

(別表7)

サービス付き高齢者向け住宅賃貸借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	2023年7月1日
記入者名	高橋 豊
所属・職名	管理者 (ホーム長)

1. 事業主体概要

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	
主たる事業所の所在地	〒530-0005 大阪市北区中之島3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	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和・平成 59年 8月 22日	
主な実施事業	※別添1 (別を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 (住まいの概要)

名称	(ふりがな) ちゃーむあかしおおくぼえきまえ チャーム明石大久保駅前	
所在地	〒674-0068 兵庫県明石市大久保町ゆりのき通1丁目4番地の1	
主な利用交通手段	最寄り駅	JR神戸線「大久保」駅
	交通手段と所要時間	JR神戸線「大久保」駅 南出口 徒歩約 1分 (約80m)
連絡先	電話番号	078-934-0868
	FAX番号	078-934-0869
	ホームページアドレス	http://www.charmcc.jp
管理者	氏名	高橋 豊
	職名	管理者 (ホーム長)
建物の竣工日	2016年 5月 17日	
有料老人ホーム事業の開始日	2016年 6月 1日	

(類型)【表示事項】

1	介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合）	
2	介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合）	
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	兵庫県指定特定施設入居者生活介護 (介護保険事業者番 2872005042) 兵庫県指定介護予防特定施設入居者生活介護 (介護保険事業者番 2872005042)
	指定した自治体名	明石市
	事業所の指定日	2019年5月1日
	指定の更新日（直近）	

3. 建物概要

土地	敷地面積	2,288.27 m ²	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	1 あり 2 なし
		契約期間	1 あり (2016年5月1日～2066年4月30日) 2 なし
		契約の自動更新	1 あり 2 なし
建物	延床面積	全体	3,703.19 m ²
		うち、老人ホーム部分	3,374.09 m ²
	耐火構造	1 耐火建築物	
		2 準耐火建築物	
		3 その他 ()	
	構造	1 鉄筋コンクリート造	
		2 鉄骨造	
		3 木造	
		4 その他 ()	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する建物	
2 事業者が賃借する建物			
抵当権の有無		1 あり 2 なし	
契約期間		1 あり (平成 年 月 日～平成 年 月 日) 2 なし	
契約の自動更新		1 あり 2 なし	

居室状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室				
		2 相部屋あり				
		最小			1 人部屋	
		最大			1 人部屋	
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
	タイプ1	有/無	有/無	19.17 m ²	6	介護居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	18.54 m ²	42	介護居室個室
	タイプ3	有/無	有/無	19.27 m ²	6	介護居室個室
タイプ4	有/無	有/無	18.64 m ²	30	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」の別を記入。						
共用施設	共用便所における便房	5ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		5ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房		5ヶ所	
	共用浴室	9ヶ所	個室		9ヶ所	
			大浴場		ヶ所	
	共用浴室における介護浴室	2ヶ所	チェアー浴		1ヶ所	
			リフト浴		ヶ所	
			ストレッチャー浴		1ヶ所	
			その他（ ）		ヶ所	
食堂及び機能訓練室	1	あり（1F 70.31 m ² 、2～3F 各 101.32 m ² ）			2なし	
入居者や家族が利用できる調理施設	1	あり	2	なし		
エレベーター	1	あり（車椅子対応）				
	2	あり（ストレッチャー対応）				
	3	あり（上記1・2に該当しない）				
	4	なし				
消防用設備等	消火器	1	あり	2	なし	
	自動火災報知設備	1	あり	2	なし	
	火災報知設備	1	あり	2	なし	
	スプリンクラー	1	あり	2	なし	
	防火管理者	1	あり	2	なし	
	防災計画	1	あり	2	なし	
その他						

