

## 有料老人ホーム重要事項説明書

|                                 |                                                             |                      |                  |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------|------------------|
| 施設名                             | チャームスイート荻窪                                                  |                      |                  |
| 定員・室数                           | 48 人 ・ 48 室                                                 |                      |                  |
| 有料老人ホームの種類・表示事項                 |                                                             |                      |                  |
| 類 型                             | 介護付（一般型）                                                    |                      |                  |
| サ 付 登 録 の 有 無                   | 無                                                           |                      |                  |
| 居 住 の 権 利 形 態                   | 利用権方式                                                       |                      |                  |
| 利 用 料 の 支 払 方 式                 | 選択方式                                                        |                      |                  |
| 入 居 時 の 要 件                     | 混合型（自立含む）                                                   |                      |                  |
| 介 護 保 険 の 利 用                   | 特定施設入居者生活介護（一般型）                                            |                      |                  |
| 居 室 区 分                         | 定員1人                                                        |                      |                  |
| 介護に関わる職員体制                      | 2.5：1以上                                                     |                      |                  |
| 1 事業主体                          |                                                             |                      |                  |
| 名 称                             | 法 人 等 の 種 別                                                 | 営利法人                 |                  |
|                                 | 名 称                                                         | 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                                                  | 大阪府大阪市北区中之島3-6-32    |                  |
| 連 絡 先                           | 電 話 番 号                                                     | 06-6445-3389         |                  |
|                                 | ファックス番号                                                     | 06-6445-3398         |                  |
| ホ ー ム ペ ー ジ                     | <a href="http://www.charmcc.jp/">http://www.charmcc.jp/</a> |                      |                  |
| 代 表 者 職 氏 名                     | 役職名                                                         | 代表取締役                | 氏名 下村隆彦          |
| 設 立 年 月 日                       | 昭和59年8月22日                                                  |                      |                  |
| 主 な 事 業 等                       | 介護付有料老人ホーム運営（特定施設入居者生活介護）<br>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） |                      |                  |
| 事業主体が東京都内で実施する介護保険制度による指定介護サービス |                                                             |                      |                  |
| 介護サービスの種類                       | 箇所数                                                         | 主な事業所の名称             | 所在地              |
| <居宅サービス>                        |                                                             |                      |                  |
| 訪問介護                            | なし                                                          |                      |                  |
| 訪問入浴介護                          | なし                                                          |                      |                  |
| 訪問看護                            | なし                                                          |                      |                  |
| 訪問リハビリテーション                     | なし                                                          |                      |                  |
| 居宅療養管理指導                        | なし                                                          |                      |                  |
| 通所介護                            | なし                                                          |                      |                  |
| 通所リハビリテーション                     | なし                                                          |                      |                  |
| 短期入所生活介護                        | なし                                                          |                      |                  |
| 短期入所療養介護                        | なし                                                          |                      |                  |
| 特定施設入居者生活介護                     | 43                                                          | チャームスイート石神井公園        | 東京都練馬区高野台5丁目13-7 |
| 福祉用具貸与                          | なし                                                          |                      |                  |
| 特定福祉用具販売                        | なし                                                          |                      |                  |
| <地域密着型サービス>                     |                                                             |                      |                  |
| 定期巡回・随時訪問介護・看護                  | なし                                                          |                      |                  |
| 夜間対応型訪問介護                       | なし                                                          |                      |                  |
| 地域密着型通所介護                       | なし                                                          |                      |                  |
| 認知症対応型通所介護                      | なし                                                          |                      |                  |
| 小規模多機能型居宅介護                     | なし                                                          |                      |                  |
| 認知症対応型共同生活介護                    | なし                                                          |                      |                  |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護                | なし                                                          |                      |                  |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護            | なし                                                          |                      |                  |
| 複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）          | なし                                                          |                      |                  |
| 居宅介護支援                          | なし                                                          |                      |                  |

|                     |                                                                                                               |                     |                  |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------|
| < 居宅介護予防サービス >      |                                                                                                               |                     |                  |
| 介護予防訪問入浴介護          | なし                                                                                                            |                     |                  |
| 介護予防訪問看護            | なし                                                                                                            |                     |                  |
| 介護予防訪問リハビリテーション     | なし                                                                                                            |                     |                  |
| 介護予防居宅療養管理指導        | なし                                                                                                            |                     |                  |
| 介護予防通所リハビリテーション     | なし                                                                                                            |                     |                  |
| 介護予防短期入所生活介護        | なし                                                                                                            |                     |                  |
| 介護予防短期入所療養介護        | なし                                                                                                            |                     |                  |
| 介護予防特定施設入居者生活介護     | 41                                                                                                            | チャームスイート石神井公園       | 東京都練馬区高野台5丁目13-7 |
| 介護予防福祉用具貸与          | なし                                                                                                            |                     |                  |
| 介護予防特定福祉用具販売        | 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      | なし                                                                                                            |                     |                  |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護     | なし                                                                                                            |                     |                  |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護    | なし                                                                                                            |                     |                  |
| 介護予防支援              | なし                                                                                                            |                     |                  |
| < 介護保険施設 >          |                                                                                                               |                     |                  |
| 介護老人福祉施設            | なし                                                                                                            |                     |                  |
| 介護老人保健施設            | なし                                                                                                            |                     |                  |
| 介護療養型医療施設           | なし                                                                                                            |                     |                  |
| 介護医療院               | なし                                                                                                            |                     |                  |
| 2 事業所概要             |                                                                                                               |                     |                  |
| 名 称                 | フリカナ                                                                                                          | チャームスイート荻窪          |                  |
|                     | 名 称                                                                                                           | チャームスイート荻窪          |                  |
| 所 在 地               | 〒 167-0051                                                                                                    | 東京都杉並区荻窪二丁目42番15号   |                  |
|                     |                                                                                                               |                     |                  |
| 連 絡 先               | 電 話 番 号                                                                                                       | 03-5347-1008        |                  |
|                     | フ ァ ッ ク ス 番 号                                                                                                 | 03-5347-5102        |                  |
| ホ ー ム ペ ー ジ         | <a href="https://www.charmcc.jp/home/charmsuite_ogikubo/">https://www.charmcc.jp/home/charmsuite_ogikubo/</a> |                     |                  |
| 介護保険事業所番号           | 第1371511062号                                                                                                  |                     |                  |
| 管 理 者 職 氏 名         | 役職名                                                                                                           | ホーム長                | 氏名 萩原 里子         |
| 事 業 開 始 年 月 日       | 令和 5 年 2 月 1 日                                                                                                |                     |                  |
| 届 出 年 月 日           | 令和 4 年 9 月 21 日                                                                                               |                     |                  |
| 届 出 上 の 開 設 年 月 日   | 令和 5 年 2 月 1 日                                                                                                |                     |                  |
| 特定施設入居者生活介護         | 新規指定年月日（初回）                                                                                                   | 令和 5 年 2 月 1 日      |                  |
|                     | 指定の有効期間                                                                                                       | 令和 11 年 1 月 31 日 まで |                  |
| 介護予防<br>特定施設入居者生活介護 | 新規指定年月日（初回）                                                                                                   | 令和 5 年 2 月 1 日      |                  |
|                     | 指定の有効期間                                                                                                       | 令和 11 年 1 月 31 日 まで |                  |
| 事 業 所 へ の ア ク セ ス   | JR中央線・総武線「荻窪」駅より徒歩約9分（約720m）                                                                                  |                     |                  |

