

年 月 日

サービス付き高齢者向け住宅入居契約・（介護予防）特定施設入居者生活介護利用契約 重要事項説明書

サービス付き高齢者向け住宅への入居に係る契約及び特定施設入居者生活介護の利用に係る契約を締結するに当たり、高齢者の居住の安定確保に関する法律第17条及び東京都有料老人ホーム設置運営指導指針12(4)に基づき、以下の事項について、書面を交付して説明します。

1. サービス付き高齢者向け住宅（（介護予防）特定施設入居者生活介護事業所）の概要

住宅の名称		フリガナ イリーゼネリマヒカリガオカ イリーゼ練馬光が丘		
住宅の所在地		〒 179-0076 東京都練馬区土支田一丁目14番10号		
住宅へのアクセス		最寄り駅 都営地下鉄大江戸線「光が丘」駅 交通手段と所要時間 都営地下鉄大江戸線「光が丘」駅より徒歩約18分		
住宅の連絡先		電話番号 03-5910-5780 FAX番号 03-5910-5781 ウェブサイト <a href="https://www.irs.jp">https://www.irs.jp</a>		
権原等	敷地	所有関係	<input type="checkbox"/> 所有権 <input type="checkbox"/> 地上権 <input checked="" type="checkbox"/> 賃借権 <input type="checkbox"/> 使用貸借による権利	
		期間	2026年 3月 1日 から 2053年 1月 12日 まで	
		担当権	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
		自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	住宅(建物)	所有関係	<input type="checkbox"/> 所有権 <input type="checkbox"/> 地上権 <input checked="" type="checkbox"/> 賃借権 <input type="checkbox"/> 使用貸借による権利	
		期間	2026年 3月 1日 から 2053年 1月 12日 まで	
		担当権	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
		自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	併設施設	建築物用途区分	有料老人ホーム	<input checked="" type="checkbox"/> 耐火構造 <input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他( )
		延床面積	2,464.51㎡	延床面積 2,464.51㎡
		所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 所有権 <input type="checkbox"/> 地上権 <input type="checkbox"/> 賃借権 <input type="checkbox"/> 使用貸借による権利	
		期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	
介護保険事業所番号(特定施設)		1372014371		
指定した自治体名		東京都		
指定年月日(初回)		令和8年 3月 1日		
指定有効期限		令和14年 2月 29日		
入居時の要件		<input checked="" type="checkbox"/> 介護専用型(要介護のみ) <input type="checkbox"/> 混合型(自立除く) <input type="checkbox"/> 混合型(自立含む)		
介護保険の利用		<input checked="" type="checkbox"/> (介護予防)特定施設入居者生活介護(一般型) <input type="checkbox"/> (介護予防)特定施設入居者生活介護(外部サービス利用型)		
住宅の管理者名(役職名)		氏名 草刈 俊多	役職名 ホーム長	
身体障害者事業者の事業の認可		<input type="checkbox"/> 法第52条の認可を受けている <input checked="" type="checkbox"/> 認可を受けていない		
入居開始時期(住宅の開設年月日)		2023年 3月 1日		

2. 事業主体

事業主体の名称	フリガナ カブシキガイシャヒトワ 株式会社HITOWA		
事業主体の主たる事務所の所在地	〒 108-6215	東京都港区港南二丁目15番3号	
事業主体の連絡先	電話番号	03-6632-7702	
	FAX番号	03-6736-5587	
	ホームページアドレス	https://www.irs.jp	
事業主体の代表者の氏名及び肩書	氏名	須原 清貴	職名 代表取締役
事業主体の役員	別添1「役員名簿」のとおり		
締結年月日	平成9年2月1日		
事業主体が行っている主な事業	別添2「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の一覧表」のとおり		

3. 入居契約及び（介護予防）特定施設入居者生活介護利用契約の概要

契約居室	階層	居室有無	面積	m <sup>2</sup>	定員	名
入居契約の別取（借居契約が賃貸借契約でない場合はその旨）	<input type="checkbox"/> 普通賃貸借契約 <input type="checkbox"/> 定期賃貸借契約 <input type="checkbox"/> 終身建物賃貸借契約 <input checked="" type="checkbox"/> 利用権契約					
入居者の資格	次の①又は②に該当する者である。 <input checked="" type="checkbox"/> ①単身高齢者世帯 ②高齢者＋同居者（配偶者 / 60歳以上の親族 / 要介護認定又は要支援認定を受けている60歳未満の親族 / 特別な理由により同居させる必要があると知事が認める者） （「高齢者」とは、60歳以上の者又は要介護認定若しくは要支援認定を受けている60歳未満の者をいう。）					
入居契約及び（介護予防）特定施設入居者生活介護利用契約の内容及び締結の趣旨	入居契約書及び（介護予防）特定施設入居者生活介護利用契約書のとおり					
契約期間等	入居契約	契約期間	年 月 日 から		年 月 日 まで	
	（介護予防）特定施設入居者生活介護利用契約	契約期間	年 月 日 から		年 月 日 まで	
契約書の内容	入居契約書及び特定施設入居者生活介護利用契約書のとおり					
事業主から解約となる場合（終身建物賃貸借の場合のみ）	解約事項					
	解約告知期間	か月				
利用者からの解約（予告期間を優先）	1 入居者は、入居日からの経過日数が三月以内の場合は、事業者に対し書面で通知することにより、直ちに入居契約を解約することができます。 2 入居者は、入居日から三月を経過した後は、30日以上前に書面で予告することにより、入居契約を解約することができます。ただし、入居者は、1か月分の共益費・フロントサービス費及び居室等利用料相当額に該当する金額を支払うことにより、即時入居契約を解約することができます。 3 入居者様ご逝去による契約終了の場合は、月額利用料のうち、居室等利用料及び共益費については居室の明け渡し日までの費用とし、フロントサービス費については、死亡した日までの費用を徴収します。					
契約解約時の連絡先	名称	イリーゼ練馬光が丘				
	電話番号	03-5910-5780				

