

## 重要事項説明書

記入年月日	令和2年7月1日
記入者名	亀井 博明
所属・職名	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) 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	<a href="http://www.irs.jp">http://www.irs.jp</a>
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) いりーぜにいざ イリーゼ新座	
所在地	〒352-0035 埼玉県新座市栗原1-14-23	
主な利用交通手段	最寄駅	西武池袋線『ひばりヶ丘駅』徒歩15分/ 西武池袋線『東久留米駅』徒歩15分
連絡先	電話番号	042-479-2760
	FAX番号	042-479-2761
	ホームページアドレス	<a href="http://www.irs.jp">http://www.irs.jp</a>
管理者	氏名	亀井 博明
	職名	ホーム長
建物の竣工日		平成24年12月25日
有料老人ホーム事業の開始日		平成25年1月1日

### (類型)【表示事項】

<input checked="" 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	1175101920
	指定した自治体名	埼玉県
	事業所の指定日	平成28年10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	1,689.64 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		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
契約期間		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
建物	延床面積	全体	2,342.26 m <sup>2</sup>
		うち、老人ホーム部分	2,342.26 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	1 鉄筋コンクリート造 <input checked="" type="checkbox"/> 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		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし				
契約期間		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (平成 24 年 12 月 25 日～令和 24 年 12 月 24 日) 2 なし				
	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	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.00 m <sup>2</sup> ・ 19.29 m <sup>2</sup>	60	介護居室個室
タイプ2	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>			
タイプ3	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>			
共用施設	共用便所における便房	4ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		ヶ所	
		<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	うち車椅子等の対応が可能な便房		4ヶ所	
	共用浴室	2ヶ所	個室		1ヶ所	
		<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	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	
	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 type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	自動火災報知設備	<input type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	火災通報設備	<input type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	スプリンクラー	<input type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	防火管理者	<input type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	防災計画	<input 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"> <li>・入居者一人ひとりの個性と自立性を大切にする。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>
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いただきます。
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	<input type="checkbox"/> 1 あり 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	(Ⅰ)イ 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	(Ⅰ)ロ 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	

	加算	(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) 3 : 1	
	<input 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 <input type="checkbox"/> 4 その他 ( )	
協力医療機関	1	名称	医療法人社団武蔵野会 新座志木中央総合病院
		住所	〒352-0001 埼玉県新座市東北 1-7-2
		診療科目	内科・循環器内科・外科・整形外科・呼吸器外科・脳神経外科・皮膚科・婦人科・泌尿器科・眼科・耳鼻咽喉科
		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	医療社団法人医鳳会 並木病院
		住所	〒359-1106 埼玉県所沢市東狭山が丘 5-5753
		診療科目	内科・呼吸器内科・循環器内科・糖尿病内科・神経内科・内視鏡内科・外科・整形外科・消化器内科・脳神経外科・乳腺外科・皮膚科・リウマチ科・リハビリテーション科・麻酔科
		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)
協力歯科医療機関	名称	三鷹リボン歯科	
	住所	〒180-0006 東京都武蔵野市中町 1-12-10	
	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	1 一時介護室へ移る場合
※複数選択可	<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志確認書・同意書を提出いただきます。	
追加的費用の有無	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 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できない時	
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 月以内は書面による通知で直ちに本契約の解除 3 月以降は 30 日移乗前に書面で予告する事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) <input type="checkbox"/> 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		1.0
生活相談員	1	1		1.0
直接処遇職員	24	12	12	20.1
介護職員	21	10	11	17.7
看護職員	3	2	1	2.4
機能訓練指導員	1	0	1	0.4
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	2	0	2	1.7
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	0	0	0
介護福祉士	10	6	4
実務者研修の修了者	2	0	2
初任者研修の修了者	9	4	5
介護支援専門員	0	0	0

