

リアンレーヴ宝塚

サービス付高齢者向け住宅 兼
(介護予防)特定施設入居者生活介護
重要事項説明書

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 東京都新宿区西新宿六丁目5番1号
新宿アイランドタワー29F

商号、名称又は氏名 株式会社 木下の介護
代表取締役 佐久間 大介

代理人 所属 リアンレーヴ宝塚
職名及び氏名 施設長 南 尚樹

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

木下の介護は「ご入居様・ご家族・ご近所の方々・職員」の幸せのためにどうすれば良いかを常に考え行動することを原点に、介護保険施行前の1995年から民間企業の実験先として介護事業に取り組んでまいりました。人と人との関わりを大切に、より良い時間、輝ける人生を送っていただくための質の高いサービスを提供し続けることを目指し日々努めています。また木下の介護では担当ヘルパー制度を導入しております。担当ヘルパーはご入居様お一人お一人と直接コミュニケーションを図り、ご家族を含めたご要望・ご意見に迅速に対応しながら、きめ細やかなサービスを実施いたします。

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)りあんれーヴたからづか リアンレーヴ宝塚
所在地	(住居表示※)兵庫県宝塚市南ひばりガ丘2丁目9番22号
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 電車 (阪急宝塚線 山本 駅から 徒歩で 11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 2021年 3月 1日から 2051年 2月 28日まで
施設に関する 権原	<input type="checkbox"/> 1. 所有権 <input 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 2021年 3月 1日から 2051年 2月 28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	<input checked="" type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 個人	
商号、名称 又は氏名	(ふりがな)かぶしきかいしゃきのしたのかいご 株式会社 木下の介護	
住所 (法人にあっては 主たる事務所の所 在 地)	(郵便番号 163-1308) 東京都新宿区西新宿六丁目5番1号 新宿アイランドタワー29F 電話番号 03-5908-1310	
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) かぶしきかいしゃ きのしたのかいご おおさかえいぎょうしょ 株式会社 木下の介護 大阪営業所
事務所の所在地	(郵便番号 564-0051) 大阪府吹田市豊津町1番地21号 エサカ中央ビル6F 電話番号 06-6310-9201

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 57 戸	入居定員 57 人
居住部分の規模	(最小) 18.45 m ²	詳細については、別添3のとおり
	(最大) 19.06 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 造 階数 4 階建	
竣工の年月	2021 年 2 月 25 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 type="checkbox"/> 賃貸借契約 <input checked="" 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	利用権方式	
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。) <input checked="" type="checkbox"/>	
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	当施設はサービス付き高齢者向け住宅であるため、基本的に医療的ケアには制限があります。医師の指示のもとで、当施設の看護職員が対応できる範囲の医療的ケアが条件となりますので、常時医療的ケアが必要な場合は、ご相談の上、当社の別の施設等をご案内します。
入居契約の内容	別添入居契約書のとおり	
契約の解除の内容	貸主から解約を求める場合	解約条項 ・事業者が規定する禁止又は制限される行為に違反したとき ・入居者の行動が、他の入居者及びその関係者又は従業員の心身に危害を及ぼし、又は、危害を受ける切迫した恐れがあり、かつサービス付き高齢者向け住宅における通常の介護方法及び接遇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 3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※	2021 年 4 月 1 日 から
---------	-------------------

