

重要事項説明書

記入年月日	令和7年7月1日
記入者名	小峯 大洋
所属・職名	管理者

※ 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3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	https://www.irs.jp
代表者	氏名	福嶋 茂
	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) いりーぜいちかわ・べってい イリーゼ市川・別邸	
所在地	〒272-0836 千葉県市川市北国分 2-32-5	
主な利用交通手段	最寄駅	北総鉄道「北国分」駅
	交通手段と所要時間	北総鉄道「北国分駅」より徒歩約 11 分 (約 850m)
連絡先	電話番号	047-318-5261
	FAX番号	047-318-5262
	メール	ichikawabettei@irs.jp
	ホームページアドレス	https://www.irs.jp
管理者	氏名	小峯 大洋
	職名	ホーム長
建物の竣工日		平成 27 年 2 月 1 日
有料老人ホーム事業の開始日		平成 27 年 2 月 1 日

(類型)【表示事項】

<input type="checkbox"/> 1 介護付 (一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合) <input type="checkbox"/> 2 介護付 (外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合) <input type="checkbox"/> 3 住宅型 <input type="checkbox"/> 4 健康型		
1 又は 2 に 該当する場 合	介護保険事業者番号	特定施設入居者生活介護 介護予防特定施設入居者生活介護 千葉県指定第 1270804261 号
	指定した自治体名	千葉県 (市川市)
	事業所の指定日	平成 27 年 2 月 1 日
	指定の更新日 (直近)	令和 3 年 2 月 1 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	3,277.16 m ²				
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地				
		2 事業者が賃借する土地 (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	1,909.10 m ² (地上2階建)			
		うち、老人ホーム部分	1,909.10 m ²			
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 2 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> 3 その他 ()				
	構造	<input type="checkbox"/> 1 鉄筋コンクリート造 <input checked="" type="checkbox"/> 2 鉄骨造 <input type="checkbox"/> 3 木造 <input type="checkbox"/> 4 その他 ()				
	所有関係	1 事業者が自ら所有する建物				
		2 事業者が賃借する建物 (<input checked="" type="checkbox"/> 普通賃借 ・ <input type="checkbox"/> 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 (2015年1月23日～2045年4月30日) <input type="checkbox"/> 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	有 / <input type="checkbox"/> 無	18.00 m ²	50	介護居室個室
タイプ2		有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²		
タイプ3		有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²		
タイプ4		有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²		
タイプ5	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ6	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ7	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²			

	タイプ8	有/無	有/無	m ²					
	タイプ9	有/無	有/無	m ²					
	タイプ10	有/無	有/無	m ²					
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。									
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		3ヶ所				
	共用浴室	4ヶ所	個室		3ヶ所				
			大浴場		1ヶ所				
	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴		1ヶ所				
			リフト浴		ヶ所				
			ストレッチャー浴		ヶ所				
その他（ ）			ヶ所						
食堂	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし					
入居者や家族が利用 できる調理設備	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし					
エレベーター	<input type="checkbox"/> 1	あり（車椅子対応）	<input 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 type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし				
	自動火災報知設備	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし				
	火災通報設備	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし				
	スプリンクラー	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし				
	防火管理者	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし				
	防災計画	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし				
緊急通報装 置等	居室	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 1	あり		
	2		一部あり		2		一部あり	2	一部あり
	3		なし		3		なし	3	なし
便所	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 1	あり			
		2		一部あり		2	一部あり	2	一部あり
		3		なし		3	なし	3	なし
浴室	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 1	あり			
		2		一部あり		2	一部あり	2	一部あり
		3		なし		3	なし	3	なし
その他（ ）	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 1	あり			
		2		一部あり		2	一部あり	2	一部あり
		3		なし		3	なし	3	なし
その他	玄関、ロビー、食堂兼ラウンジ（2階）、健康管理室、相談室、食堂兼機能訓練室（1階）								

