

重 要 事 項 説 明 書

| | |
|-------|------------------|
| 作成年月日 | 令和6年7月1日 |
| 作成者名 | 大津 美智代 |
| 所属・職名 | イリーゼ浦和大門 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 | |
| | ※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 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 | 〒108-6215 | |
| | 東京都港区港南二丁目15番3号 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 03-6632-7702 |
| | FAX番号 | 03-6736-5587 |
| | メールアドレス | なし |
| | ホームページアドレス | なし |
| | | あり : http:// www.irs.jp |
| 代表者 | 氏名 | 袴田 義輝 |
| | 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | 平成18年11月1日 | |
| 主な実施事業 | ※別添1（別に実施する介護サービス一覧表） | |

2. 有料老人ホーム事業の概要

| | | |
|---------------|--------------------------------|---|
| 名称 | (ふりがな) いりーぜうらわだいもん イリーゼ浦和大門 | |
| 所在地 | 〒336-0963 | 埼玉県さいたま市緑区大字大門808番地 |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | JR武蔵野線/埼玉高速鉄道「東川口駅」駅 |
| | 交通手段と所要時間 | JR武蔵野線/埼玉高速鉄道「東川口駅」徒歩約12分(約900m) 車でお越しの場合 東北自動車道「浦和IC」より車で約6分(約1.8km) |
| 連絡先 | 電話番号 | 048-810-1206 |
| | FAX番号 | 048-812-1208 |
| | メールアドレス | urawadaimon@irs.jp |
| | ホームページアドレス | http://www.irs.jp |
| 管理者 | 氏名 | 大津 美智代 |
| | 職名 | ホーム長 |
| 建物の竣工日 | | 平成 25年 9月17日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 平成 25年10月 1日 |

(住まいの概要)

(類型)【表示事項】

| | | |
|------------------------------------|------------|-------------|
| 1 介護付(一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合) | | |
| 2 介護付(外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合) | | |
| 3 住宅型 | | |
| 4 健康型 | | |
| 1又は2に該当する場合 | 介護保険事業者番号 | 1176520599 |
| | 指定した自治体名 | さいたま市 |
| | 事業所の指定日 | 令和 5年 7月 1日 |
| | 指定の更新日(直近) | 年 月 日 |

3. 建物概要

| | | | |
|----|------|----------------|---------------------------|
| 土地 | 敷地面積 | 2,677.31㎡ | |
| | 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 | 1 あり 2 なし |
| | | 契約期間 | 1 あり (年月日～年月日) 2 なし |
| 建物 | 延床面積 | 契約の自動更新 | 1 あり 2 なし |
| | | 全体 | 3,552.24㎡ |
| | | うち、老人ホーム部分 | 3,552.24㎡ |

※「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。

3 / 19

| | | |
|---------|------------------|---|
| | 入居者や家族が利用できる調理設備 | 1 あり 2 なし |
| | エレベーター | 1 あり（車椅子対応） 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 | 1 あり 2 なし |
| | 自動火災報知機 | 1 あり 2 なし |
| | 火災通報設備 | 1 あり 2 なし |
| | スプリンクラー | 1 あり 2 なし |
| | 防火管理者 | 1 あり 2 なし |
| | 消防計画 | 1 あり 2 なし |
| 緊急通報装置等 | 居室 | 1 あり 2 一部あり 3 なし |
| | 便所 | 1 あり 2 一部あり 3 なし |
| | 浴室 | 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 | 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こと。 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こと。 ③お客様第一主義を念頭に、お客様の要求を満たすこと。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | お一人お一人の個性や生活スタイルを重視し、サービスを受ける側の立場を考え、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 | 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 | <div data-bbox="778 107 938 152">1 自ら実施</div> <div data-bbox="979 107 1082 152">2 委託</div> <div data-bbox="1123 107 1225 152">3 なし</div> |
|----------|--|

