

有料老人ホーム重要事項説明書記入例

重要事項説明書記入上の留意点

- 1 様式上の各項目について、独自に追加・削除をすることは原則としてできません。ただし、様式中に「省略可能」の記載がある項目については、状況に応じて欄自体を削除しても差し支えありません。
- 2 各項目の記載において、盛り込むべきデータの分量に応じて、表の上下・左右幅やページを調整することは差し支えありません。
- 3 入居契約書や管理規程の内容と、整合性を図って記入してください。
- 4 特に項目上で指定のないものについては記入年月日時点の内容で記入してください。
なお、重要事項説明書中「年度」とは4月1日から翌年3月31日までとし、「前年度」とは、記入年月日に係る年度の前年度とします。
- 5 重要事項説明書の項目内容に変更があった場合は、速やかに変更時点の内容に訂正するよう努めてください。なお、全ての項目を記入年月日現在の内容に訂正することが困難な場合には、該当項目中に【〇年〇月〇日現在】と記入することで対応してください。

重要事項説明書

記入年月日	平成30年5月1日
記入者名	千葉 太郎
所属・職名	事務長

※ 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 / <input checked="" type="checkbox"/> 法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) (かぶ) ちょうじゅさぼーとちば 株式会社長寿サポートちば	
主たる事務所の所在地	〒260-8667 千葉県千葉市中央区市場町1-1	
連絡先	電話番号	043-223-2350
	FAX番号	043-227-0050
	ホームページアドレス	http://www.pref.chiba.lg.jp/
代表者	氏名	千葉 一郎
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・ <input checked="" type="checkbox"/> 平成 12年4月1日	
主な実施事業	※別添1 (別に実施する介護サービス一覧表)	

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) けやきぷらざ けやきプラザ
----	-------------------------

所在地	〒260-8667 千葉県千葉市中央区市場町1-1	
主な利用交通手段	最寄駅	①千葉都市モノレール「県庁前」駅 ②JR内房線・外房線「本千葉」駅
	交通手段と所要時間	①駅から約200m（徒歩約3分） ②駅から約400m（徒歩約6分）
連絡先	電話番号	043-227-0050
	FAX番号	043-227-0050
	メール	koureis5@mz.pref.chiba.lg.jp
	ホームページアドレス	http://www.pref.chiba.lg.jp/
管理者	氏名	千葉 花子
	職名	施設長
建物の竣工日		昭和・平成21年4月1日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成21年6月1日

【類型】【表示事項】

<input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 3 住宅型 <input type="checkbox"/> 4 健康型		
1又は2に 該当する場 合	介護保険事業者番号	特定施設入居者生活介護 介護予防特定施設入居者生活介護 千葉県指定第1234567890号
	指定した自治体名	千葉県
	事業所の指定日	平成25年6月1日 (介護予防特定施設 平成27年7月1日)
	指定の更新日（直近）	令和元年6月1日

3. 建物概要

土地	敷地面積	3,950.85㎡	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		2 事業者が賃借する土地（普通賃借・定期賃借）	
		抵当権の有無	1 あり 2 なし
		契約期間	1 あり (平成20年4月1日～令和10年3月31日) 2 なし
契約の自動更新	1 あり 2 なし		

建物	延床面積	全体		4986.48 m ² (地上4階建て)		
		うち、老人ホーム部分		4986.48 m ²		
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他 ()				
		構造	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する建物					
	2 事業者が賃借する建物 (普通賃借 ・ 定期賃借)					
	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				
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 相部屋あり				
		最少		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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	19.2 m ²	40	一般居室個室
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	21 m ²	35	介護居室個室
	タイプ3	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	38.4 m ²	5	介護居室相部屋
	タイプ4	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ5	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ6	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²		
タイプ7	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ8	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ9	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ10	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 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	共用便所における 便房	14ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		4ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房		10ヶ所	
	共用浴室	7ヶ所	個室		6ヶ所	
			大浴場		1ヶ所	
共用浴室における	2ヶ所	チェアー浴		1ヶ所		

