

特定施設入居者生活介護
及び
介護予防特定施設入居者生活介護
重要事項説明書

ウエルハウスキセラ

社会福祉法人 寿楽福社会

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 吹田市岸部北4丁目9番3号
 商号、名称又は氏名 社会福祉法人寿楽福祉会
 理事長 岩井 深之 印

代理人 住所
 商号、名称又は氏名 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

■地域に開かれた施設運営を目指し、ノーマライゼーション活動への取り組みを行い、地域の方々が自由に施設に出入りされ、また、ご入居者が、施設をわが家のようにくつろいで暮らしていただける施設運営に努めます。

■法人独自の「自立支援11カ条」及び「おもてなし宣言11カ条」の推進により「生活不活発病」を予防し、ご入居者が元気に暮らしていただけることを目指します。

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) うえるはうすきせら ウエルハウスキセラ
所在地	(住居表示※) 兵庫県川西市火打1丁目1番24号
利用交通手段	■ 1. 電車 (阪急 宝塚線 川西能勢口 駅から 徒歩 で 12分) ■ 2. その他 (能勢電鉄 絹延橋 駅から 徒歩で 10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 2017 年 7 月 1 日から 2067 年 6 月 30 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	■ 法人 □ 個人
商号、名称 又は氏名	(ふりがな) しゃかいふくしほうじん じゅらくふくしかい 社会福祉法人 寿楽福祉会
住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 564-0001) 大阪府吹田市岸部北4丁目9番3号 電話番号 06-6337-8400
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) 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)しゃかいふくしほうじん じゅらくふくしかい 社会福祉法人 寿楽福祉会	
事務所の所在地	(郵便番号 564-0001) 大阪府吹田市岸部北4丁目9番3号	電話番号 06-6337-8400

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	98 戸 /103戸	入居定員	100 人 /110人
居住部分の規模	(最小)	20.04 m ²	詳細については、別添3のとおり	
	(最大)	41.31 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	RC	造	階数
竣工の年月	2019 年 2 月 15 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。 <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知事が認める者)(「高齢者」とは、60歳以上の者又は要介護認定若しくは要支援認定を受けている60歳未満の者をいう。)		
入居対象者	<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	登録住宅の看護職員は、中心静脈栄養管理の対応はできませんが、その他の栄養管理や医療的処置については応相談。	
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	入居者の行動が他の入居者・職員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	原則6カ月間
	入居者からの解約予告期間		30日前に申し入れを行うこと(入居契約書第19条)

※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		
食事の提供	□ 自ら ■ 委託 □ 提供しない		約 45,720 円	
入浴等の介護	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない		介護保険適用あり	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
調理等の家事	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない		介護保険適用あり	
健康の維持増進	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない		介護保険適用あり	
その他	□ 自ら □ 委託 ■ 提供しない		約 円	
家賃の概算額	(最低) 約 109,500 円	住戸ごとの内容は、別添3のとおり		
	(最高) 約 180,000 円			
共益費の概算額	(最低) 約 50,000 円			
	(最高) 約 50,000 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・共益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、人件費の上昇等により2年に1回改定する場合があります。		
	手続	運営懇談会の意見を聞きます。		
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	※前払い金を受領していない場合は省略			
前払金を支払った場合の月々の家賃概算額	※前払い金を受領していない場合は省略			
家賃等の前払金の算定の基礎	家賃	※前払い金を受領していない場合は省略		
	サービス提供の対価	※前払い金を受領していない場合は省略		
返還額の算定方法	入居後3箇月以内の契約解除等	※前払い金を受領していない場合は省略		
	入居後3箇月を超えた契約解除等	※前払い金を受領していない場合は省略		
家賃等の前払金の返還債務が消滅するまでの期間	※前払い金を受領していない場合は省略			
家賃等の前払金の返還額の推移	※前払い金を受領していない場合は省略			
前払金の保全措置の内容	※前払い金を受領していない場合は省略			
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(2873102731)		
	□ 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()		
	■ 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(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	5,706 円	11,412 円	17,118 円	
	要支援2	9,750 円	19,500 円	29,250 円	
	要介護1	16,867 円	33,733 円	50,599 円	
	要介護2	18,936 円	37,871 円	56,807 円	
	要介護3	21,130 円	42,260 円	63,390 円	
	要介護4	23,137 円	46,273 円	69,409 円	
	要介護5	25,300 円	50,599 円	75,899 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	個別機能訓練加算	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		夜間看護体制加算	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	医療機関連携加算	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		看取り介護加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	口腔衛生管理加算	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> なし
	サービス提供体制強化加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり [<input type="checkbox"/> (I) <input checked="" type="checkbox"/> (II) <input type="checkbox"/> (III)]			<input type="checkbox"/> なし
	介護職員処遇改善加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり [<input checked="" type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II) <input type="checkbox"/> (III)]			<input type="checkbox"/> なし
	介護職員特定処遇改善加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり [<input checked="" type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II)]			<input type="checkbox"/> なし
介護職員等ベースアップ等支援加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
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 3 : 1		<input checked="" type="checkbox"/> なし	
		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					

