

登録事項等についての説明書(重要事項説明書)

貸主(甲) 住 所 兵庫県尼崎市潮江1丁目12番1号
氏 名 社会医療法人中央会
理事長 吉田 純一 印
代理人 住 所 兵庫県尼崎市久々知3丁目2番1号
(説明者) 氏 名 介護付有料老人ホームトワイエ久々知
施設長 中桐 洋平 印

サービス付き高齢者向け住宅への入居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(及び老人福祉法第29条第5項)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。

事業の目的、運営の方針、サービスの提供内容に関する特色等

要介護状態等である高齢者が可能な限り居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、地域の医療・福祉サービスと密接な連携の上、安心・安全な住まいの環境を提供する。

1. サービス付き高齢者向け住宅の名称及び所在地

住宅の名称	(ふりがな) かいごつきゆうりょうろうじんほ一むとわいえくち 介護付有料老人ホームトワイエ久々知		
所在地	兵庫県尼崎市久々知3丁目2番1号		
利用交通手段	■ 電車 JR東海道本線 尼崎駅 から 徒歩 で 15 分		
住宅に関する 権原	■ 1. 所有権 □ 2. 賃借権 □ 3. 使用貸借による権利 期間 年 月 日から 年 月 日まで		
施設に関する 権原	□ 1. 所有権 □ 2. 賃借権 □ 3. 使用貸借による権利 期間 年 月 日から 年 月 日まで		
敷地に関する 権原	□ 1. 所有権 □ 2. 地上権 ■ 3. 賃借権 □ 4. 使用貸借による権利 期間 2018年5月1日 から 2068年4月30日まで		

※住居表示が決まっていない場合には、地名地番を記載すること。

2. サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者

法人・個人の別	■ 法人 □ 個人	
商号、名称 又は氏名	(ふりがな) しゃかいりりょうほうじんちゅうおうかい 社会医療法人中央会	
住所(法人にあつては 主たる事務所の所在地)	郵便番号 661-0976 兵庫県尼崎市潮江1丁目12番1号 電話番号 06-6499-3045	
法人の役員	別添1のとおり	
法定代理人 (未成年の個人 である場合)	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)
	住所(法人に あつては主たる 事務所の所在 地)	(郵便番号) 電話番号
	法人の役員	別添2のとおり

3. サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者の事務所

事務所の名称	(ふりがな) しゃかいいりようほうじんちゅうおうかい 社会医療法人中央会		
事務所の所在地	郵便番号 661-0976 兵庫県尼崎市潮江1丁目12番1号	電話番号 06-6499-3045	

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

住宅戸数	登録申請対象戸数 48 戸	入居定員 48 人
居住部分の規模	(最小) 18.00 m ²	詳細については、別添3のとおり
	(最大) 18.00 m ²	
構造及び設備	共同利用設備 ☒ あり ☐ なし	
	構造 鉄骨 造	階数 3 階建
竣工の年月	2019 年 3 月 31 日	
加齢対応構造等	☒ 登録基準に適合している	
	☒ エレベーターを備えている	
	☒ 緊急通報装置を備えている	

5. サービス付き高齢者向け住宅の入居契約、入居者資格及び入居開始時期(居住の用に供する前である場合)

入居契約の別	☒ 賃貸借契約 ☐ その他		
入居契約が賃貸借契約でない場合には、その旨			
終身賃貸事業者の事業の認可	☐ 法第52条の認可を受けている		
入居者の資格	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市長が認める者）（「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。）		
入居対象者	☐ 自立している者 ☒ 要支援の者 ☒ 要介護の者		
	留意事項	入居申込者が入院治療を要する者であること等、入居申込者に対して必要なサービスを提供することが困難であると認められる場合、入居契約をお断りすることがあります。	
入居契約の内容	別添入居契約書のとおり		
契約の解除の内容	貸主から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第11条 他、入居者の行動が他の入居者・職員等の生命に危害を及ぼすかその恐れがあり、通常の介護方法・接遇方法では防止できない場合、等
		解約予告期間	即時及び相当期間
	入居者からの解約予告期間		30日