|           |       |       |                                           |  |         |  |    |         |  |  |  |  |  |
|-----------|-------|-------|-------------------------------------------|--|---------|--|----|---------|--|--|--|--|--|
| 施設・設備等の状況 |       |       |                                           |  |         |  |    |         |  |  |  |  |  |
| 敷 地       | 権利形態  |       | －                                         |  | 抵当権     |  | なし |         |  |  |  |  |  |
|           | 面 積   |       | 1265.33 ㎡                                 |  |         |  |    |         |  |  |  |  |  |
| 建 物       | 権利形態  |       | 賃貸借                                       |  | 抵当権     |  | なし |         |  |  |  |  |  |
|           | 延床面積  |       | 2135.89 ㎡      うち有料老人ホーム分 2135.89 ㎡       |  |         |  |    |         |  |  |  |  |  |
|           | 竣工日   |       | 令和 4 年 12 月 14 日                          |  |         |  |    |         |  |  |  |  |  |
|           | 階 数   |       | 地上    3    階      地下    1    階            |  |         |  |    |         |  |  |  |  |  |
|           |       |       | うち有料老人ホーム分 地上    3    階      地下    1    階 |  |         |  |    |         |  |  |  |  |  |
|           | 構造    | 耐火建築物 |                                           |  | 建築物用途区分 |  |    | 有料老人ホーム |  |  |  |  |  |
|           | 併設施設等 | なし    |                                           |  |         |  |    |         |  |  |  |  |  |

### 3 従業者に関する事項

## 職種別の従業者の人数及びその勤務形態

| ① 有料老人ホームの職員の人数及びその勤務形態  |     |    |     |     |     |       |            |                |
|--------------------------|-----|----|-----|-----|-----|-------|------------|----------------|
| 職種                       | 実人数 | 常勤 |     | 非常勤 |     | 合計    | 常勤換算<br>人数 | 兼務状況 等         |
|                          |     | 専従 | 非専従 | 専従  | 非専従 |       |            |                |
| 管理者（施設長）                 | 1   |    |     |     |     | 1人    | 1.0        |                |
| 生活相談員                    | 1   |    |     |     |     | 1人    | 1.0        |                |
| 看護職員：直接雇用                | 2   | 1  |     |     |     | 3人    | 2.9        | 内1名、機能訓練指導員と兼務 |
| 看護職員：派遣                  |     |    |     |     |     | 0人    |            |                |
| 介護職員：直接雇用                | 8   |    |     | 3   |     | 11人   | 14.2       |                |
| 介護職員：派遣                  | 2   |    |     | 4   |     | 6人    |            |                |
| 機能訓練指導員                  |     | 1  |     |     |     | 1人    | 0.1        | 看護職員と兼務        |
| 計画作成担当者                  | 1   |    |     |     |     | 1人    | 1.0        |                |
| 栄養士                      |     |    |     |     |     | 0人    |            |                |
| 調理員                      |     |    |     |     |     | 0人    |            |                |
| 事務員                      |     |    |     |     |     | 0人    |            |                |
| その他従業者                   |     |    |     |     |     | 0人    |            |                |
| ② 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 |     |    |     |     |     | 40 時間 |            |                |

| ③－１ 介護職員の資格                            |          |    |     |                       |     |    |            |      |
|----------------------------------------|----------|----|-----|-----------------------|-----|----|------------|------|
| 資格                                     | 延べ<br>人数 | 常勤 |     | 非常勤                   |     |    |            |      |
|                                        |          | 専従 | 非専従 | 専従                    | 非専従 |    |            |      |
| 介護福祉士                                  |          | 4  |     | 2                     |     |    |            |      |
| 実務者研修                                  |          | 2  |     |                       |     |    |            |      |
| 介護職員初任者研修                              |          |    |     | 1                     |     |    |            |      |
| 介護支援専門員                                |          |    |     |                       |     |    |            |      |
| たん吸引等研修（不特定）                           |          |    |     |                       |     |    |            |      |
| たん吸引等研修（特定）                            |          |    |     |                       |     |    |            |      |
| 資格なし                                   |          | 4  |     | 4                     |     |    |            |      |
| ③－２ 機能訓練指導員の資格                         |          |    |     |                       |     |    |            |      |
| 資格                                     | 延べ<br>人数 | 常勤 |     | 非常勤                   |     |    |            |      |
|                                        |          | 専従 | 非専従 | 専従                    | 非専従 |    |            |      |
| 理学療法士                                  |          |    |     |                       |     |    |            |      |
| 作業療法士                                  |          |    |     |                       |     |    |            |      |
| 言語聴覚士                                  |          |    |     |                       |     |    |            |      |
| 看護師又は准看護師                              |          |    | 1   |                       |     |    |            |      |
| 柔道整復師                                  |          |    |     |                       |     |    |            |      |
| あん摩マッサージ指圧師                            |          |    |     |                       |     |    |            |      |
| はり師又はきゅう師                              |          |    |     |                       |     |    |            |      |
| ③－３ 管理者（施設長）の資格                        |          |    |     | 介護福祉士                 |     |    |            |      |
| ④ 夜勤・宿直体制                              |          |    |     |                       |     |    |            |      |
| 配置職員数が最も少ない時間帯                         |          |    |     | 20 時 0 分～ 7 時 0 分     |     |    |            |      |
| 上記時間帯の職員配置数                            |          |    |     | 介護職員 2 人以上 看護職員 0 人以上 |     |    |            |      |
| ⑤ 特定施設入居者生活介護の従業者の人数等 ①と同じのため記入省略      |          |    |     |                       |     |    |            |      |
| 職種                                     | 実人数      | 常勤 |     | 非常勤                   |     | 合計 | 常勤換算<br>人数 | 兼務状況 |
|                                        |          | 専従 | 非専従 | 専従                    | 非専従 |    |            |      |
| 生活相談員                                  |          |    |     |                       |     | 0人 |            |      |
| 看護職員                                   |          |    |     |                       |     | 0人 |            |      |
| 介護職員                                   |          |    |     |                       |     | 0人 |            |      |
| 機能訓練指導員                                |          |    |     |                       |     | 0人 |            |      |
| 計画作成担当者                                |          |    |     |                       |     | 0人 |            |      |
| ⑤－１ 介護職員の資格 ③－１と同じのため記入省略              |          |    |     |                       |     |    |            |      |
| 資格                                     | 延べ<br>人数 | 常勤 |     | 非常勤                   |     |    |            |      |
|                                        |          | 専従 | 非専従 | 専従                    | 非専従 |    |            |      |
| 介護福祉士                                  |          |    |     |                       |     |    |            |      |
| 実務者研修                                  |          |    |     |                       |     |    |            |      |
| 介護職員初任者研修                              |          |    |     |                       |     |    |            |      |
| 介護支援専門員                                |          |    |     |                       |     |    |            |      |
| たん吸引等研修（不特定）                           |          |    |     |                       |     |    |            |      |
| たん吸引等研修（特定）                            |          |    |     |                       |     |    |            |      |
| 資格なし                                   |          |    |     |                       |     |    |            |      |
| ⑤－２ 機能訓練指導員の資格 ③－２と同じのため記入省略           |          |    |     |                       |     |    |            |      |
| 資格                                     | 延べ<br>人数 | 常勤 |     | 非常勤                   |     |    |            |      |
|                                        |          | 専従 | 非専従 | 専従                    | 非専従 |    |            |      |
| 理学療法士                                  |          |    |     |                       |     |    |            |      |
| 作業療法士                                  |          |    |     |                       |     |    |            |      |
| 言語聴覚士                                  |          |    |     |                       |     |    |            |      |
| 看護師又は准看護師                              |          |    |     |                       |     |    |            |      |
| 柔道整復師                                  |          |    |     |                       |     |    |            |      |
| あん摩マッサージ指圧師                            |          |    |     |                       |     |    |            |      |
| はり師又はきゅう師                              |          |    |     |                       |     |    |            |      |
| ⑤－３ 看護職員及び介護職員 1 人当たり（常勤換算）の利用者数 1.8 人 |          |    |     |                       |     |    |            |      |

