

重要事項説明書

記入年月日	2023年10月19日
記入者名	深澤 賢司
所属・職名	管理者

1. 設置者（*）

種類	個人/法人 HITOWA ケアサービス株式会社	
	※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	〒108-6215 東京都港区港南 2-15-3 品川インターシティC棟 15F	
連絡先	電話番号	03-6632-4128
	FAX番号	03-6736-5587
	ホームページアドレス	https://www.hitowa.com/care-service/
	電子メールアドレス	
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) いりーぜおかや イリーゼ岡谷	
所在地	〒394-0005 長野県岡谷市山下町 1-1-37	
主な利用交通手段	最寄駅	岡谷駅
	交通手段と所要時間	JR 中央本線「岡谷駅」より 車で約5分 (約1.4km) 徒歩約10分
連絡先	電話番号	0266-24-1238
	FAX番号	0266-24-2677

	ホームページアドレス	http://www.irs.jp		
	電子メールアドレス	okaya@irs.jp		
管理者	氏名	深澤 賢司		
	職名	管理者		
建物の竣工日		昭和・平成	15年	9月 10日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成	27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	2070400920
	指定した自治体名	長野県 (市)
	事業所の指定日	令和 3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	2537.97 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 (平成 27年 4月 1日～令和 17年 3月 31日) 2 なし	
	契約の自動更新	1 あり 2 なし	
建物	延床面積	全体	2977.9 m ²
		うち、老人ホーム部分	2977.9 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 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				
		1 あり	2 なし			
		1 あり (平成 27 年 4 月 1 日～令和 17 年 3 月 31 日)				
		2 なし				
		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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	22.01 m ²	60	3 介護居室 個室
	タイプ 2	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ 3	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ 4	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ 5	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ 6	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ 7	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²		
タイプ 8	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ 9	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ 10	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 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。						
廊下の幅	中廊下 (向かい合いの居室に面している廊下)	1.17～2.26m	その他の廊下	m		
共用施設	共用便所における 便房	9ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	9ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	2ヶ所		
	共用浴室	2ヶ所	個室	0ヶ所		
			大浴場	2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	1ヶ所		
			ストレッチャー浴	1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	1 あり (車椅子対応)	
		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	1 あり	2 なし
	自動火災報知設備	1 あり	2 なし
	火災通報設備	1 あり	2 なし
	スプリンクラー	1 あり	2 なし
	防火管理者	1 あり	2 なし
	防災計画	1 あり	2 なし
緊急通報装置等	居室	1 あり	
		2 一部あり	
		3 なし	
	便所	1 あり	
	2 一部あり		
	3 なし		
浴室	1 あり		
	2 一部あり		
	3 なし		
	その他 ()	1 あり	
		2 一部あり	
		3 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	ご本人のケア・ご家族様のケア・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事。お客様第一主義を念頭に置き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	1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	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	1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	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記載不可

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	入居継続支援加算	1 あり 2 なし
	生活機能向上連携加算	1 あり 2 なし

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	
	若年性認知症入居者受入加算	1 あり 2 なし	
	医療機関連携加算	1 あり 2 なし	
	口腔衛生管理体制加算	1 あり 2 なし	
	栄養スクリーニング加算	1 あり 2 なし	
	退院・退所時連携加算	1 あり 2 なし	
	看取り介護加算	1 あり 2 なし	
	介護職員処遇改善加算	1 あり 2 なし	
	介護職員等特定処遇改善加算	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) 3 : 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	祐愛病院
		住所	長野県岡谷市南宮 2-2-34
		診療科目	内科・総合診療・脳神経外科・整形外科
		協力科目	
		協力内容	受診・入院対応その他これらに付帯する業務、他の医療機関紹介、健康管理に関する相談(医療費その他の費用は入居費の自己負担)
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力科目	
		協力内容	