(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

| | | | | |
|---|----------------|---------|------|------|
| <p>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</p> <p>※ 「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。</p> | 入居継続支援加算 | (Ⅰ) | 1 あり | 2 なし |
| | | (Ⅱ) | 1 あり | 2 なし |
| | 生活機能向上連携加算 | (Ⅰ) | 1 あり | 2 なし |
| | | (Ⅱ) | 1 あり | 2 なし |
| | 個別機能訓練加算 | (Ⅰ) | 1 あり | 2 なし |
| | | (Ⅱ) | 1 あり | 2 なし |
| | ADL維持加算 | (Ⅰ) | 1 あり | 2 なし |
| | | (Ⅱ) | 1 あり | 2 なし |
| | 夜間看護体制加算 | (Ⅰ) | 1 あり | 2 なし |
| | | (Ⅱ) | 1 あり | 2 なし |
| | 若年性認知症入居者受入加算 | | 1 あり | 2 なし |
| | 協力医療機関連携加算 | (Ⅰ) | 1 あり | 2 なし |
| | | (Ⅱ) | 1 あり | 2 なし |
| | 口腔衛生管理体制加算 (※) | | 1 あり | 2 なし |
| | 口腔・栄養スクリーニング加算 | | 1 あり | 2 なし |
| | 科学的介護推進体制加算 | | 1 あり | 2 なし |
| | 退院・退所時連携加算 | | 1 あり | 2 なし |
| | 退居時情報提供加算 | | 1 あり | 2 なし |
| | 看取り介護加算 | (Ⅰ) | 1 あり | 2 なし |
| | | (Ⅱ) | 1 あり | 2 なし |
| | 認知症専門ケア加算 | (Ⅰ) | 1 あり | 2 なし |
| | | (Ⅱ) | 1 あり | 2 なし |
| | 高齢者施設等感染対策向上加算 | (Ⅰ) | 1 あり | 2 なし |
| | | (Ⅱ) | 1 あり | 2 なし |
| | 生産性向上推進体制加算 | (Ⅰ) | 1 あり | 2 なし |
| | | (Ⅱ) | 1 あり | 2 なし |
| | サービス提供体制強化加算 | (Ⅰ) | 1 あり | 2 なし |
| | | (Ⅱ) | 1 あり | 2 なし |
| | | (Ⅲ) | 1 あり | 2 なし |
| | 介護職員等処遇改善加算 | (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) | 1 あり | 2 なし |
| | | (Ⅴ) (2) | 1 あり | 2 なし |
| | | (Ⅴ) (3) | 1 あり | 2 なし |
| | | (Ⅴ) (4) | 1 あり | 2 なし |
| | | (Ⅴ) (5) | 1 あり | 2 なし |
| | | (Ⅴ) (6) | 1 あり | 2 なし |
| | | (Ⅴ) (7) | 1 あり | 2 なし |
| | | (Ⅴ) (8) | 1 あり | 2 なし |
| | | (Ⅴ) (9) | 1 あり | 2 なし |

| | | | | | |
|----------------------|------|---------------|------|------|--|
| | | (V) (10) | 1 あり | 2 なし | |
| | | (V) (11) | 1 あり | 2 なし | |
| | | (V) (12) | 1 あり | 2 なし | |
| | | (V) (13) | 1 あり | 2 なし | |
| | | (V) (14) | 1 あり | 2 なし | |
| | | (介護・看護職員の配置率) | | | |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無 | 1 あり | : 1 | | | |
| | 2 なし | | | | |

(医療連携の内容)

| | | | | | |
|-----------------|---|--|-------------------------------------|------|------|
| 医療支援 ※ 複数選択可 | | <div>1 救急車の手配</div> <div>2 入退院の付き添い</div> <div>3 通院介助</div> <div>4 その他 ()</div> | | | |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | 医療法人社団 博弘会 ひろクリニック | | |
| | | 住所 | 埼玉県さいたま市見沼区東大宮 5-39-3 英和ビル5階 | | |
| | | 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 | 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 | 2 なし |
| | 2 | 名称 | 医療法人社団 福寿会 赤羽岩淵病院 | | |
| | | 住所 | 東京都北区赤羽 2-64-13 | | |
| | | 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 | 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 | 1 あり | 2 なし |
| | 3 | 名称 | 荒川歯科医院 | | |
| | | 住所 | 埼玉県さいたま市緑区東浦和 2-43-6 パルシヤス1階 | | |
| | | 診療科目 | 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居者の自己負担） | | |
| | | 協力科目 | | | |
| | | 協力内容 | 入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 | 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 | 1 あり | 2 なし |
| | 4 | 名称 | | | |
| | | 住所 | | | |