※以下は、入居の用に供する前である場合に限り記入すること。

入居開始時期※	2019 年 6 月 1 日 から
---------	-------------------

6. サービス付き高齢者向け住宅において提供される高齢者生活支援サービス及び入居者から受領する金銭

高齢者生活支援サービス	サービスの種類		提供形態	提供の対価(概算・月額)	詳細については、別添4のとおり 特定施設入居者生活介護等の提供を受ける場合の費用は、次ページのとおり				
	状況把握・生活相談		■ 自ら □ 委託	約 0 円					
	食事の提供		■ 自ら □ 委託 □ 提供しない	約 48,600 円					
	入浴等の介護		■ 自ら □ 委託 □ 提供しない	約 0 円					
	調理等の家事		■ 自ら □ 委託 □ 提供しない	約 0 円					
	健康の維持増進		■ 自ら □ 委託 □ 提供しない	約 0 円					
その他			□ 自ら □ 委託 ■ 提供しない	約 円					
家賃の概算額	(最低) 約	83,000 円		住戸ごとの内容は、別添3のとおり					
	(最高) 約	85,000 円							
管理費の概算額	(最低) 約	51,944 円							
	(最高) 約	51,944 円							
敷金の概算額	(最低) 約	0 円		家賃の	0.0 月分				
	(最高) 約	0 円							
入院等による不在時における家賃等の費用の取扱い	入院等の不在時も入居契約は継続し、家賃・管理費をお支払いいただきます。サービス費、食費は利用実績により日割り計算を行い、お支払いいただきます。								
家賃等の費用の改定	条件	土地建物価格や物価の変動、人件費等の上昇等により、改定する場合があります。							
	手続	運営懇談会の意見を聴きます。							
前払金※有無	□ あり [□ 前払方式のみ □ 前払方式と月払方式を選択可] ■ なし								
家賃等の前払金の概算額	(最低) 約	円		(最高) 約	円				
前払金を支払った場合の月々の家賃概算額	(最低) 約	円		(最高) 約	円				
家賃等の前払金の算定の基礎	家賃								
	サービス提供の対価								
返還額の算定方法	入居後3箇月以内の契約解除等								
	入居後3箇月を超えた契約解除等								
家賃等の前払金の返還債務が消滅するまでの期間	年 月 日 まで								
家賃等の前払金の返還額の推移	(※原則として入居契約に定めた契約の始期を起算日とする。)								
前払金の保全措置の内容	□ 銀行による債務の保証		□ 信託会社等による元本補てん又は信託						
	□ 保険事業者による保証保険		□ その他()						
特定施設入居者生活介護事業所	■ 指定を受けている		介護保険事業所番号(第2873012484号)						
	□ 指定を受けていない								
地域密着型特定施設入居者生活介護事業所	□ 指定を受けている		介護保険事業所番号()						
	■ 指定を受けていない								
介護予防特定施設入居者生活介護事業所	■ 指定を受けている		介護保険事業所番号(第2873012484号)						
	□ 指定を受けていない								
介護サービス情報	(特定施設入居者生活介護事業所、地域密着型特定施設入居者生活介護事業所若しくは介護予防特定施設入居者生活介護事業所の指定を受けている場合には、別紙により、介護保険法第115条の35第1項に規定する介護サービス情報を示す。)								

※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。
なお、ここでいう「前払方式」には一部を前払いし、一部を月払いする支払方式(併用方式)を含む。

特定施設入居者生活介護等の費用の目安(該当する場合のみ)

特定施設入居者生活介護等の月額費用(介護保険給付対象分、1箇月30日の場合) (※)	利用者負担(1割)	利用者負担(2割)	利用者負担(3割)	
	要支援1	7,881 円	15,761 円	23,641 円
	要支援2	12,478 円	24,955 円	37,432 円
	要介護1	20,575 円	41,150 円	61,725 円
	要介護2	22,945 円	45,890 円	68,835 円
	要介護3	254,196 円	50,840 円	76,259 円
	要介護4	27,719 円	55,438 円	83,156 円
	要介護5	30,159 円	60,318 円	90,477 円
特定施設入居者生活介護等の加算の対象となるサービスの体制の有無	身体拘束廃止未実施減算	☐ あり ☒ なし	高齢者虐待防止措置実施減算	☐ あり ☒ なし
	業務継続計画策定減算	☐ あり ☒ なし	入居継続支援加算Ⅰ	☐ あり ☒ なし
	生活機能向上連携加算Ⅰ	☐ あり ☒ なし	入居継続支援加算Ⅱ	☐ あり ☒ なし
	生活機能向上連携加算Ⅱ	☐ あり ☒ なし	テクノロジーの導入	☐ あり ☒ なし
	夜間看護体制加算Ⅰ	☐ あり ☒ なし	個別機能訓練加算Ⅰ	☒ あり ☐ なし
	夜間看護体制加算Ⅱ	☐ あり ☒ なし	個別機能訓練加算Ⅱ	☒ あり ☐ なし
	協力医療機関連携加算	☒ あり ☐ なし	ADL等維持管理加算Ⅰ	☐ あり ☒ なし
	若年性認知症入居者受入加算	☒ あり ☐ なし	ADL等維持管理加算Ⅱ	☐ あり ☒ なし
	口腔・栄養スクリーニング加算	☒ あり ☐ なし	退院・退所時連携加算	☒ あり ☐ なし
	科学的介護推進体制加算	☒ あり ☐ なし	退院時情報提供体制加算	☒ あり ☐ なし
	看取り介護加算	☐ あり ☒ なし	高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ	☐ あり ☒ なし
	生産性向上推進体制加算Ⅰ	☐ あり ☒ なし	高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ	☒ あり ☐ なし
	生産性向上推進体制加算Ⅱ	☒ あり ☐ なし	新興感染症対策向上加算	☒ あり ☐ なし
	認知症専門ケア加算	☐ あり [☐ (Ⅰ) ☐ (Ⅱ)] ☒ なし		
サービス提供体制強化加算	☒ あり [☒ (Ⅰ) ☐ (Ⅱ) ☐ (Ⅲ)] ☐ なし			
介護職員等処遇改善加算	☒ あり [☒ (Ⅰ) ☐ (Ⅱ) ☐ (Ⅲ) ☐ (Ⅳ) ☐ (Ⅴ)] ☐ なし			
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	☐ あり	介護・看護職員の配置率 上乗せ介護費(月額)	: 円	☒ なし
利用者の個別選択によるサービスの費用	別添4のとおり			

