

重 要 事 項 説 明 書

|       |                 |
|-------|-----------------|
| 作成年月日 | 令和 8 年 7 月 1 日  |
| 作成者名  | 上野 秀臣           |
| 所属・職名 | イリーゼ東岩槻<br>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) かぶしきがいしゃひとわ<br>株式会社H I T O W A      |                                                             |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 1 0 8 - 6 2 1 5                          | 東京都港区港南二丁目 1 5 番 3 号                                        |
|            |                                            |                                                             |
| 連絡先        | 電話番号                                       | 0 3 - 6 6 3 2 - 7 7 0 2                                     |
|            | F A X 番号                                   | 0 3 - 6 7 3 6 - 5 5 8 7                                     |
|            | 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                                         | 須原 清貴                                                       |
|            | 職名                                         | 代表取締役                                                       |
| 設立年月日      | 令和 2 年 5 月 7 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<br>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                            | 上野 秀臣                                    |
| 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 |                               | 令和 8年 3月 1日                              |

(類型)【表示事項】

|                                                                                                                                                                                                                           |            |             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------|
| <div> <div>1</div> <div>介護付 (一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合)</div> </div> <div> <div>2</div> <div>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)</div> </div> <div> <div>3</div> <div>住宅型</div> </div> <div> <div>4</div> <div>健康型</div> </div> |            |             |
| 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 8年 3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<br>(年月日～年月日)<br>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             | <div>1 耐火建築物</div> <div>2 準耐火建築物</div> <div>3 その他 ( )</div>                  |                 |                      |       |        |
|                                                               | 構造               | <div>1 鉄筋コンクリート造</div> <div>2 鉄骨造</div> <div>3 木造</div> <div>4 その他 ( )</div> |                 |                      |       |        |
|                                                               | 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 ( 普通賃借 ・ 定期賃借 )                                                 |                 |                      |       |        |
|                                                               |                  | 抵当権の設定                                                                       | 1 あり 2 なし       |                      |       |        |
| 契約期間                                                          |                  | 1 あり<br>(平成 26 年 9 月 30 日～令和 26 年 9 月 29 日)<br>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<br>【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            | 有/無                                                                          | 有/無             | 18.00 m <sup>2</sup> | 57    | 介護居室個室 |
|                                                               | タイプ 2            | 有/無                                                                          | 有/無             | m <sup>2</sup>       |       |        |
|                                                               | タイプ 3            | 有/無                                                                          | 有/無             | m <sup>2</sup>       |       |        |
|                                                               | タイプ 4            | 有/無                                                                          | 有/無             | m <sup>2</sup>       |       |        |
|                                                               | タイプ 5            | 有/無                                                                          | 有/無             | m <sup>2</sup>       |       |        |
|                                                               | タイプ 6            | 有/無                                                                          | 有/無             | m <sup>2</sup>       |       |        |
|                                                               | タイプ 7            | 有/無                                                                          | 有/無             | m <sup>2</sup>       |       |        |
|                                                               | タイプ 8            | 有/無                                                                          | 有/無             | m <sup>2</sup>       |       |        |
|                                                               | タイプ 9            | 有/無                                                                          | 有/無             | m <sup>2</sup>       |       |        |
| タイプ 10                                                        | 有/無              | 有/無                                                                          | m <sup>2</sup>  |                      |       |        |
| ※「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<br>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 |                      | 7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<br>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 あり (159.12 m <sup>2</sup> ) 2 なし                                           |                 |                      |       |        |
|                                                               | 機能訓練室            | 1 あり 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）<br><input checked="" type="checkbox"/> 2 あり（ストレッチャー対応）<br>3 あり（上記1・2に該当しない）<br>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"> <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           | <input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 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<br>加算の対象となるサービス<br>の体制の有無<br><br>※ 「地域密着型特定施設<br>入居者生活介護」の指定を<br>受けている場合。 | 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 |
|                                                                                        | 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 |
|                                                                                        | ADL維持加算            | (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 | 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         | (Ⅰ)     | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 2 なし                                     |
|                                                                                        |                    | (Ⅱ)     | 1 あり                                     | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
|                                                                                        | 口腔衛生管理体制加算 (※)     |         | 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 | 2 なし                                     |
|                                                                                        | 退院・退所時連携加算         |         | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 2 なし                                     |
|                                                                                        | 退居時情報提供加算          |         | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 2 なし                                     |
|                                                                                        | 看取り介護加算            | (Ⅰ)     | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 2 なし                                     |
|                                                                                        |                    | (Ⅱ)     | 1 あり                                     | <input checked="" type="checkbox"/> 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 |
|                                                                                        | 高齢者施設等感染対策<br>向上加算 | (Ⅰ)     | 1 あり                                     | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
|                                                                                        |                    | (Ⅱ)     | 1 あり                                     | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
|                                                                                        | 生産性向上推進体制加算        | (Ⅰ)     | 1 あり                                     | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
|                                                                                        |                    | (Ⅱ)     | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 2 なし                                     |
|                                                                                        | サービス提供体制強化加算       | (Ⅰ)     | 1 あり                                     | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
|                                                                                        |                    | (Ⅱ)     | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 2 なし                                     |
|                                                                                        |                    | (Ⅲ)     | 1 あり                                     | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
|                                                                                        | 介護職員等処遇改善<br>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 |
|                                                                                        |                    | (Ⅳ)     | 1 あり                                     | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
|                                                                                        |                    | (Ⅴ) (1) | 1 あり                                     | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
|                                                                                        |                    | (Ⅴ) (2) | 1 あり                                     | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
|                                                                                        |                    | (Ⅴ) (3) | 1 あり                                     | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
|                                                                                        |                    | (Ⅴ) (4) | 1 あり                                     | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
|                                                                                        |                    | (Ⅴ) (5) | 1 あり                                     | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
|                                                                                        |                    | (Ⅴ) (6) | 1 あり                                     | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
|                                                                                        |                    | (Ⅴ) (7) | 1 あり                                     | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
|                                                                                        |                    | (Ⅴ) (8) | 1 あり                                     | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |

|                      |                               |                      |      |                               |
|----------------------|-------------------------------|----------------------|------|-------------------------------|
|                      |                               | (V) (9)              | 1 あり | <input type="checkbox"/> 2 なし |
|                      |                               | (V) (10)             | 1 あり | <input type="checkbox"/> 2 なし |
|                      |                               | (V) (11)             | 1 あり | <input type="checkbox"/> 2 なし |
|                      |                               | (V) (12)             | 1 あり | <input type="checkbox"/> 2 なし |
|                      |                               | (V) (13)             | 1 あり | <input type="checkbox"/> 2 なし |
|                      |                               | (V) (14)             | 1 あり | <input 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)<br>: 1 |      |                               |
|                      | <input type="checkbox"/> 2 なし |                      |      |                               |

(医療連携の内容)

|                 |   |                                                                                                                    |                               |                                    |
|-----------------|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| 医療支援<br>※ 複数選択可 |   | <input type="checkbox"/> 救急車の手配<br><input type="checkbox"/> 入退院の付き添い<br><input type="checkbox"/> 通院介助<br>4 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                                                                                                               | 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"/> 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 <input type="checkbox"/> 2 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"/> 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   | <input type="checkbox"/> 1あり 2 なし  |
|                 | 3 | 名称                                                                                                                 | 医療法人 AGRIE アグリホーム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 type="checkbox"/> 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   | <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
|                 | 4 | 名称                                                                                                                 | 稲王クリニック                       |                                    |
|                 |   | 住所                                                                                                                 | 埼玉県さいたま市岩槻区並木1-10-5           |                                    |
|                 |   | 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<br>対応を行う体制を常時確保             | <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
|                           |                               |         | 診療の求めがあった場合において診療<br>を行う体制を常時確保               | <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| 新興感染症発生時<br>に連携する医療機<br>関 | <input type="checkbox"/> 1 あり |         |                                               |                                    |
|                           |                               | 医療機関の名称 | 医療法人社団 協友会 彩の国東大宮メディカルセンター<br>医療法人社団 悟明会 田口医院 |                                    |
|                           |                               | 医療機関の住所 | 埼玉県さいたま市北区土呂町1522<br>埼玉県蓮田市上2-2-6             |                                    |
|                           | <input type="checkbox"/> 2 なし |         |                                               |                                    |
| 協力歯科医療機関                  | <input type="checkbox"/> 1    | 名称      | 医療法人社団佑健会 七里 KT 歯科・矯正歯科                       |                                    |
|                           |                               | 住所      | 埼玉県さいたま市見沼区大字風渡野582番地3                        |                                    |
|                           |                               | 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<br>居者の自己負担)       |                                    |
|                           | <input type="checkbox"/> 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<br>※ 複数選択可 | <input type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合<br><input type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合<br><input 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                  | <input type="checkbox"/> 1 あり <input 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               | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし                                                                  |                                                             |        |  |
| 従前の居室と<br>の仕様の変更          | 面積の増減                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |        |  |
|                           | 便所の変更                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |        |  |
|                           | 浴室の変更                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |        |  |
|                           | 洗面所の変更                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |        |  |
|                           | 台所の変更                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |        |  |
|                           | その他の変更                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 1 あり                               | (変更内容) |  |
|                           |                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 2 なし                               |        |  |

