

ディアージュ神戸（介護棟）
入居契約兼特定施設入居者生活介護等重要事項説明書

記入年月日	2021年7月1日
記入者名	近藤 昌治
所属・職名	支配人

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) じえいあーるにしにほんぶろばていーずかぶしがいしゃ J R 西日本プロパティーズ株式会社		
主たる事務所の所在地	〒108-0014	東京都港区芝五丁目34-6	
連絡先	電話番号	03-6686-9380	
	FAX番号	03-3451-3359	
	ホームページアドレス	http://www.jrwp.co.jp	
代表者	氏名	森 克明	
	職名	取締役社長	
設立年月日	2016年 7月 15日		
主な実施事業	不動産業、有料老人ホーム事業、介護保険事業。 ※別添1（別の実施する介護サービス一覧表）		

2. 有料老人ホーム事業の概要

名称	(ふりがな) でいあーじゅこうべ ディアージュ神戸		
所在地	〒655-0004	兵庫県神戸市垂水区学が丘5丁目1-3	
主な利用交通手段	最寄駅	JR神戸線「舞子」駅、神戸市営地下鉄「学園都市」駅	
	最寄駅からの交通手段と所要時間	<ul style="list-style-type: none"> ・神戸市営地下鉄学園都市駅より約4.0km バス約14分 ・JR舞子駅より約5.0km バス約20分 いずれも、多聞東小学校前下車約850m徒歩約12分	
連絡先	電話番号	078-705-1194	
	FAX番号	078-705-0150	
	ホームページアドレス	Http://www.diage-kobe.com/	
	メールアドレス	—	
管理者	氏名	近藤 昌治	
	職名	支配人	
建物の竣工日	2004年 7月 31日		
有料老人ホーム事業の開始日	2004年 10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	年 月 日		

(類型)【表示事項】

<input 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) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 3 住宅型 <input type="checkbox"/> 4 健康型		
※ 1 又は 2 に該当す る場合	介護保険事業者番号	特定施設入居者生活介護事業所神戸市指定 2870803729 号 介護予防特定施設入居者生活介護事業所神戸市指定 2870803729 号
	指定した自治体名	神戸市
	事業所の指定日	2017 年 1 月 1 日
	指定の更新日 (直近)	年 月 日

3. 建物概要

土 地	敷地面積	16,223.96 m ²			
	所有関係	<input type="checkbox"/> 1 事業者が自ら全てを所有する土地 <input type="checkbox"/> 2 事業者が一部を所有・一部を賃借する土地 <input 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 / <input type="checkbox"/> 無		
		※ 2 又は 3 に該当する場合			
		契約期間	有 (年 月 日 ~ 年 月 日) / 無		
契約の自動更新	有 / 無				
建 物	規模	14 階建一部 5 階建 1 棟			
		延床面積	全体	29,711.77 m ²	
			うち、有料老人ホーム部分	29,554.54 m ² (クニック除く)	
	構造	<input type="checkbox"/> 1 鉄筋コンクリート造 <input type="checkbox"/> 2 鉄骨造 <input type="checkbox"/> 3 木造 <input checked="" type="checkbox"/> 4 その他 (鉄筋鉄骨コンクリート造、一部鉄筋コンクリート造)			
		耐火構造	<input type="checkbox"/> 1 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 2 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> 3 その他 ()		
			所有関係	<input type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する建物 <input 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 / <input type="checkbox"/> 無			
	※ 2 に該当する場合				
	契約期間	有 (年 月 日 ~ 年 月 日) / 無			
契約の自動更新	有 / 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			
	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	面積	室数	区分※		
							28.0~34.7 m ²	100	介護居室個室
※ 「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	22 か所	うち男女別の対応が可能な便房				8 か所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房				5 か所		
	共用浴室	8 か所	個室				7 か所		
			大浴場				1 か所		
	共用浴室に設 置された介助 浴槽	5 か所	チェア浴				4 か所		
			リフト浴				か所		
			ストレッチャー浴				1 か所		
		その他 ()				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 checked="" type="checkbox"/> 無		
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (車椅子対応) 2 基 <input checked="" type="checkbox"/> 2 あり (ストレッチャー対応) 5 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	エントランスロビー、総合ケアステーション、共用トイレ、機能訓練室、相談室、ヘアサロン、ミーティングルーム、ボランティアルーム、アクティビティールーム、多目的ルーム、 <u>自販機コーナー</u> 、 <u>ゲストルーム</u> 、屋上庭園他。 ※ 下線表示の共用施設はご利用の際、料金がかかります。 (各ユニット共用) キッチン、談話コーナー、ケアステーション他。								

