

重要事項説明書

記入年月日	令和8年4月1日
記入者	増川 雅人
所属・職名	イリーゼ天童 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. 設置者概要

種類	個人 <input type="checkbox"/> 法人 <input checked="" type="checkbox"/>	
	※法人の場合、その種類	営利法人
名称	(ふりがな) かぶしきかいしゃひとわ 株式会社HITOWA	
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	tendou@irs.jp
	ホームページ アドレス	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	平成 9年 2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) いりーぜてんどう イリーゼ天童	
所在地	〒994-0081 山形県天童市南小畑三丁目3-20	
主な利用交通手段	最寄駅	JR 奥羽本線「天童南」駅 徒歩約17分
	交通手段と所要時間	東北中央自動車道「天童IC」から約3.7km 車で約6分
連絡先	電話番号	023-674-9555
	FAX番号	023-674-9550
	メールアドレス	tendou@irs.jp

	ホームページ アドレス	http://www.irs.jp
管理者	氏名	増川 雅人
	職名	ホーム長
建物の竣工日		平成22年 9月 3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】

<p>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)</p> <p>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)</p> <p>3 住宅型</p> <p>4 健康型</p>		
1又は2に該当する場合	介護保険事業者番号	0671601177
	指定した自治体名	山形県
	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 8年 4月 1日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1538.0㎡	
	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 2 3 5 . 9 4 m ²
		うち、老人ホーム部分	1 2 3 5 . 9 4 m ²
	耐火構造	1 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他()	
	構造	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 (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 (2026年3月1日~2035年10月4日) 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 【表示事項】	1 全室個室 (縁故者居室を含む)	
		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	18.2 m ²	36	介護居室個室
タイプ2	有/無	有/無	m ²		
タイプ3	有/無	有/無	m ²		
タイプ4	有/無	有/無	m ²		
タイプ5	有/無	有/無	m ²		
タイプ6	有/無	有/無	m ²		
タイプ7	有/無	有/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	1ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	ヶ所
			うち車椅子等の対応が可能な便房	1ヶ所
	共用浴室	2ヶ所	個室	2ヶ所
			大浴場	ヶ所
	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴	ヶ所
			リフト浴	1ヶ所
			ストレッチャー浴	ヶ所
			その他()	ヶ所

	食堂	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
	入居者や家族が利用できる調理施設	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		
	エレベーター	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	便所	浴室	その他()
	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	1 あり
	2 一部あり	2 一部あり	2 一部あり	2 一部あり
	3 なし	3 なし	3 なし	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"> ・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。 ・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。 ・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 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 type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	<input 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 type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input 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提供体制の有無 ※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	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

<p>保し、緊急時に入院を受け入れる体制を確保している協力医療機関と連携している場合」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。</p> <p>※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。</p>	個別機能訓練加算	(Ⅰ)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
		(Ⅱ)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	夜間看護体制加算	(Ⅰ)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
		(Ⅱ)	<input 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 type="checkbox"/> 2 なし
	協力医療機関連携加算（※1）	(Ⅰ)	<input type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
		(Ⅱ)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	口腔衛生管理体制加算（※2）			1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	口腔・栄養スクリーニング加算			1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	退院・退所時連携加算			<input type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	退居時情報提供加算			<input type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	看取り介護加算	(Ⅰ)	<input type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
		(Ⅱ)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	認知症専門ケア加算	(Ⅰ)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
		(Ⅱ)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	高齢者施設等感染対策向上加算	(Ⅰ)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
		(Ⅱ)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	新興感染症等施設療養費			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	2 なし	
		(Ⅱ)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし		
	(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> 1 あり	2 なし		
	(Ⅲ)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし		

介護職員等処遇改善 加算	(I)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	(II)	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	(III)	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	(IV)	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	(V)(1)	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	(V)(2)	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	(V)(3)	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	(V)(4)	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	(V)(5)	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	(V)(6)	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	(V)(7)	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	(V)(8)	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	(V)(9)	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	(V)(10)	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	(V)(11)	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
(V)(12)	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
(V)(13)	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
(V)(14)	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 2 なし		

(医療連携の内容)

医療支援		<input type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 <input type="checkbox"/> 4 その他()		
※複数選択可				
協力医療機関	1	名称	寒河江武田内科往診クリニック	
		住所	山形県寒河江市中央1-14-36	
		診療科目	内科、呼吸器内科	
		協力科目	内科、呼吸器内科	
		協力内容	入所者の病状の急変時において 相談対応を行う体制を常時確保	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 な し
		2	名称	医療法人社団侑眞 訪問診療クリニックやまがた
			住所	山形県山形市銅町2丁目13-11
	診療科目		内科、緩和ケア、精神科、ペインクリニック他	
	協力科目		内科、緩和ケア、精神科、ペインクリニック他	
	協力内容		入所者の病状の急変時において 相談対応を行う体制を常時確保	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 な し
	3		名称	うるしやまクリニック
			住所	山形県山形市大字漆山772-1
		診療科目	内科、乳腺外科他	
		協力科目	内科、乳腺外科他	