※個別機能訓練加算、夜間看護体制加算、医療機関連携加算、認知症専門ケア加算、サービス提供体制強化加算及び介護職員処遇改善加算を含めて記入すること。

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)	修繕業務、設備点検業務、清掃業務、
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	問題があればその都度

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	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

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) かわにしりつそうごういりょうせんたー ----- 川西市立総合医療センター
医療機関 の所在地	(郵便番号 666-0017) 兵庫県川西市火打1丁目4番1号 電話番号 0570-01-8199
診療科目	総合内科、循環器内科、消化器内科、呼吸器内科、腎臓内科、糖尿病・内分泌内科、 血液内科、神経内科、ペインクリニック内科、小児科、外科、消化器外科、呼吸器外科、 乳腺外科、脳神経外科、形成外科、整形外科、産婦人科、耳鼻咽喉科、眼科、泌尿器科、 皮膚科、精神科、放射線科、リハビリテーション科、病理診断科、救急科
連携又は協力 の内容	緊急時の受け入れ等
協力医療機関	
医療機関 の名称	(ふりがな) いりょうほうじんせんと すみすくりにつく ----- 医療法人セント スミスクリニック
医療機関 の所在地	(郵便番号 666-0017) 兵庫県川西市火打1丁目7番13号ベストハウスキセラ5階 (本住宅から300m) 電話番号 072-757-6099
診療科目	内科
連携又は協力 の内容	内科医の訪問診療
協力歯科医療機関	
歯科医療機関 の名称	(ふりがな) たかぎしかいいん ----- たかぎ歯科医院
歯科医療機関 の所在地	(郵便番号 565-0823) 大阪府吹田市山田南1-1(イズミヤ千里丘店2階) 電話番号 06-6385-7303
連携又は協力 の内容	定期的な歯科検診や治療等
協力歯科医療機関	
歯科医療機関 の名称	(ふりがな) -----
歯科医療機関 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

