

重要事項説明書

・介護付有料老人ホーム・(介護予防)特定施設入居者生活介護サービス

記入年月日	令和 6 年 7 月 1 日
記入者名	岡 勉
所属・職名	本社 総務課

1 事業者の概要

種類	個人 / <input type="checkbox"/> 法人	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃ はーとけあ 株式会社 ハートケア		
主たる事務所の所在地	〒651-2129	神戸市西区白水2丁目12-20	
連絡先	電話番号	(078)976-1366	
	FAX番号	(078)976-1376	
	ホームページアドレス	https://www.heartcaregroup.co.jp	
代表者	氏名	田淵 哲也	
	職名	代表取締役	
設立年月日	昭和 / <input type="checkbox"/> 平成 13年 10月 2日		
主な実施事業	有料老人ホーム事業、介護保険事業 ※別添1 (別に実施する介護サービス一覧表参照)		

2 有料老人ホーム事業の概要

名称	(ふりがな) こみゆにていほ一むはーとけあこうべふたつや コミュニティホームハートケア神戸ニツ屋		
所在地	〒651-2142	神戸市西区ニツ屋2丁目17-14	
主な利用交通手段	最寄駅	JR 明石 駅	
	最寄駅からの交通手段と所要時間	JR明石駅から神姫バス「西建設事務所前」下車徒歩9分	
連絡先	電話番号	(078)926-0070	
	FAX番号	(078)926-0071	
	ホームページアドレス	https://www.heartcaregroup.co.jp	
	メールアドレス	npo-hs@dance.ocn.ne.jp	
管理者	氏名	堀 理江	
	職名	施設長	
建物の竣工日	昭和 / <input type="checkbox"/> 平成	19年4月1日	
有料老人ホーム事業の開始日	昭和 / <input type="checkbox"/> 平成	19年7月15日	
同一建物で有料老人ホーム事業を行っていた場合、当初開始日	なし		

(類型) 【表示事項】

<input checked="" type="checkbox"/> 1	介護付（一般型特定施設入居者生活介護の指定を受けている場合）	
2	介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護の指定を受けている場合）	
3	住宅型	
4	健康型	
※ 1 又は 2 に該当す る場合	介護保険事業者番号	2875202646 号
	指定した自治体名	兵庫県
	事業所の指定日	平成 19 年 7 月 15 日
	指定の更新日（直近）	令和元年 7 月 15 日

3 建物概要

土 地	敷地面積	563.00 m ² (<input checked="" type="checkbox"/> 公簿・実測)		
	所有関係	1 事業者が自ら全てを所有する土地		
		2 事業者が一部を所有・一部を賃借する土地		
		<input checked="" type="checkbox"/> 3 事業者が賃借する土地		
		※ 1 又は 2 に該当する場合		
		抵当権の有無	有 / 無	
※ 2 又は 3 に該当する場合				
契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> (平成 19 年 4 月 1 日～平成 49 年 3 月 31 日) / 無			
契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> / 無			
建 物	規模	3 階建 1 棟		
		延床面積	全体	1040.17 m ²
			うち、有料老人ホーム部分	1040.17 m ²
	構造	1 鉄筋コンクリート造		
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 鉄骨造		
		3 木造		
		4 その他 ()		
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物		
		2 準耐火建築物		
		3 その他 ()		
所有関係	1 事業者が自ら所有する建物			
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物			
	※ 1 に該当する場合			
	抵当権等の有無	有 / 無		
	※ 2 に該当する場合			
	契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> (平成 19 年 4 月 1 日～平成 49 年 3 月 31 日) / 無		
契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> / 無			

居室の状況	居室区分	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室 2 相部屋あり					
	【表示事項】	※ 2に該当する場合					
		最小	人部屋		最大	人部屋	
		便所	浴室	台所	面積	室数・戸数	区分※
	タイプ1	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	13.35～ 13.57 m ²	27	介護居室個室
	タイプ2	有 / 無	有 / 無	有 / 無	m ²		
※ 「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」のいずれかを記入。							
共用施設	共用便所における便房	3 か所	うち男女別の対応が可能な便房		0 か所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房		3 か所		
	共用浴室	3 か所	個室		3 か所		
			大浴場		0 か所		
	共用浴室に設置された介助浴槽	2 か所	チェアー浴		0 か所		
			リフト浴		1 か所		
			ストレッチャー浴		1 か所		
			その他 ()		0 か所		
食堂						<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	
入居者や家族が利用できる調理設備						有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (車椅子対応) 1 基 <input type="checkbox"/> 2 あり (ストレッチャー対応) 基 <input type="checkbox"/> 3 あり (上記1・2に該当しない) 基 <input type="checkbox"/> 4 なし						
消防用設備等	消火器						<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無
	自動火災報知設備						<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無
	火災通報設備						<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無
	スプリンクラー						<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無
	防火管理者						<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無
	防災計画						<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無
その他	※ 全室テレビ端子付、館内放送設備、自家発電設備、ナースコール設置、電動介護ベッド、バリアフリーの対応については、神戸市有料老人ホーム設置運営指導指針の構造設備の仕様に準じています。						