4 サービスの内容
(全体の方針)

運営に関する方針	<p>ご入居者の人格を尊重し、常に入居者の立場にたったサービスの提供に努め、ご入居者がその有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援します。サービスの提供は個別の特定施設(介護予防)サービス計画を作成しご入居者の同意のもとに実行します。ご入居者の個人情報の取扱については個人情報保護法に則り、個人情報の管理等に努めます。</p>
サービスの提供内容に関する特色	<p>介護棟ではユニットケア方式を採用し少人数で落ち着いた雰囲気の中でゆったりと暮らしていただけるよう心がけています。介護度に応じたフロアでケアを行い、軽介護・中介護、重介護、認知症の方それぞれの状態に焦点を当てたケアを行っています。また、園芸療法士により、敷地内の庭を活用して四季折々の季節を感じ生活の中に彩と安らぎを感じていただける園芸療法に取り組んでいます。日々のケアでは、ご入居者の尊厳を大切に、可能な限り制限のない、その人らしい生活ができるよう支援いたします。</p>
入浴、排せつ又は食事の介護	<p>① サービスの提供あり (設置者が自ら実施) 2 サービスの提供あり (委託) 3 サービスの提供なし</p>
食事の提供	<p>1 サービスの提供あり (設置者が自ら実施) ② サービスの提供あり (委託) 3 サービスの提供なし</p>
洗濯、掃除等の家事の供与	<p>① サービスの提供あり (設置者が自ら実施) 2 サービスの提供あり (委託) 3 サービスの提供なし</p>
健康管理の供与	<p>① サービスの提供あり (設置者が自ら実施) 2 サービスの提供あり (委託) 3 サービスの提供なし</p>
安否確認又は状況把握サービス	<p>① サービスの提供あり (設置者が自ら実施) 2 サービスの提供あり (委託) 3 サービスの提供なし</p>
生活相談サービス	<p>① サービスの提供あり (設置者が自ら実施) 2 サービスの提供あり (委託) 3 サービスの提供なし</p>

(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		有 / <input type="checkbox"/> 無
	生活機能向上連携加算		有 / <input type="checkbox"/> 無
	個別機能訓練加算		<input type="checkbox"/> 有 / 無
	夜間看護体制加算		<input type="checkbox"/> 有 / 無
	若年性認知症入居者受入加算		有 / <input type="checkbox"/> 無
	医療機関連携加算		<input type="checkbox"/> 有 / 無
	口腔衛生管理体制加算		<input type="checkbox"/> 有 / 無
	口腔・栄養スクリーニング加算		有 / <input type="checkbox"/> 無
	退院・退所時連携加算		<input type="checkbox"/> 有 / 無
	看取り介護加算		<input type="checkbox"/> 有 / 無
	ADL維持等加算		有 / <input type="checkbox"/> 無
	科学的介護推進体制加算		<input 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)	<input type="checkbox"/> 有 / 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 type="checkbox"/> 有 / 無
※有の場合、介護・看護職員の配置率			2 : 1 以上

(医療連携の内容)

医療支援	<input type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い (別途費用が発生する場合あり) <input type="checkbox"/> 3 通院介助 (別途費用が発生する場合あり) 4 その他 (訪問診療医の確保等)		
協力医療機関	1	名称	神戸掖済会病院
		住所	神戸市垂水区学が丘1丁目21-1 (約1.4 km)
		診療科目	内科、消化器内科、呼吸器内科、腎臓内科、糖尿病内科、循環器内科、リウマチ科、外科、消化器外科、血管外科、乳腺外科、肛門外科、外科(化学療法)、形成外科、整形外科、脳神経外科、皮膚科、泌尿器科、婦人科、眼科、耳鼻いんこう科、放射線科、リハビリテーション科、麻酔科、救急科、病理診断科
	協力内容	年1回の人間ドック、緊急時対応等(人間ドック以外の医療費その他の費用は入居者の実費負担)	
	2	名称	三菱神戸病院
		住所	神戸市兵庫区和田宮通6丁目1-34 (約14.2 km)
診療科目		内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、心療内科、	

