

有料老人ホーム重要事項説明書

| | |
|-------|-------------|
| 施設名 | イリーゼ狛江・別邸 |
| 定員・室数 | 59 人 ・ 59 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 | 専用品（要介護のみ） |
| 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 名称 | ヒトワケアサービスカブシキガイシャ HITOWAケアサービス株式会社 | | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 108-6215 | 東京都港区港南二丁目15番3号 | | |
| | 電話番号 | 03-6632-7702 | | |
| 連 絡 先 | ファックス番号 | 03-6736-5587 | | |
| | ホームページ | https://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 | なし | | |
| 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 | なし | | |
| 通所リハビリテーション | なし | | |
| 短期入所生活介護 | なし | | |
| 短期入所療養介護 | なし | | |
| 特定施設入居者生活介護 | 22 | イリーゼ狛江 | 狛江市和泉本町3-27-7 |
| 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 | なし | | |
| 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 | なし | | |
| <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 | なし | | |
| 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 | 13 | 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 | 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 | なし | | |
| 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 | フリカゝナ | イリーゼコマエ・ベッテイ | | |
| | 名称 | イリーゼ狛江・別邸 | | |
| 所在地 | 〒 201-0002 | 東京都狛江市東野川一丁目32番5号 | | |
| | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | 03-5761-3471 | | |
| | ファックス番号 | 03-5761-3472 | | |
| ホームページ | https://www.irs.jp | | | |
| 介護保険事業所番号 | 第1374501235号 | | | |
| 管理者職氏名 | 役職名 | ホーム長 | 氏名 | 小原 里恵 |
| 事業開始年月日 | 平成 29 年 3 月 1 日 | | | |
| 届出年月日 | 平成 28 年 4 月 7 日 | | | |
| 届出上の開設年月日 | 平成 29 年 10 月 1 日 | | | |
| 特定施設入居者生活介護 | 新規指定年月日 (初回) | 平成 29 年 10 月 1 日 | | |
| | 指定の有効期間 | 令和 5 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) | 非 該 当 | | |
| | 指定の有効期間 | 非 該 当 まで | | |
| 事業所へのアクセス | 小田急小田原線「喜多見駅」より徒歩約11分 (約850m) | | | |

| 施設・設備等の状況 | | | | | | | | | | |
|-----------|-----------|------------------------|-----------|-----------------------------------|----|---------|----------|-------------------|--|----|
| 敷地 | 権利形態 | — | | 抵当権 | なし | | | | | |
| | 面積 | 2516.42 m ² | | | | | | | | |
| 建物 | 権利形態 | 賃貸借 | | 抵当権 | なし | | | | | |
| | 延床面積 | 2016.76 m ² | | うち有料老人ホーム分 2016.76 m ² | | | | | | |
| | 竣工日 | 平成29年1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 () | | | | | | | | |
| 賃貸借契約の概要 | 建物 | 契約期間 | 平成29年2月1日 | | | ～ | | 令和29年1月31日 | | |
| | | 自動更新 | あり | | | | | | | |
| 居室 | 階 | 定員 | 室数 | 面積 | | | | | | |
| | 1階 | 1人 | 5 | 18 m ² | | ～ | | 18 m ² | | |
| | 2階 | 1人 | 27 | 18 m ² | | ～ | | 18 m ² | | |
| | 3階 | 1人 | 27 | 18 m ² | | ～ | | 18 m ² | | |
| | | | | m ² | | ～ | | m ² | | |
| 一時介護室 | 階 | 定員 | 室数 | 面積 | | | | | | |
| | | | | m ² | | ～ | | m ² | | |
| 居室内の設備等 | 便所 | 全室あり | | | | | | | | |
| | 洗面 | 全室あり | | | | | | | | |
| | 浴室 | なし | | | | | | | | |
| | 冷暖房設備 | 全室あり | | | | | | | | |
| | 電話回線 | 全室あり | | (設置各自) | | | | | | |
| | テレビアンテナ端子 | 全室あり | | (設置各自) | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 共同便所 | 4箇所 | | (男女共用) | | | | | | | |
| 共同浴室 | 個浴: | 5 | | 大浴槽: | 0 | | 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 | なし () | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | |
|--------------------------|-----|----|-----|-----|-----|-----|--------|-----------|
| 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 | | | |
| ① 有料老人ホームの職員の人数及びその勤務形態 | | | | | | | | |
| 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人 | 2.4 | 機能訓練指導員兼務 |
| 看護職員:派遣 | 1 | | | 1 | | 2人 | | |
| 介護職員:直接雇用 | 11 | | | 5 | | 16人 | 18.2 | |
| 介護職員:派遣 | | | | 4 | | 4人 | | |
| 機能訓練指導員 | | | 1 | | | 1人 | 0.2 | 看護職員兼務 |
| 計画作成担当者 | 1 | | | | | 1人 | 1.0 | |
| 栄養士 | | | | | | 0人 | | |
| 調理員 | | | | | | 0人 | | |
| 事務員 | | | | | | 0人 | | |
| その他従業者 | | | | 2 | | 2人 | 0.6 | |
| ② 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 | | | | | | | 40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 | | 6 | | 4 | |
| 実務者研修 | | 3 | | 5 | |
| 介護職員初任者研修 | | 2 | | | |
| 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 19 時 0 分～ 7 時 0 分