(入居に関する要件)

|                    |                      |                                    |
|--------------------|----------------------|------------------------------------|
| 入居対象となる者<br>【表示事項】 | 自立している者              | <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
|                    | 要支援の者                | <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
|                    | 要介護の者                | <input 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。<br>②入居者から契約解除が行われた場合。<br>③事業所から契約解除が行われた場合。<br>・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。<br>・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。<br>・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 2 8 条 |
|                | 解約予告期間                                                                                                                                                                                                               | 9 0 日        |
| 入居者からの解約予告期間   | 入居日から三月を経過した後は 3 0 日                                                                                                                                                                                                 |              |
| 体験入居の内容        | ① あり（内容：7 泊 8 日以内の日程で体験入居が出来ます。<br>1 泊 1 1, 0 0 0 円（税込）<br>2 なし                                                                                                                                                      |              |
| 入居定員           | 5 7 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<br>※ 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                                                                                           |      | 24       | 13 | 11  | 20.5                   |
|                                                                                                  | 介護職員 | 21       | 11 | 10  | 17.9                   |
|                                                                                                  | 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                                                                                              |      |          |    |     |                        |
| 調理員                                                                                              |      | 7        | 1  | 6   | 4.3                    |
| 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     | 13 | 8  | 5   |
| 実務者研修の修了者 | 3  | 2  | 1   |
| 初任者研修の修了者 | 5  | 1  | 4   |
| 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<br>(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<br>(広告、パンフレット等における表示事項) | a 1.5 : 1以上<br>b 2 : 1以上<br>c 2.5 : 1以上<br>d 3 : 1以上 |
|                                                                 | 実際の配置比率<br>(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 |     |                                          |     | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    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        | 0   | 0                                        | 0   |                                                  |     |         |     |         |     |
| 前年度1年間の退職者数                            |               | 0        | 0   | 0                                        | 0   |                                                  |     |         |     |         |     |
| 員の<br>業務に<br>従事した<br>経験年数<br>に応じた<br>職 | 1年未満          | 0        | 1   | 0                                        | 7   | 1                                                |     |         | 1   |         |     |
|                                        | 1年以上<br>3年未満  | 2        |     |                                          |     |                                                  |     |         |     | 1       |     |
|                                        | 3年以上<br>5年未満  | 0        |     | 11                                       | 3   |                                                  |     |         |     |         |     |
|                                        | 5年以上<br>10年未満 | 0        |     |                                          |     |                                                  |     |         |     |         |     |
|                                        | 10年以上         | 0        |     |                                          |     |                                                  |     |         |     |         |     |
| 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<br>【表示事項】              |     | <input checked="" type="checkbox"/> 1 利用権方式<br>2 建物賃貸借方式<br>3 終身建物賃貸借方式                   |                                         |
| 利用料金の支払い方式<br>【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                                                                           |                                         |
|                                |     | <input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式                                               |                                         |
|                                |     | 4 選択方式<br>※該当する方式を全て選択                                                                    | 1 全額前払い方式<br>2 一部前払い・一部月払い方式<br>3 月払い方式 |
| 年齢に応じた金額設定                     |     | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし                                             |                                         |
| 要介護状態に応じた金額設定                  |     | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 なし                                          |                                         |
| 入院等による不在時における<br>利用料金（月払い）の取扱い |     | <input checked="" type="checkbox"/> 1 減額なし<br>2 日割り計算で減額<br>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<br>の改定                    | 条件  | 関連法令の改定時・消費者物価指数や人件費の変動時等                                                                 |                                         |
|                                | 手続き | 運営懇談会の意見を聴き、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 1                | 要介護 3                |
|            | 年齢                |      | 80 歳                 | 85 歳                 |
| 居室の状況      | 床面積               |      | 18.00 m <sup>2</sup> | 18.00 m <sup>2</sup> |
|            | 便所                |      | <div>1</div> 有 2 無   | <div>1</div> 有 2 無   |
|            | 浴室                |      | 1 有 <div>2</div> 無   | 1 有 <div>2</div> 無   |
|            | 台所                |      | 1 有 <div>2</div> 無   | 1 有 <div>2</div> 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    |                   |      | 217,290 円            | 221,680 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) 17,366 円    | (1 割負担時) 21,756 円    |
|            | 介護保険外             | 食費   | 税込 60,804 円          | 税込 60,804 円          |
|            |                   | 管理費  | 税込 65,120 円          | 税込 65,120 円          |
|            |                   | 介護費用 | 円                    | 円                    |
|            |                   | 光熱水費 | 円                    | 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）

