

有料老人ホーム重要事項説明書
(指定居宅サービス事業者重要事項説明書)

作成日 平成 年 月 日

記入年月日	
記入者名	
所属・職名	

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について(平成23年10月7日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡)」の別紙4の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の1から3まで及び6の内容については、別紙4の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

1 事業主体概要

種類	個人/法人 ※法人の場合、
名称	(ふりがな)
主たる事務所の所在地	〒
連絡先	電話番号
	FAX番号
	ホームページアドレス
代表者	氏名
	職名
設立年月日	昭和・平成
主な実施事業	※別添1(別の実施する介護サービス一覧表)

1~3、6については必ずしも記入する必要はございません。
欄ごと削除してかまいません

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	〒	
主な利用交通手段	最寄駅	駅
	交通手段と所要時間	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 ②自動車利用の場合 ・乗車〇分

連絡先	電話番号	
	FAX番号	
	ホームページアドレス	http://
管理者	氏名	
	職名	
建物の竣工日		昭和・平成 年 月 日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 年 月 日

(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)		
2 介護付(外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合)		
3 住宅型		
4 健康型		
1又は2に 該当する場 合	介護保険事業者番号	
	指定した自治体名	県(市)
	事業所の指定日	平成 年 月 日
	指定の更新日(直近)	平成 年 月 日

3 建物概要

土地	敷地面積	m ²		
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地		
		2 事業者が賃貸する土地		
		抵当権の有無	1 あり 2 なし	
	契約期間	1 あり (年 月 日～年 月 日) 2 なし		
	契約の自動更新			
建物	延床面積	全体	m ²	
		うち、老人ホーム部分	m ²	
	耐火構造	1 耐火建築物		
		2 準耐火建築物		
		3 その他()		
		4 その他()		
	構造	1 鉄筋コンクリート造		
		2 鉄骨造		
3 木造				
4 その他()				
所有関係	1 事業者が自ら所有する建物			
	2 事業者が賃借する建物			
	抵当権の設定	1 あり 2 なし		
	契約期間	1 あり (年 月 日～年 月 日) 2 なし		
	契約の自動更新	1 あり 2 なし		
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室		
		2 相部屋あり		

		最少		人部屋		
		最大		人部屋		
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
タイプ1		有/無	有/無	m ²		
タイプ2		有/無	有/無	m ²		
タイプ3		有/無	有/無	m ²		
タイプ4		有/無	有/無	m ²		
タイプ5		有/無	有/無	m ²		
タイプ6		有/無	有/無	m ²		
タイプ7		有/無	有/無	m ²		
タイプ8		有/無	有/無	m ²		
タイプ9		有/無	有/無	m ²		
タイプ10		有/無	有/無	m ²		
※ 「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。						
共用施設						箇所 箇所 箇所 箇所 箇所 箇所 箇所
<p>1～3、6については必ずしも記入する必要はございません。欄を削除してかまいません。</p>						
			その他()			箇所
	食堂	1 あり	2 なし			
	入居者や家族が利用できる調理設備	1 あり	2 なし			
	エレベーター	1 あり(車椅子対応) 2 あり(ストレッチャー対応) 3 あり(上記1・2に該当しない) 4 なし				
消防用設備等	消火器	1 あり	2 なし			
	自動火災報知設備	1 あり	2 なし			
	火災通報設備	1 あり	2 なし			
	スプリンクラー	1 あり	2 なし			
	防火管理者	1 あり	2 なし			
	防災計画	1 あり	2 なし			
その他						

4 サービスの内容

(全体の方針) **運営、サービスの特色は、アピールポイントです。**

運営に関する方針	高齢者の尊厳を敬い、良質な住まいを提供します。		
サービスの提供内容に関する特色	介護、医療の連携により、看取りまで行えるよう支援致します。		
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施	2 委託	3 なし
食事の提供	1 自ら実施	2 委託	3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1 自ら実施	2 委託	3 なし
健康管理の供与	1 自ら実施	2 委託	3 なし
安否確認又は状況把握サービス	1 自ら実施	2 委託	3 なし
生活相談サービス	1 自ら実施	2 委託	3 なし

