

【有料老人ホーム重要事項説明書 記載例】

《作成上の注意事項》

- 重要事項説明書は、入居契約に関する重要な事項を説明するため、
入居者に誤解を与えないよう必要な事項を**実態に即して、**
正確に記入してください。
- 原則、**Excel 様式(情報公表システム取込様式)**でご作成ください。
※行や列の追加、フォントサイズの変更等の様式の変更は出来ません。
- 該当する項目は、全て記入をお願いします。
※特に、S列に赤字で「未記入」と表示される箇所は、入力必須です。
- 金額は、**税込**で表記してください。

【表題部】

重要事項説明書

Ver 1.3

| | | | |
|-----------|---|---|---|
| 記入年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 記入者名 | | | |
| 所属・職名 | | | |
| 取込種別 | | | |
| 被災確認事業所番号 | | | |

| | |
|-----------|---|
| 記入年月日 | <ul style="list-style-type: none">・「作成年月日」を記入してください。・記載内容に変更が生じた場合は、「変更日」を記入してください。・有料老人ホーム経営状況等報告書(サービス付き高齢者向け住宅の場合は、重要事項説明書)を提出する場合は、「○年7月1日」としてください。 |
| 取込種別 | <ul style="list-style-type: none">・新規登録の場合は、「1 追加」を選択してください。・変更の場合は、「2 修正」を選択してください。 |
| 被災確認事業所番号 | <ul style="list-style-type: none">・新規登録の場合は、記入不要です。・取込種別が「2 修正」の場合は、災害時情報共有システムの被災確認事業所番号を記入してください。 |

【1 事業主体概要】

| | | | |
|------------|-----------------------|---|---|
| 種類 | | | |
| | ※法人の場合、その種類 | | |
| 名称 | (ふりがな) | | |
| | | | |
| 法人番号 | 法人番号有無 | | |
| | 法人番号 | | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 | - | |
| | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | - | - |
| | FAX番号 | - | - |
| | メールアドレス | @ | |
| | ホームページ有無 | | |
| | ホームページアドレス | | |
| 代表者 | 氏名 | | |
| | 職名 | | |
| 設立年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 主な実施事業 | ※別添1（別の実施する介護サービス一覧表） | | |

| | |
|------------|--|
| 種類 | <ul style="list-style-type: none"> ・株式会社は、「5 営利法人」を選択してください。 ・登記事項との整合性を図ってください。 |
| 名称 | 登記事項との整合性を図ってください。 |
| 法人番号 | <u>13桁</u> の法人番号を記入してください。 |
| 主たる事務所の所在地 | <ul style="list-style-type: none"> ・登記事項との整合性を図ってください。 ・都道府県名は省略しないでください。 |
| 代表者 | 登記事項との整合性を図ってください。 |
| 設立年月日 | 登記事項との整合性を図ってください。 |

【2 有料老人ホーム事業の概要】

(住まいの概要)

| | | | |
|---------------|------------|---|------|
| 名称 | (ふりがな) | | |
| 所在地 | 〒 | - | |
| 所在地(建物名等) | | | |
| 市区町村コード | 都道府県 | | 市区町村 |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | 駅 | |
| | 交通手段と所要時間 | | |
| 連絡先 | 電話番号 | - | - |
| | FAX番号 | - | - |
| | メールアドレス | @ | |
| | ホームページ有無 | | |
| | ホームページアドレス | | |
| 管理者 | 氏名 | | |
| | 職名 | | |
| 建物の竣工日 | | 年 | 月 日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 年 | 月 日 |

| | |
|---------------|---|
| 名称 | 柏市に届出を行っている有料老人ホームの正式名称を記入してください。 |
| 所在地 | 都道府県名は省略しないでください。 |
| 市区町村コード | 「千葉県」,「122173 柏市」を選択してください。 |
| 主な利用交通手段 | <ul style="list-style-type: none"> ・<u>最寄駅</u>:最寄りの公共交通機関の駅等の名称を記入してください。 ・<u>交通手段と所要時間</u>:最寄りの駅やバス停からの距離を記入してください。 <p>※不動産公正競争規約では、「徒歩による所要時間は道路距離80メートルにつき1分間を要するものとして算出した数値を表示すること。1分未満の端数が生じたときは、1分として算出」としています。</p> |
| 建物の竣工日 | 増改築があった場合でも、当初の建物竣工日を記入してください。 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | <ul style="list-style-type: none"> ・有料老人ホームの「開設日」を記入してください。 ・事業承継して開設した場合は、「事業承継日」を記入してください。また、当記載例48ページの「備考」欄に「当初の開設日」を記入してください。 <p>【例】 当初開設日 ○年○月○日</p> |

(類型)

| | | | | |
|-------------|------------|---|---|---|
| 類型 | | | | |
| 1又は2に該当する場合 | 介護保険事業者番号 | | | |
| | 指定した自治体名 | | | |
| | 事業所の指定日 | 年 | 月 | 日 |
| | 指定の更新日(直近) | 年 | 月 | 日 |

| | |
|-------------|--|
| 類型 | サービス付き高齢者向け住宅の場合は、「3 住宅型」を選択してください。 |
| 1又は2に該当する場合 | 介護付有料老人ホームの場合は、「介護保険事業者番号」、「指定した自治体名」、「事業所の指定日」、「指定の更新日(直近)」を記入してください。 |

