

別紙様式

有料老人ホーム入居契約兼指定特定施設等利用契約
重要事項説明書

記入年月日	2022年7月1日
記入者名	福家 一誠
所属・職名	管理者（ホーム長）

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	営利法人
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃちゃーむ・けあ・こーぼれーしょん 株式会社チャーム・ケア・コーポレーション		
主たる事務所の所在地	〒530-0005	大阪市北区中之島三丁目6番32号	
連絡先	電話番号	06-6445-3389	
	FAX番号	06-6445-3398	
	ホームページアドレス	http://www.charmcc.jp	
代表者	氏名	下村 隆彦	
	職名	代表取締役	
設立年月日	1984 年 8 月 22 日		
主な実施事業	特定施設入居者生活介護 ※別添1（別に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) ちゃーむすいーとこうべまや CharmSuite（チャームスイート）神戸摩耶		
所在地	〒657-0812	神戸市灘区箕岡通4丁目5-2	
主な利用交通手段	最寄駅	阪急神戸線 「六甲」 駅	
	最寄駅からの交通手段と所要時間	阪急神戸線「六甲」駅より神戸市営バス「摩耶ケーブル下」下車、徒歩約2分（約150m）	
連絡先	電話番号	078-801-7771	
	FAX番号	078-801-7778	
	ホームページアドレス	http://www.charmcc.jp	
	メールアドレス	ccc@charmcc.jp	
管理者	氏名	福家 一誠	
	職名	管理者（ホーム長）	
建物の竣工日	2012 年 7 月 31日		
有料老人ホーム事業の開始日	2012 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	2012 年 9 月 1 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	2870202070
	指定した自治体名	神戸市
	事業所の指定日	2012年 9 月 1 日
	指定の更新日（直近）	2018年 9 月 1 日

3. 建物概要

土 地	敷地面積	1,555.43 m ² （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"/> （2011年 8 月 1 日～2061年 7 月 31 日） / 無		
契約の自動更新	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無				
建 物	規模	地下2階、地上3階建 1棟			
		延床面積	全体 2,522.82 m ²		
			うち、有料老人ホーム部分 2,522.82 m ²		
	構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 鉄筋コンクリート造 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する建物 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	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 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 全室個室 <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	20.29～ 25.34 m ²	6	一般居室個室
	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	18.27～ 21.53 m ²	39	介護居室個室
	タイプ3	<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		
	タイプ4	<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		
タイプ5	<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		5 か所	うち男女別の対応が可能な便房		か所	
				うち車椅子等の対応が可能な便房		5 か所	
	共用浴室		5 か所	個室		5 か所	
				大浴場		か所	
	共用浴室に設置された介助浴槽		2 か所	チェアー浴		1 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 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 type="checkbox"/> 無	
エレベーター		<input type="checkbox"/> 1 あり (車椅子対応) 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 type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	
	自動火災報知設備					<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	
	火災通報設備					<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	
	スプリンクラー					<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	
	防火管理者					<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	
	防災計画					<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	
その他	※ テレビ、電話回線、緊急通報措置や談話室、機能訓練室等の状況、バリアフリーの対応状況を記載すること						

4 サービスの内容

(全体の方針)

<p>運営に関する方針</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、認知症の状況等利用者の心身の状況を踏まえ、入浴、排泄の自立について必要な援助のほか食事、離床、着替え、整容その他の日常生活上の世話等、日常生活を営むことができるよう必要な援助を妥当適切に行うものです。 ・介護は、利用者の心身の状況に応じ、利用者の自立の支援と日常生活の充実に資するよう適切な技術を持って行うものとし、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して行います。 ・利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービス提供に努めるものとします。 ・事業の実施にあたっては、事業所の所在する市町村、協力医療機関に加え、居宅介護支援事業者、他の居宅サービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めるとともに、常に利用者の家族との連携を図り、利用者とその家族との交流等の機会を確保するよう努めるものとします。 ・そのほか、「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」（1999年3月31日厚生労働省令第37号）に定める内容を遵守し、事業を実施するものとします。
<p>サービスの提供内容に関する特色</p>	<p>私たちはサービス業の基本であるお客様の満足を第一とし、常に誠意ある介護に努め、お客様の様々なご要望にお応えしています。</p> <p>入居者様のライフスタイルに応じた料金プランの選択が可能であり、周辺エリアのうちでもリーズナブルな価格を設定し、入居者様やご家族様に安心してご入居いただけるように努力して参ります。</p>
<p>入浴、排せつ又は食事の介護</p>	<p>① サービスの提供あり（設置者が自ら実施）</p> <p>② サービスの提供あり（委託）</p> <p>③ サービスの提供なし</p>
<p>食事の提供</p>	<p>① サービスの提供あり（設置者が自ら実施）</p> <p>② サービスの提供あり（委託）</p> <p>③ サービスの提供なし</p>
<p>洗濯、掃除等の家事の供与</p>	<p>① サービスの提供あり（設置者が自ら実施）</p> <p>② サービスの提供あり（委託）</p> <p>③ サービスの提供なし</p>
<p>健康管理の供与</p>	<p>① サービスの提供あり（設置者が自ら実施）</p> <p>② サービスの提供あり（委託）</p> <p>③ サービスの提供なし</p>
<p>安否確認又は状況把握サービス</p>	<p>① サービスの提供あり（設置者が自ら実施）</p> <p>② サービスの提供あり（委託）</p>