※ 月額費用には、若年性認知症入居者受入加算、口腔・栄養スクリーニング加算、退院・退所時連携加算、看取り介護加算を含まない金額を記載する。

7. 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	☒ 自ら管理 ☐ 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	(ふりがな) -----	
住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号)	電話番号
修繕計画		
計画策定の有無	☐ あり ☐ なし	
大規模修繕の実施予定	頃実施予定	
その他計画的な修繕予定		

8. サービス付き高齢者向け住宅と併設される高齢者居宅生活支援事業を行う施設（該当する場合のみ）

施設の名称	提供されるサービスの概要	事業所の場所
		☐ 同一の建築物内 ☐ 同一の敷地内 ☐ 隣接する土地
		☐ 同一の建築物内 ☐ 同一の敷地内 ☐ 隣接する土地
		☐ 同一の建築物内 ☐ 同一の敷地内 ☐ 隣接する土地

9. 高齢者居宅生活支援事業を行う者との連携及び協力（該当する場合のみ）

協力医療機関	
医療機関 の名称	(ふりがな) しゃかいりょうほうじんちゅうおうかい あまがさきちゅうおうびょういん 社会医療法人中央会 尼崎中央病院
医療機関 の所在地	(郵便番号661-0976) 兵庫県尼崎市潮江1丁目12番1号 電話番号 06-6499-3045
診療科目	内科・消化器内科・循環器内科・血液内科・呼吸器内科・糖尿病内科・リウマチ科・神経内科・ 心療内科・外科・消化器外科・肛門外科・乳腺外科・心臓血管外科・呼吸器外科・整形外科・脳 神経外科・眼科・耳鼻咽喉科・皮膚科・形成外科・泌尿器科・婦人科・放射線科・麻酔科・リハビ リテーション科・病理診断科
連携又は協力 の内容	入居者が医療を必要とした場合の緊密な連絡協力体制、及び円滑に医療を受け得る体制の確 立。入居者が病状に急変の合った場合における、救急受入体制の確立。
医療機関 の名称	(ふりがな) -----
医療機関 の所在地	(郵便番号) 電話番号
診療科目	
連携又は協力 の内容	
協力歯科医療機関	
歯科医療機関 の名称	(ふりがな) しゃかいりょうほうじんちゅうおうかい あまがさきちゅうおうびょういん 尼崎中央病院 歯科・口腔外科
歯科医療機関 の所在地	(郵便番号661-0976) 兵庫県尼崎市潮江1丁目12番1号 電話番号 06-6499-3045
連携又は協力 の内容	入居者が日常的な歯科治療を必要とした場合における、円滑な治療体制の確立。
協力歯科医療機関	
事業所の名称	(ふりがな) ふろすしか フロス歯科
事業所の所在地	(郵便番号531-0073) 大阪府大阪市北区本庄西2-6-16 電話番号 06-7860-1388
連携又は協力 の内容	入居者が日常的な歯科治療・口腔ケアを必要とした場合における、円滑な治療体制（訪問歯科 診療を含む）の確立。

10. 登録の申請が基本方針(及び高齢者居住安定確保計画)に照らして適切なものである旨

基本方針及び県の高齢者居住安定確保計画に沿って適切に運営します。

11. その他事業運営状況(有料老人ホームに該当するサービス付き高齢者向け住宅である場合に作成)

体験入居	☒ あり 内容() ☐ なし				
居住部分(住戸)の変更に関する事項※	入居後に居住部分の変更をお願いする場合	☐ 一時介護室へ移る場合 ☐ 介護居室へ移る場合 ☐ その他 内容()			
	変更をお願いする判断基準の内容				
	変更をお願いする手続の内容				
	※住み替えを行っていない場合は、記入不要				
	居住部分を利用する権利の取扱い				
	追加的費用の有無	☐ あり ☐ なし			
	前払金償却の調整の有無	☐ あり ☐ なし			
	従前の居住部分から面積又は仕様が変更になる場合	面積の変更	☐ あり ☐ なし	台所の変更	☐ あり ☐ なし
		便所の変更	☐ あり ☐ なし	収納の変更	☐ あり ☐ なし
		洗面の変更	☐ あり ☐ なし	その他の変更	☐ あり ☐ なし
浴室の変更		☐ あり ☐ なし	内容()		
職員体制	別添6のとおり				
入居者からの苦情に対する窓口等の状況	窓口の名称	社会医療法人中央会 介護付有料老人ホームトワイエ久々知			
	電話番号	06-6498-3366			
	対応している時間	平日	9:00～17:00		
		土曜日	9:00～17:00		
		日曜・祝日	9:00～17:00		
定休日	なし				
緊急時等における対応方法	体調の急変等医療が必要になったときの対応	入居者の家族等及び医療その他関係機関へ迅速に連絡を行い適切に対応する。(緊急連絡体制、事故対応マニュアル等に基づく)			
	緊急やむを得ず身体的拘束を行う際の手続	身体的拘束は原則禁止しており、三原則(切迫性、非代替性、一時性)に照らし、緊急やむを得ず身体的拘束を行う場合、本人や家族に目的・理由・時間(帯)・期間等をできる限り詳しく説明し、十分理解を得る。状況をよく観察・検討し、三原則の要件に該当しなくなった場合はすみやかに身体拘束を解除する。指針を整備し、身体拘束廃止について適正に取り組む。			
	事故発生時の対応	入居者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村及び入居者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講ずる。事故の状況及び事故に際して採った処置について記録する。また、賠償すべき問題が発生した場合、速やかに対応する。			
	事故に関する緊急時対応マニュアルの有無	☒ あり ☐ なし			
	損害賠償責任保険の加入状況	☒ あり 内容(全老健共済会 賠償事故補償制度) ☐ なし			

