 2回
		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし (方法)
		その他の情報通信機器を用いた実施の有無
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
	2 代替措置なし	

施設利用に当たっての留意事項	入居契約書及び管理規程に定めるとおり				
緊急やむを得ない場合に身体的拘束等を行う場合の手続き	<ol style="list-style-type: none"> 「緊急やむを得ない場合」の判断は、担当スタッフ個人（またはチーム）で行うのではなく、主治医、施設全体で判断する。 身体拘束の内容、目的、時間、期間などを利用者本人や家族に対して十分に説明し、理解を求める。 身体拘束に関する記録の作成を行う。 				
虐待の防止のための措置	高齢者虐待防止指針を定め委員会を開催、研修を実施				
※介護に直接携わる職員に対する、認知症介護基礎研修を受講させるための対応	本部の受講計画に基づき対応				
ホームにおけるハラスメントの規定	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>あり</td> <td>2</td> <td>なし</td> </tr> </table> 担当窓口：管理者 周知方法：研修等で周知	1	あり	2	なし
1	あり	2	なし		
プライバシーポリシー、個人情報保護規程等	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>あり</td> <td>2</td> <td>なし</td> </tr> </table> (内容) 個人情報保護方針（個人情報の取得・利用、目的、管理、利用停止等について）	1	あり	2	なし
1	あり	2	なし		
提携ホームへの移行 【表示事項】	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>あり（提携ホーム名：イリーゼ各ホーム）</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>なし</td> </tr> </table>	1	あり（提携ホーム名：イリーゼ各ホーム）	2	なし
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	<ol style="list-style-type: none"> あり なし 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	<ol style="list-style-type: none"> あり なし 				
有料老人ホーム設置運営指針「5. 規模及び構造設備」に合致しない事項	<ol style="list-style-type: none"> あり 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	<ol style="list-style-type: none"> 適合している（代替措置） 適合している（将来の改善計画） 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	<ol style="list-style-type: none"> あり なし 				
不適合事項がある場合の内容					

※看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、介護保険法第八条第二項に規定する政令で定める者等の資格を有する者その他これに類する者を除く。

添付書類：

別添 1（別に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）

※1 _____ 様

重要事項について文書を交付し、説明しました。

説明年月日 年 月 日

説明者署名 _____

※2 私は重要事項について交付、説明を受け、同意しました。

令和 年 月 日

受領（利用申込）者署名 _____

※1,2 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。