

## 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 兵庫県尼崎市武庫之荘本町1丁目18-26  
商号、名称又は氏名  
特定非営利活動法人都市生活コミュニティセンター  
理事長 寺嶋 英介 印

代理人 住所 兵庫県尼崎市武庫之荘本町1丁目18-26  
(説明者) 商号、名称又は氏名  
パンセ武庫之荘  
管理者 小松 高志 印

## 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

支援や介護が必要になっても、誰もが人としての尊厳を保ち、能力に応じて自立した日常生活を営むことができるような地域社会づくりに貢献することをめざします。そのために必要な暮らしと住まいの場を提供します。

## 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) ぱんせむこのそう パンセ武庫之荘
所在地	(住居表示※) 兵庫県尼崎市武庫之荘本町1丁目18-26
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 電車 ( 阪急神戸線武庫之荘駅からバスで5分、降車後徒歩6分 / または同駅から徒歩20分 ) <input type="checkbox"/> 2. その他 ( )
住宅に関する 権原	<input type="checkbox"/> 1. 所有権 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 賃借権 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. 所有権 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 賃借権 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. 所有権 <input type="checkbox"/> 2. 地上権 <input checked="" type="checkbox"/> 3. 賃借権 <input type="checkbox"/> 4. 使用貸借による権利 期間 年 月 日から 年 月 日まで

## 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	<input checked="" type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 個人	
商号、名称 又は氏名	(ふりがな) とくていひえいりかつどうほうじん としせいかつこみゆにていせんたー 特定非営利活動法人 都市生活コミュニティセンター	
住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 661-0031 ) 兵庫県尼崎市武庫之荘本町1丁目18-26 電話番号 06-4950-5104	
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(法人にあっ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	

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) ばんせむこのそう パンセ武庫之荘		
事務所の所在地	(郵便番号 661-0031 ) 兵庫県尼崎市武庫之荘本町1丁目18-26	電話番号	06-4950-5104

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	20 戸	入居定員	20 人
居住部分の規模	(最小)	18.05 m <sup>2</sup>	詳細については、別添3のとおり	
	(最大)	19.77 m <sup>2</sup>		
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	鉄骨造	階数	3 階建
竣工の年月	2017 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			

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	<input checked="" type="checkbox"/> 賃貸借契約 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 自立している者 <input checked="" type="checkbox"/> 要支援の者 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護の者		
	留意事項		
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	賃料等の支払い義務違反、禁止行為、虚偽申告
		解約予告期間	相当期間。ただし反社会的勢力の排除に関する条項についての義務違反の場合は即時。
	入居者からの解約予告期間	少なくとも30日前	

