

重要事項説明書

記入者名	大久保 毅	記入年月日	2015年7月1日
		所属・職名	運営部

1. 事業主体概要

事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先			
事業主体の名称	法人の種類	営利法人	
	名称	(かぶしきがいしゃ えいちしーえむ) 株式会社HCM	
事業主体の主たる事務所の所在地	〒106-0044	東京都港区東麻布1-28-13 日通商事麻布ビル5階	
	電話番号	03-3568-1171	
事業主体の連絡先	FAX番号	03-3568-1179	
	ホームページ	なし	
	アドレス	あり : http:// www.hc-m.jp/	
事業主体の代表者の職名及び氏名	職名	代表取締役	
	氏名	吉岡 俊郎	
事業主体の設立年月日	2002年8月6日		

事業主体が埼玉県内で実施する他の介護サービス				
介護サービスの種類			事業所の名称	所在地
<居宅サービス>				
訪問介護	あり	なし	アミカ川口介護センター	川口市幸町 1-1-11
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし		
訪問リハビリテーション	あり	なし		
居宅療養管理指導	あり	なし		
通所介護	あり	なし		
通所リハビリテーション	あり	なし		
短期入所生活介護	あり	なし		
短期入所療養介護	あり	なし		
特定施設入居者生活介護	あり	なし	アミカの郷和光 アミカの郷北浦 和	和光市下新倉 2-38-15 さいたま市緑区三室 1624-1
福祉用具貸与	あり	なし		
特定福祉用具販売	あり	なし		
<地域密着型サービス>				
定期巡回・随時訪問介護・看護	あり	なし		
夜間対応型訪問介護	あり	なし		
認知症対応型通所介護	あり	なし		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし		
複合型サービス	あり	なし		
居宅介護支援	あり	なし	アミカ川口介護センター	川口市幸町 1-1-11
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	なし	アミカ川口介護センター	川口市幸町 1-1-11
介護予防訪問入浴介護	あり	なし		
介護予防訪問看護	あり	なし		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし		
介護予防通所介護	あり	なし		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	アミカの郷和光 アミカの郷北浦 和	和光市下新倉 2-38-15 さいたま市緑区三室 1624-1
介護予防福祉用具貸与	あり	なし		
特定介護予防福祉用具販売	あり	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	あり	なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし		

介護予防支援	あり	なし		
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	あり	なし		
介護老人保健施設	あり	なし		
介護療養型医療施設	あり	なし		

2. 施設概要

施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先	
施設の名称	(あみかのさとかわぐち) アミカの郷川口
施設の所在地	〒334-0076
	埼玉県川口市本蓮 1-19-21
施設の連絡先	電話番号 048-287-6636
	FAX番号 048-229-3831
	ホームページ なし
	アドレス <input checked="" type="checkbox"/> あり : http:// www.amica.jp
施設の開設年月日	2013年11月1日
施設の管理者の職名及び氏名	職名 施設長
	氏名 増田 治
施設までの主な利用交通手段	
日暮里舎人ライナー「見沼代親水公園」徒歩約15分	
施設の類型及び表示事項	介護付有料老人ホーム（一般型特定施設入居者生活介護） 居住の権利形態：利用権方式 利用料の支払い方式：月払い方式 入居時の要件：入居時自立、要支援、要介護 介護保険：埼玉県指定介護保険特定施設（一般型特定施設） 埼玉県指定介護予防特定施設（一般型特定施設） 介護居室区分：全室個室 一般型特定施設である有料老人ホームの介護にかかわる職員体制： 3：1以上
介護保険事業所番号	1170206021
特定施設入居者生活介護の事業の開始年月日又は開始予定年月日及び指定又は許可を受けた年月日（指定又は許可の更新を受けた場合には、その年月日）	
事業の開始（予定）年月日	2013年11月1日
指定の年月日	2013年11月1日
指定の更新年月日	