| | | | | |
|---------------------------|---------|------|-----------------------------------|-----------|
| | | 診療科目 | | |
| | | 協力科目 | | |
| | | 協力内容 | 入所者の病状の急変時等において 相談対応を行う体制を常時確保 | 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 | 1 あり 2 なし |
| | 5 | 名称 | | |
| | | 住所 | | |
| | | 診療科目 | | |
| | | 協力科目 | | |
| | | 協力内容 | 入所者の病状の急変時等において 相談対応を行う体制を常時確保 | 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 | 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 | | | |
| | 医療機関の住所 | | | |
| | 2 なし | | | |
| 協力歯科医療機関 | 1 | 名称 | | |
| | | 住所 | | |
| | | 協力内容 | | |
| | 2 | 名称 | | |
| | | 住所 | | |
| | | 協力内容 | | |

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

| | | |
|---------------------------|--------|--|
| 入居後に居室を住み替える場合 ※ 複数選択可 | | 1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 3 その他 () |
| 判断基準の内容 | | 適切なサービス提供のため、一定の観察期間を設け、医師・他職種の意見を聞いた上で居室を変更していただくことがあります。 |
| 手続きの内容 | | 入居者本人及び身元引受人の同意のもとでの住み替えになります。 |
| 追加的費用の有無 | | 1 あり 2 なし |
| 居室利用権の取扱い | | 利用権は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入居者が逝去した場合。 ②入居者から契約解除が行われた場合。 ③事業所から契約解除が行われた場合。 ・入居者申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居した場合。 ・月払いの利用料その他の支払を正当な理由なくしばしば遅延する時。 ・入居者の行動が他の入居者又は従業員の生命に危害を及ぼし、又はその危害が切迫する恐れがあり、かつホームにおける通常の介護方法でこれを防止する事が出来ない時。 | | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 入居契約書第 2 8 条 | |
| | 解約予告期間 | 3 ヶ月 | |
| 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 1 ヶ月 | | |
| 体験入居の内容 | 1 あり (内容：7 泊 8 日以内の日程で体験入居が出来ます 1 泊 2 日 11, 0 0 0 円 (税込) 2 なし | | |
| 入居定員 | 93 名 | | |
| その他 | | | |

5. 職員体制

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

(職種別の職員数)

| | 職務内容 | 職員数（実人数） | | | 常勤換算人数 ※1※2 |
|---------|------|----------|----|-----|----------------|
| | | 合計 | 常勤 | 非常勤 | |
| | | | | | |
| 管理者 | | 1 | 1 | | 1.0 |
| 生活相談員 | | 1 | 1 | | 1.0 |
| 直接処遇職員 | | 36 | 21 | 15 | 31.7 |
| | 介護職員 | 32 | 19 | 13 | 28.1 |
| | 看護職員 | 4 | 2 | 2 | 3.6 |
| 機能訓練指導員 | | 1 | 1 | | 1.0 |
| 計画作成担当者 | | 1 | 1 | | 1.0 |
| 栄養士 | | | | | 外部委託 |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|-------|
| 調理員 | | | | | 外部委託 |
| 事務員 | | | | | |
| その他職員 | | | | | |
| 1 週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2 | | | | | 40 時間 |
| <p>※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。</p> <p>※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。</p> | | | | | |

(資格を有している介護職員の人数)

| | 合計 | | |
|-----------|----|----|-----|
| | | 常勤 | 非常勤 |
| 社会福祉士 | | | |
| 介護福祉士 | 11 | 6 | 5 |
| 実務者研修の修了者 | 2 | | 2 |
| 初任者研修の修了者 | 17 | 11 | 6 |
| 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 |
| 看護師及び准看護師 | | | |
| 理学療法士 | 1 | 1 | |
| 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 ~ 翌7時) | | |
|------------------------|------|-----------------|
| | 平均人数 | 最少時人数 (休憩者等を除く) |
| 看護職員 | 0 | 0 |
| 介護職員 | 3 | 1 |

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

| | | |
|---|------------------------------------|--|
| 特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能) | 契約上の職員配置比率 (広告、パンフレット等における表示事項) | a 1.5 : 1以上 b 2 : 1以上 c 2.5 : 1以上 d 3 : 1以上 |
| | 実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数) | 3 : 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 | |