登録情報と同じように、住宅として行っているサービス項目にチェックしてください↑。

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

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無	個別機能訓練加算	1 あり	2 なし
	夜間看護体制加算	1 あり	2 なし
	医療機関連携加算	1 あり	2 なし
	看取り介護加算	1 あり	2 なし
	認知症ケア加算	1 あり	2 なし
	サービス体制強化加算	(Ⅰ) 1 あり	(Ⅱ) 2 なし
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	1 あり	(介護・看護職員の配置率) : 1	
	2 なし		

介護保険での特定施設入居者生活介護の指定受けていなければ記入する必要はございません。

(医療連携の内容) **住宅として行う医療支援の内容を記載する 連携先、紹介先を記載**

医療支援	1 救急車の手配 ※複数選択可 2 入退院の付き添い 3 通院介助 4 その他(訪問診療医の確保)		
協力医療機関	1	名称	サ住協病院
		住所	東京都中央区日本橋小伝馬町13-4
		診療科目	内科、訪問診療
		協力内容	在宅療養支援診療として24時間緊急対応
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称		
	住所		
	協力内容		

(入居後に居室を住み替える場合)※住み替えを行っていない場合は省略可能

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可			
判断基準の内容		サービス付き高齢者向け住宅では、 住み替えは、想定していないはずで す。その場合は、記載する必要は ございません。	
手続きの内容			
追加的費用の有無			
居室利用権の取扱い			
前払金償却の調整の有無			
従来の居室との 使用の変更	面積の増減		
	便所の変更	1 あり	2 なし
	浴室の変更	1 あり	2 なし
	洗面所の変更	1 あり	2 なし
	台所の変更	1 あり	2 なし
	その他の変更	1 あり	(変更内容)
		2 なし	

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
留意事項	入居時、60歳以上の方		
契約の解除の内容	退去に関する条文記載 契約書と整合するように注意		
事業主体から解約を求める場合	解約条項		
	解約予告期間	6ヶ月	
入居者からの解約予告期間	1か月		
体験入居の内容	1 あり(内容:)		
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		
入居定員	部屋数を記載 50(住戸数)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)。**住宅の職員のみ記載 併設等の事業所の職員は記載不要**

	職員数		常勤換算人数 ※1※2
	合計	常勤	
管理者	1	1	1
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	1		1(委託)
調理員	5		5(委託)
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			
※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。			

特定施設
入居者生
活介護で
なければ
記載不要

(資格を有している介護職員の人数) **住宅職員の有資格記載**

	合計ヘルパー2級は、初任者研修 1級は実務者研修		
		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	1人	1人	

(資格を有している機能訓練指導員の人数) **有資格者がいなくても問題なし**

	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		
柔道整復師		
あん摩マッサージ指圧師		

(夜勤を行う看護・介護職員の人数) **宿直者除く 夜勤者数の最小時人数を記載。1人なら最小時0人**

夜勤帯の時間設定(17 時~10 時)		
	平均人数	最小時人数(休憩者等を除く)
看護職員	0人	0人
介護職員	1人	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※	a 1.5:1以上
	【表示事項】	2.1以上
<div style="border: 2px solid blue; border-radius: 50%; padding: 20px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 特定施設入居者生活介護指定事業でなければ、記載の必要はございません。 </div>		
※広告、パンフレット等における記載		
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)	訪問介護事業所の名称	人
	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	他の業務との兼務 住宅の管理者として		1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし							
	業務に係る資格等		1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	資格等の名称 介護支援専門員						
	2 なし									
	看護職員		介護職員		生活相談員		機能訓練指導員		計画作成担当者	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数										
前年度1年間の退職者数										
業務に従事した経験年数に 応じた職員の人数	1年未満									
	1年以上 3年未満									
	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	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし								