【3 建物概要】

| | | | | | |
|------------|----------|-----------------|----|---|---|
| 土地 | 敷地面積 | | ㎡ | | |
| | 所有関係 | 2 事業者が賃借する土地の場合 | | | |
| | | 賃貸の種類別 | | | |
| | | 抵当権の有無 | | | |
| | | 契約期間 | 開始 | | |
| | | | 年 | 月 | 日 |
| | | | 終了 | | |
| | | 年 | 月 | 日 | |
| | 契約の自動更新 | | | | |
| | 建物 | 延床面積 | 全体 | ㎡ | |
| うち、老人ホーム部分 | | | ㎡ | | |
| 耐火構造 | | 3 その他の場合 | | | |
| | | | | | |
| 構造 | 4 その他の場合 | | | | |
| | | | | | |

| | |
|---------------------|--|
| 所有関係 | 「2 事業者が賃借する土地」の場合は、「賃貸の種別」、「抵当権の有無」、「契約期間」、「契約の自動更新」をそれぞれ記入してください。 |
| 賃貸の種別 | <ul style="list-style-type: none"> ・自動更新がある場合は、「1 普通賃借」を選択してください。 ・自動更新がなく、契約で定めた期間が満了することにより、賃貸借契約が終了する場合は、「2 定期賃借」を選択してください。 ・「契約の自動更新」欄と整合性を図ってください。 |
| 延床面積 >うち、老人ホーム部分 | <ul style="list-style-type: none"> ・建物全体が有料老人ホーム事業のみに使用される場合は、全体面積と同じ数値を記入してください。 ・介護保険事業所やテナントなど、有料老人ホーム事業以外の用途の施設がある場合は、これを除いた数値を記入してください。 ・事務室を共用している場合等、明確に分けられない部分は、合理的な方法で按分して算出してください。 |

| | | | | | | |
|---------|----------------|-----------------|----------------|----------------|-------|----|
| | 所有関係 | 2 事業者が賃借する建物の場合 | | | | |
| | | 賃貸の種別 | | | | |
| | | 抵当権の有無 | | | | |
| | | 契約期間 | 開始 | | | |
| | | | 年 | 月 | 日 | |
| | | 終了 | | | | |
| 年 | 月 | 日 | | | | |
| 契約の自動更新 | | | | | | |
| 居室の状況 | 居室区分 【表示事項】 | 2 相部屋ありの場合 | | | | |
| | | 最少 | | 人部屋 | | |
| | | 最大 | | 人部屋 | | |
| | | トイレ | 浴室 | 面積 | 戸数・室数 | 区分 |
| | タイプ1 | | | m ² | | |
| | タイプ2 | | | m ² | | |
| | タイプ3 | | | m ² | | |
| | タイプ4 | | | m ² | | |
| | タイプ5 | | | m ² | | |
| | タイプ6 | | | m ² | | |
| タイプ7 | | | m ² | | | |
| タイプ8 | | | m ² | | | |
| タイプ9 | | | m ² | | | |
| タイプ10 | | | m ² | | | |

| | |
|-------------------|--|
| <p>所有関係</p> | <p>「2 事業者が賃借する建物」の場合は、「賃貸の種別」、「抵当権の有無」、「契約期間」、「契約の自動更新」をそれぞれ記入してください。</p> <p>※「賃貸の種別」に関する事項は、当記載例8ページの土地に関する所有関係における「賃貸の種別」と同様に記入してください。</p> |
| <p>居室区分【表示事項】</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・「個室」とは、建築基準法第30条の「界壁」によって隔てられたものに限り、襖や可動式の壁、収納家具によって複数の空間に区分したものは、個室ではありません。 ・夫婦や縁故者向けの居室は、「個室」として取り扱ってください。 ・「2 相部屋あり」の場合は、「最少〇人部屋」と「最大〇人部屋」をそれぞれ記入してください。 |
| <p>居室の状況</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・タイプごとの戸数・室数の合計数は、有料老人ホームの総戸数・室数と一致するように記入してください。 ・居室のタイプが11以上ある場合は、次ページの「その他」欄もしくは、当記載例48ページの「備考」欄に記入してください。 |

| | | | | |
|------------------|--------------|----|-----------------|----|
| 共用施設 | 共用便所における便房 | ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便房 | ヶ所 |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | ヶ所 |
| | 共用浴室 | ヶ所 | 個室 | ヶ所 |
| | | | 大浴場 | ヶ所 |
| | 共用浴室における介護浴槽 | ヶ所 | チェア浴 | ヶ所 |
| | | | リフト浴 | ヶ所 |
| | | | ストレッチャー浴 | ヶ所 |
| その他 | | | ヶ所 | |
| 食堂 | | | | |
| 入居者や家族が利用できる調理設備 | | | | |
| エレベーター | | | | |
| 消防用設備等 | 消火器 | | | |
| | 自動火災報知設備 | | | |
| | 火災通報設備 | | | |
| | スプリンクラー | | | |
| | 防火管理者 | | | |
| | 防災計画 | | | |
| 緊急通報装置等 | 居室 | | | |
| | 便所 | | | |
| | 浴室 | | | |
| | その他 | | | |
| その他 | | | | |