| 従業者の職種別・勤続年数別人数（本事業所における勤続年数） |    |      |     |      |     |       |     |         |     |         |     |
|-------------------------------|----|------|-----|------|-----|-------|-----|---------|-----|---------|-----|
| 勤続年数                          | 職種 | 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 |
| 1年未満                          |    |      |     | 4    | 4   | 1     |     |         |     |         |     |
| 1年以上3年未満                      |    | 2    |     | 6    | 3   |       |     |         |     | 1       |     |
| 3年以上5年未満                      |    | 1    |     |      |     |       |     | 1       |     |         |     |
| 5年以上10年未満                     |    |      |     |      |     |       |     |         |     |         |     |
| 10年以上                         |    |      |     |      |     |       |     |         |     |         |     |
| 合計                            |    | 3    | 0   | 10   | 7   | 1     | 0   | 1       | 0   | 1       | 0   |

  

#### 4 サービスの内容

提供するサービス

|                       |        |
|-----------------------|--------|
| 食事の提供サービス             | あり（委託） |
| 食事介助サービス              | あり     |
| 入浴介助サービス              | あり     |
| 排せつ介助サービス             | あり     |
| 口腔衛生管理サービス            | あり     |
| 居室の清掃・洗濯サービス等家事援助サービス | あり     |
| 相談対応サービス              | あり     |
| 健康管理サービス（定期的な健康診断実施）  | あり     |
| 服薬管理サービス              | あり     |
| 金銭管理サービス              | なし     |

  

|             |                                             |
|-------------|---------------------------------------------|
| 定期的な安否確認の方法 | 計画作成担当者が作成するケアプランに沿って安否確認を行います（昼間：随時、夜間：随時） |
|-------------|---------------------------------------------|

  

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 施設で対応できる医療的ケアの内容 | <p>胃ろう ○（栄養剤の摂取支援、体調管理、装着箇所の清潔保持）</p> <p>胃ろう以外の経管栄養 △（栄養剤の摂取支援、体調管理）</p> <p>在宅酸素 ○（体調管理）</p> <p>インスリン注射 ○（体調管理、血糖値把握）</p> <p>パルーン装着 ○（体調管理、装着箇所の清潔保持）</p> <p>ストーマ ○（体調管理、装着箇所の清潔保持）</p> <p>ペースメーカー ○（体調管理）</p> <p>透析 ○（体調管理）</p> <p>褥瘡 ○（体調管理、創部の清潔保持）</p> <p>痰吸引 ○（体調管理、看護師による口腔内吸引、創部の清潔保持）</p> <p>気管切開 △（体調管理、創部の清潔保持）</p> <p>※記号の意味：○＝対応可、△＝状況により対応可、（ ）書きが施設で対応できるケアの内容</p> <p>※吸引は看護師が勤務する日中のみ対応可能</p> |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

  

#### 医療機関との連携・協力

|                   |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                |
|-------------------|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 協力医療機関(1)         | 名称       | おうちの診療所中野                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                |
|                   | 所在地      | 東京都中野区新井一丁目24番地4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                |
|                   | 急変時の相談対応 | あり                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 事業者の求めに応じた診療あり |
|                   | 協力の内容    | <p>（１）ホーム内における定期健康相談及び訪問診療の実施</p> <p>（２）ホーム内の往診の実施</p> <p>（３）ホームでの死亡時の確認</p> <p>（４）予防接種の実施</p> <p>（５）定期健康診断の受け入れ</p> <p>（６）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</p> <p>（７）利用者の受診や入院先の相談および案内</p> <p>（８）定期的会議において利用者の現病歴等の情報共有、急変時等における状況確認</p> <p>利用者等の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制常時確保</p> <p>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</p> |                |
| 協力医療機関(2)         | 名称       | MED AGREE CLINICせたがや                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                |
|                   | 所在地      | 東京都世田谷区瀬田五丁目3番地7号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                |
|                   | 急変時の相談対応 | あり                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 事業者の求めに応じた診療あり |
|                   | 協力の内容    | <p>（１）ホーム内における定期健康相談及び訪問診療の実施</p> <p>（２）ホーム内の往診の実施</p> <p>（３）ホームでの死亡時の確認</p> <p>（４）予防接種の実施</p> <p>（５）定期健康診断の受け入れ</p> <p>（６）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</p> <p>（７）利用者の受診や入院先の相談および案内</p> <p>（８）定期的会議において利用者の現病歴等の情報共有、急変時等における状況確認</p> <p>利用者等の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制常時確保</p> <p>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</p> |                |
| 新興感染症発生時に連携する医療機関 | 有無       | なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                |
| 協力歯科医療機関          | 名称       | 医療法人社団玄徳会 青山クオーツデンタルクリニック                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                |
|                   | 所在地      | 東京都渋谷区渋谷二丁目10番10号 クオーツタワー4F・5F                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                |
|                   | 協力の内容    | <p>（１）入居者が平常の歯科治療（口腔ケア）を要する際に、訪問診療等の対応、指示等を行う。</p> <p>（２）入居者が緊急に歯科治療（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> <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。</p>                                                                                                                                                                  |                |

