

## 重要事項説明書

記入年月日	令和6年6月1日
記入者名	碩 康俊
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/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 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	<a href="https://www.irs.jp">https://www.irs.jp</a>
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) いりーぜにししづ イリーゼ西志津	
所在地	〒285-0845 千葉県佐倉市西志津三丁目3番28号	
主な利用交通手段	最寄駅	京成本線 志津駅
	交通手段と所要時間	京成本線 志津駅より 徒歩約14分 (約1.1km)
連絡先	電話番号	043-460-1015
	FAX番号	043-460-1016
	メール	nishishizu@irs.jp
	ホームページアドレス	https://www.irs.jp/facility/nishishizu/
管理者	氏名	碩 康俊
	職名	ホーム長
建物の竣工日		令和3年7月20日
有料老人ホーム事業の開始日		令和3年9月1日

### (類型)【表示事項】

<input checked="" 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	1271703033
	指定した自治体名	千葉県
	事業所の指定日	令和3年9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	2,433.75㎡	
	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	2,504.45㎡			
		うち、老人ホーム部分	2,504.45㎡			
	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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 鉄骨造 3 木造 4 その他 ( )				
	所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 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 (令和3年7月20日～令和33年7月19日) 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				
		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㎡	56	介護居室個室
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	18.60㎡	10	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	㎡		
	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	4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	4ヶ所		
	共用浴室	6ヶ所	個室	5ヶ所		
			大浴場	1ヶ所		
共用浴室における	1ヶ所	チェアー浴	0ヶ所			

	介護浴槽		リフト浴	0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"/> 1	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"/> 1	あり	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
	自動火災報知設備	<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
	防災計画	<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)

運営に関する方針	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・お客様第一主義を念頭にお客様の要求を満たすこと。</li> </ul>
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	入居継続支援加算	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		
	生活機能向上連携加算	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		
	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		
	若年性認知症入居者受入加算	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		
	医療機関連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし		
	口腔衛生管理体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし		
	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		
	看取り介護加算	<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)イ	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
		(Ⅰ)ロ	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
		(Ⅱ)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	介護職員処 遇改善加算	(Ⅲ)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
		(Ⅳ)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
		(Ⅴ)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
		介護職員等 特定処遇改 善加算	(Ⅰ)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
			(Ⅱ)	<input checked="" 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) : 1			
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし				

(医療連携の内容)

医療支援		<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 愛信会 佐倉中央病院
		住所	千葉県佐倉市栄町 20-4
		診療科目	内科、整形外科、脳外科、泌尿器等
		協力科目	内科、整形外科、脳外科、泌尿器等
		協力内容	外来受診又は入院受け入れ、緊急時の医療行為、他の医療機関紹介、健康管理に関する相談、その他これらに付帯する業務(医療費その他の費用は入居者の自己負担)
	2	名称	医療法人社団 心和会 新八千代病院
		住所	千葉県八千代市米本 2167番地
		診療科目	内科、整形外科、脳外科、泌尿器等
		協力科目	内科、整形外科、脳外科、泌尿器等
		協力内容	外来受診又は入院受け入れ、緊急時の医療行為、他の医療機関紹介、健康管理に関する相談、その他これらに付帯する業務(医療費その他の費用は入居者の自己負担)
	3	名称	医療法人社団精樹会 さくらホームクリニック
		住所	千葉県佐倉市南ユーカリが丘 15-26
		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	医療法人社団誠津会 はるかぜ診療所
住所		千葉県四街道市大日 549-1	
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)	

	5	名称	医療法人社団さくらライフ さくらライフ津田沼クリニック
		住所	千葉県習志野市津田沼 1-3-11 昭和第三ビル 3階
		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 陵栄会 佐倉デンタルクリニック	
	住所	千葉県佐倉市稲荷台 1-1-1 第 8 倉田ビル 1F	
	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	1 一時介護室へ移る場合 <input checked="" type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 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の住み替えになります。	
手続きの内容	居室変更に関する意思確認書・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	旧居室から新居室へ移る	
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	自立している者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
----------	---------	---