※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※	年 月 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
	状況把握・生活相談	■ 自ら □ 委託		約 24,155 円	
	食事の提供	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない		約 58,500 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	59,800 円		住戸ごとの内容は、別添3のとおり	
	(最高) 約	64,500 円			
共益費の概算額	(最低) 約	25,000 円			
	(最高) 約	25,000 円			
敷金の概算額	(最低) 約	179,400 円		家賃の 3.0 月分	
	(最高) 約	193,500 円			
入院等による不在時における家賃等の費用の取扱い	特段の定めなし				
家賃等の費用の改定	条件	租税負担等の増減、経済事情の変動、近傍同種建物の賃料変動などにより賃料等が不相当となった場合			
	手続	協議			
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	<input type="checkbox"/> 銀行による債務の保証 <input type="checkbox"/> 信託会社等による元本補てん又は信託 <input type="checkbox"/> 保険事業者による保証保険 <input type="checkbox"/> その他( )				
特定施設入居者生活介護事業所	<input type="checkbox"/> 指定を受けている                      介護保険事業所番号( ) <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 指定を受けている                      介護保険事業所番号( ) <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 指定を受けている                      介護保険事業所番号( ) <input checked="" type="checkbox"/> 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)	詳細については、別添5のとおり	
	要支援1	円	円		円
	要支援2	円	円		円
	要介護1	円	円		円
	要介護2	円	円		円
	要介護3	円	円		円
	要介護4	円	円		円
要介護5	円	円	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	入居継続支援加算	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	個別機能訓練加算	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		夜間看護体制加算	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	若年性認知症入居者受入加算	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		医療機関連携加算	<input 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 type="checkbox"/> なし		栄養スクリーニング加算	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	退院・退所時連携加算	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		看取り介護加算	<input type="checkbox"/> あり <input 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 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 type="checkbox"/> なし
介護職員処遇改善加算	<input type="checkbox"/> あり [ <input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II) <input type="checkbox"/> (III) <input type="checkbox"/> (IV) <input type="checkbox"/> (V) ]			<input type="checkbox"/> なし	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	<input type="checkbox"/> あり		介護・看護職員の配置率 上乗せ介護費(月額)	:	円 <input type="checkbox"/> 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、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	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら管理 <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	(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	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
大規模修繕の実施予定	2030年 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
パンセ武庫之荘ホーム	小規模多機能型居宅介護(予防含む)を提供します。通い・訪問・宿泊を柔軟かつ一体的に組み合わせたサービスを提供します。	<input checked="" type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
都市生活ヘルパーステーションあしすと武庫之荘	訪問介護(予防、総合事業を含みます)サービスを提供します。	<input checked="" type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
都市生活ヘルパーステーションあしすと武庫之荘	居宅介護支援事業所(居宅サービスのケアプラン作成などを行います)	<input checked="" type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
		<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 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) あまがさきいりょうせいきょうびょういん 尼崎医療生協病院
医療機関の所在地	(郵便番号 661-0033 ) 尼崎市南武庫之荘12-16-1 電話番号 06-6436-1701
診療科目	内科、外科、整形外科、皮膚科
連携又は協力の内容	病状の急変等が生じた場合その他必要な場合に連絡を取り、当該医療機関は迅速に適切な対応をとるよう努める
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) あまがさきいりょうせいきょうびょういんしか 尼崎医療生活協同組合生協歯科
歯科医療機関の所在地	(郵便番号 660-0064 ) 尼崎市稲葉荘4-6-27 電話番号 06-4869-4120
連携又は協力の内容	病状の急変等が生じた場合その他必要な場合に連絡を取り、当該医療機関は迅速に適切な対応をとるよう努める
その他の連携又は協力の相手方(自らが運営する併設施設でない事業所を含む。)	
事業所の名称	(ふりがな)
事業所の所在地	(郵便番号 ) 電話番号
連携又は協力の内容	