|                             |                                                                                                        |                                         |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| 介護保険加算サービス等                 |                                                                                                        |                                         |
| 個別機能訓練加算                    | なし                                                                                                     |                                         |
| 夜間看護体制加算                    | あり(Ⅱ)                                                                                                  |                                         |
| 看取り介護加算                     | あり(Ⅰ)                                                                                                  |                                         |
| 協力医療機関連携加算                  | あり                                                                                                     |                                         |
| 認知症専門ケア加算                   | なし                                                                                                     |                                         |
| サービス提供体制強化加算                | なし                                                                                                     |                                         |
| 介護職員等処遇改善加算                 | あり(Ⅱ)                                                                                                  |                                         |
| 入居継続支援加算                    | なし                                                                                                     |                                         |
| テクノロジーの導入（入居継続支援加算関係）       | なし                                                                                                     |                                         |
| 生活機能向上連携加算                  | なし                                                                                                     |                                         |
| 若年性認知症入居者受入加算               | あり                                                                                                     |                                         |
| A D L維持等加算                  | あり                                                                                                     |                                         |
| 科学的介護推進体制加算                 | あり                                                                                                     |                                         |
| 高齢者施設等感染対策向上加算              | なし                                                                                                     |                                         |
| 生産性向上推進体制加算                 | あり(Ⅱ)                                                                                                  |                                         |
| 口腔・栄養スクリーニング加算              | なし                                                                                                     |                                         |
| 退院・退所時連携加算                  | あり                                                                                                     |                                         |
| 退去時情報提供加算                   | あり                                                                                                     |                                         |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施           | なし                                                                                                     |                                         |
| 短期利用特定施設入居者生活介護の算定          | 可                                                                                                      |                                         |
| 利用者の個別的な選択によるサービス提供         | あり                                                                                                     |                                         |
| 運営懇談会の開催                    | あり（年 2 回予定）                                                                                            |                                         |
| 入居者の人数が少ないなどのため実施しない場合の代替措置 |                                                                                                        |                                         |
| 自費によるショートステイ事業              | あり                                                                                                     |                                         |
| 入居に当たっての留意事項                |                                                                                                        |                                         |
| 入居の条件                       | 年齢                                                                                                     | 原則として65歳以上の方（40歳以上の2号被保険者で特定疾病の認定者の方も可） |
|                             | 要介護度                                                                                                   | 自立・要支援・要介護に該当する方                        |
|                             | 医療的ケア                                                                                                  | 常時医療機関で治療をする必要のない方                      |
|                             | 認知症                                                                                                    | 自傷や他害の恐れのない方                            |
|                             | その他                                                                                                    | 結核や疥癬など伝染する疾患のない方                       |
| 身元引受人等の条件、義務等               | ①本契約に基づく入居者の事業者に対する債務について、入居者と連帯して履行の責を負う<br>②事業者と協議し必要なときは入居者の身柄を引き取る<br>③入居者が死亡した場合の遺体及び遺留金品の引き受けを行う |                                         |
| 体験入居                        | 利用期間                                                                                                   | 1泊2日～7泊8日                               |
|                             | 利用料金                                                                                                   | 1泊2日8,250円（宿泊費・食費・介護サービス費含む）            |
|                             | その他                                                                                                    |                                         |
| 入院時の契約の取扱い                  | 入院中においても目的施設の利用権を保有します。ただし、家賃、管理費は必要です。                                                                |                                         |

|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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 (年 2 回)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                       | 定期的な研修の実施 (年 2 回)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                       | 担当者の役職名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ホーム長                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 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 (年 4 回)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                       | 定期的な研修の実施 (年 2 回)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                       | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                       | なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                       | 身体的拘束を行う場合の様態及び時間、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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                       | やむを得ず身体拘束を行う場合の手続                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 『身体拘束は原則禁止しており、三原則(切迫性・非代替性・一時性)に照らし、緊急やむを得ず身体拘束を行う場合、入居者の身体拘束に応じて、その方法、期間(最長で1ヵ月)を定め、それらを含む入居者の状況、行う理由を記録します。』ア 「切迫性」「非代替性」「一時性」の三つの要件を満たす状態であるかどうかについて関係する医師・看護師・職員等で検討します。イ その結果、やむなく身体拘束を行う場合には、計画を立案し、身元引受人(家族)にホーム管理者から身体拘束の内容・目的・理由・時間帯・期間等について説明し、同意書にサインを得ます。ウ 身元引受人(家族)の意見・希望を伺い、経過を記録します。エ 身体拘束中は観察を(直接ないし会話による)行い、経過を記録し、早期の解除に努めます。オ 身体拘束を解除する場合は、理由を記録します。カ 身体拘束を解除する場合は、解除理由を身元引受人(家族)に説明します。 |
| 業務継続計画の策定状況等          | 職員に対する周知の実施                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                       | あり                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                       | 定期的な研修の実施 (年 1 回)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                       | 定期的な訓練の実施 (年 4 回)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                       | 定期的な業務継続計画の見直し                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                       | あり                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 事業者からの契約解除            | <p>(事業者からの契約解除等)※入居契約書より抜粋</p> <p>第29条 事業者は、入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことにより本契約をこれ以上将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合に、本条第1項及び第6項に規定した条件の下に、本契約を解約することがあります。</p> <p>一 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</p> <p>二 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、3か月以上継続して支払わないとき</p> <p>三 第3条第4項の規定に違反したとき</p> <p>四 第20条の規定に違反したとき</p> <p>五 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</p> <p>六 入居者の心身の状況が、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対応できる範囲を超え、ホームでの生活継続が困難であるとき</p> <p>2 事業者は、入居者又はその家族・身元引受人・返還金受取人等による、事業者の役職員や他の入居者等に対するハラスメントにより、入居者との信頼関係が著しく害され事業の継続に重大な支障が及んだときに、本契約を解除することがあります。</p> <p>3 前項までの規定に基づく契約の解約の場合は、事業者は書面にて次の各号に掲げる手続きを行います。</p> <p>一 契約解約の通告について90日の予告期間をおく</p> <p>二 前号の通告に先立ち、入居者及び身元引受人等に弁明の機会を設ける</p> <p>三 解約通告に伴う予告期間中に、入居者の移転先の有無について確認し、移転先がない場合には入居者や身元引受人等、その他関係者・関係機関と協議し、移転先の確保について協力する</p> <p>4 本条第1項第五号及び第六号によって契約を解約する場合には、事業者は書面にて前項に加えて次の第一号及び第二号に掲げる手続きを行います。</p> <p>一 医師の意見を聴く</p> <p>二 一定の観察期間をおく</p> <p>5 事業者は、入居者及び身元引受人等が次の各号のいずれかに該当した場合には、本条前項までの定めに関わらず、催告することなく、本契約を解除することができます。</p> <p>一 本契約第45条の各号の確約に反する事実が判明したとき</p> <p>二 本契約締結後に反社会的勢力に該当したとき</p> <p>三 本契約第20条第1項第六号から第八号に掲げる行為を行ったとき</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 要介護時における居室の住み替えに関する事項 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 一時介護室への移動             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                       | 判断基準・手続                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                       | 利用料金の変更                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                       | 前払金の調整                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                       | 従前居室との仕様の変更                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

