

**チャームスイート高槻藤の里 サービス付き高齢者向け住宅 兼
特定施設入居者生活介護 重要事項説明書**

記入年月日	2023年7月1日
記入者名	山田 省吾
所属・職名	チャームスイート高槻藤の里 ホーム長

※ 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、以下の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。

1. 事業主体概要

種類	個人/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
	メールアドレス	gyomu-kanri-horei@charmcc.jp
	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	※別添1（別々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 (住まいの概要)

名称	(ふりがな) ちゃーむすいーとたかつきふじのさと チャームスイート高槻藤の里	
所在地	〒569-0025 大阪府高槻市藤の里町1番36号	
主な利用交通手段	最寄駅	阪急電鉄京都本線 高槻市駅
	交通手段と所要時間	徒歩 12分
連絡先	電話番号	072-673-5825
	FAX 番号	072-673-5826
	メールアドレス	gyomu-kanri-horei@charmcc.jp
	ホームページ	http://www.charmcc.jp/
管理者	氏名	山田 省吾

	職名	管理者 (ホーム長)
建物の竣工日	2018年 8月 31日	
有料老人ホーム事業の開始日	2018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	2770905434	
	指定した自治体名	高槻市	
	事業所の指定日	平成・令和	2年 4月 1日
	指定の更新日 (直近)	平成・令和	2年 4月 1日

3. 建物概要

土地	敷地面積	3,491.73 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 (普通賃借 ・ 定期賃借)				
		抵当権の有無	1 あり	2 なし		
		契約期間	1 あり (2018年8月1日～2048年7月31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	3,370.30 m ²			
		うち老人ホーム部分	3,370.30 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 (普通賃借 ・ 定期賃借)						
抵当権の設定		1 あり	2 なし			
契約期間		1 あり (2018年8月1日～2048年7月31日)	2 なし			
契約の自動更新		1 あり	2 なし			
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室 (縁故者居室を含む)				
		2 相部屋あり				
		最少	人部屋			
	最大	人部屋				
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
	タイプ1	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	19.20～19.52 m ²	79	一般居室個室
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	40.06 m ²	2	一般居室個室
	タイプ3	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	43.09 m ²	2	一般居室個室
タイプ4	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²			

	タイプ5	有/無	有/無	m ²			
	タイプ6	有/無	有/無	m ²			
	タイプ7	有/無	有/無	m ²			
	タイプ8	有/無	有/無	m ²			
	タイプ9	有/無	有/無	m ²			
	タイプ10	有/無	有/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」の別を記入。							
共用施設	共用便所における便房	4ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		4ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房		4ヶ所		
	共用浴室	10ヶ所	個室		10ヶ所		
			大浴場		0ヶ所		
	共用浴室における介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴		0ヶ所		
			リフト浴		0ヶ所		
			ストレッチャー浴		1ヶ所		
その他 ()			0ヶ所				
食堂	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし			
入居者や家族が利用できる調理設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし			
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり (車椅子対応)	<input checked="" type="checkbox"/> 2	あり (ストレッチャー対応)	<input type="checkbox"/> 3	あり (上記1・2に該当しない)	
	<input type="checkbox"/> 4	なし					
消防用設備等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
緊急通報装置等	居室	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	一部あり	<input type="checkbox"/> 3	なし
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	一部あり	<input type="checkbox"/> 3	なし
	浴室	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	一部あり	<input type="checkbox"/> 3	なし
	その他 (脱衣室)	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	一部あり	<input type="checkbox"/> 3	なし
その他							

4. サービス等の内容 (全体の方針)

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します。
----------	--

	<ul style="list-style-type: none"> ・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します。
サービスの提供内容に関する特色	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。
入浴、排せつ又は食事の介護	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input type="checkbox"/> 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は省略可能

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	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	個別機能訓練加算	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	夜間看護体制加算	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	若年性認知症入居者受入加算	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	医療機関連携加算	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	口腔衛生管理体制加算	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	栄養スクリーニング加算	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	退院・退所時連携加算	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	看取り介護加算	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	科学的介護推進加算	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	ADL維持等加算	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	認知症専門ケア加算	(I)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	サービス提供体制強化加算	(I)イ	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(I)ロ	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
(III)		1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
介護職員処遇改善加算	<input type="checkbox"/> 1あり 2なし <input type="checkbox"/> I		
介護職員等特定処遇改善加算	<input type="checkbox"/> 1あり 2なし <input type="checkbox"/> II		
介護職員等ベースアップ等支援加算		<input type="checkbox"/> 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	1 あり	(介護・看護職員の配置率)	
	<input type="checkbox"/> 2 なし	: 1	

(医療連携の内容)

医療支援	<input type="checkbox"/> 1 救急車の手配
------	-----------------------------------

※複数選択可		2 入退院の付き添い 3 通院介助 4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	医療法人社団 日翔会 くればクリニック
		住所	大阪府茨木市沢良宜浜2丁目1番2号
		診療科目	内科・循環器内科・心臓リハビリテーション科
		協力科目	内科
		協力内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ホーム内における定期健康相談の実施 ・ホーム内の往診の実施 ・ホームでの死亡時の確認 ・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	
		協力科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	医療法人 中村歯科メディカルクリニック
		住所	大阪府茨木市大同町2番1号
		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

