

## 有料老人ホーム重要事項説明書

施設名	イリーゼ昭島
定員・室数	69 人 ・ 69 室

## 有料老人ホームの類型・表示事項

類 型	介護付（一般型）
サ付登録の有無	無
居住の権利形態	利用権方式
利用料の支払方式	月払い方式
入居時の要件	混合型（自立含む）
介護保険の利用	特定施設入居者生活介護（一般型）
居室区分	定員1人
介護に関わる職員体制	3：1以上

## 1 事業主体

名 称	法人等の種別		営利法人	
	フリカナ	ヒトワケアサービスケアイシャ		
名 称	H I T O W A 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	
	電 話 番 号	03-6632-7702		
連 絡 先	フ ァ ッ ク ス 番 号	03-5562-7552		
	ホ ー ム ペ ー ジ	http://www.irs.jp		
代 表 者 職 氏 名	役職名	代表取締役	氏名	袴田 義輝
設 立 年 月 日	平成18年11月1日			
主 な 事 業 等	有料老人ホームの運営・介護保険指定介護サービス事業			

事業主体が東京都内で実施する介護保険制度による指定介護サービス

介護サービスの種類	箇所数	主な事業所の名称	所在地
<居宅サービス>			
訪問介護	1	イリーゼ西国分寺訪問介護センター	国分寺市泉町3-37-20
訪問入浴介護	なし		
訪問看護	なし		
訪問リハビリテーション	なし		
居宅療養管理指導	なし		
通所介護	4	イリーゼ光が丘デイサービスセンター	練馬区旭町1-8-7フォレスト上原1階
通所リハビリテーション	なし		
短期入所生活介護	1	イリーゼ八王子	八王子市大和田町4-10-11
短期入所療養介護	なし		
特定施設入居者生活介護	15	イリーゼ立川	立川市柏町1-20-3
福祉用具貸与	なし		
特定福祉用具販売	なし		
<地域密着型サービス>			
定期巡回・随時訪問介護・看護	なし		
夜間対応型訪問介護	なし		
地域密着型通所介護	なし		
認知症対応型通所介護	なし		
小規模多機能型居宅介護	なし		
認知症対応型共同生活介護	1	イリーゼ立川砂川	立川市一番町4-10-7
地域密着型特定施設入居者生活介護	なし		

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	なし		
複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)	なし		
居宅介護支援	2	イリーゼ光が丘居宅介護支援事業所	練馬区旭町1-8-7フォレスト上原1階
＜居宅介護予防サービス＞			
介護予防訪問入浴介護	なし		
介護予防訪問看護	なし		
介護予防訪問リハビリテーション	なし		
介護予防居宅療養管理指導	なし		
介護予防通所リハビリテーション	なし		
介護予防短期入所生活介護	1	イリーゼ八王子	八王子市大和田町4-10-11
介護予防短期入所療養介護	なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	11	イリーゼ八王子	八王子市大和田町4-10-11
介護予防福祉用具貸与	なし		
介護予防特定福祉用具販売	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	なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	1	イリーゼグループホーム立川砂川	立川市一番町4丁目10-7
介護予防支援	なし		
＜介護保険施設＞			
介護老人福祉施設	なし		
介護老人保健施設	なし		
介護療養型医療施設	なし		
介護医療院	なし		

## 2 事業所概要

名称	フリカダナ	イリーゼギマ		
	名称	イリーゼ昭島		
所在地	〒	196-0024		
		東京都昭島市宮沢町2-31-9		
連絡先	電話番号	042-500-0531		
	ファックス番号	042-500-0532		
ホームページ	http://www.irs.jp			
介護保険事業所番号	第1374001848号			
管理者職氏名	役職名	ホーム長	氏名	高橋 良仁
事業開始年月日	平成 26 年 4 月 1 日			
届出年月日	平成 25 年 11 月 22 日			
届出上の開設年月日	平成 26 年 4 月 1 日			
特定施設入居者生活介護	新規指定年月日(初回)	令和 元 年 10 月 1 日		
	指定の有効期間	令和 7 年 9 月 30 日 まで		
介護予防特定施設入居者生活介護	新規指定年月日(初回)	令和 元 年 10 月 1 日		
	指定の有効期間	令和 7 年 9 月 30 日 まで		
事業所へのアクセス	青梅線「中神駅」 徒歩約18分(約1440m)			
施設・設備等の状況				
敷地	権利形態	—	抵当権	なし
	面積	3388.95 m <sup>2</sup>		

