

## 有料老人ホーム重要事項説明書

|                                 |                    |                                 |                   |                            |
|---------------------------------|--------------------|---------------------------------|-------------------|----------------------------|
| 施設名                             | トラストガーデン本郷         |                                 |                   |                            |
| 定員・室数                           | 118 人 ・ 118 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                 |                    | 選択方式                            |                   |                            |
| 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             |                    | 2：1以上                           |                   |                            |
| 1 事業主体                          |                    |                                 |                   |                            |
| 名 称                             | 法人等の種別             | 営利法人                            |                   |                            |
|                                 | フリカナ<br>名称         | カブシキカイシャ ハイメディック<br>株式会社ハイメディック |                   |                            |
| 主たる事務所の所在地                      | 〒                  | 151-0053                        |                   |                            |
|                                 |                    | 東京都渋谷区代々木4丁目36番19号              |                   |                            |
| 連 絡                             | 電 話 番 号            | 03-5354-6081                    |                   |                            |
|                                 | フ ァ ッ ク ス 番 号      | 03-5354-6085                    |                   |                            |
| ホ ー ム ペ ー ジ                     |                    | https://www.himedic.co.jp/      |                   |                            |
| 代 表 者 職 氏 名                     | 役職名                | 代表取締役社長                         | 氏名 伏見 有貴          |                            |
| 設 立 年 月 日                       | 平成4年9月29日          |                                 |                   |                            |
| 主 な 事 業 等                       | (介護予防) 特定施設入居者生活介護 |                                 |                   |                            |
| 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               | 1                               | ハイメディック訪問看護ステーション | 東京都世田谷区玉川台2-21-14 KY用賀ビル1F |
|                                 | 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        | 10                              | トラストガーデン用賀の杜      | 東京都世田谷区用賀1-3-1             |
|                                 | 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        | 1  | ハイメディック訪問看護ステーション | 東京都世田谷区玉川台2-21-14 KY用賀ビル1F |
| 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 | 10 | トラストガーデン用賀の杜      | 東京都世田谷区用賀1-3-1             |
| 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                   | フリカミナ                        | トラストガーデンホール   |    |        |
|                     | 名称                           | トラストガーデン本郷    |    |        |
| 所在地                 | 〒 113-0023                   | 東京都文京区向丘2-2-6 |    |        |
| 連絡先                 | 電話番号                         | 03-5805-7420  |    |        |
|                     | ファックス番号                      | 03-3818-5730  |    |        |
| ホームページ              | http://www.trustgarden.jp    |               |    |        |
| 介護保険事業所番号           | 第1370503649号                 |               |    |        |
| 管理者職氏名              | 役職名                          | 支配人           | 氏名 | 山崎 みさほ |
| 事業開始年月日             | 2022年7月1日                    |               |    |        |
| 届出年月日               | 2022年5月31日                   |               |    |        |
| 届出上の開設年月日           | 2022年7月1日                    |               |    |        |
| 特定施設入居者生活介護         | 新規指定年月日（初回）                  | 2022年7月1日     |    |        |
|                     | 指定の有効期間                      | 2028年6月30日 まで |    |        |
| 介護予防<br>特定施設入居者生活介護 | 新規指定年月日（初回）                  | 2022年7月1日     |    |        |
|                     | 指定の有効期間                      | 2028年6月30日 まで |    |        |
| 事業所へのアクセス           | 東京メトロ南北線「東大前」1番出口から60m（徒歩1分） |               |    |        |

| 施設・設備等の状況 |  |                          |            |                                    |                     |         |            |                     |                     |  |
|-----------|--|--------------------------|------------|------------------------------------|---------------------|---------|------------|---------------------|---------------------|--|
| 敷地        | 権利形態   | —                        |            | 抵当権                                | あり                  |         |            |                     |                     |  |
|           | 面積   | 3,549.42 m <sup>2</sup>  |            |                                    |                     |         |            |                     |                     |  |
| 建物        | 権利形態   | 賃貸借                      |            | 抵当権                                | あり                  |         |            |                     |                     |  |
|           | 延床面積   | 14,119.59 m <sup>2</sup> |            | うち有料老人ホーム分 6,228.52 m <sup>2</sup> |                     |         |            |                     |                     |  |
|           | 竣工日  | 2004年8月9日                |            |                                    |                     |         |            |                     |                     |  |
|           | 階数   | 地上                       |            | 11階                                |                     | 地下      |            | 0階                  |                     |  |
|           |  | うち有料老人ホーム分 地上            |            | 4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                     | 2004年8月31日 |                                    | ～                   |         | 2054年5月30日 |                     |                     |  |
|           |  | 自動更新                     | あり         |                                    |                     |         |            |                     |                     |  |
| 居室        | 階  | 定員                       | 室数         | 面積                                 |                     |         |            |                     |                     |  |
|           |  | 2階                       | 1人         | 44                                 | 18.6 m <sup>2</sup> |         | ～          |                     | 22.8 m <sup>2</sup> |  |
|           | 3階   | 1人                       | 39         | 18.6 m <sup>2</sup>                |                     | ～       |            | 22.8 m <sup>2</sup> |                     |  |
|           | 4階   | 1人                       | 35         | 18.6 m <sup>2</sup>                |                     | ～       |            | 22.8 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>      |                     |  |
|           |  |                          |            | m <sup>2</sup>                     |                     | ～       |            | m <sup>2</sup>      |                     |  |
| 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、料金負担も各自)      |         |            |                     |                     |  |
|           | テレビアンテナ端子  | 全室あり                     |            |                                    | (設置各自、放送契約と料金負担も各自) |         |            |                     |                     |  |
|           |  |                          |            |                                    |                     |         |            |                     |                     |  |
| 共同便所      | 21箇所   |                          |            | (一部男女共用)                           |                     |         |            |                     |                     |  |
| 共同浴室      | 個浴： 10   |                          | 大浴槽： 1     |                                    | 機械浴： 2              |         |            |                     |                     |  |
|           | 併設施設との共用   | なし ( )                   |            |                                    |                     |         |            |                     |                     |  |
| 食堂        | 兼用   | あり                       |            |                                    | (アクティビティ、グループ体操)    |         |            |                     |                     |  |
|           | 併設施設との共用   | なし ( )                   |            |                                    |                     |         |            |                     |                     |  |
| その他の共用施設  | あり (機能訓練室、理美容室、談話コーナー、レクリエーションホール、ラウンジ(3箇所)、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     |     | 2  |     |     |     | 2人  | 2.0    |          |
| 看護職員：直接雇用 |     | 8  |     | 7   |     | 15人 | 12.1   |          |
| 看護職員：派遣   |     | 1  |     |     |     | 1人  |        |          |
| 介護職員：直接雇用 |     | 35 |     | 3   |     | 38人 | 39.0   |          |
| 介護職員：派遣   |     |    |     | 4   |     | 4人  |        |          |
| 機能訓練指導員   |     | 3  | 1   |     |     | 4人  | 3.6    | 兼務2名     |
| 計画作成担当者   |     | 2  |     |     |     | 2人  | 2.0    |          |
| 栄養士       |     | 2  |     |     |     | 2人  | 2.0    | 外部委託業者   |
| 調理員       |     | 2  |     |     |     | 2人  | 2.0    | 外部委託業者   |
| 事務員       |     | 1  |     |     |     | 1人  | 1.0    |          |
| その他従業者    |     | 2  |     | 11  |     | 13人 | 9.1    | 一部外部委託含む |