4. サービスの内容

運営に関する方針	<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に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とともに入居者の外出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。 						
サービスの提供内容に関する特色	<p>私たちはサービス業の基本であるお客さまの満足を第一とし、常に誠意ある介護に努め、お客さまの様々なご要望にお応えしています。周辺エリアのうちでもご利用いただきやすい価格を設定し、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>						
入浴、排せつ又は食事の介護	<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>自ら実施</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td>委託</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td>なし</td> </tr> </table>	1	自ら実施	2	委託	3	なし
1	自ら実施	2	委託	3	なし		
食事の提供	<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>自ら実施</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td>委託</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td>なし</td> </tr> </table>	1	自ら実施	2	委託	3	なし
1	自ら実施	2	委託	3	なし		
洗濯、掃除等の家事の提供	<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>自ら実施</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td>委託</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td>なし</td> </tr> </table>	1	自ら実施	2	委託	3	なし
1	自ら実施	2	委託	3	なし		
健康管理の供与	<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>自ら実施</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td>委託</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td>なし</td> </tr> </table>	1	自ら実施	2	委託	3	なし
1	自ら実施	2	委託	3	なし		
安否確認又は状況把握サービス	<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>自ら実施</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td>委託</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td>なし</td> </tr> </table>	1	自ら実施	2	委託	3	なし
1	自ら実施	2	委託	3	なし		
生活相談サービス	<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>自ら実施</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td>委託</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td>なし</td> </tr> </table>	1	自ら実施	2	委託	3	なし
1	自ら実施	2	委託	3	なし		

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合省略可能

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	<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>あり</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td>なし</td> </tr> </table>	1	あり	2	なし
1	あり	2	なし			
	生活機能向上連携加算	<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>あり</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td>なし</td> </tr> </table>	1	あり	2	なし
1	あり	2	なし			
	個別機能訓練加算	<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>あり</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td>なし</td> </tr> </table>	1	あり	2	なし
1	あり	2	なし			

	夜間看護体制加算		<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	若年性認知症入居者受入加算		<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	ADL維持等加算		<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	科学的介護推進体制加算		<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	医療機関連携加算		<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	口腔衛生管理体制加算		<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	栄養スクリーニング加算		<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	退院・退所時連携加算		<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	看取り介護加算		<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	認知症専門ケア加算	(I)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
		(II)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	サービス提供体制強化加算	(I)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
		(II)	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
		(III)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	介護職員処遇改善加算	(I)	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
		(II)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
		(III)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
		(IV)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
		(V)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	介護職員等特定処遇改善加算	(I)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
		(II)	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	介護職員等ベースアップ等支援加算		<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	<input type="checkbox"/> 1	あり	(介護・看護職員の配置率) : 1			
	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし				

(医療提携の内容)

医療支援 ※複数選択可	<input checked="" type="checkbox"/> 1	救急車の手配	
	<input checked="" type="checkbox"/> 2	入退院の付き添い	
	<input checked="" type="checkbox"/> 3	通院介助	
	<input checked="" type="checkbox"/> 4	その他 (2、3については有料の場合あり)	
協力医療機関	1	名称	ていクリニック
		住所	兵庫県明石市大久保町ゆりのき通1丁目4-1 1階 (ホームからの距離0km)
		診療科目	泌尿器科・緩和ケア内科・リハビリテーション科
		協力内容	(※医療費その他の費用は入居者の自己負担) ・定期健康相談の実施 ・往診の実施

			<ul style="list-style-type: none"> ・死亡時の確認 ・外来診療の受け入れ ・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	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称	医療法人健和会 健和明石歯科クリニック	
	住所	兵庫県明石市大久保町ゆりのき通1丁目4-1（ホームからの距離0km）	
	協力内容	(診療科) 歯科（一般） (協力の内容) (※医療費その他の費用は入居者の自己負担) (1) 平常の歯科治療の際の往診、指示 (2) 緊急の歯科治療の際の指示 (3) その他歯科治療に関する相談対応	

(入居後に居住を住み替える場合) ※住み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	1 あり 2 なし	
居室利用権の取扱い	1 あり 2 なし	
前払金償却の調整の有無	1 あり 2 なし	
従前の居室との仕様の 変更	面積の増減	1 あり 2 なし
	便所の変更	1 あり 2 なし
	浴室の変更	1 あり 2 なし
	洗面所の変更	1 あり 2 なし
	台所の変更	1 あり 2 なし
	その他の変更	1 あり (変更内容) 2 なし