4. サービス付き高齢者向け住宅の戸数、規模並びに構造及び設備

戸数/定員数	61 戸 (登録申請対象戸数) / 61 人								
居住部分の規模	(最小)	18.27 m <sup>2</sup>							
	(最大)	22.33 m <sup>2</sup>							
構造及び設備	共同利用設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし							
	構造	鉄筋コンクリート造							
階数	3階	3階							
竣工の日	2023年 1月 13日								
加齢対応構造等	<input checked="" type="checkbox"/> 登録基準に適合している								
	<input checked="" type="checkbox"/> エレベーターを備えている								
	<input checked="" type="checkbox"/> 緊急通報装置を備えている								
設備の詳細									
介護居室	タイプ1	2~3	1	18.27 m <sup>2</sup>	15	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	203, 217, 218, 220~223, 225, 313, 315~318, 320, 321
	タイプ2	1~3	1	18.42 m <sup>2</sup>	18	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	101, 103, 105, 108, 110, 208, 209, 211, 212, 213, 227, 230, 303, 305, 308, 310, 323, 325
	タイプ3	2~3	1	18.85 m <sup>2</sup>	5	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	202, 205, 226, 302, 322
	タイプ4	2~3	1	18.90 m <sup>2</sup>	4	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	232, 233, 328, 330
	タイプ5	1~3	1	19.01 m <sup>2</sup>	11	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	102, 105, 107, 207, 210, 228, 231, 305, 307, 325, 327
	タイプ6	1~3	1	19.39 m <sup>2</sup>	3	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	112, 216, 312
	タイプ7	1~3	1	19.84 m <sup>2</sup>	3	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	111, 215, 311
	タイプ8	2~3	1	22.33 m <sup>2</sup>	2	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	201, 301
	タイプ9					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	タイプ10					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
一時介護室									
便所	共同便所	3 か所						1 階 (1 か所 (車いす等対応可能)) 2 階 (1 か所 (車いす等対応可能)) 3 階 (1 か所 (車いす等対応可能))	
浴室	共同浴室	1か所	<input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部 <input checked="" type="checkbox"/> なし						
			4か所	2階 (2か所), 3階 (2か所)	27.40 m <sup>2</sup>				
			併設施設との共用の有無	<input type="checkbox"/> あり ( ) <input checked="" type="checkbox"/> なし					
			1か所	1階	18.36 m <sup>2</sup>				
併設施設との共用の有無	<input type="checkbox"/> あり ( ) <input checked="" type="checkbox"/> なし								
1か所	1階	15.20 m <sup>2</sup>							
		<input type="checkbox"/> 1 フェアー浴 <input checked="" type="checkbox"/> 2 リフト浴 <input checked="" type="checkbox"/> 3 ストレッチャー浴 <input type="checkbox"/> 4 その他 ( )							
		併設施設との共用の有無	<input type="checkbox"/> あり ( ) <input checked="" type="checkbox"/> なし						
食堂	場所	1階、2階、3階	面積	202.30 m <sup>2</sup>					
	兼用	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	兼用設備	機能回復訓練室					
	併設施設との共用	<input type="checkbox"/> あり ( ) <input checked="" type="checkbox"/> なし							
大居客や家族が利用できる調理設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし								

介護計画書	場所	1階、2階、3階		面積	202.30 m <sup>2</sup>
	兼用	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	兼用設備	食堂
	施設種別の兼用	<input type="checkbox"/> あり ( )		<input checked="" type="checkbox"/> なし	
その他の共用設備	ラウンジ、相談室、健康管理室、ケアホール、スプリンクラー、駐車場				
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			
	台数	2基	定員	11人・11人	対応
緊急叫出装置	居室	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	脱衣室	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	浴室	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
消防設備	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	火災通報装置	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
非常災害対策	消防計画	消防隊への届出日(消防要請)		2026年 1月 1日	(光が丘消防署)
	防火管理者	草刈 俊多			
	避難訓練	消防署の指導のもと、年2回実施(うち1回は夜間想定)			

5. 従業員の勤務体制

職種	専任		非常勤		合計	勤労時間	備考 (空白である場合はその旨を記入)
	専任従事	非常勤従事	専任従事	非常勤従事			
管理員	1	0	0	0	1	1.0	
生活相談員	1	0	0	0	1	1.0	
看護職員(直接雇用)	1	0	0	1	2	1.5	機能訓練指導員 兼務
看護職員(派遣)	1	0	0	0	1	1.0	
介護職員(直接雇用)	8	0	7	0	15	11.5	
介護職員(派遣)	3	0	3	0	6	4.8	
機能訓練指導員	0	0	0	1	1	0.2	看護職員 兼務
計画作成担当者	1	0	0	0	1	1.0	
栄養士	0	0	0	0	0	0.0	
調理員	2	0	4	0	6	3.7	
事務員	0	0	0	0	0	0.0	
その他従業員	1	0	0	0	1	1.0	