4 サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	<ul style="list-style-type: none"> 施設の介護従事者は、入居者様の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ、目的施設を終身利用させること及び可能な限り、自立した共同生活を営むことができるよう、入浴・排泄・食事の支援等日常生活上必要な世話及び生活関連動作(ADL)の残存機能の維持に努める。
サービスの提供内容に関する特色	<ul style="list-style-type: none"> 快適な自然環境と家庭的な生活環境のもとで、常に介護従事者が寄り添い、安心して穏やかな日々を過ごしていただけるよう生活支援をして行く。 事業運営に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図りつつ、地域支援体制のもと、総合的なサービスの提供に努めるものとする。
入浴、排せつ又は食事の介護	<ol style="list-style-type: none"> サービスの提供あり（設置者が自ら実施） サービスの提供あり（委託） サービスの提供なし
食事の提供	<ol style="list-style-type: none"> サービスの提供あり（設置者が自ら実施） サービスの提供あり（委託） サービスの提供なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<ol style="list-style-type: none"> サービスの提供あり（設置者が自ら実施） サービスの提供あり（委託） サービスの提供なし
健康管理の供与	<ol style="list-style-type: none"> サービスの提供あり（設置者が自ら実施） サービスの提供あり（委託） サービスの提供なし
安否確認又は状況把握サービス	<ol style="list-style-type: none"> サービスの提供あり（設置者が自ら実施） サービスの提供あり（委託） サービスの提供なし
生活相談サービス	<ol style="list-style-type: none"> サービスの提供あり（設置者が自ら実施） サービスの提供あり（委託） サービスの提供なし

(介護サービスの内容)

特定施設入居者生活介護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	(I)	有 / <input type="checkbox"/> 無
		(II)	有 / <input type="checkbox"/> 無
	生活機能向上連携加算	(I)	有 / <input type="checkbox"/> 無
		(II)	有 / <input type="checkbox"/> 無
	ADL維持等加算	(I)	有 / <input type="checkbox"/> 無
		(II)	有 / <input type="checkbox"/> 無
	個別機能訓練加算	(I)	有 / <input type="checkbox"/> 無
		(II)	有 / <input type="checkbox"/> 無
	夜間看護体制加算 【要介護者の方のみ】	(I)	有 / <input type="checkbox"/> 無
		(II)	有 / <input type="checkbox"/> 無
	若年性認知症入居者受入加算		有 / <input type="checkbox"/> 無
	協力医療機関連携加算		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無
	口腔・栄養スクリーニング加算		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無
	科学的介護推進体制加算		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無
	退院・退所時連携加算【要介護者の方のみ】		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無
	退居時情報提供加算		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無
	看取り介護加算 【要介護者の方のみ】	(I)	有 / <input type="checkbox"/> 無
		(II)	有 / <input type="checkbox"/> 無
	認知症専門ケア加算	(I)	有 / <input type="checkbox"/> 無
		(II)	有 / <input type="checkbox"/> 無
	高齢者施設等感染対策向上加算	(I)	有 / <input type="checkbox"/> 無
		(II)	有 / <input type="checkbox"/> 無
	新興感染症等施設療養費		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無
	生産性向上推進体制加算	(I)	有 / <input type="checkbox"/> 無
		(II)	有 / <input type="checkbox"/> 無
	サービス提供体制強化加算	(I)	有 / <input type="checkbox"/> 無
		(II)	有 / <input type="checkbox"/> 無
(III)		有 / <input type="checkbox"/> 無	
介護職員等处遇改善加算	(I)	有 / <input type="checkbox"/> 無	
	(II)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	
	(III)	有 / <input type="checkbox"/> 無	
	(IV)	有 / <input type="checkbox"/> 無	
	(V)	有 / <input type="checkbox"/> 無	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	
※有の場合、介護・看護職員の配置率		2.5 : 1以上	