	介護浴槽		リフト浴	1ヶ所
			ストレッチャー浴	ヶ所
			その他 ()	ヶ所
	食堂	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	入居者や家族が利用できる調理設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	エレベーター	1 あり (車椅子対応) <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
緊急通報装置等	居室 <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 一部あり 3 なし	便所 <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 一部あり 3 なし	浴室 <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 一部あり 3 なし	その他 () 1 あり 2 一部あり <input checked="" type="checkbox"/> 3 なし
その他				

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	※ 自由記述。 なお、記載内容については、運営規定の内容等との整合性を図り、誇大な表現等により誤解を招かないよう配慮すること。			
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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施	2 委託	3 なし	
食事の提供	1 自ら実施	<input checked="" type="checkbox"/> 2 委託	3 なし	
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施	2 委託	3 なし	
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施	2 委託	3 なし	
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施	2 委託	3 なし	

(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	入居継続支援加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	生活機能向上連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	個別機能訓練加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	夜間看護体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	若年性認知症入居者受入加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	医療機関連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	口腔衛生管理体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	栄養スクリーニング加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	退院・退所時連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	看取り介護加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	認知症専門ケア加算	(I)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
		(II)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	サービス提供体制強化加算	(I)イ	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
		(I)ロ	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
		(II)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
		(III)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	介護職員処遇改善加算	(I)	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
		(II)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
		(III)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
		(IV)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
(V)		<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし	
介護職員等特定処遇改善加算	(I)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし	
	(II)	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	(介護・看護職員の配置率) 2 : 1			
	<input type="checkbox"/> 2	なし				

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可	<input checked="" type="checkbox"/> 1	救急車の手配
	<input type="checkbox"/> 2	入退院の付き添い
	<input type="checkbox"/> 3	通院介助
	<input type="checkbox"/> 4	その他 (訪問診療医の確保)

協力医療機関	1	名称	千葉県立中央病院
		住所	千葉県千葉市中央区長洲1-9 (施設から400m)
		診療科目	内科、外科、整形外科、眼科、他
		協力科目	内科、外科、整形外科、眼科、他
		協力内容	緊急時対応、医師の定期訪問による健康相談(月2回)・健康診断(年2回)の実施。(医療費その他の費用は入居者の自己負担)
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	千葉中央歯科クリニック
		住所	千葉県千葉市中央区市場町1-2 (施設から300m)
		協力内容	月2回の訪問歯科治療(医療費その他の費用は入居者の自己負担)

(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	1 一時介護室へ移る場合 <input checked="" type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 3 その他 ()	
判断基準の内容	常時見守りが必要な状態になった場合、施設が指定する居室へ住み替えとなる場合があります。	
手続きの内容	①施設が指定する医師の意見を聴く ②概ね3ヶ月間の観察期間を置く ③本人及び身元引受人の同意を得る	
追加的費用の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	便所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	浴室の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	洗面所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	台所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 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	1 あり	2 なし
	要支援の者	1 あり	2 なし
	要介護の者	1 あり	2 なし
留意事項	65歳以上 ただし、2人入居の場合はどちらか一方が65歳以上		
契約の解除の内容	①入居者が逝去した場合 (2人入居の場合はどちらとも逝去した場合) ②入居者から契約解除が行われた場合 ③事業者から契約解除が行われた場合		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居者の行動が、他の入居者・職員の生命に危害を及ぼすかその恐れがあり、通常の介護方法・接遇方法では防止できない場合、等。	
	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 (内容: 1泊2日3食付 8,000円 最長7日間) 2 なし		
入居定員	85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 ※1※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1		1
生活相談員	1	1		1

直接処遇職員	42	22	20	29.5
31	15	16	21	
11	7	4	8.5	
機能訓練指導員	1		1	0.5
計画作成担当者	1	1		1
栄養士	1	1		1
調理員	11	5	6	8 (委託)
事務員	2	2		2
その他職員	5	5		5
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※ ²				35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。				

(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	1	1	
介護福祉士	8	7	1
実務者研修の修了者	2	2	
初任者研修の修了者	15	2	13
介護支援専門員			