この間のうち、労働時間が勤務時間内 時間

職種	専任		非常勤		合計	勤労時間	備考 (空白である場合はその旨を記入)
	専任従事	非常勤従事	専任従事	非常勤従事			
社会福祉士	0	0	0	0	0	0.0	
介護福祉士	6	0	7	0	13	9.3	
実務者研修の修了者	2	0	0	0	2	2.0	
介護職員初任者研修の修了者	3	0	3	0	6	5.0	
介護支援専門員	0	0	0	0	0	0.0	
認知症研修修了(特定)	0	0	0	0	0	0.0	
認知症研修修了(特定)	0	0	0	0	0	0.0	
該当なし	0	0	0	0	0	0.0	

機能訓練指導員の資格											
資格	専任		非常勤		合計	専任	非常勤	合計	専任	非常勤	
	専任	非常勤	専任	非常勤							
看護師又は准看護師	0	0	0	1	1	0.2			看護職員 兼務		
理学療法士	0	0	0	0	0	0.0					
作業療法士	0	0	0	0	0	0.0					
言語療法士	0	0	0	0	0	0.0					
社会福祉士	0	0	0	0	0	0.0					
介護福祉士	0	0	0	0	0	0.0					
その他	0	0	0	0	0	0.0					
就業形態											
夜勤・宿直体制	時間帯		平均人数		専任		非常勤		合計		
	夜勤	16:30 ~ 翌9:30	0人	2人	0人	1人					
宿直	~	人	人	人	人						
看護職員及び介護職員1人当たり(常勤換算)の利用者数 3人											
介護予防・特定施設入居者生活介護の提供体制											
(介護予防)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(外部サービス利用型特定施設の場合、記入不要)	契約上の職員配置比率(※)				<input type="checkbox"/> 1.5 : 1 以上 <input type="checkbox"/> 2 : 1 以上 <input type="checkbox"/> 2.5 : 1 以上 <input checked="" type="checkbox"/> 3 : 1 以上						
	【表示事項】 ※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										
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)				:							
外部サービス利用型特定施設である場合の介護福祉士提供体制(無償型(包括型)特定施設の場合、記入不要)				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(冒頭に記した記入日現在)											
管理官	他の職種との兼務		□あり □なし		兼務する職種						
	兼任する業務		□あり □なし		業務等の名称		介護福祉士				
	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(前年度)の採用者数											
前年度(前年度)の退職者数											
業務に就いた年数(業務に就いた職員)の人数	1年未満	2	1	3	3	1	0	0	1	0	0
	1年以上3年未満	0	0	8	7	0	0	0	0	1	0
	3年以上5年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	5年以上10年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	10年以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
従業員の健康診断の実施状況	□あり □なし										

6. サービスの内容

サービスの内容、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、サービスを受ける立場で考え、されたい介護で対応させて頂いております。ご利用者が安心して日常生活を送ることができるよう、以下のサービスを提供いたします。ご入居者が医療を必要とする場合は、円滑に医療サービスを受けられるよう、医療機関と連携を図ります。なお、医療機関と連携する場合にも、ご入居者は、連携先以外の医療サービスを自由に選択することができます。

サービスの種類	提供方法	提供費
状況把握(安否確認)	・住宅には24時間365日職員が常駐し、入居者様の状態等に応じ、入居者様(ご家族様)とご相談し、対応方法を定めることとします。 ・1日1回以上、住宅職員が入居者様の各居室に訪問し安否確認を行います。	自ら実施
生活相談	・入居者様が日常生活を支障なく営むことができるようにするため、入居者様の心身の状況、環境の把握に努めます。相談に応じ、必要な助言や、地域の医療機関や行政機関等、事業者が入居者に案内できる専門家又は専門機関に取次ぎをいたします。	自ら実施
緊急時対応	・住宅には24時間365日職員が常駐し、各居室内のトイレ、ベッドサイド及び共有部分からのケアコールに対して、住宅職員が携帯端末にて通報を応答の上、対応をいたします。 ・必要な場合には、緊急車両の手配、ご家族等の緊急連絡先への連絡を行います。	自ら実施
食事介助	・食堂において食事介助を行います。	自ら実施
入浴介助	・週2回入浴介助を行います。	自ら実施
排せつ介助	・利用者の状況に応じた適切な排せつ介助を行います。 ・排せつの自立に向けた援助を行います。	自ら実施
機能訓練	・利用者の心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、必要なリハビリテーションを行います。	自ら実施
居室清掃・洗濯等支援	・週2回居室内の清掃を行います。 ・週2回洗濯を行います。(専門のクリーニング業者を利用する場合は自己負担です。) ・週1回シーツ交換を行います。	自ら実施
健康管理	・入居者様の日々の健康状態を把握し、体調不良時には入居者様が必要な治療等が受けられるよう、協力医療機関・協力歯科医療機関との連絡、医療機関の紹介及び協力医療機関への受診や通院介助等の支援を行います。 ・年に2回の定期健康診断の機会を設けます(受診は任意) ・協力医療機関及び協力歯科医療機関を定めるとともに、その具体的協力内容を文書で定めます。	自ら実施
服薬管理	・必要に応じて薬の管理、服薬介助を行います。	自ら実施