基本方針及び県の高齢者住宅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(お一人様 1泊 ¥10,000円(税抜き)/食事代は別途必要) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 一時介護室へ移る場合 <input checked="" type="checkbox"/> 介護居室へ移る場合 <input type="checkbox"/> その他		
	変更をお願いする判断基準の内容	常時見守りがなければ日常生活に危険が認められる場合に、職員詰所に近い居室へ住み替えを求める場合があります。		
	変更をお願いする手続の内容	①概ね3か月間の観察期間を置く ②本人・身元引受人の同意を得る		
	居住部分を利用する権利の取扱い	住み替え後の居室に移動		
	追加的費用の有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
	前払金償却の調整の有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> なし	収納の変更	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
洗面の変更		<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	その他の変更	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
浴室の変更		<input type="checkbox"/> あり <input checked="" 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	社会福祉法人 寿楽福祉会		
	電話番号	06-6337-8400		
	対応している時間	平日	9時～18時	
		土曜日	9時～18時	
		日曜・祝日	9時～18時	
	定休日	なし		
	窓口の名称	ウエルハウスキセラ		
	電話番号	072-756-2101		
	対応している時間	平日	9時～18時	
		土曜日	9時～18時	
		日曜・祝日	9時～18時	
	定休日	なし		
	窓口の名称	川西市 福祉部 介護保険課		
	電話番号	072-740-1149		
	対応している時間	平日	9時～17時	
定休日	土日祝日 及び 12月29日～1月3日			
窓口の名称	兵庫県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口			
電話番号	078-332-5617			
対応している時間	平日	8時45分～17時15分		
定休日	土日祝日 及び 12月29日～1月3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	24時間各住戸のベッドサイド、トイレ、居室に設置してあるナースコールを押していただければ事務所及び住宅職員が携帯しているPHSにて通報を受信の上、住宅職員が駆けつけ、必要に応じて救急車の手配、家族への連絡を行います。		
	緊急やむを得ず身体的拘束を行う際の手続	身体拘束は原則禁止としており、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拘束を行う場合、入居者の身体状況に応じて、その方法、期間(最長で3カ月)を定め、それらを含む入居者の状況、行う理由を記録します。また、家族等へ説明を行い、同意書をいただきます。継続して行う場合は経過を記録し、概ね3カ月ごとに同意書をいただきます。		
	事故発生時の対応	本計画に基づき、介護サービス等を利用者に提供した場合に、万一事故が発生し、利用者の生命・身体等に損害が生じた場合は、速やかに必要な対応及び処置(救急車の手配、家族への連絡等)を行います。また、速やかに事故原因の調査及び再発防止のための取組を実施します。		
	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(保険会社 三井住友海上) <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 (年 2 回実施)
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
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 checked="" type="checkbox"/> あり 実施日(毎年2月予定) 結果の開示 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> なし			
運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> あり 開催頻度(年1回) 構成員(入居者、家族、施設長、職員、民生委員等) <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 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 checked="" type="checkbox"/> 希望者に配布 <input type="checkbox"/> 非公開 <input type="checkbox"/> 未作成		
	事業収支計画書	<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		
	財務諸表の要旨	<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		
	財務諸表の原本	<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		

入居者の状況	記入日:令和 5年 7月 1日現在)		登録戸数(a)	103 戸	入居戸数(b)	92 戸	入居率(b/a)	89.3 %	
			入居定員(c)	110 人	入居者数(d)	95 人	充足率(d/c)	86.4 %	
	入居者の内訳	性別	男性	19 人	女性	76 人			
		年齢別	～59歳	0 人	60～64歳	0 人	65～74歳	3 人	
			75～84歳	16 人	85歳～	76 人	平均年齢	88.8 歳	
		要介護等状態 区分別	自立	0 人	要支援1	9 人	要支援2	6 人	
			要介護1	24 人	要介護2	19 人	要介護3	16 人	
			要介護4	15 人	要介護5	6 人			
	入居 期間別	6箇月未満	16 人	6箇月以上1年未満	13 人	1年以上5年未満	66 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	3 人	社会福祉施設等	5 人	医療機関	1 人	
			死亡	21 人	その他	0 人	合計	30 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	・自宅への帰宅 ・他施設への移行 ・医療機関への入院				

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

説明した者

所属

役職

氏名

印

説明を受けた者

住所

氏名

印

入居する者(

)との続柄()

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
いわい みゆき 岩井 深之	理事長
きそ けんぞう 木曾 賢造	常務理事
たがわ あつし 田川 淳	理事
いながき まなぶ 稲垣 学	理事
たかぎ かつひさ 高木 勝久	理事
てらもと ともやす 寺本 友康	理事
やぎた まこと 八木田 誠	監事
ちもと みのる 地本 稔	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