##### 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        |      | 29 |     | 4   |     |
| 実務者研修        |      | 4  |     |     |     |
| 介護職員初任者研修    |      | 3  |     | 3   |     |
| 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       |      | 1  | 1   |     |     |
| 作業療法士       |      | 2  |     |     |     |
| 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

介護支援専門員、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 | 20 時 0 分～翌 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 1 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<br>人 | 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<br>人 | 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 1.7 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      |    | 4    | 2   | 6    | 4   |       |     | 2       |     | 2       |     |
| 1年以上3年未満  |    | 1    | 2   | 4    | 2   |       |     | 1       |     |         |     |
| 3年以上5年未満  |    | 4    | 3   | 25   | 1   | 2     |     | 1       |     |         |     |
| 5年以上10年未満 |    |      |     |      |     |       |     |         |     |         |     |
| 10年以上     |    |      |     |      |     |       |     |         |     |         |     |
| 合計        |    | 9    | 7   | 35   | 7   | 2     | 0   | 4       | 0   | 2       | 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        |
| 口腔衛生管理サービス            | 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 | 通常の声掛けの他に、1回以上巡回を行います。<br>また必要に応じて、巡回頻度を増やします。<br>転倒予防の為、必要な方にはセンサーマット等の機器を設置いたします。<br>各居室のベッドサイド及びトイレ、各浴室及びトイレに緊急コールを設置し、介護、看護職員携帯のPHS及び最寄りのヘルパーステーションにて対応いたします。 |
|-------------|---|

|                  |   |
|------------------|---|
| 施設で対応できる医療的ケアの内容 | <p>〈施設の看護師が行うケア〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・インシュリンの接種</li> <li>・胃ろうの管理</li> <li>・在宅酸素管理</li> <li>・たんの吸引</li> <li>・ストーマ (消化管)</li> <li>・尿管</li> <li>・IVH</li> </ul> <p>※上記であっても医療的ケアの頻度や対象者数によってはお受けできない場合があります。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業者は、入居者が病気又は負傷等により検査や治療が必要となった場合、又はその他必要を認めた場合は、入居者の主治医又は事業者の協力医療機関、その他必要に応じて専門医において必要な治療等が受けられるよう支援いたします。</li> </ul> |
|------------------|---|

##### 医療機関との連携・協力

|            |          |   |              |    |
|------------|----------|---|--------------|----|
| 協力医療機関 (1) | 名称       | 独立行政法人地域医療機能推進機構<br>JCHO東京新宿メディカルセンター   |              |    |
|            | 所在地      | 東京都新宿区津久戸町5-1   |              |    |
|            | 急変時の相談対応 | あり  | 事業者の求めに応じた診療 | なし |
|            | 協力の内容    | <ul style="list-style-type: none"> <li>●診療科目<br/>内科・外科・整形外科・乳腺外科・泌尿器科・産婦人科・眼科・耳鼻咽喉科・皮膚科・歯科・精神科・脳神経外科・リハビリテーション科</li> <li>●内容<br/>・治療の受け入れ、健康異常時の対応 ・入院の受け入れ (空きベッドがある場合)</li> <li>・他の医療機関への入院、転院の紹介</li> <li>●施設から医療機関までの距離 約3.5Km</li> <li>※治療にかかる費用は、入居者負担となります。</li> </ul> |              |    |
| 協力医療機関 (2) | 名称       | 医療法人社団名間会 足立東クリニック  |              |    |
|            | 所在地      | 東京都足立区谷中1-17-7 1階   |              |    |
|            | 急変時の相談対応 | あり  | 事業者の求めに応じた診療 | あり |
|            | 協力の内容    | <ul style="list-style-type: none"> <li>●診療科目<br/>在宅医療</li> <li>●内容&lt;対象：個別に訪問診療に関する契約を締結する方&gt;<br/>・往診による診療 ・居宅療養管理指導 ・緊急時電話連絡<br/>・入院先病院への情報提供</li> <li>●施設から医療機関までの距離<br/>約12Km</li> <li>※治療にかかる費用は、入居者負担となります。</li> </ul>  |              |    |
| 協力医療機関 (3) | 名称       | 医療法人社団同済会 えみクリニック 東大前   |              |    |
|            | 所在地      | 東京都文京区向丘2-2-6   |              |    |
|            | 急変時の相談対応 | あり  | 事業者の求めに応じた診療 | あり |
|            | 協力の内容    | <ul style="list-style-type: none"> <li>●診療科目<br/>内科・皮膚科</li> <li>●内容&lt;対象者：個別に訪問診療に関する契約を締結する方&gt;<br/>・往診による診療 ・居宅療養管理指導 ・緊急時電話連絡<br/>・入院先病院への情報提供</li> <li>●施設から医療機関までの距離<br/>約0Km</li> <li>※治療にかかる費用は、入居者負担となります。</li> </ul>  |              |    |