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	1 あり	2 なし
	要支援の者	1 あり	2 なし
	要介護の者	1 あり	2 なし
留意事項	<p>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 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</p>		
契約の解除の内容	<p>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（サービス付き高齢者向け住宅）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</p>		
事業主体から解約を求める場合	解除条項	賃貸借契約書第 16 条	
	解約予告期間	30 日	
入居者からの解除予告期間	30 日		
体験入居の内容	<p>1 あり 内容：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）4,950円（税込） 2 なし</p>		
入居定員	80名（特定施設入居者生活介護）84名（サービス付き高齢者向け住宅）		
その他			

5. 職員体制（同一法人が運営する他の事業所の職員については記載不要）

本事業所における職務内容は次の通りとする。

管理者 管理者は、従業者及び実施状況の把握その他業務の管理を一元的に行うとともに、法令等において規定される指定特定施設入居者生活介護の実施に関し、事業所の従業者に対し遵守すべき事項について指揮命令を行う。

計画作成担当者 計画作成担当者は、利用者又は家族の希望、利用者について把握された解決すべき課題に基づき、他の特定施設従業者と協議の上、サービスの目標、サービスの内容等を盛り込んだサービス計画を作成する。

生活相談員 生活相談員は、利用者又はその家族に対し、その相談に適切に応じるとともに、利用者の社会生活に必要な支援を行う。

看護職員 看護職員は、常に利用者の健康の状況に注意するとともに、健康保持のための適切な措置を講じるものとする。

介護職員 介護職員は、利用者の心身の状況に応じ、利用者の自立と日常生活の充実に資するよう、適切な技術をもって行う。

機能訓練指導員 機能訓練指導員は、日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行う。

	職員数（実人数）			常勤換算人数 ※1※2
	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	35	14	20	26.3
介護職員	32	13	19	23.6
看護職員	3	2	1	2.7
機能訓練指導員	1	1		0.1
計画作成担当者	2	2		2.0
栄養士				(外部委託)
調理員				(外部委託)
事務員	1	1		1.0
その他職員	2		2	0.8
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				39.2
※1 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。				
※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。				

（資格を有している介護職員の人数）

	合計		
		常勤	非常勤
社会福祉士	1	0	1
介護福祉士	24	11	13

実務者研修の修了者	9	3	6
初任者研修の修了者	13	4	9
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			
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復師			
あん摩マッサージ指圧師			
はり師			
きゅう師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜間帯の設定時間 (20 時～ 7 時)		
	平均人数	最少時人数 (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】	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 d 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)	2.5 : 1

※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択

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	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称	
	通所介護事業所の名称	

(職員の状況)

管理者	ほかの職務との兼務	1 あり	2 なし
	業務に係る資格等	1 あり	
		資格等の名称	介護福祉士、社会福祉士 介護支援専門員
	2 なし		

区分	看護職員		介護職員		生活相談員	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数	0	0	6	6		
前年度1年間の退職者数	0	2	1	8		
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数	0	0	4	6	0	0
1年以上3年未満の者の人数	0	0	5	2	0	0
3年以上5年未満の者の人数	1	0	2	7	0	0
5年以上10年未満の者の人数	1	1	2	4	1	0
10年以上の者の人数	0	0	0	0	0	0
	機能訓練指導員			計画作成担当者		
	常勤	非常勤	常勤	非常勤		
前年度1年間の採用者数						
前年度1年間の退職者数						
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数	0	0	0	0	0	0
1年以上3年未満の者の人数	0	0	0	0	0	0
3年以上5年未満の者の人数	0	0	0	0	0	0
5年以上10年未満の者の人数	1	0	2	0	0	0
10年以上の者の人数	0	0	0	0	0	0
従業者健康診断の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり		2 なし			