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						
有料老人ホームの人数及びその勤務形態						
実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算 人数
	専従	非専従	専従	非専従		
施設長		1			1	生活相談員 と兼務
生活相談員		2			2	1
看護職員	3			1	4	3.2
介護職員	28	1	5		34	31.3
機能訓練指導員				1	1	看護職員と 兼務
計画作成担当者		2			2	1.0
栄養士					外部業者に業務委託	
調理員					外部業者に業務委託	
事務員	2				2	2
その他従業者	3		3		6	3.9
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数				40時間		
<p>※ 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。</p>						
従業者である介護職員が有している資格						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
社会福祉士						
介護福祉士	10	1	1			
介護職員基礎研修	2					
訪問介護員1級	1					
訪問介護員2級	16	1	5			
訪問介護員3級						
介護支援専門員		1				
従業者である機能訓練指導員が有している資格						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
理学療法士						
作業療法士						
言語聴覚士						
看護師及び准看護師					1	
柔道整復士						
あん摩マッサージ指圧師						
夜勤を行う看護職員及び介護職員の人数						
人数	夜勤帯平均人数 (16時～10時)		最少時人数 (休憩者等を除く)			
看護職員	0		0			
介護職員	3		2			

特定施設入居者生活介護の提供に当たる従業者の人数及びその勤務形態						
実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数
	専従	非専従	専従	非専従		
生活相談員		2			2	1
看護職員	3		1		4	3.2
介護職員	28	1	5		34	31.3
機能訓練指導員				1	1	看護職員と兼務
計画作成担当者		2			2	1.0
その他従業者						
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数						40
※ 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。						
従業者である介護職員が有している資格						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
社会福祉士						
介護福祉士	10	1	1			
介護職員基礎研修	2					
訪問介護員1級	1					
訪問介護員2級	16	1	5			
訪問介護員3級						
介護支援専門員		1				
従業者である機能訓練指導員が有している資格						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
理学療法士						
作業療法士						
言語聴覚士						
看護師及び准看護師					1	
柔道整復士						
あん摩マッサージ指圧師						
管理者の他の職務との兼務の有無					あり	なし
管理者が有している当該業務に係る資格等	なし	あり	資格等の名称 社会福祉士、介護支援専門員、介護福祉士等			
特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護職員及び介護職員の常勤換算方法による人数の割合					3 : 1	

従業者の当該介護サービスに係る業務に従事した経験年数等

	看護職員		介護職員		生活相談員	
	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						
業務に従事した経験年数	/		/		/	
1年未満の者の人数			10			
1年以上3年未満の者の人数	1	1	4	3		
3年以上5年未満の者の人数			5			
5年以上10年未満の者の人数	1		8	2		
10年以上の者の人数	1		4		2	
	機能訓練指導員		計画作成担当者			
	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						
業務に従事した経験年数	/		/		/	
1年未満の者の人数						
1年以上3年未満の者の人数		1				
3年以上5年未満の者の人数						
5年以上10年未満の者の人数						
10年以上の者の人数				2		
従業者の健康診断の実施状況				なし		あり

4. サービスの内容

施設の運営に関する方針		
<p>事業所は、自立または要支援、要介護の入居者に対して、その心身の特性を踏まえ、入居者の生活援助、自立支援、介護などの介助状態の軽減または悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的におこなうこととする。また、入居者が尊厳ある自立した日常生活を営むことができるように、食事、入浴、排泄等の日常生活場面での世話や機能訓練等の介護、その他必要な援助を適切におこなうものとし、入居者の意思および人格を尊重し、常に入居者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。事業にあつては、事業所所在地の市町村、介護施設、協力医療機関に加え、他の事業者、保健医療・福祉サービスを提供する者との連携に努めるものとする。</p>		
介護サービスの内容、利用定員等		
個別機能訓練の実施（介護報酬の加算）の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
利用者の個別的な選択による介護サービスの実施状況	別紙	
協力医療機関の名称	医療法人社団悠翔会 在宅クリニック川口	
<p>(協力の内容)</p> <p>住所：埼玉県川口市柳崎 4-8-33 TEL048-264-1600</p> <p>診療内容：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・定期健診、予防注射、生活指導、健康相談等の健康管理サービス。 ・入居者に対する救急医療、入院支援。 ・必要に応じての往診。但し、訪問日時については入居者の必要に応じて、協議の上決定する。 ・入居判定、利用判定に関わる協力 ・入居者の健康管理に関する定期的な情報共有 		
協力歯科医療機関	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
<p>その名称</p> <p>医療法人社団悠翔会 在宅クリニック早稲田</p>		
<p>(協力の内容)</p> <p>住所：東京都新宿区戸塚町 1-102-14 TEL03-3200-8336</p> <p>入居者に対し、必要・希望に応じて、建物内（居室、健康管理室等）での歯科診療。 (医療費その他の費用は入居者の自己負担)</p>		
要介護時における居室の住替えに関する事項		
要介護時に介護を行う場所		
<p>入居者様の居室にて介護をおこなう。 介護を要する状態になったことによる居室の住み替えはない。</p>		

