

別紙様式

## 重要事項説明書

記入年月日	平成28年7月1日
記入者名	木下 泰伸
所属・職名	イリーゼ川口安行・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	個人/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かいしゃ 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	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) いりーぜかわぐちあんぎょう イリーゼ川口安行
----	----------------------------------

所在地	〒334-0059 埼玉県川口市安行 92-1	
主な利用交通手段	最寄駅	埼玉高速鉄道「戸塚安行」駅
	交通手段と所要時間	①徒歩の場合 ・「戸塚安行」駅より、徒歩約10分(約800m) ②自動車利用の場合 ・首都高速川口線「安行」出口より約7分
連絡先	電話番号	048-291-7707
	FAX番号	048-291-7708
	ホームページアドレス	http://www.irs.jp
管理者	氏名	木下 泰伸
	職名	ホーム長
建物の竣工日		昭和・平成 27年2月18日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 27年3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	1170206799
	指定した自治体名	埼玉県（川口市）
	事業所の指定日	平成27年 3月 1日
	指定の更新日（直近）	平成27年 3月 1日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1982.26 m <sup>2</sup>	
	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		<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
契約期間		<input type="checkbox"/> 1 あり (27年2月18日～57年5月17日) <input type="checkbox"/> 2 なし	
建物	延床面積	全体	2114.36 m <sup>2</sup>
		うち、老人ホーム部分	2114.36 m <sup>2</sup>

	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他 ( )				
	構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 鉄筋コンクリート造 2 鉄骨造 3 木造 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		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 なし				
契約期間		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (27年2月18日～57年5月17日) 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 type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	18 m <sup>2</sup>	53	一般居室個室
	タイプ2	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ3	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ4	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ5	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ6	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ7	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
タイプ8	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>			
タイプ9	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>			
タイプ10	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>			
※「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	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	5ヶ所		
	共用浴室	4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 ( )	0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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input 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	<p>①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、ホスピタリティあふれる企業を目指す事。</p> <p>②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事。</p> <p>③お客様第一主義を念頭にお客様の要求を満たす事。</p>
サービスの提供内容に関する特色	<p>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。</p>
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
食事の提供	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 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) :	
	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	医療法人社団 協友会 東川口病院
		住所	埼玉県川口市東川口 2-10-8
		診療科目	内科・神経内科・消化器内科・循環器化・外科・消化器外科・整形外科・脳神経外科・皮膚科・泌尿器科・耳鼻咽喉科・麻酔科・リハビリテーション科
		協力内容	予約受診・緊急搬送時受け入れ
	2	名称	医療法人 青木会 青木中央クリニック
		住所	埼玉県川口市柳崎 3-7-24
		診療科目	内科、整形外科
		協力内容	訪問診療、臨時往診、入院受け入れ
協力歯科医療機関	名称	フリーズア歯科クリニック	
	住所	埼玉県さいたま市緑区東浦和 1-8-18 エステート藤 2-202	
	協力内容	訪問診療、臨時往診	

(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 ( )	
判断基準の内容	特になし	
手続きの内容	再契約	
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		
契約の解除の内容		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	①利用料その他の支払を正当な理由なく、しばしば遅滞するとき。 ②禁止または制限される行為の規程に違反したとき。 ③他の入居者または事業所の職員の生命もしくは身体に危害を及ぼし、またその切迫した恐れがあり、かつ有料老人ホームにおける通常の介護方法および接遇方法ではこれを防止することが出来ない場合。
	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: 1泊10800円 7泊8日まで) 2 なし	

入居定員	53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	非常勤	
管理者	1		1
生活相談員	1		1
直接処遇職員			
介護職員	11	7	15.1
看護職員	2	1	2.2
機能訓練指導員		1	0.6
計画作成担当者	1		
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	2
実務者研修の修了者		
初任者研修の修了者	6	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
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30分～ 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	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 <input type="checkbox"/> 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)	2.68 : 1

※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 checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	業務に係る資格等	1 あり
		資格等の名称
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	2	1	12	5	2			2	1	
前年度1年間の退職者数	1	1	4	4				1		
応じた業務に従事した経験年数に の人数	1年未満				1					
	1年以上 3年未満		4	6						
	3年以上 5年未満		5	2					1	
	5年以上 10年未満	2	1	2				2		
	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	
年齢に応じた金額設定	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
	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	