住宅、法人としてでなく、職員の経験年数を現状の職員状況として記載

6 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態 【表示事項】	1 利用権方式 2 建物 3	<div style="border: 2px solid blue; border-radius: 50%; padding: 10px; width: fit-content; margin: auto;"> <p>1～3、6については必ずしも記入 する必要はございません。</p> </div>
利用料金の支払い方式 【表示事項】	4 選択方式 ※該当する方式を全て選択 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式	
年齢に応じた金額設定	1 あり 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり 2 なし	
入院等による不在時における利用料金(月払い)の取り扱い	1 減額なし 2 日割り計算で減額 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額	
利用料金の改定	条件 手続き	

(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	1 有 2 無	1 有 2 無
	浴室	1 有 2 無	1 有 2 無
	台所	1 有 2 無	1 有 2 無
入居時点で必要な費用	前払金	円	円
	敷金	円	円
月額費用の合計		円	円
家賃		円	円
サービス費用	※2 介護保険外 特定施設入居者生活介護※1の費用	円	円
	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
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※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>			

(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	
光熱水費	
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	
その他のサービス料	

(特
か

1~3、6については必ずしも記入する必要はございません。

※

(前払金の受領)※前

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)	
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 連帯保証を行う銀行等の名称
	2 信託契約を行う信託会社等の名称
	3 保証保険を行う保険会社の名称
	4 全国有料老人ホーム協会
	5 その他(名称:)

7 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

記入日、住宅入居者の状況を記載する

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
	要介護5	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他割合。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	人
	社会福祉施設	人
	医療機関	人
	死亡者	人
	その他	人
生前解約の状況	施設側の申し出	0人
	住宅から解約場合	(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

行政の福祉部局の記載は、各行政確認して記載

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況) ※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

窓口の名称		〇〇住宅 住宅の窓口、(法人としてあればさらに記載)
電話番号		03-0000-0000
対応している時間	平日	9時～17時
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土日祝日
窓口の名称		サ住協入居者相談窓口 (財)サービス付き高齢者向け住宅協会
電話番号		03-5645-3573
対応している時間	平日	9時～17時
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土日祝日
窓口の名称		東京都福祉保健局高齢社会対策部
電話番号		03-5645-0000
対応している時間	平日	9時～17時
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土日祝日

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

損害賠償責任保険の加入状況	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) サ住協賠償責任保険など
	<input type="checkbox"/> なし	
介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応	<input type="checkbox"/> あり	(その内容)
	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

(利用者等の意見を把握する体制, 第三者による評価の実施状況等)

利用者アンケート調査, 意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	<input checked="" type="checkbox"/> あり	実施日	
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
第三者による評価の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<input checked="" type="checkbox"/> なし		

9 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	<input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開
----------	--

	2 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
事業収支計画書	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
財務諸表の要旨	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	1 あり	(開催頻度) 年 回
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	<input checked="" type="checkbox"/> 1 代替措置あり	(内容)入居者との意見交換会を定期的を開催しているため。(今後は、地域へも情報提供する)
	2 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 あり(提携ホーム名:) <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
有料老人ホーム設置時の老人福祉法第29条第1項に規定する届出	1 あり 2 なし <input checked="" type="checkbox"/> 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第23条の規定により、届出が不要	
高齢者の居住の安定確保に関する法律第5条第1項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
有料老人ホーム設置運営指導指針「5規模及び構造設備」に合致しない事項	1 あり	
合致しない場合の内容	有料老人ホーム設置運営指導指針において、サービス付き高齢者向け住宅において5、規模および構造設備、6規模および構造の特則、他3設置者、4立地条件10、事業収支計画は適応されません。	
「6既存建築物の場合等の特例」への適合性	3 適合していない	
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
不適合事項がある場合の内容		

添付書類:別添1(別の実施する介護サービス一覧表)

別添2(個別選択による介護サービス一覧表)

※

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。