防火体制	耐火構造	■ 耐火建築物 □ 準耐火建築物 □ その他()								
	消火器	■ あり □ なし	防火管理者	■ あり □ なし						
	自動火災報知設備	■ あり □ なし	消防計画	■ あり □ なし						
	火災通報設備	■ あり □ なし	避難訓練	■ あり □ なし						
	スプリンクラー	■ あり □ なし	(年 2 回実施)							
アンケート調査、意見箱等入居者の意見等を把握する取組の状況		■ あり 実施日(4月) 結果の開示 ■ あり □ なし □ なし								
運営懇談会		■ あり 開催頻度(年2回) 構成員(入居者、家族、施設長、職員、民生委員) □ なし								
第三者による評価の実施状況		□ あり 実施日() 結果の開示 □ あり □ なし 評価機関名() ■ なし								
入居希望者への 事前の情報開示	入居契約書の雛形	■ 希望者に公開 □ 希望者に配布 □ 非公開 □ 未作成								
	管理規程	■ 希望者に公開 □ 希望者に配布 □ 非公開 □ 未作成								
	事業収支計画書	■ 希望者に公開 □ 希望者に配布 □ 非公開 □ 未作成								
	財務諸表の要旨	■ 希望者に公開 □ 希望者に配布 □ 非公開 □ 未作成								
	財務諸表の原本	■ 希望者に公開 □ 希望者に配布 □ 非公開 □ 未作成								
入居者の状況	(記入日: R6 年 4 月 1 日現在)		登録戸数(a)	48 戸	入居戸数(b)	48 戸	入居率(b/a)	100.0 %		
			入居定員(c)	48 人	入居者数(d)	47 人	充足率(d/c)	97.9 %		
	入居者の内訳	性別	男性	11 人	女性	36 人				
		年齢別	～59歳	0 人	60～64歳	0 人	65～74歳	2 人		
			75～84歳	5 人	85歳～	40 人	平均年齢	89.6 歳		
			要介護等状態区分別	自立	0 人	要支援1	2 人	要支援2	3 人	
			要介護1	11 人	要介護2	10 人	要介護3	6 人		
			要介護4	12 人	要介護5	3 人				
		入居期間別	6箇月未満	7 人	6箇月以上1年未満	2 人	1年以上5年未満	38 人		
	5年以上10年未満		0 人	10年以上15年未満	0 人	15年以上	0 人			
前年度における 退去者の状況	退去先別の人数		自宅	2 人	社会福祉施設等	1 人	医療機関	6 人		
			死亡	1 人	その他	0 人	合計	10 人		
	生前解約 の状況	事業者側からの申し出	0 人	解約事由の例						
		入居者側からの申し出	9 人	解約事由の例	長期入院で退院時期が未定な為。					

上記につきまして、高齢者の居住の安定確保に関する法律第17条(及び老人福祉法第29条第5項)に基づく書面による説明を受けました。

年 月 日

借主(乙) 住所

氏名

印

役 員 名 簿

(登録申請者が法人である場合に作成)

(ふりがな) 氏 名	役名等
よしだ じゅんいち 吉田 純一	理事長
とみや きみこ 富谷 紀美子	常務理事
よしだ ひさこ 吉田 久子	理事
いふく ひでき 伊福 秀貴	理事
たかつか ひろゆき 高塚 広行	理事
みちわき まゆみ 道脇 まゆみ	理事
つもと たけひで 津本 剛秀	理事
おかもと たかひろ 岡本 隆弘	理事
ゆう へいせき 兪 炳碩	理事
たていし じゅん 立石 順	監事
おのえ まさひろ 尾上 正浩	監事
さかもと ちなつ 阪本 千夏	理事

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。

別添3

住宅の規模並びに構造及び設備等

1. 専用部分の規模並びに構造及び設備等※1

[illegible]

※1:住戸の規模並びに構造及び設備のタイプ別にまとめて記載すること。

※2:構造及び設備欄の『完備』は、各戸に便所、洗面、浴室、台所及び収納の全てを備えるものを表す。

有りの場合は、○、無しの場合は×を記載すること。完備の場合は、完備を含め全ての欄に○を記載すること。

2. 共同利用設備等

設備等	整備箇所数	合計床面積 (㎡)	整備箇所※	想定利用戸数 (戸)	備考
浴室	6	70.10	1階、2階、3階	48	
食堂	3	189.84	1階、2階、3階	48	
トイレ	3	14.16	1階、2階、3階	48	