| | |
|------------------|---|
| 共用便所における便房 | 職員用の便所等, 入居者が使用できない便房がある場合は, 数に含めないでください。 |
| 共用浴室 > 個室 | 介護浴室や感染症対応等で共用施設に設置するユニットバス等で, 一度に入浴できる人数が1人であるものを個室としてください。 |
| 入居者や家族が利用できる調理設備 | 居室内の設備ではなく, 有料老人ホームの共用部分で利用できる調理設備の有無を記入してください。 |
| 緊急通報装置等 > その他 | <ul style="list-style-type: none"> ・夜間帯は夜勤者を配置せず, 緊急通報サービスの利用のみの場合は, その旨を記入してください。 ・夜間帯に緊急通報サービスを利用し, かつ, 夜勤者を配置する場合は, その旨を記入するとともに, 当記載例26ページの(夜勤を行う看護・介護職員の人数)の「夜勤帯の設定時間」, 「看護職員・介護職員の平均人数」, 「看護職員・介護職員の最少時人数(休憩者等を除く)」を記入してください。 |
| その他 | <ul style="list-style-type: none"> ・入居者が利用できる共用施設を記入してください。 ・外部の方も利用できる施設や利用に費用がかかる施設は, その旨を付記してください。 ・当記載例9ページの「居室の状況」において, 居室のタイプが11以上ある場合は, 本欄もしくは, 当記載例48ページの「備考」欄に記入してください。 |

【4 サービスの内容】

(全体の方針)

| | |
|-----------------|--|
| 運営に関する方針 | |
| サービスの提供内容に関する特色 | |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | |
| 食事の提供 | |
| 洗濯・掃除等の家事の供与 | |
| 健康管理の供与 | |
| 安否確認又は状況把握サービス | |
| 生活相談サービス | |

| | |
|----------------------|--|
| <p>入浴，排せつ又は食事の介護</p> | <p>別添2「有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表」の介護サービスに記載の内容と整合性を図ってください。</p> <p>※以下のいずれかが「1 あり」の場合は、「1 自ら」又は「2 委託」を選択してください。</p> <p>「食事介助」，「排泄介助・おむつ交換」， 「入浴(一般浴)・清拭」，「特浴介助」</p> |
| <p>洗濯・掃除等の家事の供与</p> | <p>別添2「有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表」の生活サービスに記載の内容と整合性を図ってください。</p> <p>※以下のいずれかが「1 あり」の場合は、「1 自ら」又は「2 委託」を選択してください。</p> <p>「居室清掃」，「リネン交換」，「日常の洗濯」</p> |
| <p>健康管理の供与</p> | <p>別添2「有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表」の健康管理サービスに記載の内容と整合性を図ってください。</p> <p>※以下のいずれかが「1 あり」の場合は、「1 自ら」又は「2 委託」を選択してください。</p> <p>「定期健康診断」，「健康相談」，「生活指導・栄養指導」， 「服薬支援」，「生活リズムの記録(排便・睡眠等)」</p> |

(介護サービスの内容)

| | | | |
|--------------------------------|-----------------|----------------------|--|
| 特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無 | 入居継続支援加算 (I) | | |
| | 入居継続支援加算 (II) | | |
| | 生活機能向上連携加算 (I) | | |
| | 生活機能向上連携加算 (II) | | |
| | 個別機能訓練加算 (I) | | |
| | 個別機能訓練加算 (II) | | |
| | ADL維持等加算 (I) | | |
| 中 略 | | | |
| | 介護職員等処遇改善加算 | (V)(6) | |
| | | (V)(7) | |
| | | (V)(8) | |
| | | (V)(9) | |
| | | (V)(10) | |
| | | (V)(11) | |
| | | (V)(12) | |
| | | (V)(13) | |
| | | (V)(14) | |
| | | 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無 | |
| 1 ありの場合 | | | |
| (介護・看護職員の配置率) | | : 1 | |

| | |
|--------------------------------|---|
| 特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無 | 該当する加算の項目がない場合は、当記載例48ページの「備考」欄に記入してください。 |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無 | 「1 あり」の場合は、(介護・看護職員の配置率)を記入してください。 |

(医療連携の内容)

| | | |
|----------------|----------|--|
| 医療支援 ※複数選択可 | 救急車の手配 | |
| | 入退院の付き添い | |
| | 通院介助 | |
| | その他 | |

| | | | |
|--------|---|------|--|
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | |
| | | 住所 | |
| | | 診療科目 | 9 ページ |
| | | 協力科目 | |
| | | 協力内容 | 入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 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 |

中 略

| | | | |
|--------|------------------------|---|---------|
| 協力医療機関 | 新興感染症発生時に対応を行う医療機関との連携 | 1 | ありの場合 |
| | | | 医療機関の名称 |
| | | | 医療機関の住所 |

| | | | |
|----------|---|------|--|
| 協力歯科医療機関 | 1 | 名称 | |
| | | 住所 | |
| | | 協力内容 | |
| | 2 | 名称 | |
| | | 住所 | |
| | | 協力内容 | |

| | |
|------|---|
| 医療支援 | <ul style="list-style-type: none"> ・医療支援とは、医療機関ではなく、有料老人ホームが入居者に行う医療支援の内容を選択してください。 ・別添2「有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表」に記載の内容と整合性を図ってください。 ※「通院介助」、「入退院時の同行」が「1 あり」の場合は、「○」を記入してください。 |
|------|---|

| | |
|----------|---|
| 協力医療機関 | <ul style="list-style-type: none"> ・<u>名称</u>:有料老人ホームから医療機関までの距離を併記することが望ましいです。 【例】 柏〇〇病院(有料老人ホームから〇〇m) ・<u>協力科目</u>:協力科目とは, 協力医療機関の診療科目のうち, 有料老人ホームと協力体制がある科目のことをいいます。 ※診療科目と協力科目が一致しない場合もあります。 ・<u>協力内容</u>:必ずプルダウンより選択してください。 ・<u>新興感染症発生時に対応を行う</u> <u>医療機関との連携</u>:「あり」の場合, 医療機関等の名称及び住所を記入してください。 ・協力医療機関が6箇所以上ある場合は, 主な協力医療機関を5つ記入し残りは当記載例48ページの「備考」欄に記入してください。 |
| 協力歯科医療機関 | <p>協力歯科医療機関が3箇所以上ある場合は, 主な協力歯科医療機関を2つ記入し, 残りは当記載例48ページの「備考」欄に記入してください。</p> |

