

重要事項説明書

記入年月日	令和 2年 4月 1日
記入者名	桑原 大輔
所属・職名	ホーム長

1. 事業主体概要

種 類	法人	
	※法人の種類	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	〒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	03-5562-7551
	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 よしかわ イリーゼ よしかわ	
所 在 地	〒342-0038 埼玉県吉川市美南四丁目18番3号	
主な利用交通手段	最 寄 駅	JR武蔵野線「吉川美南駅」
	交通手段と所要時間	電車 - JR 武蔵野線「吉川美南駅」より徒歩10分 バス - JR 武蔵野線「吉川美南駅」西口より3分 メーター観光バス新三郷駅西口行→ 「美南四丁目」下車徒歩0分
連 絡 先	電話番号	048-984-0770
	FAX番号	048-984-0772
	ホームページアドレス	http://www.irs.jp
管 理 者	氏 名	桑原 大輔
	職 名	ホ ー ム 長
建物の竣工日		平成 21 年 12 月 1 日
有料老人ホーム事業の開始日		平成 22 年 9 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	1176400487
	指定した自治体名	埼玉県
	事業所の指定日	平成22年11月1日
	指定の更新日(直近)	平成28年10月31日

3. 建物概要

土 地	敷地面積	1,349,30 m ²	
	所有関係	<input type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する土地	
		<input type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		契約期間	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	契約の自動更新	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
建 物	延床面積	全体	2,269,17 m ²
		うち、老人ホーム部分	2,269,17 m ²
	耐火構造	<input 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 type="checkbox"/> 2 鉄骨造 3階建	
		<input type="checkbox"/> 3 木造	
		<input type="checkbox"/> 4 その他 ()	
	所有関係	<input type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する建物	
<input type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物			
抵当権の設定		<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
契約期間		<input type="checkbox"/> 1 あり (平成22年8月21日～平成52年8月31日) <input type="checkbox"/> 2 なし	
契約の自動更新		<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 全室個室	
		<input type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 無	18.00 m ²	60	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		
共用施設	共用便所における 便房	5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		6ヶ所	
	共用浴室	3ヶ所	個室		1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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 2	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)	<input type="checkbox"/> 3	あり (上記1・2に該当しない)
	<input type="checkbox"/> 4	なし				
消 防 用 設 備 等	消火器	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 2	なし	
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 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	<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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	夜間看護体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	医療機関連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	看取り介護加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	認知症専門ケア加算	(Ⅰ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)イ	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅰ)ロ	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅲ)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
身体拘束廃止未実施減算	1 減算型 <input checked="" type="checkbox"/> 2 基準型		
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	
	<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 4 その他 ()	
協力医療機関	1	名 称	みさと中央クリニック
		住 所	埼玉県三郷市中央 1-4-13
		診療科目	内科、(消化器・循環器科) 外科、肛門科
		協力内容	外来受診(時間外含む)、他の医療機関紹介、健康管理に関する相談、その他これらに付帯する業務(医療費その他の費用は入居者の自己負担)
	2	名 称	越谷ハートフルクリニック
		住 所	埼玉県越谷市川柳町 3-50-1
		診療科目	内科、整形外科、循環器内科、皮膚科、消化器内科
		協力内容	訪問診療(外来受診(時間外含む)、他の医療機関紹介、入院治療、健康管理に関する相談、その他これらに付帯する業務医療費その他の費用は入居者の自己負担)
	3	名 称	三愛会総合病院
		住 所	埼玉県三郷市彦成 3-7-17
		診療科目	内科(呼、消、循) 外科、整形外科、脳外科、泌、皮、目
	4	名 称	吉川中央総合病院
住 所		埼玉県吉川市大字平沼 111	
診療科目		内科、外科、整形外科、循環器科、肛門科	
協力歯科医療機関		名 称	フリージア歯科クリニック
		住 所	埼玉県さいたま市緑区東浦和 1-8-18
		協力内容	訪問歯科診療(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)

入居後に居室を住み替える場合	<input type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 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。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。
手続きの内容	居室変更に関する意思確認書・同意書を提出いただきます。
追加的費用の有無	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし 旧居室の清掃、修復など
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	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	便所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	浴室の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	洗面所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	台所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	その他の変更	1 あり
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 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</p> <p>③ 事業者から契約解除が行われた場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入居申込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支払いを正当な理由なく、しばしば(3ヶ月)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	入居契約書第5章参照
	解約予告期間	90日
入居者からの解約予告期間	入居日から3ヶ月以内は書面による通知で直ちに本契約の解除 3ヶ月以降は30日以上前に書面で予告することにより本契約の解除	
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (内容:1泊2日11,000円(税込)、※7泊8日まで) 2 なし	
入居定員	60人	
その他		

5. 職員体制

(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
生活相談員	1	1		1
直接処遇職員	18	12	6	16
介護職員	15	10	5	13.4
看護職員	3	2	1	2.5
機能訓練指導員	1		1	0.2
計画作成担当者	1	1		1
栄養士	委託			
調理員	委託			
事務員				
その他職員			3	
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
<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	1		
介護福祉士	2	3	5
実務者研修の修了者	2		2
初任者研修の修了者	6	2	8
介護支援専門員	1		1

(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	3	2	1
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			