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

高齢者の居住安定確保に関する基本的な方針に従い、適切に管理します。

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	<input type="checkbox"/> あり 内容( ) <input checked="" type="checkbox"/> なし				
居住部分(住戸)の変更に関する事項※ ※住み替えを行っていない場合は、記入不要	入居後に居住部分の変更をお願いする場合	<input type="checkbox"/> 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 介護居室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 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				
	居住部分を利用する権利の取扱い				
	追加的費用の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
	前払金償却の調整の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	台所の変更	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	便所の変更	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	収納の変更	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	洗面の変更	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	その他の変更	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	浴室の変更	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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				
	電話番号				
	対応している時間	平日			
		土曜日			
		日曜・祝日			
定休日					
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	協力医療機関等に連絡			
	緊急やむを得ず身体的拘束を行う際の手続				
	事故発生時の対応				
	事故に関する緊急時対応マニュアルの有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
	損害賠償責任保険の加入状況	<input checked="" type="checkbox"/> あり 内容( ) <input type="checkbox"/> なし			
防火体制	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( )			
	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	消防計画	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	避難訓練	<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	(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		<input type="checkbox"/> あり 実施日( ) 結果の開示 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> なし						
運営懇談会		<input type="checkbox"/> あり 開催頻度( ) 構成員( ) <input checked="" 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( ) 結果の開示 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 評価機関名( ) <input checked="" type="checkbox"/> なし						
入居希望者への事前の情報開示	入居契約書の雛形	<input type="checkbox"/> 希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 希望者に配布 <input type="checkbox"/> 非公開 <input type="checkbox"/> 未作成						
	管理規程	<input type="checkbox"/> 希望者に公開 <input type="checkbox"/> 希望者に配布 <input type="checkbox"/> 非公開 <input checked="" type="checkbox"/> 未作成						
	事業収支計画書	<input checked="" type="checkbox"/> 希望者に公開 <input type="checkbox"/> 希望者に配布 <input type="checkbox"/> 非公開 <input type="checkbox"/> 未作成						
	財務諸表の要旨	<input checked="" type="checkbox"/> 希望者に公開 <input type="checkbox"/> 希望者に配布 <input type="checkbox"/> 非公開 <input type="checkbox"/> 未作成						
	財務諸表の原本	<input checked="" type="checkbox"/> 希望者に公開 <input type="checkbox"/> 希望者に配布 <input type="checkbox"/> 非公開 <input type="checkbox"/> 未作成						
入居者の状況	(記入日:令和 7年 1月 1日現在)		登録戸数(a)	20 戸	入居戸数(b)	20 戸	入居率(b/a)	100.0 %
			入居定員(c)	20 人	入居者数(d)	20 人	充足率(d/c)	100.0 %
	入居者の内訳	性別	男性	4 人	女性	16 人		
		年齢別	～59歳	0 人	60～64歳	0 人	65～74歳	0 人
			75～84歳	5 人	85歳～	15 人	平均年齢	89.0 歳
		要介護等状態区分別	自立	0 人	要支援1	2 人	要支援2	2 人
			要介護1	6 人	要介護2	4 人	要介護3	2 人
			要介護4	4 人	要介護5	0 人		
	入居期間別	6箇月未満	4 人	6箇月以上1年未満	1 人	1年以上5年未満	6 人	
		5年以上10年未満	9 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	0 人	社会福祉施設等	0 人	医療機関	0 人
			死亡	3 人	その他	0 人	合計	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	1 人	解約事由の例	自宅への転居			

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。

2025 年 月 日

借主(乙) 住所  
氏名

印

別添1

## 役員名簿

(2023年1月1日現在)

(ふりがな) 氏名	役名等
てらしま えいすけ 寺嶋 英介	理事長
はやし よしこ 林 佳子	理事
ささき きょうこ 佐々木 京子	理事
いけだ けいいち 池田 啓一	理事
おかべ まきこ 岡部 眞紀子	理事
きくた ひろこ 菊田 宏子	理事
やました しょうこ 山下 尚子	理事
こまつ たかし 小松 高志	理事
さかい はじめ 酒井 一	理事
おういんどう まさみ 王隠堂 政見	監事
いしかわ まさかね 石川 雅可年	監事

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4

1. 状況把握及び生活相談サービスの内容

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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							
サービスを提供する法人等の別	<input type="checkbox"/> 医療法人 <input checked="" type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input checked="" type="checkbox"/> 指定介護予防サービス事業者 <input checked="" type="checkbox"/> 指定居宅サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者 <input checked="" type="checkbox"/> 指定地域密着型サービス事業者 <input type="checkbox"/> 上記以外の法人等								
サービスを提供する者の人数	<input type="checkbox"/> 医師	人員	人	<input type="checkbox"/> 社会福祉士	人員	人			
	<input type="checkbox"/> 看護師	人員	人	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員	人員	人			
	<input type="checkbox"/> 准看護師	人員	人	<input checked="" type="checkbox"/> 養成研修修了者	人員	1人			
	<input type="checkbox"/> 介護福祉士	人員	人	<input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員	3人			
			合 計		人員	人			
常駐する場所	<input checked="" type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地 <input type="checkbox"/> 近接する土地 <input type="checkbox"/> (所在地) )								
常駐する日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> 次の期間を除く ( )								
常駐する時間	日中	9時	0分	～	18時	0分	人員	1人	
	上記以外の時間	時	分	～	時	分	人員	0人	
毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法	食事提供時に安否、健康状態等を把握						毎日	3回	
	<input type="checkbox"/> 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	18時		0分	～	翌	9時	0分
		上記以外の日	<input type="checkbox"/> 24時間						
	通報方法	居室および共用トイレに設置されたナースコール装置							
	通報先	同一建物内の事務室			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	23,935円	前払金の算定方法					
	前払金	約	0円						
備考									