(入居後に居室を住み替える場合)

| | | |
|--------------------------|------------|--|
| 入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可 | 一時介護室へ移る場合 | |
| | 介護居室へ移る場合 | |
| | その他 | |
| 判断基準の内容 | | |
| 手続きの内容 | | |
| 追加的費用の有無 | | |
| 居室利用権の取扱い | | |
| 以下, 省略 | | |

| | |
|----------------|---|
| 入居後に居室を住み替える場合 | <ul style="list-style-type: none"> ・入居者の自己都合による住み替えは, 記載の対象外です。 ・一般居室間の住み替えを行う場合は, 「その他」欄にその旨を記入してください。 |
| 手続きの内容 | 入居契約書に定める内容を記入してください。 |
| 居室利用権の取扱い | 当初契約した居室の利用権が移る場合, その旨を記入してください。 |

(入居に関する要件)

| | | |
|--------------------|--------------------------------|----|
| 入居対象となる者 【表示事項】 | 自立している者 | |
| | 要支援の者 | |
| | 要介護の者 | |
| 留意事項 | | |
| 契約解除の内容 | | |
| 事業主体から解約を求め る場合 | 解約条項 | |
| | 解約予告期間 | ヶ月 |
| 入居者からの解約予告期間 | | ヶ月 |
| 体験入居の内容 | 1 ありの場合 | |
| | (内容) | |
| 入居定員 | | 人 |
| その他 | <p>【例】 入居からの解約予告期間は〇〇日</p> | |

| | |
|----------------|--|
| 留意事項 | 有料老人ホームの職員が対応可能な範囲や対応できない処置等を記入してください。 |
| 契約解除の内容 | 入居契約書に定める入居契約の終了事由を記入してください。 |
| 事業主体から解約を求める場合 | <ul style="list-style-type: none"> ・<u>解約条項</u>:入居契約書に定める内容を記入してください。 ・<u>解約予告期間</u>:入居契約書に定める期間を記入してください。 ※解約予告期間の単位が「ヶ月」以外の場合は、 「その他」欄に「解約予告期間は、〇〇日」と記入してください。 |
| 入居者からの解約予告期間 | <ul style="list-style-type: none"> ・入居契約書に定める期間を記入してください。 ・解約予告期間の単位が「ヶ月」以外の場合は、「その他」欄に「解約予告期間は、〇〇日」と記入してください。 |
| 体験入居の内容 | <p>「1 あり」の場合は、具体的な日数や金額(滞在費や食費等)を記入してください。</p> <p>【例】 1泊2日 〇〇円</p> |
| 入居定員 | 柏市に届出を行っている定員数を記入してください。 |

【5 職員体制】

(職種別の職員数)

| | 職員数 (実人数) | | | 常勤換算人数 ※1 ※2 |
|--|-----------|----|-----|-----------------|
| | 合計 | 常勤 | 非常勤 | |
| 管理者 | | | | |
| 生活相談員 | | | | |
| 直接処遇職員 | | | | |
| 介護職員 | | | | |
| 看護職員 | | | | |
| 機能訓練指導員 | | | | |
| 計画作成担当者 | | | | |
| 栄養士 | | | | |
| 調理員 | | | | |
| 事務員 | | | | |
| その他職員 | | | | |
| 1 週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 ※2 | | | | 時間 |
| ※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。 | | | | |
| ※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要 | | | | |

「管理者」～「その他職員」

- ・有料老人ホームの職員数(実人数)を記入してください。
※記載するのは、あくまでも有料老人ホームの職員数のみです。
ただし、介護保険事業所との兼務者がいる場合は、
兼務者の人数を含めて記入してください。
- ・外部委託する職種がある場合は、職員数に含めてください。
- ・有料老人ホームの職種を兼務する場合は、主な担当職種に
人数を記入してください。
【例】 1人が管理者と生活相談員を兼務し、主な担当職種が
管理者の場合
⇒「管理者」欄に「1」と記入
「生活相談員」欄に「0」と記入
- ・「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」は、当記載例27ページの(職員の状況)に
おける「業務に従事した経験年数に応じた職員の数」の
記載内容と整合性を図ってください。

(資格を有している介護職員の人数)

| | 合計 | |
|-----------|----|-----|
| | 常勤 | 非常勤 |
| 社会福祉士 | | |
| 介護福祉士 | | |
| 実務者研修の修了者 | | |
| 初任者研修の修了者 | | |
| 介護支援専門員 | | |

全体

当記載例22ページの(職種別の職員数)における介護職員のうち、資格を有する人数を記入してください。

※1人が複数の資格を有する場合、重複記入可能です。

【例】 1人が社会福祉士と介護福祉士の資格を有する場合
 社会福祉士に1人
 介護福祉士に1人

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

| | 合計 | | |
|-------------|----|----|-----|
| | | 常勤 | 非常勤 |
| 看護師又は准看護師 | | | |
| 理学療法士 | | | |
| 作業療法士 | | | |
| 言語聴覚士 | | | |
| 柔道整復士 | | | |
| あん摩マッサージ指圧師 | | | |
| はり師 | | | |
| きゅう師 | | | |

| | |
|----|---|
| 全体 | <ul style="list-style-type: none"> ・当記載例22ページの<u>(職種別の職員数)</u>における機能訓練指導員のうち、資格を有する人数を記入してください。 ※1人が複数の資格を有する場合、重複記入可能です。 【例】 1人が看護師と理学療法士の資格を有する場合 看護師に1人 理学療法士に1人 ・当記載例22ページの<u>(職種別の職員数)</u>において機能訓練指導員の配置がない場合は、記入不要です。 |
|----|---|

