

## 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 アミカノサトヒガシヤマト アミカの郷東大和				
住宅の所在地	〒 207-0032 東京都東大和市蔵敷1丁目433-1				
住宅へのアクセス	最寄駅	多摩都市モノレール線上台駅			
	交通手段と所要時間	徒歩16分			
住宅の連絡先	電話番号	042-590-3303			
	FAX番号	042-563-3585			
	ホームページアドレス	<a href="https://kaigo.alsok.co.jp">https://kaigo.alsok.co.jp</a>			
権原等	敷地	所有関係	<input type="checkbox"/> 所有権 <input type="checkbox"/> 地上権 <input checked="" type="checkbox"/> 賃借権 <input type="checkbox"/> 使用貸借による権利		
		期間	2021年11月1日から 2046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	2165.84 m <sup>2</sup>		
	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	2021年11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	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	2,414 m <sup>2</sup>	うち、サ付き分	m <sup>2</sup>	
	併設施設	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	年 月 日 から 年 月 日 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			
介護保険事業所番号(特定施設)	1374601308				
指定した自治体名	東京都				
指定年月日(初回)	2021年11月1日				
指定有効期限	2027年10月31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(自立疎く) <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	齋藤 源太郎	役職名	ホーム長	
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(住宅の開設年月日)	2021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1日			
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㎡	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60歳未満の親族 / 特別な理由により同居させる必要があると知事が認める者） （「高齢者」とは、60歳以上の者又は要介護認定若しくは要支援認定を受けている60歳未満の者をいう。）				
入居契約及び（介護予防）特定施設入居者生活介護利用契約の内容	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			
契約解除の内容	入居契約第28条・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	<p>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に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）</p>				
契約解約時の連絡先	名称	アミカの郷東大和			
	電話番号	042-590-3303			

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	69戸（登録申請対象戸数）		／ 69人		
居住部分の規模	（最小）	18.00㎡	詳細については下記「設備の詳細」を参照		
	（最大）	18.00㎡			
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	重量鉄骨造	階数	3	うち、サ付き分
竣工の年月日	2021年11月1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A	1階・2階・3階	1	18.00 m <sup>2</sup>	30	<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B	2階・3階	1	18.00 m <sup>2</sup>	2	<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C	1階・2階・3階	1	18.00 m <sup>2</sup>	3	<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D	1階・2階・3階	1	18.00 m <sup>2</sup>	31	<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E	1階・2階・3階	1	18.00 m <sup>2</sup>	3	<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					<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					<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					<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					<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					<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 か所	うち男女別	階 ( か所)						
			うち、男女共用	1階・2階・3階 (3か所 (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								
	個別浴室	6か所	場所	2階 (3か所), 3階 (3か所)	面積	30.34 m <sup>2</sup>				
		併設施設との共用の有無		<input type="checkbox"/> あり ( ) <input checked="" type="checkbox"/> なし						
	機械浴室	1か所	場所	1階	面積	10.57 m <sup>2</sup>				
		併設施設との共用の有無		<input type="checkbox"/> あり ( ) <input checked="" type="checkbox"/> なし						
	共同浴室	共同浴室における介護浴槽	1 か所	場所	1階	面積	10.57 m <sup>2</sup>			
				<input type="checkbox"/> 1 チェアー浴						
<input type="checkbox"/> 2 リフト浴										
<input checked="" type="checkbox"/> 3 ストレッチャー浴										
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, 2, 3 階		面積	348.42 m <sup>2</sup>					
	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 type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし									
機能訓練室	場所	1, 2, 3 階		面積	348.42 m <sup>2</sup>					
	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	15人	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)		2021年9月30日 (東京消防庁北多摩西部消防署)						
	防火管理者	齋藤 源太郎								
	避難訓練	消防署の指導のもと、年 2回実施 (うち1回は夜間想定)								