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

高齢者生活支援サービス	サービスの種類	提供形態	提供の対価(概算・月額)	詳細については、別添4のとおり 特定施設入居者生活介護等の提供を受ける場合の費用は、次ページのとおり
	状況把握・生活相談	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託	約 介護保険適用あり 円	
食事の提供	<input type="checkbox"/> 自ら <input checked="" type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 36,300 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 介護保険適用あり 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 介護保険適用あり 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 介護保険適用あり 円		
その他		<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 円	
家賃の概算額	(最低) 約	30,000 円	住戸ごとの内容は、別添3のとおり	
	(最高) 約	120,000 円		
共益費の概算額	(最低) 約	80,200 円	施設運営に関わる維持・管理費、水道光熱費、本社管理部門人件費等 ※居室に設置したテレビに係るNHK等の放送契約及び受信料の支払いは各自にてお願いします。	
	(最高) 約	80,200 円		
厨房管理費	37,500円(30日の場合)		軽減税率の判定対象としております。このため、喫食の有無に応じて適用税率が変更されます。 なお、暦月で1月食事の提供がなかった場合は、厨房管理費は徴収いたしません。	
敷金の概算額	(最低) 約	0 円	家賃の 0.0 月分	
	(最高) 約	0 円		
水道光熱費の支払方法	共益費に含みます。			
入院等による不在時における家賃等の費用の取扱い	<ul style="list-style-type: none"> ・入院に関わる費用は入居者の負担となります。 ・月額料金については共益費(管理共益費)、家賃(施設利用費)、厨房管理費(暦月で1月食事の提供が無かった場合を除く)を通常通りお支払頂きます。 ・食事サービス料金は、実績でお支払い頂きます。 ・前払金の償却は通常通り、当該月の居室の施設利用費として事業者が取得します。 ・入院中も居室利用権は継続します。 			
家賃等の費用の改定	条件	公租公課の増加、その他著しい経済事情の変動、並びに介護保険制度等の見直しが生じた場合は、契約期間内であっても、運営懇談会の意見を聞くなどして、月額利用料の各費用及び入居者の希望等により提供する個別的なサービス費等の費用の額を改定する事ができるものとします。		
	手続	運営懇談会を開催し入居者及び身元引受人等の意見を聴いた上で改定を行います。		
前払金※有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり [<input type="checkbox"/> 前払方式のみ <input checked="" type="checkbox"/> 前払方式と月払方式を選択可] <input type="checkbox"/> なし			
家賃等の前払金の概算額	(最低) 約	2,700,000 円	(最高) 約	5,400,000 円
前払金を支払った場合の月々の家賃概算額	(最低) 約	30,000 円	(最高) 約	75,000 円
家賃等の前払金の算定の基礎	家賃	月額賃料の一部(31,500円/63,000円)×想定居住期間60ヶ月+想定居住期間を越えて契約が継続した場合に備えて受領する額(810,000円/1,620,000) = 2,700,000円/5,400,000円		
	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	入居日から3ヶ月以内において、入居者の契約解除の申出がなされた場合(死亡による契約終了も含む)は、以下の計算式により日割り計算(いずれの月も30日で日割りをを行う)に基づく月払い費用(前払金月次償却分を含む)、実費負担分を事業者に支払うことで契約を終了できるものとします。 ○返還金=前払金-1ヶ月分の家賃等の償却額÷30×入居日から起算して契約解除等された日までの日数 事業者は当該費用の支払い及び居室の明け渡しを受けた後3ヶ月以内に、受領済みの前払金の全額を無利息で入居者に返還することとします。但し、実費分として滞在日数の応じて月額利用料の日割り分、介護報酬について介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額等の債務は徴収いたします。
	入居後3箇月を超えた契約解除等	償却期間満了前に契約が終了した場合、次の算式により返還金が発生いたします。返還金=(前払金)÷(償却期間)×(償却期間-経過月数) *支払債務がある場合は実費を差し引かれる場合があります。 *入居・退去月については1ヶ月を30日として日割計算し、算出した日額は小数点以下を切り捨ていたします。
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 checked="" 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(2871104549) <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() <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(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	7,357 円	14,713 円	22,069 円	
	要支援2	11,977 円	23,953 円	35,930 円	
	要介護1	20,114 円	40,228 円	60,341 円	
	要介護2	22,495 円	44,989 円	67,483 円	
	要介護3	24,981 円	49,961 円	74,942 円	
	要介護4	27,291 円	54,582 円	81,872 円	
	要介護5	29,743 円	59,486 円	89,229 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	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		高齢者虐待防止措置未実施減算	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		業務継続計画未策定減算	<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		入居者継続支援加算	<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		個別機能訓練加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	口腔・栄養スクリーニング加算	<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
	科学的介護推進体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input 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 type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		退院・退所時連携加算	<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			
	生産性向上推進体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり [<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> なし			
介護職員等処遇改善加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり [<input type="checkbox"/> (I) <input checked="" type="checkbox"/> (II)] <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)	:	<input type="checkbox"/> なし	円
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、協力医療機関連携加算、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等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 type="checkbox"/> 自ら管理	<input checked="" type="checkbox"/> 管理業務を委託
委託する業務の内容(契約事項)	建物管理業務(法定点検業務、設備管理業務、清掃業務等)	
管理業務の委託先		
商号、名称 又は氏名	(ふりがな) かぶしきがいしゃ きのしたこみゆにてい 株式会社 キノシタコミュニティ	
住所 (法人にあつては 主たる事務所の所 在地)	(郵便番号 163-1331) 東京都新宿区西新宿6-5-1 新宿アイランドタワー31階 電話番号 03-5908-2257	
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	2031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
		<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) おはなぐりにっく おはなクリニック
医療機関の所在地	(郵便番号 663-8176) 兵庫県西宮市甲子園六番町6番7号はれ六番町1階 電話番号 0798-48-2233
診療科目	内科、外科、麻酔科
連携又は協力の内容	往診、24時間オンコール体制による医療サービスの提供、緊急時対応のアドバイス、健康相談
医療機関の名称	(ふりがな) いりょうほうじんけいしゅんかい いたみほーむぐりにっく 医療法人慶春会 いたみホームクリニック
医療機関の所在地	(郵便番号 664-0858) 兵庫県伊丹市西台1-1-1 伊丹阪急ビル5F 電話番号 072-770-2525
診療科目	内科
連携又は協力の内容	定期往診、24時間オンコール体制による医療サービスの提供、緊急時対応のアドバイス、健康相談
協力歯科医療機関	
歯科医療機関の名称	(ふりがな) いのうえしかいじん 井上歯科医院
歯科医療機関の所在地	(郵便番号 662-0918) 兵庫県西宮市六湛寺町12-10サンクリーンビル2階 電話番号 0798-26-3333
連携又は協力の内容	訪問歯科診療
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【 体験入居費用:1泊当たり14,400円/泊、期間:原則7泊8日以上2週間まで <input type="checkbox"/> なし 備考:夕・朝食付き(2泊以上の利用で昼食無料)
	<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()