建 物	権利形態	賃貸借	抵当権	なし	
	延床面積	2693.46 m <sup>2</sup>	うち有料老人ホーム分	2635.86 m <sup>2</sup>	
	竣工日	平成26年3月24日			
	階 数	地上 3 階 地下 0 階			
		うち有料老人ホーム分 地上 3 階 地下 0 階			
	構造	耐火建築物	建築物用途区分	有料老人ホーム	
	併設施設等	なし ( )			
賃貸借契約の概要	建物	契約期間	平成26年3月24日 ~ 令和26年3月23日		
		自動更新	あり		
居 室	階	定員	室数	面積	
	1階	1人	13	18 m <sup>2</sup> ~ 18 m <sup>2</sup>	
	2階	1人	28	18 m <sup>2</sup> ~ 22.5 m <sup>2</sup>	
	3階	1人	28	18 m <sup>2</sup> ~ 22.5 m <sup>2</sup>	
				m <sup>2</sup> ~ m <sup>2</sup>	
一 時 介 護 室	階	定員	室数	面積	
				m <sup>2</sup> ~ m <sup>2</sup>	
便 所	居室	全室設置	共同便所	5 箇所 ( 男女共用 )	
浴 室	居室	設置なし	共同浴室	個浴：1 大浴槽：1 機械浴：1	
	併設施設との共用		なし ( )		
食 堂	兼用		なし ( )		
	併設施設との共用		なし ( )		
その他の共用施設	あり ( ラウンジ・リビング(1~3階)、健康管理室、機能訓練室、ホール、相談室 )				
エレベーター	あり 2 基				
消 防 設 備	自動火災報知設備：あり		火災通報装置：あり	スプリンクラー：あり	
緊急呼出装置	居室：あり	便所：あり	浴室：あり	脱衣室：あり	

### 3 従業者に関する事項

#### 職種別の従業者の人数及びその勤務形態

① 有料老人ホームの職員の人数及びその勤務形態								
職種	実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数	兼務状況等
		専従	非専従	専従	非専従			
管理者(施設長)	1					1人	1.0	
生活相談員	1					1人	1.0	
看護職員：直接雇用	1			1	1	3人	2.4	機能訓練指導員を兼務
看護職員：派遣						0人		
介護職員：直接雇用	17			7		24人	21.6	
介護職員：派遣						0人		
機能訓練指導員					1	1人	0.2	看護職員を兼務
計画作成担当者	1					1人	1.0	
栄養士						0人		外部委託
調理員						0人		外部委託
事務員						0人		
その他従業者				1		1人	0.8	生活支援
② 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数						39 時間 35 分		

③-1 介護職員の資格					
資格	延べ 人数	常勤		非常勤	
		専従	非専従	専従	非専従
介護福祉士	13			2	
実務者研修	2				
介護職員初任者研修	11			7	
介護支援専門員					
たん吸引等研修（不特定）					
たん吸引等研修（特定）					
資格なし					

  

③-2 機能訓練指導員の資格					
資格	延べ 人数	常勤		非常勤	
		専従	非専従	専従	非専従
理学療法士					
作業療法士					
言語聴覚士					
看護師又は准看護師					1
柔道整復師					
あん摩マッサージ指圧師					
はり師又はきゅう師					

  

③-3 管理者（施設長）の資格	介護福祉士

  

④ 夜勤・宿直体制	
配置職員数が最も少ない時間帯	18 時 30 分～ 7 時 0 分
上記時間帯の職員配置数	介護職員 3 人以上 看護職員 0 人以上

  

⑤ 特定施設入居者生活介護の従業者の人数等		①と同じのため記入省略						
職種	実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算 人数	兼務状況
		専従	非専従	専従	非専従			
生活相談員						0人		
看護職員						0人		
介護職員						0人		
機能訓練指導員						0人		
計画作成担当者						0人		

