

重要事項説明書

記入年月日	平成30年7月1日
記入者名	佐川 貴弘
所属・職名	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	個人/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 HITOWA ケアサービス株式会社	
主たる事務所の所在地	〒170-6057 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	昭和・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

(住まいの概要)

名称	(ふりがな) いりーぜところざわにし イリーゼ所沢西	
所在地	〒359-1106 埼玉県所沢市東狭山ヶ丘1丁目57番1	
主な利用交通手段	最寄駅	西武鉄道池袋線「狭山ヶ丘駅」
	交通手段と所要時間	徒歩の場合「狭山ヶ丘駅」より徒歩約7分(約550m) 自動車の場合 国道463号線「狭山ヶ丘駅東口入口」交差点より 約2分(約600m)
連絡先	電話番号	04-2921-8831
	FAX番号	04-2921-8832
	ホームページアドレス	http:// www.irs.jp
管理者	氏名	佐川 貴弘
	職名	管理者
建物の竣工日		昭和・平成 30年2月28日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 30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	1172505412
	指定した自治体名	埼玉県
	事業所の指定日	平成30年4月1日
	指定の更新日(直近)	平成 年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1,842.17 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	2,126.78 m ² (地上3階建て)			
		うち、老人ホーム部分	2,126.78 m ²			
	耐火構造	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1 鉄筋コンクリート造 <input type="checkbox"/> 2 鉄骨造 <input type="checkbox"/> 3 木造 <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし		
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(2018年2月1日～2048年1月31日)		
		契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし		
	居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 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		<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	18.00 m ²	42室	介護居室個室
タイプ2		<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	18.36 m ²	2室	介護居室個室
タイプ3		<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	18.46 m ²	5室	介護居室個室
タイプ4		<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	18.53 m ²	2室	介護居室個室
タイプ5		<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	18.60 m ²	7室	介護居室個室
タイプ6	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ7	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ8	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 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	5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		3ヶ所		
	共用浴室	2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		0ヶ所		
			ストレッチャー浴		1ヶ所		
			その他 ()		ヶ所		
食堂	<input 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 type="checkbox"/> 2	なし			
エレベーター	<input type="checkbox"/> 1	あり (車椅子対応)	<input 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 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 type="checkbox"/> 2	なし		
	火災通報設備	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	スプリンクラー	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	防火管理者	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	防災計画	<input 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 type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 <input 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体制の有無	個別機能訓練加算	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	夜間看護体制加算	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	医療機関連携加算	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	看取り介護加算	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
	サービス提供体制強化 加算	(Ⅰ)イ	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅰ)ロ	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
(Ⅱ)		1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
(Ⅲ)		1 あり <input 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	1 あり	(介護・看護職員の配置率) : 1	
	<input type="checkbox"/> 2 なし		

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		<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	医療法人社団雅会 山本病院
		住所	東京都清瀬市野塩 1-328
		診療科目	内科、外科、整形外科、皮膚科、泌尿器科
		協力内容	入院・外来診療、他の医療機関に入院を要する場合の紹介 訪問診療、緊急時対応（24 時間オンコール対応）等、他の医療機関に入院を要する場合の紹介、健康管理に関する相談
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
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 2-5-18-102
		協力内容	訪問歯科診療及び口腔ケア (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		<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 <input type="checkbox"/> 3 その他 ()	
判断基準の内容			
手続きの内容			
追加的費用の有無		1 あり 2 なし	
居室利用権の取扱い			
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	60歳以上で健康な方、または日常生活で介護が必要な介護認定を受けている方	
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28条
	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	
体験入居の内容	<p>1 あり (内容: 7泊8日以内の日程で体験入居ができます)</p> <p style="padding-left: 40px;">1泊2日 10,800円 (税込)</p> <p>2 なし</p>	
入居定員	58人	
その他	<p>月払いの利用料の起算日から3ヶ月以内において、契約終了となった場合、受領済みの入居金及び月額利用料の金額から次に挙げる費用を控除した残額を居室の明け渡しを受けた翌々月末に返還します。</p> <p>① 日割り計算に基づく契約書第23条～第25条に定める費用</p> <p>② 契約書第30条に定める原状回復費用</p>	

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		1.0
生活相談員	1	1		1.0
直接処遇職員				
介護職員	19	11	8	17.0
看護職員	3	2	1	2.8
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				
調理員				
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				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	6	5	1
実務者研修の修了者	3	2	1
初任者研修の修了者	4	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	3	3	
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 (16時30分 ~ 9時30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	2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 <input type="checkbox"/> 2 なし							
	業務に係る資格等		1 あり							
			資格等の名称							
		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										
応じた業務に従事した経験年数に あつた職員の人数	1年未満			1	1			1		
	1年以上			1						
	3年未満									
	3年以上			3	1				1	
	5年未満									
	5年以上	1		3	3					
	10年未満									
10年以上	1	1	5	2						
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】	<input type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 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	
	<input type="checkbox"/> 3 月払い方式	
	4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり <input 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	<input type="checkbox"/> 1 減額なし <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 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	関連法令の改定時・消費者物価指数・人件費の変動時等 運営懇談会で意見を聞き、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	要介護2		
	年齢	80歳		
居室の状況	床面積	18.00㎡		
	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		207,456円	円	
家賃		81,000円	円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	18,456円	円	
	介護保険外 ^{※2}	食費(税込)	54,000円	円
		管理費(税込)	54,000円	円
		介護費用	0円	円
		光熱水費	管理費に含む	円
その他	0円	円		

