

有料老人ホーム重要事項説明書（住宅型専用）

施設名	イリーゼ小平
定員・室数	87人・87室

有料老人ホームの類型・表示事項

類 型	住宅型
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	居宅サービス利用可
居室区分	定員1人

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株式会社	
名 称	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	
	ファックス番号	03-5562-7551	
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	4	イリーゼ調布訪問介護センター	調布市多摩川1-13-1
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	7	イリーゼ立川砂川デイサービスセンター	立川市一番町4丁目10-8
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	9	イリーゼ狛江	狛江市和泉本町3-27-7
福祉用具貸与	1	イリーゼ生活サポート	港区六本木一丁目4番5号
特定福祉用具販売	1	イリーゼ生活サポート	港区六本木一丁目4番5号
<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		
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	イリーゼグループホーム立川砂川	立川市一番町4丁目10-8
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	5	イリーゼ光が丘居宅介護支援事業所	練馬区旭町1-8-7 1階
＜居宅介護予防サービス＞			
介護予防訪問入浴介護	4	イリーゼ調布訪問介護センター	調布市多摩川1-13-1
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	9	イリーゼ狛江	狛江市和泉本町3-27-7
介護予防福祉用具貸与	1	イリーゼ生活サポート	港区六本木一丁目4番5号
介護予防特定福祉用具販売	1	イリーゼ生活サポート	港区六本木一丁目4番5号
＜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10-8
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	フリカマナ	イリーゼコダイラ		
	名 称	イリーゼ小平		
所 在 地	〒 187-0041	東京都小平市美園町3-20-1		
連 絡 先	電 話 番 号	042-349-8531		
	ファックス番号	042-349-8532		
ホ ー ム ペ ー ジ	http://www.irs.jp			
管 理 者 職 氏 名	役職名	ホーム長	氏名	近藤 雅和
事 業 開 始 年 月 日	平成 29 年 8 月 1 日			
届 出 年 月 日	平成 28 年 9 月 12 日			
届出上の開設年月日	平成 29 年 8 月 1 日			
事業所へのアクセス	西武新宿線『小平駅』徒歩6分			
施設・設備等の状況				
敷 地	権利形態	—	抵当権	なし
	面 積	2328.53 m ²		

建 物	権利形態	賃貸借	抵当権	なし	
	延床面積	2710.01 m ²	うち有料老人ホーム分	2710.01 m ²	
	竣工日	平成29年7月31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 (イリーゼ小平居宅介護支援事業所、イリーゼ小平訪問介護センター)			
賃貸借契約の概要		建物	契約期間	平成29年7月1日 ~ 平成59年6月30日	
			自動更新	あり	
居 室	階	定員	室数	面積	
	1階	1人	13	16.5 m ² ~ 16.5 m ²	
	2階	1人	40	16.02 m ² ~ 17.88 m ²	
	3階	1人	34	14.41 m ² ~ 16.5 m ²	
				m ² ~ m ²	
				m ² ~ m ²	
一 時 介 護 室	階	定員	室数	面積	
				m ² ~ m ²	
				m ² ~ m ²	
便 所	居室	全室設置	共同便所	4 箇所 (男女共用)	
浴 室	居室	設置なし	共同浴室	個浴：7 大浴槽：0 機械浴：1	
	併設施設との共用		なし ()		
食 堂	兼用	あり (機能訓練コーナーを兼ねる)			
	併設施設との共用		なし ()		
その他の共用施設	あり (ロビー、談話室、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	0.5	併設訪問介護事業所管理者
生活相談員						0人		
看護職員：直接雇用	2			1		3人	2.7	
看護職員：派遣						0人		
介護職員：直接雇用			9		12	21人	27.0	併設訪問介護事業所ヘルパー
介護職員：派遣					10	10人		
機能訓練指導員						0人		
計画作成担当者						0人		
栄養士						0人		(委託)
調理員						0人		(委託)
事務員						0人		

その他従業者					0人				
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 時間				
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			4		9				
実務者研修			3		1				
介護職員初任者研修			2		12				
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									
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				19 時 00 分～ 7 時 00 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			