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 | | |
| | 手続き | | |

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

| | | | プラン 1 | プラン 2 |
|------------|-------------------|------|------------------------------|------------------------------|
| 入居者の状況 | 要介護度 | | 要介護 1 | 要介護 3 |
| | 年齢 | | 8 0 歳 | 8 5 歳 |
| 居室の状況 | 床面積 | | 1 8 . 6 0 m ² | 1 8 . 0 0 m ² |
| | 便所 | | 1 有 2 無 | 1 有 2 無 |
| | 浴室 | | 1 有 2 無 | 1 有 2 無 |
| | 台所 | | 1 有 2 無 | 1 有 2 無 |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金 | | 円 | 円 |
| | 敷金 | | 円 | 円 |
| 月額費用の合計 | | | 2 0 7 , 8 7 8 円 | 2 1 2 , 2 3 5 円 |
| 家賃 | | | 7 4 , 0 0 0 円 | 7 4 , 0 0 0 円 |
| サービス費用※2 | 特定施設入居者生活介護※1 の費用 | | 1 7 , 3 6 6 円 (1 割負担の場合) | 2 1 , 7 5 6 円 (1 割負担の場合) |
| | 介護保険外 | 食費 | 税込 5 7 , 2 4 0 円 | 税込 5 7 , 2 4 0 円 |
| | | 管理費 | 税込 5 9 , 4 0 0 円 | 税込 5 9 , 4 0 0 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 | 地代家賃、建築費、修繕費、借入利息等を基礎とし、近隣家賃を参照し、想定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費用は含まない |
| 管理費 | 事務部門の人件費、事務費、共有施設等の維持管理費 |
| 食費 | <p>月額 57,240 円 (本体価格 53,000 円)</p> <p>食費の内訳は、次の通りです。</p> <p>食材費：月額 27,540 円 (税込)</p> <p>厨房管理費：月額 29,700 円 (税込)</p> <p>※1 日 3 食、30 日で軽減税率 (8%) 適用の場合</p> <p>軽減税率 (8%) の対象となる飲食料品の提供は、「朝食・昼食・夕食」の食費です。それ以外の飲食料品の提供及び 1 食あたり 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>入居者が食事の提供を受けない場合は、その期間に相当する食材費 (1 か月を 30 日とし日割り換算) を減額いたします。</p> <p>厨房管理費 (食事提供に必要な人件費・設備・備品代等) は入居者が不在の期間があっても減額いたしません。</p> |
| 光熱水費 | 管理費に含むため不要 |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 別添 2 |
| 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。 |

| 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 | 負担割合証に準ずる額 |
| 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) | 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 | 33 人 |
| | 女性 | 60 人 |
| 年齢別 | 65 歳未満 | 1 人 |
| | 65 歳以上 75 歳未満 | 7 人 |
| | 75 歳以上 85 歳未満 | 29 人 |
| | 85 歳以上 | 56 人 |
| 要介護度別 | 自立 | 0 人 |
| | 要支援 1 | 3 人 |
| | 要支援 2 | 5 人 |
| | 要介護 1 | 19 人 |
| | 要介護 2 | 17 人 |
| | 要介護 3 | 20 人 |
| | 要介護 4 | 21 人 |
| | 要介護 5 | 8 人 |
| 入居期間別 | 6 か月未満 | 23 人 |
| | 6 か月以上 1 年未満 | 7 人 |
| | 1 年以上 5 年未満 | 39 人 |
| | 5 年以上 10 年未満 | 24 人 |
| | 10 年以上 15 年未満 | 人 |
| | 15 年以上 | 人 |

（入居者の属性）

| | |
|--|--------|
| 平均年齢 | 86.4 歳 |
| 入居者数の合計 | 93 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。 | |