  

⑤-1 介護職員の資格						③-1と同じのため記入省略	
資格	延べ 人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算 人数
		専従	非専従	専従	非専従		
介護福祉士							
実務者研修							
介護職員初任者研修							
介護支援専門員							
たん吸引等研修（不特定）							
たん吸引等研修（特定）							
資格なし							

⑤-2 機能訓練指導員の資格		③-2 と同じのため記入省略			
資格	延べ 人数	常勤		非常勤	
		専従	非専従	専従	非専従
理学療法士					
作業療法士					
言語聴覚士					
看護師又は准看護師					
柔道整復師					
あん摩マッサージ指圧師					
はり師又はきゅう師					
⑤-3 看護職員及び介護職員1人当たり(常勤換算)の利用者数					2.8 人

従業者の職種別・勤続年数別人数(本事業所における勤続年数)											
勤続 年数	職種	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
1年未満											
1年以上3年未満		1	2	4	4				1		
3年以上5年未満				10	2	1				1	
5年以上10年未満				3	1						
10年以上											
合計		1	2	17	7	1	0	0	1	1	0

#### 4 サービスの内容

提供するサービス		
食事の提供サービス	あり (委託)	
食事介助サービス	あり	
入浴介助サービス	あり	
排せつ介助サービス	あり	
居室の清掃・洗濯サービス等家事援助サービス	あり	
相談対応サービス	あり	
健康管理サービス(定期的な健康診断実施)	あり	
服薬管理サービス	あり	
金銭管理サービス	なし	
定期的な安否確認の方法	昼間は随時、夜間は2時間毎の巡視	
施設で対応できる医療的ケアの内容	施設所属の看護職員による 胃瘻、ストマ、在宅酸素、尿道カテーテル、その他応相談	
医療機関との連携・協力		
協力医療機関(1)	名称	医療法人社団 交鐘会 あおぞら在宅診療所 立川
	所在地	東京都国立市東1-4-28 篠崎ビル402 (8.9km約30分)
	協力の内容	総合内科訪問診療、緊急時の医療行為、オンコール
協力医療機関(2)	名称	医療法人社団 雅会 山本病院
	所在地	東京都清瀬市野塩1-328 (19.5km約70分)
	協力の内容	内科訪問診療、緊急時の医療行為、オンコール
協力医療機関(3)	名称	まつもとクリニック
	所在地	立川市錦町2-1-33立川南口HMビル2F (5.5km約12分)
	協力の内容	内科訪問診療、緊急時の医療行為、オンコール
協力歯科医療機関	名称	アイリス歯科クリニック
	所在地	昭島市朝日町2-5-18マンションアサヒ102号 (1.3km約5分)
	協力の内容	歯科診療及び口腔ケア

介護保険加算サービス等	
個別機能訓練加算	なし
夜間看護体制加算	あり
看取り介護加算	あり
医療機関連携加算	あり
認知症専門ケア加算	なし
サービス提供体制強化加算	あり(I)□
介護職員処遇改善加算	あり(I)
介護職員等特定処遇改善加算	あり(II)
入居継続支援加算	なし
生活機能向上連携加算	なし
若年性認知症入居者受入加算	なし
口腔衛生管理体制加算	あり
栄養スクリーニング加算	なし
退院・退所時連携加算	あり
人員配置が手厚い介護サービスの実施	なし
短期利用特定施設入居者生活介護の算定	不可
利用者の個別的な選択によるサービス提供	あり
運営懇談会の開催	あり (年 2 回予定)
入居者の人数が少ないなどのため実施しない場合の代替措置	
自費によるショートステイ事業	なし

