

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 兵庫県尼崎市西難波町2丁目19番12号
 商号、名称又は氏名 株式会社アルスタック
 代表取締役 杉浦 美保子

印

代理人 住所
 (説明者) 商号、名称又は氏名 宮城 彰

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

当住宅では、居住者に対して個人の有する能力に応じ、可能な限り自立して日常生活を営むことができるよう、生活支援サービススタッフが中心となって居住者様の状況を把握し、医療・看護・介護の提供が必要な場合も安心して住み続けられるように支援します。

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) かいごつきゆうりょうろうじんほーむらうれーとむこがわ 介護付有料老人ホーム ラウレート武庫川
所在地	(住居表示※) 兵庫県尼崎市武庫川町1丁目9番
利用交通手段	■ 1. 電車 (阪神電鉄本線尼崎センタープール前駅から徒歩で7分) □ 2. その他 ()
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 平成 30 年 12 月 1 日から 令和 30 年 11 月 30 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 年 月 日から 年 月 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) かぶしきがいしゃあるすたっく 株式会社アルスタック	
住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 660-0893) 兵庫県尼崎市西難波町2丁目19番12号 電話番号 06-6419-4728	
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	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) かぶしがいしやあるすたつく 株式会社アルスタック
事務所の所在地	(郵便番号 660-0893) 兵庫県尼崎市西難波町2丁目19番12号 電話番号 06-6419-4728

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 45 戸	入居定員 45 人
居住部分の規模	(最小) 18.10 m ²	詳細については、別添3のとおり
	(最大) 18.10 m ²	
構造及び設備	共同利用設備 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	構造 鉄骨 造	階数 地上3 階建
竣工の年月	平成30 年 11 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	<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。 <input checked="" type="checkbox"/> ①単身高齢者世帯 <input checked="" type="checkbox"/> 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 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	入居契約書第14条
		解約予告期間	相当な期間
	入居者からの解約予告期間	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※	31 年 2 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

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 別添4のとおり	
高齢者生活支援サービス	状況把握・生活相談	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託	約 0 円	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
	食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 49,500 円	
	入浴等の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 0 円	
	調理等の家事	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 0 円	
	健康の維持増進	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 0 円	
その他	<input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない	約 円		
家賃の概算額	(最低) 約 77,000 円	住戸ごとの内容は、別添3のとおり		
	(最高) 約 77,000 円			
共益費の概算額	(最低) 約 20,000 円			
	(最高) 約 20,000 円			
敷金の概算額	(最低) 約 308,000 円	家賃の 4.0 月分		
	(最高) 約 308,000 円			
入院等による不在時における家賃等の費用の取扱い	家賃共益費は全額請求、高齢者生活支援サービス費は1ヶ月を30日として日割り計算で請求する			
家賃等の費用の改定	条件	入居契約書第4条3項		
	手続	協議の上		
前払金※有無	<input type="checkbox"/> あり [<input type="checkbox"/> 前払方式のみ <input type="checkbox"/> 前払方式と月払方式を選択可] <input checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 指定を受けている 介護保険事業所番号(2873012393) <input 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 checked="" type="checkbox"/> 指定を受けている 介護保険事業所番号(2873012393) <input 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)

	利用者負担(1割)	利用者負担(2割)	利用者負担(3割)		
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)(※)	要支援1	5,730 円	11,460 円	17,190 円	
	要支援2	9,810 円	19,620 円	29,430 円	
	要介護1	16,980 円	33,960 円	50,940 円	
	要介護2	19,080 円	38,160 円	57,240 円	
	要介護3	21,270 円	42,540 円	63,810 円	
	要介護4	23,310 円	46,620 円	69,930 円	
	要介護5	25,470 円	50,940 円	76,410 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 checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		退院退所時連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	個別機能訓練加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		夜間看護体制加算	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> なし	協力医療機関連携加算	<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	栄養スクリーニング加算	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	退居時情報提供加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		看取り介護加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	特定処遇改善加算	<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 [12.2~12.8%]			<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 checked="" 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				