住棟番号	専用部分の 床面積 (㎡)	構造及び設備※2						住戸数 (戸)	住戸番号 (該当するものを全て記載)	月額家賃 (概算額) (円)
		完備	便所	洗面	浴室	台所	収納			
1	21.04	×	○	○	×	×	○	56	201,202～212,214,221 301,302～312,314,321 401,402～412,414,421 501,502～512,514,521	114,500
1	20.04	×	○	○	×	×	○	4	213,313,413,513	109,500
1	20.58	×	○	○	×	×	○	24	215～220,315～320 415～420,515～520	112,500
1	22.63	×	○	○	×	×	○	12	222～225,322～325 422～425	123,000
1	42.03	×	○	○	×	○	○	4	601～604	180,000
1	41.57	×	○	○	×	○	○	1	605	178,000
1	41.31	×	○	○	×	○	○	2	606,607	175,000

※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	11	89.34	2～5階各2箇所、6階1箇所、7階2箇所	100	
食堂、談話室 (台所)	5	489.62	2～6階	100	
洗濯室	5	23.45	2～6階	100	

※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

○外出・帰宅及びご家族様等の来訪等の時間制限に関して、夜間帯の場合は他のご入居者のご迷惑になることがありますので21時～翌7時の間はできるだけご遠慮頂いております。21時以降の出入りをご希望の場合は事前に住宅職員に連絡の上でお願いします。※緊急時は除く。
 ○共同浴室をご使用の場合は、事前にお申込みの上でご使用下さい。※使用方法や時間は事前に確認下さい。
 ○洗濯室を使用の場合は職員に申し出の上で行って下さい。※特定施設で職員が洗濯を行う場合は、洗濯回数を設けており、上限を超える場合は自費を頂きます。サービス付き高齢者住宅でヘルパーが洗濯を行う場合は必要に応じて別途、訪問介護の契約が必要となります。

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"/> 社会福祉法人 <input 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 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	0 人	<input type="checkbox"/> 社会福祉士	人員	0 人		
	<input checked="" type="checkbox"/> 看護師	人員	6 人	<input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員	人員	1 人		
	<input type="checkbox"/> 准看護師	人員	0 人	<input checked="" type="checkbox"/> 養成研修修了者	人員	7 人		
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士	人員	35 人	<input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員	7 人		
			合 計		人員	56 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 (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	4 人
	上記以外の時間	18 時	0 分	~	9 時	0 分	人員	4 人
毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法	居室への訪問						毎日	1 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つた場合は、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	ナースコール						
	通報先	1階事務室、常駐職員のPHS		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	20,000 円	前払金の				
	前払金	約	0 円	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。

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 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 checked="" 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) かぶしきがいしゃ まるわ 株式会社 マルワ		
	住所 (法人にあつては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 577-0025) 大阪府東大阪市新家3丁目9番31号 電話番号 06-6618-5111		
	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 577-0025) 大阪府東大阪市新家3丁目9番31号 電話番号 06-6618-5111		
食事提供を行う場所	<input checked="" type="checkbox"/> 食堂 <input checked="" 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 45,720 円	内訳	朝食 376 円 昼食 574 円 夕食 574 円
	前払金	約 0 円	前払金の算定方法	
備考	基本調理に関する代金は食事の提供に含まれ、施設提供外の調理に関しては相談の上で検討させていただきます。 サービス付き高齢者住宅のご入居者に関しては基本調理以外の施設提供外の調理に関しては必要に応じて、訪問介護の契約が必要です。			

