

重要事項説明書

| | |
|-------|----------------|
| 記入年月日 | 令和2年2月1日 |
| 記入者名 | 本山 啓子 |
| 所属・職名 | イリーゼ狭山 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 | 営利法人 | |
| | ※法人の場合、その種類 | 株式会社 |
| 名称 | (ふりがな) ひとわけあさーびすかぶしきかいしゃ HITOWA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 | 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 (別々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) いりーぜさやま イリーゼ狭山 | | |
| 所在地 | 〒350-1327 埼玉県狭山市笹井 3-10-5 | | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | 入間市駅 | |
| | 交通手段と所要時間 | 電車ご利用の場合 ・西武池袋線「入間市駅」より タクシー (約 3.4 km/6 分) お車でお越しの場合 ・首都圏中央連絡自動車道 「狭山日高 IC」より 3 km | |
| 連絡先 | 電話番号 | 04-2900-1151 | |
| | FAX番号 | 04-2900-1152 | |
| | ホームページアドレス | http://www.irs.jp | |
| 管理者 | 氏名 | 本山 啓子 | |
| | 職名 | ホーム長 | |
| 建物の竣工日 | | 平成 | 26年 3月 1日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 平成 | 26年 4月 1日 |

(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 | 1172701649 |
| | 指定した自治体名 | 埼玉県 |
| | 事業所の指定日 | 平成 26年 4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 | 1170.28 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 | | | | |
| | | 抵当権の有無 | ① あり 2 なし | | | |
| 所有関係 | 契約期間 | ① あり (26年3月27日～ 56年3月26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 | 2325.84 m ² | | |
| | | うち、老人ホーム部分 | 2325.84 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 () | | | | |
| 建物 | 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 | | | | |
| | | 抵当権の設定 | ① あり 2 なし | | | |
| | 契約期間 | ① あり (H26年3月27日～H56年3月26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 | | | | |
| | | 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 ² | 18 | 一般居室個室 |
| | タイプ2 | 有/無 | 有/無 | 18.19 m ² | 12 | 一般居室個室 |
| | タイプ3 | 有/無 | 有/無 | 18.30 m ² | 21 | 一般居室個室 |
| | タイプ4 | 有/無 | 有/無 | 18.48 m ² | 1 | 一般居室個室 |
| | タイプ5 | 有/無 | 有/無 | 18.91 m ² | 4 | 一般居室個室 |
| タイプ6 | 有/無 | 有/無 | 18.90 m ² | 1 | 一般居室個室 | |
| タイプ7 | 有/無 | 有/無 | 19.79 m ² | 2 | 一般居室個室 | |

| | | | | | | | |
|--|--------------|------------------|-----------------|----------------|-----|--|--|
| | 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 | | 4ヶ所 | | |
| | 共用浴室 | 1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 | | 0ヶ所 | | |
| | | | ストレッチャー浴 | | 0ヶ所 | | |
| | | | その他 () | | ヶ所 | | |
| 食堂 | 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 | 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 | | |
| | 自動火災報知設備 | 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 | | |
| | 防災計画 | ① | あり | 2 | 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 | 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 | 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 | |
| | 医療機関連携加算 | ① あり 2 なし | |
| | 口腔衛生体制 | 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 |
| | | (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) 3.0 : 1 | |
| | ② なし | | |

(医療連携の内容)

| | | | |
|----------------|---|---|--------------------------------|
| 医療支援 ※複数選択可 | | <input checked="" type="radio"/> 1 救急車の手配 <input type="radio"/> 2 入退院の付き添い <input checked="" type="radio"/> 3 通院介助 <input type="radio"/> 4 その他 () | |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | さやま総合クリニック |
| | | 住所 | 〒350-1305 埼玉県狭山市入間川 4-15-25 |
| | | 診療科目 | 内科・外科・皮膚科・婦人科・耳鼻咽喉科等・呼吸外科・形成外科 |
| | | 協力内容 | 受診・入院等 |
| | 2 | 名称 | 西武入間病院 |
| | | 住所 | 入間市大字野田 946 |
| | | 診療科目 | 内科・外科・泌尿器科・循環器科等 |
| | | 協力内容 | 受診・入院等 |
| 協力歯科医療機関 | | 名称 | アイリス歯科クリニック |
| | | 住所 | 東京都昭島市朝日町 2-5-18 メゾンジュンアサヒ 102 |
| | | 協力内容 | 訪問歯科 |

(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 | | <input type="radio"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input type="radio"/> 2 介護居室へ移る場合 <input checked="" type="radio"/> 3 その他 (他居室への住み替え) | |
| 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、医師の意見を聞いた上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 | | | |
| 追加的費用の有無 | | 1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし | |
| 居室利用権の取扱い | | 利用権は旧個室から新居室へ移る。 | |
| 前払金償却の調整の有無 | | 1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし | |
| 従前の居室との 仕様の変更 | 面積の増減 | <input checked="" type="radio"/> 1 あり <input type="radio"/> 2 なし | |
| | 便所の変更 | 1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし | |
| | 浴室の変更 | 1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし | |
| | 洗面所の変更 | 1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし | |
| | 台所の変更 | 1 あり <input checked="" type="radio"/> 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事業者から契約解除が行われた場合 <ul style="list-style-type: none"> ・入居申し込み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支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞する時 ・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 | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | |
| | 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日以内の日程で体験入居が出来ます。 1泊2日 11,000円 (税込)) 2 なし | |
| 入居定員 | 59人 | |
| その他 | 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 | 22 | 11 | 11 | 19.2 |
| 介護職員 | 19 | 8 | 11 | 16.4 |
| 看護職員 | 3 | 3 | 0 | 2.8 |
| 機能訓練指導員 | 1 | 1 | 0 | 0.2 |
| 計画作成担当者 | 1 | 1 | 0 | 1.0 |
| 栄養士 | （委託） | | | （委託） |
| 調理員 | （委託） | | | （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 | | | | 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 | 0 | 0 | 0 |
| 介護福祉士 | 5 | 2 | 3 |
| 実務者研修の修了者 | 0 | 0 | 0 |
| 初任者研修の修了者 | 8 | 5 | 3 |
| 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 |
| 看護師又は准看護師 | 1 | 1 | 0 |
| 理学療法士 | 0 | 0 | 0 |
| 作業療法士 | 0 | 0 | 0 |
| 言語聴覚士 | 0 | 0 | 0 |
| 柔道整復士 | 0 | 0 | 0 |
| あん摩マッサージ指圧師 | 0 | 0 | 0 |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