詳細については、別添5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 (法人にあつ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 type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
大規模修繕の実施予定	
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
		<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
		<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
		<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
		<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) あいわびょういん アイワ病院
医療機関の所在地	(郵便番号 661-0953) 兵庫県尼崎市東園田町4丁目101番地4 電話番号 06-6499-0888
診療科目	内科、外科、整形外科
連携又は協力の内容	入居者様の急病時に24時間対応、受入協力
医療機関の名称	(ふりがな) かつらくりにつく 桂クリニック
医療機関の所在地	(郵便番号 660-0893) 兵庫県尼崎市西難波町5丁目6番22号 電話番号 06-6482-0777
診療科目	内科、外科、胃腸科
連携又は協力の内容	入居者様の健康管理、在宅医療の連携、協力
協力歯科医療機関	
歯科医療機関の名称	(ふりがな) のぶしかくりにつく のぶ歯科クリニック
歯科医療機関の所在地	(郵便番号 661-0961) 兵庫県尼崎市戸ノ内町3丁目29-7 電話番号 070-1736-6480
連携又は協力の内容	入居者様の歯科診療、介護職員等への口腔ケアに係る技術的助言及び指導
協力調剤薬局	
事業所の名称	(ふりがな) あさおちょうざいやつきよく 浅尾調剤薬局
事業所の所在地	(郵便番号 660-0052) 兵庫県尼崎市七松町2-4-13 電話番号 06-6419-3096
連携又は協力の内容	入居者様の薬剤管理、服薬指導、在宅医療の連携、協力

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	<input checked="" type="checkbox"/> あり 内容(1日3,150円食事代別途) <input 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願う場合	<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()		
	変更を願う判断基準の内容			
	変更を願う手続の内容			
	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
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	介護付有料老人ホームラウレット武庫川苦情相談窓口		
	電話番号	06-6416-1129		
	対応している時間	平日	9:00~18:00	
		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	連携医療機関であるアイワ病院、桂クリニックと連携して、適切に対応いたします		
	緊急やむを得ず身体的拘束を行う際の手続	尼崎市の「高齢者虐待対応マニュアル」にそって適切に対応いたします		
	事故発生時の対応	事故対応マニュアルにそって適切に対応いたします		
	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(ひょうご福祉サービス総合保障制度に加入) <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 checked="" type="checkbox"/> あり 開催頻度(2回/年) 構成員(施設長、介護支援専門員、生活相談員、入居者、家) <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() 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 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						
	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 type="checkbox"/> 希望者に公開 <input type="checkbox"/> 希望者に配布 <input checked="" type="checkbox"/> 非公開 <input type="checkbox"/> 未作成						
	財務諸表の要旨	<input type="checkbox"/> 希望者に公開 <input type="checkbox"/> 希望者に配布 <input checked="" type="checkbox"/> 非公開 <input type="checkbox"/> 未作成						
	財務諸表の原本	<input type="checkbox"/> 希望者に公開 <input type="checkbox"/> 希望者に配布 <input checked="" type="checkbox"/> 非公開 <input type="checkbox"/> 未作成						
入居者の状況	記入日:令和 6年 9月30日現在)	登録戸数(a)	45 戸	入居戸数(b)	45 戸	入居率(b/a)	100.0 %	
		入居定員(c)	45 人	入居者数(d)	45 人	充足率(d/c)	100.0 %	
	性別	男性	13 人	女性	32 人			
		年齢別	～59歳	0 人	60～64歳	1 人	65～74歳	2 人
	75～84歳		9 人	85歳～	33 人	平均年齢	86.9 歳	
	要介護等状態区分別	自立	0 人	要支援1	0 人	要支援2	0 人	
		要介護1	1 人	要介護2	3 人	要介護3	7 人	
		要介護4	12 人	要介護5	22 人			
	入居期間別	6箇月未満	8 人	6箇月以上1年未満	6 人	1年以上5年未満	21 人	
		5年以上10年未満	10 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	人	社会福祉施設等	1 人	医療機関	1 人	
		死亡	17 人	その他	人	合計	19 人	
	生前解約の状況	事業者側からの申し出	人	解約事由の例				
	入居者側からの申し出	2 人	解約事由の例	自宅近くの施設及び病院への入所、入院				

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

別添1

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
すぎうらみほこ 杉浦 美保子	代表取締役
かつらるいこ 桂 路易子	取締役
かつらやすひろ 桂 康博	取締役

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。

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	<input type="checkbox"/> 医療法人 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input checked="" type="checkbox"/> 指定居宅サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定地域密着型サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input checked="" type="checkbox"/> 指定介護予防サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者 <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 checked="" type="checkbox"/> 看護師	人員	9人	<input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員	人員	1人
	<input checked="" type="checkbox"/> 准看護師	人員	3人	<input checked="" type="checkbox"/> 養成研修修了者	人員	4人
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士	人員	13人	<input type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員	人
			合計		人員	28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	0時 0分 ~	24時 0分	人員	1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	毎食食事提供時に状況把握、夜間23時、2時、5時に巡回実施し安否確認する			人員	6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	0時 0分 ~	24時 0分		
		上記以外の日	<input type="checkbox"/> 24時間			
	通報方法	スタッフコール				
	通報先	1階事務所		通報先から住宅までの到着予定時間	5分	
サービス提供の対価(概算額)	月額※	約	0円	前払金の算定方法		
	前払金	約	0円			
備考	状況把握サービス:毎食、食事提供時に状況把握を行います。夜間は23時2時、5時に安否確認を行います。 生活相談サービス:生活全般に関する諸問題についての相談に対して個別の支援・援助を行います。					

