

重要事項説明書（情報公表システム取込様式）

Ver 1.0

|           |                |
|-----------|----------------|
| 記入年月日     | 2021 年 7 月 1 日 |
| 記入者名      | 神奈川 太郎         |
| 所属・職名     | 施設長            |
| 取込種別      | ※記入不要          |
| 被災確認事業所番号 | ※記入不要          |

1 事業主体概要

|            |                        |                        |
|------------|------------------------|------------------------|
| 種類         | 2 法人                   |                        |
|            | ※法人の場合、その種類            | 5 営利法人                 |
| 名称         | (ふりがな) かぶしきがいしゃ かながわけん |                        |
|            | 株式会社 神奈川県              |                        |
| 法人番号       | 法人番号有無                 | 1 有                    |
|            | 法人番号                   | 123456789              |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 123 - 4567           |                        |
|            | 神奈川県中区日本大通り 1          |                        |
| 連絡先        | 電話番号                   | 045 - 210 - 1111       |
|            | FAX番号                  | 045 - 210 - 1111       |
|            | メールアドレス                | kanagawa @ kanagawa.jp |
|            | ホームページ有無               | 1 有                    |
|            | ホームページアドレス             | http:// ○○○○○          |
| 代表者        | 氏名                     | 神奈川 二郎                 |
|            | 職名                     | 代表取締役                  |
| 設立年月日      | 2000 年 1 月 1 日         |                        |
| 主な実施事業     | ※別添 1（別を実施する介護サービス一覧表） |                        |

・特定施設入居者生活  
介護の指定を受けてい  
る場合は(1 有)  
・住宅型有料老人ホー  
ムの場合は(2 なし)

ホームページ有の場合  
はURLを記入

## 2 有料老人ホーム事業の概要

### (住まいの概要)

|               |                          |                         |       |            |
|---------------|--------------------------|-------------------------|-------|------------|
| 名称            | 〇〇ゆうりょうろうじんほーむ<br>(ふりがな) |                         |       |            |
|               | 〇〇有料老人ホーム                |                         |       |            |
| 所在地           | 〒                        | 123                     | -     | 4567       |
|               | 神奈川県〇〇市〇〇〇               |                         |       |            |
| 所在地(建物名等)     | 〇〇ビル                     |                         |       |            |
| 市町村コード        | 都道府県                     | 神奈川県                    | 市区町村  | 141003 横浜市 |
| 主な利用交通手段      | 最寄駅                      | 〇〇〇 駅                   |       |            |
|               | 交通手段と所要時間                | 徒歩〇分                    |       |            |
| 連絡先           | 電話番号                     | 045                     | -     | 210 - 1111 |
|               | FAX番号                    | 045                     | -     | 210 - 1111 |
|               | メールアドレス                  | kanagawa2 @ kanagawa.jp |       |            |
|               | ホームページ有無                 | 1 有                     |       |            |
|               | ホームページアドレス               | http://                 | 〇〇〇〇〇 |            |
| 管理者           | 氏名                       | 神奈川 太郎                  |       |            |
|               | 職名                       | 施設長                     |       |            |
| 建物の竣工日        |                          | 2010                    | 年     | 1 月 1 日    |
| 有料老人ホーム事業の開始日 |                          | 2011                    | 年     | 1 月 1 日    |

例:①バス利用の場合  
・〇〇バスで乗車〇分、△△  
停留所で下車、徒歩〇分(〇〇〇m)  
②自動車利用の場合  
・乗車〇分

ホームページ有の場合はURLを記入

(類型) 【表示事項】

|                |                              |           |   |     |     |
|----------------|------------------------------|-----------|---|-----|-----|
| 類型             | 1 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合） |           |   |     |     |
| 1 又は 2 に該当する場合 | 介護保険事業者番号                    | 123456789 |   |     |     |
|                | 指定した自治体名                     | 神奈川県      |   |     |     |
|                | 事業所の指定日                      | 2010      | 年 | 1 月 | 1 日 |
|                | 指定の更新日（直近）                   | 2018      | 年 | 1 月 | 1 日 |