|  |          |  |              |    |
|--|----------|--|--------------|----|
| 協力眼科医療機関   | 名称       | 医療法人社団さくら慈愛会 アイみらいクリニック眼科  |              |    |
|  | 所在地      | 東京都豊島区池袋2-59-2 クレール池袋404   |              |    |
|  | 急変時の相談対応 | あり   | 事業者の求めに応じた診療 | あり |
|  | 協力の内容    | <ul style="list-style-type: none"> <li>●診療科目<br/>眼科</li> <li>●内容<br/>・住診による眼科診療</li> <li>●施設から医療機関までの距離<br/>約6.9Km<br/>※治療にかかる費用は、入居者負担となります。</li> </ul>         |              |    |
| 新興感染症発生時に連携する医療機関  | 有無       | なし   |              |    |
| 協力歯科医療機関   | 名称       | 医療法人社団桜栄会 大塚デンタルオフィス   |              |    |
|  | 所在地      | 東京都豊島区北大塚1-11-15   |              |    |
|  | 急変時の相談対応 | あり   | 事業者の求めに応じた診療 | あり |
|  | 協力の内容    | <ul style="list-style-type: none"> <li>●診療科目<br/>歯科</li> <li>●内容<br/>・住診による歯科診療 ・口腔衛生指導</li> <li>●施設から医療機関までの距離<br/>約4.2Km<br/>※治療にかかる費用は、入居者負担となります。</li> </ul> |              |    |
| 協力歯科医療機関   | 名称       | 医療法人社団竹印 竹内歯科医療院   |              |    |
|  | 所在地      | 東京都新宿区揚場町1-13 ミヤコビル3F  |              |    |
|  | 急変時の相談対応 | あり   | 事業者の求めに応じた診療 | あり |
|  | 協力の内容    | <ul style="list-style-type: none"> <li>●診療科目<br/>歯科</li> <li>●内容<br/>・住診による歯科診療 ・口腔衛生指導</li> <li>●施設から医療機関までの距離<br/>約3.5Km<br/>※治療にかかる費用は、入居者負担となります。</li> </ul> |              |    |
| <p>●当ホームでは、下記要件全てに該当する場合には医療機関による「(在宅)定期訪問診療」を受けることができます。<br/> 「(在宅)定期訪問診療」とは、寝たきりや身体の不自由なために通院が困難な方々に対し、診療所の医師や看護師等がご自宅や施設にお伺いし、総合的な在宅療養計画に従って診療を行うことをいいます。受診いただく医療機関の選択は、ご入居者様・ご家族様の自由選択ですが、「在宅訪問診療」を依頼できるのは、「在宅療養支援診療所(病院)」に限られます。<br/> 具体的な「在宅療養支援診療所(病院)」は文京区役所の「介護保険課」や「文京区医師会」でも情報が得られます。<br/> なお、協力医療機関の内「医療法人社団名開会 足立東クリニック」「医療法人社団同済会 えみクリニック東大前」が「在宅療養支援診療所」に該当します。<br/> 医療機関はお客様に任意でご選択いただけます。「(在宅)定期訪問診療」についての詳しい内容(診療内容、費用等)は、当該各医療機関にお問い合わせの上、ご相談、ご契約をお願いします。</p> |          |  |              |    |

介護保険加算サービス等

|                       |                             |
|-----------------------|-----------------------------|
| 個別機能訓練加算              | あり                          |
| 夜間看護体制加算              | あり                          |
| 看取り介護加算               | あり(Ⅱ)                       |
| 協力医療機関連携加算            | 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) 要支援のみサービス提供体制強化加算Ⅰを算定 |
| 介護職員等処遇改善加算           | あり(Ⅰ)                       |
| 入居継続支援加算              | あり(Ⅰ)                       |
| 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                          |
| A D L維持等加算            | あり                          |
| 科学的介護推進体制加算           | あり                          |
| 高齢者施設等感染対策向上加算        | なし                          |
| 生産性向上推進体制加算           | あり(Ⅰ)                       |
| 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                          |
| 退去時情報提供加算             | あり                          |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施     | あり                          |

|                             |              |
|-----------------------------|--------------|
| 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              | あり           |

入居に当たっての留意事項

|                  |   |   |
|------------------|---|---|
| 入居の条件            | 年齢  | 65歳以上   |
|                  | 要介護度  | 要介護認定の要支援、要介護の方、自立の方  |
|                  | 医療的ケア   | 「施設で対応できる医療的ケアの内容」欄参照<br>常時医療機関等において治療を必要としない方                                    |
|                  | 認知症   | 可、著しい自傷他害の恐れがない方  |
|                  | その他   | ・入居契約書、管理規定等の内容を了承し、複数入居者による共同生活を営むことに概ね支障がない方<br>・入居契約に定めることを承諾し、事業者の運営方針に賛同できる方 |
| 身元引受人等の条件、義務等    | <p>1. 身元引受人は、入居契約に基づく入居者のホームに対する債務について、入居者と連携して履行の責を負うとともに、ホームが管理規定に定めるところに従い、ホームと協議し、必要なときは入居者の身柄を引き取るものとします。</p> <p>2. 原則として入居者の配偶者は身元引受人になることはできません。</p> <p>3. ホームは、入居者の生活において必要な場合には、身元引受人への連絡・協議等に努めるものとします。</p> <p>4. ホームは、入居者が要介護状態等にある場合には、入居者の生活及び健康状態ならびにサービスの提供状況等を定期的に身元引受人に連絡するものとします。</p> <p>5. 身元引受人は入居者がお亡くなりになられた場合の遺体及び遺留金品の引受けを行うものとします。</p> <p>6. ホームは、身元引受人が1名では履行しかねると判断した場合には、複数の身元引受人を要求できるものとします。</p> <p>7. 身元引受人がお亡くなりになられたとき、または身元引受人を変更・追加するときは遅滞なくホーム所定の変更届にてホームに通知するものとします。</p> <p>8. 入居者が身元引受人を選定できない場合、ホームは成年後見制度または任意後見契約等を説明し、誠意を持って対応するものとします。</p> |   |
| 体験入居             | 利用期間  | 原則7泊8日  |
|                  | 利用料金  | 1泊16,500円<br>(宿泊代・食事代・介護サービス料・消費税込み)  |
|                  | その他   | 介護保険の適用はございません。原則お一人1回まで。   |
| 入院時の契約の取扱い       | <p>入院が長期にわたった場合でも入居契約が存続しますので、退院後は入院前の居室に戻ることができます。</p> <p>長期契約の方は、管理費と厨房運営費のみがかかります。</p> <p>月払い契約の方は、家賃相当額の費用と管理費・厨房運営費がかかります。</p>   |   |
| 高齢者虐待防止のための取組の状況 | 虐待防止対策検討委員会の定期的な開催  | (年 4 回)   |
|                  | 定期的な研修の実施   | (年 2 回)   |
|                  | 担当者の役職名   | 支配人   |
|                  | 身体的拘束等適正化検討委員会の開催   | (年 4 回)   |
|                  | 定期的な研修の実施   | (年 2 回)   |
|                  | 緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為(身体的拘束等)を行うこと  | なし  |
|                  | 身体的拘束を行う場合の様態及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録   | なし  |