#### 入居に当たっての留意事項

入居の条件	年齢	概ね60歳以上
	要介護度	自立 要支援1～2 要介護1～5
	医療的ケア	胃瘻管理、点滴、酸素療法、吸引操作、バルーン管理、インスリン注射等相談
	認知症	集団でのご生活が難しい場合は要相談
	その他	—
身元引受人等の条件、義務等	身元引受人は、利用料などの支払いについて入居者と連帯して責任を負う事。また、入居者の死亡その他の場合に入居者の身柄を引き受けるものとします。	
体験入居	利用期間	利用の上限：7泊8日まで
	利用料金	1泊 11,000円（食事・宿泊費・介護サービス料・税込）
	その他	—
入院時の契約の取扱い	病気や怪我の治療などの医療は協力医療機関または各自の選択する病院等で受けていただくことになり、その費用は保険又はご本人の負担となります。入院等が長期に及ぶ場合でも、入居契約の変更はありません。居室はご自分の居室のままです。いつでも居室にお戻りになれます。そのため、入院等によるご不在でも、家賃及び管理費は払っていただきます。	
やむを得ず身体拘束を行う場合の手続	切迫性・非代替性・一時性の三つの条件を満たし、緊急やむを得ず身体拘束をする場合は、利用者本人やご家族に対し、身体拘束内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯を出来る限り詳細に説明し、身体拘束に関する同意書を頂くと共に、緊急やむを得ない身体拘束に関する経過観察記録・再検討記録をつけるものとする。また、随時拘束解除の検討を行います。	
事業者からの契約解除	入居申し込みに虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき。月払い利用料その他の支払いを正当な理由なくしばしば遅滞するとき。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、また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ではこれを防止できないとき。	

#### 要介護時における居室の住み替えに関する事項

一時介護室への移動	なし
判断基準・手続	
利用料金の変更	
前払金の調整	
従前居室との仕様の変更	

その他の居室への移動		あり	
判断基準・手続	入居者の心身の状態を一定期間観察の上で、主治医の意見を聞き総合的に勘案した上で、移室または、移転の必要を認める場合、入居者本人の意思を確認し、身元引受人の意見を聞くものとする。		
利用料金の変更	なし		
前払金の調整	なし		
従前居室との仕様の変更	居室の広さの変動あり		
提携ホーム等への転居		あり イリーゼ八王子、イリーゼ立川等	
判断基準・手続	入居者・家族の希望により、また、入居者の心身の状態を一定期間観察の上で、主治医の意見を聞き総合的に勘案した上で、移室または、移転の必要を認める場合、入居者本人の意思を確認し、身元引受人の意見を聞くものとする。		
利用料金の変更	施設により月額利用料の変動あり		
前払金の調整	弊社施設間の移転では、再契約での対応		
従前居室との仕様の変更	施設により居室の広さの変動あり		
苦情対応窓口			
窓口の名称1		HITOWA ケアサービス株式会社 お客様相談相談センター	
電話番号	0120-765-600		
対応時間	9:00 ~ 17:00 ( 12/31~1/3を除く )		
窓口の名称2		東京都国民健康保険団体連合会	
電話番号	03-6238-001		
対応時間	9:00 ~ 17:00 ( 定休日 土日・祝日 )		
窓口の名称3		昭島市介護福祉課	
電話番号	042-544-5111		
対応時間	9:00 ~ 17:00 ( 定休日 土日・祝日 )		
賠償責任保険の加入		あり 保険の名称： 居宅介護事業者賠償責任保険 (東京海上日動火災保険株式会社)	
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			
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		あり	
東京都福祉サービス第三者評価の実施		なし	結果の公表 なし
その他機関による第三者評価の実施		なし	結果の公表 なし

## 5 入居者

介護度別・年齢別入居者数		平均年齢： 87.2 歳		入居者数合計： 69 人					
年齢 \ 介護度	自立	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
65歳未満	0	0	0	1	1	0	0	0	
65歳以上75歳未満	0	0	0	0	1	1	3	0	
75歳以上85歳未満	0	1	0	2	2	1	4	4	
85歳以上	0	0	4	9	11	6	10	8	
合計	0	1	4	12	15	8	17	12	
入居継続期間別入居者数									
入居期間	6月未満	6月以上1年未満	1年以上5年未満	5年以上10年未満	10年以上15年未満	15年以上	合計		
入居者数	13	2	50	4			69		
男女別入居者数		男性： 14 人			女性： 55 人				
入居率（一時的に不在となっている者を含む。）				100 % (定員に対する入居者数)					