(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			
理学療法士	1		1
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 <input checked="" 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)	2.8 : 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 2 なし							
	業務に係る資格等		1 あり							
			資格等の名称		介護福祉士					
			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	2	6						
前年度1年間の退職者数	1	1		5				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	2	1	2						
	1年以上				2	1				
	3年未満									
	3年以上			3	4					
	5年未満									
	5年以上			5	5				1	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	要介護3	要支援2	
	年齢	85歳	85歳	
居室の状況	床面積	18.00 m <sup>2</sup>	18.00 m <sup>2</sup>	
	便所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	浴室	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	台所	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 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		222,336円	211,019円	
家賃		78,000円	78,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用	21,036円 (一割負担の場合)	9,719円 (一割負担の場合)	
	介護保険外 <sup>※2</sup>	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	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
食費	<p>食材費・厨房人件費・設備備品等</p> <p>1日：1,800円(税込)×30日</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、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。</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	<p>別添2参照</p> <p>排泄用品廃棄料(使用量に係らず一律1,100円(税込)/月)</p>
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) ※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 <sup>※</sup> 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 <sup>※</sup> 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



**(入居者の属性)**

平均年齢	88.3 歳
入居者数の合計	60 人
入居率*	100.0%
※ 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	人
	社会福祉施設	5 人
	医療機関	4 人
	死亡者	12 人
	その他	人
生前解約の状況	施設側の申し出	人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	9 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		イリーゼ新座
電話番号		042-479-2760
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		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		0120-765-600
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
定休日		12/31~1/3

窓口の名称		埼玉県高齢者福祉課 施設・事業者指導担当
電話番号		048-830-3254
対応している時間	平日	8:30~17:00
	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	9:00~17:30
	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	<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	平成27年4月1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	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 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	
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                      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		
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		
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		
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 13 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		
<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 ープホーム戸 田公園	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		
<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		
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		
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	イリーゼ戸田 他 13 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		
<b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b>				
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	戸田市下戸田2-4-5
介護予防支援	あり	なし		
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>				

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・サービスマン付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表 (イリリーゼ新座)

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		個人の利用料で、実施するサービス		個人の利用料で、実施するサービス		個人の利用料で、実施するサービス		個人の利用料で、実施するサービス		個人の利用料で、実施するサービス	
介護サービス	特定施設入居者生活介護(利用者一部負担※1)で、実施するサービス	特定施設入居者生活介護(利用者一部負担※1)で、実施するサービス	特定施設入居者生活介護(利用者一部負担※1)で、実施するサービス	特定施設入居者生活介護(利用者一部負担※1)で、実施するサービス	特定施設入居者生活介護(利用者一部負担※1)で、実施するサービス	特定施設入居者生活介護(利用者一部負担※1)で、実施するサービス	特定施設入居者生活介護(利用者一部負担※1)で、実施するサービス	特定施設入居者生活介護(利用者一部負担※1)で、実施するサービス	特定施設入居者生活介護(利用者一部負担※1)で、実施するサービス	特定施設入居者生活介護(利用者一部負担※1)で、実施するサービス	特定施設入居者生活介護(利用者一部負担※1)で、実施するサービス	特定施設入居者生活介護(利用者一部負担※1)で、実施するサービス	特定施設入居者生活介護(利用者一部負担※1)で、実施するサービス
食事介助	なし	あり	あり	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	あり	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		なし		○	実費	実費負担			
入浴(…一般浴)介助・清拭	なし	あり	あり	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	あり	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	あり	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	あり	なし	あり	なし	あり						
通院介助	なし	あり	あり	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	あり	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	あり	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 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	あり	なし	あり	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	あり	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		なし		○		心相談			
おやつ				なし		なし		○		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		なし		○	実費	指定日での対応、実費負担			
買い物代行	なし	あり	あり	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。			
役所手続き代行	なし	あり	あり	なし	あり	なし	あり	○	10分 550円(税込)	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			
金銭・貯金管理	なし	あり	あり	なし	あり	なし	あり	○	10分 550円(税込)	お客様の希望時 金銭のお預かりはしない			

あり