|                       |   |  |
|-----------------------|---|--|
| 身体的拘束等の適正化のための取組の状況   | やむを得ず身体拘束を行う場合の手続   | <p>入居者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他入居者の行動を制限しません。ただし、緊急やむを得ず身体拘束を行う場合は、その状態及び時間、その際の入居者の心身状況、緊急やむを得なかった理由を記録し、2年間保存します。ご家族の要求がある場合及び監督機関等の指示等がある場合には、これを開示します。</p> <p>【緊急やむを得ず身体拘束を行う場合】</p> <p>①切迫性：本人または他入居者の生命・身体が危険にさらされる可能性が著しく高い場合</p> <p>②非代替性：身体拘束その他行動制限を行う以外に代替する介護方法がない場合</p> <p>③一時性：身体拘束その他行動制限が一時的なものである場合</p> <p>上記①～③に該当するか「身体拘束廃止委員会」で検討する。</p> <p>【手続き】</p> <p>①本人・家族への説明・同意<br/>身体拘束の内容、目的、時間、期間を文章で説明し、同意を得る。身体拘束の間中も経過観察・再検討記録の情報を本人・家族へ明示する。</p> <p>②記録<br/>入居者の心身状況、条件の該当する状況、身体拘束の内容、時間等の記載をし、記録は2年保管する。</p> <p>③最小限の実施・早期の解除<br/>身体拘束を実施している期間のモニタリングの徹底、要件に該当するかの再検討、定期的なケアカンファを実施し、入居者の状態・解除方法の検討を行う。</p> |
| 業務継続計画の策定状況等          | 職員に対する周知の実施   | あり   |
|                       | 定期的な研修の実施   | (年 2 回)  |
|                       | 定期的な訓練の実施   | (年 2 回)  |
|                       | 定期的な業務継続計画の見直し  | あり   |
| 事業者からの契約解除            | <p>(事業者による契約解除)</p> <p>1. 事業者は、入居者が次に掲げる事項のいずれかに該当し、かつそのことが本契約をこれ以上将来に渡って維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合には、本契約を解除することができるものとします。</p> <p>①入居者による費用又は料金の支払いが、2ヶ月以上遅延し、催告にもかかわらず、これが支払われない場合。</p> <p>②入居者が正当な理由なく契約開始日までに入居金を支払わなかった場合。</p> <p>③入居申込書及び入居に必要な書類に虚偽の記載をし、又は故意に不利益となる事実を告知しない等の不正手段により、事業者との信頼関係に支障をきたした場合。</p> <p>④入居者又は身元引受人、ご家族その他ご関係者が、法令及び本契約の条項に違反し、事業者が改善の見込みがないと判断した場合。</p> <p>⑤入居者の行動が事業者、その従業者又は他のお客様の生命、身体、財産もしくは信用を傷つけ、事業者がこの行動を防止できないと判断した場合。</p> <p>⑥地震等の天災、関係法令の改変、その他止むを得ない事情によって継続的なホーム運営が困難になった場合。</p> <p>⑦前各号の他、入居者、そのご家族又は身元引受人と事業者との信頼関係に支障をきたし、その回復が困難であり、事業者が適切なサービスの提供を継続できないと判断した場合。</p> <p>2. 事業者は、前項に基づき本契約を解除するためには、次に掲げる手続を経るものとします。</p> <p>①前項第①号に基づく解除は、原則として3ヶ月間の催告期間を要するものとします。</p> <p>②前項第②号から第⑦号に基づく解除は、催告期間を要せず、直ちに解除することができるものとします。但し、この場合には、事業者は、入居者及び身元引受人と協議の場を設け、誠実に協議することにより、本契約を解除するか否かを慎重に決定するものとします。</p> <p>③入居者の移転先の有無について確認し、移転先がない場合には入居者、そのご家族、身元引受人又は関係機関と協議し、移転先の確保について協力するものとします。</p> <p>④前項第⑤号及び第⑦号の規定に基づく本契約の解除の場合には、前各号の手続に加え、医師の意見を聴くものとします。</p> |  |
| 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           |   |  |