【表示事項】	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	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 ・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本契約の解除 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：1泊2日 11,000円(税込) ※7泊8日まで) 2 なし	
入居定員	66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	25	11	14	21.1
介護職員	22	9	13	18.4
看護職員	3	2	1	2.7(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	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 <sup>※2</sup>				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			
介護福祉士	7	4	3
実務者研修の修了者	6	3	3
初任者研修の修了者	4	2	2
介護支援専門員	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			
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～ 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	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 <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	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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし							
	業務に係る資格等		<input checked="" type="checkbox"/> 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			3	1					
前年度1年間の退職者数	1			1						
に業務に従務	1年未満		1	3	3	1				
	1年以上	2		6	10			1		1

	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	<input type="checkbox"/> 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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	18.00㎡	18.60㎡
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
	浴室	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無
	台所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" 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		222,476 円	213,290 円	
76,000 円		76,000 円	76,000 円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用	(1割負担の場合) 18,936 円	(1割負担の場合) 9,750 円	
	介護保険外 <sup>※2</sup>	食費	57,240 円	57,240 円
		共益費	34,000 円	34,000 円
		介護費用	円	円
		フロントサービス費	36,300 円	36,300 円
		光熱水費	共益費に含む	共益費に含む
		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、借入利息等を基礎として、近傍家賃を参照し想定居住期間を勘案して算出
敷金	家賃の ヶ月分
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	居室部分の光熱水費・共有部分の光熱水費、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清算いたしません）
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の企画、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	月額 57,240 円（本体価格 53,000 円） 食費の内訳は、次の通りです。 食材費：月額 27,540 円（税込） 厨房管理費：月額 29,700 円（税込） ※1日3食、30日で軽減税率（8%）適用の場合  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。

	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。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。
光熱水費	共益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
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	25人
	女性	41人

年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	5人
	75歳以上 85歳未満	14人
	85歳以上	47人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	6人
	要支援2	6人
	要介護1	11人
	要介護2	16人
	要介護3	13人
	要介護4	9人
	要介護5	5人
入居期間別	6ヶ月未満	12人
	6ヶ月以上1年未満	3人
	1年以上5年未満	51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	88.8歳
入居者数の合計	66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	1人
	社会福祉施設	2人
	医療機関	5人
	死亡者	2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	8人

		(解約事由の例)
--	--	----------

## 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		イリーゼ西志津
電話番号		043-460-1015
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
電話番号		0120-765-600 (お客様相談センター)
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		12/31~1/3
窓口の名称		佐倉市役所 健康福祉部 高齢者福祉課
電話番号		043-484-6243
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
窓口の名称		千葉県国民健康保険団体連合会
電話番号		043-254-7428
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

(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) 東京海上日動火災保険株式会社 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"/> 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 2 なし	実施日	年1回
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
第三者による評価の実施状況	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 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 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】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり（提携ホーム名：イリーゼ各ホーム） <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 1 あり（ 年 月 日届出） <input type="checkbox"/> 2 なし <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり（令和 2 年 1 0 月 2 3 日登録） <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし （平成 3 0 年 5 月 1 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	<input type="checkbox"/> 1 適合している（代替措置） <input 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
千葉県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	市川市本北方3-12-8
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	<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	あり	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	あり	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	あり	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	あり	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	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	イリーゼ野田居宅介護支援事業所	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	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	イリーゼ市原ショートステイ	市原市市原408-5
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	イリーゼまつど他	松戸市日暮3-25-1
介護予防福祉用具貸与	あり	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
特定介護予防福祉用具販売	あり	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	イリーゼ八千代台訪問介護センター他	八千代市八千代台北4-18-14
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接	イリーゼ八千代台デイサービスセンター他	八千代市八千代台北4-18-14
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 (イリーゼ西志津)

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 (排泄用品廃棄料1ヶ月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）