協力歯科医療機関	名称	なお歯科
	住所	諏訪市大和 1-5-5
	協力内容	訪問歯科及び口腔ケア

(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 3 その他 ()	
判断基準の内容	適切なサービス提供の為、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頂く事があります。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		
追加的費用の有無	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
居室利用権の取扱い	利用権は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 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 type="checkbox"/> 2 なし
	便所の変更	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	浴室の変更	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	洗面所の変更	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	台所の変更	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	その他の変更	1 あり (変更内容) <input 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 type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	要支援の者	<input type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	要介護の者	<input type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
留意事項	概ね 60 歳以上で自立・要支援・要介護の方		
契約の解除の内容	(事業者からの契約解除) 事業者は、入居者が、入居前に各号のいずれかに該当するときは、直ちに本契約を解除することが出来ます。 一 入居申込書に虚偽の事実を記載する等の不正手段により本契約を締結した時。		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	第 28 条	

	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：5,500円/泊 7泊8日まで) 2 なし	
入居定員		60人
その他	月払い利用料の計算起算日から三月以内において、契約終了となった場合、受領済みの月額利用料の金額から次にあげる費用を控除残額を居室明け渡しを受けた日の翌々々月末に返還します。 ① 日割計算に基づく契約書第22条から第24条に定める費用 契約書第22条に定める原状回復費用 ② 契約書第30条に定める原状回復費用	

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	21	9	12	18.8
介護職員	18	7	11	16.1
看護職員	3	2	1	2.7
機能訓練指導員	1		1	0.3
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		1	0.6
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				40時間
※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	4	3	1
実務者研修の修了者	1	1	
初任者研修の修了者	2	2	
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	3	2	1
理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復士			1
あん摩マッサージ指圧師			
はり師			
きゅう師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (18時30分～ 7時00分)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	人	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)	2.92 : 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	ホームの職員数	人
--------------------	---------	---

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)	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	0	1	4	5	1	0	0	0	0	0	
前年度1年間の退職者数	0	3	0	3	0	0	0	0	0	0	
応じた業務に従事した経験年数に 職員の人数	1年未満	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0
	1年以上 3年未満	0	0	4	5	0	0	0	0	0	0
	3年以上 5年未満	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0
	5年以上 10年未満	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
	10年以上	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
従業者の健康診断の実施状況		1 あり		2 なし		採用時に		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	1 全額前払い方式
	※該当する方式を全て選択	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	<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	目的施設が所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数および人件費等を勘案するとともに第 8 条の運営懇談会の意見を聞くものとします。
	手続き	入居者および身元引受人に事前に通知します。

（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	要支援 1	要介護 5	
	年齢	60 歳	60 歳	
居室の状況	床面積	22.61 m ²	22.61 m ²	
	便所	<input type="checkbox"/> 1 有 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 2 無	
	浴室	<input type="checkbox"/> 1 有 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 2 無	
	台所	<input type="checkbox"/> 1 有 2 無	<input type="checkbox"/> 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		187,500 円	168,720 円	
家賃		41,000 円	41,000 円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	0 円	24,210 円	
	介護保険外 ^{※2}	食費	48,600 円	48,600 円
		管理費	55,000 円	55,000 円
		介護費用	0 円	0 円
		光熱水費	実費	実費
その他	42,000 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 0 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※1	共用施設等の維持管理費、事務管理部門に係る人件費、事務費
食費	人件費等の諸経費、食材費に基づく費用。1 ヶ月を 30 日をして月額 48600 円（税込）を徴収。1 日 1620 円（税込）として算出。 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。
光熱水費等※2	電気・水道共に実費
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添 2（個別選択による介護サービス一覧表）
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 42900 円/月（税込）が必要です。（内容：巡視、緊急対応、健康相談等）
<p>※1 共用施設の修繕費、人件費等の使途をすべて記入し、「等」で括らないこと。</p> <p>※2 水道、電気、暖房の使用料及びこれに類する公共料金（入居者が居室に設置する場合の受信料等）等を明記すること。</p>	

(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）	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	22人
	女性	38人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上75歳未満	22人
	75歳以上85歳未満	27人
	85歳以上	10人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	3人
	要支援2	2人
	要介護1	9人
	要介護2	18人
	要介護3	11人
	要介護4	15人
	要介護5	3人
入居期間別	6ヶ月未満	12人
	6ヶ月以上1年未満	17人
	1年以上5年未満	30人
	5年以上10年未満	人
	10年以上15年未満	人
	15年以上	人

(入居者の属性)