(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	1		1
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			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (18時～9時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	2人	1人
介護職員	1人	1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* 【表示事項】	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 <input checked="" type="checkbox"/> c 2.5 : 1 以上 d 3 : 1 以上
	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)	2.2 : 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		<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし							
	業務に係る資格等		<input checked="" type="checkbox"/> あり							
	資格等の名称		社会福祉士							
	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	1	1	2	6						
前年度1年間の退職者数			2	3						
年数に応じた業務に従事した経験の職員数	1年未満		2	3						
	1年以上	1		8	9			1	1	
	3年未満									
	3年以上	3		2	2					
	5年未満									
5年以上	1	4	1	2	1					

	10年未満										
	10年以上	2		2							
従業者の健康診断の実施状況				<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし				

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】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式		
利用料金の支払い方式 【表示事項】	1 全額前払い方式		
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式		
	3 月払い方式		
	4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	1 全額前払い方式 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
要介護状態に応じた金額設定	<input checked="" type="checkbox"/> 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）の取扱い	1 減額なし <input checked="" type="checkbox"/> 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	施設が所在する自治体の消費者物価指数や職員の人件費等を勘案し、2年に1回改定することがある。	
	手続き	運営懇談会の意見を聴く。	

(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	85歳
居室の状況	床面積	19.2 m ²	21 m ²
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 2 無
	浴室	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無
	台所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無
入居時点で 必要な費用	前払金	〇〇円	〇〇円
	敷金	円	円

月額費用の合計		〇〇円	〇〇円	
家賃		〇〇円	〇〇円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	円	(要介護3) 〇〇円	
	介護保険外 ^{※2}	食費	〇〇円	〇〇円
		管理費	〇〇円	〇〇円
		介護費用	円	(上乗せ介護費) 〇〇円
		光熱水費	実費	実費
その他	都度払いサービス有	都度払いサービス有		

※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	借地料、建設費、借入利息等を基礎として、1室当たりの家賃を算出。
敷金	家賃の 〇ヶ月分
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	事務管理費、生活サービスの人件費、共用施設の維持管理費。
食費	厨房維持費、食材費に基づく費用。(喫食数による返金制度もあり)
光熱水費	個別の外部契約による実費負担。 ※必要に応じてNHK受信料等の取扱いについても記載する
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	基本報酬、P6に記載する加算の利用者負担分
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(上乗せサービス)	(上掲)
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

(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	老人福祉法令等に基づき、全国有料老人ホーム協会の試算プログラムにより算定。
------	---------------------------------------

想定居住期間（償却年月数）	自立〇ヶ月／要支援・要介護〇ヶ月	
償却の開始日	入居日の翌日	
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）	自立〇〇円	
初期償却率	10%	
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	<p>受領済みの前払金を全額返還する。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。</p> <p>・算定方法 $\text{前払金} \times 90\% \div (\text{想定居住期間の月数} \times 30) \times (\text{入居日から契約終了日までの実日数})$ </p> <p>・「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」は全額返金する。</p> <p>※月払い利用料については日割精算を行う。</p> <p>※必要な原状回復費用があれば受領する。</p>
	入居後3月を超えた契約終了	<p>以下の算定式に基づく額を返還する。</p> $\text{前払金} \times 90\% \div (\text{入居日の翌日から償却期間満了日までの実日数}) \times (\text{契約終了日から償却期間満了日までの実日数})$ <p>※月払い利用料については日割精算を行う。</p>
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）

性別	男性	25人
	女性	49人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	29人
	75歳以上 85歳未満	32人
	85歳以上	13人

要介護度別	自立	9人
	要支援1	10人
	要支援2	2人
	要介護1	4人
	要介護2	18人
	要介護3	15人
	要介護4	9人
	要介護5	7人
入居期間別	6ヶ月未満	2人
	6ヶ月以上1年未満	3人
	1年以上5年未満	69人
	5年以上10年未満	0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	74.3歳
入居者数の合計	74人
入居率*	87.059%
※ 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	1人
	医療機関	0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	0人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	1人
		(解約事由の例) 特別養護老人ホームへの転居

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) ※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		当ホーム苦情受付窓口
電話番号		043-000-0000
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	9:00~17:00
	日曜・祝日	9:00~17:00
定休日		なし