※整備箇所は、添付図面との対応関係を明確に記載すること。

3. 専用部分及び共同利用設備等の利用に当たっての留意事項

専用部分及び共同利用設備等の利用に当たっては、別に定める「管理規程」及びトワイエ久々知「居室等の使用細則」、「共用施設等の使用細則」の諸注意を参照してください。

別添4

1. 状況把握及び生活相談サービスの内容

提供形態		☒ サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する ☐ 委託する			
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)			
	住 所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号)			
		電話番号			
サービスを提供する法人等の別	☒ 医療法人 ☐ 指定居宅介護支援事業者 ☐ 社会福祉法人 ☐ 指定介護予防サービス事業者 ☐ 指定居宅サービス事業者 ☐ 指定介護予防支援事業者 ☐ 指定地域密着型サービス事業者 ☐ 上記以外の法人等				
サービスを提供する者の人数	☐ 医師	人員	人	☐ 社会福祉士	人員 人
	☒ 看護師	人員	4 人	☒ 介護支援専門員	人員 1 人
	☐ 准看護師	人員	人	☒ 養成研修修了者	人員 4 人
	☒ 介護福祉士	人員	17 人	☐ 上記以外の職員	人員 0 人
			合 計		人員 26 人
常駐する場所	☒ 同一の敷地内 ☐ 隣接する土地 ☐ 近接する土地 ☐ (所在地)				
常駐する日	☒ 365日対応 ☐ 次の期間を除く ()				
常駐する時間	日中	0 時 0 分 ~ 24 時 0 分			人員 2 人
	上記以外の時間	時 分 ~ 時 分			人員 人
毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法	・食事等の機会を利用して、毎日1回以上は安否確認を行う ・外出・帰宅時、入浴時等にお声掛けを行う ・居室の巡回により異変がないか確認を行う ☐ 入居者から居住部分への訪問を希望する旨の申出があった場合は、当該居住部分への訪問(近接する土地に常駐する場合のみ)				
緊急通報サービスの内容	提供時間	常駐する日	0 時 0 分 ~ 24 時 0 分		
		上記以外の日	☐ 24時間		
	通報方法	ナースコール			
	通報先	2・3Fサービスステーション	通報先から住宅までの到着予定時間	1 分	
サービス提供の対価(概算額)	月額※	約 0 円	前払金の		
	前払金	約 0 円	算定方法		
備考	毎日1回以上、定期的に職員による巡回により、入居者の状況把握を行う。				

※：サービス提供の対価を月額で設定していない場合は、30日間利用した場合の金額を記載すること。

2. 食事の提供サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		☒ サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する		☐ 委託する	
委託する 場合の 委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)			
	住 所 (法人にあっては 主たる事務所の 所在地)	(郵便番号)		電話番号	
	住 所 (法人にあっては 本業務に係る事 業所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
食事提供を行う場所		☒ 食堂 ☒ 各居住部分 ☐ その他 ()			
提供方法		提供日	☒ 365日対応 ☐ その他 ()		
		内容	☒ 3食 ☐ 入居者が選択 ☐ 次の食事は提供しない ()		
		調理等	☒ 厨房で調理 ☐ 配食サービスを利用 ☐ その他 ()		
サービス提供の 対価(概算額)	月額※	約 48,600 円	内訳	朝食 432 円 昼食 594 円 夕食 594 円	
	前払金	約 0 円	前払金の 算定方法		
備考		欠食する場合は3日前の17時までに「欠食届出書」を提出してください。提出がない場合は召し上がるものとして準備いたします。特別な食事(医師の指示による治療食を含む)等の食費については、差額が必要となります。			

※: サービス提供の対価を月額で設定していない場合は、30日間利用した場合の金額を記載すること。

3. 入浴、排せつ、食事等の介護サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		☒ サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する ☐ 委託する			
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)			
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
	住所 (法人にあっては本業務に係る事業所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
提供方法		提供日	☒ 365日対応 ☐ その他 ()		
		内容	☒ 入浴介護 ☒ 排せつ介護 ☒ 食事介護 ☐ その他 ()		
サービス提供の対価(概算額)	月額※1	約	円	前払金の算定方法	
	前払金	約	円		
月額のうち定額部分の料金(特定施設入居者生活介護費を除く)					
サービスの種別	特定施設入居者生活介護費で実施するサービス(利用者一部負担※2)	個別の利用料で実施するサービス(利用者が全額負担※3)			提供回数等
食事介助	☐ なし ☒ あり	☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度	円 /	毎食事	
排せつ介助・おむつ交換	☐ なし ☒ あり	☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度	円 /	適宜	
おむつ代		☐ なし ☒ あり ☐ 包含 ☒ 都度	円 /		
入浴(一般浴)介助・清拭	☐ なし ☒ あり	☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度	円 /	週2回	
特浴介助	☐ なし ☒ あり	☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度	円 /	週2回	
身辺介助(移動・着替え等)	☐ なし ☒ あり	☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度	円 /	適宜	
機能訓練	☐ なし ☒ あり	☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度	円 /	計画に基く	
	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度	円 /		
備考					

※1: サービス提供の対価を月額で設定していない場合は、30日間利用した場合の金額を記載すること。

※2: 利用者の所得等に応じて負担割合が変わる(1割または2割の利用者負担)。

※3: 「あり」をチェックしたときには、各種サービス費用が月額の定額部分の料金に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じてチェックを入れるとともに、都度払い料金を徴収単位を明確にして記入する。