		呼吸器内科、緩和ケア内科、外科、消化器外科、整形外科、皮膚科、泌尿器科、形成外科、眼科、耳鼻咽喉科、婦人科、放射線科、歯科口腔外科、リハビリテーション科、麻酔科
	協力内容	年1回の人間ドック等(人間ドック以外の医療費その他の費用は入居者の実費負担)
協力歯科医療機関	名称	藤原歯科医院
	住所	神戸市垂水区学が丘1丁目14-1(約1.5km)
	協力内容	訪問歯科診療(医療費その他の費用は入居者の実費負担)

(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 ※複数選択可	1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 <input checked="" type="checkbox"/> 3 その他(入居後に他の介護居室に移る場合)	
判断基準の内容	入居契約で定めた居室にて介護サービスを提供いたします。ただし、入居後の入居者の心身の状態または、日常生活自立度に変化が見られた場合は、入居者にとって最良と思われる他のユニットの介護居室に住み替えていただくことがあります。その際には、嘱託医等の意見を聴くとともに、入居者及び身元引受人の意思を確認し、同意を得たうえで行います。	
手続きの内容	上記の通り	
追加的費用の有無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
居室利用権の取扱い	住み替え前の介護居室の利用権は消滅し、新たに住み替えた介護居室の利用権を設定します。	
前払金償却の調整の有無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無
	便所の変更	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無
	浴室の変更	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無
	洗面所の変更	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無
	台所の変更	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無
	その他の変更	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無

(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	1 自立している者 <input checked="" type="checkbox"/> 2 要支援の者 <input checked="" type="checkbox"/> 3 要介護の者	
留意事項	(介護棟) ・満65歳以上の方。 ・医療保険及び介護保険に加入されていること。 ・要支援以上の介護認定を受けており、日常生活で介護が必要な方。 ・医療機関において、常時治療をする必要がない方。 ・自傷・他害の恐れがない方。 ・事業所の運営にご理解いただける方。	
契約の解除の内容	入居契約者による解除 ・30日前までに、文書で通知することにより、契約を解除することができます。 ・ご入居者が死亡した場合。	
設置者から解約を求める場合	解約条項	事業者による解除 ① 管理費その他の費用の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞するとき。 ② 契約内容（禁止又は制限される行為）に違反したとき。 ③ 提出書類等に虚偽の事項を記載する等の不正な手段により入居したとき。 ④ 入居者の行動が、他の入居者又は従業員の生命に危害を及ぼし、又はその危害の切迫した恐れがあり、かつホーム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	90日
入居者からの解約予告期間	30日	
体験入居	<input checked="" type="checkbox"/> / 無 利用料 1人 22,000円(税込) / 日【食費込】 原則9泊10日まで。	
入居定員	345人(介護棟:100人)	
その他 ※		

※ 住宅型有料老人ホームにあつては、入居者がサービス提供者を選択できる旨等を記載すること。

5 職員体制【ホーム全体】

※ 有料老人ホームの職員について記載すること。

(職種別の職員数)

	職員数（実人数）2021年7月1日現在			常勤換算人数※
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1		1
生活相談員	2	2		2
直接処遇職員	94	76	18	86.8（内、自立者対応 10.1）
うち介護職員	78	61	17	70.9（内、自立者対応 6.8）
うち看護職員	16	15	1	15.7（内、自立者対応 3.3）
機能訓練指導員	3	2	1	2.6
計画作成担当者	4	4		3.2
栄養士				委託
調理員				委託
事務員	6	6		
その他職員	14	14		
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数				40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			
介護福祉士	64	52	12
実務者研修の修了者	4	3	1
初任者研修の修了者	10	6	4
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			
理学療法士	2	2	
作業療法士	1		1
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		20時～7時	
	平均人数	最小時人数 (休憩者等を除く)	
看護職員	2人	1人	
介護職員	8人	7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 : 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

