別紙様式

重要事項説明書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　作成日　　　令和〇年　〇月　〇日

※　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

|  |  |
| --- | --- |
| 事業主体名 | 神奈川県株式会社 |
| 代表者名 | 代表取締役　○○太郎 |
| 所在地 | 神奈川県〇市〇区〇―□ |
| 電話番号／ＦＡＸ番号 | 045 -210-〇〇〇〇／045 -210-△△△△ |
| ホームページアドレス | <http://www.kanagawaken.jp/〇〇/> |
| 設立年月日 | 平成○年○月〇日 |
| 直近の事業収支決算額※ | (収益)300,000千円　(費用)290,000千円　(損益)10,000千円 |
| 会計監査人との契約 | 無 ・有（ ○△監査法人 ） |
| 他の主な事業 | 介護保険指定事業（訪問介護、通所ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ） |

※　原則として、収益は売上高＋営業外収益、費用は売上原価＋販売費および及び一般管理＋営業外費用、損益は経常利益とする。

２　施設概要

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設名 | ○○有料老人ホーム | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | 神奈川県○○市◇◇町〇－△ | | | | | | | | | | | |
| 施設の類型及び表示事項 | 類型 | | | | | １ 介護付（一般型・外部サービス利用型）  ２ 住宅型　　３ 健康型 | | | | | | |
| 居住の権利形態 | | | | | １ 利用権方式　　　２ 建物賃貸借方式  ３ 終身建物賃貸借方式 | | | | | | |
| 入居時の要件 | | | | | １ 自立　　　２ 要介護　　３ 要支援・要介護  ４ 自立・要支援・要介護 | | | | | | |
| （その他の条件） | | | | | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 介護保険 | | | | | １ 県指定介護保険特定施設  (番号　1472□△〇□◇▽　指定年月日　令和〇年〇月〇日)  ２ 介護保険在宅サービス利用可 | | | | | | |
| 居室区分 | | | | | １ 全室個室（夫婦等居室含む）　２ 相部屋あり | | | | | | |
| 提携ホームの利用等 | | | | | 無　・　有（　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 開設年月日 | | | 令和〇年　〇月　〇日 | | | | | | | | | |
| 管理者氏名 | | | ●●正夫 | | | | | | | | | |
| 電話番号／ＦＡＸ番号 | | | 0463 -210-〇〇〇〇／045 -210-△△△△ | | | | | | | | | |
| メールアドレス | | | 〇〇〇〇＠△△△△.jp | | | | | | | | | |
| 交通の便 | | | ＪＲ○○駅西口より徒歩20分 | | | | | | | | | |
| ホームページアドレス | | | <http://www.kaigo-yuryo.jp/〇〇/> | | | | | | | | | |
| 敷地概要 | 権利形態　 所有　・　借地  (借地の場合の契約形態)　 通常借地契約・定期借地契約  (借地の場合の契約期間)　　　年　月　日～　年　月　日  (通常借地契約における自動更新条項の有無)　　 無・有  敷地面積　　　　　　　 2,310㎡  抵当権の設定　　　　　　　 無　・　有 | | | | | | | | | | | |
| 建物概要 | 権利形態　 所有　・　借家  (借家の場合の契約形態)　 通常借家契約・定期借家契約  (借家の場合の契約期間)　　 令和○年○月○日～令和○年○月○日  (通常借家契約における自動更新条項の有無)　　 無・有  建物の構造　　 鉄骨造　２階建 (耐火・準耐火・その他)  延床面積　　　　　　　 4,200㎡（うち有料老人ホーム 4,000㎡）  建築年月日　　　　　　　　　令和○年○月○日建築  改築年月日　　　 年　月　日改築  建築確認時の主要用途　　　　有料老人ホーム・その他(　　　　　 )  抵当権の設定　　　　　　　　　無　・　有 | | | | | | | | | | | |
| 居室概要 | 居室総数　　○○室　　　定員　○○人(一時介護室を除く) | | | | | | | | | | | |
| １　全室個室　　・　２　相部屋あり | | | | | | | | | | | |
| （内訳） |  | | | | 定員 | | トイレ | | | 浴室 | 面積 | 室数 |
| Aタイプ | | | | １人 | | 無・有 | | | 無・有 | 18.00㎡ | 〇室 |
| Bタイプ | | | | １人 | | 無・有 | | | 無・有 | 21.00㎡ | 〇室 |
| Cタイプ | | | | ０人 | | 無・有 | | | 無・有 | 0㎡ | 〇室 |
| Dタイプ | | | | ２人 | | 無・有 | | | 無・有 | 25.00㎡ | 〇室 |
| 共用設備概要 | 食堂 | | | | | | | 無　・　有（　　　　１階・　　180㎡） | | | | |
| 浴室 | | 一般浴槽 | | | | | 無　・　有（　　　　１階・　　　16㎡） | | | | |
| リフト浴 | | | | | 無　・　有（　　　　２階・　　　20㎡） | | | | |
| ストレッチャー浴 | | | | | 無　・　有（　　　　　階・　　　　㎡） | | | | |
| 便所 | | | | | | | 無　・　有（　　　　各階・10～15.5㎡） | | | | |
| 洗面設備 | | | | | | | 無　・　有（　　　　各階・10～15.5㎡） | | | | |
| 医務室(健康管理室) | | | | | | | 無　・　有（　　　　　階・　　　　㎡） | | | | |
| 談話室 | | | | | | | 無　・　有（　　　　１階・　　180㎡） | | | | |
| 面談室 | | | | | | | 無　・　有（　　　　１階・　　180㎡） | | | | |
| 事務室 | | | | | | | 無　・　有（　　　　１階・　　　45㎡） | | | | |
| 洗濯室 | | | | | | | 無　・　有（　　　　１階・　　　16㎡） | | | | |
| 汚物処理室 | | | | | | | 無　・　有（　　　　１階・　　　15㎡） | | | | |
| 看護・介護職員室 | | | | | | | 無　・　有（　　　　　階・　　　　㎡） | | | | |
| 機能訓練室 | | | | | | | 無　・　有（　 　　 　　１階）  他の共用施設との兼用　無・有（食堂） | | | | |
| 健康・生きがい施設 | | | | | | | 無　・　有（　　　　　　 　　階） | | | | |
| 緊急通報設備 | | | | | | | 無 ・ 有 | | | | |
| エレベーター | | | | | | | 無 ・ 有（ｽﾄﾚｯﾁｬｰ搬入可　　１基） | | | | |
| 居室のある区域の廊下幅 | | | | | | | （　 　　　　　１．４ｍ　～ 　 　　１．８ｍ） | | | | |
| 消防設備概要 | 消火器　　　 （無 ・ 有） | | | | | | | | 自動火災報知設備 　（無 ・ 有） | | | |
| 火災通報設備 （無 ・ 有） | | | | | | | | スプリンクラー　 　（無 ・ 有） | | | |
| 防火管理者　 （無 ・ 有） | | | | | | | | 防災計画　　　　 　（無 ・ 有） | | | |
| 危険区域の指定状況 | １　無 | | | | | | | | | | | |
| ２　有 | | | 指定されている危険区域 | | | | | | | | |
| １　水害　・　２　土砂災害　・　３　その他（　　　　） | | | | | | | | |
| 同一敷地内の併設施設又は事業所等の概要 | |  | | | | | | | | | | |

