

# 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 6年 4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 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	<a href="https://www.heartcaregroup.co.jp">https://www.heartcaregroup.co.jp</a>	
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)976-8780	
	ホームページアドレス	<a href="https://www.heartcaregroup.co.jp">https://www.heartcaregroup.co.jp</a>	
	メールアドレス	npo-hs@dance.ocn.ne.jp	
管理者	氏名	武部 ゆかり	
	職名	施設長	
建物の竣工日	昭和 / <input 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 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 <sup>2</sup> ( <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 <sup>2</sup>		
			うち、有料老人ホーム部分 1099.35 m <sup>2</sup>		
	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	<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 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	13.70 m <sup>2</sup>	29	介護居室個室
タイプ2	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>			
※ 「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		有 / <input type="checkbox"/> 無					
エレベーター	1 あり (車椅子対応) 基 <input checked="" type="checkbox"/> 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"> <li>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。</li> </ul>
サービスの提供内容に関する特色	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>
入浴、排せつ又は食事の介護	<ol style="list-style-type: none"> <li>サービスの提供あり (設置者が自ら実施)</li> <li>サービスの提供あり (委託)</li> <li>サービスの提供なし</li> </ol>
食事の提供	<ol style="list-style-type: none"> <li>サービスの提供あり (設置者が自ら実施)</li> <li>サービスの提供あり (委託)</li> <li>サービスの提供なし</li> </ol>
洗濯、掃除等の家事の供与	<ol style="list-style-type: none"> <li>サービスの提供あり (設置者が自ら実施)</li> <li>サービスの提供あり (委託)</li> <li>サービスの提供なし</li> </ol>
健康管理の供与	<ol style="list-style-type: none"> <li>サービスの提供あり (設置者が自ら実施)</li> <li>サービスの提供あり (委託)</li> <li>サービスの提供なし</li> </ol>
安否確認又は状況把握サービス	<ol style="list-style-type: none"> <li>サービスの提供あり (設置者が自ら実施)</li> <li>サービスの提供あり (委託)</li> <li>サービスの提供なし</li> </ol>
生活相談サービス	<ol style="list-style-type: none"> <li>サービスの提供あり (設置者が自ら実施)</li> <li>サービスの提供あり (委託)</li> <li>サービスの提供なし</li> </ol>

(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 / 無
		(II)	有 / 無
	生活機能向上連携加算	(I)	有 / 無
		(II)	有 / 無
	ADL 維持等加算	(I)	有 / 無
		(II)	有 / 無
	個別機能訓練加算	(I)	有 / 無
		(II)	有 / 無
	夜間看護体制加算 【要介護者の方のみ】	(I)	有 / 無
		(II)	有 / 無
	若年性認知症入居者受入加算		有 / 無
	協力医療機関連携加算		有 / 無
	口腔・栄養スクリーニング加算		有 / 無
	科学的介護推進体制加算		有 / 無
	退院・退所時連携加算【要介護者の方のみ】		有 / 無
	退居時情報提供加算		有 / 無
	看取り介護加算 【要介護者の方のみ】	(I)	有 / 無
		(II)	有 / 無
	認知症専門ケア加算	(I)	有 / 無
		(II)	有 / 無
	高齢者施設等感染対策向上加算	(I)	有 / 無
		(II)	有 / 無
	新興感染症等施設療養費		有 / 無
	生産性向上推進体制加算	(I)	有 / 無
		(II)	有 / 無
	サービス提供体制強化加算	(I)	有 / 無
		(II)	有 / 無
		(III)	有 / 無
	介護職員処遇改善加算	(I)	有 / 無
		(II)	有 / 無
(III)		有 / 無	
介護職員等特定処遇改善加算	(I)	有 / 無	
	(II)	有 / 無	
介護職員等ベースアップ等支援加算		有 / 無	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無		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で開催し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		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		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 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」、「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」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	
介護職員等ベースア ップ等支援加算		所定単位数の 15/1000 ※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	

(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
	4	名称	岡 医院
		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	診察・医療相談において適切な指示・助言
	5	名称	西明石クリニック
		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
	6	名称	かしはら内科医院
		住所	神戸市西区白水 1 丁目 2-1
		診療科目	内科・胃腸科
		協力内容	診察・医療相談において適切な指示・助言
	7	名称	石原内科・リハビリテーション科
		住所	神戸市西区白水 3 丁目 1-6
		診療科目	内科・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
協力歯科医療機関	名称	津川歯科診療所	
	住所	明石市大久保町大窪 945-1	
	診療科目	歯科・訪問歯科診療	
	協力内容	診察・医療相談において適切な指示・助言	