入居後に居室を住み替える場合

一時介護室へ移る場合

判断基準・手続について

(その内容)

追加的費用の有無

なし

あり

居室利用権の取扱い

(その内容)

入居一時金償却の調整の有無

なし

あり

従前の居室からの面積の増減の有無

なし

あり

従前居室との仕様の変更

便所の変更の有無

なし

あり

浴室の変更の有無

なし

あり

洗面所の変更の有無

なし

あり

台所の変更の有無

なし

あり

その他の変更の有無

なし

あり

(その内容)

介護居室へ移る場合

判断基準・手続について

(その内容)

追加的費用の有無

なし

あり

居室利用権の取扱い

(その内容)

入居一時金償却の調整の有無

なし

あり

従前の居室からの面積の増減の有無

なし

あり

従前居室との仕様の変更

便所の変更の有無

なし

あり

浴室の変更の有無

なし

あり

洗面所の変更の有無

なし

あり

台所の変更の有無

なし

あり

その他の変更の有無

なし

あり

(その内容)

その他 ()	なし	あり
判断基準・手続について (その内容)		
追加的費用の有無	なし	あり
居室利用権の取扱い (その内容)		
入居一時金償却の調整の有無	なし	あり
従前の居室からの面積の増減の有無	なし	あり
従前居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	なし	あり
浴室の変更の有無	なし	あり
洗面所の変更の有無	なし	あり
台所の変更の有無	なし	あり
その他の変更の有無 (その内容)	なし	あり
施設の入居に関する要件		
自立している者を対象	なし	あり
要支援の者を対象	なし	あり
要介護の者を対象	なし	あり
留意事項		
契約の解約の内容	<p>下記入居契約書の各条文に基づきます。</p> <p>(契約の終了 (入居契約書第 26 条))</p> <p>(事業者からの契約解約 (入居契約書第 27 条))</p> <p>(入居者からの解約 (入居契約書第 28 条))</p> <p>(入居日より 90 日以内の解約申し出 (入居契約書第 41 条))</p>	
体験入居の内容	空き部屋がある場合に限り、6 泊までとする。1 泊 9720 円の実費が必要となる。	
入居定員	102 名	
その他		

入居者の状況						
入居者の人数（報告に関する計画の基準日の前月末日）						
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
65歳未満						
65歳以上75歳未満	1	1	1	1		4
75歳以上85歳未満	8	8	2	4	7	29
85歳以上	15	14	7	9	5	50
	自立	要支援1	要支援2			合計
65歳未満						
65歳以上75歳未満						
75歳以上85歳未満		6	6			12
85歳以上		3	3			6
入居者の平均年齢	85歳					
入居者の男女別人数	男性	25		女性	76	
入居率（一時的に不在となっている者を含む）						99.0%
前年度に退去した者の人数						
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
自宅等						
社会福祉施設					1	1
医療機関						
死亡者	1			2	2	5
その他						
	自立	要支援1	要支援2			合計
自宅等						
社会福祉施設						
医療機関			1			1
死亡者			1			1
その他						
入居者の入居期間						
入居期間	6ヶ月未満	6ヶ月以上 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
入居者数	34	29	38			