(加算の算定要件) 加算は要件を満たした場合に算定します。詳細別添3「月額費用算定表」参照

加 算	要 件	利用者負担(単位：円)	
個別機能訓練加算(Ⅰ) 12 単位/日	多職種共同にて、個別機能訓練計画を作成し、計画的に機能訓練を実施している場合に算定します。	1 割負担	13/日
		2 割負担	26/日
		3 割負担	38/日
個別機能訓練加算(Ⅱ) 20 単位/月	個別機能訓練加算(Ⅰ)を算定している場合で、個別機能訓練計画の内容等の情報を厚生労働省へ提出し、機能訓練の実施に当たって、必要な情報を活用した場合に算定します。	1 割負担	21/月
		2 割負担	42/月
		3 割負担	63/月
夜間看護体制加算(Ⅱ) 【要介護者の方のみ】 9 単位/日	看護に係る責任者を定め、入居者様に対して 24 時間連絡できる体制と、必要に応じて健康上の管理等を行う体制(「重度化対応指針」の策定)を確保している場合に算定します。	1 割負担	300/月
		2 割負担	570/月
		3 割負担	870/月
協力医療機関連携加算 100 単位/月	協力医療機関との間で、入居者様又は家族様の同意を得て、病歴等の情報を共有する会議を定期的に行っている場合に算定します。	1 割負担	106/月
		2 割負担	211/月
		3 割負担	317 月
口腔・栄養スクリーニング加算 20 単位/回	利用開始時及び利用中 6 月ごとに口腔健康状態及び栄養状態について確認を行い、当該情報を介護支援専門員に提供した場合に、6 ヶ月に 1 回を限度に算定します。	1 割負担	21/回
		2 割負担	42/回
		3 割負担	63/回
科学的介護推進体制加算 40 単位/月	利用者様の ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況、その他心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省へ提出し、必要に応じて計画を見直す等必要な情報を活用した場合に算定します。	1 割負担	43/月
		2 割負担	85 月
		3 割負担	127/月
看取り介護加算(Ⅰ) 死亡日以前 31 日以上 45 日以下 72 単位/日	看取りに関する指針を定め、医師が一般的な医学的見地に基づき回復の見込みがないと診断した入居者様に対して、多職種共同にて介護に係る計画を作成し、入居者様又は家族の方の同意のもと、入居者様がその人らしく生き、その人らしい最期を迎えられるように支援した場合に算定します。	1 割負担	76/日
		2 割負担	152/日
		3 割負担	228/日
死亡日以前 4 日以上 30 日以下 144 単位/日	【要介護者の方のみ】	1 割負担	152/日
		2 割負担	304/日
		3 割負担	456/日
死亡日の前日及び前々日 680 単位/日	【要介護者の方のみ】	1 割負担	717/日
		2 割負担	1,434/日
		3 割負担	2,151/日
死亡日 1,280 単位/日	【要介護者の方のみ】	1 割負担	1,350/日
		2 割負担	2,699/日
		3 割負担	4,048/日

加 算	要 件	利用者負担(単位：円)	
高齢者施設等感染対策 向上加算(Ⅱ) 5 単位/月	診療報酬における感染対策向上加算に係る届 出を行った医療機関から3年に1回以上施設内 で感染者が発生した場合の感染制御等に係る 実地指導を受けている場合に算定します。	1 割負担	6/月
		2 割負担	11/月
		3 割負担	16/月
生産性向上推進体制加算(Ⅱ) 10 単位/月	利用者様の安全、介護サービスの質の確保、職 員の負担軽減に資する方策を検討する委員会 を開催し、見守り機器等テクノロジーを1つ以 上導入して業務改善の取り組みによる効果を 示すデータを提供している場合に算定します。	1 割負担	11/月
		2 割負担	21/月
		3 割負担	32/月
サービス提供体制強化 加算(Ⅲ) 6 単位/日	当事業所の介護従事者の割合が以下のいづれ かに該当した場合に算定されます。 ①介護福祉士 50%以上、②常勤職員 75%以上 ③勤続 7 年以上 30%以上	1 割負担	190/月
		2 割負担	380/月
		3 割負担	570/月
新興感染症等施設療養費 【該当の方のみ】 240 単位/日	厚生労働大臣が定める感染症に感染した場合 に相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関 を確保し、適切な感染対策を行ったうえで介護 サービスを提供した場合に1ヶ月に連続する5 日を限度に算定します。	1 割負担	253/日
		2 割負担	506/日
		3 割負担	759/日
退院・退所時連携加算 【要介護者の方のみ】 入居日から 30 日間 30 単位/日	病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院 から入居するにあたって、当該医療提携施設職 員と面談等を行い入居者様に関する必要な情 報の提供を受け、入居に対応した場合に算定し ます。30 日を超える入院・入所後に再び入居の 場合も同様です。	1 割負担	32/日
		2 割負担	64/日
		3 割負担	95/日
退居時情報提供加算 【該当の方のみ】 250 単位/1 回のみ	医療機関へ退所する際、退所後の医療機関に対 して入居者様又はご家族様の同意を得て、入居 者様の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供 した場合に算定します。	1 割負担	264/回
		2 割負担	527/回
		3 割負担	791/回
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	介護職員等の処遇を改善するために賃金改善 や資質の向上等の取組みを行う事業所に認め られる加算です。「介護職員等処遇改善加算」 は、区分支給限度基準額の対象外となります。	所定単位数の 122/1000	