	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） 2 サービスの提供あり（委託） 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※算定状況は請求書にてご確認ください。	入居継続支援加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	テクノロジーの導入（入居継続支援加算関係）	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	生活機能向上連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	個別機能訓練加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	夜間看護体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	若年性認知症入居者受入加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	ADL維持等加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	科学的介護推進体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	医療機関連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	口腔衛生管理体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	口腔・栄養スクリーニング加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	退院・退所時連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	看取り介護加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	認知症専門ケア加算	(Ⅰ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅲ)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	介護職員処遇改善加算	I	
介護職員等特定処遇改善加算	II		
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無		
※有の場合、介護・看護職員の配置率	: 1		

(医療連携の内容)

<p>医療支援</p> <p>※複数選択可</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 救急車の手配</p> <p><input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い</p> <p><input type="checkbox"/> 3 通院介助</p> <p>4 その他（訪問診療医の確保等）</p>																								
<p>協力医療機関</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="494 394 580 927">1</td> <td data-bbox="580 394 810 443">名称</td> <td data-bbox="810 394 1447 443">医療法人愛和会 金沢病院</td> </tr> <tr> <td data-bbox="494 443 580 539">1</td> <td data-bbox="580 443 810 539">住所</td> <td data-bbox="810 443 1447 539">神戸市灘区神ノ木通 4-2-15（ホームからの距離 1.5km）</td> </tr> <tr> <td data-bbox="494 539 580 636">1</td> <td data-bbox="580 539 810 636">診療科目</td> <td data-bbox="810 539 1447 636">内科、胃腸科、循環器科、心療内科、外科、整形外科、脳神経外科、眼科、リハビリテーション科</td> </tr> <tr> <td data-bbox="494 636 580 927">1</td> <td data-bbox="580 636 810 927">協力内容</td> <td data-bbox="810 636 1447 927"> <p>（※医療費その他の費用は入居者の自己負担）</p> <p>(1) 嘱託医紹介利用者及びホーム紹介利用者の入院の受け入れ</p> <p>(2) 嘱託医紹介利用者の検査等の外来受診</p> <p>(3) 入居前健康診断の受け入れ</p> <p>(4) 定期健康診断（人間ドック含む）の受け入れ</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="494 927 580 1122">2</td> <td data-bbox="580 927 810 976">名称</td> <td data-bbox="810 927 1447 976"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="494 976 580 1025">2</td> <td data-bbox="580 976 810 1025">住所</td> <td data-bbox="810 976 1447 1025"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="494 1025 580 1075">2</td> <td data-bbox="580 1025 810 1075">診療科目</td> <td data-bbox="810 1025 1447 1075"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="494 1075 580 1122">2</td> <td data-bbox="580 1075 810 1122">協力内容</td> <td data-bbox="810 1075 1447 1122"></td> </tr> </table>	1	名称	医療法人愛和会 金沢病院	1	住所	神戸市灘区神ノ木通 4-2-15（ホームからの距離 1.5km）	1	診療科目	内科、胃腸科、循環器科、心療内科、外科、整形外科、脳神経外科、眼科、リハビリテーション科	1	協力内容	<p>（※医療費その他の費用は入居者の自己負担）</p> <p>(1) 嘱託医紹介利用者及びホーム紹介利用者の入院の受け入れ</p> <p>(2) 嘱託医紹介利用者の検査等の外来受診</p> <p>(3) 入居前健康診断の受け入れ</p> <p>(4) 定期健康診断（人間ドック含む）の受け入れ</p>	2	名称		2	住所		2	診療科目		2	協力内容	