※: 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 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	介護保険適用あり	前払金の		
	前払金	約 0 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
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 /		
排泄介助・ 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 /		
おむつ代		<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input checked="" type="checkbox"/> 都度	実費		
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 /		
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 /		
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 /		
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 /		
清拭・足浴料	<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	500 円 / 回		自費
備考	<p>○特定施設のご入居者は、介護保険適用の範囲内でのサービスが受けられます。 ○おむつは使用のおむつやパット類により代金が異なります。 ○清拭・足浴料は、週2回の通常の入浴に加えて行った場合に適用されます。</p>				

※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、3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 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 checked="" type="checkbox"/> 一部委託する	
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな) かぶしきかいしゃにつく 株式会社ニック			
	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 561-0841) 大阪府豊中市名神口3-7-14		電話番号 06-6334-2981	
	商号、名称 又は氏名	(ふりがな) かぶしきかいしゃりんけーじ 株式会社リンケージ			
	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 666-0016) 兵庫県川西市中央町3-6		電話番号 072-755-6140	
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"/> 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	介護保険適用あり	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
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	円 /		
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	円 /		
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	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 checked="" type="checkbox"/> 都度	200 円 / 回		自費
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 type="checkbox"/> 都度	円 /		
役所手続き代行	<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 /		
金銭・貯金管理	<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 /		
	<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	○特定施設のご入居者様は基本調理に関しての代金は食事の提供に含まれ、施設提供外の調理に関しては相談の上で自費を頂く場合があります。				

※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、3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 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 checked="" type="checkbox"/> 定期検診 <input checked="" 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	介護保険適用あり	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 /		
通院の 付き添い※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 checked="" type="checkbox"/> 都度	1,150 円 / 30分		
入退院の 付き添い※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 checked="" type="checkbox"/> 都度	1,150 円 / 30分		
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 checked="" type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度	円 /		年1回実施
備考	<p>・「5. 健康の維持増進サービス」の「健康相談」「定期検診」「生活指導・栄養指導」については「1. 状況把握及び生活相談サービス」に料金を含めます。</p> <p>・必要な通院及び入退院の送迎については協力医療機関の場合は負担金なしとし、その他の医療機関への通院や入退院については、別途交通費等の代金を頂きます。</p> <p>・服薬支援は1日の内、食事前後や食間時の服薬支援を前提としていますので、その他の特殊なケース等は相談となります。</p> <p>※医療費は別途、負担頂きます。</p>				

※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、3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 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"/> 外出サポート <input checked="" type="checkbox"/> 送迎サポート <input checked="" type="checkbox"/> 眠りスキャン		
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
外出サポート	<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	1,150円 / 30分	自費
送迎サポート	<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	距離に準ずる	自費
眠りスキャン	<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	2,000円 / 月	自費
	<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	※交通費は別途頂きます。 ※送迎サポート:1,500mまで660円 以後230mごとに80円(直線距離料金) ※外出・送迎サポートについては事前に要予約(職員体制によっては対応できない場合があります。) ※眠りスキャン料金については税別価格の表示になります。主に夜間帯の睡眠状態等、状況把握のためのシステムご利用料金です。				

※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、3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。

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	川西市
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	(注)		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	(182単位/日)	5,460単位	570単位		494単位	6,524単位	68,175円	6,818円	13,635円	20,453円
要支援2	(311単位/日)	9,330単位	570単位		812単位	10,712単位	111,940円	11,194円	22,388円	33,582円
要介護1	(538単位/日)	16,140単位	570単位		1,370単位	18,080単位	188,936円	18,894円	37,788円	56,681円
要介護2	(604単位/日)	18,120単位	570単位		1,533単位	20,223単位	211,330円	21,133円	42,266円	63,399円
要介護3	(674単位/日)	20,220単位	570単位		1,705単位	22,495単位	235,072円	23,508円	47,015円	70,522円
要介護4	(738単位/日)	22,140単位	570単位		1,862単位	24,572単位	256,777円	25,678円	51,356円	77,034円
要介護5	(807単位/日)	24,210単位	570単位		2,032単位	26,812単位	280,185円	28,019円	56,037円	84,056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	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	なし	(-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	なし	(12単位/日)	
夜間看護体制加算	なし	(10単位/日)	
医療機関連携加算	なし	(80単位/月)	
口腔衛生管理体制加算	あり	(30単位/月)	30単位
認知症専門ケア加算	(I) なし	(3単位/日)	
	(II) なし	(4単位/日)	
サービス提供体制強化加算	(I) なし	(22単位/日)	
	(II) あり	(18単位/日)	540単位
	(III) 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	
介護職員処遇改善加算	(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%	
介護職員特定処遇改善加算	(I) あり	(基本単位数+加減算単位数の計)×1.8%	
	(II) なし	(基本単位数+加減算単位数の計)×1.2%	
介護職員等ベースアップ等支援加算	あり	一カ月当たりの介護報酬総単位数×1.5%	