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 (外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	有料老人ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名所	
	通所介護事業所の名称	

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務 (特定施設の管理者)		有 / <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	4		2							
前年度1年間の退職者数	1		2							
応じた業務に従事した経験年数に あつた職員の人数	1年未満									
	1年以上			5					1	
	3年未満									
	3年以上	1		6	1				1	
	5年未満									
	5年以上	1		18	1			1		
	10年未満									
10年以上	13	1	32	15	2		1	1	2	
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】	<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 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 type="checkbox"/> 無	
要介護状態に応じた金額設定	有 / <input 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 2 日割り計算で減額 <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 ※介護費用については入院で1日24時間不在の場合は1ヶ月を30日とし、日割計算いたします。	
利用料金の改定	条件	物価変動、人件費上昇等
	手続き	運営懇談会の意見を聴く

(利用料金のプラン) 【代表的なプラン】

		標準プラン				
入居者の状況※1	要介護度	要支援1～ 要介護5				
	年齢	65歳以上				
居室の状況※2		タイプ1				
床面積		28.0 m ²	m ²	m ²	m ²	
便所		<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	
浴室 (シャワー室有)		有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	
台所		有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	
入居時点で必要な費用	前払金(非課税)	19,500,000 円	円	円	円	
	敷金	0 円	円	円	円	
月額費用の合計		269,500 円	円	円	円	
家賃		0 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(非課税)	要介護度によって異なります	円	円	円	
	介護保険外	食費(税込)	66,000 円	円	円	円
		管理費(税込)※3	148,500 円	円	円	円
		介護費用(税込)	55,000 円	円	円	円
		光熱水費	管理費に含む	円	円	円
その他		円	円	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
<p>※1 入居者の状況に応じて複数の月額プランを設定している場合は、サービス費用が最低価格となるプラン及び最高価格となるプランを含めて記載すること。</p> <p>※2 居室の状況に応じて複数の月額プランを設定している場合は、家賃が最低価格となるプラン、最高価格となるプラン及び最多室数・戸数となるプランを含めて記載すること。</p> <p>※3 「使途」を景品表示法指定告示に従ってすべて記載し、「等」で括らないこと。</p>				

(利用料金の算定根拠)

費 目	算 定 根 拠
家賃	—
敷金	—
介護費用	<p>※介護保険サービスの自己負担額は含まない</p> <p>週40時間換算で要介護者等2名に対し常勤換算1名以上の職員体制をとっておりその基準以上に人員を配置して提供する介護サービスのうち、介護保険給付(利用者負担分を含む)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くもの。(入院で1日24時間不在の場合は1ヶ月を30日とし、日割精算いたします。)</p>
管理費	事務管理部門、生活サービス部門の人件費、事務費、建物・共用部分の清掃・光熱水費・修繕等の維持管理費
食費	<p>厨房維持費、及び1日3食を提供するための費用。</p> <p>上記の金額はダイニングにて1日3食30日間喫食した場合です。</p>
光熱水費	管理費に含む
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2
その他のサービス利用料	

(

特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠)

※ 特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は、省略可能

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	基本報酬及び各種加算の利用者負担分。
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)	上記、介護費用欄に記載のとおり。

(前払金の受領)