(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	自立	
	年齢	65歳	65歳	
居室の状況	床面積	18㎡	18㎡	
	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		180420円	204120円	
家賃		54000円	54000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※ <sup>1</sup> の費用	18420円	0円	
	介護保険外※ <sup>2</sup>	食費	54000円	54000円
		管理費	54000円	54000円
		介護費用	0円	42120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	54000円(非課税)
敷金	家賃のヶ月分
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	54000円(税込)
食費	54000円(税込)
光熱水費	管理費に含まれます。
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



	要介護 4	8 人
	要介護 5	3 人
入居期間別	6 ヶ月未満	9 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	12 人
	1 年以上 5 年未満	31 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	87.7 歳
入居者数の合計	52 人
入居率*	98.1%

※ 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	9 人
	死亡者	4 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	13 人
	(解約事由の例) 24 時間医療行為が必要だった為	

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		川口市介護保険課
電話番号		048-258-1110(代表)
対応している時間	平日	9:00～17:00
	土曜	-
	日曜・祝日	-
定休日		土曜日・日曜日・祝日

窓口の名称		埼玉県国民健康保険団体連合会
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	-
定休日		土曜日・日曜日・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	(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	～
		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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input 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 checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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」	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし

に合致しない事項	
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	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） 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	無し
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 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
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>				
訪問介護	あり	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	あり	なし	イリーゼ川口デイサービスセンター(他2か所)	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14か所)	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		
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>				
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2-12-15
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	イリーゼ新座訪問介護センター(他3か所)	新座市栗原1-14-23
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>				
介護予防訪問介護	あり	なし	イリーゼ川口デイサービスセンター(他2か所)	川口市石神1573-10
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か所)	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1 4か所)	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

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
介護サービス										
食事介助	なし	あり	なし	あり	あり	なし	あり			
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	あり	なし	あり			
おむつ代	なし	あり	なし	あり	あり	なし	あり			
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	あり	なし	あり			週 3 回目からおお客様の希望により 10 分 540 円
特浴介助	なし	あり	なし	あり	あり	なし	あり			週 3 回目からおお客様の希望により 10 分 540 円
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり	あり	なし	あり			
機能訓練	なし	あり	なし	あり	あり	なし	あり			
通院介助（協力医療機関）	なし	あり	なし	あり	あり	なし	あり			
通院介助（協力医療機関外）	なし	あり	なし	あり	あり	なし	あり			お客様の希望により 10 分 540 円
生活サービス										
居室清掃	なし	あり	なし	あり	あり	なし	あり			週 3 回目からおお客様の希望により 1 回 540 円
リネン交換	なし	あり	なし	あり	あり	なし	あり			週 3 回目からおお客様の希望により 1 種類毎に 540 円
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	あり	なし	あり			週 3 回目からおお客様の希望により 1 回 540 円
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	あり	なし	あり			体調不良時は無料、その他お客様の希望により 540 円
入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし	あり	なし	あり	あり	なし	あり			応相談
おやつ	なし	あり	なし	あり	あり	なし	あり			1 日 1 回指定時間のみ
理美容師による理美容サービス	なし	あり	なし	あり	あり	なし	あり			指定日での対応、実費負担
買い物代行（通常の利用区域）	なし	あり	なし	あり	あり	なし	あり			指定日での対応、実費負担
買い物代行（上記以外の区域）	なし	あり	なし	あり	あり	なし	あり			お客様の希望により 10 分 540 円
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	あり	なし	あり			
金銭・貯金管理	なし	あり	なし	あり	あり	なし	あり			

健康管理サービス											
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	なし
健康相談	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし
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	なし
服薬支援	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし
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	なし
入院時・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	なし	あり	なし	あり	なし
入院時の同行(協力医療機関)	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし
入院時の同行(協力医療機関外)	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし
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	なし
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	なし
年2回機会あり、実費負担 協力医療機関は無料、その他お客様の希望により10分540円 お客様の希望により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、月額の利用料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区分して、いずれかの欄に○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。