

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 アミカノサトカメアリ アミカの郷亀有				
住宅の所在地	〒 121-0053 東京都足立区佐野1-9-3				
住宅へのアクセス	最寄駅	JR常磐線亀有駅			
	交通手段と所要時間	亀有駅北口バスターミナル4番のりばより有64系統または有65系統乗車、「足立郷土博物館」下車徒歩2分			
住宅の連絡先	電話番号	03-5849-7535			
	FAX番号	03-5849-7536			
	ホームページアドレス	https://kaigo.alsok.co.jp			
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	2020年 10月 1日 から 2041年 10月 31日 まで		
		抵当権	<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		
		敷地面積	1121.78 m ²		
	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	2020年 10月 1日 から 2041年 10月 31日 まで		
		抵当権	<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		
		建築物用途区分	重量鉄骨造	耐火構造	<input checked="" 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	1,612 m ²	うち、サ付き分	m ²	
	併設施設	所有関係	<input 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	から まで		
		抵当権	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
		自動更新	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
施設名称		提供されるサービスの種類	事業所の場所		
			<input type="checkbox"/> 同一建物内 <input type="checkbox"/> 同一敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地		
			<input type="checkbox"/> 同一建物内 <input type="checkbox"/> 同一敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地		
		<input type="checkbox"/> 同一建物内 <input type="checkbox"/> 同一敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地			
		<input type="checkbox"/> 同一建物内 <input type="checkbox"/> 同一敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地			
介護保険事業所番号(特定施設)	1372113322				
指定した自治体名	東京都				
指定年月日(初回)	2020年 10月 1日				
指定有効期限	2026年 9月 30日				
入居時の要件	<input type="checkbox"/> 介護専用型(要介護のみ) <input type="checkbox"/> 混合型(自立除く) <input checked="" 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	藤崎 愛香	役職名	管理者	
終身賃貸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(住宅の開業年月日)	2016年 11月 1日				

2. 事業主体

事業主体の名称	フリガナ アルソックカイゴカブシキガイシャ ALSOCK介護株式会社		
事業主体の主たる事務所の所在地	〒 330-0856 埼玉県さいたま市大宮区三橋二丁目795番地		
事業主体の連絡先	電話番号	048-631-3690	
	FAX番号	048-631-2110	
	ホームページアドレス	https://kaigo.alsok.co.jp	
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	熊谷 敬	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		
設立年月日	平成10年 1月		
事業主体が行っている主な事業等	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・部屋番号等	面積	18.00 m ²	定員	1名
入居契約の別（入居契約が賃貸借契約でない場合には、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	<input checked="" type="checkbox"/> 次の①又は②に該当する者である。 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	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		更新
	（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		更新
身元引受人の義務等	1.入居者は、入居時に身元引受人を立てるものとする。 2.本契約から生ずる入居者の事業者に対する債務につき極度額の範囲で連帯保証。 3.入居契約終了時の入居者の所有物および身柄の引き取り。 4.入居者の治療、入院に関する手配の協力。 5.入居契約終了時に入居者が生存していない場合の、返還金を受け取るための銀行口座の指定。 6.身元引受人には、入居者の利用料等の支払い状況や滞納金額・損害賠償の額等、入居者の全ての債務の額に関する情報を事業者に請求できる権利があるため、事業者は請求があった場合は当該情報を遅滞なく提供する。 ※身元引受人が上記義務の履行が困難になった場合には、入居者は新たな身元引受人を選定し、事業所に通知する。 ※詳しい内容については、「入居契約書」該当条項を参照。 ※連帯保証極度額 340万円				
契約解除の内容	入居契約第28条・第29条のとおり				
事業主体から解約を求める場合（終身建物賃貸借の場合のみ）	解約条項				
	解約予告期間	か月			
利用者からの解約・予告期間・連絡先	入居者は、事業者に対して、少なくとも30日前に解約の申し入れを行うことにより、本契約を解約することができます。解約の申し入れは事業者の定める解約届を事業者へ届け出るものとします。尚、30日分の管理費及び居室等利用料（家賃）を前払いすることにより、解約日前の退去を認めるものとします。 入居者が前項の解約届を提出しないで居室を退去した場合には、事業者が入居者の退去の事実を知った日の翌日から起算して30日目をもって本契約は解約されたものとします。（入居契約書第29条参照）				
契約解約時の連絡先	名称	アミカの郷亀有			
	電話番号	03-5849-7535			

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	45戸（登録申請対象戸数）		／		45人
居住部分の規模	（最小）	18.00 m ²		詳細については下記「設備の詳細」を参照	
	（最大）	18.00 m ²			
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	鉄骨	階数	3	うち、セキ分
竣工の年月日	2016年 9月 30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

