

【作成上の注意事項】

- ・重要事項説明書は、この様式で作成したデータを取り込み「介護サービス情報公表システム」にて掲載しますので(有料老人ホームに該当するサービス付き高齢者向け住宅には除く)、こちらの様式を用いて作成してください。
- ・作成にあたっては、行や列を追加したり、フォントのサイズ等は変更できませんのでご注意ください。
- ・金額は税込で表記してください。
- ・経営状況等報告書を作成する場合は、「記入年月日」を「令和〇年7月1日」とし、その日現在の内容を重要事項説明書に入力してください。
- ・その他、記載内容に変更が生じた場合(変更届の提出が必要になった場合)は、その変更日を「記入年月日」とし、その日現在の内容を重要事項説明書に入力してください。

重要事項説明書(情報公表システム取込様式)

記入年月日	年	月	日
記入者名			
所属・職名			
取込種別	新規登録の場合は1:追加を選択,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	新規登録場合は、空欄で登録してください。		

法人登記簿謄本と整合性をとってください。

1 事業主体概要

種類		
	※法人の場合、その種類	株式会社は「5.営利法人」です。
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	〒	-
	都道府県名から番地まで入力してください。(都道府県名は省略不可)	
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
主な実施事業	※別添1(別に実施する介護サービス一覧表)	

法人登記簿と整合性をとってください。

「主な実施事業」において、事業主体が柏市内で実施する介護保険事業については別添1に詳細を入力してください。

2 有料老人ホーム事業の概要
(住まいの概要)

柏市に届け出を行っているホームの正式名称を入力してください。

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

都道府県名から番地まで入力してください。(都道府県名は省略不可)
建物名は下の欄に入力してください。(セル内での改行は不可)

ホームを他事業所から承継して開設した場合は、承継して事業を開始した日を記載してください。

ホームの建物の新築年月日(検査済証における検査年月日など)を入力してください。増築などを行った場合も当初の竣工日を入力してください。

(類型) 【表示事項】

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

検査済証の敷地面積などを入力してください。

3 建物概要

土地	敷地面積				m ²	
	所有関係	2 事業者が賃借する土地の場合				
		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						
建物	延床面積	全体	← 検査済証の延床面積などを入力してください			
		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					

契約の自動更新ありとは、土地（建物）賃貸契約書に次のような規定がある場合をいいます。
【例】第〇条 甲又は乙はそれぞれの相手方に対して、賃貸借期間満了の〇ヶ月前までに契約終了に関して何らかの意思表示をしないときは、賃貸借期間満了の翌日から〇年間は同一条件で更新される

・ホーム内に、有料老人ホーム事業以外の用途の事業所がある場合（介護保険事業所を併設している場合など）は、ホームの延床面積からその部分を除いた面積を「うち、老人ホーム部分」に入力してください。
・有料老人ホームと介護保険事業所で事務室を共有している場合など、明確に分けられない設備については、按分して算出してください。
・建物全体を有料老人ホーム事業のみに使用している場合は、「全体」と「うち、老人ホーム部分」が同じ面積になります。

居室の状況	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						
	居室区分 【表示事項】	<p style="color: red; border: 1px solid red; padding: 2px;">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ます。襖、可動式の壁、収納家具など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。</p> 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				

タイプ数が10以上あり、本欄に記載しきれない場合は、次ページのその他に入力してください。

職員用のものは含まないでください。

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	共用浴室における「個室」は、一度に入浴できる人数が1人であるものを指します。	ヶ所
			大浴場		ヶ所
	共用浴室における介護浴槽	ヶ所	チェアー浴	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	<p>・夜間は夜勤者を配置せず、緊急通報サービスのみ利用の場合は、本欄にその旨を記載してください。</p> <p>・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、12ページ（夜勤を行う看護・介護職員の人数）に「夜勤帯の設定時間」, 「平均人数」及び「最小時人数（休憩者等を除く）」もあわせて入力してください。</p>			
	その他				
その他	<p>・入居者が利用できる共用施設を入力してください。外部の方も利用できる施設や、利用に費用がかかる施設については、その旨を付記する必要があります。</p> <p>・前ページの居室の状況について、タイプ数を追加で入力する際は、本欄に記載してください。</p>				