住宅に関する医療的な内容

お客様の状態を確認させていただいた上で、ご相談させていただきます。

介護給付費算定に関する体制等(加算等)の種類			
入居者支援加算	<input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II) )	<input type="checkbox"/> なし	
ケアマネジャーの専任(入居者支援加算関係)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II) )	<input type="checkbox"/> なし	
個別機能訓練加算	<input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II) )	<input type="checkbox"/> なし	
ADL維持加算	<input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II) )	<input type="checkbox"/> なし	
夜間看護体制加算	<input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II) )	<input type="checkbox"/> なし	
若年性認知症入居者受入加算	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
協力医療機関連携加算	<input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II) )	<input type="checkbox"/> なし	
口腔ケア等クリーニング加算	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
介護介直連携体制加算	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
退院・退所時連携加算	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
退居時情報提供加算	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
看取り看護加算	<input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II) )	<input type="checkbox"/> なし	
認知症専門ケア加算	<input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II) )	<input type="checkbox"/> なし	
高齢者施設等感染対策向上加算	<input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II) )	<input type="checkbox"/> なし	
生産性向上連携体制加算	<input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II) )	<input type="checkbox"/> なし	
サービス提供体制強化加算	<input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II) <input type="checkbox"/> (III) )	<input type="checkbox"/> なし	
介護職員等処遇改善加算	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II) <input type="checkbox"/> (III) <input type="checkbox"/> (IV) <input type="checkbox"/> (V)(1) <input type="checkbox"/> (V)(2) <input type="checkbox"/> (V)(3) <input type="checkbox"/> (V)(4) <input type="checkbox"/> (V)(5) <input type="checkbox"/> (V)(6)		
	<input type="checkbox"/> (V)(7) <input type="checkbox"/> (V)(8) <input type="checkbox"/> (V)(9) <input type="checkbox"/> (V)(10) <input type="checkbox"/> (V)(11) <input type="checkbox"/> (V)(12) <input type="checkbox"/> (V)(13) <input type="checkbox"/> (V)(14)		
短期利用(介護予防)特定施設入居者生活介護の算定	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	

介護保険対象外サービス等

人員配置が手厚い介護サービスの実施	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	介護に関する職員体制 (介護士・看護職員等の配置数)	
食事の提供サービス	食費は1ヶ月57,564円※(税込) (1日1,920円(朝食576円・昼食672円・夕食672円(税込))を基本とし、入居者が食事の提供を受けない場合は、その期間に相当する食費を1ヶ月を30日とした日割り計算で減額いたします。1食単位での減額は致しません。 ※1日3食、30日で軽減税率(8%)適用の場合 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690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。  食事を欠食される場合は、欠食になることが分かり次第職員までお知らせください。 身体の具合等が悪く、食堂での食事ができない場合、職員にお申し付けください。各住戸への配膳下膳はすべて職員が行います。 身体の状況により、嚥下食や減塩食等の食事形態における特別食を提供しますが、入居者の嗜好による特別な食事の提供は別途料金が掛かります。 またご家族等の食事を追加注文される場合には、前日の昼までにお申し付けください(1食880円(税込))。 食事の取置きは衛生上、提供開始時刻より最大2時間までとし、以降は廃棄させていただきます。 (食事の時間: 朝食7時半~8時半, 昼食11時半~12時半, 夕食17時半~18時半)		株式会社HITOWA

その他利用者の個別的な対応によるサービス提供	
個別的外出介助	別添3 介護サービス等の一覧表の通り
個別的な買物等の代行	別添3 介護サービス等の一覧表の通り
週3回以上の入浴介助	別添3 介護サービス等の一覧表の通り

医療機関との連携・協力  
(ご入居者には連携・協力先医療機関等以外の医療サービスは、自由に選択することができません)

医療支援 ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 1 救急車の手配	
	<input type="checkbox"/> 2 入院の付き添い	
	<input type="checkbox"/> 3 通院介助	
	<input type="checkbox"/> 4 その他 ( )	
医療機関1	名称	公益財団法人東京都医療保健協会 練馬総合病院
	所在地	東京都練馬区旭丘1-24-1 住宅からの距離: 約6.3*
	診療科目	内科、外科、整形外科、皮膚科他
	緊急時の相談対応	なし
医療機関2	名称	医療法人社団えにし ホームクリニックえにし
	所在地	東京都練馬区石神井町7丁目1-2 伊藤マンション1階 住宅からの距離: 約3.4*
	診療科目	内科他
	緊急時の相談対応	あり
医療機関3	名称	城北さくらクリニック
	所在地	東京都練馬区練馬一丁目1番12号 下島ビル3F 住宅からの距離: 約5.6*
	診療科目	内科他
	緊急時の相談対応	あり
協力歯科医療機関	名称	医療法人社団福啓会王子歯科&矯正歯科
	所在地	東京都北区王子1丁目10-13 旺栄ビル 3F 住宅からの距離: 約12.0*
	診療科目	歯科
	緊急時の相談対応	なし
協力内容		訪問歯科診療及び口腔ケアの実施 (医療費その他の費用は入居者の自己負担)