施設、設備等の状況

建物の構造	建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物			なし	あり
	建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物			なし	あり
居室の状況	区分		室数	人数	1の居室の床面積
	一般居室個室	あり	なし		m ²
	一般居室相部屋	あり	なし		m ²
	介護居室個室	あり	なし	102室	18.00 m ²
	介護居室相部屋	あり	なし		m ²
	一時介護室	あり	なし		m ²
共用便所の設置数	4	うち男女別の対応が可能な数			0
		うち車いす等の対応が可能な数			4
個室の便所の設置数	102	個室における便所の設置割合			100%
		うち車いす等の対応が可能な数			102
浴室の設備状況	浴室の数	個浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴
		4		4 (仰臥位入浴装置1台・座位入浴装置3台)	
その他、浴室の設備に関する事項					
食堂の設備状況	各階に人数分、着席可能な食堂・リビングあり、TV、ソファ設置。1Fには、イベント時など入居者全員が着席可能なスペース確保				
入居者等が調理を行う設備状況	なし			あり	
その他、共用施設の設備状況					
なし	あり	(その内容) 機能訓練コーナー、健康管理室、相談室、バルコニー、エレベーター2機 (1機はストレッチャー乗車可能)			
バリアフリーの対応状況					
(その内容) 居室から、玄関まで段差なしで移動できる。また、入居者の移動される場所には、手すりを設置している。車椅子のままでも使いやすい、洗面台、トイレの設計になっている。					
緊急通報装置 (ナースコール) の設置状況	なし	一部あり	全居室内にあり		
外線電話回線の設置状況	なし	一部あり	全居室内にあり		
テレビ回線の設置状況	なし	一部あり	全居室内にあり		
施設の敷地に関する事項					
敷地の面積	2322.13 m ²				
事業所を運営する法人が所有	なし	一部あり	あり		
抵当権の設定	なし			あり	
貸借 (借地)					
なし	あり	契約期間	始	2013/10	終
			2038/09		
			契約の自動更新	なし	あり
施設の建物に関する事項					
建物の構造					
建物の延床面積	2599.72 m ²				
事業所を運営する法人が所有	なし	一部あり	あり		

抵当権の設定		なし		あり		
貸借（借家）						
なし	あり	契約期間	始	2013/10	終	2038/09
契約の自動更新			なし		あり	

利用者からの苦情に対応する窓口等の状況

事業主体や施設に設置している利用者からの苦情に対応する窓口

窓口の名称	① 株式会社HCM ② アミカの郷川口施設長又は「ご意見箱」	
電話番号	① 03-5545-7382 ② 048-287-6636	
対応している時間	平日	① ②午前9時～午後6時
	土曜	① 定休日
	日曜・祝日	① 定休日
定休日等	① 土曜日、日曜日、祝日、年末年始は定休日です。 ② 24時間365日受付可能です。	

上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等

窓口の名称	① 埼玉県国民健康保険団体連合会 ② 埼玉県福祉部高齢介護課	
電話番号	① 048-824-2568 ② 048-830-3254	
対応している時間	平日	① 9:00-18:00 ② 8:30-17:15
	土曜	① ② 定休日
	日曜・祝日	① ② 定休日
定休日等	土曜日、日曜日、祝日、年末年始等は定休日です。	

サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応

損害賠償責任保険の加入状況

なし	あり	(その内容) 施設賠償責任保険に加入 (東京海上日動火災保険株式会社)
----	----	-------------------------------------

その他、介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応に関すること

なし	あり	(その内容) 超ビジネス保険に加入 (東京海上日動火災保険株式会社)
----	----	------------------------------------

サービスの提供内容に関する特色等

(その内容) 事業所は、お一人おひとりの生活や想いを大切に、各々のニーズに即したオーダーメイドケアを個別プランにもとづいて提供している。

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

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

なし	あり	実施した年月日	平成26年11月22日	
		当該結果の開示状況	なし	あり

第三者による評価の実施状況

なし	あり	実施した年月日		
		実施した評価機関の名称		
		当該結果の開示状況	なし	あり

5. 利用料金

利用料の支払い方法	一時金方式	月払い方式	選択方式
敷金	410,000円(家賃の4ヶ月分) 退去時に賃貸借契約上の債務がある場合には、それを控除し、残額を返還いたします。		
一時金方式			
一時金及び月単位で支払う利用料			
年齢に応じた金額設定		なし	あり
要介護状態に応じた金額設定		なし	あり
料金プラン			
プラン名称	一時金	月額	(内訳)
		計	家賃相当額 介護費用 食費 光熱水費 管理費
※介護保険サービスの自己負担額は含まない。			
算定根拠	家賃相当額		
	介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。	
	食費		
	光熱水費		
	管理費		
	一時金		
一時金の償却に関する事項			
償却開始日の設定	入居日		
初期償却率(%)			
想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額			
権利金等(※)の額			
(※)平成24年3月31日までに老人福祉法第29条第1項の規定により届出がされた施設に限る。			
償却年月数(想定居住期間)			
契約終了時返還金の算定方法及び返還金の例			
保全措置の実施状況	なし	あり	(保全先)
三月以内の契約終了による返還金について			
三月の起算日	契約日		
契約終了日までの利用期間に係る利用料及び原状回復のための費用の算定方法			
4. サービスの内容にある契約解約の内容に準ずる。			
一時金の支払方法			

