重要事項説明書

記入年月日	
記入者名	
所属・職名	

１．事業主体概要

種類	個人／法人　　法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	（ふりがな）かぶしきがいしゃすまいるらいふ 株式会社スマイルライフ	
主たる事務所の所在地	〒530-0054　大阪府大阪市北区南森町 2 丁目 1 番 20 号	
連絡先	電話番号	06-4309-6730
	FAX番号	06-4309-6731
	メールアドレス	smile-n@sirius.ocn.ne.jp
	ホームページアドレス	https://chanter-smilelife.co.jp
代表者	氏名	中谷喜則
	職名	代表取締役
設立年月日	平成　25　年　3　月　1　日	
主な実施事業	※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

（住まいの概要）

名称	（ふりがな）じゅうたくがたゆうりょうろうじんほーむ　しゃんてたかつき 住宅型有料老人ホーム　シャンテ高槻	
所在地	〒569-0034 大阪府高槻市大塚町５丁目 10 番１号	
主な利用交通手段	最寄駅	枚方公園駅、枚方市駅
	交通手段と所要時間	①　バス利用の場合 ・京阪バスで枚方市駅から乗車９分、大塚停留所で下車、徒歩２分　（150m） ②　徒歩の場合 ・枚方公園駅から 25 分
連絡先	電話番号	072-676-7061
	FAX番号	072-676-7062
	メールアドレス	chanter_t@eagle.ocn.ne.jp
	ホームページアドレス	https://chanter-smilelife.co.jp
管理者	氏名	清水達哉
	職名	施設長
建物の竣工日		平成　28　年　12　月　2　日
有料老人ホーム事業の開始日		平成　29　年　1　月　16　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	
	指定した自治体名	県（市）
	事業所の指定日	年　月　日
	指定の更新日（直近）	年　月　日

３．建物概要

土地	敷地面積	1236.91 ㎡				
	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 （2016 年 12 月 15 日～2046 年 12 月 14　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	1282.47 ㎡			
		うち、老人ホーム部分	1282.47 ㎡			
	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 （2016 年 12 月 15 日～2046 年 12 月 14 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	(有)／無	有／(無)	18.63 ㎡	40	一般居室個室
※「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	2 ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	0 ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	1 ヶ所		
	共用浴室	3 ヶ所	個室	3 ヶ所		
			大浴場	0 ヶ所		
	共用浴室における	0 ヶ所	チェアー浴	ヶ所		

	介護浴槽		リフト浴	ヶ所
			ストレッチャー浴	ヶ所
			その他（　　）	ヶ所
	食堂	(1) あり　2　なし		
	入居者や家族が利用できる調理設備	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		
	火災通報設備	(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		
緊急通報装置等	居室 (1) あり 2　一部あり 3　なし	便所 (1) あり 2　一部あり 3　なし	浴室 (1) あり 2　一部あり 3　なし	その他（　　） 1　あり 2　一部あり 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	明るくアットホームな施設作り
サービスの提供内容に関する特色	住宅型利用権方式の有料老人ホーム。 自分の時間が大切にできる全室個室。 毎日バランスの良いお食事を提供。
入浴、排せつ又は食事の介護	1　自ら実施　2　委託　(3) なし
食事の提供	1　自ら実施　(2) 委託　3　なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1　自ら実施　2　委託　(3) なし
健康管理の供与	(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	(1) 自ら実施　2　委託　3　なし
生活相談サービス	(1) 自ら実施　2　委託　3　なし

（医療連携の内容）

医療支援 ※複数選択可		①　救急車の手配 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	亀岡内科	
		住所	大阪府枚方市西禁野 2 丁目 2-15	
		診療科目	内科	
		協力科目	内科	
		協力内容	入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	①　あり　2　なし
			診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保	①　あり　2　なし
新興感染症発生時に連携する医療機関	①　あり			
		医療機関の名称	亀岡内科	
		医療機関の住所	大阪府枚方市西禁野 2 丁目 2-15	
	2　なし			
協力歯科医療機関	1	名称	辻本歯科クリニック	
		住所	大阪府大阪市東淀川区菅原 7-3-2	
		協力内容	月 4 回往診	

（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		
契約解除の内容	入居契約書第 4 章　第 20 条による	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第 4 章　第 21 条による
	解約予告期間	2 ヶ月
入居者からの解約予告期間	1 ヶ月	
体験入居の内容	①　あり（内容：空室がある場合のみ。月額利用料の日割り） 2　なし	
入居定員	40 人	
その他	介護サービスや医療サービスの契約および利用に関しては、入居者がその事業所等を自由に選択し、利用することができる。	

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		
生活相談員	1	1		
直接処遇職員	2		2	
介護職員	2		2	
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
事務員	1	1		
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※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			
介護福祉士	1		1
実務者研修の修了者	1	1	
初任者研修の修了者	1		1
介護支援専門員			