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	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	株式会社 木下の介護(介護ご意見110番)			
	電話番号	0120-100-537			
	対応している時間	平日	10時00分～18時00分		
		土曜日	—		
		日曜・祝日	—		
定休日	土・日・祝日・年末年始				
緊急時等における対応方法	体調の急変等医療が必要になったときの対応	入居者の心身状況に異変その他緊急事態が生じた時は、医師又は協力医療機関に連絡の上、応急処置、協力医療機関への搬送を行うか、もしくは119番通報による医療機関への搬送等を行います。			
	緊急やむを得ず身体的拘束を行う際の手続	「切迫性」「非代替性」「一時性」の三要件について検討した上で、身体拘束を必要と判断した場合には、身元引受人等に説明し同意を書面で得た上で実施します。尚、実施中の経過の記録をし、再検討をして早期の拘束解除を目指します。			
	事故発生時の対応	介護サービス等の提供にあたり、事故が発生し入居者の生命、身体財産に損害が生じた場合、当社に過失が認められるものについては速やかに損害賠償の手配を行い、誠意をもって対応します。ただし、地震・津波等の天災、戦争・暴動や入居者の故意によるもの等は除きます。また、早急に家族に連絡をとり、事故の内容の説明を行うなどの適正な対応を行います。事故については、再発防止に向けて今後の取り組みと予防対策を講じます。			
	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(介護保険・社会福祉事業者総合保険:あいおいニッセイ同和損保) <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 checked="" type="checkbox"/> あり 実施日(2025年10月) 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2回) 構成員(入居者、家族、管理者、職員等) <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 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 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						
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: 年 月 日現在)	登録戸数(a)	57 戸	入居戸数(b)	戸	入居率(b/a)	0.0 %	
		入居定員(c)	57 人	入居者数(d)	人	充足率(d/c)	0.0 %	
	入居者の内訳	性別	男性	人	女性	人		
		年齢別	～59歳	人	60～64歳	人	65～74歳	人
			75～84歳	人	85歳～	人	平均年齢	歳
		要介護等状態区分別	自立	人	要支援1	人	要支援2	人
	要介護1		人	要介護2	人	要介護3	人	
	要介護4		人	要介護5	人			
	入居期間別	6箇月未満	人	6箇月以上1年未満	人	1年以上5年未満	人	
		5年以上10年未満	人	10年以上15年未満	人	15年以上	人	
前年度における退去者の状況	退去先別の人数	自宅	1 人	社会福祉施設等	3 人	医療機関	5 人	
		死亡	11 人	その他	0 人	合計	20 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	医療機関入院・自宅へ戻るため・特養へ転居			