6. 利用料金

居住の権利形態 【表示事項】	1 利用権方式 <input checked="" type="checkbox"/> 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 ※該当する方式を全て選択 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	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
要介護度に応じた金額設定	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
入院等による不在時における利用料金(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	経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合
	手続き	事業者は、費用の改定にあたっては運営懇談会の意見を聴いた上で改定するものとします
法定代理受領に該当しないサービスに係る利用料の支払いを受けた場合は、利用者に対してサービス提供証明書を交付いたします。		

(利用料金のプラン (代表的なプラン))

		プラン 1	プラン 2	
入居者の状況	要介護度	要支援 2	要介護 3	
	年齢	75 歳	85 歳	
居室の状況	床面積	18.54 m ²	18.54 m ²	
	便所	1 あり 2 なし	1 あり 2 なし	
	浴室	1 あり 2 なし	1 あり 2 なし	
	台所	1 あり 2 なし	1 あり 2 なし	
入居時点で必要な費用	前払金	0 円	1,800,000 円	
	敷金	0 円	0 円	
月額費用の合計		228,320 円 (自立者) 294,320 円	198,320 円 (自立者) 264,320 円	
家賃		105,000 円	75,000 円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護の費用※1		円	
	介護保険外※2	食費	51,840 円	51,840 円
		共益費	20,000 円	20,000 円
		管理費	51,480 円	51,480 円
		介護費用	円	円
		光熱水費	円	円
その他 (生活支援サービス費)		(自立者のみ) 66,000 円	(自立者のみ) 66,000 円	
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む</p> <p>※2 有料老人ホーム事業として受領する費用 (訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない。)</p>				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	居室及び共用部の利用にかかる費用。算定根拠は前払金に準じる。
共益費	共用施設等の光熱水費及び維持管理費。

敷金	家賃の 0 ヶ月分
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、健康管理サービスのための人件費、居室部の水光熱費及び維持管理費。
食費	食材料費、加工費（1日3食で30日の場合の概算費用） 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。 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」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せん）。
光熱水費等	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
生活支援サービス費（自立者のみ）	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（一時的あるいは部分的な介護を含む）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※に対する自己負担	要介護度に応じて介護費用の1割（一定以上の所得者は2割又は3割）を徴収する。
特定施設入居者生活介護※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
※介護予防・地域密着型の場合を含む。	

（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。
想定居住年数（償却年月数）	60ヶ月
償却の開始日	入居日
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 36万円

初期償却率		20%
返還金の算定方法	入居後3ヶ月以内の契約終了	<p>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。</p> <p>・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×（入居予定日から契約終了日まで実日数）</p> <p>・「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。</p> <p>※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。</p>
	入居後3ヶ月を超えた契約終了	<p>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。</p> <p>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。</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	株式会社りそな銀行
	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（名称： ）	

7. 入居者の状況（記入日現在）

（入居者の人数）

性別	男性	10人
	女性	69人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	3人

	75 歳以上 85 歳未満	14 人
	85 歳以上	62 人
要介護度別	自立	0 人
	要支援 1	5 人
	要支援 2	14 人
	要介護 1	22 人
	要介護 2	10 人
	要介護 3	8 人
	要介護 4	16 人
	要介護 5	4 人
入居期間別	6 ヶ月未満	6 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	7 人
	1 年以上 5 年未満	52 人
	5 年以上 10 年未満	14 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	88.6 歳
入居者数の合計	79 人
入居率※	98.8%

※入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	3 人
	社会福祉施設	0 人
	医療機関	0 人
	死亡者	23 人
	その他	4 人
生前解約の状況	施設側の申し出	0 人
		(解約事由の例)
	入居者の申し出	7 人
		(解約事由の例) 自宅等

8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対する窓口等の状況) ※複数ある場合は欄を増やして記入。

窓口の名称		①チャーム明石大久保駅前 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
電話番号		①078-934-0868 ②フリーダイヤル：0120-453-286
対応している 時間	平日	①10：00～17：00 ②10：00～17：00
	土曜日	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日～1月3日
窓口の名称		①高齢者総合支援室 TEL：078-918-5166・5091 ②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 TEL：078-332-5617
電話番号		上記参照
対応している 時間	平日	①9：00 ～ 17：00 ②8：45 ～ 17：15
	土曜日	休業日
	日曜・祝日	休業日
定休日		土・日・祝祭日・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	
	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時の対応)

