

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

記入年月日	令和 4年 7月 1日
記入者名	岡 勉
所属・職名	本社 総務部

1 事業者の概要

種類	個人 / <input checked="" 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 は一とけあ 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 checked="" 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一とぴあこうべしらみず コミュニティホームハートピア神戸白水		
所在地	〒651-2129	神戸市西区白水2丁目12-20	
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「白水1丁目東」下車徒歩2分	
連絡先	電話番号	(078)976-5225	
	FAX番号	(078)926-8780	
	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	村松 洋成	
	職名	施設長	
建物の竣工日	昭和 / <input checked="" type="checkbox"/> 平成 17年11月15日		
有料老人ホーム事業の開始日	昭和 / <input checked="" type="checkbox"/> 平成 19年9月1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	平成17年12月15日		

(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	(介護予防)特定施設入居者生活介護事業所 第 2875202679 号
	指定した自治体名	兵庫県
	事業所の指定日	平成 19 年 9 月 1 日
	指定の更新日（直近）	令和元年 9 月 1 日

3 建物概要

土 地	敷地面積	1364.00 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 9 月 1 日～平成 44 年 8 月 31 日) / 無		
契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> / 無				
建 物	規模	2 階建 1 棟			
		延床面積	全体 1099.35 m ²		
			うち、有料老人ホーム部分 1099.35 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	1 耐火建築物 <input checked="" type="checkbox"/> 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 9 月 1 日～平成 44 年 8 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 【表示事項】	1 全室個室						
		2 相部屋あり						
	※ 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 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	13.70 m ²	29	介護居室個室		
タイプ2	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 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	4 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			4 か所		
	共用浴室	4 か所	個室			4 か所		
			大浴場			0 か所		
	共用浴室に設 置された介助 浴槽	4 か所	チェアー浴			3 か所		
			リフト浴			0 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 / <input type="checkbox"/> 無			
入居者や家族が利用できる調理設備					<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無			
エレベーター	1 あり (車椅子対応) 基							
	2 あり (ストレッチャー対応) 1 基							
	3 あり (上記1・2に該当しない) 基							
	4 なし							
消防用設備等	消火器					<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無		
	自動火災報知設備					<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無		
	火災通報設備					<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無		
	スプリンクラー					<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無		
	防火管理者					<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無		
	防災計画					<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 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、全室電動ベッド、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"> ホームの介護従事者は、入居者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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 サービスの提供あり（設置者が自ら実施） <input type="checkbox"/> 2 サービスの提供あり（委託） <input type="checkbox"/> 3 サービスの提供なし
食事の提供	<input type="checkbox"/> 1 サービスの提供あり（設置者が自ら実施） <input checked="" type="checkbox"/> 2 サービスの提供あり（委託） <input type="checkbox"/> 3 サービスの提供なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 サービスの提供あり（設置者が自ら実施） <input type="checkbox"/> 2 サービスの提供あり（委託） <input type="checkbox"/> 3 サービスの提供なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 サービスの提供あり（設置者が自ら実施） <input type="checkbox"/> 2 サービスの提供あり（委託） <input type="checkbox"/> 3 サービスの提供なし
安否確認又は状況把握サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 サービスの提供あり（設置者が自ら実施） <input type="checkbox"/> 2 サービスの提供あり（委託） <input type="checkbox"/> 3 サービスの提供なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 サービスの提供あり（設置者が自ら実施） <input type="checkbox"/> 2 サービスの提供あり（委託） <input type="checkbox"/> 3 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	個別機能訓練加算	有 / <input type="checkbox"/> 無	
	夜間看護体制加算【要介護者の方のみ】	有 / <input type="checkbox"/> 無	
	医療機関連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	
	看取り介護加算【要介護者の方のみ】	有 / <input type="checkbox"/> 無	
	退院・退所時連携加算【要介護者の方のみ】	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	
	口腔衛生管理体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	
	認知症専門ケア加算	(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	
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 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
夜間看護体制加算 【要介護者の方のみ】 10 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	317/月
		2 割負担	633/月
		3 割負担	949/月
医療機関連携加算 80 単位/月	当事業所の看護職員が、入居者様ごとに健康状態の状況を継続的に記録し、協力医療機関や主治医に対して入居者様の健康状況について、月に1回以上情報提供している場合に算定します。	1 割負担	85/月
		2 割負担	169/月
		3 割負担	253/月
口腔衛生管理体制加算 30 単位/月	当事業所の介護職員が歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士から口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上受け、その助言・指導に基づき入居者様の口腔ケアマネジメントに係る計画を作成した場合に算定します。	1 割負担	32/月
		2 割負担	64/月
		3 割負担	95/月
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
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、その人らしい最後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
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が以下のいず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	1 割負担	190/月
		2 割負担	380/月
		3 割負担	570/月

	③勤続7年以上30%以上	
介護職員処遇改善加算 (I)	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。「介護職員処遇改善加算」及び「介護職員等特定処遇改善加算」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 82/1000
介護職員等特定処遇改善加算 (II)		所定単位数の 12/1000 ※介護職員 処遇改善加算を除く