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

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

| | |
|-----------------------------------|--|
| 看護職員・介護職員の人数 > 最少時人数 (休憩者等を除く) | ・平均人数と最少時人数は、 <u>宿直者を除いてください</u> 。 ・休憩時間等で持ち場を離れる職員を除き、夜勤帯で最も手薄になる時間の職員数を記入してください。 【例】夜勤者1人配置の場合⇒最少時人数は、「0人」 |
|-----------------------------------|--|

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

※特定施設入居者生活介護の場合は記入してください。

| | | |
|--|----------------------------------|-----|
| 特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能) | 契約上の職員配置比率※ 【表示事項】 | |
| | 実際の配置比率 (記入日時点での利用者数：常勤換算職員数) | : 1 |
| ※ 広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択 | | |
| 外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制 (外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能) | ホームの職員数 | 人 |
| | 訪問介護事業所の名称 | |
| | 訪問看護事業所の名称 | |
| | 通所介護事業所の名称 | |

(職員の状況)

| | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|---------------|---------|------|-----|------|-----|-------|-----|---------|-----|---------|-----|
| 管理者 | 他の職務との兼務 | | | | | | | | | | | |
| | 業務に係る資格等 | 1 ありの場合 | | | | | | | | | | |
| | | 資格等の名称 | | | | | | | | | | |
| | | | 看護職員 | | 介護職員 | | 生活相談員 | | 機能訓練指導員 | | 計画作成担当者 | |
| | | | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 |
| 前年度1年間の採用者数 | | | | | | | | | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | | | | | | | | | | | |
| 業務に応じた従事した職員の人 数 経験年数 | 1年未満 | | | | | | | | | | | |
| | 1年以上 3年未満 | | | | | | | | | | | |
| | 3年以上 5年未満 | | | | | | | | | | | |
| | 5年以上 10年未満 | | | | | | | | | | | |
| | 10年以上 | | | | | | | | | | | |
| 従業者の健康診断の実施状況 | | | | | | | | | | | | |

業務に従事した経験年数
に応じた職員の数

- ・当記載例22ページの(職種別の職員数)における「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」の人数と整合性を図ってください。
- ・当該有料老人ホームや法人での業務経験に関わらず, 当該業務に従事した経験年数を記入してください。

【6 利用料金】

(利用料金の支払い方法)

| | |
|----------------------------|--|
| 居住の権利形態 【表示事項】 | |
| 利用料金の支払い方式 【表示事項】 | 4 選択方式の場合、該当する方式を全て選択 |
| | <input type="checkbox"/> 全額前払い方式 |
| | <input type="checkbox"/> 一部前払い・一部月払い方式 |
| | <input type="checkbox"/> 月払い方式 |
| 年齢に応じた金額設定 | |
| 要介護状態に応じた金額設定 | |
| 入院等による不在時における利用料金（月払い）の取扱い | 3 不在期間が○日以上の場合に限り、日割り計算で減額の場合 |
| | 不在期間が <input type="text"/> 日以上 |
| 利用料金の改定 | 条件 |
| | 手続き |

| | |
|-----------------------------------|--|
| <p>利用料金の支払い方式 【表示事項】</p> | <p>「4 選択方式」の場合は、「全額前払い方式」、「一部前払い・一部月払い方式」、「月払い方式」から選択してください。</p> |
| <p>入院等による不在時における利用料金(月払い)の取扱い</p> | <p>「3 不在期間が〇日以上の場合に限り、日割り計算で減額」の場合は、日割り計算で減額される日数を記入してください。</p> |
| <p>利用料金の改定</p> | <p>入居契約書に規定する改定方法と整合性を図ってください。</p> |

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

| | | プラン1 | プラン2 | |
|------------|------------------|----------------|----------------|---|
| 入居者の状況 | 要介護度 | | | |
| | 年齢 | 歳 | 歳 | |
| 居室の状況 | 床面積 | m ² | m ² | |
| | 便所 | | | |
| | 浴室 | | | |
| | 台所 | | | |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金 | 円 | 円 | |
| | 敷金 | 円 | 円 | |
| 月額費用の合計 | | 円 | 円 | |
| サービス費用 | 家賃 | 円 | 円 | |
| | 特定施設入居者生活介護※1の費用 | 円 | 円 | |
| | 介護保険外※2 | 食費 | 円 | 円 |
| | | 管理費 | 円 | 円 |
| | | 介護費用 | 円 | 円 |
| | | 光熱水費 | 円 | 円 |
| その他 | 円 | 円 | | |

