

## 重要事項説明書

記入年月日	令和3年9月1日
記入者名	上村 藍紀
所属・職名	イリーゼまつど ホーム長

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成23年10月7日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙4の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の1から3まで及び6の内容については、別紙4の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

## 1. 事業主体概要

種類	個人 / <b>法人</b>	
	※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かしゃ H I T O W A ケアサービス株式会社	
主たる事務所の所在地	〒106-0032 東京都港区六本木一丁目4番5号	
連絡先	電話番号	03-6632-7702
	FAX番号	03-5562-7552
	ホームページアドレス	<a href="http://www.irs.jp">http://www.irs.jp</a>
代表者	氏名	袴田 義輝
	職名	代表取締役
設立年月日	平成18年 11月 1日	
主な実施事業	※別添1（別の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) いりーぜまつど イリーゼまつど	
所在地	〒270-2253 千葉県松戸市日暮 3-25-1	
主な利用交通手段	最寄駅	① JR武蔵野線「新八柱」駅 ② 新京成線「八柱」駅
	交通手段と所要時間	① 駅より約 500m (徒歩 6分) ② 駅より約 450m (徒歩 5分)
連絡先	電話番号	047-312-8500
	FAX番号	047-312-8501
	メール	matsudo@irs.jp
	ホームページアドレス	http://www.irs.jp
管理者	氏名	上村 藍紀
	職名	ホーム長
建物の竣工日		平成19年1月20日
有料老人ホーム事業の開始日		平成19年3月1日

**(類型)【表示事項】**

<input checked="" type="checkbox"/> 1 介護付 (一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合) <input type="checkbox"/> 2 介護付 (外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合) <input type="checkbox"/> 3 住宅型 <input type="checkbox"/> 4 健康型		
1 又は 2 に 該当する場 合	介護保険事業者番号	1271204214
	指定した自治体名	千葉県 (市)
	事業所の指定日	平成 21年 6 月 1 日
	指定の更新日 (直近)	平成 27 年 5 月 3 1日

**3. 建物概要**

土地	敷地面積	1806.39 m <sup>2</sup>	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地 ( <input checked="" type="checkbox"/> 普通賃借 ・ 定期賃借 )	
		抵当権の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (2007年1月21日～2026年1月20日)	

			2 なし			
		契約の自動更新	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし			
建物	延床面積	全体	2422.84 m <sup>2</sup>			
		うち、老人ホーム部分	2422.84 m <sup>2</sup>			
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他 ( )				
	構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 鉄筋コンクリート造 2 鉄骨造 3 木造 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 ・ 定期賃借 )				
		抵当権の設定	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし			
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (2007年1月21日～2026年1月20日) 2 なし			
		契約の自動更新	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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/無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	20 m <sup>2</sup>	54 室	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。						
共用施設	共用便所における 便房	8ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	8ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	6ヶ所		

	共用浴室	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	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 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし			
入居者や家族が利用 できる調理設備	1 あり	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし			
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (車椅子対応) <input checked="" type="checkbox"/> 2 あり (ストレッチャー対応) 3 あり (上記1・2に該当しない) 4 なし				
消防用設備 等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし		
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし		
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし		
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし		
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし		
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし		
緊急通報装 置等	居室 <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 一部あり 3 なし	便所 <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 一部あり 3 なし	浴室 <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 一部あり 3 なし	その他 ( ) 1 あり 2 一部あり 3 なし	
その他					

#### 4. サービスの内容

##### (全体の方針)

運営に関する方針	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ご本人のケア・ご家族のケア・街のケアを柱に、社会生活の向上を支援し、ホスピタリティにあふれる企業を目指すこと。</li> <li>・地域社会とのコミュニケーションを通じホスピタリティを創造し、福祉社会の実現に貢献すること。</li> <li>・お客様第一主義を念頭にお客様の要求を満たすこと。</li> </ul>
----------	---