(入居後に居室を住み替える場合) ※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			
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	自立している者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
----------	---------	--	------

【表示事項】	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	ご自宅での生活が不安と感じられている自立の方や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		
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		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書 第14条	
	解約予告期間	90日	
入居者からの解約予告期間	30日		
体験入居の内容	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)11,000円(税込)) 2 なし		
入居定員	83人【(介護予防)特定施設入居者生活介護】/87人【サービス付き高齢者向け住宅】		
その他			

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（同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません）。

（職種別の職員数）

	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	2	2		1.0
直接処遇職員	43	18	35	28.0
介護職員	40	16	34	25.2
看護職員	3	2	1	2.8
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				
調理員				
事務員				
その他の職員	2		2	
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				40時間
※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		1
介護福祉士	21	9	12

実務者研修の修了者	13	6	7
初任者研修の修了者	20	7	13
介護支援専門員	2	0	2

(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	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			
はり師			
きゅう師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (16時30分～ 9時30分)		
	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	3人	2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 (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)	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	他の職務との兼務		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、ヘルパー2級					
			2 なし							
	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年間の採用者数	1		4	2						
前年度1年間の退職者数	1		7	16						

業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満	1	0	5	4	0	0				
	1年以上	1	0	4	13	0	0	1			
	3年未満										
	3年以上	0	1	5	7	0	0			1	
	5年未満										
	5年以上	0	0	1	0	1	0				
10年未満											
10年以上	0	0	1	0	1	0				1	
従業者の健康診断の実施状況				1	あり	2	なし				

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 <input type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	<input type="checkbox"/> 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 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
	要介護状態に応じた金額設定	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 <input type="checkbox"/> 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	運営懇談会の意見を聴いた上で改定するものとします。
	手続き	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【代表的なプランを2例】)

		プラン1	プラン2	
入居者の状況	要介護度	要支援1～要介護5		
	年齢	80歳以上		
居室の状況	床面積	19.20 m ²	40.06 m ²	
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	浴室	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	台所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
入居時点で必要な費用	前払金	6,000,000円	13,200,000円	
	敷金	0円	0円	
月額費用の合計		203,490円	271,490円	
家賃		33,000円	46,000円	
サービス費用	※1 特定施設入居者生活介護の費用	0円	0円	
	※2 介護保険外	食費	54,000円	54,000円
		管理費	116,490円	171,490円
			0円	0円
	光熱水費	管理費に含む	管理費に含む	

	その他	0 円	0 円
※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。 ※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）			

(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。近傍家賃などを参照し算出。
敷金	なし。
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、共用施設等の水光熱費及び維持管理費、居室の電気代、水道代です。
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。 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す)。
光熱水費	水道光熱費の負担はございません(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	

(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	介護報酬告示上の額による。
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)	算定無し
※介護予防・地域密着型の場合を含む。	

(前払金の受領) ※前払金プランの選択について：満年齢 80 歳未満かつ、要支援または要介護認定を受けていない方については、プラン②③の選択はできません。

算定根拠	賃借料、減価償却費、借入金利息、建物修繕費等を基礎とし、平均余命を勘案した想定居住期間の家賃相当額、及び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ヶ月	
償却の開始日	契約開始日	
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)	タイプAプラン②の場合	900,000円
	タイプBプラン②の場合	1,980,000円
	タイプCプラン②の場合	2,160,000円
	タイプAプラン③の場合	1,800,000円
	タイプBプラン③の場合	3,960,000円
	タイプCプラン③の場合	4,320,000円
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	入居した日の翌日から3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、利用期間に係る賃料を下記算定方法に基づき受領する。

		<p>・算定方法 前払金×償却部分の額の比率（一時金の70%）÷想定居住期間（60ヶ月×30日）×（入居した日の翌日から契約終了日（明け渡し日）までの日数） ※1日当たりの利用料は10円未満切り捨て ※「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」は、全額返金します。</p>
	入居後3月を超えた契約終了	<p>・前払金償却期間内に契約が終了した場合（入居者の入居後、3ヶ月が経過し、想定入居期間が経過するまでの間に契約が解除等された場合）： {前払金×（（1-非返還対象分の前払金に占める比率30%）÷60月）×（60月-経過月数※） ※入居予定日の翌日が属する月を含む月数 （入居予定日の翌日が属する月及び契約終了月が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、日割計算します。） なお、{ } 内で算出される金額は1か月に償却される金額に相当します。</p> <p>・前払金償却期間を超えて契約が終了した場合： 返還金はありません。</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	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【冒頭に記した記入日現在】