※: 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。

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 49,500 円	内訳 朝食 430 円 昼食 610 円 夕食 610 円
	前払金	約 0 円	前払金の 算定方法
備考	消費税別途必要 特別食が必要な場合、刻み食1食につき40円を加算します。トロミ剤が必要な場合は、入居者様負担で購入が必要です。キャンセル・変更は5日前の10:00まで可能、それ以降は全額請求となります。		

※: 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		<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 checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	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 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 算定方法	
	前払金	約	0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 type="checkbox"/> なし <input checked="" 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 /	必要時
排せつ介助・ おむつ交換	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" 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 /	必要時
おむつ代		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 包含 <input checked="" type="checkbox"/> 都度	実費 円 /	
入浴(一般浴) 介助・清拭	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" 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 /	週2回
特浴介助	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" 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 /	週2回
身辺介助(移 動・着替え等)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" 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 /	必要時
機能訓練	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" 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 /	
	<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	週あたり2回を超える入浴希望の場合は2000円/回を徴収いたします				

※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		<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 checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	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	算定方法
	前払金	約	0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	0円 /		
日常の洗濯	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" 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	0円 /		週2回
居室清掃	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" 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	0円 /		週2回
リネン交換	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" 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	0円 /		週1回
居室配膳・下膳	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" 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	0円 / 回		必要時
買物代行※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 checked="" type="checkbox"/> 都度	500円 /		15分につき
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 checked="" type="checkbox"/> 都度	0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	日用品の買物				

※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		<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 checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	内容	<input checked="" type="checkbox"/> 健康相談 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> その他 (服薬確認)	
サービス提供の 対価(概算額)	月額※1	約 0 円	前払金の 算定方法
	前払金	約 0 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 type="checkbox"/> なし <input checked="" 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 /	
血圧等の測定	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" 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 /	必要時
定期検診	<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 実費 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 type="checkbox"/> なし <input checked="" 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 type="checkbox"/> なし <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 実費 円 /	必要時
	<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	365日対応、健康相談は随時受付し、協力医療機関と連携しながら対応します。往診の受入について主治医との連携・調整をします。 急病の場合は連携医療機関により24時間診療対応可能な体制を確保しています。 常用薬の服薬管理の実施、服薬回毎に分別、服薬の確認を行います		

※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	<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
	<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: 「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を作成)

住宅所在市町	尼崎市
地域区分	5級地
1単位の単価	10,450円

入カセル

※1箇月 30日の場合

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、播磨川町		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 (注)	介護職員処遇 改善加算単位数 C=(A+B)×加算率	介護職員等特定処 遇改善加算単位数 D=(A+B)×加算率	総単位数 E=A+B+C+D	総費用額 F=B×単位の単価	利用者負担額 (1割) G=F×F90/100	利用者負担額 (2割) H=F×F80/100	利用者負担額 (3割) I=F×F70/100
	A	B								
要支援1	183単位/日	5,490単位	460単位	488単位	0単位	6,438単位	67,277円	6,728円	13,456円	20,184円
要支援2	313単位/日	9,390単位	460単位	808単位	0単位	10,658単位	111,376円	11,138円	22,276円	33,413円
要介護1	542単位/日	16,260単位	2,080単位	1,504単位	0単位	19,844単位	207,369円	20,737円	41,474円	62,211円
要介護2	609単位/日	18,270単位	2,080単位	1,669単位	0単位	22,019単位	230,098円	23,010円	46,020円	69,030円
要介護3	679単位/日	20,370単位	2,080単位	1,841単位	0単位	24,291単位	253,840円	25,384円	50,768円	76,152円
要介護4	744単位/日	22,320単位	2,080単位	2,001単位	0単位	26,401単位	275,890円	27,589円	55,178円	82,767円
要介護5	813単位/日	24,390単位	2,080単位	2,171単位	0単位	28,641単位	299,298円	29,930円	59,860円	89,790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・退所時運搬加算、看取り介護加算及び介護職員
処遇改善加算を除く。

(加減算の算定状況)