(医療連携の内容)

医療支援	<ol style="list-style-type: none"> 1 救急車の手配 2 入退院の付き添い 3 通院介助 4 その他（訪問診療医の確保） 		
	※複数選択可		
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、以下同じ)
	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	診察・医療相談において適切な指示・助言
	3	名称	おか内科循環器科
		住所	明石市大久保町谷八木608
		診療科目	内科・訪問診療
		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	名称〔住所〕	①檜林歯科〔明石市朝霧南町3-13-12〕 ②津川歯科診療所〔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	※ 住替えは行っていません。	
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 checked="" 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) (宿泊費 6,000 円、食費 1,700 円、介護サービス費 2,000 円)		
入居定員	29 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		0.5
生活相談員	1	1		1.0
直接処遇職員	21	12	9	15.7
うち介護職員	19	11	8	14.2
うち看護職員	2	1	1	1.5
機能訓練指導員	1		1	0.4
計画作成担当者	1		1	0.4
栄養士	0			0
調理員 (委託)	(1)			(1)
事務員	1		1	0.7
その他職員	4		4	1.4

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	5	4	1
社会福祉主事			
初任者研修の修了者	4	1	3
介護支援専門員			

(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			1
理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復士			
あん摩マッサージ指圧師			

(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)	1.8 : 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									有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無		
	※ 有の場合、資格等の名称											
		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				3	2							
前年度1年間の退職者数			1	1	3							
員の人数 業務に従事した経験年数に応じた職	1年未満			2	3	1						
	1年以上 3年未満		1	3	1			1				
	3年以上 5年未満			3	3							
	5年以上 10年未満	1		3	1						1	
	10年以上											
	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 checked="" 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】	1 全額前払い方式 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	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 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	1 減額なし <input checked="" type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額(食費・水光熱費) 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		13.7 m ²	m ²	m ²	m ²	
便所		<input checked="" type="checkbox"/> / 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		205,442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※	23,442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)	17,000円	円	円	円
		光熱水費	実費		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"/> / 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(1~3割)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2参照)
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

(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	8 人	女性	20 人
年齢別	65 歳未満	0 人	65 歳以上 75 歳未満	1 人
	75 歳以上 85 歳未満	5 人	85 歳以上	22 人
要介護度別	自立	0 人	要支援 1	1 人
	要支援 2	2 人	要介護 1	11 人
	要介護 2	2 人	要介護 3	4 人
	要介護 4	3 人	要介護 5	5 人
入居期間別	6 か月未満	3 人	6 か月以上 1 年未満	3 人
	1 年以上 5 年未満	13 人	5 年以上 10 年未満	8 人
	10 年以上 15 年未満	1 人	15 年以上	0 人

(入居者の属性)

平均年齢	89.9 歳
入居者数の合計	28 人
入居率※	96.6%

※ 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	0 人
	医療機関	1 人	死亡者	2 人
	その他	5 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	6 人		
		(解約事由の例)	医療機関へ入院・他の社会福祉施設へ転居	

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	ハートピア神戸白水 相談室	神戸市福祉局監査指導部
電話番号	(078)976-5225	(078)322-6242
	平日	9:00~18:00
		8:45~12:00、13:00~17:30

対応している 時間	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

(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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 加入済 <input type="checkbox"/> 2 未加入		
	※1の場合 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 対応あり (事故対応及びその予防のための指針あり) <input type="checkbox"/> 2 対応あり (事故対応及びその予防のための指針なし) <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 取組あり <input type="checkbox"/> 2 取組なし		
	※1の場合 合	実施日・開始日	平成 26年 10月 日
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり () <input type="checkbox"/> 2 なし
第三者による評価の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 実施済み <input type="checkbox"/> 2 未実施		
	※1の場合 合	実施日	平成 26年 10月 日
		評価機関名称	全社協
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり () <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開	<input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付	<input type="checkbox"/> 3 公開していない
管理(運営)規定	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開	<input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付	<input type="checkbox"/> 3 公開していない
事業収支計画書	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開	<input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付	<input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開	<input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付	<input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開	<input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付	<input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない

10 その他

運 営 懇 談 会	<input type="checkbox"/> 1 設置済み <input type="checkbox"/> 2 未設置（代替措置あり） <input type="checkbox"/> 3 未設置（代替措置なし）
	※ 1の場合、開催頻度 年 2回
	※ 2の場合、代替措置の内容
提携ホームへの移行【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 移行あり （提携ホーム名：当法人が運営している全ての高齢者介護福祉施設） <input type="checkbox"/> 2 移行なし
有料老人ホーム設置時の老人福祉法第29条第1項に規定する届出	<input type="checkbox"/> 1 届出あり <input type="checkbox"/> 2 届出なし <input type="checkbox"/> 3 届出なし（サービス付き高齢者向け住宅の登録済み）
有料老人ホーム設置運営指導指針「第5章 規模及び構造設備」への適合状況 ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 1 不適合事項あり（代替措置を実施済み） <input type="checkbox"/> 2 不適合事項あり（将来の改善計画策定済み） <input type="checkbox"/> 3 不適合事項あり（1又は2以外） <input type="checkbox"/> 4 不適合事項なし <input type="checkbox"/> 5 有料老人ホーム以外の制度に基づく構造設備
※ 1、2又は3の場合、不適合事項の内容 ※ 該当する項目にチェック	<input type="checkbox"/> 居室が個室ではない（ <input type="checkbox"/> 全室 ・ <input type="checkbox"/> 居室の一部） <input type="checkbox"/> 一般居室の1人当たり床面積が18㎡未満 （<input type="checkbox"/> 全室 ・ <input type="checkbox"/> 居室の一部） <input type="checkbox"/> 廊下の幅員が基準を満たさない（具体的に） <input type="checkbox"/> 消防法等に定める設備等の設置なし （<input type="checkbox"/> 自動火災報知設備・<input type="checkbox"/> 通報装置・<input type="checkbox"/> スプリンクラー） <input type="checkbox"/> その他（具体的に）
※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	<input type="checkbox"/> 1 サービス付き高齢者向け住宅登録制度（登録済み） <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 指導事項あり（過去1年以内に指導） <input type="checkbox"/> 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）

※ _____様

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名 _____

※ 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。

被説明者署名 _____

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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	デイサービスセンターハートケア白水	神戸市西区白水2-10-28
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ケア神戸ニツ屋	神戸市西区ニツ屋2-17-14
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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	デイサービスセンターハートケア白水	神戸市西区白水2-10-28
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ケア神戸ニツ屋	神戸市西区ニツ屋2-17-14
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				備考
		（利用者が全額負担）	包含※2	都度	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				随時
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				随時
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 ハートピア神戸白水

(令和3年4月1日現在の単位・地域単価)

※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

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		加算単位数の計(※1)		介護職員処遇改善加算単位数 C=(A+B)*加算率	介護職員等特定処遇改善加算単位数 D=(A+B)*加算率	総単位数 E=A+B+C+D	総費用額 F=E*1単位の単価	利用者負担額(1割) G=F-F*90/100	利用者負担額(2割) H=F-F*80/100	利用者負担額(3割) I=F-F*70/100
	A	B	B	B							
要支援1	(182単位/日)	5,460単位	110単位	457単位	67単位	6,094単位	64,230円	6,423円	12,846円	19,269円	
要支援2	(311単位/日)	9,330単位	110単位	774単位	113単位	10,327単位	108,846円	10,885円	21,770円	32,654円	
要介護1	(538単位/日)	16,140単位	110単位	1,333単位	195単位	17,778単位	187,380円	18,738円	37,476円	56,214円	
要介護2	(604単位/日)	18,120単位	110単位	1,495単位	219単位	19,944単位	210,209円	21,021円	42,042円	63,063円	
要介護3	(674単位/日)	20,220単位	110単位	1,667単位	244単位	22,241単位	234,420円	23,442円	46,884円	70,326円	
要介護4	(738単位/日)	22,140単位	110単位	1,825単位	267単位	24,342単位	256,564円	25,657円	51,313円	76,970円	
要介護5	(807単位/日)	24,210単位	110単位	1,994単位	292単位	26,606単位	280,427円	28,043円	56,086円	84,129円	

(※1) 退院・退所時連携加算及び介護職員処遇改善加算、介護職員等特定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)
個別機能訓練加算	(I)	(12単位/日)
	(II)	(20単位/月)
ALD維持等加算	(I)	(30単位/月)
	(II)	(60単位/月)
夜間看護体制加算		(10単位/日)
若年性認知症入居者受入加算		(120単位/月)
医療機関連携加算	あり	(80単位/月) 80単位
口腔衛生管理体制加算	あり	(30単位/月) 30単位
口腔・栄養スクリーニング加算		(20単位/回)
科学的介護推進体制加算		(40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)	(18単位/日)
	(II)	(12単位/日)
	(III)	(6単位/日)

※個別機能訓練加算を算定している場合

※(I)に追加算定可能

※要介護者のみ

※6ヶ月ごとに1回算定

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+加算単位数の計)×8.2%
	(II)	(基本単位数+加算単位数の計)×6.0%
	(III)	(基本単位数+加算単位数の計)×3.3%
介護職員等特定処遇改善加算	(I)	(基本単位数+加算単位数の計)×1.8%
	(II) あり	(基本単位数+加算単位数の計)×1.2%

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	介護職員処遇改善加算単位数 K=J*加算率	介護職員等特定処遇改善加算単位数 L=J*加算率	合計単位数 M=J+K+L	費用額 N=M*1単位の単価	利用者負担額(1割) O=M-M*90/100	利用者負担額(2割) P=M-M*80/100	利用者負担額(3割) Q=M-M*70/100
退院・退所時連携加算	あり	(30単位/日) 900単位	74単位	11単位	985単位	10,381円	1,039円	2,077円	3,115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。