5. 従業員の勤務体制

従業員の人数									
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	1.0	生活相談員	
生活相談員			2			2	1	介護職	
看護職員(直接雇用)			1			1	1.8	機能訓練指導員	
看護職員(派遣)		1				2			
介護職員(直接雇用)		5		14		19	16.4		
介護職員(派遣)				3		3			
機能訓練指導員			1			1	0.1	看護職員	
計画作成担当者				1		1	1	生活相談員	
栄養士						0			
調理員						0			
事務員						0			
その他従業員				2		2	0.7	蒸練・清掃	
1週間のうち、常勤職員が勤務すべき時間		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						0		
介護福祉士		3	1	3		7	3.8	
実務者研修の修了者		1				1		
介護職員初任者研修の修了者		5	1	11		17	6.9	
介護支援専門員				1		1	1.0	
たん吸引等研修(不特定)						0		
たん吸引等研修(特定)						0		
資格なし				3		3		

  

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			3	0.2	
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
		夜勤		宿直		看護職員	介護職員	看護職員	介護職員	
		17:00	～	10:00	～	人	2人	人	1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】
	※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)	<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
	：
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	生活相談員			
	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
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 非 職 員 の 経 験 年 数	1年未満	1	1	5	17	1	1	1
	1年以上 3年未満							
	3年以上 5年未満							
	5年以上 10年未満							
	10年以上							
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

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。

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の機会を提供します。（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。

介護給付費算定に係る体制等（加算等）の種類

個別機能訓練加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
夜間看護体制加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
医療機関連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
看取り介護加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
入居継続支援加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
テクノロジーの導入（入居継続支援加算関係）	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
若年性認知症入居者受入加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
A D L維持等加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
科学的介護推進体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
口腔衛生管理体制加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
口腔・栄養スクリーニング加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
退院・退所時連携加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
認知症専門ケア加算	<input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> Ⅰ） <input type="checkbox"/> Ⅱ）	<input checked="" type="checkbox"/> なし
サービス提供体制強化加算	<input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> Ⅰ）イ <input type="checkbox"/> Ⅰ）ロ <input type="checkbox"/> Ⅱ） <input type="checkbox"/> Ⅲ）	<input checked="" type="checkbox"/> なし
介護職員処遇改善加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり（ <input checked="" type="checkbox"/> Ⅰ） <input checked="" type="checkbox"/> Ⅱ） <input checked="" type="checkbox"/> Ⅲ）	<input type="checkbox"/> なし
介護職員等特定処遇改善加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> Ⅰ） <input checked="" type="checkbox"/> Ⅱ）	<input type="checkbox"/> なし
介護職員等ベースアップ等支援加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
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・看護職員の配置率)	3 : 1
食事の提供サービス	・朝食は8:00~9:00、昼食は12:00~13:00、夕食は18:00~19:00 ・食費は1日分2,079円（朝食605円 昼食737円 夕食737円 税込）。1日3食で30日の場合で計算しております。 ・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。それを過ぎると減額いたしません。		委託先： HITOWAフードサービス株式会社
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		<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 ( )	
※複数選択可			
協力医療機関	医療機関 1	名称	医療法人社団 団喜会府中けやきクリニック
		所在地	住宅からの距離：約11 <sup>分</sup> 。 東京都府中市宮町1-22-6のぞみビル6階
		診療科目	内科
		協力内容	訪問診療
	医療機関 2	名称	
		所在地	住宅からの距離：約 *。
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称	医療法人社団新聖会けやき台歯科クリニック	
	所在地	住宅からの距離：約8 <sup>分</sup> 。 埼玉県所沢市緑町3-8-10	
	診療科目	歯科	
	協力内容	訪問診療	