損害賠償責任保険の加入状況	1 あり	(その内容) 三井住友海上火災保険株式会社福祉事業者総合賠償責任保険 事業者が所有、使用または管理している各種の施設・設備・用具などの不備や業務活動上のミスが原因で、第三者の身体障害や財物損壊等が生じ、被害者側との間に損害賠償問題が発生した場合の補償。
	2 なし	
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 あり	(その内容) 利用者に対する特定施設入居者生活介護サービスの提供により事故が発生した場合、利用者の家族、兵庫県、当該保険者と連絡を行うとともに、必要な措

		置を講じます。
	2	なし
事故対応及び予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり 2 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、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	実施日	2023年6月18日
			結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	2	なし		
第三者による評価の実施状況	1	あり	実施日	
			評価機関名称	
			結果の開示	1 あり 2 なし
	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし		

9. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に配布 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
管理規程	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に配布 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
事業収支計画書	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に配布 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に配布 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に配布 <input type="checkbox"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 2 回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
	2 代替措置なし	
提携ホームへ移行 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名 :) <input checked="" type="checkbox"/> 2 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 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
高齢者の居住の安定確保に関する法律第 5 条第 1 項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
明石市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」に合致しない事項	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
合致しない事項がある場合の内容		
第 6 章「既存建物等の活用の特例」への適合性	<input type="checkbox"/> 1 適合している (代替措置) <input type="checkbox"/> 2 適合している (将来の改善計画) <input type="checkbox"/> 3 適合していない	
明石市有料老人ホーム設置運営指	適合	

導指針の不適合事項	
不適合事項がある場合の内容	

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	生活機能向上連携加算（Ⅱ）	科学的介護推進体制加算
10 単位/日	80 単位/月	200 単位/月	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
退院・退所時連携加算	
病院等からの入居、退院 30 日間 30 単位/日	

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	身体拘束廃止未実施減算
（Ⅰ）30 単位/月 （Ⅱ）60 単位/月	▲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%
介護職員等ベースアップ等支援加算	
総単位（基本単位＋加算単位）×1.5%	

（算定式）介護保険料本人負担額＝利用日数×上記単位×10.27×1割（一定以上所得者は2割または3割）

利用料の請求および支払方法

入居時の支払

原則入居予定日 5 日前までにホームが指定する銀行口座にお振込みいただきます。

二回目以降の支払

入居者または身元引受人に対し、毎月翌月中頃に当月の利用料等の請求書を送付します。利用料の支払は前月分の利用実績により口座自動引落としとします。

添付書類

別添 1：事業主体が明石市内で実施するほかの介護サービス一覧表

別添 2：入居者の個別選択によるサービス一覧表

以上の内容について、介護保険法、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ました。

年 月 日

《説明した者》

所属 _____

職名 _____

氏名 _____

《説明を受けた者》

住所 _____

氏名 _____

入居する者（ _____ ）との続柄： _____

※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 事業主体が明石市内で実施する他の介護サービス一覧表

介護サービスの種類		事業所名称	所在地
<居宅サービス>			
訪問介護	あり	なし	
訪問入浴介護	あり	なし	
訪問看護	あり	なし	
訪問リハビリテーション	あり	なし	
居宅療養管理指導	あり	なし	
通所介護	あり	なし	
通所リハビリテーション	あり	なし	
短期入所生活介護	あり	なし	
短期入所療養介護	あり	なし	
特定施設入居者生活介護	あり	なし	
福祉用具貸与	あり	なし	
特定福祉用具販売	あり	なし	
<地域密着型サービス>			
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	あり	なし	
夜間対応型訪問介護	あり	なし	
認知症対応型通所介護	あり	なし	
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし	
看護小規模多機能居宅介護	あり	なし	
居宅介護支援	あり	なし	
<居宅介護予防サービス>			
介護予防訪問介護	あり	なし	
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	
介護予防訪問看護	あり	なし	
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	
介護予防通所介護	あり	なし	
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	
介護予防短期入所療養介護	あり	なし	
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	
<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	あり	なし	
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	
介護予防支援	あり	なし	
<介護保険施設>			
介護老人福祉施設	あり	なし	
介護老人保健施設	あり	なし	
介護療養型医療施設	あり	なし	