4. 調理、洗濯、掃除等の家事サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		☒ サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する ☐ 委託する			
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)			
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
	住所 (法人にあっては本業務に係る事業所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
提供方法		提供日	☒ 365日対応 ☐ その他 ()		
		内容	☒ 調理 ☒ 洗濯 ☒ 掃除 ☐ その他 ()		
サービス提供の対価(概算額)	月額※1	約	円	前払金の	算定方法
	前払金	約	円		
月額のうち定額部分の料金(特定施設入居者生活介護費を除く)					
サービスの種別	特定施設入居者生活介護費で実施するサービス(利用者一部負担※2)	個別の利用料で実施するサービス(利用者が全額負担※3)			提供回数等
調理	☐ なし ☒ あり	☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度	円 /		毎食事
日常の洗濯	☒ なし ☐ あり	☐ なし ☒ あり ☐ 包含 ☒ 都度	550 円 / 回		週2回
居室清掃	☐ なし ☒ あり	☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度	円 /		週2回
リネン交換	☐ なし ☒ あり	☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度	円 /		週1回
居室配膳・下膳	☐ なし ☒ あり	☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度	円 /		毎食事
買物代行※4	☒ なし ☐ あり	☐ なし ☒ あり ☐ 包含 ☐ 都度	2,200 円 / 回		月1回
役所手続き代行	☒ なし ☐ あり	☐ なし ☒ あり ☐ 包含 ☐ 都度	1,100 円 / 30分		必要時
	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度	円 /		
備考					

※1: サービス提供の対価を月額で設定していない場合は、30日間利用した場合の金額を記載すること。

※2: 利用者の所得等に応じて負担割合が変わる(1割または2割の利用者負担)。

※3: 「あり」をチェックしたときには、各種サービス費用が月額の定額部分の料金に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じてチェックを入れるとともに、都度払い料金を徴収単位を明確にして記入する。

※4: 備考欄に利用できる範囲を記入する。

5. 健康の維持増進サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		☒ サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する			☐ 委託する		
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)					
	住 所 (法人にあっては 主たる事務所の 所在地)	(郵便番号)			電話番号		
	住 所 (法人にあっては 本業務に係る事 業所の所在地)	(郵便番号)			電話番号		
提供方法		提供日	☒ 365日対応 ☐ その他 ()				
		内容	☒ 健康相談 ☒ 血圧等の測定 ☒ 定期検診 ☒ 通院等の付き添い				
			☐ その他 ()				
サービス提供の 対価(概算額)		月額※1	約	円	前払金の		
		前払金	約	円	算定方法		
月額のうち定額部分の 料金(特定施設入居者 生活介護費を除く)							
サービスの種別	特定施設入居者生活 介護費で実施する サービス(利用者一 部負担※2)	個別の利用料で実施するサービス(利用者が全額負担※3)				提供回数等	
健康相談	☐ なし ☒ あり	☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度	円 /		適宜		
血圧等の測定	☐ なし ☒ あり	☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度	円 /		適宜		
定期検診	☐ なし ☒ あり	☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度	円 /		適宜		
通院の 付き添い※4	☐ なし ☒ あり	☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度	円 /		必要時		
入退院の 付き添い※4	☐ なし ☒ あり	☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度	円 /		必要時		
服薬支援	☐ なし ☒ あり	☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度	円 /		服薬時		
生活指導・ 栄養指導	☐ なし ☒ あり	☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度	円 /		適宜		
定期健康診断		☐ なし ☒ あり ☐ 包含 ☒ 都度	円 /		年1回		
	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度	円 /				
備考	※4 協力医療機関の場合のみ対応						

※1: サービス提供の対価を月額で設定していない場合は、30日間利用した場合の金額を記載すること。

※2: 利用者の所得等に応じて負担割合が変わる(1割または2割の利用者負担)。

※3:「あり」をチェックしたときには、各種サービス費用が月額定額部分の料金に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に依じてチェックを入れるとともに、都度払い料金を徴収単位を明確にして記入する。

※4: 備考欄に付き添いの範囲を記入する。

6. その他のサービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		☐ サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する				☐ 委託する	
委託 する 場合 の 委託 先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)					
	住 所 (法人にあつては 主たる事務所の 所在地)	(郵便番号)				電話番号	
	住 所 (法人にあつては 本業務に係る事 業所の所在地)	(郵便番号)				電話番号	
提供方法		提供日	☐ 365日対応 ☐ その他 ()				
		内容					
サービス提供の 対価(概算額)	月額※1	約	円	前払金の	算定方法		
	前払金	約	円				
月額のうち定額部分の 料金(特定施設入居者 生活介護費を除く)							
サービスの種別	特定施設入居者生活 介護費で実施する サービス(利用者一 部負担※2)	個別の利用料で実施するサービス(利用者が全額負担※3)				提供回数等	
	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり	☐ 包含	☐ 都度	円 /		
	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり	☐ 包含	☐ 都度	円 /		
	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり	☐ 包含	☐ 都度	円 /		
	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり	☐ 包含	☐ 都度	円 /		
	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり	☐ 包含	☐ 都度	円 /		
備考							