（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。

(利用料金の算定根拠)

| 項目   | 算定根拠                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 家賃   | 地家賃、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   | 家賃のヶ月分                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 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 60,804 円（本体価格 56,300 円）</p> <p>食費の内訳は、次の通りです。</p> <p>食材費：月額 31,104 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730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</p> |

|                      |                                         |
|----------------------|-----------------------------------------|
|                      | 在の期間があっても減額いたしません。                      |
| 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 「介護サービス等一覧表」の通り                   |
| 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（上乗せサービス） | 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  |

|       |               |      |
|-------|---------------|------|
| 入居期間別 | 要介護 4         | 14 人 |
|       | 要介護 5         | 11 人 |
|       | 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    | 9:00～17:00   |
|          | 土曜日   | 9:00～17:00   |
|          | 日曜・祝日 | 9:00～17:00   |
| 定休日      |       | なし           |

|          |       |                      |
|----------|-------|----------------------|
| 窓口の名称    |       | 株式会社HITOWA 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    |       | さいたま市岩槻区役所 健康福祉部 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<br>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）<br>入居契約書に準じます。          |
|                                                     | 2 なし                        |                                |
| 事故対応及びその予防のための指針                                    | 1 あり                        | 2 なし                           |
|                                                     | 職員研修の実施（年 1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<br>(消防計画・風水害、地震等に対処するための計画) | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり      2 なし         |
|                                           | (内容)<br>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"/> 1 あり (年 2 回)      2 なし |
| 感染予防及びまん延防止のための対策の有無                      | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり      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"/> 1 あり | 実施日    | 年 1 回                                              |
|                                  |                                          | 結果の開示  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり      2 なし |
|                                  | 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      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"/> 1 あり | (開催頻度) 年 2 回                                       |
|                     | テレビ電話装置その他の情報通信機器を用いた実施の有無               | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし      |
|                     | 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                       |                                                    |
| 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                       | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり      2 なし |
|                     | 指針の整備                                    | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり      2 なし |
|                     | 定期的な研修の実施                                | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり      2 なし |
|                     | 担当者の配置                                   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 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                        | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり      2 なし |
|                     | 指針の整備                                    | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり      2 なし |