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		
	※前払金とは、終身又は入居契約の期間にわたって受領すべき家賃等の全部又は一部を一括して受領する場合をいう。				
	金額	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(死亡退去を含む)の返還金の算定方式	金額	円	期間	か月	
	算定方法	(日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)				
前払金の保全先	<input type="checkbox"/> 連帯保証を行う銀行等の名称				
	<input type="checkbox"/> 債権回収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	算定根拠				
金額	300,000 円	家賃の	4 か月分		
※退去時に滞納家賃、居室の原状回復費用及び居室クリーニング費用を除き全額返還する。					
月額費用	算定根拠				
家賃	75,000 円				
管理費	68,000 円	各居室の水道光熱費を含む。各居室の水道光熱水費は、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			
食費	62,370円/月。 1日3食で30日の場合。(朝食605円 昼食737円 夕食737円 税込) 食費については8%(軽減税率)の消費税を負担いただきます。 ただし、1食当たり税抜単価が640円を超えた場合は標準税率の10%を負担していただきます。				
退去時のクリーニング費用	入居後3か月以上(入院期間は除く)経過した入居者が退居する際は、入居者の故意過失により生じた損耗・毀損の原状回復費用の有無にかかわらず、また居室の汚損の有無及び程度の如何を問わず、専門業者に清掃を依頼する費用として、32,450円(税込)を負担していただきます。				
介護費用(介護保険)	1ヶ月	30日の場合	※地域単価 10.54 円 ※給付率 90 % (1割負担の場合は90%、2割負担の場合は80%、3割負担の場合は70%)		
(1割負担の場合)					
	基本単位	加算	処遇改善加算		
	a	b	c		
			d=a+b+c		
	月額費用(円)	保険料単価(円)	自己負担額(円)		
	e=d×地域単価	f=e×給付率	g=e-f		
	小単位以下切捨て	小単位以下切捨て			
要支援1	5,460	80	520		
要支援2	9,330	80	885		
要介護1	16,140	80	1,525		
要介護2	18,120	80	1,710		
要介護3	20,220	80	1,909		
要介護4	22,140	80	2,089		
要介護5	24,210	80	2,283		
個別機能訓練加算	<input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> I) <input type="checkbox"/> II) <input checked="" type="checkbox"/> なし				
	※加算Ⅰ…12単位/日、加算Ⅱ…20単位/日				
夜間看護体制加算(10単位/日)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし      ※要介護者のみ				
医療機関連携加算(80単位/月)	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし      ※対象者のみ				
看取り介護加算(72~1,780単位/日)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし      ※対象者のみ				
入居継続支援加算	<input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> I) <input type="checkbox"/> II) <input checked="" type="checkbox"/> なし				
	※加算Ⅰ…36単位/日、加算Ⅱ…22単位/日				
生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> I) <input type="checkbox"/> II) <input checked="" type="checkbox"/> なし				
	※加算Ⅰ…100単位/日、加算Ⅱ…200単位/日				
認知症認知入居者実入加算(120単位/日)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし      ※対象者のみ				
ADL維持等加算	<input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> I) <input type="checkbox"/> II) <input checked="" type="checkbox"/> なし				
	※加算Ⅰ…30単位/日、加算Ⅱ…60単位/日				
科学的介護推進体制加算(40単位/月)	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
口腔衛生管理体制加算(30単位/月)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
口腔・栄養・スナック・飲み物(1) (100単位/月)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし      ※対象者のみ				

送迎・送所時運携加算 (30単位/日)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	※要介護者のみ、対象者のみ
認知症専門ケア加算	<input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> I ) <input type="checkbox"/> ( II ) )	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	※加算Ⅰ…3単位/日、加算Ⅱ…4単位/日	
サービス提供体制強化加算	<input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> I ) <input type="checkbox"/> ( II ) <input type="checkbox"/> ( III ) )	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	※加算Ⅰ…22単位/日、加算Ⅱ…18単位/日、加算Ⅲ…6単位/日	
介護職員処遇改善加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり ( <input checked="" type="checkbox"/> I ) <input type="checkbox"/> ( II ) <input type="checkbox"/> ( III ) )	<input type="checkbox"/> なし
	※加算Ⅰ…8.2%、加算Ⅱ…6.0%、加算Ⅲ…3.3%	
介護職員等特定処遇改善加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> I ) <input type="checkbox"/> ( II ) )	<input type="checkbox"/> なし
	※加算Ⅰ…1.8%、加算Ⅱ…1.2%	
介護職員等ベースアップ等支援加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

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

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

短期利用	1日当たり	円	利用料の算出方法
(介護保険外) 人員配置が手厚い場合の介護サービス費用		<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	算定根拠:
(介護保険外) 利用者の個別の選択による介護サービス費用			
食費		円	
光熱水費		円	
その他		円	
合計		円	
支払日・支払方法	毎月27日に請求分を指定口座より引き落としにて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)の取扱い

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月に清算し、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いただきます。