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 <input type="checkbox"/> 4 その他（訪問診療医の確保）		
協力医療機関	1	名称	偕生病院（ホームから 1.6km）
		住所	神戸市西区持子 3-2-2
		診療科目	内科・放射線科・消化器科・循環器科・外科
		協力内容	診察、医療相談において適切な指示・助言 (医療費その他の費用は自己負担、以下同様)
	2	名称	ゆうこう内科クリニック（ホームから 0.8km）
		住所	神戸市西区水谷 2 丁目 20-3
		診療科目	内科・訪問診療
		協力内容	定期的な往診、診察・医療相談において適切な指示・助言
	3	名称	岡医院（ホームから 5.8 km）
		住所	明石市大久保町高丘 5 丁目 20-2
		診療科目	内科・訪問診療
		協力内容	定期的な往診、診察・医療相談において適切な指示・助言
	4	名称	西明石クリニック（ホームから 4.8 km）
		住所	明石市西明石南町 2 丁目 10-5
		診療科目	内科・アレルギー科・リハビリテーション科
		協力内容	診察、医療相談において適切な指示・助言
	5	名称	おか内科循環器科（ホームから 6.2 km）
		住所	明石市大久保町谷八木 608
		診療科目	内科・循環器科
		協力内容	定期的な往診、診察・医療相談において適切な指示・助言
	6	名称	川井田泌尿器科（ホームから 4.0 km）
		住所	神戸市西区南別府 4-368-1
		診療科目	泌尿器科
		協力内容	診察、医療相談において適切な指示・助言
	7	名称	相川眼科（ホームから 3.2 km）
		住所	神戸市西区白水 3 丁目 1-8
		診療科目	眼科
		協力内容	診察、医療相談において適切な指示・助言

協力歯科医療機関	1	名称	檜林歯科
		住所	明石市朝霧南町 3-13-12
		協力内容	訪問歯科診療
	2	名称	津川歯科診療所
		住所	明石市大久保町大窪 945-1
		協力内容	訪問歯科診療

(入居後に居室を住み替える場合) ※住替えを行っていない場合は、省略可能

入居後に居室を住み替える場合	1 一時介護室へ移る場合	2 介護居室へ移る場合	3 その他
判断基準の内容			
手続きの内容			
追加的費用の有無	有 / 無		
居室利用権の取扱い			
前払金償却の調整の有無	有 / 無		
従前の居室と の仕様の変更	面積の増減	有 / 無	
	便所の変更	有 / 無	
	浴室の変更	有 / 無	
	洗面所の変更	有 / 無	
	台所の変更	有 / 無	
	その他の変更	有 / 無	※ 有の場合、 変更内容

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】 ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 1 自立している者 <input type="checkbox"/> 2 要支援の者 <input type="checkbox"/> 3 要介護の者		
留意事項	①概ね 65 歳以上の方 ②要介護認定を受けている方若しくは同等と見做される方 ③常時医療機関において治療の必要のない方 ④自傷他害のない方 ⑤当事業所の運営にご協力いただける方		
契約の解除の内容	入居契約書 第 30 条から第 32 条のとおり		
設置者から解約を求める場合	解約条項	入居契約書 第 33 条のとおり	
	解約予告期間	1 ヶ月(但し、入居契約書第 33 条第 1 項第 3 号 及び第 4 号に該当の場合を除く)	
入居者からの解約予告期間	1 ヶ月		
体験入居	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無 空室がある場合、1 泊 3 食事付(9,700 円)		
入居定員	27 人		
その他	身元引受人が設定できない場合は要相談		

5 職員体制

(職種別の職員数)

	職員数 (実人数)			常勤換算人数※
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1		1.0
生活相談員	1	1		1.0
直接処遇職員	17	11	6	13.3
うち介護職員	14	10	4	12.0
うち看護職員	3	1	2	1.3
機能訓練指導員	2		2	0.5
計画作成担当者	1		1	0.5
栄養士	0			
調理員 (委託)	(1)			(1)
事務員	1		1	0.5
その他職員	3		3	0.9
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数			40時間 看護職に在る者は35時間	
※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。				

(介護職員が有している資格の総数)

	合計		
		常勤	非常勤
社会福祉士	1	1	
介護福祉士	4	3	1
実務者研修修了者	1	0	1
初任者研修の修了者	3	3	0
認知症介護基礎研修	5	1	4
介護支援専門員	0		

(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	2		2
理学療法士	0		
作業療法士	0		
言語聴覚士	0		
柔道整復士	0		
あん摩マッサージ指圧師	0		

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間	21時～翌6時	
	平均人数	最小時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0人	0人
介護職員	2人	1人

(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※ 【表示事項】	1 1.5 : 1 以上
		2 2 : 1 以上
		3 2.5 : 1 以上
		4 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)	2.1 : 1