３　利用料概要

（１）料金プラン

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 支払い方式 | | | | 前払い方式　　・　　月払い方式　　・　　選択方式 | | | | | | |
| 敷　金 | | | | 無　・有（　　　　　円、家賃相当額の　　か月分） | | | | | | |
| プラン名 | | 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 | | 90,000円 | | | 35,000 | 20,000 | | 0 | 30,000 | 5,000 |
| Bタイプ | | 105,000円 | | | 50,000 | 20,000 | | ０ | 30,000 | 5,000 |
| Cタイプ | |  | | |  |  | |  |  |  |
| Dタイプ | | 160,000円 | | | 55,000 | 35,000 | | ０ | 60,000 | 10,000 |
| 月額利用料の算定根拠 | 家賃 | | 近傍家賃相場（１㎡あたり平均4,500円）を勘案して算出。 | | | | | | | |
| 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。 | | | | | | | |
| 介護費用 | | ― | | | | | | | |
| 食費 | | １月30日で計算（朝食324円　昼食540円　夕食756円）  （３日前までに欠食の申出があった場合には、返金します。） | | | | | | | |
| 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。 | | | | | | | |
| 前払金 | | | | | 〇〇円 | | | | | |
|  | 算定根拠 | | | | 「家賃相当額 × 〇月（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。  【１人居室の場合】●●円×〇〇月＋△△円 | | | | | |
| 償却開始日 | | | | 入居日 | | | | | |
| 返還対象としない額 | | | | ― | | | | | |
| 契約終了時の返還金の算定方法 | | | | 【１人居室の場合】  返還額＝◎◎円×△×（〇〇日－入居日数）÷●日 | | | | | |
| 短期解約の返還金の算定方式 | | | | 入居後３月以内の契約解除  　返還額＝●●円－（△÷30×入居日から契約終了日までの日数）（入居後３月以内の契約解除の場合は、想定居住期間を超えた部分における家賃相当額について全額返還します。） | | | | | |
| 返還期限 | | | | ※返還金は契約解除(終了)後、３月以内に返還します。 | | | | | |
| 保全措置 | | | | 無　・　有 | | 保全措置の内容（　有老協入居者保証制度　） | | | |
| 無の場合の理由（　　　　　　　　　　　） | | | |
| その他留意事項 | | | |  | | | | | |