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。

(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 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	人	<input checked="" 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 人
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士	人員	人	<input type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員 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 00分	～	18時 00分	人員 人
	上記以外の時間	18時 00分	～	9時 00分	人員 人
毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法	施設職員は、昼間(9時～18時)3時間に1回及び夜間(18時～9時)3時間に1回の居室訪問による状況把握(安否確認)を実施致します。 ※自立者は夜間(18時～9時)に2回の居室訪問による状況把握(安否確認)を実施致します。			毎日 8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 00分	～	24時 00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	スタッフコーナー、職員の携帯PHS	通報先から住宅までの到着予定時間	1分	
緊急時における対応の内容	ご入居者は、身体の状況の急激な変化等で緊急に住宅職員の対応を必要とする状態になった時は、昼夜を問わず24時間いつでもナースコール(設置場所:各居室、浴室、脱衣室、共用便所)等で対応を求めることが出来ます。				
生活相談サービスの内容	住宅職員は、ご入居者より日常生活全般や介護サービス、医療サービスに関するご相談をお受けします。				
	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	提供時間	9時 00分	～	18時 00分	

サービス提供の対価(概算額)	月額※	約	介護保険適用あり	円	前払金の算定方法
	前払金	約	0	円	
備考	入居時自立状態及び要支援・要介護の入居者が自立状態になった場合に自立生活サポート費月額198,000円をいただき対応します。 上記の日中体制は基本的な日勤の職員の時間帯を記載している。勤務は基本的に早番(7:00～16:00)、日勤(9:00～18:00)、遅番(12:00～21:00)、夜勤(16:00～翌10:00)の4交代制となっている。				

※: 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) かぶしきがいしやれおつく 株式会社LEOC			
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 100-0004) 東京都千代田区大手町1丁目1番3号大手センタービル16階 電話番号 03-5520-8550			
	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 665-0811) 兵庫県宝塚市南ひばりガ丘2丁目9番22号 電話番号 0797-82-5771			
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	36,300 円	内訳	朝食 289 円 昼食 402 円 夕食 519 円
	前払金	約	0 円	前払金の算定方法	
備考		・キャンセル、変更等は提供される日の3日前までにお知らせ下さい。欠食分の食費は、各食事に応じた金額を返還いたします。提供される日の2日前以降のキャンセルについては、食費の返還はございませんのでお気をつけ下さい。			

※: 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 checked="" type="checkbox"/> その他 (身辺介助、機能訓練)		

サービス提供の対価(概算額)	月額※1	約 介護保険適用あり 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)		【自立者のみ】 入居時自立状態及び要支援・要介護の入居者が自立状態になった場合に自立生活サポート費月額198,000円をいただき対応します。対応するサービスは以下サービス種別の内◆印が付いているものとなります。また、個別の利用料でのサービス提供は行いません。		
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 /	要介護者のみ
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 /	要介護者のみ
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(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 /	
入浴(一般浴)◆ 巡視(安全確認)	<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 /	
入浴(一般浴)見守り※◆	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" 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	880 円 / 回	週3回目以降実費
入浴(一般浴)介助	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" 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	2,750 円 / 回	週3回目以降実費
特浴介助	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" 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	4,400 円 / 回	週3回目以降実費
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 /	
備考	入浴(一般浴)巡視(安全確認):自立者のみ対象 入浴(一般浴)見守り:自立、要支援の方のみ対象としますが、個別利用料は要支援の方のみとします。 入浴(一般浴)介助:要支援、要介護の方のみ対象とし、週3回目以降は要介護の方のみ対応致します。 特浴介助:要介護の方のみ対象 身辺介助(移動・着替え等):自立者は、体調不良時の居室からの移動について対応いたします。			

※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. 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