施設_重要事項説明書 201507						
月払い方式						
月単位で支払う利用料						
年齢に応じた金額設定				なし		
要介護状態に応じた金額設定				なし		
料金プラン						
プラン名称	月額	(内訳)				
	計	家賃相当額	介護費用	食費	光熱水費	管理費
	199,862 円	102,500 円		49,680 円	別途実費相当額	47,682 円
※お客様が「自立」の状態の場合、上記月額利用料の他に、(介護保険法に定める「要支援1」の10割負担相当分)月額63,199円(税込み)を、生活サポート費としてお支払いいただきます。						
算定根拠	家賃相当額	土地建物賃借代、設備費用を基礎とした金額。				
	介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。				
	食費	1日分1,656円(税込み)。1日3食で30日の場合で算出しております。5日前までに1日分の欠食の届けをした場合は、1日分1,656円(税込み)の食費を減額、精算するものとします。(1日のうち1食、または2食の欠食の場合は減額いたしません。)				
	光熱水費	入居者が居住する居室内及び共用施設で使用する水道・電気等。 ※公共料金の変更に伴い金額を変更させていただく場合があります。				
	管理費	施設維持(居室以外の清掃・各設備点検整備・エレベーター保守点検・消耗品関連・修繕等)、事務管理の人件費等。				
一時金方式・月払い方式共通						
介護保険サービスの自己負担額						
内容	※要介護度に応じて介護費用の1割又は2割を徴収する。 ※介護保険負担割合証により、自己負担額が変わります。					
人員配置が手厚い場合の介護サービス(再掲)				なし	あり	
内容						
利用料	円(月額・日額)					
算定根拠						
支払い方法	月単位(日割り計算の有無 あり・なし)					
利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料						
個別的な選択による生活支援サービス				なし	あり	
算定根拠	<ul style="list-style-type: none"> ・個人的な生活用品(日常生活消耗品、オムツ代、嗜好品等)…実費負担 ・外部サービス利用時の利用料…実費負担 ・理美容代…実費負担 ・アクティビティ参加時の物品代、入場料等…実費負担 ・医療サービス利用時の医療費…実費負担 ・薬剤費…実費負担 ・居宅療養管理指導料…実費負担 ・介護保険を利用した介護予防サービス、介護サービス利用料(1割又は2割の自己負担) 					

またこれに加え夜間看護体制加算の対象となる場合には、この1割又は2割の自己負担が必要となります。

その他個人的にサービス提供を受けたときは、その費用の全額が自己負担になります。

以下、介護保険利用時の自己負担額は、介護保険負担割合証の記載内容により変わります。
下記は、負担額1割の場合の料金となります。

<特定施設入居者生活介護費> (「6級地」1単位：10.27円 処遇改善6.1%)

区分	介護給付費の単位	30日分の目安	代理受領時の自己負担分
			負担額1割の場合
要支援1	179 単位/日	58,518 円	5,852 円/月
要支援2	308 単位/日	100,687 円	10,069 円/月
要介護1	533 単位/日	174,230 円	17,423 円/月
要介護2	597 単位/日	195,160 円	19,516 円/月
要介護3	666 単位/日	217,713 円	21,772 円/月
要介護4	730 単位/日	238,633 円	23,864 円/月
要介護5	798 単位/日	260,858 円	26,086 円/月

<加算給付費>

加算	介護給付費の単位	30日分の目安	代理受領時の自己負担分
			負担額1割の場合
個別機能訓練加算	12 単位/日	3,923 円	393 円/月
医療機関連携加算	80 単位/月	872 円	88 円/月
認知症専門ケア加算 (Ⅰ)	3 単位/日	975 円	98 円/月
認知症専門ケア加算 (Ⅱ)	4 単位/日	1,304 円	131 円/月
サービス提供体制強化加算 (Ⅰ) イ	18 単位/日	5,884 円	589 円/月
サービス提供体制強化加算 (Ⅰ) ロ	12 単位/日	3,923 円	393 円/月
サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)	6 単位/日	1,961 円	197 円/月
サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)	6 単位/日	1,961 円	197 円/月
夜間看護体制加算	10 単位/日	3,265 円	327 円/月
看取り介護加算 (死亡日以前4-30日)	144 単位/日	47,077 円	4,708 円/月
看取り介護加算 (死亡日前日及び前々日)	680 単位/日	7,409 円/日	741 円/日
看取り介護加算 (死亡日)	1,280 単位/日	13,946 円/日	1,395 円/日