7. 料金の請求及び支払方法

		<input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式	<input type="checkbox"/> 金額前払い方式	<input type="checkbox"/> 一部前払い方式	<input checked="" type="checkbox"/> 選択方式		
		※選択方式の場合： (該当する方式全て選択)					
		<input type="checkbox"/> 月払い方式	<input type="checkbox"/> 金額前払い方式	<input checked="" type="checkbox"/> 一部前払い一部月払い方式			
前払金		<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	※前払金とは、終身又は入居契約の期間にわたって受領すべき家賃等の全部又は一部を一括して受領する場合をいう。			
金額	<input type="checkbox"/> Aプラン889万4千円 (60歳以上75歳未満) <input type="checkbox"/> Bプラン517万8千円 (75歳以上93歳未満) <input type="checkbox"/> Cプラン270万円 (93歳以上)	期間	OAプラン：144ヶ月(12年) OBプラン：72ヶ月(6年) OCプラン：36ヶ月(3年)				
算定方法	月額単価(52,500円)×想定居住期間(月数)+想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて事業者が受領する額						
(説明)	居室等利用料	居室等利用料(月額105,000円)の一部(月額52,500円)					
	サービス提供の対価	サービス提供の対価に関する前払金はいただきません。					
一部前払金の算定	一部前払金の算定にあたっては、厚生労働省・国土交通省事務連絡「サービス付き高齢者向け住宅における家賃等の前払金の算定の基礎及び返還債務の金額の算定方法の明示について」(平成23年11月22日付)及び東京都有料老人ホーム設置運営標準指針で示された算式に基づき、地代家賃、建設費、修繕費、借入利息等を基礎とし、近傍家賃を参照し、想定居住期間を勘案して算定します。						
支払日	支払方法	事業者に対して以下の口座に振り込みで支払う 支払口座：三菱UFJ銀行 池袋東口支店 普通口座：0089007 口座名義：株式会社HITOWA					
償却開始日	住居準備(入居準備)に定める償却開始日(を記入)						
契約終了時の返還金	算定方法	①『一部前払金の想定居住期間内の場合』 想定居住期間内に入居契約が終了する場合は、入居者又は返還金受取人に、契約終了日から想定居住期間満了日までの額を返還します。 【返還金=(一部前払金-非返還額)÷償却期間の日数×契約終了日から償却期間満了日までの日数】 ※1,000円未満の端数が生じた場合はこれを切上げます。 ②『一部前払金の想定居住期間経過後』 一部前払金の返還はございません。					
短期解約(死亡に連否含む)の返還金の算定方式	金額	3	か月	起算日	入居した日		
返還期限	大層業特約の定めあり						
前払金の保全方法	<input checked="" type="checkbox"/>	連帯保証を行う銀行等の名称	不動産信用保証株式会社				
	<input type="checkbox"/>	信託契約を行う団体の名称					
	<input type="checkbox"/>	保証保険を行う保険会社の名称					
	<input type="checkbox"/>	全国有料老人ホーム協会					
<input type="checkbox"/>	その他	(名称： )					
金額	0	円	家賃の	0	か月分 ※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。		
月額費用	算定根拠						
家賃	<input type="checkbox"/> Aプラン52,500円 <input type="checkbox"/> Bプラン52,500円 <input type="checkbox"/> Cプラン52,500円 <input type="checkbox"/> Dプラン105,000円	事業運営費(地代家賃、建設費、修繕費、借入利息等)を基礎とし、近傍同種の家賃相当額と比較し妥当な額に設定。					
共益費	20,000	円	共用部分の維持管理に必要な維持管理費・光熱水費・清掃費等、各住戸の光熱水費、住戸の設備点検 ※不在の期間があっても減額精算いたしません。 ※各住戸の光熱水費は以下の方法にて算定します。 日給施設全体にかかる水道光熱費から、事業者の事務所等共用部で使用する分量を控除した額を、全住戸数で除した費用。				
介護費用(介護保険)	1ヶ月	30	日の場合	※地域単価	109	円	
				※給付率	90%		
	(1割負担の場合)						
	(1割負担の場合は90%、2割負担の場合は80%、3割負担の場合は70%)						
	基本単価	加算	丸刈改善加算	総単価	月額費用(円)	原額精算額(円)	自己負担額(円)
要支援1	5,490	150	688	6,328	68,975	62,077	6,898
要支援2	9,390	150	1,164	10,704	116,673	105,005	11,668
要介護1	16,260	420	2,035	18,715	203,993	183,593	20,400
要介護2	18,270	420	2,280	20,970	228,573	205,715	22,858
要介護3	20,370	420	2,536	23,326	254,253	228,827	25,426
要介護4	22,320	420	2,774	25,514	278,102	250,291	27,811
要介護5	24,390	420	3,027	27,837	303,423	273,080	30,343

入居継続支援加算	<input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II) ) <input type="checkbox"/> なし	※加算Ⅰ…36単位/日、加算Ⅱ…22単位/日 ※要介護者のみ
テクノロジーの導入 (入居継続支援加算関係)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II) ) <input type="checkbox"/> なし	※加算Ⅰ…100単位/月、加算Ⅱ…200単位/月
個別機能訓練加算	<input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II) ) <input type="checkbox"/> なし	※加算Ⅰ…12単位/日、加算Ⅱ…20単位/月
ADL維持等加算	<input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II) ) <input type="checkbox"/> なし	※加算Ⅰ…30単位/月、加算Ⅱ…60単位/月 ※要介護者のみ
夜間看護体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> (I) <input checked="" type="checkbox"/> (II) ) <input type="checkbox"/> なし	※加算Ⅰ…18単位/日、加算Ⅱ…9単位/日 ※要介護者のみ
若年性認知症入居者受入加算 (120単位/日)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	※対象者のみ
協力医療機関連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり ( <input checked="" type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II) ) <input type="checkbox"/> なし	※加算Ⅰ…100単位/月、加算Ⅱ…40単位/月
口腔・栄養スクリーニング加算 (20単位/回)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	※対象者のみ
科学的介護推進体制加算 (40単位/月)	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
退院・退所時連携加算 (30単位/日)	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	※要介護者のみ、対象者のみ
退居時情報提供加算 (250単位/回)	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	※対象者のみ
看取り介護加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり ( <input checked="" type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II) ) <input type="checkbox"/> なし	※加算Ⅰ…72～1280単位/日、加算Ⅱ…572～1780単位/日 ※対象者のみ
認知症専門ケア加算	<input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II) ) <input type="checkbox"/> なし	※加算Ⅰ…3単位/日、加算Ⅱ…4単位/日
高齢者施設等感染対策向上加算	<input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II) ) <input type="checkbox"/> なし	※加算Ⅰ…10単位/月、加算Ⅱ…5単位/月
生産性向上推進体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> (I) <input checked="" type="checkbox"/> (II) ) <input type="checkbox"/> なし	※加算Ⅰ…100単位/月、加算Ⅱ…10単位/月
サービス提供体制強化加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II) <input type="checkbox"/> (III) ) <input type="checkbox"/> なし	※加算Ⅰ…22単位/日、加算Ⅱ…18単位/日、加算Ⅲ…6単位/日
介護職員等処遇改善加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II) <input type="checkbox"/> (III) <input type="checkbox"/> (IV) <input type="checkbox"/> (V)(1) <input type="checkbox"/> (V)(2) <input type="checkbox"/> (V)(3) <input type="checkbox"/> (V)(4) <input type="checkbox"/> (V)(5) <input type="checkbox"/> (V)(6) <input type="checkbox"/> (V)(7) <input type="checkbox"/> (V)(8) <input type="checkbox"/> (V)(9) <input type="checkbox"/> (V)(10) <input type="checkbox"/> (V)(11) <input type="checkbox"/> (V)(12) <input type="checkbox"/> (V)(13) <input type="checkbox"/> (V)(14) ) <input type="checkbox"/> なし	※加算Ⅰ…12.8%、Ⅱ…12.2%、Ⅲ…11.0%、Ⅳ…8.8%、Ⅴ(1)…11.3%、Ⅴ(2)…10.6%、Ⅴ(3)…10.7% Ⅴ(4)…10.0%、Ⅴ(5)…9.1%、Ⅴ(6)…8.5%、Ⅴ(7)…7.9%、Ⅴ(8)…9.5%、Ⅴ(9)…7.3% Ⅴ(10)…6.4%、Ⅴ(11)…7.3%、Ⅴ(12)…5.8%、Ⅴ(13)…6.1%、Ⅴ(14)…4.6%