1	名称	医療法人愛和会 金沢病院																							
1	住所	神戸市灘区神ノ木通 4-2-15（ホームからの距離 1.5km）																							
1	診療科目	内科、胃腸科、循環器科、心療内科、外科、整形外科、脳神経外科、眼科、リハビリテーション科																							
1	協力内容	<p>（※医療費その他の費用は入居者の自己負担）</p> <p>(1) 嘱託医紹介利用者及びホーム紹介利用者の入院の受け入れ</p> <p>(2) 嘱託医紹介利用者の検査等の外来受診</p> <p>(3) 入居前健康診断の受け入れ</p> <p>(4) 定期健康診断（人間ドック含む）の受け入れ</p>																							
2	名称																								
2	住所																								
2	診療科目																								
2	協力内容																								
<p>協力歯科医療機関</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="494 1122 580 1559">1</td> <td data-bbox="580 1122 810 1171">名称</td> <td data-bbox="810 1122 1447 1171">かおる歯科クリニック</td> </tr> <tr> <td data-bbox="494 1171 580 1220">1</td> <td data-bbox="580 1171 810 1220">住所</td> <td data-bbox="810 1171 1447 1220">神戸市東灘区森南町 1 丁目 6 - 2</td> </tr> <tr> <td data-bbox="494 1220 580 1559">1</td> <td data-bbox="580 1220 810 1559">協力内容</td> <td data-bbox="810 1220 1447 1559"> <p>（診療科）一般歯科、矯正歯科、口腔外科</p> <p>（協力の内容）</p> <p>（※医療費その他の費用は入居者の自己負担）</p> <p>(1) 平常の歯科治療の際の往診、指示</p> <p>(2) 緊急の歯科治療の際の指示</p> <p>(3) その他歯科治療に関する相談対応</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="494 1559 580 2045">2</td> <td data-bbox="580 1559 810 1608">名称</td> <td data-bbox="810 1559 1447 1608">てつ歯科</td> </tr> <tr> <td data-bbox="494 1608 580 1657">2</td> <td data-bbox="580 1608 810 1657">住所</td> <td data-bbox="810 1608 1447 1657">神戸市中央区坂口通 5 丁目 2-12 メゾン坂口 1 階</td> </tr> <tr> <td data-bbox="494 1657 580 2045">2</td> <td data-bbox="580 1657 810 2045">協力内容</td> <td data-bbox="810 1657 1447 2045"> <p>（診療科）歯科、口腔歯科、矯正歯科、小児歯科</p> <p>（協力の内容）</p> <p>（※医療費その他の費用は入居者の自己負担）</p> <p>(1) 平常の歯科治療（口腔ケア）を要する際に、訪問診療等の対応、指示等を行う。の際の往診、指示</p> <p>(2) 緊急に歯科治療（口腔ケア）を要する際に、速やかに適切な治療を受けられるように指示等を行う。</p> </td> </tr> </table>	1	名称	かおる歯科クリニック	1	住所	神戸市東灘区森南町 1 丁目 6 - 2	1	協力内容	<p>（診療科）一般歯科、矯正歯科、口腔外科</p> <p>（協力の内容）</p> <p>（※医療費その他の費用は入居者の自己負担）</p> <p>(1) 平常の歯科治療の際の往診、指示</p> <p>(2) 緊急の歯科治療の際の指示</p> <p>(3) その他歯科治療に関する相談対応</p>	2	名称	てつ歯科	2	住所	神戸市中央区坂口通 5 丁目 2-12 メゾン坂口 1 階	2	協力内容	<p>（診療科）歯科、口腔歯科、矯正歯科、小児歯科</p> <p>（協力の内容）</p> <p>（※医療費その他の費用は入居者の自己負担）</p> <p>(1) 平常の歯科治療（口腔ケア）を要する際に、訪問診療等の対応、指示等を行う。の際の往診、指示</p> <p>(2) 緊急に歯科治療（口腔ケア）を要する際に、速やかに適切な治療を受けられるように指示等を行う。</p>						
1	名称	かおる歯科クリニック																							
1	住所	神戸市東灘区森南町 1 丁目 6 - 2																							
1	協力内容	<p>（診療科）一般歯科、矯正歯科、口腔外科</p> <p>（協力の内容）</p> <p>（※医療費その他の費用は入居者の自己負担）</p> <p>(1) 平常の歯科治療の際の往診、指示</p> <p>(2) 緊急の歯科治療の際の指示</p> <p>(3) その他歯科治療に関する相談対応</p>																							
2	名称	てつ歯科																							
2	住所	神戸市中央区坂口通 5 丁目 2-12 メゾン坂口 1 階																							
2	協力内容	<p>（診療科）歯科、口腔歯科、矯正歯科、小児歯科</p> <p>（協力の内容）</p> <p>（※医療費その他の費用は入居者の自己負担）</p> <p>(1) 平常の歯科治療（口腔ケア）を要する際に、訪問診療等の対応、指示等を行う。の際の往診、指示</p> <p>(2) 緊急に歯科治療（口腔ケア）を要する際に、速やかに適切な治療を受けられるように指示等を行う。</p>																							

			(3)その他、入居者から歯科治療（口腔ケア）に関する相談があった場合には、適切に対応する。
--	--	--	---

(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 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	① 自立している者 ② 要支援の者 ③ 要介護の者
留意事項	介護保険法に定める要介護認定において要支援・要介護に該当する方 (一般居室は自立入居可) 常時医療機関で治療をする必要のない方 結核や疥癬など伝染する疾患のない方 自傷や他害の恐れのない方 以上すべてに該当する方
契約の解除の内容	①入居者が逝去した場合 ②入居者からの契約解約が行われた場合 ③事業者からの契約解除が行われた場合 ・入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき ・月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、三ヶ月以上遅滞するとき ・契約書「禁止又は制限される行為」の規定に違反したとき

	・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、かつ有料老人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		
設置者から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第29条	
	解約予告期間	3か月	
入居者からの解約予告期間	1か月		
体験入居	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無 ※ 有の場合、内容(料金等)を記載すること。 1泊2日から7泊8日までの間で希望日数可能。1泊2日(3食)8,250円(税込)		
入居定員	45人		
その他 ※			

※ 住宅型有料老人ホーム及びサービス付高齢者向け住宅にあつては、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 ※ 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)			常勤換算人数※
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1	0	1.0
生活相談員	1	1	0	1.0
直接処遇職員	22	16	6	19.0
うち介護職員	19	13	6	16.1
うち看護職員	3	3	0	2.9
機能訓練指導員	1	1	0	0.1
計画作成担当者	1	1	0	1.0
栄養士				(外部委託)
調理員				(外部委託)
事務員				
その他職員				
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数				39.2時間 (看護師32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	0	0	0
介護福祉士	9	6	3
実務者研修の修了者	7	6	1
初任者研修の修了者	11	8	3
介護支援専門員	0	0	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	1	1	0
理学療法士	0	0	0
作業療法士	0	0	0
言語聴覚士	0	0	0
柔道整復士	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間		時～ 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

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									有 / <input type="checkbox"/> 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、 社会福祉主事任用						
		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		2			1	1							
前年度1年間の退職者数		2		4	5					1			
員の人数 業務に従事した経験年数に応じた職	1年未満	1	0	2	1	1	0	0	0	0	0		
	1年以上 3年未満	1	0	2	2	0	0	0	0	0	0		
	3年以上 5年未満	1	0	1	3	0	0	1	0	0	0		
	5年以上 10年未満	0	0	8	0	0	0	0	0	1	0		
	10年以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	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 checked="" type="checkbox"/> 1 利用権方式 2 建物賃貸借方式 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 3 月払い方式 <input checked="" type="checkbox"/> 4 選択方式
	※4の場合 複数選択可 1 全額前払い方式 <input checked="" 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
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 checked="" type="checkbox"/> 1 減額なし(介護保険サービス利用料金については実績に応じて請求します) 2 日割り計算で減額 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	介護保険サービス利用料金については、介護保険法令等の変更があった場合、介護保険サービス対象外サービスについて事業者は、入居者に対して、変更を行う前までに説明をした上。
	手続き	介護保険サービス利用料金については、介護保険法令等の変更があった場合、事業者は当該利用料金等を変更することができます。介護保険サービス対象外サービスについて事業者は、入居者に対して、変更を行う前までに説明をした上で、当該サービス利用料金を相当な額に変更することができるものとします。

(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	プラン5	
入居者の状況※1	要介護度						
	年齢	80歳	80歳	80歳	80歳		
居室の状況※2		プラン①	プラン③	プラン①	プラン③	タイプ	
床面積		18.45 m ²	20.29 m ²	18.27 m ²	18.27 m ²	m ²	
便所		<input checked="" type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> 無	有 / 無	
浴室		<input checked="" type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	有 / 無	
台所		<input checked="" type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	有 / 無	
入居時点で必要な費用	前払金	0円	600万円	0円	480万円	円	
	敷金	0円	0円	0円	0円	円	
月額費用の合計		316,400円	206,680円	266,400円	186,400円	円	
家賃		185,000円	70,000円	135,000円	55,000円	円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護等の費用	円	円	円	円	円	
	介護保険外	食費	57,220円	57,220円	57,220円	57,220円	円
		管理費※3	74,180円	79,460円	74,180円	74,180円	円
		介護費用	0円	0円	0円	0円	円
		光熱水費	管理費に含む。	管理費に含む。	管理費に含む。	管理費に含む。	円
その他	円	円	円	円	円		
都度払いとなるサービス		有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	有 / 無	

※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。

※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。

※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。

(利用料金の算定根拠)

費 目	算 定 根 拠
家賃	居室及び共有部の利用にかかる費用。算定根拠は入居一時金に準じる。
敷金	家賃の 0 か月分
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない
管理費	事務管理部門の人件費・事務費、共用施設等の光熱水費及び維持管理費、居室の水道代です。
食費 (税込)	食材料費、加工費 (1日3食で30日の場合の費用) 月額の食費のうち28,600円は厨房管理費として、食事を召し上がらなくても必要となります。なお、1ヶ月に満たない場合は、日割計算にて清算します (入退去時のみ)。また、食材費は、喫食実績に応じて請求いたします。 軽減税率 (8%) の対象となる飲食料品の提供は、「朝食・昼食・夕食」の食材費です。その他の飲食料品の提供は軽減税率の対象外とします (提供される食事とは別に差額を請求する場合の差額を含みます)。
光熱水費	管理費に含みます。
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	【生活支援サービス費 (自立のみ)】 66,000 円 健康管理および身体状況の変化、能力の低下等により発生する (一時的あるいは一時的な介護を含む) 日常生活に必要な自立者に対するサービス費用です。1ヶ月に満たない場合は、日割計算にて清算します (入退去時のみ)。

(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	要介護度に応じて介護費用の1割 (一定以上所得者は2割または3割) を徴収する。
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)	なし

(前払金の受領) ※ 前払金を受領していない場合は、省略可能

算定根拠		入居者が居住する居室及び入居者が利用する共用施設等の費用として、終身にわたって受領する家賃相当費用の一部。想定居住期間を超えて入居契約が継続する場合に備えて受領する費用。
想定居住期間 (償却年月数)		60 か月
償却の開始日		入居日 / 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)		プラン②の場合 (北側) 48 万 (南側) 60 万 プラン③の場合 (北側) 96 万 (南側) 120 万
初期償却率		20%
返還金の算定方法	入居後 3 月以内の契約終了	入居日の翌日から三ヶ月以内の契約解除の場合又は死亡による契約終了の場合は、受領済みの前払金を全額返金する。ただし、利用期間に係る利用料を下記算定方法に基づき受領する。 ・算定方法 前払金×想定居住期間償却率 (80%) ÷ 想定居住期間の月数 ÷ 30 × (入居日から契約終了日まで実日数) ・「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費用」は、全額返金する。 ※月払い利用料については日割精算を行う。 ※必要な原状回復費用があれば受領する。
	入居後 3 月を越えた契約終了	想定居住期間内に契約終了した場合、下記の計算方式に基づき無利息で返還する。想定居住期間を超えると返還金はなくなるが、追加前払金は不要。 計算式：返還金＝前払金償却部分の額の比率 (前払金の 80%) × (60 月－経過月数※) / 60 月 ※償却起算日の属する月の翌月 (償却起算日が 1 日の場合は当月) から経過した月末回数 退去月について 1 か月に満たない端数の日数がある場合は、1 か月を 30 日として、別に日割計算する。
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	(株式会社りそな銀行) ※前払金の一部を入居時に信託財産として信託会社に預け入れます。事業者が万一倒産等に至り、入居者が退去する場合は、その時点での未償却残額が償還されます。
	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 ()	

※ 前払金の算定根拠等については、別紙等を利用し説明すること。

※ 複数の料金プランがある場合は料金表を重要事項説明書に添付するなどして全容を明示すること。

7. 入居者の状況

(入居者の人数)

性別	男性	8人	女性	36人
年齢別	65歳未満	0人	65歳以上 75歳未満	0人
	75歳以上 85歳未満	11人	85歳以上	33人
要介護度別	自立	0人	要支援1	3人
	要支援2	4人	要介護1	13人
	要介護2	6人	要介護3	3人
	要介護4	12人	要介護5	3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	22人	5年以上 10年未満	13人
	10年以上 15年未満	0人	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	89.0歳
入居者数の合計	44人
入居率※	97.8%
※ 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まれます。	

(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	5人
	その他	2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	3人		
		(解約事由の例)	他施設への転居等	

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) ※適宜、欄を追加すること。

窓口の名称	① CharmSuite (チャームスイート) 神戸摩耶 ②株式会社チャーム・ケア・コーポレーション お客様相談窓口 横山	① 神戸市福祉局監査指導部 (法人・施設指導担当) ② 神戸市消費生活センター 兵庫県国民健康保険団体連合会
電話番号	①078-801-7771 ②フリーダイヤル 0120-453-286	① 078-322-6242 ② 078-371-1221

			078-332-5617
対応している時間	平日	①8:45～12:00, 13:00～17:30 (平日) ②9:00～17:00 (平日) ③8:45～17:15 (平日)	①8:45～12:00 13:00～17:30 ②8:45～17:15 ③9:00～17:00
	土曜	休業日	休業日
	日曜・祝日	休業日	休業日
定休日		①年中無休 ②土日・祝日および12月28～1月3日	土・日・祝日・年末年始
窓口の名称			
電話番号			
対応している時間	平日		
	土曜		
	日曜・祝日		
定休日			

(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	三井住友海上火災保険株式会社
		加入する保険の名称	福祉事業者総合賠償責任保険
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	2015年 12月 1日
		結果の開示	<input 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 type="checkbox"/> 1 実施済み <input type="checkbox"/> 2 未実施		
	※1の場合	実施日	年 月 日
		評価機関名称	
結果の開示	<input type="checkbox"/> 1 あり () <input type="checkbox"/> 2 なし		

※1 又は 2 の場合、指導内容	
------------------	--

介護保険給付サービスに要する費用

特定施設サービスの料金（短期利用特定施設入居者生活介護費も同じ）

厚生労働大臣の定める基準によるものとし、特定施設入居者生活介護が法令代理受領サービスであるときは、その額の1割（一定以上所得者は2割または3割）とする。※加算は要件を満たした場合に算定を行います。

要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
182単位/日	311単位/日	538単位/日	604単位/日	674単位/日	738単位/日	807単位/日

加算

夜間看護体制加算	医療機関連携加算	口腔衛生管理体制加算	退院・退所時連携加算	科学的介護推進体制加算
10 単位/日	80 単位/月	30 単位/月	30 単位/日	40 単位/月

看取り介護加算			
死亡日以前 31 日から 45 日	死亡日以前 4 日から 30 日	死亡日前日及び前々日	死亡日
72 単位/日	144 単位/日	680 単位/日	1,280 単位/日

若年性認知症入居者受入加算	口腔衛生管理体制加算
1 日につき 120 単位	1 か月につき 30 単位
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	
200 単位/月	

サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	
1 日につき 22 単位	
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	サービス提供体制強化加算（Ⅲ）
1 日につき 18 単位	1 日につき 6 単位

ADL 維持等加算加算	身体拘束廃止未実施減算
（Ⅰ）30 単位 （Ⅱ）60 単位	▲10%/日

介護職員処遇改善加算	介護職員等特定処遇改善加算
総単位（基本単位＋加算単位）×8.2%	総単位（基本単位＋加算単位）×1.2%

（算定式）介護保険料本人負担額＝利用日数×上記単位×10.54×1割（一定以上所得者は2割または3割）

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）

※ _____様

説明年月日 _____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、説明を受けた者の署名を求める。
- ※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成23年10月7日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙4の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、上記重要事項説明書の1から3まで及び6の内容については、別紙4の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