職員の状況

(前年度における退去者の状況)

| | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|---------------|-----------------------------|-----|------|-----|--|-----|---------|-----|---------|-----|
| 管理者 | | 他の職務との兼務 | | | | 1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし | | | | | |
| | | 業務に係る資格等 | | | | 1 <input type="checkbox"/> あり | | | | | |
| | | | | | | 資格等の名称 | | | | | |
| | | | | | | 2 <input type="checkbox"/> 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 | | | | | | | | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | | | | | | | | | | |
| の人数 業務に従事した経験年数に応じた職員 | 1年未満 | | | | | | | | | | |
| | 1年以上 3年未満 | 2 | 2 | 19 | 13 | 1 | | 1 | 1 | 1 | |
| | 3年以上 5年未満 | | | | | | | | | | |
| | 5年以上 10年未満 | | | | | | | | | | |
| | 10年以上 | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 従業者の健康診断の実施状況 | | | | | | 1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし | | | | | |
| 退去先別の人数 | 自宅等 | 1人 | | | | | | | | | |
| | 社会福祉施設 | 3人 | | | | | | | | | |
| | 医療機関 | 2人 | | | | | | | | | |
| | 死亡者 | 10人 | | | | | | | | | |
| | その他 | 2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 | 8人 | | | | | | | | | |
| | | (解約事由の例) 長期入院、自宅へ戻る、他施設へ移動等 | | | | | | | | | |

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 | | 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 | 9:00～18:00 |
| | 土曜日 | 9:00～17:00 |
| | 日曜・祝日 | 9:00～17:00 |
| 定休日 | | 12/31～1/3 |

| | | |
|----------|-------|---------------------|
| 窓口の名称 | | さいたま市緑区役所 高齢介護課 |
| 電話番号 | | 048-712-1177 |
| 対応している時間 | 平日 | 8:30～17:15 |
| | 土曜日 | - |
| | 日曜・祝日 | - |
| 定休日 | | 土日・祝日、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 | | 土日・祝日、12月29日～翌年1月3日 |

| | | |
|---------------------|-------|----------------------------|
| 窓口の名称※特定施設入居者生活介護のみ | | 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 | | 土日・祝日、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 <input checked="" type="checkbox"/> あり | (その内容) |
| | 2 <input type="checkbox"/> 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) |
| | 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 回) 委員会の実施 (年 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) | 管理者 | |

(非常災害対策等)

| | | |
|---|-------------------------------|------|
| 非常災害に対する具体的計画 (消防計画・風水害、地震等に対処するための計画) | 1 あり | 2 なし |
| | (内容) 非常災害予防対策、初期対応、業務継続計画等 | |
| 避難訓練の実施 | 1 あり (年 2 回) | 2 なし |
| 業務 (事業) 継続計画の策定の有無 | 1 あり | 2 なし |
| | 職員研修の実施 (年 2 回) 訓練の実施 (年 2 回) | |
| 感染予防及びまん延防止のための対策の有無 | 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 | 1 あり | 実施日 | |
| | | 結果の開示 | 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 |
| | 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 | 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 | 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 | 3 公開していない |
| 財務諸表の要旨 | 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 | 3 公開していない |

10. その他

| | | |
|-------|------------------------------------|--------------|
| 運営懇談会 | 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 2 なし |
| | | (方法) |
| 2 なし | | |

| | |
|--|---|
| | 1 代替措置あり (内容) |
| | 2 代替措置なし |
| 施設利用に当たっての留意事項 | 入居契約書及び管理規程に定めるとおり |
| 緊急やむを得ない場合に身体的拘束等を行う場合の手続き | 1. 「緊急やむを得ない場合」の判断は、担当スタッフ個人（またはチーム）で行うのではなく、主治医、施設全体で判断する。 2. 身体拘束の内容、目的、時間、期間などを利用者本人や家族に対して十分に説明し、理解を求める。 3. 身体拘束に関する記録の作成を行う。 |
| 虐待の防止のための措置 | 高齢者虐待防止指針を定め委員会を開催、研修を実施 |
| ※介護に直接携わる職員に対する、認知症介護基礎研修を受講させるための対応 | 本部の受講計画に基づき対応 |
| ホームにおけるハラスメントの規定 | 1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし 担当窓口：管理者 周知方法：研修等で周知担当 |
| プライバシーポリシー、個人情報保護規程等 | 1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> 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 【表示事項】 | 1 <input type="checkbox"/> あり (提携ホーム名： <u>近隣イリーゼ</u>) 2 <input type="checkbox"/> 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 | 1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> 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） 2 適合している（将来の改善計画） 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 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> 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。

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。