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 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	約 介護保険適用あり円	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)		【自立者のみ】 入居時自立状態及び要支援・要介護の入居者が自立状態になった場合に自立生活サポート費月額198,000円をいただき対応します。対応するサービスは以下サービス種別の内◆印が付いているものとなります。	
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 /
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 /
①通院の付き添い※4◆	<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 /
②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 type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input checked="" type="checkbox"/> 都度	2,728円 / ^{30分}
③通院の付き添い※5	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 都度	3,300円 / ^{30分} 自立者
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 / 年2回の機会提供
備考	通院の付添:①協力医療機関、②・③協力医療機関以外 交通費は実費となります。		

※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、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		<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	郵便物・宅配便の受け渡し、クリーニング等の取次、外出介助、レクリエーション		
サービス提供の 対価(概算額)		月額※1	約	介護保険適用あり	円
		前払金	約	0	円
		前払金の 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)		【自立者のみ】 入居時自立状態及び要支援・要介護の入居者が自立状態になった場合に自立生活 サポート費月額198,000円をいただき対応します。対応するサービスは以下サービス 種別の内◆印が付いているものとなります。			
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
郵便物・宅配便 (受け渡し)◆	<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 /
クリーニング等の 取次ぎ◆	<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 /
外出介助	<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 checked="" type="checkbox"/> 都度	4,400 円 / ^{1時間}
レクリエーション◆	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" 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	実費 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	外出介助:要支援・要介護者のみ対応				

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

※2: 利用者の所得等に応じて負担割合が変わる(1割、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。

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	宝塚市
地域区分	3級地
1単位の単価	10.68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	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	(183単位/日)	5,490単位	750単位	648単位	6,888単位	73,563円	7,357円	14,713円	22,069円
要支援2	(313単位/日)	9,390単位	750単位	1,074単位	11,214単位	119,765円	11,977円	23,953円	35,930円
要介護1	(542単位/日)	16,260単位	750単位	1,823単位	18,833単位	201,136円	20,114円	40,228円	60,341円
要介護2	(609単位/日)	18,270単位	750単位	2,042単位	21,062単位	224,942円	22,495円	44,989円	67,483円
要介護3	(679単位/日)	20,370単位	750単位	2,270単位	23,390単位	249,805円	24,981円	49,961円	74,942円
要介護4	(744単位/日)	22,320単位	750単位	2,483単位	25,553単位	272,906円	27,291円	54,582円	81,872円
要介護5	(813単位/日)	24,390単位	750単位	2,709単位	27,849単位	297,427円	29,743円	59,486円	89,229円

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

※介護処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算、介護職員等ベースアップ等支援加算の単位数を算出して合算した

(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	あり	(12単位/日)	360単位
夜間看護体制加算(I)	なし	(9単位/日)	
夜間看護体制加算(II)	なし	(18単位/日)	
協力医療機関連携加算	あり	(100単位/月)	100単位
科学的介護推進体制加算	あり	(40単位/月)	40単位
退居時情報提供加算	あり	(250単位/月)	250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)イ	なし	(18単位/日)
	(I)ロ	なし	(12単位/日)
	(II)	なし	(6単位/日)
(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%

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)	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%

加算種別	算定	加算単位数
介護職員等ベースアップ等支援加算	あり	(基本単位数+加減算単位数の計)×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)
		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	なし	(120単位/日)		0単位	0単位	0円	0円	0円	0円

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

加算種別	算定	加算単位数		介護職員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
口腔・栄養スクリーニング加算	あり	(20単位/回)	20単位	2単位	22単位	234円	24円	47円	71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	あり	(30単位/日)	900単位	74単位	974単位	10,402円	1,041円	2,081円	3,121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	なし	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						

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				
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)				
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		
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		
はり師		
きゅう師		

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)	2		1 介護職員
看護職員			
介護職員	2		1 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※	<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	職名・氏名	南 尚樹				
	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、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	7	14	0	0
前年度1年間の退職者数	0	0	4	8	0	0
業務に従事した経験年数	/		/		/	
	1年未満の者の人数					
	1年以上3年未満の者の人数					
	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	0	0	0	0		
前年度1年間の退職者数	0	0	0	0		
業務に従事した経験年数	/		/		/	
	1年未満の者の人数					
	1年以上3年未満の者の人数					
	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	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					