

重要事項説明書

記入年月日	令和2年7月1日
記入者名	林 健次
所属・職名	イリーゼ人間・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) 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	03-5562-7552
	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) いりーぜいるま イリーゼ入間	
所在地	〒358-0006 埼玉県入間市春日町1丁目10番26号	
主な利用交通手段	最寄駅	西武池袋線 入間市駅徒歩19分
連絡先	電話番号	04-2960-6851
	FAX番号	04-2960-6852
	ホームページアドレス	http:// www.irs.jp
管理者	氏名	林 健次
	職名	ホーム長
建物の竣工日		平成 28年4月1日
有料老人ホーム事業の開始日		平成 28年5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	1172801563
	指定した自治体名	埼玉県
	事業所の指定日	平成 28年 5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	1898.27 m ²	
	所有関係	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	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		契約期間	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
契約の自動更新	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし		

建物	延床面積	全体	2,316.09 m ²			
		うち、老人ホーム部分	2,316.09 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 type="checkbox"/> 1 鉄筋コンクリート造 <input checked="" 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				
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物				
		抵当権の設定	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし			
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (平成 28 年 5 月 1 日～平成 58 年 4 月 30 日) <input type="checkbox"/> 2 なし			
		契約の自動更新	<input checked="" 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 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	65	介護居室個室
	タイプ 2	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²		
タイプ 3	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 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		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	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)					

		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
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 <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
	口腔衛生管理体制加算	<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
	退院・退所時連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし

	介護職員処遇改善加算 (Ⅰ)	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	認知症専門 ケア加算	(Ⅰ)	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	サービス提 供体制強化 加算	(Ⅰ)イ	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅰ)ロ	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	(Ⅲ)	<input type="checkbox"/> 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)	
	<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	医療法人明晴会 西武入間病院
		住所	〒358-0054 埼玉県入間市野田946
		診療科目	内科・外科・循環器科・消化器科・泌尿器科
		協力内容	外来受診(時間外含む)、入院治療、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	医療法人元気会 わかさクリニック
		住所	〒359-1151 埼玉県所沢市岩狭4丁目2468-31
		診療科目	内科、呼吸器科、一般外科、整形外科
		協力内容	訪問診療、健康診断
協力歯科医療機関	名称	医療法人社団慶実会 グレースデンタルクリニック 埼玉分院	
	住所	〒350-1123 埼玉県川越市脇田本町29-1 トーア川越マンション1F	
	協力内容	訪問歯科診療	

(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 3 その他(全室介護居室)	
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	1 あり 2 なし	
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 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	概ね60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 ・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11,000円（税込）※7泊8日まで） 2 なし
入居定員	65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		1.0
生活相談員	1	1		1.0
直接処遇職員	30	9	21	19.6
介護職員	27	8	19	17.0
看護職員	3	1	2	2.6
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				
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	8	6	2

実務者研修の修了者	3		3
初任者研修の修了者	8	1	3
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	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・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 <input checked="" type="checkbox"/>							
	業務に係る資格等		1 あり <input type="checkbox"/>							
	資格等の名称		介護福祉士							
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし <input type="checkbox"/>									
	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	0	0	7	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数	0	0	4	1	0	0	0	0	0	0
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	1	1	20						
	1年以上 3年未満	1	1	1			1			
	3年以上 5年未満			5		1			1	
	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 <input type="checkbox"/> 2 なし <input checked="" type="checkbox"/>							

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 checked="" 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】	<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 checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式	
	<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/>	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input checked="" type="checkbox"/>	
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 checked="" 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	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	要介護3	要支援2	
	年齢	85歳	85歳	
居室の状況	床面積	18.00㎡	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	0円	0円	
	敷金	0円	0円	
月額費用の合計		178,674円	167,552円	
家賃		49,000円	49,000円	
サービス費用	介護保険外※2	特定施設入居者生活介護※1の費用	20,674円 (一割負担の場合)	9,552円 (一割負担の場合)
		食費(軽減税率(8%)適用の場合)	54,000円	54,000円
	管理費	55,000円	55,000円	
	介護費用	0円	0円	
	光熱水費	0円	0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	事務管理部門の人件費・事務費・共有施設等の維持管理費

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	22人
	女性	40人
年齢別	65歳未満	0人
	60歳以上 69歳未満	0人
	70歳以上 79歳未満	1人
	80歳以上	62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	16人
	要介護 2	15人
	要介護 3	15人
	要介護 4	7人
	要介護 5	0人
入居期間別	6ヶ月未満	5人
	6ヶ月以上 1年未満	17人
	1年以上 5年未満	40人
	5年以上 10年未満	0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	87歳
入居者数の合計	62人
入居率*	98.46%
※ 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	3人
	医療機関	4人
	死亡者	3人
	その他	1人
生前解約の状況	施設側の中し出	0人
	(解約事由の例)	

	入居者側の申し出	8人
		(解約事由の例) 経済的理由

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		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
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 (年末年始を除く)
定休日		なし
窓口の名称		入間市役所福祉部高齢者福祉課
電話番号		04-2964-1111
対応している時間	平日	9:00~17:30
	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	9:00~17:30
	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	1 あり	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) 入居契約書に準ずる
	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	毎年9月
		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		

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場合等の特例」への適合	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)	

性	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 _____

※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	イリーゼ和光他3か所	埼玉県和光市白子1丁目29番15号
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か所	埼玉県川口市石神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	埼玉県川口市石神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	イリーゼ戸田他22か所	蕨市錦町4-7-4
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戸田公園他1か所	戸田市下戸田2-4-5
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	イリーゼ和光他3か所	埼玉県和光市白子1丁目29番15号
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	なし	イリーゼ和光他3か所	埼玉県和光市白子1丁目29番15号
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	イリーゼ川口デイサービスセンター他2か所	埼玉県川口市石神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	イリーゼ川口ショートステイ	埼玉県川口市石神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	イリーゼ戸田他22か所	蕨市錦町4-7-4

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戸田公園他1か所	戸田市下戸田2-4-5
介護予防支援	あり	なし	イリーゼ和光他3か所	埼玉県和光市白子1丁目29番15号
＜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 (イリーゼ人間)

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費で、実施するサービス (利用者一部負担※1)	なし				
介護サービス						
食事介助	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		○	10分 550円 (税込)	自立の場合※4
おむつ代				○	実費	実費負担
入浴 (一般浴) 介助・清拭	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		○	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		○	10分 550円 (税込)	自立の場合※4
機能訓練	なし	あり				
通院介助	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		○	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		○	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		○	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		○	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		○	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		○	10分 550円 (税込)	お客様の希望時
金銭・貯金管理	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)	
定期健康診断	健康相談	なし	あり	なし	あり	○	実費	○	○	○	
生活指導・栄養指導	なし	あり	あり	なし	あり	○					
服薬支援	なし	あり	あり	なし	あり	○					
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	なし	あり	あり	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	あり	なし	あり						
入退院時の同行	なし	あり	あり	なし	あり	○	10分 550円(税込)	○	○	○	お客様の希望時 協力医療機関は無料
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	あり	なし	あり	○	10分 550円(税込)	○	○	○	お客様の希望時
入院中の見舞い訪問	なし	あり	あり	なし	あり	○	10分 550円(税込)	○	○	○	お客様の希望時
その他サービス											
個別対応サービス	なし	あり	あり	なし	あり	○	10分 550円(税込)	○	○	○	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550円(税込)
 ※5：お客様希望により1回550円(税込)