サービスの提供内容に関する特色	お一人お一人の個性や生活スタイルを重視し、サービスを受ける側の立場で考え、されたい介護で対応させていただいております。		
入浴、排せつ又は食事の介護	1	自ら実施	2 委託 3 なし
食事の提供	1	自ら実施	2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1	自ら実施	2 委託 3 なし
健康管理の供与	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	1	自ら実施	2 委託 3 なし
生活相談サービス	1	自ら実施	2 委託 3 なし

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

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無	入居継続支援加算	1	あり	2	なし	
	生活機能向上連携加算	1	あり	2	なし	
	個別機能訓練加算	1	あり	2	なし	
	夜間看護体制加算	1	あり	2	なし	
	若年性認知症入居者受入加算	1	あり	2	なし	
	医療機関連携加算	1	あり	2	なし	
	口腔衛生管理体制加算	1	あり	2	なし	
	栄養スクリーニング加算	1	あり	2	なし	
	退院・退所時連携加算	1	あり	2	なし	
	看取り介護加算	1	あり	2	なし	
	認知症専門ケア加算	(Ⅰ)	1	あり	2	なし
		(Ⅱ)	1	あり	2	なし
	サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)イ	1	あり	2	なし
		(Ⅰ)ロ	1	あり	2	なし
		(Ⅱ)	1	あり	2	なし
		(Ⅲ)	1	あり	2	なし
	介護職員処遇改善加算	(Ⅰ)	1	あり	2	なし
		(Ⅱ)	1	あり	2	なし
		(Ⅲ)	1	あり	2	なし
		(Ⅳ)	1	あり	2	なし
(Ⅴ)		1	あり	2	なし	
介護職員等特定処遇改善加算	(Ⅰ)	1	あり	2	なし	
	(Ⅱ)	1	あり	2	なし	

人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	1 あり	(介護・看護職員の配置率) : 1
	2 なし	

**(医療連携の内容)**

医療支援		1 救急車の手配	
※複数選択可		2 入退院の付き添い	
		3 通院介助	
		4 その他 ( )	
協力医療機関	1	名称	医療社団法人 八心会 上田医院
		住所	千葉県市川市国分 2-11-6
		診療科目	内科・皮膚科・精神科
		協力科目	訪問診療の為の医師派遣、緊急時対応 (24 時間オンコール対応) 等、他の医療機関に入院を要する場合の紹介
		協力内容	
	2	名称	医療法人社団 千葉白報会 ドクターランド松戸
		住所	千葉県松戸市松戸新田 245-26
		診療科目	内科、精神科、皮膚科、眼科、整形外科
		協力科目	訪問診療の為の医師派遣、緊急時対応 (24 時間オンコール対応) 等、他の医療機関に入院を要する場合の紹介
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	コウノ歯科医院
		住所	千葉県松戸市新松戸 1-210-2-106
		協力内容	週 1 回の訪問歯科治療

**(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	1 一時介護室へ移る場合
	2 介護居室へ移る場合
※複数選択可	3 その他 ( )
判断基準の内容	適切なサービス提供の為、一定の観察期間を設け医師の意見書を聞いたうえで居室を変更して頂く事があります。入居者本人及び身元引受人の同意のもとで住み替えになります。
手続きの内容	書面での提出
追加的費用の有無	1 あり 2 なし

居室利用権の取扱い			
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	<p>① 入居者が逝去した場合</p> <p>② 入居者から契約解除が行われた場合 (30 日の予告期間が必要)</p> <p>③ 事業者から契約解除が行われた場合 (90 日の予告期間が必要)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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場合</li> <li>・月払いの利用料その他の支払いに正当な理由なくしばしば遅延する場合</li> <li>・入居者の行動が他の入居者又は従業員の生命に危険を及ぼし、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助方法及び接遇方法ではこれを防止する事が出来ない場合</li> </ul>		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	28 条	
	解約予告期間	90 日	
入居者からの解約予告期間	30 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可能)	1 泊 2 日 11,000 円 (税込)	
	2 なし		
入居定員	54 人		