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		2	1	9	22						
1年以上3年未満											
3年以上5年未満											
5年以上10年未満											
10年以上											
合計		2	1	9	22	0	0	0	0	0	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 居宅サービス利用分以外は別途費用が必要です
排せつ介助サービス	あり 居宅サービス利用分以外は別途費用が必要です

居室の清掃・洗濯サービス等家事援助サービス	あり 居宅サービス利用分以外は別途費用が必要です
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 治療費は実費負担になります
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	医療を必要とする場合は、施設の協力医療機関又は入居者の主治医の往診又は通院により治療を受けて頂きます。その費用は保険又はご本人の負担となります。感染症の場合は、隔離し医師の指導による看護対応を行います。医療的管理：胃瘻、経鼻胃管、点滴、酸素療法、バルーン、インスリン注射等相談に応じます。 ※施設看護職員が対応しますが、診療情報によりご相談させていただくことがあります。
------------------	--

医療機関との連携・協力

協力医療機関(1)	名称	医療法人社団好仁会 滝山病院
	所在地	東京都東久留米市滝山4丁目1-18
	協力の内容	協力内容：入院、外来診療、時間外の受診・治療、病状急変時の受け入れに関する事。また、これらに付随する医療行為に関する事。訪問診療（月2回）、オンコール対応、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者の自己負担）
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1-3 2 8
	協力の内容	協力内容：入院、外来診療、時間外の受診・治療、病状急変時の受け入れに関する事。また、これらに付随する医療行為に関する事。訪問診療（月2回）、オンコール対応、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者の自己負担）
協力歯科医療機関	名称	アイリス歯科クリニック
	所在地	東京都昭島市朝日町2-5-18-102
	協力の内容	協力内容：歯科診療及び口腔ケア

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、経鼻胃管管理、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10,800円(食事・宿泊代・介護サービス・税込)
	その他	

入院時の契約の取扱い

入院中も契約は継続しておりますので、その間の家賃相当額及び管理費、自立の方の生活サポート費は発生します。

やむを得ず身体拘束を行う場合の手續	<p>切迫性・非代替性・一時性の三つの条件を満たし、緊急止むを得ず身体拘束をする場合は、入居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・再検討記録を付けるものとします。又、最低2週間に1度は「身体拘束廃止委員会」を設け、代替等がないか等のカンファレンスを開催するものとします。身体拘束の一刻も早い解除に努めます。</p>
事業者からの契約解除	<p>事業者は、入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、これにより本契約を継続することが社会通念上著しく困難と認められるときは、第2項の条件に従い、書面で通知することにより、本入居契約を解除することがあります。</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 月払いの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 二 入居契約書第18条の規定に違反したとき 三 入居者の行動が、認知症その他入居者の責に帰すことのできない事由により、他の入居者または事業者の職員の生命もしくは身体に危害を及ぼし、または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できないとき 四 入居者が入居契約書第33条の定めにより連帯保証人を選任する義務を負う場合において、これを任意に選任しない場合、または選任した連帯保証人が連帯保証に関する契約書の締結に同意しない場合。 <p>2 前項の解除の条件は、下記のとおりとします。</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 事前に入居者および身元引受人に弁明の機会を設けること 二 解除通知に90日の予告期間をおくこと 三 入居者の移転先の確保について協力すること 四 前項第三号によって本契約を解除するときは、一定の観察期間をおき、かつ、医師の意見を聴くこと <p>3 事業者は、入居者が次の各号のいずれかに該当した場合、直ちに本契約を解除することができるものとします。</p> <ul style="list-style-type: none"> 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とき 二 月払いの利用料その他の支払いを6か月以上連続して遅滞した場合、または月払いの利用料その他の遅滞が累計して50万円を超えた場合 三 入居者または身元引受人の行動が、他の入居者または事業者の職員の生命もしくは身体に危害を及ぼし、またはその切迫した恐れがあるとき (ただし本条第1項第三号に掲げる場合を除く) 四 入居者、身元引受人または連帯保証人が事業者に対して合理的な理由を提示せず、損害賠償その他の請求を行い、その結果、事業者と入居者、身元引受人または連帯保証人との信頼関係が破壊されるに至った場合 五 入居者または身元引受人が次に掲げる行為を行った場合 <ul style="list-style-type: none"> イ 目的施設を反社会的勢力の事務所その他の活動の拠点に供すること ロ 目的施設又は目的施設の周辺において、著しく粗野若しくは乱暴な言動を行い、又は威勢を示すことにより、他の入居者、付近の住民又は通行人に不安を覚えさせること ハ 目的施設に反社会的勢力を居住させ、又は反復継続して反社会的勢力を出入りさせること