※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。

※2 有料老人ホーム事業として受領する費用(訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない)

| | |
|---|---|
| <p>プラン1・2</p> | <p>・任意のプランを2つ記入してください。 【例】 自立者と要介護者, 身体状況や年齢, 居室面積タイプの違い, 現在募集中の居室 等</p> <p>・プランが1つのみの場合は, 「プラン2」は空欄で構いません。</p> |
| <p>月額費用の合計</p> | <p>・「家賃」+「サービス費用」=「月額費用の合計」となるように記入してください。 <u>※自動計算されません。</u></p> |
| <p>月額費用の合計 > サービス費用 > 介護保険外 > その他</p> | <p>「食費」~「光熱水費」に当てはまらない費用がある場合は, 「その他」欄に記入してください。この場合は, 当記載例32ページの (利用料金の算定根拠)における「その他のサービス利用料」欄に 当該費用の内容を具体的に記入してください。 【例】 共益費, 生活支援サービス費 等</p> |

(利用料金の算定根拠)

| 費目 | 算定根拠 |
|-------------------------------|--------|
| 家賃 | |
| 敷金 | 家賃のヶ月分 |
| 介護費用 ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 | |
| 管理費 | |
| 食費 | |
| 光熱水費 | |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 別添 2 |
| その他のサービス利用料 | |

| | |
|--|--|
| 全体 | <p>当記載例30ページの(利用料金のプラン)における各料金の算定根拠を記入してください。</p> <p>※金額のみを記載することのないようにしてください。</p> |
| 家賃 | <p>家賃の原価構成を記入してください。</p> <p>【例】「建物の賃借料, 設備備品費, 借入利息等を基礎として, 1室あたりの家賃を算出した。」等</p> |
| <p>介護費用</p> <p>※介護保険サービスの自己負担額は含まない。</p> | <p>要介護者等の介護費用, 自立者への介護サービス費用について記入してください。</p> <p>【例】自立者に対する一時的介護費用 等</p> |
| 管理費 | <ul style="list-style-type: none"> ・管理費の用途を記入してください。 ・用途は, 「等」で括らず, 全て記入してください。 <p>【例】共用施設の維持管理・修繕費, 事務管理部門・生活支援サービスの人件費・事務費</p> |
| 食費 | <p>【例】 厨房維持費, 及び1日3食を提供するための費用</p> |
| 光熱水費 | <p>【例】 実費</p> |
| その他のサービス利用料 | <p>「家賃」~「利用者の個別的な選択によるサービス利用料」以外に月額で受領する費用があれば記入してください。</p> |

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠)

※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能です。

| 費目 | 算定根拠 |
|--|------|
| 特定施設入居者生活介護※に対する自己負担額 | |
| 特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乘せサービス） | |
| ※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。 | |

| | |
|----------------------|--------------------------|
| 特定施設入居者生活介護に対する自己負担額 | 【例】 基本報酬, 及び前掲の加算の利用者負担分 |
|----------------------|--------------------------|

(前払金の受領)

| | | |
|--------------------------------------|--------------------|----|
| 算定根拠 | | |
| 想定居住期間 (償却年月数) | | ヶ月 |
| 償却の開始日 | 入居日 | |
| 想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額 (初期償却額) | | 円 |
| 初期償却率 | | % |
| 返還金の算定方法 | 入居後 3 月以内の契約終了 | |
| | 入居後 3 月を超えた契約終了 | |
| 前払金の保全先 | 1 全国有料老人ホーム協会以外の場合 | |
| | 名称 | |

| | |
|-------------------|---|
| 算定根拠 | <ul style="list-style-type: none"> ・老人福祉法に基づき、算定根拠の概要を記入してください。 ・居室タイプ等によって金額に幅がある場合は、欄内で金額の範囲を記入することも可能です。 |
| 想定居住期間 (償却年月数) | <p>契約方式によって異なる場合は、欄内で書き分けることも可能です。</p> <p>【例】 自立〇〇ヶ月/要支援・要介護△△ヶ月</p> |
| 初期償却額 | <p>契約方式によって異なる場合は、欄内で書き分けることも可能です。</p> <p>【例】 自立〇〇円/要支援・要介護△△円</p> |
| 初期償却率 | <p>契約方式によって異なる場合は、欄内で書き分けることも可能です。</p> <p>【例】 自立〇〇%/要支援・要介護△△%</p> |
| 返還金の算定方法 | 老人福祉法施行規則に従って記入してください。 |
| 前払金の保全先 | 具体的な名称を記入してください。 |

【7 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】】

(入居者の人数)/(入居者の属性)

| | | | |
|-------|------------|--|---|
| 性別 | 男性 | | 人 |
| | 女性 | | 人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | | 人 |
| | 65歳以上75歳未満 | | 人 |
| | 75歳以上85歳未満 | | 人 |
| | 85歳以上 | | 人 |
| 要介護度別 | 自立 | | 人 |
| | 要支援1 | | 人 |
| | 要支援2 | | 人 |
| | 要介護1 | | 人 |
| | 要介護2 | | 人 |
| | 要介護3 | | 人 |
| | 要介護4 | | 人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | | 人 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | | 人 |
| | 1年以上5年未満 | | 人 |
| | 5年以上10年未満 | | 人 |
| | 10年以上15年未満 | | 人 |
| | 15年以上 | | 人 |

(入居者の属性)

| | | |
|---------|--|---|
| 平均年齢 | | 歳 |
| 入居者数の合計 | | 人 |
| 入居率※ | | % |

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

(入居者の人数)

| | |
|-------|--|
| 性別 | 「男性」+「女性」=当記載例37ページの(入居者の属性)における「入居者数の合計」となるように記入してください。 |
| 年齢別 | 「65歳未満」~「85歳以上」の合計値=当記載例37ページの(入居者の属性)における「入居者数の合計」となるように記入してください。 |
| 要介護度別 | 「自立」~「要介護5」の合計値=当記載例37ページの(入居者の属性)における「入居者数の合計」となるように記入してください。 |
| 入居期間別 | 「6ヶ月未満」~「15年以上」の合計値=当記載例37ページの(入居者の属性)における「入居者数の合計」となるように記入してください。 |