|                               |             |  |              |                   |                |       |       |       |       |
|-------------------------------|-------------|--|--------------|-------------------|----------------|-------|-------|-------|-------|
| その他の居室の変更                     |             | あり   |              |                   |                |       |       |       |       |
|                               | 判断基準・手続     | ご利用者の身体的状況により居室移動をされた方が適切な介護・看護支援が出来る<br>と判断した場合、経過観察期間を設けた上、医師の助言を得て、ご本人・身元<br>引受人への説明・同意を得て行います。 |              |                   |                |       |       |       |       |
|                               | 利用料金の変更     | 居室タイプが同タイプの場合：なし<br>居室タイプが異なる場合：あり   |              |                   |                |       |       |       |       |
|                               | 入居一時金の調整    | 居室タイプが同タイプの場合：なし<br>居室タイプが異なる場合：あり   |              |                   |                |       |       |       |       |
|                               | 従前居室との仕様の変更 | 居室タイプが同タイプの場合：なし<br>居室タイプが異なる場合：あり   |              |                   |                |       |       |       |       |
| 他のホームへの転居                     |             | あり (株)ハイメディックが運営する有料老人ホーム  |              |                   |                |       |       |       |       |
|                               | 判断基準・手続     | ご利用者の身体的状況により居室移動をされた方が適切な介護・看護支援が出来る<br>と判断した場合、経過観察期間を設けた上、医師の助言を得て、ご本人・身元<br>引受人への説明・同意を得て行います。 |              |                   |                |       |       |       |       |
|                               | 利用料金の変更     | 居室タイプが同タイプの場合：なし<br>居室タイプが異なる場合：あり   |              |                   |                |       |       |       |       |
|                               | 入居一時金の調整    | 居室タイプが同タイプの場合：なし<br>居室タイプが異なる場合：あり   |              |                   |                |       |       |       |       |
|                               | 従前居室との仕様の変更 | 居室タイプが同タイプの場合：なし<br>居室タイプが異なる場合：あり   |              |                   |                |       |       |       |       |
| 苦情対応窓口                        |             |  |              |                   |                |       |       |       |       |
| 窓口の名称 1                       |             | 当該ホーム窓口 (トラストガーデン本郷) 生活相談員   |              |                   |                |       |       |       |       |
|                               | 電話番号        | 03-5805-7420   |              |                   |                |       |       |       |       |
|                               | 対応時間        | 9:00 ~ 18:00 ( 曜日不問 )  |              |                   |                |       |       |       |       |
| 窓口の名称 2                       |             | 本社窓口 渉外担当  |              |                   |                |       |       |       |       |
|                               | 電話番号        | 03-5354-6081   |              |                   |                |       |       |       |       |
|                               | 対応時間        | 9:00 ~ 17:00 ( 平日 )  |              |                   |                |       |       |       |       |
| 窓口の名称 3                       |             | 文京区 介護保険課  |              |                   |                |       |       |       |       |
|                               | 電話番号        | 03-5803-1389   |              |                   |                |       |       |       |       |
|                               | 対応時間        | 9:00 ~ 17:00 ( 平日 )  |              |                   |                |       |       |       |       |
| 賠償責任保険の加入                     |             | あり 保険の名称：賠償責任保険 (損害保険ジャパン株式会社)   |              |                   |                |       |       |       |       |
| 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： 87.8 歳   | 入居者数合計： 99 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                         |             |  |              |                   |                |       |       | 2     | 1     |
| 65歳以上75歳未満                    |             |  | 1            |                   | 1              |       | 0     | 1     | 1     |
| 75歳以上85歳未満                    |             | 0  | 1            | 1                 | 2              | 2     | 4     | 4     | 2     |
| 85歳以上                         |             | 2  | 8            | 5                 | 14             | 12    | 10    | 16    | 9     |
| 合計                            |             | 2  | 10           | 6                 | 17             | 14    | 14    | 23    | 13    |
| 入居継続期間別入居者数                   |             |  |              |                   |                |       |       |       |       |
| 入居期間                          | 6月未満        | 6月以上<br>1年未満   | 1年以上<br>5年未満 | 5年以上<br>10年未満     | 10年以上<br>15年未満 | 15年以上 | 合計    |       |       |
| 入居者数                          | 9           | 14   | 46           | 24                | 4              | 2     | 99    |       |       |
| 男女別入居者数                       |             | 男性： 17 人   |              |                   | 女性： 82 人       |       |       |       |       |
| 入居率 (一時的に不在となっている者を含む。)       |             |  |              | 84 % (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                | 5  | その他の福祉施設・高齢者住宅等へ転居 |    |
| 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）へ転居 |    | 医療機関への入院           | 2  |
| 介護老人保健施設へ転居            |    | 死亡                 | 20 |
| 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           | 2  | 退去者数合計             | 29 |

## 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   |        |        |
| 長期プラン  | ABCタイプ      | 91歳以上    | 21,100,000円 | 348,750円 | 0      | 159,500 | 99,000 | 90,250 | 管理費に含む |
|        |             | 88~90    | 26,400,000円 | 348,750円 | 0      | 159,500 | 99,000 | 90,250 | 管理費に含む |
|        |             | 85~87    | 31,600,000円 | 348,750円 | 0      | 159,500 | 99,000 | 90,250 | 管理費に含む |
|        |             | 80~84    | 36,900,000円 | 348,750円 | 0      | 159,500 | 99,000 | 90,250 | 管理費に含む |
|        |             | 75~79    | 42,200,000円 | 348,750円 | 0      | 159,500 | 99,000 | 90,250 | 管理費に含む |
|        |             | 70~74    | 47,500,000円 | 348,750円 | 0      | 159,500 | 99,000 | 90,250 | 管理費に含む |
|        |             | 69       | 52,800,000円 | 348,750円 | 0      | 159,500 | 99,000 | 90,250 | 管理費に含む |
|        |             | 68       | 58,000,000円 | 348,750円 | 0      | 159,500 | 99,000 | 90,250 | 管理費に含む |
|        |             | 67       | 63,300,000円 | 348,750円 | 0      | 159,500 | 99,000 | 90,250 | 管理費に含む |
|        |             | 66       | 68,600,000円 | 348,750円 | 0      | 159,500 | 99,000 | 90,250 | 管理費に含む |
| 65歳以下  | 73,900,000円 | 348,750円 | 0           | 159,500  | 99,000 | 90,250  | 管理費に含む |        |        |
| 長期プラン  |             | 91歳以上    | 21,100,000円 | 368,220円 | 0      | 178,970 | 99,000 | 90,250 | 管理費に含む |
|        |             | 88~90    | 26,400,000円 | 368,220円 | 0      | 178,970 | 99,000 | 90,250 | 管理費に含む |
|        |             | 85~87    | 31,600,000円 | 368,220円 | 0      | 178,970 | 99,000 | 90,250 | 管理費に含む |
|        |             | 80~84    | 36,900,000円 | 368,220円 | 0      | 178,970 | 99,000 | 90,250 | 管理費に含む |
|        |             | 75~79    | 42,200,000円 | 368,220円 | 0      | 178,970 | 99,000 | 90,250 | 管理費に含む |