3 住宅型の場合は、「介護保険事業所番号」「指定した自治体名」「事業所の指定日」「指定の更新日（直近）」の記入不要

3 建物概要

|         |      |                 |                |                |
|---------|------|-----------------|----------------|----------------|
| 土地      | 敷地面積 | 400             | m <sup>2</sup> |                |
|         | 所有関係 | 2 事業者が賃借する土地    |                |                |
|         |      | 2 事業者が賃借する土地の場合 |                |                |
|         |      | 賃貸の種別           | 1 普通賃借         |                |
|         |      | 抵当権の有無          | 2 なし           |                |
|         |      | 契約期間            | 1 あり           |                |
|         |      |                 | 開始             |                |
|         |      |                 | 2010 年         | 1 月            |
| 終了      |      |                 |                |                |
| 2040 年  | 12 月 | 31 日            |                |                |
| 契約の自動更新 | 1 あり |                 |                |                |
| 建物      | 延床面積 | 全体              | 800            | m <sup>2</sup> |
|         |      | うち、老人ホーム部分      | 700            | m <sup>2</sup> |
|         | 耐火構造 | 1 耐火建築物         |                |                |
|         |      | 3 その他の場合        |                |                |
|         | 構造   | 1 鉄筋コンクリート造     |                |                |
|         |      | 4 その他の場合        |                |                |
|         |      |                 |                |                |

建物のみ賃借している場合は、全て空欄にしてください

|       |                |                 |                |                   |       |          |  |
|-------|----------------|-----------------|----------------|-------------------|-------|----------|--|
|       | 所有関係           | 2 事業者が賃借する建物    |                |                   |       |          |  |
|       |                | 2 事業者が賃借する建物の場合 |                |                   |       |          |  |
|       |                | 賃貸の種別           |                | 1 普通賃借            |       |          |  |
|       |                | 抵当権の有無          |                | 1 あり              |       |          |  |
|       |                | 契約期間            |                | 1 あり              |       |          |  |
|       |                |                 |                | 開始                |       |          |  |
|       |                |                 |                | 2010 年            | 1 月   | 1 日      |  |
|       |                |                 |                | 終了                |       |          |  |
|       |                |                 |                | 2040 年            | 12 月  | 31 日     |  |
|       |                | 契約の自動更新         |                | 1 あり              |       |          |  |
| 居室の状況 | 居室区分<br>【表示事項】 | 1 全室個室（縁故者個室含む） |                |                   |       |          |  |
|       |                | 2 相部屋ありの場合      |                |                   |       |          |  |
|       |                | 最小              |                | 1                 |       | 人部屋      |  |
|       |                | 最大              |                | 2                 |       | 人部屋      |  |
|       |                | トイレ             | 浴室             | 面積                | 戸数・室数 | 区分       |  |
|       | タイプ1           | 1 有             | 1 有            | 30 m <sup>2</sup> | 5     | 3 介護居室個室 |  |
|       | タイプ2           | 1 有             | 2 無            | 25 m <sup>2</sup> | 5     | 3 介護居室個室 |  |
|       | タイプ3           | 2 無             | 2 無            | 20 m <sup>2</sup> | 10    | 3 介護居室個室 |  |
|       | タイプ4           | 2 無             | 2 無            | 20 m <sup>2</sup> | 2     | 5 一時介護室  |  |
|       | タイプ5           |                 |                | m <sup>2</sup>    |       |          |  |
|       | タイプ6           |                 |                | m <sup>2</sup>    |       |          |  |
|       | タイプ7           |                 |                | m <sup>2</sup>    |       |          |  |
|       | タイプ8           |                 |                | m <sup>2</sup>    |       |          |  |
|       | タイプ9           |                 |                | m <sup>2</sup>    |       |          |  |
| タイプ10 |                |                 | m <sup>2</sup> |                   |       |          |  |