※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。(負担割合1割の場合)

※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 〇ヶ月分
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
共益費	共有施設等の維持管理費、居室・共用部の水光熱費
食費	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。 ※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。
光熱水費	共益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 ・介護用品 ・消耗品費実費 ・個別対応サービス費 ・排泄用品廃棄料(一律1,080円(税込)/月)
その他のサービス利用料	自立の場合、別途生活サポート費「生活サポート費」42,120円/月(税込)がかかります。 内訳：定時巡回(昼間・夜間問わず、夜間は2時間おき) ナーズコール対応(回数上限なし)

(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	市区町村による要介護認定により介護保険負担割合証に準じた額
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)	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)	〇ヶ月
償却の開始日	入居日

(入居者の属性)

平均年齢	86.6 歳
入居者数の合計	35 人
入居率*	55%
※ 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	0 人
	医療機関	0 人
	死亡者	0 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	0 人
		(解約事由の例)

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		イリーゼ所沢西
電話番号		04-2921-8831
対応している時間	平日	9時00分～18時00分
	土曜	9時00分～18時00分(施設にて対応)
	日曜・祝日	9時00分～18時00分(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		0120-76-5600
対応している時間	平日	9時00分～17時00分
	土曜	9時00分～17時00分
	日曜・祝日	9時00分～17時00分
定休日		12/31～1/3
窓口の名称		所沢市福祉部介護保険課
電話番号		04-2998-9420
対応している時間	平日	8時30分～17時15分
	土曜	-
	日曜・祝日	-
定休日		土日・祝祭日・年末年始等
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時00分～17時00分
	土曜	-
	日曜・祝日	-
定休日		土日・祝祭日・年末年始等

(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) 事故対応マニュアルに基づく
	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 2 なし	実施日	年1回
		結果の開示	1 あり 2 なし
第三者による評価の実施状況	1 あり 2 なし	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 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	<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 <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 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	<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	
不適合事項がある場合の内容	

添付書類：別添 1（別を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	あり	なし	イリーゼ浦和 大門訪問介護 センター (他2ヶ所)	さいたま市緑区大門808
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 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	あり	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	あり	なし	イリーゼふ じみの(他 19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	イリーゼ和光 定期巡回・随時 対応型訪問介 護介護	埼玉県和光市白子1丁目29-15
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(他1 ヶ所)	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	あり	なし	イリーゼ浦 和大門居宅 介護支援事 業所 (他3ヶ所)	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	イリーゼ川 ロショート 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	あり	なし	イリーゼふ じみの(他 19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(他1 ヶ所)	さいたま市緑区道祖土2-12-15
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・サービスパッケージ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		個別の利用料で、実施するサービス		なし		あり	
特定施設入居者生活介護サービス（利用者一部負担※1） で、実施するサービス（利用者全額負担）		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			自立の方は※4		
排泄介助・おむつ交換	なし	あり			自立の方は※4		
おむつ代					実費		
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり		※4 ※5	週3回目からおお客様の希望により介助を必要とする場合※4 自立の方は※5、介助が必要な場合は※4		
特浴介助	なし	あり		※4	週3回目からおお客様の希望時 自立の方は※4		
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり			自立の方は※4		
機能訓練	なし	あり			自立の方は応相談		
通院介助	なし	あり	○	※4			
生活サービス							
居室清掃	なし	あり		※4	週3回目からおお客様の希望時 自立の方は※4		
リネン交換	なし	あり		※4	週2回目からおお客様の希望時 自立の方は※5		
日常の洗濯	なし	あり		※5	週3回目からおお客様の希望時 自立の方は※5		
居室配膳・下膳	なし	あり	○	※5	体調不良時は無料。その他お客様の希望時 応相談		
入居者の嗜好に応じた特別な食事							
おやつ							
理美容師による理美容サービス			○		食費に含まれ提供されるおやつ以外は実費 指定日での対応、実費負担		
買い物代行	なし	あり	○		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540円（税込）と実費		
役所手続き代行	なし	あり		※4	お客様の希望時 金銭のお預かりはしない		
金銭・貯金管理							
健康管理サービス							
定期健康診断			○		年2回実施の機会を提供（費用は実費負担）		
健康相談	なし	あり					
生活指導・栄養指導	なし	あり					
服薬支援	なし	あり					
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり					
入退院時・入院中のサービス							

移送サービス		なし	あり	なし	あり	なし	あり	あり		※4	
入退院時の同行		なし	あり	なし	あり	なし	あり	あり		※4	お客様の希望時
入院中の洗濯物交換・買い物		なし	あり	なし	あり	なし	あり	あり		※4	お客様の希望時
入院中の見舞い訪問		なし	あり	なし	あり	なし	あり	あり	○	※4	お客様の希望時は10分540円(税込)

※1：利用者の所得等に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)。介護保険サービスを使用しない場合、10分540円(税込)もしくは1回540円(税込)で対応。
 ※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、サービスの費用に包含されない場合と、サービス利用の都度払いによる場合に○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。
 ※4：お客様希望により10分540円(税込)
 ※5：お客様希望により1回540円(税込)