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	①ご本人のケア・ご家族のケア・街のケアを柱に、社会生活の向上を支援し、ホスピタリティあふれる企業を目指す事。 ②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事。 ③お客様第一主義を念頭に、お客様の要求を満たす事。
サービスの提供内容に関する特色	お一人おひとりの個性や生活スタイルを重視し、サービスを受ける側の立場を考え、されたい介護で対応させて頂いております。
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし

(介護サービスの内容) 特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無 ※1「協力医療機関連携加算(i)」は、「相談・診療を行う体制を常時確保し、緊急時に入院を受け入れる体制を確保している場合」に該当する場合を指し、「協力医療機関連携加算(ii)」は、「協力医療機関連携加算(i)」以外に該当する場合を指す。 ※2「地域密着型特定施設入居者生活介護」の指定を受けている場合。	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
	ADL維持等加算	(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
	夜間看護体制加算	(i) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし (ii) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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(※1)	(i) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし (ii) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	口腔衛生管理体制加算(※2)	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

	退院・退所時連携加算	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	退去時情報提供加算	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	看取り介護加算	(i)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
		(ii)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	認知症専門ケア加算	(i)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
		(ii)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	高齢者施設等感染対策向上加算	(i)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
		(ii)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	新興感染症等施設療養費	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	生産性向上推進体制加算	(i)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
		(ii)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	サービス提供体制強化加算	(i)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
		(ii)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
		(iii)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	介護職員等処遇改善加算	(i)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
		(ii)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
		(iii)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
		(iv)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
		(v)(1)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
		(v)(2)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
		(v)(3)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
		(v)(4)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
		(v)(5)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
		(v)(6)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
		(v)(7)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
		(v)(8)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
		(v)(9)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
		(v)(10)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	(v)(11)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	(v)(12)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	(v)(13)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	(v)(14)	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1	あり	(介護・看護職員の配置率) : 1			
	<input 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	医療法人社団八心会 上田医院
		住所	千葉県市川市中国分 2-11-6
		診療科目	内科 循環器 消化器
		協力科目	内科 循環器 消化器
		協力内容	入所者の症状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保
	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
	2	名称	医療法人社団さくらライフ さくらライフ市川クリニック
		住所	千葉県市川市市川 2-8-15
		診療科目	内科 精神科
		協力科目	内科 精神科
		協力内容	入所者の症状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保
	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	のへクリニック
		住所	千葉県市川市八幡 2-4-1 氏家ビル 3F
		診療科目	一般内科、緩和ケア科、麻酔科、精神科
協力科目		内科、緩和ケア科、麻酔科、精神科	
協力内容		入所者の症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	

新興感染症発生時に連携する医療機関	1 あり	
	医療機関の名称	① 医療法人社団八心会 上田医院 ② 医療法人社団さくらライフ さくらライフ市川クリニック
	医療機関の住所	① 千葉県市川市中国分 2-11-6 ② 千葉県市川市市川 2-8-15
2 なし		
協力歯科医療機関	名称	医療法人社団 健佑会 Kスマイル歯科
	住所	千葉県松戸市日暮 1-3-1 及川ビル 2F
	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 2 介護居室へ移る場合 3 その他 ()		
判断基準の内容			
手続きの内容			
追加的費用の有無	1 あり 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 2 なし		
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	1 あり 2 なし	
	便所の変更	1 あり 2 なし	
	浴室の変更	1 あり 2 なし	
	洗面所の変更	1 あり 2 なし	
	台所の変更	1 あり 2 なし	
	その他の変更	1 あり	(変更内容)
		2 なし	

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	1 あり 2 なし
	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	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 入居者が逝去された場合 ② 入居者から契約が解約された場合 ③ 事業者から契約解除が行われた場合		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	・入居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時 ・月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なくしばしば遅延する時 ・入居者の行動が他の入居者又は従業員の生命に危害を及ぼし、又はその危害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	
	解約予告期間	3ヶ月	
入居者からの解約予告期間	1ヶ月		
体験入居の内容	① あり (内容: 7泊8日以内の日程で1泊2日 11,000円(税込)) 2 なし		
入居定員	50人		
その他	月払い利用料の計算起算日から三月以内において、契約終了となった場合、受領済みの入居金及び月額利用料の金額から次にあげる費用を控除した残額を居室の明け渡しを受けた翌々月末に返還します。 ① 日割計算に基づく契約書第23条から第25条に定める費用 ② 契約書第30条に定める原状回復費用		