個室・夫婦部屋の場合  
(1 全室個室)になります

居室タイプが10以上ある場合は居室数が多い代表的なものを記入

|                      |                  |               |         |                 |   |    |  |
|----------------------|------------------|---------------|---------|-----------------|---|----|--|
| 共用施設                 | 共用便所における<br>便房   | 3             | ヶ所      | うち男女別の対応が可能な便房  | 2 | ヶ所 |  |
|                      |                  |               |         | うち車椅子等の対応が可能な便房 | 1 | ヶ所 |  |
|                      | 共用浴室             | 2             | ヶ所      | 個室              | 1 | ヶ所 |  |
|                      |                  |               |         | 大浴場             | 1 | ヶ所 |  |
|                      | 共用浴室における<br>介護浴槽 | 3             | ヶ所      | チェアー浴           | 1 | ヶ所 |  |
|                      |                  |               |         | リフト浴            | 1 | ヶ所 |  |
|                      |                  |               |         | ストレッチャー浴        | 1 | ヶ所 |  |
|                      |                  |               |         | その他             |   | ヶ所 |  |
|                      | 食堂               | 1             | あり      |                 |   |    |  |
| 入居者や家族が利用<br>できる調理設備 | 2                | なし            |         |                 |   |    |  |
| エレベーター               | 2                | あり（ストレッチャー対応） |         |                 |   |    |  |
| 消防用設備<br>等           | 消火器              | 1             | あり      |                 |   |    |  |
|                      | 自動火災報知設備         | 1             | あり      |                 |   |    |  |
|                      | 火災通報設備           | 1             | あり      |                 |   |    |  |
|                      | スプリンクラー          | 1             | あり      |                 |   |    |  |
|                      | 防火管理者            | 1             | あり      |                 |   |    |  |
|                      | 防災計画             | 1             | あり      |                 |   |    |  |
| 緊急通報装<br>置等          | 居室               | 1             | 全ての居室あり |                 |   |    |  |
|                      | 便所               | 1             | 全ての居室あり |                 |   |    |  |
|                      | 浴室               | 1             | 全ての居室あり |                 |   |    |  |
|                      | その他              | 一時介護室         |         |                 |   |    |  |
|                      |                  | 1             | あり      |                 |   |    |  |
| その他                  |                  |               |         |                 |   |    |  |

#### 4 サービスの内容

(全体の方針)

|                 |                     |
|-----------------|---------------------|
| 運営に関する方針        | ※ホームをアピールするための自由記載欄 |
| サービスの提供内容に関する特色 | ※ホームをアピールするための自由記載欄 |
| 入浴、排せつ又は食事の介護   | 1 自ら実施              |
| 食事の提供           | 2 委託                |
| 洗濯・掃除等の家事の供与    | 1 自ら実施              |
| 健康管理の供与         | 1 自ら実施              |
| 安否確認又は状況把握サービス  | 1 自ら実施              |
| 生活相談サービス        | 1 自ら実施              |

サービスの提供  
主体を選択

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

|                                |               |       |      |
|--------------------------------|---------------|-------|------|
| 特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無 | 入居継続支援加算      | 2     | なし   |
|                                | 生活機能向上連携加算    | 2     | なし   |
|                                | 個別機能訓練加算      | 1     | あり   |
|                                | 夜間看護体制加算      | 1     | あり   |
|                                | 若年性認知症入居者受入加算 | 2     | なし   |
|                                | 医療機関連携加算      | 2     | なし   |
|                                | 口腔衛生管理体制加算    | 1     | あり   |
|                                | 栄養スクリーニング加算   | 1     | あり   |
|                                | 退院・退所時連携加算    | 2     | なし   |
|                                | 看取り介護加算       | 1     | あり   |
|                                | 認知症専門ケア加算     | (Ⅰ)   | 2 なし |
|                                |               | (Ⅱ)   | 2 なし |
|                                | サービス提供体制強化加算  | (Ⅰ) イ | 2 なし |
|                                |               | (Ⅰ) ロ | 2 なし |
|                                |               | (Ⅱ)   | 1 あり |
|                                |               | (Ⅲ)   | 2 なし |

・特定施設入居者生活介護の指定を受けている場合のみ記載  
※住宅型の場合記載不要

|                      |               |     |   |     |
|----------------------|---------------|-----|---|-----|
|                      | 介護職員処遇改善加算    | (Ⅰ) | 2 | なし  |
|                      |               | (Ⅱ) | 1 | あり  |
|                      |               | (Ⅲ) | 2 | なし  |
|                      |               | (Ⅳ) | 2 | なし  |
|                      |               | (Ⅴ) | 2 | なし  |
|                      | 介護職員等特定処遇改善加算 | (Ⅰ) | 2 | なし  |
|                      |               | (Ⅱ) | 1 | あり  |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無 | 1 あり          |     |   |     |
|                      | 1 ありの場合       |     |   |     |
|                      | (介護・看護職員の配置率) | 2   |   | : 1 |

(医療連携の内容)

|                |                                |                         |   |
|----------------|--------------------------------|-------------------------|---|
| 医療支援<br>※複数選択可 | <input type="radio"/> 救急車の手配   |                         |   |
|                | <input type="radio"/> 入退院の付き添い |                         |   |
|                | <input type="radio"/> 通院介助     |                         |   |
|                | <input type="radio"/> その他      |                         |   |
| 1              | 名称                             | 〇〇クリニック                 | <div>医療機関の診療科目</div> <div>医療機関の診療科目のうち、ホームの協力科目</div> |
|                | 住所                             | 神奈川県〇〇市〇〇〇 (ホームから車で約〇分) |   |
|                | 診療科目                           | 内科、皮膚科、眼科               |   |
|                | 協力科目                           | 内科                      |   |
|                | 協力内容                           | 訪問診療、定期健康診断             |   |