		協力内容	入所者の病状の急変時において 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				
	1	名称	熊沢歯科医院		

協力歯科医療 機関		住所	山形県天童市小路2-3-16
		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居者の自己負担）
	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 <input type="checkbox"/> 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・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	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2 なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	便所の変更	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	浴室の変更	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	洗面所の変更	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	台所の変更	1 あり <input type="checkbox"/> 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	入居契約書第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: 最長14日間 1泊9,900円(税込)) 2 なし	
入居定員	36人	
その他		

5. 職員体制

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

(職種別の職員数)

	職員数 (実人数)			常勤換算人数 ^{※1※2}
	合計			
		常勤	非常勤	
管理者	1	1		1.0
生活相談員	1	1		1.0
直接処遇職員	16	11	5	14.9
介護職員	13	10	3	12.8
看護職員	3	1	2	2.1
機能訓練指導員	1		1	0.2
計画作成担当者	1	1		1.0
栄養士				委託
調理員				委託
事務員	1	1		1.0
その他職員	2		2	1.7
1週間のうち、常勤の従業員が勤務すべき時間数 ^{※2}				
<p>※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業員の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業員が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業員の人数を常勤の従業員の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	6	3	3
実務者研修の修了者	2	2	
初任者研修の修了者	2	2	
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			
理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復師	1		1
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	人	人

介護職員	2 人	1 人
------	-----	-----

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合（一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能）	契約上の職員配置比率 [※] 【表示事項】	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 <input type="checkbox"/> d 3 : 1 以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数)	3.0 : 1

※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択

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

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	業務に係る資格等	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	
		資格等の名称	ヘルパー2級
		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										
前年度1年間の退職者数										
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満	1	2	10	3	1		1	1	
	1年以上									
	3年未満									
	3年以上									
	5年未満									
	5年以上									
	10年未満									
10年以上										
従業者の健康診断の実施状況						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	1 利用権方式
【表示事項】	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	1 全額前払い方式
【表示事項】	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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
入院等による不在時における利用料金（月払い）の取扱い	1 減額あり 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く

(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	18.20 m ²	18.20 m ²
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	浴室	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
	台所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
入居時点で	前払金	円	円
必要な費用	敷金	300,000円	300,000円

月額費用の合計		166,353円	169,353円	
家賃		73,500円	76,500円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	(実費)円	(実費)円	
	介護保険外 ^{※2}	食費	59,853円	59,853円
		管理費	33,000円	33,000円
		介護費用	円	円
		光熱水費	0円	0円
その他	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)

費用	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	家賃の約4ヶ月分（入居契約表題部（6）参照）
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	施設維持管理費・共用部の修繕費・共用部および居室の水光熱費、環境衛生費、事務管理部門の人件費
食費	月額 59,853円（本体価格55,420円） 食費の内訳は、次の通りです。 食材費：月額35,964円（税込）

	<p>朝食356円、昼食475円、夕食367円 (いずれも税込)</p> <p>厨房管理費：月額23,889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、欠食分は請求をいたしません。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
その他のサービス利用料	<ul style="list-style-type: none"> ・自立の方は、自立者支援費として別途55,000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

費用	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	4人
	女性	30人
年齢別	65 歳未満	1人
	65 歳以上 75 歳未満	2人

	75 歳以上 85 歳未満	5 人
	85 歳以上	26 人
要介護度別	自立	0 人
	要支援 1	2 人
	要支援 2	4 人
	要介護 1	10 人
	要介護 2	7 人
	要介護 3	4 人
	要介護 4	4 人
	要介護 5	2 人
入居期間別	6 ヶ月未満	5 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	5 人
	1 年以上 5 年未満	16 人
	5 年以上 10 年未満	4 人
	10 年以上 15 年未満	4 人
	15 年以上	0 人

(入居者の属性)

平均年齢	88.9 歳
入居者数の合計	34 人
入居率 [※]	94%
<p>※ 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。</p>	

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	1人
	社会福祉施設	1人
	医療機関	4人
	死亡者	4人
	その他	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	10人
		(解約事由の例) 特養への転居等

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) ※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	イリーゼ天童
電話番号	023-674-9555
	平日 9:00~18:00