#### 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件費等を勘案し、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	18.00㎡	18.00㎡	
	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	300,000円	300,000円	
月額費用の合計(税込)		222,382円	230,888円	
サービス費用	家賃(非課税)	75,000円	75,000円	
	共益費(水道光熱費含む、非課税)	68,000円	68,000円	
	特定施設入居者生活介護の費用(※1)	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)	62,370円	62,370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

入居者の状況（冒頭に記した記入日現在）										
平均年齢		87歳		入居者数合計 50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	
介護度別・年齢別入居者数	65歳未満									
	65歳以上75歳未満							1		
	75歳以上85歳未満			1	5	3	2	4	2	
	85歳以上		1		8	8	6	7	2	
合計		0	1	1	13	11	8	12	4	
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	38	12					50		
男女別入居者数		男性: 13人			女性: 37人					
入居率(一時的に不在となっている者を含む。)		72.4% (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			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		2		他のサービス付き高齢者向け住宅への転居				
		介護老人福祉施設(特養等)へ転居				その他の福祉施設・高齢者住宅等への転居				
		介護老人保健施設へ転居				医療機関(入院)		2		
		介護療養型医療施設へ転居				死亡		4		
有料老人ホーム(サ付き除く)への転居				その他						

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) アミカの郷東大和
電話番号	042-590-3303
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 お客様相談室
電話番号	0120-294-774 048-631-3690
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) 東大和市 高齢介護課
電話番号	042-563-2111
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 介護相談窓口
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。 サービス提供上の事故により入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合、不可抗力による場合を除き賠償されま 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 損害保険ジャパン株式会社) <input type="checkbox"/> なし	

10. その他の置業事項

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) 身体拘束防止委員会を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的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>		
高齢者虐待防止の推進		
<p>事業所は、利用者の人権の擁護、高齢者虐待の防止および早期発見のための取り組みとして、以下の措置を講じるものとします。</p> <p>(1) 高齢者虐待防止のための指針を整備し、これを従業者に周知します。</p> <p>(2) 高齢者虐待防止委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知します。</p> <p>(3) 従業者に対し、高齢者虐待防止のための研修を定期的に行います。</p> <p>(4) 上記措置を適切に実施するための担当者を配置します。</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 type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない	
管理規程（重要事項説明書）	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない	
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	
	<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
	委託する業務の内容（契約事項）	
	管理業務の委託先	商号・名称又は氏名    フリガナ 住所（事務所所在地）    〒
	修繕計画	計画策定の有無 <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 その他計画的な修繕予定
運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> あり（開催頻度：          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          都度          結果の開示 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" 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
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>				
訪問介護	有り	30	訪問介護事業所あさがお足立	足立区南花畑2-5-17
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	有り	4	デイサービスセンター遊・西尾久	荒川区西尾久3-15-1
通所リハビリテーション	無し			
短期入所生活介護	有り	2	ショートステイみんなの家・西尾久	荒川区西尾久3-15-1
短期入所療養介護	無し			
特定施設入居者生活介護	有り	5	介護付有料老人ホームみんなの家・	西東京市芝久保町2-13-22
福祉用具貸与	有り	2	かたくり福祉用具城西センター	西東京市東町2-1-24
特定福祉用具販売	有り	2	かたくり福祉用具城西センター	西東京市東町2-1-24
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	無し			
夜間対応型訪問介護	無し			
認知症対応型通所介護	有り	2	認知症対応型デイサロンかたくりの里	大田区下丸子2-21-18
小規模多機能型居宅介護	有り	1	小規模多機能型居宅介護みんなの家・稲城長沼	稲城市東長沼1713-8
認知症対応型共同生活介護	有り	15	グループホームみんなの家・墨田	墨田区墨田4-8-12
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	有り	5	デイサービスかたくりの里 ひばりが丘	西東京市北町2-6-18
居宅介護支援	有り	24	居宅介護支援事業所あさがお足立	足立区南花畑2-5-17
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>				
介護予防訪問入浴介護	無し			
介護予防訪問看護	無し			
介護予防訪問リハビリテーション	無し			
介護予防居宅療養管理指導	無し			
介護予防通所リハビリテーション	無し			
介護予防短期入所生活介護	有り	1	居宅サービスに同じ	居宅サービスに同じ
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	居宅サービスに同じ	居宅サービスに同じ
介護予防福祉用具貸与	有り	2	居宅サービスに同じ	居宅サービスに同じ
特定介護予防福祉用具販売	有り	2	居宅サービスに同じ	居宅サービスに同じ
<b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b>				
介護予防認知症対応型通所介護	有り	2	地域密着型サービスに同じ	地域密着型サービスに同じ
介護予防小規模多機能型居宅介護	有り	1	地域密着型サービスに同じ	地域密着型サービスに同じ
介護予防認知症対応型共同生活介護	有り	15	地域密着型サービスに同じ	地域密着型サービスに同じ
介護予防支援	無し			
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>				
介護老人福祉施設	無し			
介護老人保健施設	無し			
介護療養型医療施設	無し			
介護医療院	無し			