前払金の取扱い																																															
支払日・支払方法																																															
償却開始日																																															
返還対象としない額																																															
	位置づけ																																														
契約終了時の返還金の算定方式																																															
短期解約（死亡退去含む）の返還金の算定方式	期間：3か月	起算日：入居した日																																													
返還期限	契約終了日から	日以内																																													
保全措置	保全先：																																														
その他留意事項																																															
月額利用料の取扱い																																															
支払日・支払方法	毎月指定日（27日）に入居者指定の口座から口座振替により支払う																																														
その他留意事項	—																																														
介護保険サービスの自己負担額 ※要介護度に応じて利用料の1割（一定以上所得の場合2割）を負担する。																																															
(30日換算・自己負担1割の場合) 単位：円																																															
介護度	介護報酬	自己負担額																																													
要支援1	67,108円	6,711円																																													
要支援2	111,734円	11,174円																																													
要介護1	193,366円	19,337円																																													
要介護2	216,207円	21,621円																																													
要介護3	240,069円	24,007円																																													
要介護4	262,214円	26,222円																																													
要介護5	286,076円	28,608円																																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>加算の種類</th> <th>算定</th> <th>備考</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>個別機能訓練加算</td> <td>なし</td> <td></td> </tr> <tr> <td>夜間看護体制加算</td> <td>あり</td> <td>要介護のみ</td> </tr> <tr> <td>看取り介護加算</td> <td>あり</td> <td>対象者のみ</td> </tr> <tr> <td>医療機関連携加算</td> <td>あり</td> <td>対象者のみ</td> </tr> <tr> <td>認知症専門ケア加算</td> <td>なし</td> <td></td> </tr> <tr> <td>サービス提供体制強化加算</td> <td>あり(Ⅰ)□</td> <td></td> </tr> <tr> <td>入居継続支援加算</td> <td>なし</td> <td>要介護のみ</td> </tr> <tr> <td>生活機能向上連携加算</td> <td>なし</td> <td></td> </tr> <tr> <td>若年性認知症入居者受入加算</td> <td>なし</td> <td>対象者のみ</td> </tr> <tr> <td>口腔衛生管理体制加算</td> <td>あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>栄養スクリーニング加算</td> <td>なし</td> <td>対象者のみ</td> </tr> <tr> <td>退院・退所時連携加算</td> <td>あり</td> <td>対象者のみ</td> </tr> <tr> <td>介護職員処遇改善加算</td> <td>あり(Ⅰ)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>介護職員等特定処遇改善加算</td> <td>あり(Ⅱ)</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			加算の種類	算定	備考	個別機能訓練加算	なし		夜間看護体制加算	あり	要介護のみ	看取り介護加算	あり	対象者のみ	医療機関連携加算	あり	対象者のみ	認知症専門ケア加算	なし		サービス提供体制強化加算	あり(Ⅰ)□		入居継続支援加算	なし	要介護のみ	生活機能向上連携加算	なし		若年性認知症入居者受入加算	なし	対象者のみ	口腔衛生管理体制加算	あり		栄養スクリーニング加算	なし	対象者のみ	退院・退所時連携加算	あり	対象者のみ	介護職員処遇改善加算	あり(Ⅰ)		介護職員等特定処遇改善加算	あり(Ⅱ)	
加算の種類	算定	備考																																													
個別機能訓練加算	なし																																														
夜間看護体制加算	あり	要介護のみ																																													
看取り介護加算	あり	対象者のみ																																													
医療機関連携加算	あり	対象者のみ																																													
認知症専門ケア加算	なし																																														
サービス提供体制強化加算	あり(Ⅰ)□																																														
入居継続支援加算	なし	要介護のみ																																													
生活機能向上連携加算	なし																																														
若年性認知症入居者受入加算	なし	対象者のみ																																													
口腔衛生管理体制加算	あり																																														
栄養スクリーニング加算	なし	対象者のみ																																													
退院・退所時連携加算	あり	対象者のみ																																													
介護職員処遇改善加算	あり(Ⅰ)																																														
介護職員等特定処遇改善加算	あり(Ⅱ)																																														
利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料	一部有料（サービスごとの料金は一覧表のとおり）																																														
料金改定の手続																																															