※ 広告、パンフレット等における記載内容と合致すること

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務		<input checked="" type="checkbox"/> / 無							
	業務に係る資格等		<input checked="" type="checkbox"/> / 無							
	※ 有の場合、資格等の名称		介護福祉士							
	看護職員		介護職員		生活相談員		機能訓練指導員		計画作成担当者	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度1年間の採用数		1	2					1		1
前年度1年間の退職者数			1							1
応じた職員の人数 業務に従事した経験年数に	1年未満		1		1					
	1年以上 3年未満		1	5				1		
	3年以上 5年未満	1	1	1	3			1		
	5年以上 10年未満			2	1					
	10年以上			1						1
従業者の健康診断の実施状況									<input checked="" type="checkbox"/> / 無	

6 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 利用権方式 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式 4 選択方式	
	※4の場合 複数選択可	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
要介護状態に応じた金額設定	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
入院等による不在等における 利用料金（月払い）の取扱い	<input type="checkbox"/> 1 減額なし <input checked="" type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額(食費・水光熱費) <input type="checkbox"/> 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額	
利用料金の 改定	条件	諸物価の変動、人件費等を勘案して改定する場合がある。
	手続き	運営懇談会の意見を聴き、利用者の同意を求める。

(利用料金のプラン)

(税込)

		プラン1	プラン2	プラン3	プラン4	
入居者の状 況	要介護度	要介護3				
	年齢	65歳以上				
居室の状況※2		タイプ(全室同様)	タイプ	タイプ	タイプ	
床面積		13.3~13.57 m ²	m ²	m ²	m ²	
便所		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	
浴室		有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	
台所		有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	
入居時点で 必要な費用	前払金	0円	円	円	円	
	敷金	237,000円	円	円	円	
月額費用の合計		239,279円	円	円	円	
家賃		79,000円	円	円	円	
サ ー ビ ス 費 用	特定施設入居者生活介護 等の費用※		24,279円	円	円	円
	介 護 保 険 外	食費(3食30日として)	51,000円	円	円	円
		管理費	35,000円	円	円	円
		介護費用(手厚い介護)	20,000円	円	円	円
		光熱水費	30,000円		円	円
その他		有料サービス有		円	円	
都度払いとなるサービス		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	
※介護負担割合が1割の場合(介護保険負担割合証に示された割合により異なります。)						

(利用料金の算定根拠)

費 目	算 定 根 拠
家賃	土地・建物賃借料、設備備品費、借入利息等を基礎として1室あたりの家賃を算定した。
敷金	家賃の3か月分（敷金－居室の原状回復費用等＝退去時返還金）
介護費用 ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。	利用者に十分な介護サービスを提供するため、介護保険上の基準よりも手厚い介護体制を整えています。介護保険給付による収入でカバーできない額に充当するものとして合理的な積算根拠に基づいて算出
管理費	施設の維持管理費、共用部修繕費、事務費
食費	1日1,700円の30日試算 (朝食350円、昼食600円、おやつ150円、夕食600円)
光熱水費	当月水光熱費総額÷全入居者利用総日数×利用日数
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2のとおりです。
その他のサービス利用料	医療費、新聞の購読料、日常生活品（化粧品、シャンプー、タオル、ティッシュペーパー等利用者の選定により利用されるもの）は自己負担

※食費・光熱水費については、月毎に精算します。

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠)

費 目	算 定 根 拠
特定施設入居者生活介護等に対する自己負担	基本報酬及び前掲の加算の利用者負担分 別添3 月額費用算定表参照
特定施設入居者生活介護等における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乘せサービス）	基準以上に手厚い介護スタッフを配置するための人件費相当額

7 入居者の状況

(入居者の人数)

性別	男性	5人	女性	19人
年齢別	65歳未満	0人	65歳以上75歳未満	2人
	75歳以上85歳未満	2人	85歳以上	20人
要介護度別	自立	0人	要支援1	2人
	要支援2	0人	要介護1	3人
	要介護2	6人	要介護3	3人
	要介護4	7人	要介護5	3人
入居期間別	6か月未満	2人	6か月以上1年未満	5人
	1年以上5年未満	10人	5年以上10年未満	3人
	10年以上15年未満	1人	15年以上	3人

(入居者の属性)

平均年齢	90 歳
入居者数の合計	24 人
入居率※	88%
※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られる割合。 なお、一時的に不在となっている者も入居者に含みます。	

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	0 人	社会福祉施設	2 人
	医療機関	0 人	死亡者	9 人
	その他	0 人		
生前解約の状況	施設側の申し出	0 人		
		(解約事由の例)		
	入居者側の申し出	2 人		
		(解約事由の例)	他の施設へ転居	

8 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況)