算定根拠	標準指導指針及び厚労省の事務連絡で示された算式に基づき算定。(土地代、建設費、修繕費、借入利息等を基礎とし、平均余命等を勘案した想定居住期間等にかかる家賃相当額に想定居住期間を超えて継続して入居する場合に備えて受領するものとして合理的に算出。)	
想定居住期間 (償却年月数)	72 か月	
償却の開始日	入居日の翌日	
想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額 (初期償却額)	2,925,000 円	
初期償却率	15%	
返還金の算定方法	<p>【入居後 3 月以内の契約終了】</p> <p>入居日の翌日から3月以内において、事業者に対して解約届をもって解約を行った場合、又は入居者の死亡により契約が終了した場合、受領済みの入居一時金 (非返還対象分を含む) を返還します。但し、利用期間に係る目的施設の利用料を以下の算定方法に基づき受領します。</p> <p>目的施設の利用料 = (入居一時金 - 非返還対象分の額) ÷ 72 ヶ月 ÷ 30 日 × 入居日から契約終了日までの日数</p> <p>※月払い利用料については日割精算を行います。</p> <p>※必要な原状回復費用があれば受領します。</p>	
	<p>【入居後 3 月を越えた契約終了】</p> <p>想定居住期間内に契約終了した場合、以下の算定式に基づく額を返還します。</p> <p>・ 入居一時金 × 0.85 ÷ 入居日の翌日から償却期間満了日までの実日数 × 契約終了日から償却期間満了日までの実日数</p> <p>償却期間を超える場合、返還金はありませんが、入居一時金の追加徴収も行いません。</p>	
前払金の保全先	1	連帯保証を行う銀行等の名称
	2	信託契約を行う信託会社等の名称
	3	保証保険を行う保険会社の名称
	4	全国有料老人ホーム協会
	5	その他 ()

【年間契約利用料金】

(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】	<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 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 type="checkbox"/> 無	
要介護状態に応じた金額設定	有 / <input 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 2 日割り計算で減額 <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 ※入院で1日24時間不在の場合は1ヶ月を30日とし、日割計算いたします(介護費用)	
利用料金の改定	条件	物価変動、人件費上昇等
	手続き	運営懇談会の意見を聴く

(利用料金のプラン) 【代表的なプラン、金額は1人入居の場合】

		標準プラン				
入居者の状況※1	要介護度	要支援1～ 要介護5				
	年齢	65歳以上				
居室の状況※2		タイプ1				
床面積		28.0 m ²	m ²	m ²	m ²	
便所		<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	
浴室 (シャワー室有)		有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	
台所		有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	
入居時点で必要な費用	前払金(非課税)	3,900,000 円	円	円	円	
	敷金	0 円	円	円	円	
月額費用の合計		269,500 円	円	円	円	
家賃		0 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(非課税)	要介護度によって異なります	円	円	円	
	介護保険外	食費(税込)	66,000 円	円	円	円
		管理費(税込)※3	148,500 円	円	円	円
		介護費用(税込)	55,000 円	円	円	円
		光熱水費	管理費に含む	円	円	円
その他		円	円	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
<p>※1 入居者の状況に応じて複数の月額プランを設定している場合は、サービス費用が最低価格となるプラン及び最高価格となるプランを含めて記載すること。</p> <p>※2 居室の状況に応じて複数の月額プランを設定している場合は、家賃が最低価格となるプラン、最高価格となるプラン及び最多室数・戸数となるプランを含めて記載すること。</p> <p>※3 「使途」を景品表示法指定告示に従ってすべて記載し、「等」で括らないこと。</p>				

(利用料金の算定根拠)

費 目	算 定 根 拠
家賃	—
敷金	—
介護費用	<p>※介護保険サービスの自己負担額は含まない</p> <p>週40時間換算で要介護者等2名に対し常勤換算1名以上の職員体制をとっておりその基準以上に人員を配置して提供する介護サービスのうち、介護保険給付(利用者負担分を含む)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くもの。(入院で1日24時間不在の場合は1ヶ月を30日とし、日割精算いたします。)</p>
管理費	事務管理部門、生活サービス部門の人件費、事務費、建物・共用部分の清掃・光熱水費・修繕等の維持管理費
食費	<p>厨房維持費、及び1日3食を提供するための費用。</p> <p>上記の金額はダイニングにて1日3食30日間喫食した場合です。</p>
光熱水費	管理費に含む
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2
その他のサービス利用料	

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠)

※ 特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は、省略可能

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	基本報酬及び各種加算の利用者負担分。
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)	上記、介護費用欄に記載のとおり。

(前払金の受領)