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、及び人件費を勘案し運営懇談会の意見を聞いたうえで、事前に入居者及び身元引受人へ連絡します。

【料金プランの一例】

最も一般的・標準的なプランについて記入すること。

プランの名称	標準プラン		
単位：円			
入居準備費用	敷金	前払金	月額利用料
0	0	0	198,000
※利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料及び介護保険サービスの自己負担額は含まない。			

7 入居希望者等への事前の情報開示

入居契約書の雛形	入居希望者に交付	財務諸表の要旨	公開していない
管理規程	入居希望者に交付	財務諸表の原本	公開していない
事業収支計画書	公開していない	その他開示情報	ご希望者には記録開示

添付書類： 介護サービス等の一覧表

東京都有料老人ホーム設置運営指導指針との適合表

重要事項説明書及び一覧表・適合表の各項目について説明を受け、理解しました。

\_\_\_\_\_年 月 日

署名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

説明年月日  
\_\_\_\_\_年 月 日

説明者職・氏名  
\_\_\_\_\_

職  
\_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

## 介護サービス等の一覧表(参考様式) イリーゼ昭島

区分 サービス	(自立)		(要支援、要介護Ⅰ～Ⅴ区分)	
	追加料金が発生しない(前払金又は月額利用料を含む)サービスに○	その都度徴収するサービス(料金を表示)	追加料金が発生しないもの 特定施設入居者生活介護のサービスに■ 前払金又は月額利用料を含むサービスに○	その都度徴収するサービス(料金を表示) 住宅型有料老人ホームにおいて外部の居宅サービス利用を原則とするサービスに▲
<介護サービス>				
巡回 日中 9:00～18:00	○随時		■随時	
巡回 夜間 18:00～9:00	○2時間毎に巡回		■2時間毎に巡回	
食事介助		10分550円(税込)	■	
排泄介助		10分550円(税込)	■	
おむつ交換		10分550円(税込)	■	
おむつ代		実費		実費
排泄用品廃棄料		1,100円(税込)/月		1,100円(税込)/月
入浴(一般浴)介助		1回550円(税込) (但し介助を必要とする場合は10分550円(税込))	■	週2回を超えるものについては10分550円(税込)
清拭		1回550円(税込) (但し介助を必要とする場合は10分550円(税込))	■	週2回を超えるものについては10分550円(税込)
特浴介助		1回550円(税込) (但し介助を必要とする場合は10分550円(税込))	■	週2回を超えるものについては10分550円(税込)
身辺介助		10分550円(税込)	■	
・体位交換		10分550円(税込)	■	
・居室からの移動		10分550円(税込)	■	
・衣類の着脱		10分550円(税込)	■	
・身だしなみ介助		10分550円(税込)	■	
機能訓練		応相談	■	
通院介助(協力医療機関)		協力医療機関の付添は無料	■	協力医療機関の付添は無料
通院介助(上記以外)		10分550円(税込)		10分550円(税込)
緊急時対応	○必要時		■	
オンコール対応	○必要時		■	