窓口の名称		ハートケア神戸二ツ屋 相談室	神戸市福祉局監査指導部
電話番号		(078)926-0070	(078)322-6242
対応している時間	平日	9:00~18:00	8:45~12:00、13:00~17:30
	土曜	9:00~18:00	—
	日曜・祝日	9:00~18:00	—
定休日		なし、緊急時は 24 時間対応	土・日・祝日・年末年始
窓口の名称		兵庫県国民健康保険団体連合会	神戸市消費生活センター
電話番号		(078)332-5617	(078)371-1221
対応している時間	平日	8:45~17:15	9:00~17:00
	土曜	—	—
	日曜・祝日	—	—
定休日		土・日・祝日・年末年始	土・日・祝日・年末年始
窓口の名称		株式会社 ハートケア本社	養介護施設従業者による高齢者虐待通報専用電話
電話番号		078-976-1366	078-322-6774
対応している時間	平日	8:30~17:30	8:45~12:00、13:00~17:30
	土曜	8:30~17:30	—
	日曜・祝日	—	—
定休日		日・祝日・年末年始	土・日・祝日・年末年始

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

損害賠償責任保険の加入状況	1 加入済		2 未加入	
	※1の場合	加入する保険会社の名称	兵庫県社会福祉協議会	
		加入する保険の名称	ひょうご福祉サービス総合補償制度	
介護サービスの提供において事業所の責めに帰すべき事由により賠償すべき事故が発生したときの対応	1 対応あり (事故対応及びその予防のための指針あり) 2 対応あり (事故対応及びその予防のための指針なし) 3 対応なし			

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

利用者アンケート調査、意見箱等の利用者の意見等を把握する取組の状況	1 取組あり		2 取組なし	
	※1の場合	実施日・開始日	平成 年 月 日	
		結果の開示	1 あり () 2 なし	
第三者による評価の実施状況	1 実施済み		2 未実施	
	※1の場合	実施日	平成 年 月 日	
		評価機関名称		
		結果の開示	1 あり () 2 なし	

9 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	1 入居希望者に公開	2 入居希望者に交付	3 公開していない
管理(運営)規定	1 入居希望者に公開	2 入居希望者に交付	3 公開していない
事業収支計画書	1 入居希望者に公開	2 入居希望者に交付	3 公開していない
財務諸表の要旨	1 入居希望者に公開	2 入居希望者に交付	3 公開していない
財務諸表の原本	1 入居希望者に公開	2 入居希望者に交付	3 公開していない

10 虐待の防止について

事業者は、利用者様等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者	管理者 堀 理江
-------------	----------

(2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。

(3) 虐待防止のための指針の整備をしています。

(4) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。

(5) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者(現に養護している家族・親族・同居人等)による虐待を受けたと思われる利用者様を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

11 身体拘束について

事業者は、原則として利用者様に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等の恐れのある場合など、利用者様本人又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者様に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることに留意して必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行なった日時、理由及び態様等についての記録を行います。また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 緊急性・・・直ちに身体拘束を行わなければ、利用者様本人又は他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りします。
- (2) 非代替性・・・身体拘束以外に、利用者様本人又は他人の生命・身体に危険が及ぶことを防止することができない場合に限りします。
- (3) 一時性・・・利用者様本人又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

12 秘密の保持と個人情報の保護について

- (1) 利用者様又はそのご家族の個人情報については、当事業所での介護サービス提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供については利用者様又はその代理人の同意を得るものとします。

なお、個人情報の利用範囲については、介護サービスの円滑な提供に必要な最小限度のものとしします。

- (2) 事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者様又はそのご家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持する旨を、従業者との雇用契約の内容とします。

13 サービス提供の記録

事業所は、利用者様に提供したサービス等の記録を整備し、サービス完結の日から5年間保存するとともに、利用者様等の請求に応じて閲覧、又は複写物の交付(1枚100円(税込み))をいたします。

14 非常災害対策

- (1) 事業所に災害対策に関する担当者(防火管理者)を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。
- (2) 消防計画等の防災計画を立て、事業所に及び利用者様、地域住民の参加が得られるように連携に努め、消火活動、避難訓練を年間計画で実施します。

15 衛生管理

- (1) 指定(介護予防)特定施設入居者生活介護の用に供する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。
- (2) 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

※1の場合、代替措置の概要	
※2の場合、改善計画の概要	
※ 5の場合、構造設備の 基準となる制度の名称	1 サービス付き高齢者向け住宅登録制度（登録済み） 2 高齢者専用賃貸住宅登録制度（登録済み）
有料老人ホーム設置運営指導 指針に基づく指導の有無 ※複数選択可	1 指導事項あり（過去1年以内に指導） 2 指導事項あり（未改善のまま、指導から1年経過） <input type="checkbox"/> 3 指導事項なし
※1又は2の場合、指導内容	

添付書類：別添1（設置者が別に実施する介護サービス一覧表）

別添2（個別選択によるサービス一覧表）

別添3（月額費用算定表）

以上の内容について、老人福祉法第29条第7項の規定に基づく書面による説明を受け、同意しました。

令和 年 月 日

説明を受けた者

住 所 _____

氏 名 _____

入居する者(_____)との続柄(_____)

