

重要事項説明書

記入年月日	平成 28年 7月 1日
記入者名	大村 伸章
所属・職名	イリーゼよしかわ 管理者

※ 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	法 人	
	※法人の場合、その種類	営利法人
名 称	(ふりがな) はせがわかいごさーびすかぶしきがいしや 長谷川介護サービス株式会社	
主たる事務所の所在地	〒170-6057 東京都豊島区東池袋 3-1-1 サンシャイン 60-57 階	
連 絡 先	電話番号	03-5956-3929
	FAX番号	03-5391-3721
	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 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	J R武蔵野線「吉川美南駅」より徒歩10分
	交通手段と所要時間	
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	大 村 伸 章
	職 名	ホ ー ム 長
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	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	2	なし	
契約の自動更新	1	あり	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	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階建				
		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						
抵当権の設定		1	あり	2	なし	
契約期間		1	あり	(平成22年8月21日～平成52年8月31日)		
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	60	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			
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 2 なし		
入居者や家族が利 用できる調理設備	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） 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	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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		
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"> ・入居者一人ひとりの個性と自立性を大切にする。 ・居室より共用施設での生活時間を充実させ活動的な日常生活を支援する。 ・入居者のプライバシーを尊重しつつ、入居者とスタッフは同じ家族の一員という意識で共に考え、楽しみ、日常を共有する。 ・地域に根差した地域社会の一員として活動出来る様心掛ける。
サービスの提供内容に関する特色	お一人おひとり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	<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	
	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	
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	※複数選択可	1 救急車の手配	
		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	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	USデンタルクリニック松戸
	住 所	千葉県松戸市新松戸 1-210-2
	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) ※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 <input checked="" 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 checked="" 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 (変更内容) <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 65 歳以上の自立・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	1 あり（内容：1泊2日10,800円、※7泊8日まで） 2 なし	
入居定員	60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		1
生活相談員	1	1		1
直接処遇職員	20	12	8	18.8
介護職員	20	12	8	18.8
看護職員	2	1	1	1.7
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			5	
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	8	
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	17	13	4
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		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 (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	社会福祉主事任用						
			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		4	2					3	
前年度1年間の退職者数	1	1	1	3					2	
応じた業務に従事した経験年数に した職員の人数	1年未満		2	2					1	
	1年以上		6	2						
	3年未満									
	3年以上		1	10	2	1			1	
	5年未満									
	5年以上	1								
	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	
	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	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		223,620円	202,020円	
家賃		73,500円	73,500円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	0円 (一割負担の場合)	20,520円 (一割負担の場合)	
	介護保険外 ^{※2}	食費	54,000円	54,000円
		管理費	54,000円	54,000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)		42,120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	事務管理部門の人件費・事務費・共有施設等の維持管理費
食費	食材費・厨房人件費・設備備品等 1日：1,800円×30日 ※毎食時経管栄養の方、又は長期入院・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、ご返金致します。
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	

(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	11人
	女性	46人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	3人
	75歳以上 85歳未満	21人
	85歳以上	33人
要介護度別	自立	0人
	要支援 1	5人
	要支援 2	1人
	要介護 1	14人
	要介護 2	7人
	要介護 3	9人
	要介護 4	10人
	要介護 5	11人
入居期間別	6ヶ月未満	4人
	6ヶ月以上 1年未満	9人
	1年以上 5年未満	35人
	5年以上 10年未満	9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	85.44歳
入居者数の合計	57人
入居率*	95%

※ 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	2人
	医療機関	6人
	死亡者	2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	6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) ※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		長谷川介護サービス株式会社
電話番号		03-5956-3929
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		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 checked="" 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	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
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
	2 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 あり (提携ホーム名:) 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 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 (平成 年 月 日登録) 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 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	1 適合している (代替措置)	

場合等の特例」への適合性	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	なし
不適合事項がある場合の 内容	

添付書類：別添1（別の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 平成 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		事業所の名称		所在地
＜居宅サービス＞				
訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	イリーゼ新座訪問介護センター (他3か所)	新座市栗原 1-14-23
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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	イリーゼ川口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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	イリーゼ川口ショートステイ	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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	イリーゼふじみの (他12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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	イリーゼ浦和さいど小規模多機能型居宅介護事業所	さいたま市緑区道祖土2-12-15
認知症対応型共同生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	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2-12-15
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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	イリーゼ新座居宅介護支援事業所 (他3ヶ所)	新座市栗原 1-14-23
＜居宅介護予防サービス＞				
介護予防訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	イリーゼ新座訪問介護センター (他3か所)	新座市栗原 1-14-23
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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	イリーゼ川 口デイサー 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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	イリーゼ川 口ショート ステイ	川口市石神 1573-10
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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	イリーゼふ じみの(他 12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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	イリーゼ浦和 さいど小規模 多機能型居宅 介護事業所	さいたま市緑区道祖土2-12-15
介護予防認知症対応型共同生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	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2-12-15
介護予防支援	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
<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

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※4	都度※2	料金※3	備考
介護サービス						
食事介助	なし	あり	あり	なし		
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	あり	なし		
おむつ代	なし	あり	あり	なし		
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	あり	なし		実費負担（別途：排泄用品廃棄料¥1,000）
特浴介助	なし	あり	あり	なし		週3回以上は有料10分540円
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	あり	なし		週3回以上は有料10分540円
機能訓練	なし	あり	あり	なし		
通院介助	なし	あり	あり	なし		指定曜日の協力医療機関以外は有料10分540円
生活サービス						
居室清掃	なし	あり	あり	なし		
リネン交換	なし	あり	あり	なし		週2回以上は有料10分540円
日常の洗濯	なし	あり	あり	なし		週3回以上は有料10分540円
居室配膳・下膳	なし	あり	あり	なし		体調不良時以外は有料1回540円
入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし	あり	あり	なし		
おやつ	なし	あり	あり	なし		
理美容師による理美容サービス	なし	あり	あり	なし		実費負担
買い物代行	なし	あり	あり	なし		週1回・指定日・指定業者は無料、他10分540円
役所手続き代行	なし	あり	あり	なし		有料10分540円
金銭・貯金管理	なし	あり	あり	なし		預かり金対応いたしません。
健康管理サービス						
定期健康診断	なし	あり	あり	なし		年2回 実費負担
健康相談	なし	あり	あり	なし		
生活指導・栄養指導	なし	あり	あり	なし		
服薬支援	なし	あり	あり	なし		
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	あり	なし		
入退院時・入院中のサービス						
移送サービス	なし	あり	あり	なし		協力医療機関以外は10分540円
入退院時の同行	なし	あり	あり	なし		協力医療機関以外は10分540円
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	あり	なし		有料10分540円
入院中の見舞い訪問	なし	あり	あり	なし		有料10分540円

※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、月額サービスの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比べて、いづれかの欄に○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。