※1: サービス提供の対価を月額で設定していない場合は、30日間利用した場合の金額を記載すること。

※2: 利用者の所得等に応じて負担割合が変わる(1割または2割の利用者負担)。

※3: 「あり」をチェックしたときには、各種サービス費用が月額の定額部分の料金に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じてチェックを入れるとともに、都度払い料金を徴収単位を明確にして記入する。

別添5

特定施設入居者生活介護等の月額費用算定表(介護保険給付対象分)

(特定施設入居者生活介護事業所(外部サービス利用型を除く)、地域密着型特定施設入居者生活介護事業所又は介護予防特定施設入居者生活介護事業所(外部サービス利用型を除く)の指定を受けている場合に作成)

入力セル
※1箇月 30 日の場合

住宅所在市町	尼崎市
地域区分	5級地
1単位の単価	10.45円

地域区分	兵庫県内対象市町	単価
3級地	西宮市、芦屋市、宝塚市	10.68円
4級地	神戸市	10.54円
5級地	尼崎市、伊丹市、川西市、三田市	10.45円
6級地	明石市、猪名川町	10.27円
7級地	姫路市、加古川市、三木市、高砂市、稲美町、播磨町	10.14円
その他	上記以外の市町	10.00円

1. 月額費用

要介護 状態区分	基本単位数	加減算 単位数の計	介護職員処遇等 改善加算単位数	総単位数	総費用額	利用者負担額 (1割)	利用者負担額 (2割)	利用者負担額 (3割)
	A	(注) B	C=(A+B)×加算率	D=A+B+C	E=D×1単位の単価	F=E×90/100	G=E×80/100	H=E×70/100
要支援1	(183単位/日)	5,490単位	856単位	7,541単位	78,803円	7,881円	15,761円	23,641円
要支援2	(313単位/日)	9,390単位	1,355単位	11,940単位	124,773円	12,478円	24,955円	37,432円
要介護1	(542単位/日)	16,260単位	2,234単位	19,689単位	205,750円	20,575円	41,150円	61,725円
要介護2	(609単位/日)	18,270単位	2,492単位	21,857単位	229,450円	22,945円	45,890円	68,835円
要介護3	(679単位/日)	20,370単位	2,760単位	24,325単位	254,196円	25,420円	50,840円	76,259円
要介護4	(744単位/日)	22,320単位	3,010単位	26,525単位	277,186円	27,719円	55,438円	83,156円
要介護5	(813単位/日)	24,390単位	3,275単位	28,860単位	301,587円	30,159円	60,318円	90,477円

(注) 若年性認知症入居者受入加算、口腔・栄養スクリーニング加算、退院・退所時連携加算、退居時情報提供加算、看取り介護加算及び介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算を除く。

(加減算の算定状況)

加減算種別	算定	加減算単位数
身体拘束廃止未実施減算	なし	所定単位数10/100
業務継続計画策定減算	なし	所定単位数3/100
高齢者虐待防止措置実施減算	なし	所定単位数1/100
入居継続支援加算Ⅰ	なし	(36単位/日)
入居継続支援加算Ⅱ	なし	(22単位/日)
生活機能向上連携加算Ⅰ	なし	(100単位/月)
生活機能向上連携加算Ⅱ-Ⅰ	なし	(200単位/月)
生活機能向上連携加算Ⅱ-Ⅱ	なし	(100単位/月)
個別機能訓練加算Ⅰ	あり	(12単位/日) 360単位
個別機能訓練加算Ⅱ	あり	(20単位/月) 20単位
夜間看護体制加算	なし	(10単位/日)
協力医療機関連携加算	あり	(100単位/月) 100単位
科学的介護推進体制加算	あり	(40単位/月) 40単位
ADL等維持管理加算Ⅰ	なし	(30単位/月)
ADL等維持管理加算Ⅱ	なし	(60単位/月)
生産性向上推進体制加算Ⅰ	なし	(100単位/月)
生産性向上推進体制加算Ⅱ	あり	(10単位/月) 10単位
高齢者施設等関係者との連携加算Ⅰ	なし	(10単位/月)
高齢者施設等関係者との連携加算Ⅱ	あり	(5単位/月) 5単位
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	なし	(3単位/日)
ケア加算(Ⅱ)	なし	(4単位/日)
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	あり	(22単位/日) 660単位
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	なし	(18単位/日)
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	なし	(6単位/日)

※要介護者のみ
※要介護者のみ

※要介護者のみ

加算種別	算定	加算単位数
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	あり	(基本単位数+加減算単位数の計)×12.8%
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	なし	(基本単位数+加減算単位数の計)×12.2%
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	なし	(基本単位数+加減算単位数の計)×11.0%
介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)	なし	(基本単位数+加減算単位数の計)×8.8%

2. 若年性認知症入居者受入加算を算定する場合の追加費用

加算種別	算定	加算単位数	介護職員等処遇改善加算単位数	合計単位数	費用額	利用者負担額(1割)	利用者負担額(2割)	利用者負担額(3割)
若年性認知症入居者受入加算	あり	(120単位/日)	①	②=①×加算率	③=①+②	④=③×1単位の単価	⑤=④×90/100	⑥=④×80/100
			461単位	4,061単位	42,437円	4,244円	8,488円	12,732円

3. 口腔・栄養スクリーニング加算を算定する場合の追加費用(実施月のみ・6月に1回を限度)