|                                        |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          |                   |            |       |       |      |  |
|----------------------------------------|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------------|------------|-------|-------|------|--|
| その他の居室への移動                             |          | あり                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |          |                   |            |       |       |      |  |
| 判断基準・手続                                |          | (入居途中における居室移動等) ※入居契約書より抜粋<br>第40条 入居者は、事業者に対して表題部(5)に記載の居室と同タイプの居室のみ変更を申し出ることができます。異なるタイプの居室への変更の場合、一旦契約を終了させ、改めて変更後の居室にて再度入居契約を締結し、必要な料金を支払うものとします。その際、事業者は以下の内容について予め説明し、入居者の同意を得て手続きを行うものとします。<br>一 変更後の部屋の情報及びこれに伴う月額料金の変更<br>二 通常の使用に伴い生じた居室の損耗をのぞく居室の原状回復<br>2 入居者は、事業者に対して契約締結後料金プランの変更を申し出ることができます。ただし、変更はプラン①からプラン②または③への変更のみ可能です。 |          |                   |            |       |       |      |  |
| 利用料金の変更                                |          | あり                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |          |                   |            |       |       |      |  |
| 前払金の調整                                 |          | なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |          |                   |            |       |       |      |  |
| 従前居室との仕様の変更                            |          | あり                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |          |                   |            |       |       |      |  |
| 提携ホーム等への転居                             |          | なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |          |                   |            |       |       |      |  |
| 判断基準・手続                                |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          |                   |            |       |       |      |  |
| 利用料金の変更                                |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          |                   |            |       |       |      |  |
| 前払金の調整                                 |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          |                   |            |       |       |      |  |
| 従前居室との仕様の変更                            |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          |                   |            |       |       |      |  |
| 苦情対応窓口                                 |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          |                   |            |       |       |      |  |
| 窓口の名称 1                                |          | チャームスイート荻窪 ホーム長                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          |                   |            |       |       |      |  |
| 電話番号                                   |          | 03-3220-1601                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          |                   |            |       |       |      |  |
| 対応時間                                   |          | 9:00 ~ 17:00 ( 担当者勤務日 )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                   |            |       |       |      |  |
| 窓口の名称 2                                |          | 株式会社 チャーム・ケア・コーポレーション本部 お客様相談窓口 井上                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |          |                   |            |       |       |      |  |
| 電話番号                                   |          | フリーダイヤル：0120-453-286                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |                   |            |       |       |      |  |
| 対応時間                                   |          | 10:00 ~ 17:00 ( (土・日・祝日除く) )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          |                   |            |       |       |      |  |
| 窓口の名称 3                                |          | 東京都国民健康保険団体連合会 介護相談指導課 介護相談窓口担当係                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |          |                   |            |       |       |      |  |
| 電話番号                                   |          | 03-6238-0177                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          |                   |            |       |       |      |  |
| 対応時間                                   |          | 9:00 ~ 17:00 ( 土・日・祝日除く )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |          |                   |            |       |       |      |  |
| 窓口の名称 4                                |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          |                   |            |       |       |      |  |
| 電話番号                                   |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          |                   |            |       |       |      |  |
| 対応時間                                   |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          |                   |            |       |       |      |  |
| 窓口の名称 5                                |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          |                   |            |       |       |      |  |
| 電話番号                                   |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          |                   |            |       |       |      |  |
| 対応時間                                   |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          |                   |            |       |       |      |  |
| 賠償責任保険の加入                              |          | あり 保険の名称：介護サービス事業者賠償責任保険(東京海上日動火災保険㈱)                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |          |                   |            |       |       |      |  |
| 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          |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          |                   |            |       |       |      |  |
| 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             |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          |                   |            |       |       | あり   |  |
| 東京都福祉サービス第三者評価の実施                      |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          |                   |            | なし    | 結果の公表 |      |  |
| その他機関による第三者評価の実施                       |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          |                   |            | なし    | 結果の公表 |      |  |
| 5 入居者                                  |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          |                   |            |       |       |      |  |
| 介護度別・年齢別入居者数 平均年齢： 88.3 歳 入居者数合計： 38 人 |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          |                   |            |       |       |      |  |
| 年齢 \ 介護度                               | 自立       | 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 |  |
| 65歳未満                                  |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          |                   |            | 1     |       | 1    |  |
| 65歳以上75歳未満                             |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          |                   |            |       |       |      |  |
| 75歳以上85歳未満                             |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          | 2                 | 2          | 1     | 1     |      |  |
| 85歳以上                                  | 2        | 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 3        | 11                | 3          | 3     | 3     |      |  |
| 合計                                     | 2        | 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 3        | 13                | 5          | 5     | 4     | 1    |  |
| 入居継続期間別入居者数                            |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          |                   |            |       |       |      |  |
| 入居期間                                   | 6月未満     | 6月以上1年未満                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 1年以上5年未満 | 5年以上10年未満         | 10年以上15年未満 | 15年以上 | 合計    |      |  |
| 入居者数                                   | 8        | 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 26       |                   |            |       | 38    |      |  |
| 男女別入居者数                                | 男性： 10 人 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          | 女性： 28 人          |            |       |       |      |  |
| 入居率(一時的に不在となっている者を含む。)                 |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          | 79 % (定員に対する入居者数) |            |       |       |      |  |



| 直近1年間に退去した者の人数と理由      |    |                    |    |  |
|------------------------|----|--------------------|----|--|
| 理由                     | 人数 | 理由                 | 人数 |  |
| 自宅・家族同居                |    | その他の福祉施設・高齢者住宅等へ転居 | 7  |  |
| 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）へ転居 |    | 医療機関への入院           |    |  |
| 介護老人保健施設へ転居            |    | 死亡                 | 12 |  |
| 介護療養型医療施設へ転居           |    | その他                |    |  |
| 他の有料老人ホームへ転居           |    | 退去者数合計             | 19 |  |

