別記様式1（第4章1関係）　　年　　月　　日

登録事項等についての説明書（重要事項説明書）

（説明する者）

貸主（甲）　住所　兵庫県明石市魚住町金ヶ崎1609番地の1

名称　社会福祉法人　誠　和　会　　印

理事長　　吉　岡　　巌

代理人　所属

職名及び氏名　　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

高齢者の尊厳を敬い、安全安心で良質な住まいを提供するとともに介護、医療の連携により、自立支援のサポートを行う。

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) さーびすつきこうれいしゃむけじゅうたく　おおくぼのさと サービス付き高齢者向け住宅　おおくぼの里
所在地	(住居表示※) 兵庫県明石市大久保町大窪1976番地の1
利用交通手段	■ 1. 電車　（　山陽本 線　大久保 駅から　徒歩 で　18 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　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　2015 年 1 月 1 日から　2064 年 12 月 31 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) しゃかいふくしほうじん　せいわかい 社会福祉法人　誠和会	
住所（法人にあっては主たる事務所の所在地）	(郵便番号　674-0071　) 兵庫県明石市魚住町金ヶ崎1609番地の9 電話番号　078-948-3020	
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)しゃかいふくしほうじん　せいわかい 社会福祉法人　誠和会
事務所の所在地	(郵便番号　674-0071　　) 兵庫県明石市魚住町金ヶ崎1609番地の9 電話番号　078-948-3020

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　36 戸		入居定員　54 人
居住部分の規模	(最小)　18.06 ㎡		詳細については、別添3のとおり
	(最大)　24.56 ㎡		
構造及び設備	共同利用設備　■ あり　□ なし		
	構造　鉄骨 造		階数　地上3 階建
竣工の年月	2015 年 10 月 30 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	■ 自立している者　■ 要支援の者　■ 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	・入居費用等の支払いを正当なく、しばしば延滞したとき。 ・入居申込等に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき。 ・本契約の規定に度々違反し、改善の見込みが認められない場合。 ・他の入居者または従業員の身体・生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ通常の生活支援方法では、これを防止することができないとき。
		解約予告期間	6ヶ月
	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※	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

	サービスの種類	提供形態	提供の対価(概算・月額)	
高齢者生活支援サービス	状況把握・生活相談	■ 自ら　□ 委託	約　16,500 円	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
	食事の提供	■ 自ら　□ 委託　□ 提供しない	約　47,010 円	
	入浴等の介護	■ 自ら　□ 委託　□ 提供しない	約　3,300 円	
	調理等の家事	■ 自ら　□ 委託　□ 提供しない	約　3,300 円	
	健康の維持増進	■ 自ら　□ 委託　□ 提供しない	約　6,600 円	
	その他	■ 自ら　□ 委託　□ 提供しない	約　4,400 円	

家賃の概算額	(最低)　約　60,000 円	住戸ごとの内容は、別添3のとおり
	(最高)　約　85,000 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　50,000 円	家賃の　0.8 月分
	(最高)　約　50,000 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、電気代(個別メーター検針)は、お支払いいただきます。	
家賃等の費用の改定	条件	・土地又は建物に対する租税その他の負担の増減　・土地又は建物の価格の上昇又は低下その他の経済事情の変動 ・近傍同種の建物の賃料との比較　・維持管理費の増減　以上　賃料および共益費が不相当となった場合
	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	(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(　)	
	■ 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	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減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	入居者継続支援加算	□ あり □ なし
	生活機能向上連携加算	□ あり □ なし	個別機能訓練加算	□ あり □ なし
	夜間看護体制加算	□ あり □ なし	若年性認知症入居者受入加算	□ あり □ なし
	医療機関連携加算	□ あり □ なし	口腔衛生管理体制加算	□ あり □ なし
	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
	看取り介護加算	□ 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）イ □（Ⅰ）ロ □（Ⅱ） □（Ⅲ）〕		□ なし
	介護職員処遇改善加算	□ 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	

※身体拘束廃止未実施減算、入居継続支援加算、生活機能向上連携加算、個別機能訓練加算、夜間看護体制加算、医療機関連携加算、口腔衛生管理体制加算、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	■ 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
		□ 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) とくていいりょうほうじん　せいじんかい　おおくぼびょういん 特定医療法人誠仁会　大久保病院
医療機関の所在地	(郵便番号　674-0051　　) 明石市大久保町大窪2095番地の1 電話番号　078-935-2563
診療科目	内科、外科、整形外科、脳神経外科、産婦人科
連携又は協力の内容	24時間救急の受け入れ
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)
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	
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