※: 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		<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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		<input checked="" type="checkbox"/> 食堂 <input type="checkbox"/> 各居住部分 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
提供方法	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	内容	<input checked="" type="checkbox"/> 3食 <input type="checkbox"/> 入居者が選択 <input type="checkbox"/> 次の食事は提供しない ( )	
	調理等	<input checked="" type="checkbox"/> 厨房で調理 <input type="checkbox"/> 配食サービスを利用 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
サービス提供の 対価(概算額)	月額※	約 51,000 円	内訳 朝食 340 円 昼食 680 円 夕食 680 円
	前払金	約 円	前払金の 算定方法
備考			

※: 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		<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 365日対応 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (計画にそって提供し、随時対応はいたしません)	
	内容	<input checked="" type="checkbox"/> 入浴介護 <input checked="" type="checkbox"/> 排せつ介護 <input checked="" type="checkbox"/> 食事介護 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (整容、清潔保持等)	
サービス提供の対価(概算額)	月額※1	約 0 円	前払金の算定方
	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	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 2,040 円 / 時	
排せつ介助・おむつ交換	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 2,040 円 / 時	
おむつ代		<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 2,040 円 / 時	
入浴(一般浴)介助・清拭	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 2,040 円 / 時	
特浴介助	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 円 /	
身辺介助(移動・着替え等)	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 2,040 円 / 時	
機能訓練	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 2,040 円 /	
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 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: 「のり」を「エッジ」にしたときには、各種サービス費用が月額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		<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <small>(法人にあっては主たる事務所の所在地)</small>	(郵便番号)	電話番号
	住所 <small>(法人にあっては本業務に係る事業所の所在地)</small>	(郵便番号)	電話番号
提供方法	提供日	<input type="checkbox"/> 365日対応 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (計画にそって提供し、随時対応はいたしません)	
	内容	<input type="checkbox"/> 調理 <input checked="" type="checkbox"/> 洗濯 <input checked="" type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
サービス提供の対価(概算額)	月額※1	約 0 円	前払金の算定方
	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	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 円 /	
日常の洗濯	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 2,040 円 / 時	
居室清掃	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 2,040 円 / 時	
リネン交換	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 円 /	
居室配膳・下膳	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 2,040 円 / 時	
買物代行※4	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 2,040 円 / 時	
役所手続き代行	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 2,040 円 / 時	
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 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: 『のり』を『エッジ』に置き換えるには、各サービス費用が月額定額部分の料金に含まれる場合と、サービス

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		<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 365日対応 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (計画にそって提供し、随時対応はいたしません)	
	内容	<input checked="" type="checkbox"/> 健康相談 <input type="checkbox"/> 血圧等の測定 <input type="checkbox"/> 定期検診 <input type="checkbox"/> 通院等の付き添い <input type="checkbox"/> その他 ( )	
サービス提供の対価(概算額)	月額※1	約 0 円	前払金の算定方
	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
健康相談	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 0 円 /	
血圧等の測定	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 円 /	
定期検診	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 円 /	
通院の付き添い※4	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 円 /	
入退院の付き添い※4	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 円 /	
服薬支援	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 円 /	
生活指導・栄養指導	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 円 /	
定期健康診断		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 円 /	
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 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: <sup>1</sup>のりせフ エツクシにこごには、各健リールへ費用が月額り定額部がりの料金に包含される場合、リールス利