上記時間帯の職員配置数 介護職員 1 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 | |
|--------------|----------|----|-----|-----|-----|
| | | 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 | | | | | 2.0 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 | | 2 | 1 | 3 | 4 | | | 1 | | | |
| 1年以上3年未満 | | | | 3 | 5 | 1 | | | | 1 | |
| 3年以上5年未満 | | | | 5 | | | | | | | |
| 5年以上10年未満 | | | | | | | | | | | |
| 10年以上 | | | | | | | | | | | |
| 合計 | | 2 | 1 | 11 | 9 | 1 | 0 | 1 | 0 | 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、夜間はお客様の状況に応じて適宜巡視 | |
| 施設で対応できる医療的ケアの内容 | 入居者が医療を要する場合は、本人またはご家族、施設職員及び関係機関等と協議・連携の上で医療機関の選定を行い、医師の指示のもと適切な対応を行います。医療にかかる費用は実費負担となります。 | |
| 医療機関との連携・協力 | | |
| 協力医療機関(1) | 名称 | 医療法人社団大和会 多摩川病院 |
| | 所在地 | 東京都調布市国領町5-31-1 |
| | 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、これに附属する医療行為に関する事。 |
| 協力医療機関(2) | 名称 | あおぞら在宅診療所多摩 |
| | 所在地 | 神奈川県川崎市麻生区五力田2-2-1メイヒルズ205号 |
| | 協力の内容 | 内科他 訪問診療（月2回）、24時間オンコール対応、緊急時対応、健康管理、医療機関紹介等（医療費その他の費用は自己負担） |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | ひまわり歯科 |
| | 所在地 | 神奈川県川崎市多摩区登戸2061-1 |
| | 協力の内容 | 協力内容：歯科医師による定期往診にて、口腔内の状態確認と治療及び必要な薬剤の処方とケア用品の提供。歯科技工士による義歯の作成や調整。嚥下機能の評価と必要な訓練の実施及び施設への指導。 |

| 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(I) |
| 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 | なし |
| 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) |
| 介護職員等ベースアップ等支援加算 | あり |
| 入居継続支援加算 | なし |
| テクノロジーの導入(入居継続支援加算関係) | 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 |
| ADL維持等加算 | なし |
| 科学的介護推進体制加算 | あり |
| 口腔衛生管理体制加算 | あり |
| 口腔・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 | 要介護1~5 |
| | 医療的ケア | 施設整備、看護職員で対応可能な医療ケア |
| | 認知症 | 集団での生活が難しい場合は要相談 |
| | その他 | なし |
| 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携して責任を負う事。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 |
| | 利用料金 | 1泊11,000円(食事、宿泊、介護サービス料、税込) |
| | その他 | なし |
| 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又は各自の選択する病院等で受けて頂く事になり、その費用は保険または御本人の負担となります。入院等が長期に及ぶ場合でも、入居契約の変更は御座いません。居室は御自分の居室のままです。何時でも居室にお戻りになれます。その為入院等による御不在でも、家賃及び管理費は支払いの対象になります。 | |
| 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、緊急止むお得ず身体拘束をする場合は、入居者本人や御家族に対し、身体拘束の内容、目的、理由、拘束時間、時間帯を出来るだけ詳細に説明し、身体拘束に関する同意書を頂くと共に、緊急止むお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、代替などが無いかな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> | <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3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60万円を超えた場合 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 |
|-------------------|--|