説明した者

事業者 (介護予防)特定施設入居者生活介護
コミュニティホームハートケア神戸二ツ屋

職 名 _____

氏 名 _____

※ 契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた方の署名をお願いします。

別添1 設置者が神戸市内で実施する他の介護サービス

介護サービスの種類		事業所の名称	所在地
<居宅サービス>			
訪問介護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
通所介護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	コミュニティホーム ハートピア神戸白水	神戸市西区白水2-12-20
特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	ハートライフ神戸西	神戸市西区玉津町水谷8-1
<地域密着型サービス>			
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
認知症対応型共同生活介護	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	グループホーム ふれあい神戸西	神戸市西区水谷1-11-24
認知症対応型共同生活介護	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	グループホーム ハートケア水谷	神戸市西区水谷2-4-17
認知症対応型共同生活介護	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	グループホーム ハートケア有瀬	神戸市西区伊川谷町有瀬 1595
地域密着型通所介護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
居宅介護支援	有 / <input type="checkbox"/> 無		
<居宅介護予防サービス>			
介護予防訪問介護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
介護予防通所サービス	有 / <input type="checkbox"/> 無		
介護予防特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	コミュニティホーム ハートピア神戸白水	神戸市西区白水2-12-20
介護予防特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	ハートライフ神戸西	神戸市西区玉津町水谷8-1
<地域密着型介護予防サービス>			
介護予防認知症対応型共同生活介護	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	グループホーム ふれあい神戸西	神戸市西区水谷1-11-24
介護予防認知症対応型共同生活介護	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	グループホーム ハートケア水谷	神戸市西区水谷2-4-17
介護予防認知症対応型共同生活介護	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	グループホーム ハートケア有瀬	神戸市西区伊川谷町有瀬 1595
介護予防認知症対応型通所介護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
介護予防支援	有 / <input type="checkbox"/> 無		
<介護福祉施設>			
介護老人福祉施設	有 / <input type="checkbox"/> 無		
介護老人保健施設	有 / <input type="checkbox"/> 無		
介護療養型医療施設	有 / <input type="checkbox"/> 無		

別添2 有料老人ホームが提供するサービスの一覧表

特定施設入居者生活介護（介護予防を含む）の指定の有無							有 / 無
	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※1）	個別の利用料で実施するサービス（利用者が全額負担）			都度		備考
			包含※2	料金			
介護サービス							
食事介助	有 / 無	有 / 無					4回/日（おやつ含）
排泄介助・おむつ交換	有 / 無	有 / 無					随時
おむつ代		有 / 無		○	実費		種類により異なる
入浴（一般浴）介助・清拭	有 / 無	有 / 無					週2回以上
特浴介助	有 / 無	有 / 無					同上
身辺介助（移動・着替え等）	有 / 無	有 / 無					毎日
機能訓練	有 / 無	有 / 無					サービス計画に基き実施
通院介助	有 / 無	有 / 無		○	1時間 2,000円		以後30分毎に1,000円 協力医療機関は無料
生活サービス							
居室清掃	有 / 無	有 / 無		○	実費		外部業者へ発注の場合
リネン交換	有 / 無	有 / 無		○	実費		同上
日常の洗濯	有 / 無	有 / 無		○	実費		同上
居室配膳・下膳	有 / 無	有 / 無					
入居者の嗜好に応じた特別な食事		有 / 無		○	実費		特別な行事のみ
おやつ		有 / 無		○	実費		同上
理美容師による理美容サービス		有 / 無		○	実費		1回/月
買い物代行	有 / 無	有 / 無		○	200円/km		神戸市西区内は無料
役所手続き代行	有 / 無	有 / 無					
金銭・貯金管理		有 / 無					
健康管理サービス							
定期健康診断		有 / 無		○	実費		年1回
健康相談	有 / 無	有 / 無					随時
生活指導・栄養指導	有 / 無	有 / 無					随時
服薬支援	有 / 無	有 / 無					適宜対応
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	有 / 無	有 / 無					必要に応じ随時対応
入退院時・入院中のサービス							
移送サービス	有 / 無	有 / 無		○	1時間 2,000円		以後30分毎に1,000円 協力医療機関は無料
入退院時の同行	有 / 無	有 / 無		○	1時間 2,000円		以後30分毎に1,000円 協力医療機関は無料
入院中の洗濯物交換・買い物	有 / 無	有 / 無		○	2,000円		1回につき
入院中の見舞い訪問	有 / 無	有 / 無					

※1 要支援者・要介護者の介護保険サービスは、「介護サービス基準表」を参考に介護サービス計画書に基づくものです。

※2 利用者の所得に応じて負担割合が変わります。（1割～3割の利用者負担）。

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)