○個別機能訓練加算

専従の有資格者が、必要なお客様ごとに目標、実施方法等を内容とする個別機能訓練計画し、個別機能訓練を行う管理機関にかかる加算です。

○医療機関連携加算

看護職員がお客様の健康の状況を継続的に記録し、主治医等に対して月に1回以上情報提供します。

○認知症専門ケア加算

専門的な認知症ケアを普及する観点から、特定施設において、認知症介護について一定の経験を有し、認知症ケアに関する専門研修を修了した者が、介護サービスを提供することについて評価を行います。

○サービス提供体制強化加算

一定の知識や経験を持った職員を多く配置し、介護の質を担保している施設に対して評価を行います。

○夜間看護体制加算

「重度化対応指針」を策定した上で看護職員が夜勤を行い、又は自宅でのオンコール対応を行うなどして医療機関と連携し、夜間におけるお客様の急病等に備えます。

○看取り介護加算

当施設にて看取り介護を行った場合。

料金改定の手続

消費者物価指数や人件費等を勘案し改定。

改定の場合、運営懇談会を開催するなどして説明を行うとともに、事前に書面にて通知します。

6. その他

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	あり	なし
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項		
なし		
あり	(その内容)	

添付書類：「介護サービス等一覧表」

本書は2通を作成し、入居者、事業者が記名捺印の上、1通ずつ保有するものとします。

平成 年 月 日

事業者

入居者に対して本書を交付し、契約書及び本書に基づいて重要な事項を説明し、同意を得ました。

事業者名	株式会社HCM
住所	東京都港区東麻布一丁目28番13号

事業所

事業所名	アミカの郷川口
住所	埼玉県川口市本蓮1-19-21
説明者	⑩

お客様

私は、本書の交付を受け、契約書及び本書により、事業者からサービス等についての重要事項の説明を受け同意しました。

同意日 平成 年 月 日

住所	
氏名	⑩

後见人又は御家族

お客様との関係	
住所	
連絡先	
氏名	⑩



介護サービス等一覧表

要介護認定結果		自立		要支援1~2・要介護1~5	
介護を行う場所		介護居室／共有フロア		介護居室／共有フロア	
サービスの分類		生活サポート費に含まれるサービス	生活サポート費に含まれないサービス	介護保険給付費に含まれるサービス	介護保険給付費に含まれないサービス
■身体介護サービス					
巡回	昼間6時～20時	○	—	○	—
	夜間20時～6時	○	—	○	—
食事介助		—	—	必要に応じて	—
排泄	排泄介助	—	—	必要に応じて	—
	おむつ交換	—	—	必要に応じて	—
	おむつ代	—	実費徴収	—	実費徴収
入浴等	清拭	—	左記以外は アユート契約による	必要に応じて	左記以外は アユート契約による
	入浴	週2回		週2回	
	一般浴介助	週2回		週2回	
	特殊浴介助	—		必要に応じて週2回	
身辺介助	体位交換	—	—	必要に応じて	—
	居室からの移動	—	—	必要に応じて	—
	衣類の着脱	—	—	必要に応じて	—
	身だしなみ介助	—	—	必要に応じて	—
機能訓練/レクリエーション		—	—	必要に応じて	—
通院の介助/同行		—	タクシー代等は実費 アユート契約による (提携外医療機関の場合)	—	タクシー代等は実費 アユート契約による (提携外医療機関の場合)
■生活サービス					
清掃	居室	週1回	左記以外は アユート契約による	週1回	左記以外は アユート契約による
洗濯	居室	週2回	左記以外は アユート契約による	週2回	左記以外は アユート契約による
居室配膳・下膳		必要に応じて	—	必要に応じて	—
代行	買い物	週1回	物品代等は実費 アユート契約による	週1回	物品代等は実費 アユート契約による
	役所手続き	—	証明書類等は実費 アユート契約による	—	証明書類等は実費 アユート契約による

※ 上記はあくまで目安であり、利用者によって内容が異なる場合があります。

※ この「介護サービス等一覧表」は、サービスの概要を示したもので、より具体的で細かなサービス内容は、個人毎に作成される ケアプランに記載しています。