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・手續	
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・手續	<p>入居者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。</p>
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	なし

提携ホーム等への転居	あり (近隣のイリーゼ)
判断基準・手続	ご入居者様・ご家族様のご希望による場合、または、入居者の心身の状態を一定期間観察の上、主治医の意見を聞き総合的に勘案し、転居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 お客様相談センター
電話番号	0120-765-600
対応時間	9:00 ~ 17:00 (月~金 土日祝対応可能)
窓口の名称2	イリーゼ小平
電話番号	042-349-8531
対応時間	9:00 ~ 18:00 (毎日)
窓口の名称3	小平市役所 高齢者支援課
電話番号	042-346-9539
対応時間	9:00 ~ 18:00 (月~金 土日祝:定休日)

賠償責任保険の加入 あり 保険の名称: 東京海上日動火災保険株式会社(賠償責任保険)

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
その他機関による第三者評価の実施	なし 結果の公表

5 入居者

介護度別・年齢別入居者数 平均年齢: 87.0 歳 入居者数合計: 83 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								
65歳以上75歳未満		2		1		1	1	1
75歳以上85歳未満			2	4	5	2	6	1
85歳以上		1	1	10	14	15	10	6
合計	0	3	3	15	19	18	17	8

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	9	74					83

男女別入居者数 男性: 25 人 女性: 58 人

入居率 (一時的に不在となっている者を含む。) 95 % (定員に対する入居者数)

直近1年間に退去した者の人数と理由

理由	人数	理由	人数
自宅・家族同居	2	その他の福祉施設・高齢者住宅等へ転居	2
介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）へ転居	4	医療機関への入院	20
介護老人保健施設へ転居		死亡	3
介護療養型医療施設へ転居		その他	
他の有料老人ホームへ転居	4	退去者数合計	35

6 利用料金

入居準備費用	なし	円
明内細訳		
支払日・支払方法		
解約時の返還		
敷金	なし	
金額	円 ※退去時に滞納家賃及び居室の原状回復費用を除き全額返還する。	

家賃及びサービスの対価

プランの名称	前払金	月額利用料	(内訳)				
			家賃	管理費	介護費用	食費	光熱水費
Aタイプ	0円	172,000円	64,000	54,000	-	54,000	管理費に含む
Bタイプ	0円	192,000円	84,000	54,000	-	54,000	管理費に含む
		0円					
		0円					
各料金の内訳・明細	前払金	前払金はありません。					
	家賃	居室および共用施設の家賃相当額として、施設近隣の賃貸住宅および有料老人ホームの賃料相場を基に、室数や稼働状況等を勘案して算定しています。 (332、333、335号室にかぎりAタイプを適用します)					
	管理費	事務管理部門の人員費・事務費、共用施設の費用、施設等の維持管理費、厨房委託管理費等					
	介護費用	要支援・要介護の方は、介護保険居宅サービスを利用することができます。 介護（予防給付含む）サービスを除く有料老人ホームとして提供される各種個別対応サービスの対価として、個別対応サービス費または生活サポート費が必要です。 ※「個別対応サービス」：1回または10分あたり540円 （介護サービス等の一覧表を参照ください） ※「生活サポート費」：自立の方については、1ヶ月定額「42,120円/月」の包括定額プランを選択いただくことができます。 ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。					
	朝食	円・昼食	円・夕食	円	間食	円	
	1日当たり	1,800 円	× 30日で積算				

食費	(食事をキャンセルする場合の取扱いについて) 食費は1食単位ではなく、1日単位の計算で、支払いは前払い方式です。 1日の中で1食だけ欠食をされましても食費の返金はありません。 しかし、全食欠食された日に関しましては、その日数分の食費を翌月に返金いたします。 経管栄養の対応は、日常業務として対応をしています。	
光熱水費	管理費に含む	