(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 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"/> / 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		1.0
生活相談員	1	1		1.0
直接処遇職員	20	15	5	16.5
うち介護職員	17	14	3	15.0
うち看護職員	3	1	2	1.5
機能訓練指導員	2		2	0.6
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	7	6	1
社会福祉主事			
初任者研修の修了者	1	1	0
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	2		2
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
		<input checked="" type="checkbox"/> 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)	1.7 : 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"/> 有 / 無	
	業務に係る資格等									<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 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			3								
前年度1年間の退職者数				4	1						
業務に従事した経験年数に応じた 職員の人数	1年未満			3							
	1年以上 3年未満		1	4		1			1		
	3年以上 5年未満			3							
	5年以上 10年未満			3	3						1
	10年以上	1	1	1					1		
従業者の健康診断の実施状況									<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 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 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】	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 <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	
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		235,997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※	23,997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	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(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	8人	女性	21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	4人	85歳以上	24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	1人	要介護3	5人
	要介護4	4人	要介護5	5人
入居期間別	6か月未満	5人	6か月以上1年未満	4人
	1年以上5年未満	11人	5年以上10年未満	7人
	10年以上15年未満	2人	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	90.5 歳
入居者数の合計	29 人
入居率※	100%
※ 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	1 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	1 人		
		(解約事由の例)	特別養護老人ホームへ転居	

## 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
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	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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<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) 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 取組あり 2 取組なし		
	※1の場合	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 ( ) 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 2 未実施		
	※1の場合	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 ( ) 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	2 入居希望者に交付	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	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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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 武部 ゆかり
-------------	------------

(2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的で開催し、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、利用者様本人または他人の生命・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、利用者様本人または他人の生命・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・・・利用者様本人または他人の生命・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、従業者及び利用者様、地域住民の参加が得られるように連携に努め、消火通報、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。
- (3) 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。
  - ① 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を概ね6月に1回以上開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底しています。
  - ② 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
  - ③ 従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

## 16 業務継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者様に対する指定(介護予防)特定施設入居者生活介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(業務継続計画)を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

## 17 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	<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 )	

※ 該当する項目にチェック	<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	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 checked="" 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ピア神戸白水

職 名 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

※ 契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

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
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>			
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
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>			
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		
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>			
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
<b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b>			
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		
<b>&lt;介護福祉施設&gt;</b>			
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	
<b>介護サービス</b>						
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
<b>生活サービス</b>						
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				
<b>健康管理サービス</b>						
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
<b>入退院時・入院中のサービス</b>						
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

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ヶ月 30日の場合

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	介護職員等特定処 遇改善加算単位数	介護職員等ベース アップ等支援加算	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									
要支援1	(183単位/日)	5,490単位	160単位	463単位	68単位	85単位	6,266単位	66,043円	6,605円	13,209円	19,813円
要支援2	(313単位/日)	9,390単位	160単位	783単位	115単位	143単位	10,591単位	111,629円	11,163円	22,326円	33,489円
要介護1	(542単位/日)	16,260単位	160単位	1,346単位	197単位	246単位	18,209単位	191,922円	19,193円	38,385円	57,577円
要介護2	(609単位/日)	18,270単位	160単位	1,511単位	221単位	276単位	20,438単位	215,416円	21,542円	43,084円	64,625円
要介護3	(679単位/日)	20,370単位	160単位	1,683単位	246単位	308単位	22,767単位	239,964円	23,997円	47,993円	71,990円
要介護4	(744単位/日)	22,320単位	160単位	1,843単位	270単位	337単位	24,930単位	262,762円	26,277円	52,553円	78,829円
要介護5	(813単位/日)	24,390単位	160単位	2,013単位	295単位	368単位	27,226単位	286,962円	28,697円	57,393円	86,089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)	※個別機能訓練加算を算定している場合
	(II)	(20単位/月)	
ALD維持等加算	(I)	(30単位/月)	※(I)に追加算定可能
	(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
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)	※6ヶ月ごとに1回算定
	(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%
介護職員等ベースアップ等支援加算	あり	(基本単位数+加算単位数の計)×1.5%

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		介護職員処遇改善加算単位数	介護職員等特定処遇改善加算単位数	介護職員等ベースアップ等支援加算	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)
			K	L=K*加算率	M=K*加算率	N=K*加算率					
退院・退所時連携加算	あり	(30単位/日)	900単位	74単位	11単位	14単位	999単位	10,529円	1,053円	2,106円	3,159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		介護職員処遇改善加算単位数	介護職員等特定処遇改善加算単位数	介護職員等ベースアップ等支援加算	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)
			T	U=T*加算率	V=T*加算率	W=T*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	0単位	0単位	0単位	0単位	0円	0円	0円	0円

4. 新興感染症等施設療養費(1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		介護職員処遇改善加算単位数	介護職員等特定処遇改善加算単位数	介護職員等ベースアップ等支援加算	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)
			K	L=K*加算率	M=K*加算率	N=K*加算率					
新興感染症等施設療養費	あり	(240単位/日)	1,200単位	98単位	14単位	18単位	1,330単位	14,018円	1,402円	2,804円	4,206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		介護職員処遇改善加算単位数	介護職員等特定処遇改善加算単位数	介護職員等ベースアップ等支援加算	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)
			K	L=K*加算率	M=K*加算率	N=K*加算率					
退居時情報提供加算	あり	(250単位/回)	250単位	21単位	3単位	4単位	278単位	2,930円	293円	586円	879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。