| 前払金の取扱い               |   |
|-----------------------|---|
| 支払日・支払方法              | 入居に際して、入居者は重要事項説明書及び管理規定に定める入居一時金を、契約開始日までに事業者にお支払い頂きます。  |
| 償却開始日                 | 契約開始日   |
| 返還対象としない額             | あり 長期プランの場合 入居一時金の15%<br>月払プランの場合 なし  |
|                       | 位置づけ 想定居住期間内に退去した場合、想定居住期間を超えて入居継続した入居者の家賃等に充当  |
| 契約終了時の返還金の算定方式        | <p>(1) 月次償却 = (入居一時金 - 非返還対象分) ÷ 入居一時金償却期間(月数) (小数点以下切捨て)<br/>月次償却日割分 = 月次償却 ÷ 30 (小数点以下切捨て)</p> <p>(2) 端数精算金 = 入居一時金 - 月次償却 × 入居一時金償却期間(月数)<br/>※端数精算金は、償却期間開始月に充当するものとします。</p> <p>(3) 返還金 = (入居一時金 - 非返還対象分) - {(月次償却日割分 × 入居日からその月の末日までの日数) + (月次償却 × 入居翌月から退去前月までの月数) + (月次償却日割分 × 退去月初日から退去日までの日数)}<br/>- 端数精算金 「入退去月は日割り精算」</p>   |
| 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  |
|                       | <p>入居日から起算して3ヶ月以内において契約が終了した場合は、上記の規定にかかわらず、以下の方法で返還金を算出します。</p> <p>(入居一時の返還)<br/>目的施設の1日当りの利用料 = 月払いプラン1ヵ月の家賃相当額 × 0.85 ÷ 30 (小数点以下切捨て)<br/>返還金 = 受領済の入居一時金 - (居室明け渡し日までの利用日数 × 目的施設の1日当りの利用料) - 通常の使用に伴い生じた居室損耗を除く現状回復費用</p> <p>(月額利用料の返還)<br/>目的施設の月額利用料1日分 = 月額利用料 (上乗せ介護費 + 食費 + 管理費) ÷ 30<br/>返還金 = 受領済の月額利用料 - (居室明け渡し日までの利用日数 × 目的施設の月額利用料1日分)</p> <p>別途、介護保険一割、二割または三割負担分はご負担いただきます。</p> |
| 返還期限                  | 契約終了日から 90日以内   |
| 保全措置                  | あり 保全先：株式会社りそな銀行（入居一時金信託契約）   |
| その他留意事項               | 株式会社ハイメディックが入居者より受領した入居一時金は、あらかじめ契約で定めた予定償却期間のうち残存する額又は五百万円のいずれか低い金額について、株式会社ハイメディックがりそな銀行の信託による保全措置を行います。  |
| 月額利用料の取扱い             |   |
| 支払日・支払方法              | 入居契約書に定めます  |
| その他留意事項               | 特になし  |

(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 | 66,360  | 6,636  |
| 要支援2 | 113,400 | 11,340 |
| 要介護1 | 196,160 | 19,616 |
| 要介護2 | 220,230 | 22,023 |
| 要介護3 | 245,740 | 24,574 |
| 要介護4 | 269,080 | 26,908 |
| 要介護5 | 294,240 | 29,424 |

| 加算の種類          | 算定    | 備考    |
|----------------|-------|-------|
| 個別機能訓練加算       | あり    |       |
| 夜間看護体制加算       | あり    | 要介護のみ |
| 看取り介護加算        | なし    | 対象者のみ |
| 協力医療機関連携加算     | あり(I) |       |
| 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    |       |
| 入居継続支援加算       | あり    |       |
| 生活機能向上連携加算     | あり    |       |
| 若年性認知症入居者受入加算  | あり    | 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    |       |
| 高齢者施設等感染対策向上加算 | なし    |       |
| 生産性向上推進体制加算    | なし    |       |
| 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     | なし    | 対象者のみ |
| 退去時情報提供加算      | なし    | 対象者のみ |
| 介護職員等処遇改善加算    | 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

- (1) ホーム所在地の自治体が発表する消費者物価指数、人件費等、関連法令等の改正及び運営懇談会の意見を勘案するもの  
とします。
- (2) 改定に際して、事業者は入居者及び身元引受人に対して、事前に告知するものとします。

【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 | 長期プランABCタイプ (80~84歳) |            |         |
|        |                      |            | 単位：円    |
| 入居準備費用 | 敷金                   | 前払金        | 月額利用料   |
| 0      | 0                    | 33,900,000 | 348,750 |

※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 | 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

説明年月日

年 月 日

説明者職・氏名

職

署名

介護サービス等の一覧表

|                      | 自立                |   | 要支援1・2                   |  | 要介護1～5                   |  |
|----------------------|-------------------|---|--------------------------|--|--------------------------|--|
|                      | 一時金及び月額利用料を含むサービス | その都度徴収するサービス  | 介護保険給付、一時金及び月額利用料を含むサービス | その都度徴収するサービス   | 介護保険給付、一時金及び月額利用料を含むサービス | その都度徴収するサービス   |
| <介護サービス>             |                   |   |                          |  |                          |  |
| ○巡回                  |                   |   |                          |  |                          |  |
| ・昼間 6:00～21:00       | —                 | —   | 1回以上                     | —  | 1回以上                     | —  |
| ・夜間 21:00～6:00       | —                 | —   | 1回以上                     | —  | 1回以上                     | —  |
| ○食事介助                | —                 | —   | 必要に応じ見守りまたは介助            | —  | 必要に応じ見守りまたは介助            | —  |
| ○排泄介助                | —                 | —   | 必要に応じ誘導、見守りまたは介助         | —  | 必要に応じ誘導、見守りまたは介助         | —  |
| ○おむつ交換               | —                 | —   | 必要に応じ適宜                  | —  | 必要に応じ適宜                  | —  |
| ○おむつ代                | —                 | —   | —                        | 実費   | —                        | 実費   |
| ○入浴                  | —                 | —   | 週2回                      | 週3回以上の場合   | 週2回                      | 週3回以上の場合   |
| ・清拭                  | —                 | —   | —                        | 2,200円/1回  | —                        | 2,200円/1回  |
| ・介助                  | —                 | —   | —                        | 2,200円/1回  | —                        | 2,200円/1回  |
| ・特浴介助                | —                 | —   | —                        | 4,400円/1回  | —                        | 4,400円/1回  |
| ○身辺介助                |                   |   |                          |  |                          |  |
| ・体位交換                | —                 | —   | —                        | —  | 必要に応じ適宜                  | —  |
| ・居室からの移動             | —                 | —   | 必要に応じ見守りまたは介助            | —  | 必要に応じ見守りまたは介助            | —  |
| ・衣類の着脱               | —                 | —   | 必要に応じ見守りまたは介助            | —  | 必要に応じ見守りまたは介助            | —  |
| ・身だしなみ介助             | —                 | —   | 必要に応じ見守りまたは介助            | —  | 必要に応じ見守りまたは介助            | —  |
| ○機能訓練                | —                 | 7,150円/40分<br>10,725円/60分<br>※40分または60分を超える毎に<br>繰り上げて請求します       | 個別機能訓練計画<br>通り実施         | 計画を超える場合<br>7,150円/40分<br>10,725円/60分<br>※40分または60分を超える毎に<br>繰り上げて請求します          | 個別機能訓練計画<br>通り実施         | 計画を超える場合<br>7,150円/40分<br>10,725円/60分<br>※40分または60分を超える毎に<br>繰り上げて請求します          |
| ○通院介助(協力医療機関)        | ※1                | —   | 随時                       | —  | 随時                       | —  |
| ○通院介助(上記以外)          | ※1                | —   | ※1                       | 30分/看護職を除くスタッフ<br>1名に付2,200円<br>看護職3,300円<br>(交通費実費)<br>※30分を超える毎に<br>繰り上げて請求します | ※1                       | 30分/看護職を除くスタッフ<br>1名に付2,200円<br>看護職3,300円<br>(交通費実費)<br>※30分を超える毎に<br>繰り上げて請求します |
| ○緊急時対応               |                   |   |                          |  |                          |  |
| ・緊急コール               | 24時間対応            | —   | 24時間対応                   | —  | 24時間対応                   | —  |
| ○アクティビティ※2           | 施設全体に提供する物        | 実費  | 施設全体に提供する物               | 実費   | 施設全体に提供する物               | 実費   |
| <生活サービス>             |                   |   |                          |  |                          |  |
| ○居室清掃                | 週2回               | 3回以上1,320円/1回   | 週2回                      | 3回以上1,320円/1回  | 週2回                      | 3回以上1,320円/1回  |
| ○リネン交換※3             | 週1回               | 2回以上1,320円/1回   | 週1回                      | 2回以上1,320円/1回  | 週1回                      | 2回以上1,320円/1回  |
| ○日常の洗濯               | —                 | クリーニングは実費   | 週2回                      | クリーニングは実費  | 週2回                      | クリーニングは実費  |
| ○本人希望による居室配膳・下膳      | 事業者が必要と判断した場合     | 990円/1回   | 事業者が必要と判断した場合            | 990円/1回  | 事業者が必要と判断した場合            | 990円/1回  |
| ○嗜好に応じた特別食           | —                 | 別途、ご相談  | —                        | 別途、ご相談   | —                        | 別途、ご相談   |
| ○理美容                 | —                 | 実費  | —                        | 実費   | —                        | 実費   |
| ○外出時の同行              | —                 | 30分/スタッフ<br>1名に付1,320円<br>(交通費実費)<br>※30分を超える毎に<br>繰り上げて請求します     | —                        | 30分/スタッフ<br>1名に付1,320円<br>(交通費実費)<br>※30分を超える毎に<br>繰り上げて請求します                    | —                        | 30分/スタッフ<br>1名に付1,320円<br>(交通費実費)<br>※30分を超える毎に<br>繰り上げて請求します                    |
| ○買物代行<br>(通常の利用区域)※4 | 週1回指定日            | 2回以上30分/スタッフ<br>1名に付1,320円<br>(交通費実費)<br>※30分を超える毎に<br>繰り上げて請求します | 週1回指定日                   | 2回以上30分/スタッフ<br>1名に付1,320円<br>(交通費実費)<br>※30分を超える毎に<br>繰り上げて請求します                | 週1回指定日                   | 2回以上30分/スタッフ<br>1名に付1,320円<br>(交通費実費)<br>※30分を超える毎に<br>繰り上げて請求します                |
| ○買物代行<br>(上記以外の区域)※4 | —                 | 30分/スタッフ<br>1名に付1,320円<br>(交通費実費)<br>※30分を超える毎に<br>繰り上げて請求します     | —                        | 30分/スタッフ<br>1名に付1,320円<br>(交通費実費)<br>※30分を超える毎に<br>繰り上げて請求します                    | —                        | 30分/スタッフ<br>1名に付1,320円<br>(交通費実費)<br>※30分を超える毎に<br>繰り上げて請求します                    |