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	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)
			J=I*加算率	K=I+J	L=K*1単位の単価	M=L-L*90/100	N=L-L*80/100	O=L-L*70/100
若年性認知症入居者受入加算	なし	(120単位/日)	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	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)
			Q=P*加算率	R=P+Q	S=R*1単位の単価	T=S-S*90/100	U=S-S*80/100	V=S-S*70/100
栄養スクリーニング加算	なし	(5単位/回)	0単位	0単位	0円	0円	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	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)
		W	X=W*加算率	Y=W+X	Z=Y*1単位の単価	A'=Z-Z*90/100	B'=Z-Z*80/100	C'=Z-Z*70/100
退院・退所時連携加算	なし	(30単位/日)	0単位	0単位	0円	0円	0円	0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	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)
		D'	E'=D'*加算率	F'=D'+E'	G'=F'*1単位の単価	H'=G'-G'*90/100	I'=G'-G'*80/100	J'=G'-G'*70/100
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)	3,888単位					
		死亡日の前日及び前々日 (680単位/日)	1,360単位					
		死亡日 (1280単位/日)	1,280単位					
		最大	6,528単位					

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	0	1
状況把握及び生活相談サービスを提供する職員	58	31	27	43.6 介護職員54名、看護職員3名
直接処遇職員	58	31	27	43.6
介護職員	54	28	26	39.6 状況把握及び生活相談サービスを提供する職員46名
看護職員	4	3	1	4 状況把握及び生活相談サービスを提供する職員4名
機能訓練指導員	3	3	0	1 看護職員 3名
計画作成担当者	1	1	0	1
栄養士	0	0	0	
調理員	0	0	0	
事務員	1	2	1	3
その他職員(生活相談員)	1	1	0	1
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※3	40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	0	0
介護福祉士	25	5
実務者研修修了者	4	2
初任者研修修了者	2	7
介護支援専門員	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	4	1
理学療法士	0	0
作業療法士	0	0
言語療法士	0	0
柔道整復士	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0

4. 夜勤を行う職員の人数

夜勤帯の設定時間	22時 00分 ~ 7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)	4	4	介護職員 4人
看護職員	0	0	0
介護職員	4	4	生活相談員 0人

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)		3:1
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 type="checkbox"/> あり <input checked="" 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			
		<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		0	1	3	32	0	0
前年度1年間の退職者数		1	0	6	31	0	0
業務に従事した経験年数							
1年未満の者の人数		0	0	3	14	0	0
1年以上3年未満の者の人数		3	1	15	4	0	0
3年以上5年未満の者の人数		0	0	3	9	0	0
5年以上10年未満の者の人数		0	0	4	0	0	0
10年以上の者の人数		0	0	2	0	1	0
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		0	0	0	0		
1年以上3年未満の者の人数		0	0	1	0		
3年以上5年未満の者の人数		0	0	0	0		
5年以上10年未満の者の人数		0	0	0	0		
10年以上の者の人数		0	0	0	0		
職員の健康診断の実施状況		<input checked="" type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし			