

重要事項説明書

記入年月日	2019年3月1日
記入者名	奥浦 瑛
所属・職名	管理者

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
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃちゃーむけあこーぽれーしょん 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	代表取締役
	職名	下村隆彦
設立年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 / 平成59年8月22日	
主な実施事業	介護付有料老人ホーム運営 (特定施設入居者生活介護) 住宅型有料老人ホーム運営 (訪問介護・通所介護・居宅介護支援) ※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) ちゃーむぶれみあみかげ チャームプレミア御影	
所在地	〒658-0051	兵庫県神戸市東灘区住吉本町3丁目13番7号
主な利用交通手段	最寄駅	阪急神戸本線 御影駅
	最寄駅からの交通手段と所要時間	徒歩約9分
連絡先	電話番号	078-858-6851
	FAX番号	078-858-6852
	ホームページアドレス	http://www.charmcc.jp
	メールアドレス	
管理者	氏名	奥浦 瑛
	職名	管理者 (ホーム長)
建物の竣工日	昭和 / <input type="checkbox"/> 平成31年1月31日	
有料老人ホーム事業の開始日	昭和 / <input type="checkbox"/> 平成31年3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	昭和 / 平成 年 月 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	2870103344号
	指定した自治体名	神戸市
	事業所の指定日	平成31年3月1日
	指定の更新日（直近）	

3. 建物概要

土 地	敷地面積	1,657.36 m ² （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31年2月1日～平成61年1月31日） / 無		
契約の自動更新		<input checked="" type="checkbox"/> / 無			
建 物	規模	地上5階建1棟			
		延床面積	全体	3,143.17 m ²	
			うち、有料老人ホーム部分	3,143.17 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	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31年3月1日～平成61年2月28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 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	19.55 m ² ～ 20.65 m ²	58	介護居室個室
	タイプ2	<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	37.84 m ²	4	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	7 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			7 か所	
	共用浴室	10 か所	個室			10 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 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 checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無					
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (車椅子対応) 1 基 <input checked="" type="checkbox"/> 2 あり (ストレッチャー対応) 1 基 <input type="checkbox"/> 3 あり (上記1・2に該当しない) 基 <input type="checkbox"/> 4 なし						
消防用設備等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <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	※ 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す。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>	<ol style="list-style-type: none"> 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>	<ol style="list-style-type: none"> 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>	<ol style="list-style-type: none"> 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>	<ol style="list-style-type: none"> 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>	<ol style="list-style-type: none"> 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>	<ol style="list-style-type: none"> 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	入居継続支援加算	1	あり	2	なし	
	生活機能向上連携加算	1	あり	2	なし	
	個別機能訓練加算	1	あり	2	なし	
	夜間看護体制加算	1	あり	2	なし	
	若年性認知症入居者受入加算	1	あり	2	なし	
	医療機関連携加算	1	あり	2	なし	
	口腔衛生管理体制加算	1	あり	2	なし	
	栄養スクリーニング加算	1	あり	2	なし	
	退院・退所時連携加算	1	あり	2	なし	
	看取り介護加算	1	あり	2	なし	
	認知症専門ケア加算	(Ⅰ)	1	あり	2	なし
		(Ⅱ)	1	あり	2	なし
	サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)イ	1	あり	2	なし
		(Ⅰ)ロ	1	あり	2	なし
		(Ⅱ)	1	あり	2	なし
	(Ⅲ)	1	あり	2	なし	
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	

(医療連携の内容)

<p>医療支援</p> <p>※複数選択可</p>	<p>1 救急車の手配</p> <p>2 入退院の付き添い</p> <p>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="464 394 523 904">1</td> <td data-bbox="523 394 715 443">名称</td> <td data-bbox="715 394 1461 443">医療法人社団おはな おはなクリニック</td> </tr> <tr> <td data-bbox="464 443 523 539">1</td> <td data-bbox="523 443 715 539">住所</td> <td data-bbox="715 443 1461 539">西宮市甲子園六番町12-9 甲子園六番館203号（ホームからの距離11.6km）</td> </tr> <tr> <td data-bbox="464 539 523 589">1</td> <td data-bbox="523 539 715 589">診療科目</td> <td data-bbox="715 539 1461 589">内科</td> </tr> <tr> <td data-bbox="464 589 523 904">1</td> <td data-bbox="523 589 715 904">協力内容</td> <td data-bbox="715 589 1461 904"> <p>（※医療費その他の費用は入居者の自己負担）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・定期健康相談及び訪問診療の実施 ・ホームでの死亡時の確認 ・予防接種の実施 ・定期健康診断の受け入れ ・利用者に関して乙従業員が行うカンファレンスへの可能な範囲での参加および助言 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="464 904 523 1417">2</td> <td data-bbox="523 904 715 954">名称</td> <td data-bbox="715 904 1461 954">医療法人財団春日野会 春日野会病院</td> </tr> <tr> <td data-bbox="464 954 523 1050">2</td> <td data-bbox="523 954 715 1050">住所</td> <td data-bbox="715 954 1461 1050">兵庫県神戸市中央区野崎通4丁目1-2（ホームからの距離6.3km）</td> </tr> <tr> <td data-bbox="464 1050 523 1099">2</td> <td data-bbox="523 1050 715 1099">診療科目</td> <td data-bbox="715 1050 1461 1099">内科・整形外科・リハビリテーション科</td> </tr> <tr> <td data-bbox="464 1099 523 1417">2</td> <td data-bbox="523 1099 715 1417">協力内容</td> <td data-bbox="715 1099 1461 1417"> <p>（※医療費その他の費用は入居者の自己負担）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・定期健康相談及び訪問診療の実施 ・ホームでの死亡時の確認 ・予防接種の実施 ・定期健康診断の受け入れ ・利用者に関して乙従業員が行うカンファレンスへの可能な範囲での参加および助言 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="464 1417 523 1933">3</td> <td data-bbox="523 1417 715 1467">名称</td> <td data-bbox="715 1417 1461 1467">医療法人社団奉志会 たろうメディカルクリニック</td> </tr> <tr> <td data-bbox="464 1467 523 1563">3</td> <td data-bbox="523 1467 715 1563">住所</td> <td data-bbox="715 1467 1461 1563">兵庫県西宮市神楽町1 1-2 5 STATION BUILDING 3階（ホームからの距離7.6km）</td> </tr> <tr> <td data-bbox="464 1563 523 1612">3</td> <td data-bbox="523 1563 715 1612">診療科目</td> <td data-bbox="715 1563 1461 1612">内科・皮膚科・美容皮膚科</td> </tr> <tr> <td data-bbox="464 1612 523 1933">3</td> <td data-bbox="523 1612 715 1933">協力内容</td> <td data-bbox="715 1612 1461 1933"> <p>（※医療費その他の費用は入居者の自己負担）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・定期健康相談及び訪問診療の実施 ・ホームでの死亡時の確認 ・予防接種の実施 ・定期健康診断の受け入れ ・利用者に関して乙従業員が行うカンファレンスへの可能な範囲での参加および助言 </td> </tr> </table>	1	名称	医療法人社団おはな おはなクリニック	1	住所	西宮市甲子園六番町12-9 甲子園六番館203号（ホームからの距離11.6km）	1	診療科目	内科	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> <ul style="list-style-type: none"> ・定期健康相談及び訪問診療の実施 ・ホームでの死亡時の確認 ・予防接種の実施 ・定期健康診断の受け入れ ・利用者に関して乙従業員が行うカンファレンスへの可能な範囲での参加および助言 	2	名称	医療法人財団春日野会 春日野会病院	2	住所	兵庫県神戸市中央区野崎通4丁目1-2（ホームからの距離6.3km）	2	診療科目	内科・整形外科・リハビリテーション科	2	協力内容	<p>（※医療費その他の費用は入居者の自己負担）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・定期健康相談及び訪問診療の実施 ・ホームでの死亡時の確認 ・予防接種の実施 ・定期健康診断の受け入れ ・利用者に関して乙従業員が行うカンファレンスへの可能な範囲での参加および助言 	3	名称	医療法人社団奉志会 たろうメディカルクリニック	3	住所	兵庫県西宮市神楽町1 1-2 5 STATION BUILDING 3階（ホームからの距離7.6km）	3	診療科目	内科・皮膚科・美容皮膚科	3	協力内容	<p>（※医療費その他の費用は入居者の自己負担）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・定期健康相談及び訪問診療の実施 ・ホームでの死亡時の確認 ・予防接種の実施 ・定期健康診断の受け入れ ・利用者に関して乙従業員が行うカンファレンスへの可能な範囲での参加および助言
1	名称	医療法人社団おはな おはなクリニック																																			
1	住所	西宮市甲子園六番町12-9 甲子園六番館203号（ホームからの距離11.6km）																																			
1	診療科目	内科																																			
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> <ul style="list-style-type: none"> ・定期健康相談及び訪問診療の実施 ・ホームでの死亡時の確認 ・予防接種の実施 ・定期健康診断の受け入れ ・利用者に関して乙従業員が行うカンファレンスへの可能な範囲での参加および助言 																																			
2	名称	医療法人財団春日野会 春日野会病院																																			
2	住所	兵庫県神戸市中央区野崎通4丁目1-2（ホームからの距離6.3km）																																			
2	診療科目	内科・整形外科・リハビリテーション科																																			
2	協力内容	<p>（※医療費その他の費用は入居者の自己負担）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・定期健康相談及び訪問診療の実施 ・ホームでの死亡時の確認 ・予防接種の実施 ・定期健康診断の受け入れ ・利用者に関して乙従業員が行うカンファレンスへの可能な範囲での参加および助言 																																			
3	名称	医療法人社団奉志会 たろうメディカルクリニック																																			
3	住所	兵庫県西宮市神楽町1 1-2 5 STATION BUILDING 3階（ホームからの距離7.6km）																																			
3	診療科目	内科・皮膚科・美容皮膚科																																			
3	協力内容	<p>（※医療費その他の費用は入居者の自己負担）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・定期健康相談及び訪問診療の実施 ・ホームでの死亡時の確認 ・予防接種の実施 ・定期健康診断の受け入れ ・利用者に関して乙従業員が行うカンファレンスへの可能な範囲での参加および助言 																																			
<p>協力歯科医療機関</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="464 1933 523 1982">名称</td> <td data-bbox="523 1933 1461 1982">医療法人社団 神戸デンタルクリニック</td> </tr> <tr> <td data-bbox="464 1982 523 2029">住所</td> <td data-bbox="523 1982 1461 2029">兵庫県神戸市中央区磯上通8丁目1-2 3</td> </tr> </table>	名称	医療法人社団 神戸デンタルクリニック	住所	兵庫県神戸市中央区磯上通8丁目1-2 3																																
名称	医療法人社団 神戸デンタルクリニック																																				
住所	兵庫県神戸市中央区磯上通8丁目1-2 3																																				

	協力内容	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問診療等の歯科治療（口腔ケア）対応 ・緊急時の指示等 ・その他、入居者からの相談対応
--	------	--

（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介護に該当する方 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	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）Aタイプ 10,800円（税込）、Bタイプ 21,600円	
入居定員	66人（要支援・要介護66名）	
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

※ 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		1.0
生活相談員	1	1		1.0
直接処遇職員	10	10		10.7
	7	8	1	8.6
	3	2	1	2.1
機能訓練指導員	1	1	1	0.1
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
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				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	7	7	
実務者研修の修了者			

初任者研修の修了者			
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	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		18時～9時	
	平均人数	最小時人数 (休憩者等を除く)	
看護職員	人	人	
介護職員	1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※	1	1.5 : 1 以上
	【表示事項】	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)		

※ 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									<input checked="" type="checkbox"/> / 無	
	業務に係る資格等									<input checked="" type="checkbox"/> / 無	
	※ 有の場合、資格等の名称						社会福祉主事任用資格				
	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											
前年度1年間の退職者数											
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年以上 3年未満										
	3年以上 5年未満										
	5年以上 10年未満										
	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 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 3 月払い方式 <input 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 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	<input type="checkbox"/> 有 / 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	
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、事業者は当該利用料金等を変更することができます。
	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	80歳
居室の状況※2		Aタイプ(3F) プラン①	Bタイプ(3F) プラン① 1人入居	Aタイプ(3F) プラン③	Bタイプ(3F) プラン③ 1人入居	Bタイプ(3F) プラン③ 2人入居
床面積		19.55㎡	37.84㎡	19.55㎡	37.84㎡	37.84㎡
便所		<input type="checkbox"/> 有 / 無	<input type="checkbox"/> 有 / 無	<input type="checkbox"/> 有 / 無	<input type="checkbox"/> 有 / 無	<input type="checkbox"/> 有 / 無
浴室		有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / 無	<input type="checkbox"/> 有 / 無
台所		有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / 無	<input type="checkbox"/> 有 / 無
入居時点で必要な費用	前払金※4	0円	0円	10,200,000円	21,600,000円	21,600,000円
	敷金	0円	0円	0円	0円	0円
月額費用の合計		399,600円	647,600円	229,600円	287,600円	438,800円
家賃		216,000円	410,000円	46,000円	50,000円	50,000円

サービス費用	特定施設入居者生活介護等の費用		0円	0円	0円	0円	0円
	介護保険外	食費	64,800円	64,800円	64,800円	64,800円	129,600円
		管理費※3	54,000円	108,000円	54,000円	108,000円	129,600円
		介護費用	64,800円	64,800円	64,800円	64,800円	129,600円
		光熱水費	0円	0円	0円	0円	0円
	その他	円	円	円	円	円	
都度払いとなるサービス		有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 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 「用途」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> <p>※4 <80歳未満の方の前払金の算定方法></p> <p>契約開始日（入居予定日）における利用者の満年齢が満80歳未満の方は、上記の前払金に加え、以下の金額を加算した合計額を前払金とします。なお、2人入居の場合（定員2名の居室場合のみ）、どちらか満年齢の若い方を対象に前払金を設定します。</p> <p>（契約開始日（入居予定日）から起算して、利用者の満80歳の誕生日までの月数（1ヶ月未満は1ヶ月に切り上げ）までの月数に前払金月額単価を乗じた額）</p>							

(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。算定根拠は前払金に準じる。
敷金	なし
介護費用	当ホームでは要介護者・要支援者2.5名に対し、常勤換算1名以上の職員体制（週40.0時間換算）をとっています。この介護保険給付の基準を上回る人員体制分の料金として算出した額としています。
管理費	事務管理部門の人件費・事務費、日常生活支援サービス提供のための人件費、健康管理サービスのための人件費、共用施設等の水光熱費及び維持管理費、居室の水光熱費、洗濯サービス費。
食費	食材料費、加工費（1日3食で30日の場合の費用） 喫食実績に応じて請求いたします。※暦月によって変動します。
光熱水費	管理費に含まれます。
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）】 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）日常生活に必要となる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)	当ホームでは要介護者・要支援者2.5名に対し、常勤換算1名以上の職員体制(週40.0時間換算)をとっています。この介護保険給付の基準を上回る人員体制分の料金として算出した額としています。

(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 ※80 歳未満の場合は満 80 歳の誕生日までの月数を加算
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)		A タイプ プラン②の場合 153 万 A タイプ プラン③の場合 306 万 B タイプ プラン②の場合 324 万 B タイプ プラン③の場合 648 万
初期償却率		30%
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 (70%) ÷ 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 70%) × (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	人	女性	人
年齢別	65歳未満	人	65歳以上 75歳未満	人
	75歳以上 85歳未満	人	85歳以上	人
要介護度別	自立	人	要支援 1	人
	要支援 2	人	要介護 1	人
	要介護 2	人	要介護 3	人
	要介護 4	人	要介護 5	人
入居期間別	6か月未満	人	6か月以上 1年未満	人
	1年以上 5年未満	人	5年以上 10年未満	人
	10年以上 15年未満	人	15年以上	人

(入居者の属性)

平均年齢	歳
入居者数の合計	人
入居率※	%
※ 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	人	社会福祉施設	人
	医療機関	人	死亡者	人
	その他	人		
生前解約の状況	施設側の申し出			人
		(解約事由の例)		
	入居者側の申し出			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) ※適宜、欄を追加すること。

窓口の名称		①チャームプレミア御影 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	①兵庫県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口
電話番号		①078-858-6851 ②フリーダイヤル 0120-453-286	①078-332-5617
対応している時間	平日	①②10:00~17:00	
	土曜	①10:00~17:00 ②休業日	
	日曜・祝日	①10:00~17:00 ②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	

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

損害賠償責任保険の加入状況	① 加入済み 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
	合	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	① 対応あり (事故対応及びその予防のための指針あり) 2 対応あり (事故対応及びその予防のための指針なし) 3 対応なし		

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

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

9. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	① 入居希望者に公開	2 入居希望者に交付	3 公開していない
管理規定	① 入居希望者に公開	2 入居希望者に交付	3 公開していない
事業収支計画書	1 入居希望者に公開	2 入居希望者に交付	③ 公開していない

財務諸表の要旨	1 入居希望者に公開	2 入居希望者に交付	3 公開していない
財務諸表の原本	1 入居希望者に公開	2 入居希望者に交付	3 公開していない

10. その他

運 営 懇 談 会	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： ） 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	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） 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） 3 指導事項なし
※ 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）

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割又は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
180単位/日	309単位/日	534単位/日	599単位/日	668単位/日	732単位/日	800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
10単位/日	80単位/月	30単位/月	30単位/日

看取り介護加算		
死亡日以前4日以上30日以下	死亡日前日及び前々日	死亡日
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	栄養スクリーニング加算
1日につき 120単位	1回につき 6単位

サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロ
1日につき 18単位	1日につき 12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 6単位	1日につき 6単位

身体拘束廃止未実施減算	介護職員処遇改善加算
▲10%/日	総単位（基本単位＋加算単位）×8.2%

（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割又は3割）

添付書類：別添1（設置者が別々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 平成 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	チャーム須磨海浜公園 チャームスイート神戸摩耶 チャームスイート神戸北野	神戸市須磨区松風町4-1-11 神戸市灘区箕岡通4丁目5番2号 神戸市中央区北野町1丁目2番13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	チャーム須磨海浜公園 チャームスイート神戸摩耶 チャームスイート神戸北野	神戸市須磨区松風町4-1-11 神戸市灘区箕岡通4丁目5番2号 神戸市中央区北野町1丁目2番13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※4
		(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			1,620円 /30分	
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	有			4,320円 /月	
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				ホーム指定日
買い物代行（上記以 外の区域）	無	有			1,620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			1,620円 /30分	
入院中の洗濯物交換・買い物	無	有				日常の対応に含む
入院中の見舞い訪問	有	無				必要に応じ随時

※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。

※4：入居後、要介護認定において「自立」と判定された場合は、生活支援費として月額64,800円(30日換算)が必要です。