|                              | 自 立               |  | 要支援1・2                   |  | 要介護1～5                   |  |
|------------------------------|-------------------|--|--------------------------|--|--------------------------|--|
|                              | 一時金及び月額利用料に含むサービス | その都度徴収するサービス   | 介護保険給付、一時金及び月額利用料に含むサービス | その都度徴収するサービス   | 介護保険給付、一時金及び月額利用料に含むサービス | その都度徴収するサービス   |
| <介護サービス>                     |                   |  |                          |  |                          |  |
|                              | 一時金及び月額利用料に含むサービス | その都度徴収するサービス   | 介護保険給付、一時金及び月額利用料に含むサービス | その都度徴収するサービス   | 介護保険給付、一時金及び月額利用料に含むサービス | その都度徴収するサービス   |
| ○役所手続き代行※5                   | —                 | 30分／1,320円<br>(交通費実費)<br>※30分を超える毎に<br>繰り上げて請求します                                | —                        | 30分／1,320円<br>(交通費実費)<br>※30分を超える毎に<br>繰り上げて請求します                                | —                        | 30分／1,320円<br>(交通費実費)<br>※30分を超える毎に<br>繰り上げて請求します                                |
| ○金銭・預金管理                     | —                 | —  | ※6                       | —  | ※6                       | —  |
| <健康管理サービス>                   |                   |  |                          |  |                          |  |
| ○定期健康診断                      | 年2回               | —  | 年2回                      | —  | 年2回                      | —  |
| ○健康相談                        | 随時                | —  | 随時                       | —  | 随時                       | —  |
| ○服薬支援                        | 必要時に応じて実施         | —  | 随時                       | —  | 随時                       | —  |
| ○生活リズムの記録<br>(排便・睡眠等)        | 必要時に応じて実施         | —  | 随時                       | —  | 随時                       | —  |
| ○生活リズムの記録<br>(排便・睡眠等)        | 必要時               | —  | 随時                       | —  | 随時                       | —  |
| ○医師の往診                       | —                 | 実費   | —                        | 実費   | —                        | 実費   |
| <入退院時、入院中のサービス>              |                   |  |                          |  |                          |  |
| ○移送サービス                      | ※1                | —  | 随時                       | —  | 随時                       | —  |
| ○入退院時の同行<br>(協力医療病院)         | ※1                | —  | 随時                       | —  | 随時                       | —  |
| ○入退院時の同行<br>(上記以外)※5,7       | —                 | 30分／看護職を除くスタッフ<br>1名に付2,200円<br>看護職3,300円<br>(交通費実費)<br>※30分を超える毎に<br>繰り上げて請求します | —                        | 30分／看護職を除くスタッフ<br>1名に付2,200円<br>看護職3,300円<br>(交通費実費)<br>※30分を超える毎に<br>繰り上げて請求します | —                        | 30分／看護職を除くスタッフ<br>1名に付2,200円<br>看護職3,300円<br>(交通費実費)<br>※30分を超える毎に<br>繰り上げて請求します |
| ○入院中の洗濯物交換・買物※5,7            | —                 | —  | 週1回                      | 2回目以降及び協力医療機関以外<br>30分／スタッフ<br>1名に1,320円<br>(交通費実費)<br>※30分を超える毎に<br>繰り上げて請求します  | 週1回                      | 2回目以降及び協力医療機関以外<br>30分／スタッフ<br>1名に1,320円<br>(交通費実費)<br>※30分を超える毎に<br>繰り上げて請求します  |
| ○入院中の見舞い訪問※5,7               | —                 | —  | 週1回                      | 2回目以降及び協力医療機関以外<br>30分／スタッフ<br>1名に1,320円<br>(交通費実費)<br>※30分を超える毎に<br>繰り上げて請求します  | 週1回                      | 2回目以降及び協力医療機関以外<br>30分／スタッフ<br>1名に1,320円<br>(交通費実費)<br>※30分を超える毎に<br>繰り上げて請求します  |
| ○ご家族等の滞在<br>(リネン・ベッド・清掃代等)※8 | —                 | 1泊2日1名あたり3,080円  | —                        | 1泊2日1名あたり3,080円  | —                        | 1泊2日1名あたり3,080円  |
| <その他サービス>※9                  | —                 | 30分／スタッフ<br>1名に付1,320円<br>(交通費実費)※7<br>※30分を超える毎に<br>繰り上げて請求します                  | —                        | 30分／スタッフ<br>1名に付1,320円<br>(交通費実費)※7<br>※30分を超える毎に<br>繰り上げて請求します                  | —                        | 30分／スタッフ<br>1名に付1,320円<br>(交通費実費)※7<br>※30分を超える毎に<br>繰り上げて請求します                  |

**スタッフの手配状況により、お受けできない場合があります**

※1 緊急性がある場合のみ対応

※2 内容によって、事前にご了解を得て、別途費用のご負担をいただく場合があります。

※3 汚染等による交換は2回目以降でも無料となります

※4 入居者又は身元引受人は、原則として、購入を希望する物品を記載した書面をホームに提出して買い物代行を依頼します。

ホームは、依頼書を受けた入居者について、当該文書により依頼内容を確認し、承認する場合は遅滞なく買物を代行します。

ホームは、依頼された買物を終えた場合は、入居者又は身元引受人に報告し、これらの者に対し購入した物品を引き渡すものとします。

※5 原則はご家族にてお手配をお願い致します。やむを得ない場合に当社にて対応させて頂く場合の費用になります(交通費は別途実費負担)

※6 金銭・預金管理は行いませんが、立替金制がございます。

※7 協力医療機関は無料、協力医療機関以外は料金をいただきます。

※8 ご家族等が一時的にご入居者居室に滞在することができるサービスです。尚、食事は含まれません。お食事等は3日前までのお申込みで、実費分をいただきます。

また、ホスピスケアルームへご入居されている方のお看取りの際は無料となります。

※9 「その他サービス」は別途相談させていただきます。明らかに個人の嗜好、こだわり、希望等により対応が必要となる場合、上記の金額+実費分をいただきます。

個別でのご対応が定期的に必要な場合はその他サービスとして、上記の金額をいただきます。  
通常の環境整備を超える対応(衣替えや模様替え、片付け等)、定期的な個別対応のお散歩付き添い等は記載の料金を頂きます。

施設名：トラストガーデン本郷

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。                                      | ○<br>適合 | . | 不<br>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。            | ○<br>適合 | . | 不<br>適合 | 非<br>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。                      | ○<br>適合 | . | 不<br>適合 |                          |
| 4                                | 耐火建築物又は準耐火建築物であるか。  | ○<br>適合 | . | 不<br>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。                                | ○<br>適合 | . | 不<br>適合 |                          |
| 6                                | 【収容人員(従業員含む。)10人以上の施設】<br>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。                   | ○<br>適合 | . | 不<br>適合 | 非<br>該当                  |
|                                  |   |         |   |         | 年2回実施                    |
| 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。                           | ○<br>適合 | . | 不<br>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。  | ○<br>適合 | . | 不<br>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。  | ○<br>適合 | . | 不<br>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。                                   | ○<br>適合 | . | 不<br>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。  | ○<br>適合 | . | 不<br>適合 | 年2回実施                    |
| 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。                                  | ○<br>適合 | . | 不<br>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。   | ○<br>適合 | . | 不<br>適合 | 非<br>該当                  |
|                                  |   |         |   |         | 保室死:株式会社りそな銀行(入居一時金信託契約) |
| 14                               | 前払金について、全額を返還対象としているか。<br>(初期償却0の場合のみ「適」とする。)                             | ○<br>適合 | . | 不<br>適合 | 非<br>該当                  |
|                                  |   |         |   |         | 初期償却率:15%                |
| 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。 | ○<br>適合 | . | 不<br>適合 | 非<br>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。