別添2

入居者の個別選択によるサービス一覧表(特定施設入居者生活介護サービス利用者「要支援1～要介護5」)

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					なし		あり	
区分	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(利用者が全額負担)		包含 ※2	都度 ※2	料金 ※3	備考
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり				ケアプランに沿って実施
排泄介助・おむつ交換			なし	あり				ケアプランに沿って実施
おむつ代	なし	あり	なし	あり			実費	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり				ケアプランに沿って実施（清拭は未入浴時）
特浴介助	なし	あり	なし	あり				ケアプランに沿って実施
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり				ケアプランに沿って実施
機能訓練	なし	あり	なし	あり				必要に応じて生活リハビリ
通院介助（協力医療機関）	なし	あり	なし	あり				
通院介助（協力医療機関以外）	なし	あり	なし	あり				1,650円（税込）/30分・予約制
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○			週＝1回
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○			週＝1回
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○			週＝2回程度
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり				体調不良時
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり		○	差額分	別途食材を用意する必要がある場合は差額分
おやつ			なし	あり				
理美容師による理美容サービス			なし	あり				月＝1回程度（業者指定料金）
買い物代行（通常の利用区域）	なし	あり	なし	あり				

買い物代行（通常の利用区域以外）	なし	あり	なし	あり				
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり				
金銭・貯金管理	なし	あり	なし	あり				
外出付き添い	なし	あり	なし	あり				1,650円（税込）/30分・予約制
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり		○	実費	年2回実費費用
健康相談	なし	あり	なし	あり				
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり				
服薬支援	なし	あり	なし	あり				
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり				
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	なし	あり	なし	あり				
入退院時の同行（協力医療機関）	なし	あり	なし	あり				
入退院時の同行（協力医療機関以外）	なし	あり	なし	あり		○		1,650円（税込）/30分・予約制
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり				
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり				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割または2割又は3割の利用者負担）。

※2：「あり」を記入したときには、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。

別添 2

入居者の個別選択によるサービス一覧表（生活支援サービス利用者「自立」）

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					なし	あり			
区分	生活支援費 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 (利用者が全額負担)		包含 ※2	都度 ※2	料金 ※3	備考	
	なし	あり	なし	あり					
介護サービス									
食事介助	なし	あり	なし	あり				必要に応じ	
排泄介助・おむつ交換			なし	あり				必要に応じ	
おむつ代	なし	あり	なし	あり		○	実費		
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり				週2回（未入浴時は清拭）	
特浴介助	なし	あり	なし	あり				必要に応じ	
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり				必要に応じ	
機能訓練	なし	あり	なし	あり					
通院介助（協力医療機関）	なし	あり	なし	あり					
通院介助（協力医療機関以外）	なし	あり	なし	あり		○		1,650円（税込）/30分・予約制	
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり					
リネン交換	なし	あり	なし	あり					
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり					
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり				体調不良時	
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり		○	差額分	別途食材を用意する必要がある場合は差額分	
おやつ			なし	あり					
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○		月＝1回程度（業者指定料金）	
買い物代行（通常の利用区域）	なし	あり	なし	あり					

買い物代行（通常の利用区域以外）	なし	あり	なし	あり				
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり				
金銭・貯金管理	なし	あり	なし	あり				
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり		○	実費	年2回（実費負担）
健康相談	なし	あり	なし	あり				
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり				
服薬支援	なし	あり	なし	あり				
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり				
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	なし	あり	なし	あり				
入退院時の同行（協力医療機関）	なし	あり	なし	あり				
入退院時の同行（協力医療機関以外）	なし	あり	なし	あり		○		1,650円（税込）/30分・予約制
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり				
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり				

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

※2：「あり」を記入したときには、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。