その他	<p>月払いの利用料の起算日から3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挙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変換します。</p> <p>① 日割り計算に基づく契約書第23条～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</p>
-----	--

第

## 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人	1人		1.0人
生活相談員	1人	1人		1.0人
直接処遇職員	23人	18人	5人	20.4人
介護職員	17人	13人	4人	15.6人
看護職員	17人（短期派遣を含む）	1人	16人（短期派遣を含む）	2.2人（機能訓練指導員兼務）
機能訓練指導員	1人		1人	0.2人（看護職員兼務）
計画作成担当者	1人	1人		1.0人
栄養士				
調理員				
事務員				
その他職員	1人		1人	0.9人
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				39時間 35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	7人	4人	3人
実務者研修の修了者	3人	3人	
初任者研修の修了者	7人	6人	1人
介護支援専門員			

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計		
		常勤	非常勤
看護師又は准看護師	1人		1人
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 ( 時～ 時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0人	0人
介護職員	2人	1人

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	契約上の職員配置比率※ 【表示事項】	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 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)	2.6 : 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	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	

は省略可能)	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					
			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	0人	0人	1人	2人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
前年度1年間の退職者数	0人	1人	0人	1人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
応じた業務に従事した経験年数に 職員の人数	1年未満		1人							
	1年以上	1人		5人	1人					
	3年未満									
	3年以上	1人		7人	1人					
	5年未満									
	5年以上		1人	3人	2人				1人	1人
	10年未満									
10年以上										
従業者の健康診断の実施状況			1 あり		2 なし					

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態 【表示事項】	1 利用権方式	
	2 建物賃貸借方式	
	3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	1 全額前払い方式	
	2 一部前払い・一部月払い方式	
	3 月払い方式	
年齢に応じた金額設定	1 あり	2 なし
	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
要介護状態に応じた金	3 月払い方式	
	1 あり	2 なし

額設定	
入院等による不在時における利用料金（月払い）の取扱い	<input checked="" type="checkbox"/> 1 減額なし <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額
利用料金の改定	条件 手続き

**(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)**

		プラン1	プラン2	
入居者の状況	要介護度	要介護2		
	年齢	84歳	歳	
居室の状況	床面積	20.0㎡	㎡	
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 2 無	
	浴室	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 2 無	
	台所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 2 無	
入居時点で必要な費用	前払金	0円	円	
	敷金	0円	円	
月額費用の合計		236873円	円	
家賃		87000円	円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用	18873円	円	
	介護保険外 <sup>※2</sup>	食費	54000円	円
		管理費	77000円	円
		介護費用	0円	円
		光熱水費	0円	円
	その他	0円	円	
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※2 有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない）</p>				

**(利用料金の算定根拠)**

費目	算定根拠
家賃	地代家賃、建築費、修繕費、借入利息等を基本とし、近隣家賃を参照し、想定居住期間を勘案して算出
敷金	家賃の ヶ月分
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
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	人件費等の諸経費、食材費に基づく費用。1ヶ月を30日として月額54,000

	<p>円（税込）を徴収。1日1,800円（税込）として算出。</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640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>※毎食時経管栄養の方、または長期入院・外泊の方の場合、入居契約書記載の月額利用料の一部として、翌月分の食費をご請求いたしますが、次月ご請求（お引落）の際に前月分欠食返金として、ご返金いたします。</p>
光熱水費	管理費に含まれるため不要
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2 ・排泄用品廃棄費料（使用量に関わらず、一律1100円（税込）/月）
その他のサービス利用料	医療費、消耗品、介護用品、理美容代など 自立の方は生活サポート費として別途42900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	市区町村による要支援認定、又は要介護認定の確定、変更等に基づき、要介護度に応じて介護報酬告示上の額に対し、介護保険割合証に記載の割合に応じた額の支払いを受けるものとします。
特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乘せサービス）	
※ 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	%



※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。

**(前年度における退去者の状況)**

退去先別の 人数	自宅等	0人
	社会福祉施設	0人
	医療機関	2人
	死亡者	19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	2人
		(解約事由の例) 医療的な要素が大きくなり、療養型を希望されたため