介護サービス等の一覧表

区分 サービス	(自 立)		(要支援、要介護Ⅰ～Ⅴ区分)	
	生活支援サービスの基本料金に含むサービス	その都度徴収するサービス(料金を表示)	追加料金が発生しないもの 特定施設入居者生活介護のサービスに■ 前払金又は月額費用に含むサービスに○	その都度徴収するサービス(料金を表示)
<b>&lt;基本(必須)サービス&gt;</b>				
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	○		■	
緊急時対応	○		■	
オンコール対応	○		■	
<b>&lt;介護サービス&gt;</b>				
食事介助	—		■	
排泄介助	—		■	
おむつ交換	—		■	
おむつ代	—	実費	—	実費
入浴(一般浴)介助	—	550円/回	■	週3回以上の場合 3300円/回
清拭	—		■	週3回以上の場合 3300円/回
特浴介助	—		■	週3回以上の場合 3300円/回
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)	—	3300円/時間	—	3300円/時間
<b>&lt;生活サービス&gt;</b>				
居室清掃	—		■	
リネン交換	—		■	
日常の洗濯	—		■	
居室配膳・下膳	—	550円/食	—	550円/食
嗜好に応じた特別食	—		—	

## 介護サービス等の一覧表

サービス	区分	(自 立)		(要支援、要介護Ⅰ～Ⅴ区分)	
		生活支援サービスの基本料金に含むサービス	その都度徴収するサービス(料金を表示)	追加料金が発生しないもの 特定施設入居者生活介護のサービスに■ 前払金又は月額費用に含むサービスに○	その都度徴収するサービス(料金を表示)
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)		—	1650円/30分	—	1650円/30分
役所手続き代行		—	1650円/30分	—	1650円/30分
<b>&lt;健康管理サービス&gt;</b>					
定期健康診断		—	年1回実費	—	年1回実費
健康相談		○		■	
生活指導・栄養指導		○		■	
服薬支援		—		■	
生活リズムの記録(排便・睡眠等)		—		■	
<b>&lt;入退院時、入院中のサービス&gt;</b>					
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		—		—	
<b>&lt;その他サービス&gt;</b>					
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 (掃除・入浴・洗濯サービス)	—	

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

- 注1) 自立、要支援及び要介護状態区分に応じて(※)介護サービス等の一覧表を作成すること。  
※自立、要支援Ⅰ・Ⅱ、要介護Ⅰ～Ⅴと区分した場合は8区分となるが、一覧表を分かりやすくする観点から、一覧表上サービス内容が同じ表現である場合等は、適宜、複数の区分をまとめることとして差し支えない。
- 注2) 上記のサービスの項目については、少なくとも記載すべき事項を掲げており、住宅のサービス提供の状況等に応じ、適宜、項目の順序の変更、項目の追加等を行って差し支えないものであること。  
※住宅で行われるサービスは全て記載すること。
- 注3) 記入にあたっては、回数、費用負担を明らかにすること。
- 注4) 「その他サービス」欄は、上記以外のサービスを必要に応じて記入すること。