  

| 6 利用料金   |                                  |
|----------|----------------------------------|
| 入居準備費用   | なし 円                             |
| 明 訳      |                                  |
| 支払日・支払方法 |                                  |
| 解約時の返還   |                                  |
| 敷金       | なし                               |
| 金額       | 円 ※退去時に滞納家賃及び居室の原状回復費用を除き全額返還する。 |

  

| 家賃及びサービスの対価 |             |          |         |        |      |        |      |
|-------------|-------------|----------|---------|--------|------|--------|------|
| プランの名称      | 前払金         | 月額利用料    | (内訳)    |        |      |        |      |
|             |             |          | 家賃      | 管理費    | 介護費用 | 食費     | 光熱水費 |
| Aタイプ プラン①   | 0円          | 445,250円 | 315,000 | 90,200 |      | 40,050 |      |
| Aタイプ プラン②   | 6,750,000円  | 332,750円 | 202,500 | 90,200 |      | 40,050 |      |
| Aタイプ プラン③   | 13,500,000円 | 220,250円 | 90,000  | 90,200 |      | 40,050 |      |

  

<80歳未満の方の入居金の算定方法>  
 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（入居一時金）に加え、以下の金額を加算した合計額を前払金（入居一時金）とします。

（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）

※「満77歳0ヶ月」の方の場合における「Aタイプ プラン③」の料金  
 13,500,000円（前払金） + 301,000円（月次償却額）× 36ヶ月（満80歳の誕生日までの月数）  
 =19,170,000円  
 この場合の想定居住期間及び前払金償却期間は96カ月（60ヶ月+36ヶ月）となります。

  

| 各料金の内訳・明細 | 前払金                                                                                                                                                                                                                                                                             | プラン② 前払金月額単価（円）×想定居住期間（60か月）<br>+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により算出<br>プラン③ 前払金月額単価（円）×想定居住期間（60か月）<br>+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により算出 |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                 | （月額単価の説明）                                                                                                                                |
|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 家賃相当費用の一部の前払金                                                                                                                            |
|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                 | （想定居住期間の説明）<br>公益社団法人全国有料老人ホーム協会及び弊社実績データをもとに60か月と設定しています。                                                                               |
| 家賃        | 月額：Aタイプ 90,000円～315,000円<br>建物賃借料及び近隣同種の施設等の家賃等を勘案し算出                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                          |
| 管理費       | 月額：Aタイプ 90,200円（税込）<br>事務管理部門の人件費・事務費、日常生活サービス費、共用施設等の水光熱費及び維持管理費、居室の水光熱費等です。                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                          |
| 介護費用      | 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66,000円（30日換算）が必要です。<br>※介護保険サービスの自己負担額は含まない。                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                          |
| 食費        | 朝食 409 円・昼食 463 円・夕食 463 円 間食 0 円<br>1日当たり 1,335 円 × 30日で積算<br>軽減税率（8%）の対象となる飲食物品の提供は、「朝食・昼食・夕食」です。その他の飲食物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）。<br>（食事をキャンセルする場合の取扱いについて）<br>食事をされない場合は3日前の午前中までにスタッフにお申し出いただき、欠食届を提出ください。提出がない場合は召し上がるものとして準備し、食事をされたものとして食費を請求します。 |                                                                                                                                          |
| 光熱水費      | 管理費に含まれる。                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                          |
| 短期利用      | 1日当たり 14,830 円<br>利用料の算出方法 プラン①の月額利用料/30（1ヶ月）<br>※10円未満は切り捨て                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                          |

| 前払金の取扱い                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                           |
|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| 支払日・<br>支払方法                      | 事業者に対して以下の方法で支払う。<br>原則入居予定日5日前までに下記銀行口座へ振込み<br>りそな銀行 御堂筋支店 普通預金 No.33877<br>口座名義：株式会社チャーム・ケア・コーポレーション                                                                                                                                                                                                  |                                           |
| 償却開始日                             | 契約開始日（入居予定日）の翌日を償却起算日とし、その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）分から償却を開始いたします。                                                                                                                                                                                                                                   |                                           |
| 返還対象とし<br>ない額                     | あり                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 前払金の30%                                   |
|                                   | 位置づけ                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 想定居住期間内に退去した場合、想定居住期間を超えて入居継続した入居者の家賃等に充当 |
| 契約終了時の<br>返還金の算定<br>方式            | ・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）：<br>【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※）<br>※入居予定日の翌日が属する月を含む月数<br>（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。）<br>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。<br><br>・前払金償却期間を超えて契約が終了した場合：<br>返還金はありません。          |                                           |
| 短期解約（死<br>亡退去含む）<br>の返還金の算<br>定方式 | 期間：3か月                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 起算日：入居した日の翌日                              |
|                                   | 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、利用期間に係る利用料を下記算定方法に基づき受領する。<br>・算定方法<br>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<br>※「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。<br>※上記算定方式より一日当たりの利用料は、以下の通りです。<br>Aタイプ：プラン②2,620円、プラン③5,250円 |                                           |
| 返還期限                              | 契約終了日から 90 日以内                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                           |
| 保全措置                              | あり 保全先：株式会社りそな銀行との信託契約                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                           |
| その他留意事<br>項                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                           |
| 月額利用料の取扱い                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                           |
| 支払日・<br>支払方法                      | <入居時の支払><br>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。<br><二回目以降の支払><br>入居者は、各種請求を行う口座を指定していただき、その口座から毎月28日に前月分の実績と翌月分の家賃相当額・管理費を自動振替の方法によりお支払い頂きます。                                                                                                                                                         |                                           |
| その他留意事<br>項                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                           |

介護保険サービスの自己負担額

※要介護度に応じて利用料の1割(一定以上所得の場合2～3割)を負担する。

(30日換算・自己負担1割の場合)