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	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px;"> 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」に記載の内容と矛盾がないようにしてください。 ・管理規程，入居契約書等に定めている内容と矛盾がないようにしてください。 </div>
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	

(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		
	生活機能向上連携加算		
	個別機能訓練加算		
	夜間看護体制加算		
	若年性認知症入居者受入加算		
	医療機関連携加算		
	口腔衛生管理体制加算		
	栄養スクリーニング加算		
	退院・退所時連携加算		
	看取り介護加算		
	認知症専門ケア加算	(Ⅰ)	
		(Ⅱ)	
	サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)イ	
		(Ⅰ)ロ	
(Ⅱ)			
	(Ⅲ)		

介護職員処遇改善加算	(I)	
	(II)	
	(III)	
	(IV)	
	(V)	
介護職員等特定処遇改善加算	(I)	
	(II)	

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	・人員配置が手厚い介護サービスを提供している場合は、配置率を入力してください。 ・12ページ（特定施設入居者生活介護等の提供体制）に記載した配置比率と矛盾が内容にしてください。
		(介護・看護職員の配置率)	

「医療連携の内容」とは、医療機関ではなく、ホームが入居者に提供する医療支援の内容を選択します。このうち費用が発生するものは別添2に金額等を入力してください。

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	

1	名称	ホームから医療機関までの距離についても入力してください。【例】柏〇〇病院（ホームから〇〇m）
	住所	
	診療科目	具体的な診療科目を入力してください。
	協力科目	上記、診療科目のうち、協力医療機関との契約により協力している科目を入力してください。
	協力内容	・具体的な協力内容を入力してください。 ・入居者が費用を負担する必要がある場合はその旨を入力してください

協力医療機関が4以上ある場合は、主なものを3つ記載してください。

協力医療機関	2	住所	
		診療科目	
		協力科目	
		協力内容	
	3	名称	
		住所	
		診療科目	
協力内容			
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	

協力歯科医療機関が3以上ある場合は、主なものを2つ記載してください。

(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		一時介護室へ移る場合	・入居者の自己都合による住み替えは含みません。 ・一般居室で住み替えを行う場合は、「3.その他」にその旨を入力してください。	
		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		← 入居契約書に定める内容を記入してください。		
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				
従前の居室との仕様の 変更	面積の増減			
	便所の変更			
	浴室の変更			
	洗面所の変更			
	台所の変更			
	その他の変更	← 間取りが変わる場合は、「その他の変更」は「あり」で入力してください。		
		1 ありの場合	(変更内容)	

(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	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px;">ホームの職員がどこまで対応可能なかをきちんと入力してください。(ホームの看護職員では対応できない処置等がある場合は付記してください。)</div>	
契約解除の内容	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px;">入居契約書に定める内容を記入してください。</div>	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	
	解約予告期間	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px;">入居契約書に定める期間を入力してください。</div> ケ月
入居者からの解約予告期間		ケ月
体験入居の内容	1 ありの場合	
	(内容)	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px;">具体的な日数や金額(滞在費や食費等)を記載してください。 【例】1泊¥7000(税込)など</div>
入居定員		人
その他		

・事業主体が運営する有料老人ホーム事業以外の事業（居宅介護サービス事業など）の職員は、入力不要です。
 ・生活指導員，介護職員，看護職員，機能訓練指導員，計画作成担当者の数については、13ページの表（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人数」と矛盾がないようにしてください。

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				
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員				↑ 特定施設入居者生活介護等の提供を行っている場合は、必ず「常勤換算人数」を入力してください。（特定施設入居者生活介護等を提供していない場合は、この欄は入力不要です。）
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				