|          |   |      |                        |
|----------|---|------|------------------------|
| 協力医療機関   | 2 | 名称   |                        |
|          |   | 住所   |                        |
|          |   | 診療科目 |                        |
|          |   | 協力科目 |                        |
|          |   | 協力内容 |                        |
|          | 3 | 名称   |                        |
|          |   | 住所   |                        |
|          |   | 診療科目 |                        |
|          |   | 協力科目 |                        |
|          |   | 協力内容 |                        |
| 協力歯科医療機関 | 1 | 名称   | 〇〇歯科                   |
|          |   | 住所   | 神奈川県〇〇市〇〇〇（ホームから車で約〇分） |
|          |   | 協力内容 | 訪問歯科診療                 |
|          | 2 | 名称   |                        |
|          |   | 住所   |                        |
|          |   | 協力内容 |                        |

協力医療機関が複数ある場合は、こちらも記入



(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

|                          |             |         |  |
|--------------------------|-------------|---------|--|
| 入居後に居室を住み替える場合<br>※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                  | 入居契約書第○条による |         |  |
| 手続きの内容                   | 入居契約書第○条による |         |  |
| 追加的費用の有無                 | 2 なし        |         |  |
| 居室利用権の取扱い                | 住み替え後の居室に移行 |         |  |
| 前払金償却の調整の有無              | 2 なし        |         |  |
| 従前の居室との仕様の変更             | 面積の増減       | 1 あり    |  |
|                          | 便所の変更       | 1 あり    |  |
|                          | 浴室の変更       | 2 なし    |  |
|                          | 洗面所の変更      | 2 なし    |  |
|                          | 台所の変更       |         |  |
|                          | その他の変更      | 2 なし    |  |
|                          |             | 1 ありの場合 |  |
|                          | (変更内容)      |         |  |

住み替えにより居室の仕様変更される可能性について記入してください

(入居に関する要件)

|                    |                              |  |    |
|--------------------|------------------------------|--|----|
| 入居対象となる者<br>【表示事項】 | 自立している者                      | 1    あり  |    |
|                    | 要支援の者                        | 1    あり  |    |
|                    | 要介護の者                        | 1    あり  |    |
| 留意事項               | ※入居に関して制限等を設けている場合のみ記入してください |  |    |
| 契約解除の内容            | 入居契約書第〇条による                  |  |    |
| 事業主体から解約を求める場合     | 解約条項                         | 入居契約書第〇条による<br>(下記の解約予告期間は90日、入居者からの解約予告期間は30日となります) |    |
|                    | 解約予告期間                       | 3  | ヶ月 |
| 入居者からの解約予告期間       | 1                            |  | ヶ月 |
| 体験入居の内容            | 1    あり                      |  |    |
|                    | 1    ありの場合                   |  |    |
|                    | (内容)                         | 期間：6泊7日を上限とします<br>費用：1泊2日8,400円<br>(介護保険の適用はありません)   |    |
| 入居定員               | 20                           |  | 人  |
| その他                |                              |  |    |

## 5 職員体制

※ 有料老人ホームの職員について記載すること（同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません）。

（職種別の職員数）

|  | 職員数（実人数） |    |     | 常勤換算人数<br>※ 1   ※ 2 |
|--|----------|----|-----|---------------------|
|  | 合計       |    |     |                     |
|  |          | 常勤 | 非常勤 |                     |
| 管理者  | 1        | 1  | 0   | 1                   |
| 生活相談員  | 1        | 1  | 0   | 1                   |
| 直接処遇職員   | 16       | 13 | 3   | 11                  |
|  | 介護職員     | 12 | 10  | 8.5                 |
|  | 看護職員     | 4  | 3   | 2.5                 |
| 機能訓練指導員  | 1        | 1  | 0   | 1                   |
| 計画作成担当者  | 1        | 1  | 0   | 1                   |
| 栄養士  | 1        | 0  | 1   | 1                   |
| 調理員  | 1        | 0  | 1   | 1                   |
| 事務員  | 1        | 0  | 1   | 1                   |
| その他職員  | 0        | 0  | 0   | 0                   |
| 1 週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数   ※ 2  |          |    |     | 40      時間          |
| ※ 1    常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において<br>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<br>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  |          |    |     |                     |