(入居者の属性)

| | |
|---------|---|
| 入居者数の合計 | 当記載例37ページの(入居者の人数)における「性別」,「年齢別」,「要介護度別」,「入居期間別」の合計値と一致するように記入してください。 |
| 入居率 | 『当記載例37ページの(入居者の属性)における「入居者数の合計」』÷『当記載例20ページの(入居に関する要件)における「定員」』(%)となるように記入してください。 ※自動計算されません。 |

(前年度における退去者の状況)

| | | | |
|---------|----------|----------|---|
| 退居先別の人数 | 自宅等 | | 人 |
| | 社会福祉施設 | | 人 |
| | 医療機関 | | 人 |
| | 死亡 | | 人 |
| | その他 | | 人 |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出 | (解約事由の例) | |
| | | | |
| | 入居者側の申し出 | | 人 |
| | | (解約事由の例) | |

| | |
|---|--|
| <p>生前解約の状況</p> <ul style="list-style-type: none">・施設側の申し出・入居者側の申し出 | <p>当記載例39ページの(前年度における退去者の状況)における<u>死亡者を除いた「退居先別の人数」</u>の合計値＝生前解約の状況における「施設側の申し出」人数＋「入居者側の申し出」人数となるように記入してください。</p> <p>【例】退居先別の人数が社会福祉施設 1 人, 医療機関 5 人, <u>死亡2人</u>, その他 1 人の場合 ⇒施設側の申し出人数 5人 入居者側の申し出人数 2人</p> |
|---|--|

【8 苦情・事故等に関する体制】

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況)

| 窓口1 | |
|----------|-----------------|
| 窓口の名称 | |
| 電話番号 | - |
| 対応している時間 | 平日 時 分 ~ 時 分 |
| | 土曜 時 分 ~ 時 分 |
| | 日曜・祝日 時 分 ~ 時 分 |
| 定休日 | |

| | |
|-------|---|
| 窓口1～5 | <p>有料老人ホームの連絡先, 事業主体(運営法人)の苦情相談窓口等に加え, 柏市の連絡先も記入してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ <u>窓口の名称</u> : 柏市 福祉部 指導監査課 ・ <u>電話番号</u> : 04-7167-1625 ・ <u>対応している時間</u> : 平日 8:30~17:00 : 土曜 なし(空欄) : 日曜・祝日 なし(空欄) ・ <u>定休日</u> : 土・日・祝日・年末年始 |
|-------|---|

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

| | | |
|-------------------------------|---------|--|
| 損害賠償責任保険の加入状況 | 1 ありの場合 | |
| | その内容 | |
| 介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応 | 1 ありの場合 | |
| | その内容 | |
| 事故対応及びその予防のための指針 | | |

損害賠償責任保険の
加入状況

「1 あり」の場合は、「その内容」欄に加入している損害賠償責任
保険の商品名を記入してください。

(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)

| | | |
|--|---------|--|
| 利用者アンケート調査、 意見箱等利用者の意見等 を把握する取組の状況 | 1 ありの場合 | |
| | 実施日 | |
| | 結果の開示 | |
| | 1 ありの場合 | |
| 第三者による評価の実施 状況 | 1 ありの場合 | |
| | 実施日 | |
| | 評価機関名称 | |
| | 結果の開示 | |

| | |
|---|---------------------|
| 利用者のアンケート調査、 意見箱等利用者の意見等 を把握する取組の状況 | 直近で実施した内容を記入してください。 |
| 第三者による評価の 実施状況 | 直近で実施した内容を記入してください。 |

【9 入居希望者への事前の情報開示】

| | |
|----------|--|
| 入居契約書の雛形 | |
| 管理規程 | |
| 事業収支計画書 | |
| 財務諸表の要旨 | |
| 財務諸表の原本 | |

| | |
|-------------------------------|---|
| 全体 | <ul style="list-style-type: none"> ・プルダウンから1つ選択してください。 ・プルダウンの複数に該当する場合は、情報開示の度合いが大きいものを選択してください。 <p>【例】 入居契約書の雛形について、「公開」も「交付」もしている。 →「入居希望者に交付」を選択してください。</p> |
| 事業収支計画書 財務諸表の要旨 財務諸表の原本 | 事業主体(運営法人)のホームページに掲載している場合は、「公開」としていただいて構いません。 |

【10 その他】

| | | |
|-------------------|---|--|
| 運営懇談会 | 1 ありの場合 | (開催頻度) 年 回 |
| | 2 なしの場合 | |
| | 1 代替措置ありの場合 | (内容) |
| | | |
| 高齢者虐待防止のための取組の状況 | 高齢者虐待防止対策検討委員会の定期的な開催 | |
| | 指針の整備 | |
| | 研修の定期的な実施 | |
| | 担当者の配置 | |
| 身体的拘束等廃止のための取組の状況 | 身体拘束適正化委員会の開催 | |
| | 指針の整備 | |
| | 研修の実施 | |
| | | |
| | 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） | 1 ありの場合 身体的拘束等を行う場合の態様、及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録 |