（２）月額利用料の取扱い

|  |  |
| --- | --- |
| 支払日 | 月額利用料その他は、毎月〇日の請求による。 |
| 支払方法 | 振込又は、現金払い |
| その他留意事項 |  |

（３）契約解約手続き

|  |  |
| --- | --- |
| 事業主体から解約を求める場合 | 条件（　入居契約書第〇条による　） |
| 手続き（　入居契約書第〇条による　） |
| 解約予告期間（　　　　　　　　　　９０日） |
| 入居者からの解約予告期間 | ３０日 |

（４）その他共通事項

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用料の改定 | 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変更する。 | | |
| 手続き方法 | 県に事前相談し、運営懇談会の意見を聴いた上で、入居者または身元引受人の同意を得る。 | | |
| 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３０日以上の場合に限り、日割り計算で減額 | | |
| 消費税の対象外とする利用料等 | | 家賃（その他税法上の規定に則る。） | | |
| 体験入居の取扱い | | １　無 | | |
| ２　有 | 期間 | ６泊７日を上限とする。 |
| 費用 | １泊２日8,400円（介護保険の適用はありません。） |

４　サービスの内容

（１）全体の方針

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 運営に関する方針 | | | 地域に開かれた施設を目指し、入居者が施設に入居した後も地域と関わりが持てるよう、積極的に地域行事に参加し、入居者が生きがいを持って生活できる施設づくりを行います。 | | | |
| サービスの提供内容の特色 | | | 利用者が地域活動に参加できるよう、地域の人たちと交流をするためのレクリエーション等を定期的に行っています。 | | | |
| サービス提供の状況※ | | | | | | |
|  | | 入浴、排せつ又は食事の介護 | 無・有 | 健康管理の供与 | | 無・有 |
|  | | 食事の提供 | 無・有 | 安否確認又は状況把握サービス | | 無・有 |
|  | | 洗濯、掃除等の家事の供与 | 無・有 | 生活相談サービス | | 無・有 |
| 月額利用料に含まれるサービスの内容・頻度等 | | | 管理費 | 共用施設の維持管理、相談・取次等 | | |
| 食費 | 委託業者への委託料、厨房管理費 | | |
| その他 | ― | | |
| 業務の委託状況 | | | 無・有 | 委託先　（株式会社　神奈川フードサービス） | | |
| 委託内容（３食の調理、配膳、下膳） | | |
| 安否確認の方法・頻度等 | | | 要支援・要介護者には日中３回、夜間３時間おきのほか、適宜居室見回りを実施。 | | | |
| サービスの提供に伴う事故等が発生した場合の損害賠償保険等への加入 | | 無　・　有 | | 保険名（□▽損害保険会社） | |

※各サービスの詳細は別添１「介護サービス等の一覧表」を参照してください。

（２）介護を行う場所等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 要介護時(認知症を含む)に介護を行う場所 | | 入居している居室で介護します。ただし、心身の状況により居室を移動する場合があります。 |
| 入居後に居室又は施設を住み替える場合 | | １　一時介護室へ移る場合  ２　別の居室へ住み替える場合  ３　提携ホームへ住み替える場合 |
|  | 判断基準･手続、追加費用の要否、居室利用権の取扱い等 | ・適切な介護サービス提供のため、一定の観察期間を設け、医師の意見を聞いた上で、居室（個室）を変更していただくことがあります。この場合、入居者本人及び身元引受人の同意の上で住み替えていただきます。なお、利用権の対象居室は、当初の居室から住み替え後の居室に変更となります。追加費用はありません。  ・夫婦等で２人定員の居室に入居している場合は、住み替えはできません。  ・入居者の都合による住み替え希望があった場合には、現居室の補修費用をお支払いいただきます。 |