（入居者の人数）

性別	男性	16人
	女性	67人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上75歳未満	3人
	75歳以上85歳未満	12人
	85歳以上	67人
要介護度別	自立	2人
	要支援1	8人
	要支援2	11人
	要介護1	21人
	要介護2	12人
	要介護3	12人
	要介護4	11人
	要介護5	7人
入居期間別	6ヶ月未満	13人
	6ヶ月以上1年未満	5人
	1年以上5年未満	65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	89.0歳
入居者数の合計	83人
入居率	100%【(介護予防) 特定施設入居者生活介護】 95.4%【サービス付き高齢者向け住宅】
※ 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	0人	
	社会福祉施設	0人	
	医療機関	1人	
	死亡	2人	
	その他	1人	
生前解約の状況	施設側の申し出	(解約事由の例)	0人
	入居者側の申し出	(解約事由の例)	2人
		他施設への転居、病状悪化による入院。	

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) ※複数の窓口がある場合は、欄を増やして記入すること。

窓口の名称	①チャームスイート高槻藤の里 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 ③高槻市福祉指導課	
電話番号	①072-673-5825 ②フリーダイヤル：0120-453-286 ③072-674-7821	
対応している時間	平日	①②10：00～17：00 ③8：45～17：15
	土曜	①②10：00～17：00 ③休業日
	日曜・祝日	①②10：00～17：00 ③休業日
定休日	①②年中無休 ③土曜・日曜・祝日	

(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 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、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	
事故対応及びその予防のための指針	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	1 あり	実施日	R5.6
	2 なし	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 あり	実施日	年 月 日
		評価機関名称	
	2 なし	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
管理規程	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 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		
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 あり (提携ホーム名:) 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	1 あり 2 なし 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第23条の規定により、届出が不要	
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	1 あり 2 なし	
有料老人ホーム設置運営指導指針「5. 規模及び構造設備」に合致しない事項	1 あり 2 なし	
合致しない事項がある場合の内容		
「6. 既存建築物等の活用の場合等の特例」への 適合性	1 適合している (代替措置) 2 適合している (将来の改善計画) 3 適合していない	
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	1 あり 2 なし	
不適合事項がある場合の内容		

11.状況把握・生活相談サービス以外のサービス選択に係る説明（入居者が介護サービス事業者を自由に選択できることについて）

<input type="checkbox"/> 医療サービス等	医療、歯科医療、あん摩マッサージ指圧、はり、きゅう、柔道整復
----------------------------------	--------------------------------

<input type="checkbox"/> その他のサービス	金銭管理、理髪等
-----------------------------------	----------

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×10.54×1割（一定以上所得者は2割または3割）						

添付書類：別添 1（別に実施する介護サービス一覧表）
別添 2（個別選択による介護サービス一覧表）

上記につきまして、書面による説明を受け、交付され同意しました。

※_____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。

別添1 事業主体が高槻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	予防
＜居宅サービス＞					
訪問介護	有	<input type="checkbox"/>			
訪問入浴介護	有	<input type="checkbox"/>			
訪問看護	有	<input type="checkbox"/>			
訪問リハビリテーション	有	<input type="checkbox"/>			
居宅療養管理指導	有	<input type="checkbox"/>			
通所介護	有	<input type="checkbox"/>			
通所リハビリテーション	有	<input type="checkbox"/>			
短期入所生活介護	有	<input type="checkbox"/>			
短期入所療養介護	有	<input type="checkbox"/>			
特定施設入居者生活介護	有	<input type="checkbox"/>			
福祉用具貸与	有	<input type="checkbox"/>			
特定福祉用具販売	有	<input type="checkbox"/>			
＜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"/>			
夜間対応型訪問介護	有	<input type="checkbox"/>			
認知症対応型通所介護	有	<input type="checkbox"/>			
小規模多機能型居宅介護	有	<input type="checkbox"/>			
認知症対応型共同生活介護	有	<input type="checkbox"/>			
地域密着型特定施設入居者生活介護	有	<input type="checkbox"/>			
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	有	<input type="checkbox"/>			
看護小規模多機能型居宅介護	有	<input type="checkbox"/>			
居宅介護支援	有	<input type="checkbox"/>			
介護予防支援	有	<input type="checkbox"/>			
＜介護保険施設＞					
介護老人福祉施設	有	<input type="checkbox"/>			
介護老人保健施設	有	<input type="checkbox"/>			

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						なし	あり	備 考	
	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
			なし	あり	なし				
介護サービス									
食事介助	なし	あり	なし	あり				ケアプランに基づく	
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり				ケアプランに基づく	
おむつ代			なし	あり					
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり				ケアプランに基づく	
特浴介助	なし	あり	なし	あり				ケアプランに基づく	
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり				ケアプランに基づく	
機能訓練	なし	あり	なし	あり					
通院介助	なし	あり	なし	あり				外部サービスを紹介	
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり				ケアプランに基づく	
リネン交換	なし	あり	なし	あり				ケアプランに基づく	
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				ケアプランに基づく	
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり		○	実費	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		○	実費	予約制	
買い物代行	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					
健康管理サービス									
定期健康診断			なし	あり		○	実費	年2回の機会を提供	
健康相談	なし	あり	なし	あり				所属看護師による対応	
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				ケアプランに基づく	
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	なし	あり	なし	あり					
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割又は2～3割の利用者負担）。 ※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額の利用料に包含される場合と、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。