| 夜勤帯の設定時間 (19 時 ~ 7 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) | 3.0 : 1 以上 |

※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 | 0 | 9 | 8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 前年度1年間の退職者数 | 0 | 0 | 6 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 業務に従事した経験年数に応じた職員の人数 | 1年未満 | 0 | 0 | 1 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | 1年以上 | 3 | 0 | 4 | 4 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | |
| | 3年未満 | | | | | | | | | | |
| | 3年以上 | 0 | 0 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | 5年未満 | | | | | | | | | | |
| | 5年以上 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | 10年未満 | | | | | | | | | | |
| 10年以上 | 0 | 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 手続き |
| 運営懇談会の意見を聞き、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 | 要支援1 | 要介護5 | |
| | 年齢 | 80歳 | 80歳 | |
| 居室の状況 | 床面積 | 18.00 m ² | 18.00 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 | 0円 | 0円 | |
| | 敷金 | 0円 | 0円 | |
| 月額費用の合計 | | 177,877円 | 197,072円 | |
| 家賃 | | 49,000円 | 49,000円 | |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用 | 5,577円 | 24,772円 | |
| | 介護保険外 ^{※2} | 食費（軽減税率（8%）適用の場合） | 54,000円 | 54,000円 |
| | | 管理費 | 69,300円 | 69,300円 |
| | | 介護費用 | 0円 | 0円 |
| | | 光熱水費 | 管理費に含む円 | 管理費に含む円 |
| 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 | なし |
| 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 | 事務管理部門の人員費・事務費・共有施設等の維持管理費 |
| 食費 | <p>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2参照 排泄用品廃棄料(使用量に係らず一律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。 |

(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相当額 |
| 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 | 円 |

(入居者の属性)

| | |
|---|------|
| 平均年齢 | 88 歳 |
| 入居者数の合計 | 58 人 |
| 入居率* | 98% |
| ※ 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 | 1 人 |
| | 社会福祉施設 | 3 人 |
| | 医療機関 | 0 人 |
| | 死亡者 | 5 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) なし | |
| | 入居者側の申し出 | 4 人 |
| | | ご家族様住居近くの施設希望や長期入院の為。 |

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 | | イリーゼ狭山 |
| 電話番号 | | 042-900-1151 (代表) |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00~18:00 |
| | 土曜 | 9:00~18:00 (施設にて対応) |
| | 日曜・祝日 | 9:00~18:00 (施設にて対応) |
| 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 (代表) |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00~17:00 |
| | 土曜 | 9:00~17:00 (施設にて対応) |

| | | |
|----------|-------|--|
| | 日曜・祝日 | 9:00～17:00 (施設にて対応) |
| 定休日 | | 12/31～1/3 |
| 窓口の名称 | | ① 狭山市役所 長寿県後部 長寿福祉課 ② 埼玉県国保連合会 |
| 電話番号 | | ① 04-2953-1111 ② 048-824-2568 |
| 対応している時間 | 平日 | ① 9:00～17:00 ② 8:30～12:00、13:00～17:00 |
| | 土曜 | |
| | 日曜・祝日 | |
| 定休日 | | 土日・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 | 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 |
| | 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) 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 |

(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 | アンケート調査 年1回 意見箱 常時設置 |
| | | 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 | | |

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 (イリーゼ狭山)

| 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 | | |
|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------|------|------|---------------------------|---|
| サービス | 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 | 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 | あり | ○ | 10分550円(税込) | 自立の場合※4 |
| おむつ代 | | | あり | ○ | 実費 | 実費負担 |
| 入浴(一般浴)介助・清拭 | なし | あり | 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 | 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 | あり | ○ | 10分550円(税込) | 自立の場合※4 |
| 機能訓練 | なし | あり | あり | | | |
| 通院介助 | なし | あり | 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 | 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 | あり | ○ | 1回550円(税込) | 週1回を超えるものについては※5 外部クリーニング業者利用時は実費 |
| 日常の洗濯 | なし | あり | あり | ○ | 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※5 自立の場合は※5 |
| 居室配膳・下膳 | なし | あり | 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 | | | | ○ | | 応相談 |
| おやつ | | | | ○ | | 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 | | | | ○ | 実費 | 指定日での対応、実費負担 |
| 買い物代行 | なし | あり | 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。 |
| 役所手続き代行 | なし | あり | あり | ○ | 10分550円(税込) | 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 |
| 金銭・貯金管理 | なし | あり | あり | ○ | 10分550円(税込) | お客様の希望時 金銭のお預かりはしない |