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事業を行います。

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（ 空室利用、一日当たりの費用・・・入居費用/30日（日割り）　） □ 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		□ 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				
	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		サービス付高齢者向け住宅　おおくぼの里　苦情相談窓口		
	電話番号		078-394-3737		
	対応している時間	平日	9:00～17:00		
		土曜日	ー		
		日曜・祝日	ー		
	定休日		土日祝		
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		緊急を要する場合は救急車の要請しご家族様へ連絡		
	緊急やむを得ず身体的拘束を行う際の手続		まず、緊急やむを得ずに相当するかを主治医、ケアマネージャー等関係者と相談する。		
	事故発生時の対応		事故発生時において治療を要する場合は適切な対応を行い、速やかに家族と連絡をとり解決に向けて誠実に対応します。		
	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（ サ住協賠償責任保険　） □ 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 （年　2 回実施）
	スプリンクラー		■ あり　□ 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			■ あり　実施日（　　）　結果の開示 □ あり　■ なし □ なし					
運営懇談会			■ あり　開催頻度（ 2回／年　 ） 構成員（ 入居者、家族、管理者、職員　　） □ 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					
兵庫県有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項								
入居者の状況	（記入日：令和6 年 7 月 1 日現在）		登録戸数(a)	36 戸	入居戸数(b)	36 戸	入居率(b/a)	100.0 %
			入居定員(c)	54 人	入居者数(d)	36 人	充足率(d/c)	66.7 %
	入居者の内訳	性別	男性	18 人	女性	18 人		
		年齢別	～59歳	0 人	60～64歳	0 人	65～74歳	2 人
			75～84歳	9 人	85歳～	25 人	平均年齢	86.2 歳
		要介護等状態区分別	自立	5 人	要支援1	10 人	要支援2	6 人
			要介護1	10 人	要介護2	4 人	要介護3	1 人
			要介護4	0 人	要介護5	0 人		
		入居期間別	6箇月未満	8 人	6箇月以上1年未満	3 人	1年以上5年未満	20 人
			5年以上10年未満	5 人	10年以上15年未満	0 人	15年以上	0 人
前年度における退居者の状況	退居先別の人数		自宅	2 人	社会福祉施設等	9 人	医療機関	0 人
			死亡	1 人	その他	0 人	合計	12 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	12 人	解約事由の例	有料老人ホーム・特養等の社会福祉施設への転居9名 自宅2名、死亡1名			

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。

（説明を受けた者）

年　　月　　日　　借主（乙）　住所

氏名　　印

代理人　住所

氏名　　印

乙との続柄

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
よしおか　いわお 吉岡　巌	理事長
やまもと　ゆうぞう 山本　勇造	理事
はせがわ　かずお 長谷川　和男	理事
きしだ　かずみ 岸田　和美	理事
おくの　みつぐ 奥野　貢	理事
ふくうら　けんじ 福浦　憲司	理事
たけもと　ゆういち 竹本　裕一	理事
やまさき　ただひろ 山崎　忠博	監事
やまうち　けいいちろう 山内　啓一郎	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2

役　員　名　簿

（登録申請者が未成年者で、その法定代理人が法人である場合に作成）

（ふりがな） 氏　　名	役名等

法第6条第1項第4号の役員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	18.06	×	○	○	×	×	○	15	108,110～113, 208,210～213, 308,310～313	60,000
1	19.40	×	○	○	×	×	○	3	115,215,315	60,000
1	24.56	○	○	○	○	○	○	18	101～103,105～107, 201～203,205～207, 301～303,305～307	85,000

※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	3	32.07	各階1ヶ所	18	
食堂	3	155.31	各階1ヶ所	36	キッチン各階1ヶ所

※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

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 ■ 社会福祉法人 □ 指定居宅サービス事業者 □ 指定地域密着型サービス事業者	□ 指定居宅介護支援事業者 □ 指定介護予防サービス事業者 □ 指定介護予防支援事業者 □ 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　人	□ 介護支援専門員	人員　人
		□ 准看護師	人員　人	■ 養成研修修了者	人員　3 人
		■ 介護福祉士	人員　3 人	■ 上記以外の職員	人員　3 人
				合　計	人員　9 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	9 時　0 分　～　18 時　0 分		人員　2 人	
	上記以外の時間	18 時　0 分　～　9 時　0 分		人員　1 人	
毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法		8:00、12:00、18:00頃に訪室を行い状況把握サービスを提供する		毎日　3 回	
		□ 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	1階管理事務所	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　19,250 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)

<table>
<tr><td colspan="2">提供形態</td><td colspan="4">■ 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</td></tr>
<tr><td rowspan="3">委託する場合の委託先</td><td>商号、名称又は氏名</td><td colspan="4">(ふりがな)</td></tr>
<tr><td>住　所
(法人にあっては主たる事務所の所在地)</td><td colspan="4">(郵便番号　　)
電話番号</td></tr>
<tr><td>住　所
(法人にあっては本業務に係る事業所の所在地)</td><td colspan="4">(郵便番号　　)
電話番号</td></tr>
<tr><td colspan="2">食事提供を行う場所</td><td colspan="4">■ 食堂　■ 各居住部分　□ その他　(　　)</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="3">提供方法</td><td>提供日</td><td colspan="3">■ 365日対応　□ その他　(　　)</td></tr>
<tr><td>内容</td><td colspan="3">■ 3食　□ 入居者が選択　□ 次の食事は提供しない　(　　)</td></tr>
<tr><td>調理等</td><td colspan="3">■ 厨房で調理　□ 配食サービスを利用　□ その他　(　　)</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">サービス提供の対価(概算額)</td><td>月額※</td><td>約　48,600 円</td><td>内訳</td><td>朝食　351 円　昼食　583 円　夕食　686 円</td></tr>
<tr><td>前払金</td><td>約　0 円</td><td>前払金の算定方法</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">備考</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