		階	定員	面積	戸数	浴室の有無	台所の有無	収納の有無	備考
		タイプ				<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
介護居室	タイプ1	1-3階	1	18.00 m ²	45	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	タイプ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	
	タイプ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	
	タイプ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	
	タイプ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	
	タイプ6					<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7					<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8					<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		階	定員	面積	戸数	備考			
便所	共同便所	3 箇所	うち男女別	階 (箇所)					
			うち、男女共用	1-3階 (3箇所 (車いす等対応可能))					
浴室	居室	<input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部 <input checked="" type="checkbox"/> なし							
	個室	個浴	2 箇所	場所	2 階 (12所)、3階 (12所)	面積	22.30 m ²		
		併設施設との共用の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし						
	大浴槽	大浴槽	1 箇所	場所		面積	m ²		
		併設施設との共用の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし						
共同浴室	共同浴室における介護浴槽	3 箇所	場所	1階、2階、3階	面積	12.87 m ² (1階)			
			<input checked="" type="checkbox"/> 1 チェア浴						
			<input 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			面積	81.00 m ²			
	兼用	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	兼用設備			機能訓練室			
	併設施設との共用	<input type="checkbox"/> あり () <input checked="" type="checkbox"/> なし							
入居者や家族が利用できる調理設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし								
機能訓練室	場所	1 階			面積	81.00 m ²			
	兼用	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	兼用設備			食堂			
	併設施設との共用	<input type="checkbox"/> あり () <input checked="" type="checkbox"/> なし							
その他の共用設備									
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし								
	台数	1基	定員	ストレッチャー					
緊急呼出装置	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	消防署への届出日 (消防署名)			2019年 11月 日 (足立消防署)				
	防火管理者	藤崎 愛香							
	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. 従業者の勤務体制

2023年9月1日現在

従業者の人数									
職種	実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算	兼務状況等 (委託である場合はその旨を記入)	
		専従	非専従	専従	非専従				
管理者			1			1	0.5	高齢者向け住宅管理者	
生活相談員					2	2	1	計画作成担当者、介護職員	
看護職員(直接雇用)					2	2	2.2	機能訓練指導員	
看護職員(派遣)	1		1			2			
介護職員(直接雇用)			13		6	19	16.3	生活相談員	
介護職員(派遣)						0			
機能訓練指導員			1			1	0.3	看護職員	
計画作成担当者				1		1		生活相談員	
栄養士						0		委託	
調理員						0		委託	
事務員				1		1	0.5		
その他従業者						0			
1週間のうち、常勤職員が勤務すべき時間		40 時間							
介護職員の資格									
職種	実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算	備考	
		専従	非専従	専従	非専従				
社会福祉士									
介護福祉士			3		1	4			
実務者研修の修了者			1		1	2			
介護職員初任者研修の修了者			9		4	13			
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									
機能訓練指導員の資格									
職種	実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算	備考	
		専従	非専従	専従	非専従				
看護師又は准看護師			1			1			
理学療法士						0			
作業療法士						0			
言語聴覚士						0			
柔道整復師						0			
あん摩マッサージ指圧師						0			
はり師又はきゅう師						0			
管理者の資格		介護福祉士							
夜勤・宿直体制	時間帯	平均人数		最少時人数		備考			
		看護職員	介護職員	看護職員	介護職員				
		夜勤	16:30	~	9:30		人	2人	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		2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(※) 【表示事項】	<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							
	※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サービス提供体制(一般型(包括型)特定施設の場合、記入不要)	サービス付き高齢者向け住宅の職員数								
	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）										
管理者	他の職種との兼務		<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	兼務する職種		サービス付き高齢者向け住宅管理者			
	業務に係る資格等		<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	資格等の名称		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1年間の採用者数										
前年度1年間の退職者数										
就業に 応じ た事 職した 員た の経 人職 数年	1年未満	2	1	2	3					1
	1年以上 3年未満			5		1			1	
	3年以上 5年未満				1	1				
	5年以上 10年未満			6	2					
	10年以上									
従業者の健康診断の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし									

6. サービスの内容

サービス提供の方針、サービスの提供内容に関する特色		
<p>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。</p>		
介護保険対象サービスの種類・提供方法等		
サービスの種類	提供方法	提供者
状況把握 (安否確認)	毎日日中及び夜間において、各住戸に従業員が伺い安否の確認を行います。 ・場合によりご利用者様（ご家族様）とご相談の上必要に応じて行います。	自ら実施
生活相談	・日常生活を送る中で、お困りのこと、ご不安等について、従業員がご相談をお受けします。 ・健康相談等を必要に応じて行います。	自ら実施
緊急時対応	・24時間各住戸のベッドサイド、トイレ、浴室に設置してあるナースコールを押していただければ事務室及び住宅職員が携帯しているPHSにて通報を受信の上、従業員が駆けつけ必要な対応（ご家族への連絡、救急車の呼び出し等）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
居室清掃・洗濯等 家事援助	・週1回居室内の清掃を行います。（換気扇、エアコン等電子機器については、別途業者をご案内します。） ・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	・看護職員等により、血圧・脈拍・体温等の測定による健康状態の確認を行います。 ・年1回、提携以外の協力医療機関において定期健康診断を実施します。（実費） ・看護職員等により、健康相談をお受けします。	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
住宅で対応できる医療的ケアの内容		
胃ろう・腸ろう・IVH・点滴管理・ストーマ処置・インシュリン注射管理等医療行為が必要な場合は、協力医療機関との連携による対応が可能な場合があります。		
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 checked="" 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	介護に関わる職員体制 (介護・看護職員の比率等)	3 : 1
食事の提供サービス	<ul style="list-style-type: none"> ・食費は月単位での請求となります。 ・食費：月額56,670円 1日分1,889円（朝食573円、昼食658円、夕食658円 税込）1日3食で30日の場合で算出しております。 ※朝食・昼食・夕食は、軽減税率（8%）の対象です。 ・朝食は8：00-9：00、昼食は12：00-13：00、夕食は18：00-19：00 ・食事は、住宅内の厨房にて専属の調理員により調理いたします。 ・欠食の届出は3日前までとし、1食ごと（税込）の食費を減額、精算するものとします。 		株式会社日米クック
その他利用者の個別的な選択によるサービス提供			
週2回以上の居室清掃	あり		
週2回以上の買物等の代行	あり		
週3回以上の入浴介助	あり		