（資格を有している介護職員の人数）

	合計	資格を有している介護職員の人数	
		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			

・前表（職種別の職員数）に記入した介護職員について、資格を有している人数を入力してください。
 ・1人が複数の資格を有する場合は、重複して入力することが可能です。

(資格を有している機能訓練指導員の人数) ←

・(職種別の職員数)に記入した機能訓練指導員について、資格を有している人数を入力してください。
 ・1人が複数の資格を有する場合は、重複して入力することが可能です。

	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			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数) ←

・宿直者を除く夜勤帯における看護職員、介護職員の人数を入力してください。
 ・「最小時人数(休憩者等を除く)」は、夜勤帯で最も手薄になる時間帯の職員数を入力してください。(職員が配置されていない時間帯が生じる場合は0人です。)

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	人
介護職員	人	人

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

← 6~7ページ表(介護サービスの内容)の「人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無」に入力した配置率と矛盾がないようにしてください。

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											
に業務に応じた従事した人の経験年数	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											

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
		全額前払い方式
		一部前払い・一部月払い方式
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 日以上
利用料金の改定	条件	← ・食事，管理費などについて，長期不在時の減額制度の有無などを入力してください。
	手続き	← 入居契約書に規定する改定方法との整合性をとってください。

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

・プランが1つしかない場合は、「プラン2」は空欄で構いません。

		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	
家賃		円	円	
サービス費用	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)

(利用料金の算定根拠)

(利用料金のプラン)の利用料金の算定根拠を入力してください。金額のみを記載することのないようにご注意ください。

費目	算定根拠
家賃	家賃の原価構成を入力してください。 【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。
敷金	家賃の 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。	要介護者などの介護用品, 自立者への介護サービス費用について入力してください。

管理費	← 管理費の用途を入力してください。
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	

(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	
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。	

(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		
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	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; color: red;"> 返還金は、老人福祉法第29条第10項に定められた方法により算定してください。 </div>
	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	

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」、「年齢別」、「要介護度別」、「入居期間別」のそれぞれの合計は一致します。
 ・「性別」、「年齢別」、「要介護度別」、「入居期間別」のそれぞれの合計は、次表(入居者の属性)の「入居者数の合計」と一致します。

性別	男性		
	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	要介護 5		人
	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	← 前表(入居者の人数)の「性別」、「年齢別」、「要介護度別」、「入居期間別」のそれぞれの合計の人数と一致します。	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。		

(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	(解約事由の例)	人

「退去先別の人数」における「死亡者」以外の人数を、「施設側の申し出」と「入居者側の申し出」に分けて入力してください。



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	<p>苦情の窓口には、ホーム以外に柏市福祉部指導監査課も入力してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・電話番号 04-7167-1625 ・対応している時間(平日) 8:30~17:00 (土曜・日曜・祝日) なし ・定休日 土・日・祝・年末年始 	
電話番号		
対応している時間		平日
		土曜
		日曜・祝日
定休日		

窓口2								
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3								
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4								
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5								
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								

(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	← 保険の商品名等を入力してください。
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		

(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 ありの場合	
	実施日	
	結果の開示	
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	

9 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形		<p>・入居契約書・管理規程は公開するとともに、入居者または入居しようとする者からの求めに応じて交付してください。</p> <p>・財務諸表は、入居者および入居しようとする者の求めに応じて閲覧に供するとともに、写しを交付してください。</p> <p>・事業収支計画書は閲覧に供するよう努めてください。</p>
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		

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)	
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	<p>柏市有料老人ホーム設置運営指導指針「5. 規模及び構造設備」を満たしていない場合は、こちらに入力してください。</p>
	「6. 既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	<p>新築の場合（既存建築物等を活用していない場合）は、入力不要です。</p>
有料老人ホーム設置運営 指導指針の不適合事項	<p>柏市有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項がある場合は、本欄に入力してください。 【例】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>	

	不適合事項がある場合の内容	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> 不適合事項がある場合の具体的内容を記載してください。 【例】運営懇談会を実施していない。 </div>
--	---------------	---

備考

添付書類： 別添 1（別に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。