| | | |
|--|---------------------------|--|
| 業務継続計画の策定状況等 | 感染症に関する業務継続計画（BCP） | |
| | 災害に関する業務継続計画（BCP） | |
| | 職員に対する周知の実施 | |
| | 定期的な研修の実施 | |
| | 定期的な訓練の実施 | |
| | 定期的な業務継続計画の見直し | |
| 提携ホームへの移行 【表示事項】 | 1 ありの場合 | |
| | 提携ホーム名 | |
| 有料老人ホーム設置時の老人福祉法第29条第1項に規定する届出 | | |
| 高齢者の居住の安定確保に関する法律第5条第1項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録 | | |
| 有料老人ホーム設置運営指導指針「5.規模及び構造設備」に合致しない事項 | 1 ありの場合 | |
| | 合致しない事項がある場合の内容 | |
| | 「6.既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性 | |
| 有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項 | | |
| 不適合事項がある場合の内容 | | |

| | |
|---|--|
| <p>有料老人ホーム設置運営 指導指針「5.規模及び 構造設備」に合致しない 事項</p> | <p>・「1 ありの場合」は、「柏市有料老人ホーム設置運営指導指針」の 「5 規模及び構造設備」に合致しない事項を記入してください。 【例】 各階に汚物処理室の設置なし 居室内に収納スペースの設置なし 等</p> <p>・『「6 既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性』は、 既存建築物等の活用による開設でない場合は、記入不要です。</p> |
| <p>有料老人ホーム設置運営 指導指針の不適合事項</p> | <p>「柏市有料老人ホーム設置運営指導指針」の「5 規模及び構造 設備」以外に不適合事項がある場合は、記入してください。 【例】 柏市有料老人ホーム設置運営指導指針 8 有料老人ホーム事業の運営 (11) 運営懇談会の設置等</p> |
| <p>不適合事項がある場合の 内容</p> | <p>「有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項」に記載した 不適合事項について、内容を記入してください。 【例】 運営懇談会を設置していない。代替措置もなし。</p> |

【備考】

備考

| |
|--|
| |
|--|

備考

- ・重要事項説明書は、様式等の変更が一切できません。
※当市においても編集することができません。
- ・記入スペースの都合等で、各欄に記入できなかった内容がある場合は、「備考」欄に記入してください。

【別添1】

別添1 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市内で実施する他の介護サービス等

| 介護サービスの種類 | 有無 | 主な事業所の名称 | 所在地 | 併設 | 隣接 |
|-----------|----|----------|-----|----|----|
| <居宅サービス> | | | | | |
| 訪問介護 | | | | | |
| 訪問入浴介護 | | | | | |
| 訪問看護 | | | | | |

| | |
|----|--|
| 全体 | <ul style="list-style-type: none"> ・事業主体(運営法人)が「柏市内」で実施する他の介護サービス等を記入してください。 ・サービスを実施しない場合は、「有無」欄に「2 なし」を記入してください。 |
|----|--|

【別添 2】

別添2 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

| 特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無 | | | | | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|------|------|-----|--|
| 介護サービス | 特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス(利用者一部負担※1) | 個別の利用料金で、実施するサービス(利用者が全額負担) | | | 備 考 | |
| | | 包含※2 | 都度※2 | 料金※3 | | |
| 食事介助 | | | | | | |
| 排泄介助・おむつ交換 | | | | | | |
| おむつ代 | | | | | | |

| | |
|-------------------|---|
| 全体 | <ul style="list-style-type: none"> ・当記載例13ページの(全体の方針)における「入浴,排せつ又は食事の介護」,「洗濯・掃除等の家事の供与」,「健康管理の供与」に記載の内容と整合性を図ってください。 ・当記載例16ページの(医療連携の内容)における「入退院の付き添い」,「通院介助」に記載の内容と整合性を図ってください。 |
| 特定施設入居者生活介護の指定の有無 | 必ずプルダウンより選択してください。 |

| | |
|--|--|
| <p>特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス (利用者一部負担)</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・特定施設入居者生活介護に該当しない場合は、全て「2 なし」を選択してください。 ・特定施設入居者生活介護費で実施するサービスがない場合は、「2 なし」を選択してください。 |
| <p>個別の利用料金で、 実施するサービス (利用者が全額負担)</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・入居者に提供するサービスの有無を記入してください。 <ul style="list-style-type: none"> ※記載するのは<u>有料老人ホームが提供するサービス</u>であり、併設の介護保険事業所のサービスや他業者との契約が別途必要なサービスは記入不要です。 ※サービスの提供実績がない場合でも、入居者から希望があった際に、サービス提供できる体制がある場合は、「1 あり」を選択してください。 ・<u>サービス提供がある場合(「1 あり」の場合)</u>は、料金について、「包含」又は「都度」を選択してください。 <ul style="list-style-type: none"> ※「包含」とは、各種のサービス費用が、月額サービス費用に含まれる場合(月額で支払う管理費等の他に、入居者の負担がない場合)をいいます。 ※「都度」とは、各種のサービス費用をサービス利用の都度、入居者から受領する場合をいいます。(月額で支払う管理費等の他に、入居者から月額のサービス費用として受領する場合も含まれます。) |

個別の利用料金で、
実施するサービス
(利用者が全額負担)

・「都度」を選択した場合は、「料金」欄に具体的な単価や月額費用を記入してください。

※「料金」欄に記入しきれない場合は、別添2の「備考」欄又は当記載例48ページの「備考」欄をご活用ください。

【例】 1回あたり〇〇円, 10分あたり〇〇円

生活支援サービス費 月額〇〇円 等

・「包含」と「都度」のどちらにも該当する場合は、両方を選択し、「備考」欄に具体的な内容を記入してください。

【例】 週2回までは、管理費に含まれる。

週3回からは、1回あたり〇〇円