窓口の名称		千葉県健康福祉部高齢者福祉課
電話番号		043-223-2350
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		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	(その内容) 株式会社〇〇損害保険の「介護事業者総合損害賠償責任保険」に加入しており、サービス提供上の事故により入居者の生命等に損害が発生した場合、不可抗力による場合を除き賠償される。
	2	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	1	あり	(その内容) 事故対応マニュアルに基づく
	2	なし	
事故対応及びその予防のための指針	1	あり	2 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	1	あり	実施日	令和3年〇月〇日
			結果の開示	1 あり 2 なし
	2	なし		
第三者による評価の実施状況	1	あり	実施日	令和3年〇月〇日
			評価機関名称	社団法人〇〇〇〇
			結果の開示	1 あり 2 なし

	2 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	1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 2 回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (平成 20 年 7 月 1 日届出) 2 なし 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	1 あり (平成 年 月 日登録) <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	

千葉県有料老人ホーム設置運営指導指針「規模及び構造設備」に合致しない事項	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし (平成 20 年 4 月 1 日施行の設置運営指導指針を適用)
合致しない事項がある場合の内容	居室面積が基準を満たさないが、平成 20 年 4 月 1 日施行の設置運営指導指針の特例措置を適用して届出を受理されている。
「既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	1 適合している (代替措置) 2 適合している (将来の改善計画) 3 適合していない
千葉県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	

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。

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

介護サービスの種類			併設・隣接の 状況	事業所の名称	所在地
<居宅サービス>					
訪問介護	あり	なし	併設・隣接	訪介センター ちば（他3ヶ所）	千葉市中央区市場町1-1
訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
通所介護	あり	なし	併設・隣接		
通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接	けやきプラザ	千葉市中央区市場町1-1
福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
<地域密着型サービス>					
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	あり	なし	併設・隣接		
夜間対応型訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
居宅介護支援	あり	なし	併設・隣接		
<居宅介護予防サービス>					
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接	けやきプラザ	千葉市中央区市場町1-1
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
<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	あり	なし	併設・隣接		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防支援	あり	なし	併設・隣接		
<介護保険施設>					
介護老人福祉施設	あり	なし	併設・隣接		
介護老人保健施設	あり	なし	併設・隣接		
介護療養型医療施設	あり	なし	併設・隣接		
介護医療院	あり	なし	併設・隣接		
<介護予防・日常生活支援総合事業>					
訪問型サービス	あり	なし	併設・隣接		
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接		
その他の生活支援サービス	あり	なし	併設・隣接		

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						なし	あり	備 考
	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）		個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担）			包含※2	都度※2	
	なし	あり	なし	あり	なし			
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり	○			
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	○			
おむつ代			なし	あり		○	200 円/枚	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり		○	1,500 円/回	週 2 回までは介護保険で実施
特浴介助	なし	あり	なし	あり		○	同上	同上
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり	○			
機能訓練	なし	あり	なし	あり				
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	1,500 円/回	協力機関週 1 回までは保険給付とし、これを超え月 2 回まで、又は協力機関以外で月 2 回までは、ケアプランにより実費で実施。
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○			ケアプランにより週 3 回まで実施
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○			同上
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○			同上
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり				ケアプランにより実施
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり				
おやつ			なし	あり		○	200 円/日	要介護者のみ
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	4,000 円/回	外部からの訪問理美容
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	800 円/回	指定場所週 2 回以上はケアプランにより実費で実施
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	800 円/回	必要により月 1 回以内で実施
金銭・貯金管理			なし	あり	○			必要に応じ管理費で実施
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり		○		希望により年 2 回、自己負担
健康相談	なし	あり	なし	あり				適宜実施
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○			適宜実施
服薬支援	なし	あり	なし	あり				適宜実施
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり				適宜実施

入退院時・入院中のサービス									
移送サービス	<input type="checkbox"/> なし	あり	<input type="checkbox"/> なし	あり					
入退院時の同行	<input type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input type="checkbox"/> あり	○				市内の医療機関の場合に適宜実施
入院中の洗濯物交換・買い物	<input type="checkbox"/> なし	あり	<input type="checkbox"/> なし	あり					
入院中の見舞い訪問	<input type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input type="checkbox"/> あり	○				市内の医療機関の場合に適宜実施

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割又は2割の利用者負担）。

※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額サービス費用に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。

※3：都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。