黄色部分は特定施設入居者生活介護の指定を受けているホームのみ記入  
※住宅型の場合記入不要

（資格を有している介護職員の人数）

|           | 合計 |    |     |
|-----------|----|----|-----|
|           |    | 常勤 | 非常勤 |
| 社会福祉士     | 4  | 3  | 1   |
| 介護福祉士     | 8  | 8  | 0   |
| 実務者研修の修了者 | 1  | 1  | 0   |
| 初任者研修の修了者 | 3  | 1  | 2   |
| 介護支援専門員   | 1  | 1  | 0   |

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

|             | 合計 |    |     |
|-------------|----|----|-----|
|             |    | 常勤 | 非常勤 |
| 看護師又は准看護師   | 4  | 3  | 1   |
| 理学療法士       | 1  | 1  | 0   |
| 作業療法士       | 0  | 0  | 0   |
| 言語聴覚士       | 0  | 0  | 0   |
| 柔道整復師       | 0  | 0  | 0   |
| あん摩マッサージ指圧師 | 0  | 0  | 0   |
| はり師         | 0  | 0  | 0   |
| きゅう師        | 0  | 0  | 0   |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

| 夜勤帯の設定時間 | ( 19 時 0 分 ~ 7 時 0 分 ) |   |                 |   |
|----------|------------------------|---|-----------------|---|
|          | 平均人数                   |   | 最小時人数 (休憩者等を除く) |   |
|          |                        |   |                 |   |
| 看護職員     | 2                      | 人 | 1               | 人 |
| 介護職員     | 5                      | 人 | 4               | 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指定を受けている場合のみ記入

|  |                                    |            |                             |
|--|------------------------------------|------------|-----------------------------|
| 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<br><br>(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※<br>【表示事項】              | b 2 : 1 以上 | 一般型特定施設入居者生活介護の場合のみ記入       |
|  | 実際の配置比率<br>(記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数) | 1.8 : 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<br>(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          | 外部サービス利用型特定施設入居者生活介護の場合のみ記入 |
|  | 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     |      |         |     | 2 なし  |     |         |     |         |     |
|               |                 | 業務に係る<br>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 |                 |              | 1    | 1       | 2   |       |     |         |     |         |     |
| 前年度 1 年間の退職者数 |                 |              | 1    |         | 1   |       |     |         |     |         |     |
| 業務に従事した経験年数に応 | 1 年未満           |              |      |         |     |       |     |         |     |         |     |
|               | 1 年以上<br>3 年未満  |              | 1    | 1       | 1   |       |     | 1       |     |         |     |
|               | 3 年以上<br>5 年未満  | 2            |      | 7       | 1   | 1     |     |         |     |         |     |
|               | 5 年以上<br>10 年未満 | 1            |      | 2       |     |       |     |         |     | 1       |     |
|               | 10 年以上          |              |      |         |     |       |     |         |     |         |     |
| 従業者の健康診断の実施状況 |                 |              | 1 あり |         |     |       |     |         |     |         |     |

経験年数には、別法人や別のホームで業務に従事した期間も含みます。  
※職種別の職員数と齟齬が出ないように記入してください

## 6 利用料金

### (利用料金の支払い方法)

|                            |     |  |               |
|----------------------------|-----|--|---------------|
| 居住の権利形態<br>【表示事項】          |     | 1 利用権方式                                      |               |
| 利用料金の支払い方式<br>【表示事項】       |     | 4 選択方式                                       |               |
|                            |     | 4 選択方式の場合、該当する方式を全て選択                        |               |
|                            |     | <input type="radio"/>                        | 全額前払い方式       |
|                            |     | <input type="checkbox"/>                     | 一部前払い・一部月払い方式 |
| <input type="radio"/>      |     | 月払い方式  |               |
| 年齢に応じた金額設定                 |     | 2 なし   |               |
| 要介護状態に応じた金額設定              |     | 1 あり   |               |
| 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                   |               |
|                            |     | 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 30 日以上                                 |               |
| 利用料金の改定                    | 条件  | 神奈川県に係る消費者物価指数及び人件費等に変動があった場合に<br>変更する。      |               |
|                            | 手続き | 神奈川県に事前相談し、運営懇談会で意見を聴いた上で、入居者または身元引受人の同意を得る。 |               |