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 / 無		
訪問入浴介護	有 / 無		
訪問看護	有 / 無		
訪問リハビリテーション	有 / 無		
居宅療養管理指導	有 / 無		
通所介護	有 / 無		
通所リハビリテーション	有 / 無		
短期入所生活介護	有 / 無		
短期入所療養介護	有 / 無		
特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	CharmSuite (チャームスイート) 神戸摩耶 チャーム須磨海浜公園 チャームスイート神戸北野 チャームプレミア御影	神戸市灘区箕岡通4丁目5-2 神戸市須磨区松風町4-1-11 神戸市中央区北野町1-2-13 兵庫県神戸市東灘区住吉本町3丁目13番7号
福祉用具貸与	有 / 無		
特定福祉用具販売	有 / 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 / 無		
夜間対応型訪問介護	有 / 無		
認知症対応型通所介護	有 / 無		
小規模多機能型居宅介護	有 / 無		
認知症対応型共同生活介護	有 / 無		
地域密着型特定施設入居者生活介護	有 / 無		
看護小規模多機能型居宅介護	有 / 無		
居宅介護支援	有 / 無		
＜居宅介護予防サービス＞			
介護予防訪問介護	有 / 無		
介護予防訪問入浴介護	有 / 無		
介護予防訪問看護	有 / 無		
介護予防訪問リハビリテーション	有 / 無		
介護予防居宅療養管理指導	有 / 無		
介護予防通所介護	有 / 無		
介護予防通所リハビリテーション	有 / 無		
介護予防短期入所生活介護	有 / 無		
介護予防短期入所療養介護	有 / 無		
介護予防特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	CharmSuite (チャームスイート) 神戸摩耶 チャーム須磨海浜公園	神戸市灘区箕岡通4丁目5-2 神戸市須磨区松風町4-1-

		チャームスイート神戸北野	11 神戸市中央区北野町1-2-13
		チャームプレミア御影	兵庫県神戸市東灘区住吉本町3丁目13番7号
介護予防福祉用具貸与	有 / 無		
特定介護予防福祉用具販売	有 / 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 / 無		
介護予防小規模多機能型居宅介護	有 / 無		
介護予防認知症対応型共同生活介護	有 / 無		
介護予防支援	有 / 無		
<介護福祉施設>			
介護老人福祉施設	有 / 無		
介護老人保健施設	有 / 無		
介護療養型医療施設	有 / 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 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 *：自立者へ「介護費」で 提供する一時的介護サー ビス
	（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	有 / 無	有 / 無				
排泄介助・おむつ 交換	有	無				必要に応じて見守り又は介助
おむつ代		有		○	実費	
入浴（一般浴）介 助・清拭	有	無				随時（清拭は未入浴時）
特浴介助	有	無				予定に沿って（2回/週）
身辺介助（移動・着 替え等）	有	無				必要に応じて随時
機能訓練	有	無				必要に応じて生活リハビリ
通院介助（協力医 療機関）	有	無				
通院介助（協力医 療機関以外）	無	有		○	1,650 円 /30分	
介護ベッド・エア マット・離床セン サー・車いす及び 付属品など	有	有		○	実費	アセスメントにより必要性を判断し、必要であれば費用負担なし
生活サービス						
居室清掃	有	無				週＝2回
リネン交換	有	無				週＝1回
日常の洗濯	無	無				
居室配膳・下膳	有	無				体調不良及び希望時
入居者の嗜好に応 じた特別な食事		有		○		別途材料を用意する場合は差額分
おやつ		有		○		
理美容師による理 美容サービス		有			業者指定 料金	月＝1回程度
買い物代行（通常 の利用区域）	無	有		○	1,650 円 /30分	ホーム指定日 指定日以外は左記 金額
買い物代行（上記 以外の区域）	無	有		○	1,650 円 /30分	ホーム指定日（予約 制）
役所手続き代行	無	無				
金銭・貯金管理		無				
健康管理サービス						
定期健康診断		有		○	実費	年2回実費負担
健康相談	有	無				
生活指導・栄養指 導	有	無				必要に応じて随時 （看護師による）
服薬支援	有	無				

生活リズムの記録 (排便・睡眠等)	有	無				
入退院時・入院中のサービス						
移送サービス	無	無				
入退院時の同行 (協力医療機関)	有	無				必要に応じ随時
入退院時の同行 (協力医療機関以 外)	無	有		○	1,650 円 /30分	
入院中の洗濯物交 換・買い物	無	無				
入院中の見舞い訪 問	無	無				

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割又は2割～3割の利用者負担）。

※2：「有」を記入したときは、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。