単位：円

| 介護度  | 介護報酬    | 自己負担額  |
|------|---------|--------|
| 要支援1 | 59,841  | 5,985  |
| 要支援2 | 102,351 | 10,236 |
| 要介護1 | 177,234 | 17,724 |
| 要介護2 | 199,143 | 19,915 |
| 要介護3 | 222,033 | 22,204 |
| 要介護4 | 243,288 | 24,329 |
| 要介護5 | 265,851 | 26,586 |

| 加算の種類          | 算定  | 備考    |
|----------------|-----|-------|
| 個別機能訓練加算       | なし  |       |
| 夜間看護体制加算       | 加算Ⅱ | 要介護のみ |
| 看取り介護加算        | 加算Ⅰ | 対象者のみ |
| 協力医療機関連携加算     | あり  | 対象者のみ |
| 認知症専門ケア加算      | なし  |       |
| サービス提供体制強化加算   | なし  |       |
| 入居継続支援加算       | なし  |       |
| 生活機能向上連携加算     | なし  |       |
| 若年性認知症入居者受入加算  | あり  | 対象者のみ |
| ADL維持等加算       | あり  |       |
| 科学的介護推進体制加算    | あり  |       |
| 高齢者施設等感染対策向上加算 | なし  |       |
| 生産性向上推進体制加算    | 加算Ⅱ |       |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 | なし  |       |
| 退院・退所時連携加算     | あり  | 対象者のみ |
| 退去時情報提供加算      | あり  | 対象者のみ |
| 介護職員等処遇改善加算    | 加算Ⅱ |       |

利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料

一部有料（サービスごとの料金は一覧表のとおり）

料金改定の手続

運営懇談会の意見を聴いた上で改定するものとします。

|                                                 |           |                          |            |
|-------------------------------------------------|-----------|--------------------------|------------|
| 【料金プランの一例】                                      |           | 最も一般的・標準的なプランについて記入すること。 |            |
| プランの名称                                          | Aタイプ プラン③ |                          |            |
| 単位：円                                            |           |                          |            |
| 入居準備費用                                          | 敷金        | 前払金                      | 月額利用料      |
| 0                                               | 0         | 13,500,000               | 220,250    |
| ※利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料及び介護保険サービスの自己負担額は含まない。 |           |                          |            |
| 7 入居希望者等への事前の情報開示                               |           |                          |            |
| 入居契約書の雛形                                        | 入居希望者に交付  | 財務諸表の要旨                  | 入居希望者に公開   |
| 管 理 規 程                                         | 入居希望者に公開  | 財務諸表の原本                  | 入居希望者に公開   |
| 事業収支計画書                                         | 公開していない   | その他開示情報                  | 運営懇談会議事録開示 |

添付書類： 介護サービス等の一覧表  
東京都有料老人ホーム設置運営指導指針との適合表

|                                                                                                                                 |                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div> <div>重要事項説明書及び一覧表・適合表の各項目について説明を受け、理解しました。</div> <div> <div>年</div> <div>月</div> <div>日</div> </div> <div>署名</div> </div> | <div>説明年月日</div> <div> <div>年</div> <div>月</div> <div>日</div> </div> <div>説明者職・氏名</div> <div>職</div> <div>署名</div> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

介護サービス等の一覧表（参考様式）

| 区分<br>サービス    | （自 立）                           |                      | （要支援、要介護Ⅰ～Ⅴ区分）                                            |                                                              |
|---------------|---------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
|               | 追加料金が発生しない（前払金又は月額利用料に含む）サービスに○ | その都度徴収するサービス（料金を表示）  | 追加料金が発生しないもの<br>特定施設入居者生活介護のサービスに■<br>前払金又は月額利用料に含むサービスに○ | その都度徴収するサービス（料金を表示）<br>住宅型有料老人ホームにおいて外部の居宅サービス利用を原則とするサービスに▲ |
| <介護サービス>      |                                 |                      |                                                           |                                                              |
| 巡回 日中         | ■必要に応じて随時                       | -                    | ■随時                                                       | -                                                            |
| 巡回 夜間         | ■必要に応じて随時                       | -                    | ■サービス計画書の記載に沿って実施                                         | -                                                            |
| 食事介助          | -                               | -                    | ■サービス計画書の記載に沿って実施                                         | -                                                            |
| 排泄介助          | -                               | -                    | ■サービス計画書の記載に沿って実施                                         | -                                                            |
| おむつ交換         | -                               | -                    | ■必要に応じて随時                                                 | -                                                            |
| おむつ代          | -                               | 実費                   | -                                                         | 実費                                                           |
| 入浴（一般浴）介助     | ■予定に沿って（2回/週）                   | -                    | ■予定に沿って（2回/週）                                             | -                                                            |
| 清拭            | ■随時（未入浴時）                       | -                    | ■随時（未入浴時）                                                 | -                                                            |
| 特浴介助          | -                               | -                    | ■予定に沿って                                                   | -                                                            |
| 身辺介助          | -                               | -                    | ■サービス計画書の記載に沿って実施                                         | -                                                            |
| ・体位交換         | -                               | -                    | ■サービス計画書の記載に沿って実施                                         | -                                                            |
| ・居室からの移動      | -                               | -                    | ■サービス計画書の記載に沿って実施                                         | -                                                            |
| ・衣類の着脱        | -                               | -                    | ■サービス計画書の記載に沿って実施                                         | -                                                            |
| ・身だしなみ介助      | -                               | -                    | ■サービス計画書の記載に沿って実施                                         | -                                                            |
| 口腔衛生管理        | -                               | -                    | ■サービス計画書の記載に沿って実施                                         | -                                                            |
| 機能訓練          | -                               | -                    | ■必要に応じて生活リハビリ                                             | -                                                            |
| 通院介助（協力医療機関）  | -                               | -                    | ■随時（予約制）                                                  | -                                                            |
| 通院介助（上記以外）    | -                               | 30分＝1,650円           | -                                                         | 30分＝1,650円                                                   |
| 緊急時対応         | ■24時間対応                         | -                    | ■24時間対応                                                   | -                                                            |
| オンコール対応       | ■24時間対応                         | -                    | ■24時間対応                                                   | -                                                            |
| <生活サービス>      |                                 |                      |                                                           |                                                              |
| 居室清掃          | -                               | -                    | ■週＝2回                                                     | -                                                            |
| リネン交換         | ■週＝1回                           | -                    | ■週＝1回                                                     | -                                                            |
| 日常の洗濯         | -                               | -                    | ■週＝2回                                                     | -                                                            |
| 居室配膳・下膳       | ■必要に応じて                         | -                    | ■必要に応じて                                                   | -                                                            |
| 嗜好に応じた特別食     | -                               | 別途食材を用意する必要がある場合は差額分 | -                                                         | 別途食材を用意する必要がある場合は差額分                                         |
| おやつ           | -                               | -                    | -                                                         | -                                                            |
| 理美容           | -                               | 月＝1回程度<br>業者指定料金     | -                                                         | 月＝1回程度<br>業者指定料金                                             |
| 買物代行（通常の利用区域） | -                               | -                    | ■随時（予約制）                                                  | -                                                            |
| 買物代行（上記以外の区域） | -                               | -                    | -                                                         | 30分＝1,650円                                                   |
| 役所手続き代行       | -                               | -                    | ■随時（予約制）                                                  | -                                                            |
| 金銭管理サービス      | -                               | -                    | -                                                         | -                                                            |