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	

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き、同意を得た上で行う。事前に入居者及び身元引受人への連絡をします。

【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	Bタイプ		
単位：円			
入居準備費用	敷金	前払金	月額利用料
0	0	0	192,000円

※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	入居希望者に公開
管理規程	入居希望者に交付	財務諸表の原本	入居希望者に公開
事業収支計画書	入居希望者に公開	その他開示情報	特になし

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)

区分 サービス	(自 立)		(要支援1~2、要介護1~5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9:00~17:00	随時		随時	
巡回 夜間17:00~9:00	2時間毎に巡回		2時間毎に巡回	
食事介助		※1		▲※3(※3以外は※1)
排泄介助		※1		▲※3(※3以外は※1)
おむつ交換		※1		▲※3(※3以外は※1)
おむつ代		実費		実費
排泄用品廃棄料		1,080円(税込)/月		1,080円(税込)/月
入浴(一般浴)介助		入浴自立の場合※2		▲入浴自立の場合※2
		介助が必要な場合※1		▲※3(※3以外は※1)
清拭		※1		▲※3(※3以外は※1)
特浴介助		※1		▲※3(※3以外は※1)
身辺介助		※1		▲※3(※3以外は※1)
・体位交換		※1		▲※3(※3以外は※1)
・居室からの移動		※1		▲※3(※3以外は※1)
・衣類の着脱		※1		▲※3(※3以外は※1)
・身だしなみ介助		※1		▲※3(※3以外は※1)
機能訓練				
通院介助(協力医療機関)	○必要時		○必要時	
通院介助(上記以外)		※1		※1
緊急時対応	○必要時		○必要時	
オンコール対応	○必要時		○必要時	
<生活サービス>				
居室清掃		※1		▲※3(※3以外は※1)
リネン交換		※2 (週1回の定期交換は)		▲※3(※3以外は※2 週1回の定期交換は無料))
日常の洗濯		※2以外の場合 洗濯外注サービス利		▲※3以外の場合 洗濯外注サービス利用の
居室配膳・下膳	体調不良時	左記以外※2	体調不良時	左記以外※2
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、指定業者の代行
買物代行(上記以外の区域)		※1		※1

区分 サービス	(自 立)		(要支援1~2、要介護1~5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	その都度徴収するサービス(料金を表示)
役所手続き代行		※1		※1
金銭・預金管理	無し		無し	
<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		年2回実施の機会を提供、費用は実費
健康相談	○必要時		○必要時	
生活指導・栄養指導	○必要時		○必要時	
服薬支援	○必要時		○必要時	
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	○必要時		○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
<入退院時、入院中のサービス>				
移送サービス	無し		無し	
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)		※1		※1
入院中の洗濯物交換・買物		※1		※1
入院中の見舞い訪問		※1		※1
<その他サービス>				
レクリエーション	随時	1部のレクリエーションはお客様希望により実費負担有	随時	1部のレクリエーションはお客様希望により実費負担有
個別対応サービス		※1		※1

※1 お客様希望により10分540円(税込)

※2 お客様希望により1回540円(税込)

※3 介護保険サービス等をご利用いただけます。その他の場合は※1または※2

この様式は参考様式です。施設ごとに、独自様式により作成しても差し支えありません。

注1) 自立、要支援及び要介護状態区分に応じて介護サービス等の一覧表を作成。自立、要支援Ⅰ・

注2) 上記のサービスの項目については、少なくとも記載すべき事項を掲げており、ホームのサービス提

注3) 記入にあたっては、回数、費用負担を明らかにすること。

注4) 「その他サービス」欄は、上記以外のサービスを必要に応じて記入すること。

施設名：イリーゼ小平

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
安定的・継続的な居住の確保のための項目		
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なものとするため、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	
緊急時の安全確保のための項目		
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	
入居者の尊厳を守り、心身の健康を保持するための項目		
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	
入居者の財産を保全するための項目		
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	

※ 開設日前にあっ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。