加算種別	算定	加算単位数	介護職員等処遇改善加算単位数	合計単位数	費用額	利用者負担額(1割)	利用者負担額(2割)	利用者負担額(3割)
口腔・栄養スクリーニング加算	あり	(20単位/回)	①	②=①×加算率	③=①+②	④=③×1単位の単価	⑤=④×90/100	⑥=④×80/100
			3単位	23単位	240円	24円	48円	72円

4. 退院・退所時連携加算を算定する場合の追加費用(要介護者・入居から30日以内のみ)

加算種別	算定	加算単位数	介護職員等処遇改善加算単位数	合計単位数	費用額	利用者負担額(1割)	利用者負担額(2割)	利用者負担額(3割)
退院・退所時連携加算	あり	(30単位/日)	①	②=①×加算率	③=①+②	④=③×1単位の単価	⑤=④×90/100	⑥=④×80/100
			900単位	1,155単位	10,606円	1,061円	2,122円	3,182円

5. 退居時情報提供加算を算定する場合の追加費用

加算種別	算定	加算単位数	介護職員等処遇改善加算単位数	合計単位数	費用額	利用者負担額(1割)	利用者負担額(2割)	利用者負担額(3割)
退居時情報提供加算	あり	(250単位/日)	①	②=①×加算率	③=①+②	④=③×1単位の単価	⑤=④×90/100	⑥=④×80/100
			250単位	282単位	2,946円	295円	590円	884円

6. 看取り介護加算を算定する場合の追加費用(要介護者・死亡月のみ)

加算種別	算定	加算単位数	介護職員等処遇改善加算単位数	合計単位数	費用額	利用者負担額(1割)	利用者負担額(2割)	利用者負担額(3割)
看取り介護加算Ⅰ	なし	死亡日以前45日以上31日以下 (72単位/日)	①	②=①×加算率	③=①+②	④=③×1単位の単価	⑤=④×90/100	⑥=④×80/100
		死亡日以前30日以上4日以下 (144単位/日)						
		死亡日の前日及び前々日 (680単位/日)						
		死亡日 (1280単位/日)						
看取り介護加算Ⅱ	なし	死亡日以前45日以上31日以下 (572単位/日)						
		死亡日以前30日以上4日以下 (644単位/日)						
		死亡日の前日及び前々日 (1180単位/日)						
		死亡日 (1780単位/日)						
		最大	0単位	0単位	0単位	0円	0円	0円

職員体制

(有料老人ホームに該当するサービス付き高齢者向け住宅である場合に作成、
同一法人が運営する他の事業所の職員については記載不要)

1. 職種別の職員数

	職員数(実人数)※1			常勤換算人数 ※1※2※3	兼務している職種及び人数
	合計	常勤	非常勤		
管理者	1	1	0	1.0	
状況把握及び生活相談サービスを提供する職員(生活相談員)	1	1	0	1.0	
直接処遇職員	25	16	9	19.5	
介護職員	21	13	8	16.0	
看護職員	4	3	1	3.5	
機能訓練指導員	1	1	0	1.0	
計画作成担当者	1	1	0	1.0	
栄養士	0	0	0	0.0	
調理員	0	0	0	0.0	
事務員	0	0	1	0.9	
その他職員	4	0	4	1.8	
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※3				38.3時間	

※1:業務を委託する場合、委託先の職員についても記載。

※2: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。

※3:特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。

2. 資格を有している介護職員の人数

	合計		
	常勤	非常勤	
社会福祉士	1	1	0
介護福祉士	17	13	4
実務者研修修了者	1	0	1
初任者研修修了者	3	0	3
介護支援専門員	1	1	0

3. 資格を有している機能訓練指導員の人数

	合計		
	常勤	非常勤	
看護師又は准看護師	0		
理学療法士	1	1	0
作業療法士	0	0	0
言語療法士	0		
柔道整復士	0		
あん摩マッサージ指圧師	0		

4. 夜勤を行う職員の人数

夜勤帯の設定時間	17 時 00 分 ～ 9 時 15 分		
	平均人数	最少時人数(休憩者等を除く)	兼務している職種及び人数
状況把握及び生活相談サービスを提供する職員(生活相談員)			
看護職員			
介護職員	2	2	

5. 特定施設入居者生活介護等の提供体制

特定施設入居者生活介護等の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	契約上の職員配置比率※	☐ 1.5:1以上 ☐ 2:1以上 ☐ 2.5:1以上 ☒ 3:1以上
	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有料老人ホームの介護サービス提供体制	ホームの職員数	
	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	

※: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

6. 職員の状況

管理者	他の職務との兼務	☐ あり ☒ なし					
	業務に係る資格	☒ あり	資格の名称	介護支援専門員、介護福祉士			
		☐ なし					
区分		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		0	0	1	1	0	0
前年度1年間の退職者数		0	0	1	0	0	0
業務に従事した経験年数							
1年未満の者の人数				1			
1年以上3年未満の者の人数		2		4	5	1	
3年以上5年未満の者の人数		1	1	9	3		
5年以上10年未満の者の人数							
10年以上の者の人数							
区分		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		0	0	0	0		
前年度1年間の退職者数		0	0	0	0		
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		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							
職員の健康診断の実施状況		☒ あり ☐ なし					