| <div> <div>区分</div> <div>サービス</div> </div> | (自 立)                           |                     | (要支援、要介護Ⅰ～Ⅴ区分)                                            |                                                              |
|--------------------------------------------|---------------------------------|---------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
|                                            | 追加料金が発生しない(前払金又は月額利用料に含む)サービスに○ | その都度徴収するサービス(料金を表示) | 追加料金が発生しないもの<br>特定施設入居者生活介護のサービスに■<br>前払金又は月額利用料に含むサービスに○ | その都度徴収するサービス(料金を表示)<br>住宅型有料老人ホームにおいて外部の居宅サービス利用を原則とするサービスに▲ |
| <健康管理サービス>                                 |                                 |                     |                                                           |                                                              |
| 定期健康診断                                     | -                               | 年2回                 | -                                                         | 年2回                                                          |
| 健康相談                                       | -                               | -                   | ■必要に応じ随時<br>(看護師による)                                      | -                                                            |
| 生活指導・栄養指導                                  | -                               | -                   | ■必要に応じ随時                                                  | -                                                            |
| 服薬支援                                       | -                               | -                   | ■必要に応じ随時                                                  | -                                                            |
| 生活リズムの記録(排便・睡眠等)                           | ■随時                             | -                   | ■随時                                                       | -                                                            |
| 医師の訪問診療                                    | -                               | 医療保険対応              | -                                                         | 医療保険対応                                                       |
| 医師の往診                                      | -                               | 医療保険対応              | -                                                         | 医療保険対応                                                       |
| <入退院時、入院中のサービス>                            |                                 |                     |                                                           |                                                              |
| 移送サービス                                     | ■必要に応じ随時                        | -                   | ■必要に応じ随時                                                  | -                                                            |
| 入退院時の同行(協力医療機関)                            | ■必要に応じ随時                        | -                   | ■必要に応じ随時                                                  | -                                                            |
| 入退院時の同行(上記以外)                              | -                               | 30分=1,650円          | -                                                         | 30分=1,650円                                                   |
| 入院中の洗濯物交換・買物                               | -                               | -                   | -                                                         | -                                                            |
| 入院中の見舞い訪問                                  | ■必要に応じ随時                        | -                   | ■必要に応じ随時                                                  |                                                              |
| <その他サービス>                                  |                                 |                     |                                                           |                                                              |

注記:睡眠解析システム(以下、本システム)導入後は、原則本システムを利用した巡回サービスを行います。  
本システムを使用して必要なタイミングで、ベッド上における安否確認を実施いたします。また、状況に応じて目視による安否確認が必要と判断した場合は、個別に訪室対応いたします。

基準日:令和7年7月1日

施設名:チャームスイート荻窪

東京都有料老人ホーム設置運営指導指針との適合表

| 指針項目                      |                                                                           | 該当に○    |   |                 | 備考                  |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------|---|-----------------|---------------------|
| 安定的・継続的な居住の確保のための項目       |                                                                           |         |   |                 |                     |
| 1                         | 有料老人ホーム事業の継続を制限する恐れのある抵当権が設定されていないか。                                      | ○<br>適合 | ・ | 不適合             |                     |
| 2                         | 借地・借家の場合、入居者の居住の継続を確実にものとするため、指針4(3)から(5)までに定めるすべての要件を満たしているか。            | ○<br>適合 | ・ | 不適合<br>・<br>非該当 |                     |
| 緊急時の安全確保のための項目            |                                                                           |         |   |                 |                     |
| 3                         | 有料老人ホーム(児童福祉施設等)の建物として建築基準法第7条第5項に規定する検査済証が交付されているか。                      | ○<br>適合 | ・ | 不適合             |                     |
| 4                         | 耐火建築物又は準耐火建築物であるか。                                                        | ○<br>適合 | ・ | 不適合             |                     |
| 5                         | 各居室・各トイレ・浴室・脱衣室のすべてにナースコール等緊急呼出装置を設置しているか。                                | ○<br>適合 | ・ | 不適合             |                     |
| 6                         | 【収容人員(従業員含む。)10人以上の施設】<br>消防署に届け出た消防計画に基づき避難訓練を実施しているか。                   | ○<br>適合 | ・ | 不適合<br>・<br>非該当 |                     |
| 7                         | 消防法施行令に定める消防用設備(スプリンクラー設備等)を設置し、消防機関の検査を受けているか。                           | ○<br>適合 | ・ | 不適合             |                     |
| 入居者の尊厳を守り、心身の健康を保持するための項目 |                                                                           |         |   |                 |                     |
| 8                         | 各居室は界壁により区分されているか。                                                        | ○<br>適合 | ・ | 不適合             |                     |
| 9                         | 各居室の入居者1人当たりの面積は壁芯13㎡以上であるか。                                              | ○<br>適合 | ・ | 不適合             |                     |
| 10                        | すべての居室の定員が1人又は2人(配偶者及び3親等以内の親族を対象)であるか。                                   | ○<br>適合 | ・ | 不適合             |                     |
| 11                        | 入居時及び定期的に健康診断を受ける機会を提供しているか。                                              | ○<br>適合 | ・ | 不適合             |                     |
| 12                        | 緊急時にやむを得ず身体拘束等を行う場合は、記録を作成することが決められているか。                                  | ○<br>適合 | ・ | 不適合             |                     |
| 入居者の財産を保全するための項目          |                                                                           |         |   |                 |                     |
| 13                        | 前払金について、規定された保全措置を講じているか。                                                 | ○<br>適合 | ・ | 不適合<br>・<br>非該当 | 保全先:株式会社りそな銀行との信託契約 |
| 14                        | 前払金について、全額を返還対象としているか。<br>(初期償却0の場合のみ「適」とする。)                             | ○<br>適合 | ・ | 不適合<br>・<br>非該当 | 初期償却率:30%           |
| 15                        | 入居した日から3か月以内の契約解除(死亡退去含む)の場合については、既受領の前払金の全額(実費を除く。)を利用者に返還することが定められているか。 | ○<br>適合 | ・ | 不適合<br>・<br>非該当 |                     |

※ 開設日前にあつては見込みで記入し、実際の状況については備考欄に記入すること。  
※ 不適合の項目については、その具体的な状況、指針適合に向け検討している内容及び改善の期限を原則として明記し、代替措置がある場合はその内容についても記入すること。