（３）医療の提供状況等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 協力医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容 | 名　称 | ○◇病院 |
| 診療科目 | 内科、外科、精神科 |
| 所在地 | 平塚市○▽町111 |
| 距離及び所要時間 | 約３km、車で６分 |
| 協力内容 | 随時診察、夜間緊急診察・入院、定期健康診断（年２回） |
| 協力歯科医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容 | 名　称 | △〇歯科医院 |
| 所在地 | 歯科 |
| 距離及び所要時間 | 平塚市◇□町222　約２km、車で４分 |
| 協力内容 | 月１回検診 |
| 入居者が医療を要する場合の対応※ | 通院や協力医療機関への通院の同行は、月額利用料に含みます。  入院　・医師の判断を基本として、入居者及びご家族とご相談いただき、協力医療機関又は希望する病院に入院となります。  　　　・入院期間中は、月額利用料のうち管理費及び家賃相当額をお支払いください。  ・協力医療機関への入退院の移送・同行に係る費用は、介護費用の前払金に含みます。  ・入院に係る費用は入居者の負担となります。  　　　・入院中も居室利用権は存続し、施設の都合で居室を使用することはありません。また、週２回の清掃を行います。 | |

※入居者の意思確認、医師の判断、医療機関の選定、費用負担、長期に入院する場合の対応等。

５　職員体制

（１）職種別の職員数等　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(　令和〇年　〇月　〇日現在)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | 職 員 数 | | 夜間勤務職員数  (17時～翌９時)  （最少人数） | 備　　考  （兼務・委託等） |
| 常勤 | 非常勤 |
| 従業者の内訳 | 管理者 | | １ |  |  |  |
| 生活相談員 | | １ |  |  |  |
| 介護職員 | | １０ |  | ２ |  |
| 看護職員 | | ３ |  |  |  |
| 機能訓練指導員 | |  |  |  |  |
|  | 理学療法士 | １ |  |  |  |
| 作業療法士 |  |  |  |  |
| その他 | １ |  |  | 看護師が兼務 |
| 計画作成担当者 | | １ |  |  |  |
| 栄養士 | |  | １ |  | 委託 |
| 調理員 | |  | １ |  | 委託 |
| 事務職員 | | １ | １ |  |  |
| その他職員 | |  |  |  |  |
| 合　　　計 | | | １９ | ３ |  |  |

（２）職員の状況

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 管理者 | | 他の職務との兼務 | | | | | | | 無　　・　有 | | | | |
| 資格等 | | １　無 | | | | | | | | | |
| ２　有 | | | | | | | | | |
|  | 資格等の名称 | | | | 介護職員初任者研修２級 | | | | |
|  | | 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 | ５ | | ２ | ０ | ０ | |  | １ | ０ | ０ |
| 前年度1年間の  退職者数 | |  | １ | ４ | | ２ |  |  | |  | １ |  |  |
| 業務に従事した経験年数に応じた職員の人数 | 1年未満 |  |  |  | | １ |  |  | |  |  |  |  |
| 1年以上  3年未満 |  |  | １ | | １ |  |  | |  |  |  |  |
| 3年以上  5年未満 |  |  | ２ | |  |  |  | |  | １ |  |  |
| 5年以上  10年未満 |  |  | １ | |  |  |  | |  |  |  |  |
| 10年以上 |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |
| 従業者の健康診断の実施状況 | | | | | | １　あり　　　２　なし | | | | | | | |

（３）介護職員の保健福祉に係る資格取得状況

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 社会福祉士 | ―人 | 介護職員実務者研修修了者 | ２人 |
| 介護福祉士 | ３人 | 介護職員初任者研修修了者 | ５人 |
| 介護支援専門員 | ２人 | 資格なし | ３人 |