※上記の自己負担額は標準的な加算を算定した場合を想定しています。算定する加算によって、自己負担額が変動します。

※1か月に支払った利用者負担の合計が、負担の上限を超えたときは、超えた分が払い戻される制度があります (高額介護サービス費)。

短期利用	1日当たり	円	利用料の算出方法
介護保険外利用者負担額が手厚いサービスの介護サービス費用	円	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	算定根拠:
介護保険外利用者負担額の個別に算定される介護サービス費用	550円 (税込) /1回 または 550円 (税込) /10分		別添3 介護サービス等の一覧表の通り
その他	54,120円 (税込)		・受付サービス (来訪者取次、郵便物等の受け取り代行及び居室への配布等) ・レクリエーションサービスの企画、運営にかかる人件費 ・サービス提供にかかるフロント部門の人件費 (不在の期間があっても減額精算いたしません)
食費	57,564円 (税込) ※		食費は1ヶ月57,564円 (税込) ※軽減税率適用の場合 (1日1,920円 (朝食576円・昼食672円・夕食672円 (税込) ) を基本とし、入居者が食事の提供を受けない場合は、その期間に相当する食費を1ヶ月を30日とした日割り計算で減額いたします。 朝食 576円、昼食 672円、夕食 672円、間食 0円 (税込) 1日当たり1,920円 (税込)
光熱水費	0円		共益費に含まれます。
その他	0円		・入居者の個人的な希望及び個別選択的な個別対応サービスの利用料 (生活支援サービス重要事項説明書別表「介護サービス等の一覧表」に対応した利用料) ・介護用品費等は別途実費負担 ・テレビの設置に伴う放送契約、放送受信料等は自己負担
合計	184,184円～236,684円		
支払日・支払方法	事業者は入居者に対し、費目および明細を明らかにして、毎月20日頃までに入居契約書に記載する月払いの利用料を請求します。入居者は事業者に対し、入居者が指定する金融機関口座から毎月27日 (27日が金融機関休業日の場合、その後に続く最近の金融機関営業日) に自動振替の方法により、前項の利用料を支払うものとします。		

入居費に付する不仕立に於ける利用料金（月払い）の取扱			
入居契約書のとおり			
全仕立の条件及び手続			
入居契約書のとおり			
プラン（代表的なプランを2例）			
入居者の状況	要介護度	プラン1	プラン2
	自己負担割合	要介護3 1割	要介護1 1割
居室の状況	年齢	85歳	95歳
	床面積	19.20㎡	18.42㎡
	浴室	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	トイレ	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
入居時に必要な費用	前払金	5,178,000円	2,700,000円
	礼金	0円	0円
月額費用の合計		209,610円	204,584円
月額費用の内訳	入居料	52,500円	52,500円
	雑費	20,000円	20,000円
	介護費用（定額型）	25,426円	20,400円
	特設介護費用（※2）	0円	0円
	介護費用（選択型）	0円	0円
	オプションサービス費	54,120円	54,120円
	食費	57,564円	57,564円
	光熱水費	0円	0円
その他	0円	0円	

※1 自己負担額を記入。介護予防・地域密着型の場合を含む。  
 ※2 該当する場合のみ。  
 ※3 上乗せ介護費用その他サービス付き高齢者向け住宅事業として受領する費用。

### 8. 入居者の状況

入居者の状況（冒頭に記した記入日現在）									
平均年齢		89歳			入居者数合計		60人		
介護度別・年齢別入居者	高齢介護度	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								
	75歳以上85歳未満				5	4	3	4	
	85歳以上		1		12	11	7	10	3
合計		0	1	0	17	15	10	14	3
入居継続期間別入居者数	入居期間	6か月未満	6か月以上1年未満	1年以上2年未満	2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	28	26	6	0	0	0		60
男女別入居者数		男性： 12人			女性： 48人				
入居率（定時的に不在となっている者を含む）		93.4%（定員に対する入居者数）							
退去者数の合計（前年度）		30人（下記理由ごとの人数を合計したものと一致させる）							
退去理由		理由	人数（人）		理由		人数（人）		
		自宅に家族同居	0		他のサービス付き高齢者向け住宅への転居	0			
		介護老人福祉施設（特養等）への転居	7		その他の福祉施設・高齢者住宅への転居	0			
		介護老人保健施設への転居	0		医療機関（入院）	1			
		介護療養型医療施設への転居	0		死亡	12			
有料老人ホーム（付帯を除く）への転居	10		その他	0					