※: 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　（ 身辺介助　　）							
サービス提供の対価（概算額）	月額※1	約　3,300 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
排泄介助・おむつ交換	■ なし　□ あり	□ なし　■ あり　□ 包含　■ 都度　660 円 ／ 15分							
身辺介助（移動・着替え等）	■ なし　□ あり	□ なし　■ あり　□ 包含　■ 都度　660 円 ／ 15分							
		□ 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 ／							
	□ なし　□ あり	□ なし　□ あり　□ 包含　□ 都度　円 ／							
備考	月額料金は排泄介護・身辺介助を5回／月利用した料金 身体介護サービス（15分単位の介護保険にて提供できない事、また介護保険の限度額超過分等、希望に応じて単発で行うサービス）								

※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、2割又は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		■ 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　（ 居室配膳・下膳　　）					
サービス提供の対価（概算額）	月額※1	約　3,300 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
居室配膳・下膳	■ なし　□ あり	□ なし　■ あり　□ 包含　□ 都度　3,300 円 ／ 月	
	□ 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 ／	
	□ 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、2割又は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		■ 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　（ 服薬サービス　　）					
サービス提供の対価（概算額）	月額※1	約　6,600 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
服薬支援	■ なし　□ あり	□ なし　■ あり　□ 包含　□ 都度　6,600 円 ／ 月					
	□ 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 ／					
	□ なし　□ あり	□ なし　□ あり　□ 包含　□ 都度　円 ／					
		□ なし　□ あり　□ 包含　□ 都度　円 ／					
	□ なし　□ あり	□ なし　□ あり　□ 包含　□ 都度　円 ／					
備考	お薬入れで管理されているお薬を服薬前にご本人にお渡しして服薬されたことを確認いたします。						

※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、2割又は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		■ 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	生活援助サービス（15分単位の介護保険にて提供できない事、また介護保険の限度額超過分等、希望に応じて単発で行うサービス）					
サービス提供の対価（概算額）	月額※1	約　4,400 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
生活援助	■ なし　□ あり	□ なし　■ あり　□ 包含　■ 都度　440 円 ／ 15分					
	□ 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	月額料金は生活援助サービスを10回／月利用した場合の料金						

※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、2割又は3割の利用者負担）。

※3：「あり」をチェックしたときには、各種サービス入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　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

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	（注） 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		（-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			（36単位/日）		※要介護者のみ
生活機能向上連携加算			（200単位/月） または （100単位/月）		※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
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
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）		
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＋加減算単位数の計)×8.2%
	（Ⅱ）		(基本単位数＋加減算単位数の計)×6.0%
	（Ⅲ）		(基本単位数＋加減算単位数の計)×3.3%
	（Ⅳ）		(基本単位数＋加減算単位数の計)×3.3%×90/10
	（Ⅴ）		(基本単位数＋加減算単位数の計)×3.3%×80/10

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）
			I	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		（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）
			P	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		（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 W		介護職員処遇改善加算単位数 X=W*加算率	合計単位数 Y=W+X	費用額 Z=Y*1単位の単価	利用者負担額（1割） A'=Z-Z*90/100	利用者負担額（2割） B'=Z-Z*80/100	利用者負担額（3割） C'=Z-Z*70/100
退院・退所時連携加算		（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 D'		介護職員処遇改善加算単位数 E'=D'*加算率	合計単位数 F'=D'+E'	費用額 G'=F'*1単位の単価	利用者負担額（1割） H'=G'-G'*90/100	利用者負担額（2割） I'=G'-G'*80/100	利用者負担額（3割） J'=G'-G'*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

別添6

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			生活相談員
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）	6	6	0		管理者、介護職員6人
直接処遇職員	6	6	0		
介護職員	6	6	0		生活相談員6人
看護職員	0	0	0		
機能訓練指導員	0	0	0		
計画作成担当者	0	0	0		
栄養士	0	0	0		
調理員	3	0	3		
事務員	0	0	0		
その他職員	0	0	0		
1週間のうち、常勤の従業者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	0
介護福祉士	3	3	0
実務者研修修了者	1	1	0
初任者研修修了者	2	2	0
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	0	0	0
理学療法士	0	0	0
作業療法士	0	0	0
言語療法士	0	0	0
柔道整復士	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0
はり師	0	0	0
きゅう師	0	0	0

4. 夜勤を行う職員の人数

夜勤帯の設定時間	18 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）	1	0	介護職員
看護職員	0	0	0
介護職員	1	0	生活相談員

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※	□ 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	職名・氏名	山本恵子		
	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	初任者研修修了者
		□ 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	0	0	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	0	0	0	0	0	0
1年以上3年未満の者の人数	0	0	0	0	0	0
3年以上5年未満の者の人数	0	0	0	0	0	0
5年以上10年未満の者の人数	0	0	2	0	0	0
10年以上の者の人数	0	0	4	0	0	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	0	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	■ あり　□ なし			