医療機関との連携・協力
(ご入居者は、連携・協力先医療機関等以外の医療サービスも、自由に選択することができます。)

医療支援 ※複数選択可		<input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配	
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い	
		<input checked="" type="checkbox"/> 3 通院介助	
		<input type="checkbox"/> 4 その他 ()	
協力医療機関	医療機関 1	名称	医療法人社団容生会 増田クリニック
		所在地	東京都足立区南花畑5-17-1 増田クリニック3F 住宅からの距離：約4.5*
		診療科目	外科・胃腸科・内科・小児科・肛門科・整形外科・リウマチ科・皮膚科等
		協力内容	訪問診療、往診、健康相談、入院支援、他医療機関への紹介など
	医療機関 2	名称	医療法人社団福寿会 福寿会病院
		所在地	東京都足立区梅田7-18-12 住宅からの距離：約5.4*
		診療科目	内科、外科
		協力内容	訪問診療、往診、健康相談、入院支援、他医療機関への紹介など
協力歯科医療機関	名称	医療法人社団桜栄会 綾瀬デンタルクリニック	
	所在地	東京都葛飾区小菅4-11-5 第9優和ビル1階 住宅からの距離：約4.0*	
	診療科目	歯科	
	協力内容	希望者への無料歯科診療（初回）、訪問診療、職員への口腔技術指導など	

7. 料金の請求及び支払方法

支払方式	<input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式 <input type="checkbox"/> 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 一部前払い方式 <input 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"/> 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 一部前払い一部月払い方式						
料金構造	前払金		<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし ※前払金は、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	円	期間	年/終身			
	算定方法	月額単価 (円) × 想定居住期間 (月) により算出					
	(説明)	月額単価の内容	家賃・共益費				
			サービス提供の対価				
		想定居住期間の算出根拠					
	支払日	(支払期日を記入)	支払方法				
	償却開始日	年 月 日 (入居契約書に定める償却開始日を記入)					
	契約終了時の返還金	円	算定方法	(短期解約ではない場合の返還金の算定方法を記入)			
	短期解約(死亡退去含む)の返還金の算定方式	金額	円	期間	か月	起算日	入居した日
		算定方法	(月額単価を明示した上で日割り計算で記入)				
	返還期限	(入居契約書に定める返還期限を記入)					
	前払金の保金先	<input type="checkbox"/> 連帯保証を行う銀行等の名称					
		<input type="checkbox"/> 信託契約を行う信託会社等の名称					
		<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:)							
敷金(非課税)		算定根拠					
金額	318,000 円	家賃の	4 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(税込)		算定根拠					
家賃(非課税)	79,500 円						
管理費(非課税)	67,000 円	水道光熱費含む。各居室の水道光熱費は、建物全体の水道光熱費から事務所及び共同利用設備で使用する水道光熱費を除いた額を全戸数で除した額					

料金構造	(介護保険外) 人員配置が手厚い場合の介護サービス費用	円	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	(介護保険外) 利用者の個別的な選択による介護サービス費用		算定根拠： 別添3「介護サービス等の一覧表」のとおり
	食費（税込）	56,670円	食材費、食事部門の人員費、設備、備品代 その他詳細は本紙（6.サービス内容）を参照してください。
	その他	円	
	合計	203,170円	
	支払日・支払方法	月払い費用のうち、家賃相当額および管理費については翌月分を前払いすることとし、食費・介護保険給付対象外費用・その他の費用については前月分を支払うものとして、これらを毎月27日までに口座引き落としの方法によりお支払いいただきます。	

入院等による不在時における利用料金（月払い）の取扱

外泊、入院等での不在時の利用料として居室等利用料（家賃）、管理費はお支払いいただきますが、提供されなかった食費は翌々月に精算し、選択サービス費は利用実績によりお支払いいただきます

自立の方

お客様が「自立」の状態、サービスをご希望される場合、上記月額利用料の他に、月額66,000円（税込）を、生活サポート費としてお支払い頂きます。

料金改定の条件及び手続き

（費用の改定）
事業者は、入居者が支払うべきその他の費用の額を改定することがあります。
費用の改定にあたっては、目的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員費等を勘案し、第8条に定める運営懇談会の意見を聴いたうえで改定するものとします。（以下省略。入居契約書第26条参照）

料金プラン（代表的なプランを2例）

		プラン1	プラン2	
入居者の状況	要介護度	要介護1	要介護5	
	自己負担割合	1割	1割	
	年齢	70歳	80歳	
居室の状況	床面積	m ²	m ²	
	浴室	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
	台所	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
	収納	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
入居時点で必要な費用	前払金	円	円	
	敷金（非課税）	円	円	
月額費用の合計（税込）		221,834円	232,421円	
家賃（非課税）		79,500円	79,500円	
管理費（水道光熱費含む、非課税）		67,000円	67,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護の費用（※1）	19,664円	29,251円	
	（※3） 介護保険外	上乗せ介護費用（※2）	円	円
		介護費用（選択サービス）	円	円
		食費（税込）	56,670円	56,670円
その他		円	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

(2023年9月1日現在)

入居者の状況 (冒頭に記した記入日現在)										
平均年齢		88 歳			入居者数合計 45 人					
介護度別・年齢別入居者数	年齢/介護度	自立	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
	65歳未満	0	0	0	0	0	0	0	0	
	65歳以上75歳未満	0	0	0	2	0	1	0	1	
	75歳以上85歳未満	0	1	0	3	2	2	1	2	
	85歳以上	1	1	1	2	7	11	4	5	
合計		1	2	1	6	6	13	8	7	
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	2	5	36					43	
男女別入居者数		男性: 10 人			女性: 35 人					
入居率(一時的に不在となっている者を含む。)		95.5 % (定員に対する入居者数)								
直近一年間に退去した者の人数と理由		退去者数の合計			6 人 (下記理由ごとの人数を合計したものと一致させる)					
		理由		人数(人)	理由		人数(人)			
		自宅・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)へ転居		3		その他の福祉施設・高齢者住宅等への転居		1		
		介護老人保健施設へ転居		0		医療機関(入院)		0		
		介護療養型医療施設へ転居		0		死亡		2		
有料老人ホーム(サ付き除く)への転居		0		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		(住宅) アミカの郷亀有 苦情相談窓口							
電話番号		03-5849-7635							
対応している時間	平日	0時	00分	~	24時	00分			
	土曜	0時	00分	~	24時	00分			
	日曜	0時	00分	~	24時	00分			
	祝日	0時	00分	~	24時	00分			
定休日		なし							
窓口の名称		(法人) ALSOK介護株式会社 苦情相談窓口							
電話番号		048-631-3690							
対応している時間	平日	8時	30分	~	17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							
窓口の名称		(区市町村) 足立区 苦情相談窓口							
電話番号		03-3880-5727							
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							
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

具体的な対応	本契約に基づき、生活支援サービス等を入居者に提供した場合に、万一、事故が発生し、入居者の生命・身体等に損害が生じた場合は、速やかに必要な対応及び措置(ご家族への連絡、救急車の呼び出し等)を行います。同時に東京都住宅政策本部及び保険者へ報告します。
--------	---

損害賠償責任保険の加入状況

<input checked="" type="checkbox"/> あり	(保険の名称及び加入先: 介護賠償責任保険 損害保険ジャパン)	<input type="checkbox"/> なし
--	---------------------------------	-----------------------------

10. その他の留意事項

外出・帰宅・訪問等			
外出・帰宅及びご家族様等の来訪等の時間制限はありません。なお、夜間の外出の際や外泊時は、事前に従業員へご連絡下さい。			
共用設備の利用について			
浴室	共用浴室をご使用される場合は、使用時間を事前にお知らせ下さい。		
機能訓練室	ご使用前は事前に従業員へお知らせください。		
やむを得ず身体拘束を行う場合の手続き			
<p>事業所は、サービス提供にあたっては、入居者または他の入居者の生命また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する行為（以下身体的拘束といいます。）を行いません。ただし、入居者または他の入居者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ず身体的拘束を行う場合には、事業者と入居者および身元引受人の合意のもと、以下の手続きにより行うこととします。</p> <p>(1) 身体拘束廃止委員会を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ります。</p> <p>(2) 状態が切迫性、非代替性、一時性のすべてを満たす場合でやむを得ないと判断した場合において、身体拘束の内容、目的・理由、時間、期間等を議事録に残し身体的拘束の手続きを行います。</p> <p>(3) 緊急やむを得ず身体的拘束を行う場合は、本人または身元引受人に身体拘束の内容、目的・理由、拘束の時間帯、期間等の詳細を説明し、理解を得られるよう努めるとともに、「緊急やむを得ない身体的拘束に関する説明書」（以下、説明書といいます。）に入居者および身元引受人より説明書に署名または記名押印をいただきます。</p> <p>(4) 緊急やむを得ず身体拘束を行う場合には、「身体拘束の解除に向けての経過観察記録」にその態様および時間、その際の入居者の心身の状況、緊急やむを得ない理由を記録します。また、具体的な記録情報を基に、職員間、家族等関係者間で直近の情報を共有し1ヶ月に1回以上は身体拘束の解除に向けて検討するとともに、要件を満たさない場合は、ただちに解除します。</p> <p>(5) 身体的拘束等の適正化のための指針を整備し、かつ介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を年に2回以上実施します。</p>			
入居希望者への事前の情報開示			
入居契約書のひな形	<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	財務諸表の要旨 (※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 type="checkbox"/> 公開していない
管理規程 (重要事項説明書)	<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	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 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 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	管理の方式	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 <input type="checkbox"/> 管理業務を委託	
	管理業務の委託先	登記する業務の内容(契約事項) 商号・名称又は氏名 フリガナ 住所(事務所所在地) 〒	
	修繕計画	計画期間の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 大規模修繕の実施予定 月頃実施予定 その他修繕の計画予定	
	運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> あり(開催頻度: 1年 1回) (開催内容等) 入居退去の状況及び収支報告、その他入居者、ご家族様との意見交換 <input type="checkbox"/> 以下の内容の代替措置により対応 (内容)	
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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第23条の規定により、届出が不要		
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	<input checked="" type="checkbox"/> あり 実施日 2019年11月 結果の開示 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> なし		
第三者による評価の実施状況	<input type="checkbox"/> あり 実施日 実施機関の名称 <input checked="" type="checkbox"/> なし		
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	基本方針及び都の「高齢者の居住安定確保計画」に沿って適切に運営します。		

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 ALSOK介護株式会社

所在地 埼玉県さいたま市大宮区三橋二丁目795番地

代表者名 代表取締役 熊谷 敬

㊟

説明者氏名

㊟

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。

（入居者）署名

㊟

（身元引受人）署名

㊟

役員名簿

(ふりがな) 氏名	役名等
くまがい たかし 熊谷 敬	代表取締役
かやき いくじ 栢木 伊久二	取締役
ひやくたけ なおき 百武 尚樹	取締役
すずき しんえつ 鈴木 紳悦	常務取締役
いしまる ひろあき 石丸 廣昭	常務取締役
かきもと けんいち 柿本 健一	取締役
うえむら こうぞう 上村 晃三	取締役
とべ よしあき 戸部 義明	取締役
かが はじめ 加賀 肇	取締役
なめかわ りか 滑川 理華	取締役
こひら まさひろ 古平 真大	取締役
たけだ あきよし 武田 明克	取締役
なかの しんいちろう 中野 慎一郎	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
<居宅サービス>				
訪問介護	有り	12	アマカ光が丘介護センター	練馬区春日町6-16-11
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	5	アマカの郷成増	板橋区三圓1-32-2
福祉用具貸与	無し			
特定福祉用具販売	無し			
<地域密着型サービス>				
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	有り	24	アマカ光が丘介護センター	練馬区春日町6-16-11
<居宅介護予防サービス>				
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	5	アマカの郷成増	
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			
<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	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			
<介護保険施設>				
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	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事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)
<基本(必須)サービス>					
状況把握(安否確認)		○		■	
・巡回 日中		○		■	
・巡回 夜間	(センサー対応)			(センサー対応)	
生活相談		○		■	
・巡回 夜間	(センサー対応)			(センサー対応)	
緊急時対応		○		■	
オンコール対応		○		■	
<介護サービス>					
食事介助		—		■	
排泄介助		—		■	
おむつ交換		—		■	
おむつ代・廃棄料		—	実費	—	実費
入浴(一般浴)介助		—	550円/回(税込)	■	週3回以上の場合 3,300円/回(税込)
清拭		—		■	週3回以上の場合 3,300円/回(税込)
特浴介助		—		■	週3回以上の場合 3,300円/回(税込)
身辺介助		—		■	
・体位交換		—		■	
・居室からの移動		—		■	
・衣類の着脱		—		■	
・身だしなみ介助		—		■	
機能訓練		—		■	
通院介助 (協力医療機関)		○		■	
通院介助 (上記以外)		—	3,300円/時間(税込)	—	3,300円/時間(税込)

介護サービス等の一覧表

区分 サービス	(自 立)		(要支援、要介護1～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)
<生活サービス>				
居室清掃	—	3,300円/回(税込)	○(週1回)	週2回以上の場合 3,300円/回(税込)
リネン交換	—		○(週1回)	週2回以上の場合 3,300円/回(税込)
日常の洗濯	—	1,650円/回(税込)	○(週2回)	週3回以上の場合 1,650円/回(税込)
居室配膳・下膳	—	550円/食(税込)	—	550円/食(税込)
嗜好に応じた特別食	—		—	
おやつ	—		—	
理美容	—	実費	—	実費
買物代行(通常の利用区域)	—	—	■	—
買物代行(上記以外の区域)	—	1,650円/30分(税込)	—	1,650円/30分(税込)
役所手続き代行	—	1,650円/30分(税込)	—	1,650円/30分(税込)
<健康管理サービス>				
定期健康診断	—	年1回以上実費	—	年1回以上実費
健康相談	○		○	
服薬支援	—		○	
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	—		○	
<入退院時・入院中のサービス>				
移送サービス	—	提携医療機関以外の場合 3,300円/時間(税込)	—	提携医療機関以外の場合 3,300円/時間(税込)
入退院時の同行(協力医療機関)	—		—	
入退院時の同行(上記以外)	—		—	
入院中の洗濯物交換・買物	—		—	
入院中の見舞い訪問	—		—	
<その他サービス>				
レクリエーション活動	—	材料費実費	—	材料費実費
生活サポート費(自立向け)	—	66,000円(税込) (備除・入浴・洗濯サービス)	—	

～基本料金～

(介護予防) 特定施設入居者生活介護 (地域別単価) 足立区 1級地 10.90 円

<基本サービス費> (30日換算)

特定施設入居者生活介護	要介護度	単位	総単位数	介護報酬 総額	利用者負担額 (月額)		
					【1割】	【2割】	【3割】
	要支援1	182	5,460	59,514円	5,952円	11,903円	17,855円
	要支援2	311	9,330	101,697円	10,170円	20,340円	30,510円
	要介護1	538	16,140	175,926円	17,593円	35,186円	52,778円
	要介護2	604	18,120	197,508円	19,751円	39,502円	59,253円
	要介護3	674	20,220	220,398円	22,040円	44,080円	66,120円
	要介護4	738	22,140	241,326円	24,133円	48,266円	72,398円
	要介護5	807	24,210	263,889円	26,389円	52,778円	79,167円

<加算> (現在算定できる加算に☑を付けています)

加算	加算の種類	算定単位	自己負担額			備考
			【1割】	【2割】	【3割】	
<input type="checkbox"/>	入居継続支援加算 (I)	36/日	40円	79円	118円	要介護のみ
<input type="checkbox"/>	入居継続支援加算 (II)	22/日	24円	48円	72円	
<input type="checkbox"/>	生活機能向上連携加算 (I)	100/月	109円	218円	327円	対象者のみ
<input type="checkbox"/>	生活機能向上連携加算 (II)	200/月	218円	436円	654円	
<input type="checkbox"/>	個別機能訓練加算 (I)	12/日	13円	26円	39円	対象者のみ
<input type="checkbox"/>	個別機能訓練加算 (II)	20/月	22円	44円	66円	
<input type="checkbox"/>	ADL維持等加算 (I)	30/月	33円	66円	99円	要介護のみ
<input type="checkbox"/>	ADL維持等加算 (II)	60/月	66円	131円	197円	
<input checked="" type="checkbox"/>	夜間看護体制加算	10/日	11円	22円	33円	要介護のみ
<input type="checkbox"/>	若年性認知症入居者受入加算	120/日	131円	262円	393円	対象者のみ
<input checked="" type="checkbox"/>	医療機関連携加算	80/月	88円	175円	262円	対象者のみ
<input checked="" type="checkbox"/>	口腔衛生管理体制加算	30/月	33円	66円	99円	全員
<input type="checkbox"/>	口腔・栄養スクリーニング加算 (I)	20/回	22円	44円	66円	対象者のみ
<input checked="" type="checkbox"/>	科学的介護推進体制加算	40/月	44円	88円	131円	全員
<input checked="" type="checkbox"/>	退院・退所時連携加算	30/日	33円	66円	99円	要介護のみ
<input checked="" type="checkbox"/>	看取り介護加算 (I)	72~1,280/日	79~1,396円	157~2,791円	236~4,186円	対象者のみ
<input type="checkbox"/>	看取り介護加算 (II)	572~1,780/日	624~1,941円	1,247~3,881円	1,871~5,821円	
<input type="checkbox"/>	認知症専門ケア加算 (I)	3/日	円	円	円	対象者のみ
<input type="checkbox"/>	認知症専門ケア加算 (II)	4/日	円	円	円	
<input type="checkbox"/>	サービス提供体制強化加算 (I)	22/日	24円	48円	72円	全員
<input type="checkbox"/>	サービス提供体制強化加算 (II)	18/日	20円	40円	59円	
<input type="checkbox"/>	サービス提供体制強化加算 (III)	6/日	7円	13円	20円	
<input checked="" type="checkbox"/>	介護職員処遇改善加算 (I)	所定単位数の8.2%を加算				
<input type="checkbox"/>	介護職員等特定処遇改善加算 (I)	所定単位数の1.8%を加算				
<input checked="" type="checkbox"/>	介護職員等特定処遇改善加算 (II)	所定単位数の1.2%を加算				
<input checked="" type="checkbox"/>	介護職員等ベースアップ等支援加算	所定単位数の1.5%を加算				

※備考欄記載の(対象者のみ)については次項別紙の加算算定条件を満たした場合に算定されます。また、新たに加算を算定する場合及びご入居者様の状況に応じて算定される加算については、算定を開始する際に別途加算同意書に署名捺印をいただきます。

減算						
<input type="checkbox"/>	身体拘束廃止未実施減算 (要支援1)	-18/日	-20円	-40円	-59円	
<input type="checkbox"/>	身体拘束廃止未実施減算 (要支援2)	-31/日	-34円	-68円	-102円	
<input type="checkbox"/>	身体拘束廃止未実施減算 (要介護1)	-54/日	-59円	-118円	-177円	
<input type="checkbox"/>	身体拘束廃止未実施減算 (要介護2)	-60/日	-66円	-131円	-197円	
<input type="checkbox"/>	身体拘束廃止未実施減算 (要介護3)	-67/日	-73円	-146円	-219円	
<input type="checkbox"/>	身体拘束廃止未実施減算 (要介護4)	-74/日	-81円	-162円	-242円	
<input type="checkbox"/>	身体拘束廃止未実施減算 (要介護5)	-81/日	-89円	-177円	-265円	
<input type="checkbox"/>	看護・介護職員が欠員の場合	所定単位数の70%で算定				

【指定特定施設入居者生活介護・指定介護予防特定施設入居者生活介護 加算算定要件】

◆入居継続支援加算	
(I)	①社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第1条各号に掲げる行為を必要とする者の占める割合が入居者の15%以上であること。 ②介護福祉士の数が、常勤換算方法で、入居者の数が6又はその端数を増すごとに1以上であること。
(II)	①社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第1条各号に掲げる行為を必要とする者の占める割合が入居者の5%以上15%未満であること。 ②介護福祉士の数が、常勤換算方法で、入居者の数が6又はその端数を増すごとに1以上であること。
◆生活機能向上連携加算	
(I)	①訪問・通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等や医師からの助言（アセスメント・カンファレンス）を受けることができる体制を構築し、助言を受けた上で、機能訓練指導員等が生活機能の向上を目的とした個別機能訓練計画を作成等すること。 ②理学療法士等や医師は、通所リハビリテーション等のサービス提供の場合又はICTを活用した動画等により、入居者の状態を把握した上で、助言を行うこと。
(II)	訪問・通所リハビリテーションの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が入居者宅を訪問して行う場合又は、リハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が訪問して行う場合に算定。
◆個別機能訓練加算	
(I)	①常勤専従の機能訓練指導員を1以上配置すること。（入居者が100名を超える場合は、常勤換算数で入居者÷100以上の機能訓練指導員を配置すること） ②機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員、その他の職種が共同して、入居者ごとに個別機能訓練計画を作成し、計画に基づき機能訓練を実施し、評価を行っていること。 ③開始時及び3月に1回以上入居者に個別機能訓練計画の内容を説明し、記録していること。
(II)	個別機能訓練加算（I）を算定している入居者について、個別機能訓練計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の実施に当たって当該情報その他機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用すること。
◆ADL維持等加算	
(I)	イ 入居者等（当該施設等の評価対象利用期間が6月を超える者）の総数が10人以上であること。 ロ 入居者等全員について、利用開始月と、当該月の翌月から起算して6月目（6月目にサービスの利用がない場合はサービスの利用があった最終月）において、BarthelIndexを適切に評価できる者がADL値を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省に提出していること。 ハ 利用開始月の翌月から起算して6月目の月に測定したADL値から利用開始月に測定したADL値を控除し、初月のADL値や要介護認定の状況等に応じた値を加えて得た値（調整済ADL利得）について、入居者等から調整済ADL利得の上位及び下位それぞれ1割の者を除いた者を評価対象入居者等とし、評価対象入居者等の調整済ADL利得を平均して得た値が1以上であること。
(II)	①ADL維持等加算（I）のイとロの要件を満たすこと。 ②評価対象入居者等の調整済ADL利得を平均して得た値が2以上であること。
◆夜間看護体制加算	
①看護責任者を定めた上で、常勤の看護師を1名以上配置し、看護師又は病院や看護ステーション等と連携して、24時間連絡体制を確保しておくこと。 ②必要に応じて健康上の管理などを行う体制を確保していること。 ③入居者が重度化した場合の対応を定めておき、入居時に、入居者又は家族に対して説明を行い、同意を得ていること。	
◆若年性認知症入居者受入加算	
受け入れた若年性認知症入居者ごとに個別の担当者を定め、その者を中心に当該入居者の特性やニーズに応じたサービスを提供していること。	
◆医療機関連携加算	
看護職員が、入居者ごとに健康の状況を継続的に記録している場合において、当該入居者の同意を得て、協力医療機関又は当該入居者の主治の医師に対して、当該入居者の健康の状況について月に1回以上情報を提供した場合に算定。	
◆口腔衛生管理体制加算	
①歯科医又は歯科医の指示を受けている歯科衛生士が、介護職員へ毎月1回以上口腔ケアに関わる技術的助言および指導をしていること。 ②歯科医又は歯科医の指示を受けている歯科衛生士の助言や指導に基づき、口腔ケア計画書を作成していること。	
◆口腔・栄養スクリーニング加算	
介護サービス事業所の従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに入居者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、当該情報を入居者を担当する介護支援専門員に提供していること。	
◆科学的介護推進体制加算	
①入居者ごとの、ADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況やその他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出していること。 ②必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。	
◆退院・退所時連携加算	
①特定施設入居者生活介護費を算定していること。（外部サービス利用型、短期利用を除く） ②病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院から、特定施設への入居であること。 ③医療提供施設の職員と面談等を行い、必要な情報の提供を受けた上で、特定施設サービス計画を作成し、利用に関する調整を行うこと。	

◆看取り介護加算	
(I)	①当該施設の看護職員、病院または診療所、指定訪問看護ステーションのいずれかの看護職員との連携で24時間連絡できる体制をとること。 ②看取りに関する指針を定め、施設入所の際に、入所者とご家族に看取りに関する定めた指針について内容の説明を行い、同意を得ること。 ③医師、看護職員、介護支援専門員、介護職員などが当該施設においての看取りについての協議を行い、指針について適宜見直すこと。 ④看取りに関しての職員研修を行うこと。 ⑤看取りケアは個室または静養室などを利用し、本人、ご家族、周囲の入所者に配慮すること。
(II)	(I) の算定要件に加え、看取り期において夜勤又は宿直により看護職員を配置していること。
◆認知症専門ケア加算	
(I)	①認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が入居者の50%であること。 ②認知症介護実践リーダー研修修了者を認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が20名未満の場合は1名以上、20名以上の場合には1に、当該対象者の数が19を超えて10又は満数を増すことに1を加えて得た数以上配置し、専門的な認知症ケアを実施していること。 ③当該事業所の従業員に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的開催していること。
(II)	①認知症専門ケア加算(I)の要件を満たし、かつ、認知症介護指導者養成研修修了者を1名以上配置し、事業所全体の認知症ケアの指導等を実施していること。 ②介護、看護職員ごとに認知症ケアに関する研修計画を作成し、実施又は実施予定であること。
◆サービス提供体制強化加算	
(I)	事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士70%以上又は勤続年数10年以上の介護福祉士25%以上であること。
(II)	事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士60%以上であること。
(III)	事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士50%以上又は常勤職員75%以上又は勤続7年以上30%以上であること。
◆介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	
	①キャリアパス要件の全て、及び職場環境等要件を満たしていること。 ②処遇改善計画を立案している、又はすでに処遇改善を行っており、適切に報告していること。 ③労働基準法・雇用保険法等の違反がないこと。 ④介護職員の処遇改善の内容、及び当該介護職員の処遇改善に要した費用を全ての職員に周知していること。
◆介護職員等特定処遇改善加算	
	①サービス提供体制強化加算(I)イ又は入居継続支援加算を算定していること。 ②介護職員処遇改善加算(Ⅰ)～(Ⅲ)のいずれかを算定していること。 ③処遇改善の内容を全ての職員に周知していること。 ④特定処遇改善加算に基づく取組について、ホームページへの掲載等により公表していること。 (Ⅰ) ①～④の全てを満たすこと。 (Ⅱ) ②～④の全てを満たすこと。
◆介護職員等ベースアップ等支援加算	
	①処遇改善加算(Ⅰ)～(Ⅲ)のいずれかを取得していること。 ②賃上げ効果の継続に資するよう、加算額の2/3は介護職員等のベースアップ等(※)に使用することを要件とする。 (※)「基本給」又は「決まって毎月支払われる手当」の引上げ

介護付有料老人ホーム アミカの郷 重度化した場合の対応に係る指針

1. 急性期における医師や医療機関との連携体制

介護付有料老人ホーム アミカの郷(以下「当施設」という)では、急性期のケアについては、訪問診療医、看護師、介護支援専門員、介護スタッフ等が連携し、入居者の症状を的確に把握するとともに、必要に応じて協力医療機関等の協力を得て、入院等の必要な処置を行います。

2. 入院期間中における居住に係る諸費用や食費の取り扱い

入院期間中は入居者に対して、契約書および重要事項説明書にて事前に説明し、同意を得た料金以外は徴収致しません。

3. 看取りに関する考え方

当施設では、入居者およびその家族が看取りに際して、当施設での生活を希望される場合、訪問診療医、看護師、介護支援専門員、介護スタッフ等が連携し、入居者の症状に応じて必要なケアサービスを提供するとともに、必要に応じて協力医療機関等の協力を得ながらケアを実施いたします。なお、入居者の症状について訪問診療医および協力医療機関の医師などが当ホームでの生活を継続することが難しいと判断した場合は、入居者およびその家族に説明をします。

4. 看取りに関する本人および家族への意思確認の方法

看取りに関するケアが必要な場合、訪問診療医、看護師、介護支援専門員、介護スタッフ等の連携のもと、入居者の症状や当施設で提供可能なサービス内容について計画作成し、本人およびその家族に対して説明、同意を求めます。また、どのような看取りに関するケアを望んでいるのかについて話し合い、本人および家族が望む生活が可能となるよう、当施設での生活の継続だけでなく、適切な医療機関への入院なども含めて幅広く検討し、本人およびその家族に選択して頂けるよう対応いたします。