9. 苦情・事故等に関する体制

苦情に対応する窓口等の状況						
窓口の名称	イリーゼ練馬光が丘					
電話番号	03-5910-5780					
対応している時間	平日	9時00分	～	18時00分		
	土曜	9時00分	～	18時00分		
	日曜	9時00分	～	18時00分		
	祝日	9時00分	～	18時00分		
定休日	なし					
窓口の名称	株式会社HITOWA 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時00分	～	17時00分		
	土曜	9時00分	～	17時00分		
	日曜	9時00分	～	17時00分		
	祝日	9時00分	～	17時00分		
定休日	なし (12/31～1/3を除く)					
窓口の名称	練馬高齢者相談センター(第3育秀苑地域包括支援センター(医療と介護の相談窓口))					
電話番号	03-6904-0192					
対応している時間	平日	8時30分	～	17時15分		
	土曜	8時30分	～	17時15分		
	日曜	時	分	～	時	分
	祝日	時	分	～	時	分
定休日	日祝日および12月29日～1月3日					
窓口の名称	(都道府県)東京都 福祉局 高齢者施策推進部 在宅支援課 高齢者住宅担当					
電話番号	03-5000-7564					
対応している時間	平日	9時00分	～	17時00分		
	土曜	時	分	～	時	分
	日曜	時	分	～	時	分
	祝日	時	分	～	時	分
定休日	土日祝日および12月29日～1月3日					
窓口の名称	練馬区消費生活センター					
電話番号	03-5910-4860					
対応している時間	平日	9時00分	～	16時30分		
	土曜	時	分	～	時	分
	日曜	時	分	～	時	分
	祝日	時	分	～	時	分
定休日	土日祝日、年末年始					
窓口の名称	東京都国民健康保険団体連合会					
電話番号	03-6238-0177					
対応している時間	平日	9時00分	～	17時00分		
	土曜	時	分	～	時	分
	日曜	時	分	～	時	分
	祝日	時	分	～	時	分
定休日	土日祝日					

サービスの提供において事故が発生したときの対応

万一の事故が発生した際には、施設内マニュアルに則って、応急措置、協力医療機関への連絡、ご家族への連絡を行います。必要時には119番通報での緊急搬送要請も行い、お客様の健康安全を第一に対応いたします。また、住宅内において事故が発生した場合（外部のサービス事業者による事故等を含む）は、速やかに電話にて東京都 福祉局 高齢者施策推進部 在宅支援課 高齢者住宅担当、及び東京都 住宅政策本部 民間住宅部 安心居住推進課へ連絡した上で、事故内容について文書でも報告し、再発防止を徹底します。

損害賠償責任保険の加入状況

あり （保険の名称及び加入先： 東京海上日動火災保険 ）  なし

10. その他の留意事項

外出 帰省・訪問等

曜日に関わらず、9:00~18:00の間、事務所には職員が常駐しております。来所される方は入館簿への記名をお願いします。外出・帰省・ご家族様等の施設来訪における時間制限はございませんが、上記以外の時間帯の場合、また外泊、欠食の際には、事前に事務所までご連絡ください。

共用設備の利用について

共用設備  ご家族様との会食等 共用設備をご利用をご希望される際は、事前に事務所までご連絡ください。

共用キッチン  応相談

身体拘束の具体的な実施を行う場合の手続き

①切迫性②非代替性③一時性という3要件を満たすとき  
 ・施設全体の意思決定であることを明確にする  
 ・本人や家族の理解を得るため、丁寧な説明を行う  
 ・身体拘束に関する記録し保存する  
 ・毎月1回必ずケース検討会を開催し、継続的に身体拘束廃止に向けた取り組みを行う

入居希望者の事前の情報開示			
入居契約書のひな形	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない	日本語以外の言語 (※前払金を受領する場合に記載)	<input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない
管理規程(重要事項説明書)の	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない	財務諸表の原本 (※前払金を受領する場合に記載)	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 公開していない
事業収支計画書 (※前払金を受領する場合に記載)	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 公開していない	その他	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない

その他			
サービス付き高齢者向け住宅の管理の方法等	管理の方法	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 <input type="checkbox"/> 管理業務を委託	
	委託する業務の内容(契約事項)		フリガナ
	委託先(法人名、住所(事務所所在地))		〒
運営総会	計画策定の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	月頃実施予定		
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	開催頻度	<input checked="" type="checkbox"/> あり (開催頻度: 年 2 回)	
	(開催内容等) 入居契約書第8条の通り		
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	実施の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	実施日		結果の開示 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
第三者による評価の実施状況	実施の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	実施日		実施機関の名称
サービス付き高齢者向け住宅の登録の申請が基本方針に照らして適切である旨	高齢者の居住の安定の確保に関する基本的な方針及び都が策定する高齢者の居住安定確保プランに基づき、適切にサービス付き高齢者向け住宅事業を実施します。		