（夜勤を行う看護・介護職員の人数）

夜勤帯の設定時間　（　21　時　00　分～　7　時　00　分）		
	平均人数	最少時人数（休憩者等を除く）
介護職員	１人	１人

（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	介護福祉士実務者研修							
		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						
前年度１年間の退職者数					1						
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年以上３年未満				1						
	３年以上５年未満				1						
	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		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】	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	
	4　選択方式 ※該当する方式を全て選択	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
年齢に応じた金額設定	1　あり　② なし	
要介護状態に応じた金額設定	1　あり　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	1　減額なし 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	自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等
	手続き	運営懇談会にて

（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			
	年齢		歳	歳
居室の状況	床面積		18.63 ㎡	㎡
	便所		(1) 有　2　無	1　有　2　無
	浴室		1　有　(2) 無	1　有　2　無
	台所		1　有　(2) 無	1　有　2　無
入居時点で必要な費用	前払金		円	円
	敷金		100,000 円	円
月額費用の合計			129,000 円	円
家賃			50,000 円	円
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用		円	円
	介護保険外※2	食費	44,000 円	円
		管理費	25,000 円	円
		介護費用	円	円
		光熱水費	10,000 円	円
		その他	円	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	近隣の家賃相場による
敷金	家賃の　２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	生活サービスの人件費、事務費
食費	委託費
光熱水費	過去の運営実績による
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	

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	７人
	女性	２４人
年齢別	65 歳未満	１人
	65 歳以上 75 歳未満	１人
	75 歳以上 85 歳未満	８人
	85 歳以上	２１人
要介護度別	自立	人
	要支援１	人
	要支援２	人
	要介護１	２人
	要介護２	８人
	要介護３	６人
	要介護４	５人
	要介護５	１０人
入居期間別	６ヶ月未満	６人
	６ヶ月以上１年未満	５人
	１年以上５年未満	１６人
	５年以上 10 年未満	４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	８７歳
入居者数の合計	３１人
入居率※	７７．５％
※ 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	１人
	社会福祉施設	２人
	医療機関	３人
	死亡	４人
	その他	人
生前解約の状	施設側の申し出	１人

況		
		（解約事由の例） 規定違反により集団生活が送れないため
	入居者側の申し出	３人
		（解約事由の例） 他施設希望、退院後施設復帰が見込めないため

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		シャンテ高槻	高槻市福祉指導課
電話番号		072-676-7061	072-674-7821
対応している時間	平日	9：00～18：00	8：45～17：15
	土曜	9：00～17：30	定休
	日曜・祝日	定休	定休
定休日		日曜・祝日	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）賠償責任保険
	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	三井住友海上火災保険株式会社
	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	運営懇談会後に報告
		結果の開示	(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
	(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　1　回	
	2　なし		
	1　代替措置あり	（内容）	
	2　代替措置なし		
高齢者虐待防止のための取組の状況	虐待防止対策検討委員会の定期的な開催	(1) あり	2　なし
	指針の整備	(1) あり	2　なし
	定期的な研修の実施	(1) あり	2　なし
	担当者の配置	(1) あり	2　なし
身体的拘束等の適正化のための取組の状況	身体的拘束等適正化検討委員会の開催	(1) あり	2　なし
	指針の整備	(1) あり	2　なし
	定期的な研修の実施	(1) あり	2　なし
	緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為（身体的拘束等）を行うこと		

	1　あり	身体的拘束等を行う場合の態様及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録	1　あり　　2　なし
	(2) なし		
業務継続計画の策定状況等	感染症に関する業務継続計画		(1) あり　2　なし
	災害に関する業務継続計画		(1) あり　2　なし
	職員に対する周知の実施		(1) あり　2　なし
	定期的な研修の実施		(1) あり　2　なし
	定期的な訓練の実施		(1) あり　2　なし
	定期的な業務継続計画の見直し		(1) あり　2　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	なし		
不適合事項がある場合の内容	なし		

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）

※（利用者）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

（代理人）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿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　　事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市内で実施する他の介護サービス等

介護サービス等の種類			併設・隣接の状況	事業所の名称	所在地
＜居宅サービス＞					
訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
通所介護	あり	なし	併設・隣接		
通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
＜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	併設・隣接		
夜間対応型訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
居宅介護支援	あり	なし	併設・隣接		
＜居宅介護予防サービス＞					
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
＜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	併設・隣接		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防支援	あり	なし	併設・隣接		
＜介護保険施設＞					
介護老人福祉施設	あり	なし	併設・隣接		
介護老人保健施設	あり	なし	併設・隣接		
介護療養型医療施設	あり	なし	併設・隣接		
介護医療院	あり	なし	併設・隣接		
＜介護予防・日常生活支援総合事業＞					
訪問型サービス	あり	なし	併設・隣接		
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接		
その他の生活支援サービス	あり	なし	併設・隣接		

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
	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					
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり					
おむつ代			なし	あり		○	実費		
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり					
特浴介助	なし	あり	なし	あり					
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり					
機能訓練	なし	あり	なし	あり					
通院介助	なし	あり	なし	あり					
口腔衛生管理	なし	あり	なし	あり					
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					
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり					
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		
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					
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									
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～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、月額のサービス費用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。