対応している時間	土曜	9:00~18:00
	日曜・祝日	9:00~18:00
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	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		山形県国民健康保険団体連合会
電話番号		0237-87-8003
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	-
	日曜・祝日	-
定休日		土曜・日曜・祝日・年末年始
窓口の名称		山形県福祉サービス運営適正化委員会
電話番号		023-626-1755
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	-
	日曜・祝日	-
定休日		土曜・日曜・祝日・年末年始
窓口の名称		天童市役所健康福祉部
電話番号		023-654-1111

対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	-
	日曜・祝日	-
定休日		土曜・日曜・祝日・年末年始

(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"/> あり	(その内容) 東京海上日動火災保険株式会社 対人対物:1億円
	2 なし	
介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし	

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	<input checked="" type="checkbox"/> あり	実施日	年1回
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	2 なし		
	<input checked="" type="checkbox"/> あり	実施日	

第三者による評価の実施状況	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 1 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	虐待防止対策検討委員会の定期的な開催		<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	指針の整備		<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	定期的な研修の実施		<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	担当者の配置		<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	指針の整備		<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	定期的な研修の実施		<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 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 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 type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2
<input 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 type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	災害に関する業務継続計画		<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	職員に対する周知の実施		<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	定期的な研修の実施		<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	定期的な訓練の実施		<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 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	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
有料老人ホーム設置運営指導指針「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) 2 適合している (将来の改善計画) 3 適合してない	
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）

※ _____ 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 事業主体が山形市内で実施する他の介護サービス

介護サービス等の種類			事業所の名称	所在地
＜居宅サービス＞				
訪問介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
訪問入浴介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
訪問看護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
訪問リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/> なし		
居宅療養管理指導	あり	<input type="checkbox"/> なし		
通所介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		

通所リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/> なし		
短期入所生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
短期入所療養介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
特定施設入居者介護	<input type="checkbox"/> あり	なし	イリーゼ天童	山形県天童市南小畑三丁目 3-20
福祉用具貸与	あり	<input type="checkbox"/> なし		
特定福祉用具販売	あり	<input type="checkbox"/> なし		

<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	<input type="checkbox"/> なし		
夜間対応型訪問介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
地域密着型通所介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
認知症対応型通所介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
認知症対応型共同生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		

居宅介護支援

あり なし

<居宅介護予防サービス>

介護予防訪問入浴介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防訪問看護	あり	<input type="checkbox"/> なし		

介護予防訪問リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防居宅療養管理指導	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防通所リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防短期入所生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防短期入所療養介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	イリーゼ天童	山形県天童市南小畑三丁目3-20
介護予防福祉用具貸与	あり	<input type="checkbox"/> なし		
特定介護予防福祉用具販売	あり	<input type="checkbox"/> なし		

<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	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		

介護予防支援	あり	<input type="checkbox"/> なし		
--------	----	-----------------------------	--	--

<介護保険施設>

介護老人福祉施設	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護老人保健施設	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護療養型医療施設	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護医療院	あり	<input type="checkbox"/> なし		

<介護予防・日常生活支援総合事業>

訪問型サービス	あり	<input type="checkbox"/> なし		
通所型サービス	あり	<input type="checkbox"/> なし		
その他の生活支援サービス	あり	<input type="checkbox"/> なし		

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（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 (税込)	備考 金額はすべて税込	
介護サービス									
食事介助	なし	あり	なし	あり		○	550 円	自立の場合	
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり		○	550 円	自立の場合	
おむつ代			なし	あり		○		実費	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり		○	550 円	*週 2 回まで無料。自立は 1 回目から	
特浴介助	なし	あり	なし	あり		○	550 円	*週 2 回まで無料。自立は 1 回目から	
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		○	2,200 円	*1時間・自立のみ
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	2,200 円	*1時間・自立以外は協力医療機 関へ付添無料
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○	550円	*週2回まで無料。自立は1回目 から
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		○	550円	*体調不良時無料。自立は常時徴 収
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		○		別途申込み
理美容師による理美容サービ ス			なし	あり		○	実費	
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	2,200 円	*1時間・週1回まで無料

役所手続き代行	<input type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input type="checkbox"/> あり		○	2,200 円	*1時間
金銭・貯金管理			<input type="checkbox"/> なし	あり				
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	<input type="checkbox"/> あり		○	実費	*年1回要望を伺う
健康相談	なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				
生活指導・栄養指導	なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				
服薬支援	なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり	なし	<input type="checkbox"/> あり		○	2,200 円	*5kmまで以降1km毎に440円。 協力医療機関は無料
入院中の洗濯物交換・買い物	<input type="checkbox"/> なし	あり	<input type="checkbox"/> なし	あり			2,200 円	*1時間・自立以外は協力医療機 関へ付添は無料
入院中の見舞い訪問	なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				*必要に応じ

※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支払う場合に応じて、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。