６　入居状況等　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　(　　　年　　月　　日現在)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 入居者数及び定員 | ３４人（定員　３５人） | |
| 入居者の状況 | 男　性　　２５人、女　性　　　９人 | |
| 自　立　　　６人 | |
| 要介護　　　１８人 | （内訳）　要介護１　　　　　人  　　　　　要介護２　　　　８人  　　　　　要介護３　　　　９人  　　　　　要介護４　　　　１人  　　　　　要介護５　　　　　人 |
| 要支援　　　１０人 | （内訳）　要支援１　　　　４人  　　　　　要支援２　　　　６人 |
| 平均年齢 | ８４．６歳（男性 ８０．５歳、女性　８６．７歳） | |

７　退去状況等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 前年度における退去者の状況 | 退去先別の人数 | 自宅等 | １人 |
| 社会福祉施設 | ０人 |
| 医療機関 | １人 |
| 死亡者 | ２人 |
| その他 | ０人 |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出 | １人 |
| （解約事由の例）  施設の利用において禁止している規定に違反し、是正されなかったため。 |
| 入居者側の申し出 | １人 |
| （解約事由の例）  家族との同居を希望したため。 |

８　その他運営体制

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 運営懇談会の実施状況 | １　無 | | | | |
| ２　有 | １　代替措置あり（書面によって説明と同意を得る） | | | |
| ２　代替措置なし | | | |
| 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 | 無　 ・　 有 | | | | |
| 苦情解決の体制（相談､責任者､  連絡先、第三者機関の連絡先等） | 施設及び本社の連絡先  ・施設担当者－○○太郎　℡0463-99-○○××  ・本社お客様相談室　℡0463-88-○○××○  ・公益社団法人全国有料老人ホーム協会  　　　℡０３－３５４８－１０７７ | | | | |
| 事故発生時の対応（医療機関等との  連携、家族等への連絡方法・説明等） | 事故対応マニュアルに基づいて、応急措置、協力医療機関である○×医院への搬入若しくは１１９番通報による他の医療機関への搬入を行うとともに、施設長から家族への連絡を行います。また、事故についての検証、今後の防止策を講じます。 | | | | |
| 生活保護受給者の受入れ対応 | 否　 ・　 可 | | | | |
| 身元引受人の条件及び義務等 | 身元引受人は、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います。また、必要なときには、入居者の身柄を引き取ります。 | | | | |
| 公益社団法人全国有料老人ホーム協会及び同協会の入居者生活保証制度への加入状況 | 協 会 へ の 加 入 | | | 無 　・　 有 | |
| 入居者基金への加入 | | | 無 　・　 有 | |
| 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　無 | | | | |
| ２　有 | | 実施日 | | 令和○年○月○日 |
| 結果の開示 | | 無　・　有 |
| 第三者による評価の実施状況 | １　無 | | | | |
| ２　有 | | 実施日 | | 令和○年○月○日 |
| 評価機関名称 | | 〇✕評価機関 |
| 結果の開示 | | 無　・　有 |
| 看取りの対応 | 無　・ | | | | |

９　情報開示

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 入居希望者等への情報開示 | 重要事項説明書の公開 | １ 公　開（ 閲覧 ・ 写し交付 ） 　２ 非公開 |
| 入居契約書の公開 | １ 公　開（ 閲覧 ・ 写し交付 ） 　２ 非公開 |
| 管理規程の公開 | １ 公　開（ 閲覧 ・ 写し交付 ） 　２ 非公開 |
| 財務諸表の公開 | １ 公　開（ 閲覧 ・ 写し交付 ） 　２ 非公開 |
| 事業収支計画の公開 | １ 公　開（ 閲覧 ・ 写し交付 ） 　２ 非公開 |

添付書類：別添１「介護サービス等の一覧表」

　　　　　別添２「神奈川県有料老人ホーム設置運営指導指針　適合表」

別添３「介護保険サービスに関する給付体制等の一覧表」（介護付の場合のみ）

別添４「短期利用のサービス等の概要」（設定がある場合のみ）

　契約の締結にあたり、利用料の詳細な支払い方法を含め、本有料老人ホーム重要事項説明書により説明を行いました。

年　　月　　日　　　　説明者署名

契約の締結に当たり、利用料の詳細な支払い方法を含め、本有料老人ホーム重要事項説明書により説明を受けました。

年　　月　　日　　　　署名又は記名・押印