**8. 苦情・事故等に関する体制**

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況) ※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

窓口の名称		イリーゼまつど
電話番号		047-312-8500
対応している時間	平日	9時00分～18時00分
	土曜	9時00分～18時00分 (施設にて対応)
	日曜・祝日	9時00分～18時00分 (施設にて対応)
定休日		なし
窓口の名称		H I T O W A 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時00分～17時00分
	土曜	9時00分～17時00分
	日曜・祝日	9時00分～17時00分
定休日		なし
窓口の名称		① 千葉県高齢者福祉課 ② 千葉県国民健康保険団体連合会 介護保険課苦情処理係 松戸市介護保険課
電話番号		①043-221-3020 ②043-254-7404 ③047-366-7370

対応している時間	平日	① 9時00分～17時00分 ② 9時00分9～17時15分 ③ 9時00分～17時00分
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土日・祝日・年末年始等

(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) 東京海上日動火災株式会社 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	平成30年8月
			結果の開示	<input 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 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
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	<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

## 10. その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (開催頻度) 年 2 回 <input type="checkbox"/> 2 なし
	<input type="checkbox"/> 1 代替措置あり (内容) <input type="checkbox"/> 2 代替措置なし
提携ホームへの移行 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名: ) <input type="checkbox"/> 2 なし
有料老人ホーム設置時の老人福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり ( 年 月 日届出) <input type="checkbox"/> 2 なし <input type="checkbox"/> 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要
高齢者の居住の安定確保に関する法律第 5 条第 1 項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録	<input type="checkbox"/> 1 あり ( 年 月 日登録) <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
千葉県有料老人ホーム設置運営指導指針「規模及び構造設備」に合致しない事項	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし ( 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	<input type="checkbox"/> 1 適合している (代替措置) <input type="checkbox"/> 2 適合している (将来の改善計画) <input type="checkbox"/> 3 適合していない
千葉県有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	
不適合事項がある場合の	

内容	
----	--

添付書類：別添1（別を実施する介護サービス一覧表）  
別添2（個別選択による介護サービス一覧表）

※\_\_\_\_\_様

説明年月日 年 月 日

説明者署名\_\_\_\_\_

※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

別添 1 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市内で実施する他の介護サービス

介護サービスの種類			併設・隣接の状況	事業所の名称	所在地
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>					
訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・隣接	イリーゼ市川訪問介護センター	市川市本北方3-12-8
訪問入浴介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
訪問看護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
訪問リハビリテーション	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
居宅療養管理指導	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・隣接	イリーゼ常盤平デイサービスセンター他5ヶ所	松戸市常盤平1-27-4
通所リハビリテーション	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
短期入所生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・隣接	イリーゼ市原ショートステイ	市原市市原408-5
短期入所療養介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・隣接	イリーゼまつど等4ヶ所	松戸市日暮3-25-1
福祉用具貸与	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
特定福祉用具販売	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>					
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
夜間対応型訪問介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
地域密着型通所介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
認知症対応型通所介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
小規模多機能型居宅介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
認知症対応型共同生活介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	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	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
居宅介護支援	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・隣接	イリーゼ野田居宅支援事業所他4ヶ所	野田市清水740-1
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>					
介護予防訪問入浴介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
介護予防訪問看護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
介護予防居宅療養管理指導	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
介護予防通所リハビリテーション	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
介護予防短期入所生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・隣接	イリーゼ市原ショートステイ	市原市市原408-5
介護予防短期入所療養介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
介護予防特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・隣接	イリーゼまつど等4ヶ所	松戸市日暮3-25-1
介護予防福祉用具貸与	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
特定介護予防福祉用具販売	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
<b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b>					
介護予防認知症対応型通所介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		