説明年月日

年 月 日

入居契約書、（介護予防）特定施設入居者生活介護契約書及び（介護予防）特定施設入居者生活介護重要事項説明書に基づいて、重要な事項を説明しました。

事業者名 株式会社HITOWA

所在地 東京都港区港南二丁目15番3号

代表者名 代表取締役 須原 清貴

印

説明者氏名

印

私は上記事業者から、入居契約書、（介護予防）特定施設入居者生活介護契約書及び（介護予防）特定施設入居者生活介護重要事項説明書に基づいて、重要な事項の説明を受けました。

署名

印

役員名簿

<small>(ふりがな)</small> 氏名	役名等
すはらきよたか	
須原清貴	代表取締役
みやざきようへい	
宮崎洋平	代表取締役
いけだだいすけ	
池田大輔	取締役
よねざわまゆか	
米澤真由香	取締役
しやまゆうき	
司山優希	取締役
おおさこたかひと	
大迫賢一仁	監査役

法第6条第1項第3号に該当する者を全て記載すること。記載しきれないときは、この様式の例により作成した書面に記載し、その書面をこの書面の次に添付すること。

事業主体が東京都内(中核市を除く)で実施する介護保険制度による指定介護サービスの一覧表

介護サービスの種類	箇所数	主な事業所の名称	所在地
<b>&lt;居宅介護&gt;</b>			
訪問介護	無し		
訪問入浴介護	無し		
訪問看護	無し		
訪問リハビリテーション	無し		
居宅療養管理指導	無し		
通所介護	無し		
通所リハビリテーション	無し		
短期入所生活介護	無し		
短期入所療養介護	無し		
特定施設入居者生活介護	有り	21 イリーゼ狛江	狛江市和泉本町3-27-7
福祉用具貸与	無し		
特定福祉用具販売	無し		
<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	無し		
夜間対応型訪問介護	無し		
認知症対応型通所介護	無し		
小規模多機能型居宅介護	無し		
認知症対応型共同生活介護	無し		
地域密着型特定施設入居者生活介護	無し		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	無し		
看護小規模多機能型居宅介護	無し		
地域密着型通所介護	無し		
居宅介護支援	無し		
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>			
介護予防訪問入浴介護	無し		
介護予防訪問看護	無し		
介護予防訪問リハビリテーション	無し		
介護予防居宅療養管理指導	無し		
介護予防通所リハビリテーション	無し		
介護予防短期入所生活介護	無し		
介護予防短期入所療養介護	無し		
介護予防特定施設入居者生活介護	有り	12 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	無し		
特定介護予防福祉用具販売	無し		
<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	無し		
介護予防小規模多機能型居宅介護	無し		
介護予防認知症対応型共同生活介護	無し		
介護予防支援	無し		
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>			
介護老人福祉施設	無し		
介護老人保健施設	無し		
介護療養型医療施設	無し		
介護医療院	無し		

介護サービス等の一覧表

サービス	(自 立)		(要支援・要介護Ⅰ～Ⅴ区分)	
	生活支援サービスの基本料金を含むサービス	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は■ 前払金又は月額費用を含むサービスは○	その都度徴収するサービス(料金を表示)
<基本(必須)サービス>				
状況把握(安否確認)	○	—	■	—
・巡回 日中	○	—	■	—
・巡回 夜間	○	—	■	—
生活相談	○	—	■	—
緊急時対応	○	—	■	—
オンコール対応	○	—	■	—
<介護サービス>				
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
入浴(一般浴)介助	—	入浴自立の場合 1回550円(税込)※1 介助が必要な場合 10分550円(税込)	■(週2回まで)	週3回目以降 10分550円(税込)
清拭	—	10分550円(税込)	■	—
特浴介助	—	10分550円(税込)	■(週2回まで)	週3回目以降 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	—	10分550円(税込)	■	—
通院介助 (協力医療機関)	—	10分550円(税込)	■	—
通院介助 (上記以外)	—	10分550円(税込)	—	10分550円(税込)

介護サービス等の一覧表

サービス	区分	(自 立)		(要支援、要介護Ⅰ～Ⅴ区分)	
		生活支援サービスの基本料金に含むサービス	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■ 前払金又は月額費用に含むサービスに◎	その都度徴収するサービス(料金を表示)
<b>&lt;生活サービス&gt;</b>					
居室清掃	—	—	10分550円(税込)	■(週2回まで)	週3回目以降 1回550円(税込)
リネン交換	—	—	1回550円(税込)	■(週1回まで)	週2回目以降 1回550円(税込)
日常の洗濯	—	—	1回550円(税込)	■(週2回まで)	週3回目以降 1回550円(税込)
居室配膳・下膳	体調不良時	—	左記以外でお客様希望により有料1回550円(税込)	体調不良時	左記以外でお客様希望により有料1回550円(税込)
嗜好に応じた特別食	—	—	応相談	—	応相談
おやつ	○	—	—	○	—
理美容	—	—	月1回・実費	—	月1回・実費
買物代行(通常の利用区域)	週1回指定日・指定業者無料	—	—	週1回指定日・指定業者無料	—
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)
<b>&lt;健康管理サービス&gt;</b>					
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	○	—	—	■	—
生活指導・栄養指導	○	—	—	■	—
服薬支援	○	—	—	■	—
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	○	—	—	■	—
<b>&lt;入退院時、入院中のサービス&gt;</b>					
移送サービス	—	—	—	—	—
入退院時の同行(協力医療機関)	—	—	10分550円(税込)	■	—
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)
<b>&lt;その他サービス&gt;</b>					
レクリエーション	—	—	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	—	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	—	—	10分550円(税込)	—	10分550円(税込)

※1 湯張り等の準備及び後片付けのサービスに対する費用として1回550円(税込)