(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～翌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師・介護職員の割合	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
	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		介護職員初任者研修(ホームヘルパー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	0		1	1						
前年度1年間の退職者数	0		3	1						
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	1						
	1年以上		1	0						
	3年未満									
	3年以上		1	6	0					
	5年未満									
	5年以上	2		2	3	1			1	1
	10年未満									
10年以上	0		0	1						
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	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	所在地域の自治体の発表する消費者物価指数や人件費に急激な変動があった場合
	手続き	運営懇談会で意見を聴き、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】)

		プラン例1	プラン例2	
入居者の状況	要介護度	自立	要介護3	
	年齢	-	-	
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		230,200円	207,974円	
家賃		64,000円	64,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護の費用	0円 (一割負担の場合)	20,674円 (一割負担の場合)	
	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	0円	0円
		その他 (生活サポート費)	42,900円	0円

(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	なし
管理費	事務管理部門の人件費・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)

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

(前払金の受領)

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	13 人
	女性	46 人
年齢別	65 歳未満	2 人
	65 歳以上 75 歳未満	1 人
	75 歳以上 85 歳未満	21 人
	85 歳以上	35 人
要介護度別	自立	0 人
	要支援 1	5 人
	要支援 2	4 人
	要介護 1	12 人
	要介護 2	15 人
	要介護 3	7 人
	要介護 4	9 人
	要介護 5	7 人
入居期間別	6 ヶ月未満	9 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	17 人
	1 年以上 5 年未満	17 人
	5 年以上 10 年未満	16 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	86.0 歳
入居者数の合計	59 人
入居率*	98.3%
※ 入院等、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	7人
	死亡者	9人
	その他	3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	23人
		(解約事由の例) 退院の見込みが立たない為。

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)

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		0120-756-600
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		12/31~1/3
窓口の名称		イリーゼよしかわ
電話番号		048-984-0770
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		—
窓口の名称		吉川市役所 いきいき推進課 高齢者福祉課
電話番号		048-982-5118 (直通)
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	—
	日曜・祝日	—
窓口の名称		埼玉県国民健康保険団体連合会 (介護保険課苦情対応係)
電話番号		048-824-2568
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	—
	日曜・祝日	—

(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	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) 入居契約書に準ずる
	<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 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 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 type="checkbox"/> 1 あり <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 (平成 年 月 日登録) <input 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	<input type="checkbox"/> 1 あり <input 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	<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
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 令和 年 月 日

説明者署名 _____

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			事業所の名称	所在地
<居宅サービス>				
訪問介護	あり	なし		
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし		
訪問リハビリテーション	あり	なし		
居宅療養管理指導	あり	なし		
通所介護	あり	なし	イリーゼ川 ロデイサー ビスセンタ ー (他2ヶ所)	川口市石神 1573-10
通所リハビリテーション	あり	なし		
短期入所生活介護	あり	なし	イリーゼ川 ロショート ステイ	川口市石神 1573-10
短期入所療養介護	あり	なし		
特定施設入居者生活介護	あり	なし	イリーゼふ じみの(他 18ヶ所)	富士見市羽沢 3-14-15
福祉用具貸与	あり	なし		
特定福祉用具販売	あり	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	なし		
夜間対応型訪問介護	あり	なし		
認知症対応型通所介護	あり	なし		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	イリーゼ グループ ホーム浦 和さいど	さいたま市緑区道祖土2-1 2-15
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
居宅介護支援	あり	なし	イリーゼ浦 和大門訪 問介護セン ター (他2か所)	さいたま市緑区大門808
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	なし	イリーゼ浦 和大門訪 問介護セン ター (他2か所)	さいたま市緑区大門808
介護予防訪問入浴介護	あり	なし		
介護予防訪問看護	あり	なし		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし		
介護予防通所介護	あり	なし	イリーゼ川 ロデイサー ビスセンタ ー (他2ヶ所)	川口市石神 1573-10

介護予防通所リハビリテーション	あり	なし		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	イリーゼふ じみの（他 18ヶ所）	富士見市羽沢 3-14-15
介護予防福祉用具貸与	あり	なし		
特定介護予防福祉用具販売	あり	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	なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	イリーゼグル ープホーム浦 和さいど	さいたま市緑区道祖土2-1 2-15
介護予防支援	あり	なし		
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	あり	なし		
介護老人保健施設	あり	なし		
介護療養型医療施設	あり	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 (イリリーゼよしかわ)

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

介護サービス	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※2	都度※2	料金※3	備考
	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	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				
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(排泄用品廃棄料1ヶ月1,100円)
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)	外館クリナ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	なし	あり		○		金銭のお預かりはしない

あり

健康管理サービス										年2回実施の機会を提供 (費用は実費負担)	
サービス内容	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	実費
定期健康診断	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	○
健康相談	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	○
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	○
服薬支援	なし	あり	なし	あり	なし	あり	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	なし	あり	なし	あり	なし	あり	○
入退院時・入院中のサービス	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	○
移送サービス	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	○
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	○
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり	なし	あり	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	なし	あり	なし	あり	なし	あり	○
その他サービス	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	○
個別対応サービス	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	○
											10分 550円(税込)
											10分 550円(税込)
											10分 550円(税込)
											お客様の希望時 協力医療機関は無料
											お客様の希望時
											お客様の希望時
											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、月額のサービスの費用に包含される場合と、サービスの都度払いによる場合に於いて、いずれかの欄に○を記入する。
 ※3：郵送払いの場合、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)