介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防支援	あり	なし	併設・隣接		
<介護保険施設>					
介護老人福祉施設	あり	なし	併設・隣接		
介護老人保健施設	あり	なし	併設・隣接		
介護療養型医療施設	あり	なし	併設・隣接		
介護医療院	あり	なし	併設・隣接		
<介護予防・日常生活支援総合事業>					
訪問型サービス	あり	なし	併設・隣接	イリーゼ市川訪問介護センター	市川市本北方3-12-8
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5ヶ所	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）				包含 <sup>※2</sup>	都度 <sup>※2</sup>	料金 <sup>※3</sup>	なし	あり
	特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者一部負担 <sup>※1</sup> ）	なし	あり	なし				あり	備考
介護サービス									
食事介助	なし	あり	なし	あり					
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり					
おむつ代			なし	あり					
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり					
特浴介助	なし	あり	なし	あり					
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり					
機能訓練	なし	あり	なし	あり					
通院介助	なし	あり	なし	あり					※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					
リネン交換	なし	あり	なし	あり					
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり					
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり					体調不良時、看護師より指示があった場合は無料
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり					
おやつ			なし	あり					食費に計算されている為、別途費用は頂かない
理美容師による理美容サービス			なし	あり					
買い物代行	なし	あり	なし	あり					10分500円の有料サービス 購入物によっては要相談
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり					
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
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					基本は無し やむを得ない事情の際は有料サービス対応
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり					基本は無し やむを得ない事情の際は有

								料サービス対応
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり				
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり				

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割又は2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。

別添2 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表 (イリーゼまつど)

特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無							なし	あり
	特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者一部負担※1）		個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担）		包含※2	都度※2	料金※3	備考
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり		○	10分 550円(税込)	自立の場合※4
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり		○	10分 550円(税込)	自立の場合※4
おむつ代			なし	あり		○	実費	実費負担
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり		○	10分 550円(税込) 1回 550円(税込)	要支援又は要介護者で週2回を超えるものについては※4 自立の場合は※5(但し介助を必要とする場合は※4)
特浴介助	なし	あり	なし	あり		○	10分 550円(税込) 1回 550円(税込)	要支援又は要介護者で週2回を超えるものについては※4 自立の場合は※5(但し介助を必要とする場合は※4)
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり		○	10分 550円(税込)	自立の場合※4
機能訓練	なし	あり	なし	あり				
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	10分 550円(税込)	協力医療機関の付添は無料
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○	10分 550円(税込)	要支援又は要介護者で週2回を超えるものについては※4 自立の場合は※4
リネン交換	なし	あり	なし	あり		○	1回 550円(税込)	週1回を超えるものについては※5
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	1回 550円(税込)	外部クリーニング業者利用時は実費 要支援又は要介護者で週2回を超えるものについては※5 自立の場合は※5
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり		○	1回 550円(税込)	体調不良時は無料。 その他お客様の希望の場合
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり		○		応相談
おやつ			なし	あり	○			食費に含まれ提供されるおやつ以外は実費
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	実費	指定日での対応、実費負担
買い物代行	なし	あり	なし	あり	○		10分 550円(税込)	指定日、指定業者の代行は実費負担のみ。 指定日以外は別途個別対応サービス10分550円(税込)と実費
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	10分 550円(税込)	お客様の希望時
金銭・貯金管理			なし	あり				金銭のお預かりはしない

健康管理サービス								
定期健康診断			なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	実費	年2回実施の機会を提供 (費用は実費負担)
健康相談	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○			
生活指導・栄養指導	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○			
服薬支援	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○			
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○			
入退院時・入院中のサービス								
入退院時の同行	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	10分 550円(税込)	お客様の希望時 協力医療機関は無料
入院中の洗濯物交換・買い物	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	10分 550円(税込)	お客様の希望時
入院中の見舞い訪問	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	10分 550円(税込)	お客様の希望時
その他サービス								
個別対応サービス	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	10分 550円(税込)	お客様の希望時

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（介護保険負担割合証に準ずる）。

※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額サービス費用に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。

※3：都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。

※4：お客様希望により10分550円（税込）

※5：お客様希望により1回550円（税込）