加減算種別	算定	加減算単位数
要支援1	あり	(-18単位/日)
要支援2	あり	(-31単位/日)
要介護1	あり	(-53単位/日)
要介護2	なし	(-60単位/日)
要介護3	なし	(-67単位/日)
要介護4	なし	(-73単位/日)
要介護5	なし	(-80単位/日)
入居継続支援加算	あり	(36単位/日) 1,080単位 (200単位/月)
生活機能向上連携加算	なし	または (100単位/月)
個別機能訓練加算	あり	(12単位/日) 360単位
夜間看護体制加算	あり	(18単位/日) 540単位
協力医療機関連携加算	あり	(100単位/月) 100単位
口腔衛生管理体制加算	なし	(30単位/月)
認知症専門ケア加算	(I) なし (II) あり	(3単位/日) (4単位/日)
サービス提供体制強化加算	(I)イ なし (I)ロ なし (II) あり	(18単位/日) (12単位/日) (6単位/日)

※要介護者のみ

※個別機能訓練加算なしの場合は200単位/月、同加算ありの場合は100単位/月

※要介護者のみ

加算種別	算定	加算単位数
(I)	あり	(基本単位数+加減算単位数の計)×12.2~12.8%

介護職員 処遇改善 加算	(II)	なし	(基本単位数+加減算単位数の計)×6.0%
	(III)	なし	(基本単位数+加減算単位数の計)×3.3%
	(IV)	なし	(基本単位数+加減算単位数の計)×3.3%×90/10
	(V)	なし	(基本単位数+加減算単位数の計)×3.3%×80/10

加算種別	算定	加算単位数
介護職員等 特定処遇 改善加算	(I)	(基本単位数+加減算単位数の計)×1.8%
	(II)	(基本単位数+加減算単位数の計)×1.2%

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	介護職員処遇改善加算単位数	介護職員処遇改善加算単位数	介護職員処遇改善加算単位数	介護職員処遇改善加算単位数	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	なし	(120単位/日)	J	K×P加算率	L×R加算率	M×N+K×L	0円	O=N×N×90/100	P=N×N×80/100	Q=N×N×70/100
			0単位	0単位	0単位	0単位	0円	0円	0円	0円

3. 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	介護職員処遇改善加算単位数	介護職員処遇改善加算単位数	介護職員処遇改善加算単位数	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)	
栄養スクリーニング加算	なし	(5単位/回)	R	S×R加算率	T×R加算率	U=R+S×T	V=U×1単位の単価	W=V×V×90/100	X=V×V×80/100	Y=V×V×70/100
			0単位	0単位	0単位	0単位	0円	0円	0円	0円

4. 退院・退所時連続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	介護職員処遇改善加算単位数	介護職員処遇改善加算単位数	介護職員処遇改善加算単位数	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・退所時連続加算	あり	(30単位/日)	A	B×A加算率	C×A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
			900単位	74単位	0単位	974単位	10,178円	1,018円	2,036円	3,054円

5. 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	介護職員処遇改善加算単位数	介護職員処遇改善加算単位数	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	あり	死亡日以前4日以上30日以下(144単位/日)	I	J×I加算率	K×I加算率	L=I+J+K	M=L×1単位の単価	N=M×M×90/100	O=M×M×80/100	P=M×M×70/100
		死亡日の前日及び前々日(680単位/日)	3,888単位							
		死亡日	1,360単位							
		(1280単位/日)最大	1,280単位							
			6,528単位	535単位	7,063単位	73,808円	7,381円	14,762円	22,143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			
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	2		1	
直接処遇職員	28	17	11	22.4	
介護職員	16	13	3	15.2	
看護職員	12	3	9	7.2	
機能訓練指導員	1	1		1	
計画作成担当者	1	1		1	
栄養士					
調理員	3	0	3	2.8	
事務員	0	0		0	
その他職員					
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※3				40	

※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			
介護福祉士	13	11	2
実務者研修修了者	0	0	0
初任者研修修了者	3	2	1
介護支援専門員	0	0	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			
理学療法士	1	1	
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	20時 00分 ~ 9時 00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	1		1
介護職員	1		1

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以上 <input type="checkbox"/> 2:1以上 <input type="checkbox"/> 2.5:1以上 <input checked="" 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
	業務に係る資格	<input checked="" type="checkbox"/> あり	資格の名称	介護福祉士、介護支援専門員	
		<input type="checkbox"/> 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	0	3		0
前年度1年間の退職者数	3	2	2		1
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				1
	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		3		
	1	7	3	1	
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		1	1		
前年度1年間の退職者数	1		1		
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		1		
	5年以上10年未満の者の人数		1		
	10年以上の者の人数				
職員の健康診断の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				

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(外都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を作成)