| | |
|------------------------------|-----------|
| <p>要介護時における居室の住み替えに関する事項</p> | |
| <p>一時介護室への移動</p> | <p>なし</p> |
| <p>判断基準・手続</p> | |
| <p>利用料金の変更</p> | |
| <p>前払金の調整</p> | |
| <p>従前居室との仕様の変更</p> | |

| | |
|-------------------------------|---|
| その他の居室への移動 | あり |
| 判断基準・手続 | ご入居者様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 | 特に仕様の変更はありません。 |
| 提携ホーム等への転居 | あり イリーゼ各ホーム |
| 判断基準・手続 | ご入居者・ご家族の希望による場合、または、ご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、ご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 | 施設により居室面積等の変動あり。 |
| 苦情対応窓口 | |
| 窓口の名称 1 | イリーゼ泊江・別邸 担当：ホーム長 |
| 電話番号 | 03-5761-3471 |
| 対応時間 | 9:00 ~ 18:00 (定休日：無休) |
| 窓口の名称 2 | H I T O W A 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 (定休日：12/31~1/3) |
| 窓口の名称 3 | 東京都福祉保健局 高齢社会対策部 施設支援課 施設運営係 |
| 電話番号 | 03-5320-4537 |
| 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：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、意見箱等利用者等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： 90.0 歳 | 入居者数合計： 59 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 | | | | | | | | |
| 75歳以上85歳未満 | | | | 1 | 1 | 3 | 6 | |
| 85歳以上 | | | | 6 | 8 | 11 | 13 | 10 |
| 合計 | 0 | 0 | 0 | 7 | 9 | 14 | 19 | 10 |
| 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 | 11 | 15 | 29 | 4 | | | 59 | |
| 男女別入居者数 | 男性： 12 人 | | | 女性： 47 人 | | | | |
| 入居率（一時的に不在となっている者を含む。） | %（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 | なし | |
| 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2～3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 | - | - |
| 要支援2 | - | - |
| 要介護1 | 173,020円 | 17,302円 |
| 要介護2 | 194,246円 | 19,425円 |
| 要介護3 | 216,758円 | 21,676円 |
| 要介護4 | 237,340円 | 23,734円 |
| 要介護5 | 259,531円 | 25,954円 |
| 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(I) | 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 | なし | |
| 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 | 対象者のみ |
| ADL維持等加算 | なし | |
| 科学的介護推進体制加算 | あり | |
| 口腔衛生管理体制加算 | あり | |
| 口腔・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) | |
| 介護職員等ベースアップ等支援加算 | あり | |

| | |
|---|-------------------------|
| 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 | B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 | 253,300 |
| ※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 | 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 | 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

| |
|---|
| <p>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。</p> <p style="text-align: right;">_____年 月 日</p> <p>署名 _____</p> |
|---|

| |
|---|
| <p>説明年月日 _____年 月 日</p> <p>説明者職・氏名 _____</p> <p>職 _____</p> <p>署名 _____</p> |
|---|

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、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 | その都度徴収するサービス(料金を表示) |
| | | | 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○ | 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 | ○随時 | | ■随時 | |
| 巡回 夜間 | ○お客様の状況に応じて適宜 | | ■お客様の状況に応じて適宜 | |
| 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) | ■ | 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) | ■ | 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) | ■ | 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 | | ■ | |
| <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 |
| 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 |
| 日常の洗濯 | | 1回550円(税込) 外部クリーニング業 | ■ | 週2回を超えるものについては |
| 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 | | 指定日で対応、実費負担 | | 指定日で対応、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 | | 指定日、指定業者の代行は実費負担のみ。 |
| 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) |

| 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▲ |
| 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 | | 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 | | 10分550円(税込) |
| 医師の往診 | | 医療保険制度で支給される以外の費用は | | 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 | | | | |
| 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) |
| <その他のサービス> | | | | |
| 個別対応サービス | | 10分550円(税込) | | 10分550円(税込) |

施設名：イリーゼ狛江・別邸

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 | |
| 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。