(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    |                  | 自立      |                | 要介護       |                |
|            | 年齢      |                  | 75      | 歳              | 80        | 歳              |
| 居室の状況      | 床面積     |                  | 30      | m <sup>2</sup> | 20        | m <sup>2</sup> |
|            | 便所      |                  | 1       | 有              | 2         | 無              |
|            | 浴室      |                  | 1       | 有              | 2         | 無              |
|            | 台所      |                  | 2       | 無              | 2         | 無              |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金     |                  | 0       | 円              | 3,600,000 | 円              |
|            | 敷金      |                  | 55,000  | 円              | 0         | 円              |
| 月額費用の合計    |         |                  | 110,000 | 円              | 106,000   | 円              |
| 家賃         |         |                  | 55,000  | 円              | 0         | 円              |
| サービス費用     | 介護保険外※2 | 特定施設入居者生活介護※1の費用 | 0       | 円              | 26,000    | 円              |
|            |         | 食費               | 30,000  | 円              | 30,000    | 円              |
|            |         | 管理費              | 20,000  | 円              | 20,000    | 円              |
|            |         | 介護費用             | 0       | 円              | 25,000    | 円              |
|            |         | 光熱水費             | 5,000   | 円              | 5,000     | 円              |
| その他        |         | 0                | 円       | 0              | 円         |                |

※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。

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

月の家賃全額を前払金として支払う場合  
(例)家賃50,000円/月  
想定居住期間72ヵ月

上乗せ介護費がある場合記入

※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。

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

(利用料金の算定根拠)

| 費目                            | 算定根拠                                    |
|-------------------------------|---|
| 家賃                            | 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。 |
| 敷金                            | 家賃の 1 ヶ月分                               |
| 介護費用<br>※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 |   |

|                      |  |
|----------------------|--|
| 管理費                  | 共用施設の維持管理費、運営管理にかかる事務経費、管理部門の人件費等を勘案して算出。    |
| 食費                   | 1日あたり1,000円として30日分<br>(朝食200円 昼食300円 夕食500円) |
| 光熱水費                 | 居室及び共用部の電気、ガス、水道料を勘案して算出。                    |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 別添2  |
| その他のサービス利用料          |  |

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠)

※ 特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

| 費目   | 算定根拠  |
|--|---|
| 特定施設入居者生活介護※に対する自己負担額                      | 〇〇有料老人ホーム運営規程第〇条による   |
| 特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乘せサービス） | (要支援・要介護) 上乘せ介護費：長期推計に基づき、要介護者等2人に対し週40時間換算で介護・看護職員を1人以上配置するための費用として、介護保険給付及び利用者負担によって賄えない額に充当するものとして合理的な積算根拠に基づく |
| ※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運営規程



(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能

|                                      |               |  |    |
|--------------------------------------|---------------|--|----|
| 算定根拠                                 |               | 「家賃相当額×想定居住期間+ 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(前払金の20%)」により設定。                            |    |
| 想定居住期間 (償却年月数)                       |               | 72   | 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) |               | 720,000~800,000  | 円  |
| 初期償却率                                |               | 20   | %  |
| 返還金の算定方法                             | 入居後3月以内の契約終了  | 前払金 - { (1か月分の家賃) ÷ 30 × (入居日から契約終了日までの日数) }<br>※初期償却費用については全額返還<br>※月額利用料については日割計算で受領 |    |
|                                      | 入居後3月を超えた契約終了 | (前払金 - 初期償却額) ÷ (入居日の翌日から想定居住期間満了日までの日数) × (契約終了日から想定居住期間満了日までの日数)                     |    |
| 前払金の保全先                              | 1 全国有料老人ホーム協会 |  |    |
|                                      | 1             | 全国有料老人ホーム協会以外の場合   |    |
|                                      |               | 名称   |    |

前払金プランが複数ある場合〇〇~〇〇と記入

## 7 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

### (入居者の人数)

|       |            |    |   |
|-------|------------|----|---|
| 性別    | 男性         | 8  | 人 |
|       | 女性         | 12 | 人 |
| 年齢別   | 65歳未満      | 0  | 人 |
|       | 65歳以上75歳未満 | 8  | 人 |
|       | 75歳以上85歳未満 | 7  | 人 |
|       | 85歳以上      | 5  | 人 |
| 要介護度別 | 自立         | 2  | 人 |
|       | 要支援 1      | 1  | 人 |
|       | 要支援 2      | 2  | 人 |
|       | 要介護 1      | 3  | 人 |
|       | 要介護 2      | 4  | 人 |
|       | 要介護 3      | 5  | 人 |
|       | 要介護 4      | 2  | 人 |
|       | 要介護 5      | 1  | 人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満      | 1  | 人 |
|       | 6ヶ月以上1年未満  | 10 | 人 |
|       | 1年以上5年未満   | 7  | 人 |
|       | 5年以上10年未満  | 2  | 人 |
|       | 10年以上15年未満 | 0  | 人 |
|       | 15年以上      | 0  | 人 |