算定根拠	標準指導指針及び厚労省の事務連絡で示された算式に基づき算定。(土地代、建設費、修繕費、借入利息等を基礎とし、平均余命等を勘案した想定居住期間等にかかる家賃相当額に想定居住期間を超えて継続して入居する場合に備えて受領するものとして合理的に算出。)	
想定居住期間 (償却年月数)	12 か月	
償却の開始日	入居日の翌日	
想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額 (初期償却額)	—	
初期償却率	—	
返還金の算定方法	<p>【入居後 3 月以内の契約終了】</p> <p>入居日の翌日から3月以内において、事業者に対して解約届をもって解約を行った場合、又は入居者の死亡により契約が終了した場合、受領済みの入居一時金を返還します。但し、利用期間に係る目的施設の利用料を以下の算定方法に基づき受領します。</p> <p>目的施設の利用料 = 入居一時金 ÷ 12 ヶ月 ÷ 30 日 × 入居日から契約終了日までの日数</p> <p>※月払い利用料については日割精算を行います。</p>	
	<p>【入居後 3 月を越えた契約終了】</p> <p>1年間の契約期間内に契約終了した場合、以下の算定式に基づく額を返還します。</p> <p>・ 入居一時金 ÷ 入居日の翌日から償却期間満了日までの実日数 × 契約終了日から償却期間満了日までの実日数</p>	
前払金の保全先	1	連帯保証を行う銀行等の名称
	2	信託契約を行う信託会社等の名称
	3	保証保険を行う保険会社の名称
	4	全国有料老人ホーム協会
	5	その他 ()

7. 入居者の状況【ホーム全体】

(入居者の人数)

性別	男性	79人	女性	183人
年齢別	65歳未満	4人	65歳以上75歳未満	26人
	75歳以上85歳未満	81人	85歳以上	151人
要介護度別	自立	171人	要支援1	17人
	要支援2	9人	要介護1	31人
	要介護2	8人	要介護3	2人
	要介護4	11人	要介護5	13人
入居期間別	6か月未満	7人	6か月以上1年未満	8人
	1年以上5年未満	68人	5年以上10年未満	48人
	10年以上15年未満	58人	15年以上	73人

(入居者の属性)

平均年齢	84.6歳
入居者数の合計	262人
入居率※	76%
※ 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	1人	社会福祉施設	0人
	医療機関	人	死亡者	25人
	その他	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	0人		
		(解約事由の例)		

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		ディアーージュ 神戸	兵庫県国民健康保険団体連合会	神戸市保健福祉局介護指導課	神戸市消費生活センター	(公社)全国有料老人ホーム協会
電話番号		078-705-1194	078-332-5617	078-322-6326	078-371-1221	03-3548-1077
対応時間	平日	9時～18時	8時45分～17時15分	8時45分～17時30分 12時～13時除く	9時00分～17時00分	月曜・水曜・金曜日 10時～17時
	土曜	9時～18時	—	—	—	—
	日・祝日	9時～18時	—	—	—	—
定休日		—	土曜、日曜、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 type="checkbox"/> 1 加入済み <input type="checkbox"/> 2 未加入		
	※1の場合	加入する保険会社の名称	東京海上日動火災保険(株)
		加入する保険の名称	賠償責任保険
介護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	<input 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 type="checkbox"/> 1 取組あり <input type="checkbox"/> 2 取組なし		
	※1の場合	実施日・開始日	2019年5月16日
		結果の開示	<input type="checkbox"/> 1 あり (入居者に開示) <input type="checkbox"/> 2 なし
第三者による評価の実施状況	<input type="checkbox"/> 1 実施済み <input type="checkbox"/> 2 未実施		
	※1の場合	実施日	2012年2月3日
		評価機関名称	(公社)全国有料老人ホーム協会 有料老人ホーム評価プログラム (株)川原経営総合センター
		結果の開示	<input type="checkbox"/> 1 あり (入居者に開示) <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	1 入居希望者に公開	<input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付	3 公開していない
管理規定	1 入居希望者に公開	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
---------	------------	------------	---

10. その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> 1 設置済み 2 未設置（代替措置あり） 3 未設置（代替措置なし）
	※ 1の場合、開催頻度 年4回（住宅棟2回、介護棟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】	1 移行あり（提携ホーム名： ） <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1 届出あり 2 届出なし 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	1 不適合事項あり（代替措置を実施済み） 2 不適合事項あり（将来の改善計画策定済み） 3 不適合事項あり（1又は2以外） <input checked="" type="checkbox"/> 4 不適合事項なし 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	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（有料老人ホームが提供する介護サービス一覧表）