住居所在市町	尾崎市
地域区分	5級地
1単位の単価	10,45円

：入力セル

※1箇月 30 日の場合

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

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	介護職員処遇改善加算単位数	介護職員等特定処遇改善加算単位数	特定施設入居者生活介護等支援加算	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)×加算率	E=A+B+C+D	F=B×1単位の単価	G=F-F×90/100	H=F-F×80/100	I=F-F×70/100	
要支援1	(182単位/日) 5,460単位	470単位	486単位	71単位	213単位	6,700単位	70,015円	7,002円	14,003円	21,006円
要支援2	(311単位/日) 9,330単位	470単位	804単位	118単位	237単位	10,959単位	114,521円	11,453円	22,905円	34,357円
要介護1	(538単位/日) 16,140単位	770単位	1,387単位	203単位	264単位	18,764単位	196,083円	19,609円	39,217円	58,825円
要介護2	(604単位/日) 18,120単位	770単位	1,549単位	227単位	294単位	20,960単位	219,032円	21,904円	43,807円	65,710円
要介護3	(674単位/日) 20,220単位	770単位	1,721単位	252単位	326単位	23,289単位	243,370円	24,337円	48,674円	73,011円
要介護4	(738単位/日) 22,140単位	770単位	1,879単位	275単位	354単位	25,418単位	265,618円	26,562円	53,124円	79,686円
要介護5	(807単位/日) 24,210単位	770単位	2,048単位	300単位	386単位	27,714単位	289,611円	28,962円	57,923円	86,884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、香取の介護加算及び介護職員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
要支援1	(-18単位/日)	
要支援2	(-31単位/日)	
要介護1	(-53単位/日)	
要介護2	(-60単位/日)	
要介護3	(-67単位/日)	
要介護4	(-73単位/日)	
要介護5	(-80単位/日)	
入居継続支援加算	なし	(36単位/日)
生活機能向上連携加算	なし	(200単位/月) または (100単位/月)
個別機能訓練加算	あり	(12単位/日) 360単位
夜間看護体制加算	あり	(10単位/日) 300単位
医療機関連携加算	あり	(80単位/月) 80単位
口腔衛生管理体制加算	あり	(30単位/月) 30単位
ベースアップ等支援加算	あり	(336単位/月) (336単位/月)
認知症専門ケア加算	なし	(3単位/日)
	なし	(4単位/日)
サービスマネジメント加算	なし	(18単位/日)
提携体制強化加算	なし	(12単位/日)
	なし	(6単位/日)
	なし	(6単位/日)

※要介護者のみ

※個別機能訓練加算なしの場合は200単位/月、同加算ありの場合は100単位/月

※要介護者のみ

加算種別	算定	加算単位数
(I)	あり	(基本単位数+加減算単位数の計)×8.2%
(II)	なし	(基本単位数+加減算単位数の計)×6.0%
(III)	なし	(基本単位数+加減算単位数の計)×3.3%
(IV)	なし	(基本単位数+加減算単位数の計)×3.3%×90
(V)	なし	(基本単位数+加減算単位数の計)×3.3%×80

介護職員
処遇改善
加算

加算種別	算定	加算単位数
(I)	なし	(基本単位数+加減算単位数の計)×1.8%
(II)	あり	(基本単位数+加減算単位数の計)×1.2%

介護職員等
特定処遇
改善加算

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	介護職員処遇改善加算単位数	介護職員等特定処遇改善加算単位数	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	なし	(120単位/日)	K=A*加算単位数	L=B*加算単位数	0円	P=N-N*60/100	0円	Q=N-N*70/100
合計単位数		0単位			0円			0円

3. 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	介護職員処遇改善加算単位数	介護職員等特定処遇改善加算単位数	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)
栄養スクリーニング加算	なし	(5単位/回)	S=R*加算単位数	T=R*加算単位数	0円	X=V-V*60/100	0円	Y=V-V*70/100
合計単位数		0単位			0円			0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	介護職員処遇改善加算単位数	介護職員等特定処遇改善加算単位数	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)	A=B*A*加算単位数	C=A*加算単位数	10,293円	D=A*B*C	E=E*60/100	F=E*70/100
合計単位数		900単位	74単位	11単位	10,293円	1,030円	2,059円	3,088円

5. 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	介護職員等特定処遇改善加算単位数	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	あり	死亡日以前4日以上30日以下(144単位/日)	I=J*加算単位数	K=L*加算単位数	10,293円	M=N*60/100	O=M*60/100	P=M*70/100
		死亡日の前日及び前々日(680単位/日)						
		死亡日(1,280単位/日)						
		最大	6,528単位	535単位				
合計単位数		7,141単位						