### (入居者の属性)

|   |     |   |
|---|-----|---|
| 平均年齢  | 78  | 歳 |
| 入居者数の合計   | 20  | 人 |
| 入居率※  | 100 | % |
| ※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。 |     |   |

(前年度における退去者の状況)

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

8 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対する窓口等の状況)

|          |       |          |   |     |   |      |         |
|----------|-------|----------|---|-----|---|------|---------|
| 窓口 1     |       |          |   |     |   |      |         |
| 窓口の名称    |       | 本社お客様相談室 |   |     |   |      |         |
| 電話番号     |       | 〇〇〇      | - | 〇〇〇 | - | 〇〇〇〇 |         |
| 対応している時間 | 平日    | 〇        | 時 | 〇   | 分 | ～    | 〇 時 〇 分 |
|          | 土曜    | 〇        | 時 | 〇   | 分 | ～    | 〇 時 〇 分 |
|          | 日曜・祝日 |          | 時 |     | 分 | ～    | 時 分     |
| 定休日      |       |          |   |     |   |      |         |

指導指針「9(12)苦情処理」の規定に基づき記入する。なお、苦情は施設及び本社での解決を原則とする。

| 窓口 2     |       |                 |    |     |    |      |  |
|----------|-------|-----------------|----|-----|----|------|--|
| 窓口の名称    |       | 神奈川県高齢福祉課（運営指導） |    |     |    |      |  |
| 電話番号     |       | 〇〇〇             | -  | 〇〇〇 | -  | 〇〇〇〇 |  |
| 対応している時間 | 平日    | 〇時              | 〇分 | ～   | 〇時 | 〇分   |  |
|          | 土曜    | 時               | 分  | ～   | 時  | 分    |  |
|          | 日曜・祝日 | 時               | 分  | ～   | 時  | 分    |  |
| 定休日      |       |                 |    |     |    |      |  |

  

| 窓口 3     |       |                 |    |     |    |      |  |
|----------|-------|-----------------|----|-----|----|------|--|
| 窓口の名称    |       | 神奈川県国民健康保険団体連合会 |    |     |    |      |  |
| 電話番号     |       | 〇〇〇             | -  | 〇〇〇 | -  | 〇〇〇〇 |  |
| 対応している時間 | 平日    | 〇時              | 〇分 | ～   | 〇時 | 〇分   |  |
|          | 土曜    | 時               | 分  | ～   | 時  | 分    |  |
|          | 日曜・祝日 | 時               | 分  | ～   | 時  | 分    |  |
| 定休日      |       |                 |    |     |    |      |  |

  

| 窓口 4     |       |          |    |     |    |      |  |
|----------|-------|----------|----|-----|----|------|--|
| 窓口の名称    |       | 〇〇市介護保険課 |    |     |    |      |  |
| 電話番号     |       | 〇〇〇      | -  | 〇〇〇 | -  | 〇〇〇〇 |  |
| 対応している時間 | 平日    | 〇時       | 〇分 | ～   | 〇時 | 〇分   |  |
|          | 土曜    | 時        | 分  | ～   | 時  | 分    |  |
|          | 日曜・祝日 | 時        | 分  | ～   | 時  | 分    |  |
| 定休日      |       |          |    |     |    |      |  |

  

| 窓口 5     |       |                    |    |     |    |      |  |
|----------|-------|--------------------|----|-----|----|------|--|
| 窓口の名称    |       | 公益社団法人 全国有料老人ホーム協会 |    |     |    |      |  |
| 電話番号     |       | 〇〇〇                | -  | 〇〇〇 | -  | 〇〇〇〇 |  |
| 対応している時間 | 平日    | 〇時                 | 〇分 | ～   | 〇時 | 〇分   |  |
|          | 土曜    | 時                  | 分  | ～   | 時  | 分    |  |
|          | 日曜・祝日 | 時                  | 分  | ～   | 時  | 分    |  |
| 定休日      |       |                    |    |     |    |      |  |

特定施設入居者生活介護の場合、国保連及び市町村の窓口も記入

当該施設が有老協会員の登録ホームの場合に記入

(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    |                               |
|                               | 1 ありの場合 |                               |
|                               | その内容    | 全国有料老人ホーム協会の「有料老人ホーム賠償責任保険制度」 |
| 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    |                               |
|                               | 1 ありの場合 |                               |
|                               | その内容    | 事故対応マニュアルに基づく                 |
| 事故対応及びその予防のための指針              | 1 あり    |                               |