氏 名 _____ (印)

氏 名 _____ (印)

説明年月日 _____ 年 月 日

説明者署名 _____ (印)

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		
訪問入浴介護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
訪問看護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
訪問リハビリテーション	有 / <input type="checkbox"/> 無		
居宅療養管理指導	有 / <input type="checkbox"/> 無		
通所介護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
通所リハビリテーション	有 / <input type="checkbox"/> 無		
短期入所生活介護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
短期入所療養介護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
特定施設入居者生活介護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
福祉用具貸与	有 / <input type="checkbox"/> 無		
特定福祉用具販売	有 / <input type="checkbox"/> 無		
<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		
夜間対応型訪問介護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
認知症対応型通所介護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
小規模多機能型居宅介護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
認知症対応型共同生活介護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
地域密着型特定施設入居者生活介護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
看護小規模多機能型居宅介護	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		
介護予防訪問入浴介護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
介護予防訪問看護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
介護予防訪問リハビリテーション	有 / <input type="checkbox"/> 無		
介護予防居宅療養管理指導	有 / <input type="checkbox"/> 無		
介護予防通所介護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
介護予防通所リハビリテーション	有 / <input type="checkbox"/> 無		
介護予防短期入所生活介護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
介護予防短期入所療養介護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
介護予防特定施設入居者生活介護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
介護予防福祉用具貸与	有 / <input type="checkbox"/> 無		
特定介護予防福祉用具販売	有 / <input type="checkbox"/> 無		
<地域密着型介護予防サービス>			
介護予防認知症対応型通所介護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
介護予防小規模多機能型居宅介護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
介護予防認知症対応型共同生活介護	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 checked="" type="checkbox"/> 無		
介護療養型医療施設	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無		

別添2 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供する介護サービスの一覧表

特定施設入居者生活介護（地域密着型・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で実施するサービス(利用者一部負担あり)※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※2	料金※3	
介護サービス						
食事介助	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	○			保険給付+介護費用
排泄介助・おむつ交換	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	○			〃
おむつ代						実費負担
入浴（一般浴）介助・清拭	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	○	○		週4回以上の入浴については550円(税込)/30分
特浴介助	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	○	○		〃
身辺介助（移動・着替え等）	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	○	○		保険給付+介護費用
機能訓練	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	○			保険給付+加算給付
通院介助(協力医療機関)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	○			
通院介助(協力医療機関以外)	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無		○		550円(税込)/30分+(交通費実費)
生活サービス						
居室清掃	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	○	○		週3回以上の清掃については550円(税込)/30分
リネン交換	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	○			保険給付+介護費用
日常の洗濯	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	○	○		週3回以上の洗濯については550円(税込)/30分
居室配膳・下膳	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	○			保険給付+介護費用
入居者の嗜好に応じた特別な食事		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無				
おやつ		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無				
理美容師による理美容サービス		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無				実費負担
買い物代行	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	○	○		週2回以上の買い物代行については550円(税込)/30分(指定区域のみ)
役所手続き代行	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	○	○		月2回以上の役所代行については550円(税込)/30分
金銭・貯金管理		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無				必要に応じ管理費で実施(協定書の締結、貯金管理は行わない)
健康管理サービス						
定期健康診断		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	○			年2回実施
健康相談	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	○			適宜実施
生活指導・栄養指導	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	○			適宜実施

服薬支援	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	○	○		適宜実施
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	○			
入退院時・入院中のサービス						
移送サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無				
入退院時の同行	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	○			協力医療機関
入院中の洗濯物交換・買い物	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無		○		協力医療機関以外は550円(税込)／30分+(交通費、商品代実費)
入院中の見舞い訪問	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無		○		協力医療機関以外は550円(税込)／30分+(交通費、商品代実費)

※1 利用者の所得に応じて負担割合が変わる。(1割又は2割の利用者負担)

※2 「あり」と記入したときは、各種サービスの費用が月額サービス費用に含まれる場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じていずれかの欄に「○」を記入する。

※3 都度払いの場合、1回あたりの金額など単位を明確にして記入する。