平均年齢	88歳
入居者数の合計	60人
入居率*	100%

※ 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	12人
	死亡者	2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	8人
		(解約事由の例) 在宅にて介護をするため、住宅改修を行い、工事完了と同時に自宅に戻る。 長期入院となり施設を退去した場合。

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 イリーゼ岡谷	
電話番号	0266-24-1238	
対応している時間	平日	9時～18時
	土曜	9時～18時
	日曜・祝日	9時～18時
定休日	無し	

(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) 東京海上火災日動株式会社 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	1 あり	実施日	毎年1度 Web 又は紙により実施
--------------	------	-----	-------------------

見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況		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: イリーゼ・セントベル諏訪湖 イリーゼ高島城)	
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	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

する届出	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 <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」に合致しない事項	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 checked="" 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 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 事業主体が長野県内で実施する他の介護サービス

介護サービスの種類			併設・隣接の 状況	事業所の名称	所在地
<居宅サービス>					
訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
通所介護	あり	なし	併設・隣接		
通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接	イリーゼ・セント トベル諏訪湖 イリーゼ高島 城	諏訪市大和1-5- 5 諏訪市高島2-12 84-1
福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
<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	併設・隣接	イリーゼ諏訪 ・定期巡回・随 時対応型訪問 介護看護	諏訪市高島2-12 84-1
夜間対応型訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
居宅介護支援	あり	なし	併設・隣接		
<居宅介護予防サービス>					
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
介護予防通所介護	あり	なし	併設・隣接	イリーゼ・セン トベル諏訪湖 イリーゼ高島 城	諏訪市大和1-5- 5 諏訪市高島2-12 84-1
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
<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	併設・隣接		

介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防支援	あり	なし	併設・隣接		
<介護保険施設>					
介護老人福祉施設	あり	なし	併設・隣接		
介護老人保健施設	あり	なし	併設・隣接		
介護療養型医療施設	あり	なし	併設・隣接		
介護医療院	あり	なし	併設・隣接		

<介護予防・日常生活支援総合事業>					
訪問型サービス	あり	なし	併設・隣接		
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接		
その他生活支援サービス	あり	なし	併設・隣接		

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）			都度※2	料金※3	備 考
	なし	あり	なし	あり	包含※2			
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり		○	10分 550円 (税込み)	自立の場合は希望により10分550円(税込み)
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり		○	10分 550円 (税込み)	自立の場合は希望により10分550円(税込み)
おむつ代			なし	あり		○	実費	実費負担
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり		○	10分 550円 (税込み) 1回 550円 (税込み)	要支援又は要介護者で週2回を超えるものについては希望により10分550円(税込み)。自立の場合は1回550円(税込み)
特浴介助	なし	あり	なし	あり		○	10分 550円 (税込み) 1回 550円 (税込み)	要支援又は要介護者で週2回を超えるものについては希望により10分550円(税込み)。自立の場合は1回550円(税込み)
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり		○	10分 550円 (税込み)	自立の場合は希望により10分550円(税込み)
機能訓練	なし	あり	なし	あり		○		
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	10分 550円 (税込み)	※付添いができる範囲を明確化すること
生活サービス								
居室清掃	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希望により10分550円(税)

リネン交換	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	み) 10分 550円 (税込 み)	込)。自立の場合は10分550円(税込) 週1回を超えるものについては1回550 円(税込)
日常の洗濯	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	10分 550円 (税込 み)	外部クリーニング業者利用時は実費。 要支援又は要介護者で週2回を超えるも のについては1回550円。自立の場合は 1回550円(税込)
居室配膳・下膳	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	10分 550円 (税込 み)	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			なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○		応相談
おやつ			なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○		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	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	実費	指定日での対応、実費負担
買い物代行	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	10分 550円 (税込 み)	指定日、指定業者の実費負担のみ。 指定日以外は別途個別対応サービス。
役所手続き代行	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	10分 550円 (税込 み)	お客様の希望時
金銭・貯金管理			<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり				金銭のお預かりはしない
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	実費	年2回実施の機会を提供(費用は実費負 担)
健康相談	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○		
生活指導・栄養指導	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○		
服薬支援	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○		
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○		
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり				
入退院時の同行	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	10分 550円 (税込 み)	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	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	10分 550円	お客様の希望時

							(税込み)	
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり		○	10分 550円 (税込み)	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（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応じて、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。