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		<input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> 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	
	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
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 包含	<input type="checkbox"/> 都度	円 /
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 包含	<input type="checkbox"/> 都度	円 /
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 包含	<input type="checkbox"/> 都度	円 /
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 包含	<input type="checkbox"/> 都度	円 /
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 包含	<input type="checkbox"/> 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: 『のりせえつ』には、各サービス費用が月額定額部分の料金に包含される場合、サービス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 日の場合

住宅所在市町	
地域区分	
1単位の単価	

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. 月額費用の目安

要介護状態区分	基本単位数		加算単位数の計(注)	介護職員処遇改善加算単位数	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	B	C=(A+B)*加算率	D=A+B+C	E=D*1単位の単価	F=E-E*90/100	G=E-E*80/100	H=E-E*70/100	
要支援1	(180単位/日)	0単位	0単位	0単位	0単位	0円	0円	0円	0円
要支援2	(309単位/日)	0単位	0単位	0単位	0単位	0円	0円	0円	0円
要介護1	(534単位/日)	0単位	0単位	0単位	0単位	0円	0円	0円	0円
要介護2	(599単位/日)	0単位	0単位	0単位	0単位	0円	0円	0円	0円
要介護3	(668単位/日)	0単位	0単位	0単位	0単位	0円	0円	0円	0円
要介護4	(732単位/日)	0単位	0単位	0単位	0単位	0円	0円	0円	0円
要介護5	(800単位/日)	0単位	0単位	0単位	0単位	0円	0円	0円	0円

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

(加算の算定状況)

加算種別	算定	加算単位数	
入居継続支援加算		(36単位/日)	※要介護者のみ
生活機能向上連携加算		(200単位/月)	※個別機能訓練加算を算定していない場合
生活機能向上連携加算		(100単位/月)	※個別機能訓練加算を算定している場合
個別機能訓練加算		(12単位/日)	
夜間看護体制加算		(10単位/日)	※要介護者のみ
若年性認知症入居者受入加算		(120単位/日)	※若年性認知症入居者のみ
医療機関連携加算		(80単位/月)	
口腔衛生管理体制加算		(30単位/月)	
栄養スクリーニング加算		(5単位/回)	
退院・退所時連携加算		(30単位/日)	※要介護者のみ(入居日から30日間のみ算定)
認知症専門ケア加算	(I)	(3単位/日)	
	(II)	(4単位/日)	
サービス提供体制強化加算	(I)イ	(18単位/日)	
	(I)ロ	(12単位/日)	
	(II)	(6単位/日)	
	(III)	(6単位/日)	

加算種別	算定	加算単位数
介護職員処遇改善加算	(I)	(基本単位数+加算単位数の計)×8.2%
	(II)	(基本単位数+加算単位数の計)×6.0%
	(III)	(基本単位数+加算単位数の計)×3.3%
	(IV)	(基本単位数+加算単位数の計)×3.3%×90/100
	(V)	(基本単位数+加算単位数の計)×3.3%×80/100

2. 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)
		H	I=H*加算率	J=H+I	K=J*1単位の単価	L=K-K*90/100	M=K-K*80/100	N=K-K*70/100
看取り介護加算	死亡日以前4日以上30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)						
	最大	0単位	0単位	0単位	0円	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		
管理者	1		1	
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)			2	
直接処遇職員				
介護職員				
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
事務員				
その他職員				
1週間のうち、常勤の従業員が勤務すべき時間数※3				

※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、当該事業所の従業員の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業員が勤務す

※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		
介護福祉士		
実務者研修修了者		
初任者研修修了者		
介護支援専門員		

## 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		
理学療法士		
作業療法士		
言語療法士		
柔道整復士		
あん摩マッサージ指圧師		

4. 夜勤を行う職員の人数

夜勤帯の設定時間	時 分 ~ 時 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			

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※	<input type="checkbox"/> 1.5:1以下 <input type="checkbox"/> 2:1以上 <input type="checkbox"/> 2.5:1以上 <input type="checkbox"/> 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	居宅介護支援専門員、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					1
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					
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					
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					
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					
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				