5. 職員体制

※有料老人ホームの職員について記載すること(同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません)。

(職種別の職員数)

	職員数 (実人数)			常勤換算人数 ※1※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1	0	1.0
生活相談員	1	1	0	1.0

直接処遇職員	19	12	7	16.1
介護職員	15	10	5	13.3
看護職員	4	2	2	2.8(機能訓練指導員兼務)
機能訓練指導員	1	1	0	0.2(看護職員兼務)
計画作成担当者	1	1	0	1.0
栄養士	0	0	0	外部委託
調理員	0	0	0	外部委託
事務員	0	0	0	0
その他職員	0	0	0	0
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
<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	勤務形態	
		常勤	非常勤
社会福祉士	0	0	0
介護福祉士	10	6	4
実務者研修の修了者	0	0	0
初任者研修の修了者	5	4	1
介護支援専門員	0	0	0

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計	勤務形態	
		常勤	非常勤
看護師又は准看護師	1	1	0
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 d 3 : 1以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数)	3 : 1

※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択

外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制(外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名称	
	通所介護事業所の名称	

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務	1 あり	2 なし	
	業務に係る資格等	1 あり		
		資格等の名称	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	1	1	2	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
応じた業務に従事した経験年数に 職員の人数	1年未満	0	2	0	2	0	0	0	0	0
	1年以上 3年未満	1	0	2	1	0	0	0	0	1
	3年以上 5年未満	1	0	3	0	0	0	0	0	0
	5年以上 10年未満	0	0	5	2	1	0	0	0	0
	10年以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	従業者の健康診断の実施状況			1 あり 2 なし						

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態 【表示事項】	1 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式	
	4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	1 あり 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり 2 なし	
入院等による不在時における 利用料金（月払い）の取扱い	1 減額なし 2 日割り計算で減額 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額	
利用料金の改定	条件	施設が所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数、及び人件費の大幅な変動が認められるとき
	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	80歳	
居室の状況	床面積	18.00㎡	18.00㎡	
	便所	1 有 2 無	1 有 2 無	
	浴室	1 有 2 無	1 有 2 無	
	台所	1 有 2 無	1 有 2 無	
入居時点で必要な費用	前払金	0円	0円	
	敷金	0円	0円	
月額費用の合計		221,807円	226,070円	
家賃		74,000円	74,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	(1割負担の場合) 16,867円	(1割負担の場合) 21,130円	
	介護保険外 ^{※2}	食費	57,240円	57,240円
		管理費	73,700円	73,700円
		介護費用	0円	0円
		光熱水費	0円	0円
		その他	0円	0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 0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。
管理費	事務管理部門の人件費・事務費・共用施設等の維持管理費
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」

	<p>の食費です。それ以外の飲食料品の提供及び1食あたり690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。厨房管理費（食事提供に必要な人件費・設備・備品代等）は入居者が不在の期間があっても減額いたしません。</p>
光熱水費	管理費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 排泄用品廃棄料（使用量に関わらず一律1,100円（税込）/月）
その他のサービス利用料	自立の方は、生活サポート費として別途42,900円（税込）/月が必要です。 テレビの設置に伴う放送契約、放送受信料等は自己負担となります

（特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠）※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

費目	算定根拠
特定施設入居者生活介護*に対する自己負担	介護報酬告示上の額の負担割合に応じた額
特定施設入居者生活介護*における人員配置が手厚い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	9人
	女性	41人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	1人
	75歳以上85歳未満	12人
	85歳以上	37人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	2人
	要支援2	2人
	要介護1	16人
	要介護2	12人
	要介護3	6人
	要介護4	10人
	要介護5	2人
入居期間別	6ヶ月未満	9人
	6ヶ月以上1年未満	7人
	1年以上5年未満	24人
	5年以上10年未満	10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	88.6歳
入居者数の合計	50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	2人
	死亡者	13人
	その他	0人
生前解約の状況	施設側の申し出	0人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	5人
		(解約事由の例) 長期入院 ご自宅へ戻る為 特別養護老人ホームへ転居