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

|                                   |         |          |
|-----------------------------------|---------|----------|
| 利用者のアンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況 | 1 あり    |          |
|                                   | 1 ありの場合 |          |
|                                   | 実施日     | 2022/1/1 |
|                                   | 結果の開示   | 1 あり     |
| 第三者による評価の実施状況                     | 1 あり    |          |
|                                   | 1 ありの場合 |          |
|                                   | 実施日     | 2022/2/1 |
|                                   | 評価機関名称  | ○×評価機関   |
|                                   | 結果の開示   | 1 あり     |

9 入居希望者への事前の情報開示

|          |            |
|----------|------------|
| 入居契約書の雛形 | 2 入居希望者に交付 |
| 管理規定     | 2 入居希望者に交付 |
| 事業収支計画書  | 2 入居希望者に交付 |
| 財務諸表の要旨  | 1 入居希望者に公開 |
| 財務諸表の原本  | 1 入居希望者に公開 |

指導指針「14(12)有料老人ホームの運営に関する情報」の規定に基づき記入すること。

10 その他

|  |  |                          |  |   |
|--|--|--------------------------|--|---|
| 運営懇談会  | 1 あり                                   |                          | 運営懇談会の「1<br>あり」の場合は記入<br>不要  |   |
|  | 1 ありの場合                                |                          |  |   |
|  | (開催頻度) 年                               | 2 回                      |  |   |
|  | 2 なしの場合                                |                          |  |   |
|  | 1 代替措置ありの場合                            | (内容)                     |  |   |
| 提携ホームへの移行<br>【表示事項】  | 2 なし                                   |                          | 県への設置届の提出有<br>無について記入。<br>※サービス付き高齢者向<br>け住宅の場合は「3<br>サービス付き高齢者向け<br>住宅の登録を行っている<br>ため、高齢者の居住の安<br>定確保に関する法律第<br>23条の規定により、届出<br>が不要」を選択 |   |
|  | 1 ありの場合                                | 提携ホーム名                   |  |   |
| 有料老人ホーム設置時<br>の老人福祉法第29条第<br>1項に規定する届出                       | 1 あり                                   |                          |  | 指導指針「6建物の規模<br>及び構造設備」の規定に<br>基づいて、基準を満たさ<br>ない事項を記入<br>※県からの指導事項に<br>記載されている不適合事<br>項を記入   |
| 高齢者の居住の安定確<br>保に関する法律第5条<br>第1項に規定するサー<br>ビス付き高齢者向け住<br>宅の登録 | 2 なし                                   |                          |  |   |
| 有料老人ホーム設置運<br>営指導指針「5. 規定<br>及び構造設備」に合致<br>しない事項             | 1 あり                                   |                          |  | 指導指針「7(2)既存の<br>建築物を転用して開設さ<br>れる有料老人ホーム」の<br>規定に基づき記入するこ<br>と。<br>既存建物を転用する場<br>合に<br>・居室<br>・一時介護室<br>・廊下<br>において設備基準を満た<br>さない場合の代替措置及<br>び将来の改善計画の有<br>無を記入 |
|  | 1 ありの場合                                |                          |  |   |
|  | 合致しない事項が<br>ある場合の内容                    | 廊下の有効幅員1.8m以下 (1.3～1.6m) |  |   |
|  | 「6. 既存建築物<br>等の活用の場合等<br>の特例」への適合<br>性 | 1 適合している (代替措置)          |  |   |

|                       |               |    |  |
|-----------------------|---------------|----|--|
| 有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項 |               | なし | 指導指針「6建物の規模及び構造設備」 <b>以外で</b> 指針基準を満たさない事項を記入<br>※県からの指導事項に記載されている不適合事項を記入 |
|                       | 不適合事項がある場合の内容 |    |  |

備考

|  |   |
|--|---|
| <p>当施設では、随時レクリエーションを実施しています。レクリエーションに参加される場合は、別途参加費用（材料費等の実費）が掛かります。また、当ホームで提供する消耗品費については別紙料金表のとおりとなります。</p> <p>※重要事項説明書に書き込み切れない場合等に記入してください。</p> | 入居者から徴収する可能性のある費用については、対象及びその金額を明らかにしてください。別添2に記載されるもの以外にも費用が掛かる場合、備考を活用したり、別紙を作成することにより記載してください。 |
|--|---|

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

※ \_\_\_\_\_ 様

説明年月日                      年    月    日

説明者署名 \_\_\_\_\_

※ 契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。