《別紙4》

～基本料金～

(介護予防) 特定施設入居者生活介護 (地域別単価) 東大和市 4級地 10.54 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	57,548円	5,755円	11,510円	17,265円
	要支援2	311	9,330	98,338円	9,834円	19,668円	29,502円
	要介護1	538	16,140	170,115円	17,012円	34,023円	51,035円
	要介護2	604	18,120	190,984円	19,099円	38,197円	57,296円
	要介護3	674	20,220	213,118円	21,312円	42,624円	63,936円
	要介護4	738	22,140	233,355円	23,336円	46,671円	70,007円
	要介護5	807	24,210	255,173円	25,518円	51,035円	76,552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	38円	76円	114円	要介護のみ
<input type="checkbox"/>	入居継続支援加算 (II)	22/日	24円	47円	70円	
<input type="checkbox"/>	生活機能向上連携加算 (I)	100/月	106円	211円	317円	対象者のみ
<input type="checkbox"/>	生活機能向上連携加算 (II)	200/月	211円	422円	633円	
<input type="checkbox"/>	個別機能訓練加算 (I)	12/日	13円	26円	38円	対象者のみ
<input type="checkbox"/>	個別機能訓練加算 (II)	20/月	21円	42円	63円	
<input type="checkbox"/>	ADL維持等加算 (I)	30/月	32円	64円	95円	要介護のみ
<input type="checkbox"/>	ADL維持等加算 (II)	60/月	64円	127円	190円	
<input type="checkbox"/>	夜間看護体制加算	10/日	11円	21円	32円	要介護のみ
<input type="checkbox"/>	若年性認知症入居者受入加算	120/日	127円	253円	380円	対象者のみ
<input checked="" type="checkbox"/>	医療機関連携加算	80/月	85円	169円	253円	対象者のみ
<input type="checkbox"/>	口腔衛生管理体制加算	30/月	32円	64円	95円	全員
<input type="checkbox"/>	口腔・栄養スクリーニング加算 (I)	20/回	21円	42円	63円	対象者のみ
<input checked="" type="checkbox"/>	科学的介護推進体制加算	40/月	43円	85円	127円	全員
<input type="checkbox"/>	退院・退所時連携加算	30/日	32円	64円	95円	要介護のみ
<input 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	4円	7円	10円	対象者のみ
<input type="checkbox"/>	認知症専門ケア加算 (II)	4/日	5円	9円	13円	
<input type="checkbox"/>	サービス提供体制強化加算 (I)	22/日	24円	47円	70円	全員
<input type="checkbox"/>	サービス提供体制強化加算 (II)	18/日	19円	38円	57円	
<input type="checkbox"/>	サービス提供体制強化加算 (III)	6/日	7円	13円	19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要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	-19円	-38円	-57円
<input type="checkbox"/>	身体拘束廃止未実施減算（要支援2）	-31/日	-33円	-66円	-98円
<input type="checkbox"/>	身体拘束廃止未実施減算（要介護1）	-54/日	-57円	-114円	-171円
<input type="checkbox"/>	身体拘束廃止未実施減算（要介護2）	-60/日	-64円	-127円	-190円
<input type="checkbox"/>	身体拘束廃止未実施減算（要介護3）	-67/日	-71円	-142円	-212円
<input type="checkbox"/>	身体拘束廃止未実施減算（要介護4）	-74/日	-78円	-156円	-234円
<input type="checkbox"/>	身体拘束廃止未実施減算（要介護5）	-81/日	-86円	-171円	-256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】

<b>◆入居継続支援加算</b>	
(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。
<b>◆生活機能向上連携加算</b>	
(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。
<b>◆個別機能訓練加算</b>	
(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。
<b>◆ADL維持等加算</b>	
(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。
<b>◆夜間看護体制加算</b>	
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入居者が重篤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。	
<b>◆若年性認知症入居者受入加算</b>	
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。	
<b>◆医療機関連携加算</b>	
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。	
<b>◆口腔衛生管理体制加算</b>	
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。	
<b>◆口腔・栄養スクリーニング加算</b>	
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。	
<b>◆科学的介護推進体制加算</b>	
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。	
<b>◆退院・退所時連携加算</b>	
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。	
<b>◆看取り介護加算</b>	

(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。
<b>◆認知症専門ケア加算</b>	
(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又は端数を増すごとに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に開催していること。
(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。
<b>◆サービス提供体制強化加算</b>	
(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。
<b>◆介護職員処遇改善加算(I)</b>	
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。	
<b>◆介護職員等特定処遇改善加算</b>	
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。	
<b>◆介護職員等ベースアップ等支援加算</b>	
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	