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		イリーゼ市川・別邸
電話番号		047-318-5261
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 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	—
	日曜・祝日	—
定休日		土・日曜日、祝祭日、12/31~1/3
窓口の名称		市川市介護福祉課 (代表)
電話番号		047-334-1111
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土・日曜日、祝祭日、12/31~1/3

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	9:00～17:00
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日	土・日曜日、祝祭日、12/31～1/3	

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

損害賠償責任保険の加入状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	(その内容) 東京日動火災株式会社 対人対物 1億円
	<input type="checkbox"/> 2	なし	
介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	(その内容) 入居契約書に準じます
	<input type="checkbox"/> 2	なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2 なし

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	実施日	
			結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	<input type="checkbox"/> 2	なし		
第三者による評価の実施状況	<input type="checkbox"/> 1	あり	実施日	
			評価機関名称	
			結果の開示	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし		

9. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
管理規程	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
事業収支計画書	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input 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 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない

財務諸表の原本	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		
高齢者虐待防止のための取組の状況	高齢者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
身体的拘束等廃止のための取組状況	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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり
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
	従事者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
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) 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 (平成 27 年 1 月 6 日届出) 2 なし 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の		

	居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要
高齢者の居住の安定確保に関する法律第 5 条第 1 項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録	1 あり（ 年 月 日登録） 2 なし
千葉県有料老人ホーム設置運営指導指針「規模及び構造設備」に合致しない事項	1 あり 2 なし （ 年 月 日施行の設置運営指導指針を適用）
合致しない事項がある場合の内容	
「既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	1 適合している（代替措置） 2 適合している（将来の改善計画） 3 適合していない
千葉県有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	なし
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	あり	なし	併設・隣接	イリーゼ船橋塚田訪問介護センター他	船橋市行田1-40-22
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	イリーゼ船橋塚田訪問看護ステーション	船橋市行田1-40-21
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	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	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
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他	野田市清水740-1
<居宅介護予防サービス>					
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問看護	あり	なし	併設・隣接	イリーゼ船橋塚田訪問看護ステーション	船橋市行田1-40-21
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	イリーゼ野田 居宅介護支援 事業所他	野田市清水740-1
<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	イリーゼ船 橋塚田訪問 介護センタ ー他	船橋市行田1-40-22
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接	イリーゼ常 盤平デイサ ービスセン ター 他	松戸市常盤平1-27-4
その他の生活支援サービス	あり	なし	併設・隣接		

別添 2

有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

	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		個別の利用料で、実施するサービス （利用者が全額負担）			都度 ^{※2}	料金 ^{※3}	備考
	なし	あり	包含 ^{※2}	都度 ^{※2}	料金 ^{※3}			
介護サービス								※料金は以下全て税込表記
食事介助	なし	あり	なし	あり		○	10分 550円	自立の場合、必要時有料
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり		○	10分 550円	自立の場合、必要時有料
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 ②1回 550円	週2回を超える場合①、自立の場合②（但し介助必要時①）
特浴介助	なし	あり	なし	あり		○	10分 550円	要支援・要介護者で週2回を超える場合、有料
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり		○	10分 550円	自立の場合、必要時有料
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	※付添いができる範囲を明確化すること
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○	10分 550円	要支援・要介護者で週2回を超える場合および自立の場合、有料
リネン交換	なし	あり	なし	あり		○	1回 550円	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	外部クリーニング業者は実費。要支援・要介護者で週2回を超える場合および自立の場合、有料
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり		○	1回 550円	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	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	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		○		年2回実施の機会を提供
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								
移送サービス	なし	あり	なし	あり				
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○	10分 550円	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	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	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～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、月額サービス費用に含まれる場合と、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。