コミュニティホーム ハートケア神戸二ツ屋

※1ヶ月 30日の場合

住宅所在市町	神戸市
地域区分	4級地
1単位の単価	10.54円

1. 月額費用

要介護 状態区分	基本単位数		加算単位数の計 (※1)		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					
要支援1	(183単位/日)	5,490単位	160単位	689単位	6,339単位	66,813円	6,682円	13,363円	20,044円
要支援2	(313単位/日)	9,390単位	160単位	1,165単位	10,715単位	112,936円	11,294円	22,588円	33,881円
要介護1	(542単位/日)	16,260単位	160単位	2,003単位	18,423単位	194,178円	19,418円	38,836円	58,254円
要介護2	(609単位/日)	18,270単位	160単位	2,248単位	20,678単位	217,946円	21,795円	43,590円	65,384円
要介護3	(679単位/日)	20,370単位	160単位	2,505単位	23,035単位	242,788円	24,279円	48,558円	72,837円
要介護4	(744単位/日)	22,320単位	160単位	2,743単位	25,223単位	265,850円	26,585円	53,170円	79,755円
要介護5	(813単位/日)	24,390単位	160単位	2,995単位	27,545単位	290,324円	29,033円	58,065円	87,098円

(※1) 退院・退所時連携加算、看取り介護加算、新興感染症等施設療養費、退居時情報提供加算及び介護職員等処遇改善加算を除く。

(加算の算定状況)

加算種別	算定	加算単位数		
入居継続支援加算	(I)	(36単位/日)		
	(II)	(22単位/日)		
生活機能向上連携加算	(I)	(100単位/月)		
	(II)	(200単位/月)		
		(100単位/月)		※個別機能訓練加算を算定している場合
個別機能訓練加算	(I)	(12単位/日)		
	(II)	(20単位/月)		※(I)に追加算定可能
ALD維持等加算	(I)	(30単位/月)		
	(II)	(60単位/月)		
夜間看護体制加算	(I)	(18単位/日)		※要介護者のみ
	(II)	(9単位/日)		※要介護者のみ
若年性認知症入居者受入加算		(120単位/月)		
協力医療機関連携加算	あり	(100単位/月)	100単位	
		(40単位/月)		
口腔・栄養スクリーニング加算	あり	(20単位/回)	20単位	※6ヶ月ごとに1回算定
科学的介護推進体制加算	あり	(40単位/月)	40単位	
認知症専門ケア加算	(I)	(3単位/日)		
	(II)	(4単位/日)		
高齢者施設等 感染対策向上加算	(I)	(10単位/月)		
	(II)	(5単位/月)		
生産性向上推進体制加算	(I)	(100単位/月)		
	(II)	(10単位/月)		
サービス提供体制強化加算	(I)	(18単位/日)		
	(II)	(12単位/日)		
	(III)	(6単位/日)		

加算種別	算定	加算単位数	
介護職員等処遇改善加算	(I)		(基本単位数+加算単位数の計)×12.8%
	(II)	あり	(基本単位数+加算単位数の計)×12.2%
	(III)		(基本単位数+加算単位数の計)×11.0%
	(IV)		(基本単位数+加算単位数の計)×8.8%
	(V)		(基本単位数+加算単位数の計)×11.3% 他

2. 退院・退所時連携加算を算定する場合の追加費用(入居日(30日を超える医療提供施設への入院後の再入居含む)から30日に限る)※要介護者のみ

加算種別	算定	加算単位数		介護職員等処遇改善加算単位数 I	総単位数 K=I+J	総費用額 L=K*1単位の単価	利用者負担額 (1割) M=L-L*90/100	利用者負担額 (2割) N=L-L*80/100	利用者負担額 (3割) O=L-L*70/100
			J=I*加算率						
退院・退所時連携加算	あり	(30単位/日)	900単位	110単位	1,010単位	10,645円	1,065円	2,129円	3,194円

3. 看取り介護加算を算定する場合の追加費用(死亡月に算定) ※要介護者のみ

加算種別	算定	加算単位数		介護職員等処遇改善加算単位数 P	総単位数 R=P+Q	総費用額 S=R*1単位の単価	利用者負担額 (1割) T=S-S*90/100	利用者負担額 (2割) U=S-S*80/100	利用者負担額 (3割) V=S-S*70/100
			Q=P*加算率						
看取り介護加算(Ⅰ)		死亡日以前31日以上45日以下 (72単位/日)							
		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						

4. 新興感染症等施設療養費(月に1回、連続する5日を限度に)

加算種別	算定	加算単位数		介護職員等処遇改善加算単位数 W	総単位数 Y=W+X	総費用額 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
			X=W*加算率						
新興感染症等施設療養費	あり	(240単位/日)	1,200単位	146単位	1,346単位	14,186円	1,419円	2,838円	4,256円

5. 退居時情報提供加算(利用者1名につき1回を限度に)

加算種別	算定	加算単位数		介護職員等処遇改善加算単位数 d	総単位数 f=d+e	総費用額 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
			e=d*加算率						
退居時情報提供加算	あり	(250単位/回)	250単位	31単位	281単位	2,961円	297円	593円	889円

※上記負担額で計算した場合の料金と実際の請求額は端数処理の関係上、若干の差異が生じる場合がございます。