|                                                  |                                                                                                                    |                                                  |                                                  |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
|                                                  | 定期的な研修の実施                                                                                                          |                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 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     | 1 あり    2 なし                                     |
|                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> 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                                                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 なし |                                                  |
|                                                  | 災害に関する業務継続計画                                                                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 なし |                                                  |
|                                                  | 職員に対する周知の実施                                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 なし |                                                  |
|                                                  | 定期的な研修の実施                                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 なし |                                                  |
|                                                  | 定期的な訓練の実施                                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 なし |                                                  |
|                                                  | 定期的な業務継続計画の見直し                                                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 なし |                                                  |
| ※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                                 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 なし                                                                   |                                                  |                                                  |
|                                                  | 担当窓口：管理者<br>周知方法：研修等                                                                                               |                                                  |                                                  |
| プライバシーポリシー、個人情報保護規程等                             | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 なし                                                                   | (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）        |                                                  |
| 提携ホームへの移行<br>【表示事項】                              | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり（提携ホーム名：近隣イリーゼ）<br>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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 なし<br>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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 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               | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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）<br>2 適合している（将来の改善計画）<br>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 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 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。

**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<br>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<br>他            |        | 埼玉県川口市宮町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 |                          |        |                |
| 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<br>ホーム戸田公園<br>他 |        | 埼玉県戸田市下戸田2-4-5 |
| 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 |                          |        |                |
| 複合型サービス              | 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<br>他            |        | 埼玉県川口市宮町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<br>ホーム戸田公園<br>他 |        | 埼玉県戸田市下戸田2-4-5 |
| 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 |                          |        |                |
| 介護医療院                | 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 |                                       |    |                                |    |      |      |                             | 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<br>(利用者一部負担※1) |    | 個別の利用料で、実施するサービス<br>(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>                         |                                       |    |                                |    |      |      |                             |                                                   |    |
| 食事介護                             | なし                                    | あり | なし                             | あり |      | ○    | 10分550円(税込)                 | 自立の場合                                             |    |
| 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                                             |    |
| おむつ代                             |                                       |    | なし                             | あり |      | ○    | 実費                          | 実費負担                                              |    |
| 入浴（一般浴）介助・清拭                     | なし                                    | あり | なし                             | あり |      | ○    | ①10分550円(税込)<br>②1回550円(税込) | 要支援又は要介護者で週2回を超える場合は有料。自立の場合は②（但し介助を必要とする場合は①）    |    |
| 特浴介助                             | なし                                    | あり | なし                             | あり |      | ○    | ①10分550円(税込)<br>②1回550円(税込) | 要支援又は要介護者で週2回を超える場合は有料。自立の場合は②（但し介助を必要とする場合は①）    |    |
| 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                                             |    |
| 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)                 | 希望時有料。協力医療機関の付き添いは無料                              |    |
| 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 |      | ○    | 10分550円(税込)                 | 自立の場合、もしくは要支援又は要介護者で週2回を超えるものについては有料              |    |
| リネン交換                            | なし                                    | あり | なし                             | あり |      | ○    | 1回550円(税込)                  | 週1回を超える場合、有料                                      |    |
| 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。自立の場合、もしくは要支援又は要介護者で週2回を超えるものは有料 |    |
| 居室配膳・下膳                          | なし                                    | あり | なし                             | あり |      | ○    | 1回550円(税込)                  | 希望時有料。体調不良時は無料                                    |    |
| 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、指定業者で対応                                       |    |
| 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。指定日以外は実費の他に料金発生                |    |
| 役所手続き代行                          | なし                                    | あり | なし                             | あり |      | ○    | 10分550円(税込)                 | 希望時有料                                             |    |
| 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 |      | ○    | 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                                    | 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                    |                                       |    |                                |    |      |      |                             |                                                   |    |
| 入退院時の同行                          | なし                                    | あり | なし                             | あり |      | ○    | 10分550円(税込)                 | 希望時有料。協力医療機関は無料                                   |    |
| 入院中の洗濯物交換・買い物                    | なし                                    | あり | なし                             | あり |      | ○    | 10分550円(税込)                 | 希望時有料                                             |    |
| 入院中の見舞い訪問                        | なし                                    | あり | なし                             | あり |      | ○    | 10分550円(税込)                 | 希望時有料                                             |    |

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割から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、月額の利用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。