区分 サービス	(自 立)		(要支援、要介護Ⅰ～Ⅴ区分)	
	追加料金が発生しない(前払金又は月額利用料を含む)サービスに○	その都度徴収するサービス(料金を表示)	追加料金が発生しないもの 特定施設入居者生活介護のサービスに■ 前払金又は月額利用料を含むサービスに○	その都度徴収するサービス(料金を表示) 住宅型有料老人ホームにおいて外部の居宅サービス利用を原則とするサービスに▲
<生活サービス>				
居室清掃		10分550円(税込)	■	週2回を超えるものについては10分550円(税込)
リネン交換		1回550円(税込)	■	週1回を超えるものについては10分550円(税込)
日常の洗濯		1回550円(税込) 外部クリーニング業者 利用時は実費	■	週2回を超えるものについては10分550円(税込) 外部クリーニング業者 利用時は実費
居室配膳・下膳	○体調不良時	左記以外1回550円(税込)	○体調不良時	左記以外1回550円(税込)
嗜好に応じた特別食		応相談		応相談
おやつ	食費に含まれ提供されるもの	左記以外実費	食費に含まれ提供されるもの	左記以外実費
理美容		指定日に対応、実費負担		指定日に対応、実費負担
買物代行(通常の利用区域)		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		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
買物代行(上記以外の区域)		10分550円(税込)		10分550円(税込)
役所手続き代行		10分550円(税込)		10分550円(税込)
金銭管理サービス	なし		なし	
<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)		年2回実施の機会を提供 (費用は実費負担)
健康相談	○必要時		■	
生活指導・栄養指導	○必要時		■	
服薬支援	○必要時		■	
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	○必要時		■	
医師の訪問診療		医療保険制度で支給される 以外の費用は実費		医療保険制度で支給される 以外の費用は実費
医師の往診		医療保険制度で支給される 以外の費用は実費		医療保険制度で支給される 以外の費用は実費
<入退院時、入院中のサービス>				
移送サービス	なし		なし	
入退院時の同行(協力医療機関)	○必要時		○必要時	
入退院時の同行(上記以外)		10分550円(税込)		10分550円(税込)
入院中の洗濯物交換・買物		10分550円(税込)		10分550円(税込)
入院中の見舞い訪問		10分550円(税込)		10分550円(税込)
<その他サービス>				
個別対応サービス				
上記以外の個別サービス		10分550円(税込)		10分550円(税込)

施設名:イリーゼ昭島

東京都有料老人ホーム設置運営指導指針との適合表

指針項目	該当に○	備考
<b>安定的・継続的な居住の確保のための項目</b>		
1 有料老人ホーム事業の継続を制限する恐れのある抵当権が設定されていないか。	○ 適合 . 不適合	
2 借地・借家の場合、入居者の居住の継続を確実にものとするため、指針4(3)から(5)までに定めるすべての要件を満たしているか。	○ 適合 . 不適合 . 非該当	
<b>緊急時の安全確保のための項目</b>		
3 有料老人ホーム(児童福祉施設等)の建物として建築基準法第7条第5項に規定する検査済証が交付されているか。	○ 適合 . 不適合	
4 耐火建築物又は準耐火建築物であるか。	○ 適合 . 不適合	
5 各居室・各トイレ・浴室・脱衣室のすべてにナースコール等緊急呼出装置を設置しているか。	○ 適合 . 不適合	
6 【収容人員(従業員含む。)10人以上の施設】消防署に届け出た消防計画に基づき避難訓練を実施しているか。	○ 適合 . 不適合 . 非該当	
7 消防法施行令に定める消防用設備(スプリンクラー設備等)を設置し、消防機関の検査を受けているか。	○ 適合 . 不適合	
<b>入居者の尊厳を守り、心身の健康を保持するための項目</b>		
8 各居室は界壁により区分されているか。	○ 適合 . 不適合	
9 各居室の入居者1人当たりの面積は壁芯13㎡以上であるか。	○ 適合 . 不適合	
10 すべての居室の定員が1人又は2人(配偶者及び3親等以内の親族を対象)であるか。	○ 適合 . 不適合	
11 入居時及び定期的に健康診断を受ける機会を提供しているか。	○ 適合 . 不適合	
12 緊急時にやむを得ず身体拘束等を行う場合は、記録を作成することが決められているか。	○ 適合 . 不適合	
<b>入居者の財産を保全するための項目</b>		
13 前払金について、規定された保全措置を講じているか。	適合 . 不適合 . ○ 非該当	保全先:
14 前払金について、全額を返還対象としているか。(初期償却0の場合のみ「適」とする。)	適合 . 不適合 . ○ 非該当	初期償却率: %
15 入居した日から3か月以内の契約解除(死亡退去含む)の場合については、既受領の前払金の全額(実費を除く。)を利用者に返還することが定められているか。	適合 . 不適合 . ○ 非該当	

※ 開設日前にあつては見込みで記入し、実際の状況については備考欄に記入すること。  
 ※ 不適合の項目については、その具体的な状況、指針適合に向け検討している内容及び改善の期限を原則として明記し、代替措置がある場合はその内容についても記入すること。