

○「重要事項説明書」及び「重要事項説明書兼登録事項等についての説明（高齢者住まい法第17条関係）」（以下、「重要事項説明書等」という。）の作成にあたっての注意事項（特定以外）

1 重要事項説明書等を作成するにあたっての心構え

- (1) 重要事項説明書等は、入居契約に関する重要な事項を説明するためのものであり、入居者及び家族等（以下、「入居者等」という。）に誤解を与えることがないように必要な事項を実態に即して正確に記載すること。
- (2) 入居者等が理解しやすいよう丁寧な表現に努めること。
- (3) 別添1「事業主体が大阪府で実施する他の介護サービス」及び別添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」は、重要事項説明書等の一部をなすものであることから、重要事項説明書等に必ず添付すること。
- (4) 所管庁有料老人ホーム設置運営指導指針に基づく指導を受けている場合及び当該指針で不適合事項がある場合は、重要事項説明書等にその旨を記載すること。
- (5) 景品表示法第5条第1項3号に基づく「有料老人ホーム等に関する不当な表示」を行わないこと。

2 重要事項説明書等を入力するにあたっての注意事項及び記入例の解説

- (1) サービス付き高齢者向け住宅において、「重要事項説明書」を「重要事項説明書兼登録事項等についての説明（高齢者住まい法第17条関係）」又は「重要事項説明書等」と表記して構わない。
- (2) サービス付き高齢者向け住宅は、所管庁有料老人ホーム設置運営指導指針4、5、6、7及び11の項目は適用外であるが、原則として、重要事項説明書等の省略は認めない。
- (3) 届出している有料老人ホーム並びにサービス付き高齢者向け住宅に登録している有料老人ホームを総称して「ホーム」という。
- (4) 届出している有料老人ホーム及び当該事業者を総称して「有料」という。
- (5) サービス付き高齢者向け住宅に登録している有料老人ホーム及び当該事業者を総称して「サ高住」という。
- (6) サ高住においては、重要事項説明書等の内容とサ高住登録の申請内容との整合性を図ること。
- (7) 【省略】と記載されている項目及び「色帯のない（背景が白色）」項目が空欄の場合は、「削除、斜線、空欄、塗りつぶし」をして構わない。それ以外の項目で削除する場合は、所管庁に確認すること。
- (8) 該当しない項目がある場合は、「斜線、空欄、塗りつぶし」をして構わない。
- (9) 重要事項説明書等以外で入居者等への説明で重要かつ説明を要すると考える場合は、当該様式に項目を追加して構わない。
- (10) 薄黄色の色帯のある項目は入力すること。
- (11) 薄緑色の色帯のある項目はプルダウンリストから選択すること。（選択肢が当該リストにない場合は、新たに入力すること。）
- (12) 重要事項説明書等にある「生活相談員」とは、サ高住の登録を受けている場合は、国土交通省・厚生労働省関係高齢者の居住の安定確保に関する法律施行規則（平成23年厚生労働省・国土交通省令第2号）第11条第1号の規定に基づく状況把握サービス及び生活相談サービスを提供する職員をいう。
- (13) 「有料」又は「サ高住」と限定して入力をする旨指示している項目は、基本的に限定している主体者のみの入力で構わない。ただし、その他の主体者で入力する方が良いと判断する場合は入力しても構わない。

3 重要事項説明書等を入居者等に交付及び説明するにあたっての注意事項

- (1) 重要事項説明書等は、老人福祉法第29条第5項の規定により、入居相談があったときに交付するほか、求めに応じ交付すること。
- (2) 入居希望者が、入居契約内容について十分理解した上で契約を締結できるよう、契約締結前に十分な時間的余裕をもって入居契約書及び重要事項説明書等について説明を行うこと。また、入居希望者が希望する介護サービス等（介護保険サービス、医療サービス等、高齢者生活支援サービス、その他のサービス※）の利用を妨げないこととし、その際には説明を行った者及び説明を受けた者の署名を行うこと。
- (3) 大阪府有料老人ホーム設置運営指導指針に基づく指導を受けている場合は、入居希望者に対して丁寧かつ理解しやすいよう説明すること。

※介護保険サービス：ケアプラン、訪問介護・訪問看護・居宅療養管理指導・通所介護・通所リハビリテーション・福祉用具貸与・特定福祉用具販売（介護予防を含む。）、定期巡回・随時対応型訪問介護看護等

医療サービス等：医療、歯科医療、あん摩マッサージ指圧、はり、きゅう、柔道整復等

高齢者生活支援サービス等：入浴、排せつ、食事等の介護、食事の提供、調理、洗濯、掃除等の家事、心身の健康の維持及び増進

その他のサービス：金銭管理、理髪等

重要事項説明書

記入年月日	令和6年7月1日
記入者名	山田 太郎
所属・職名	さくらそう・施設長

「記入年月日、記入者名、ホーム名（設置者）・職名」を入力してください。

1 事業主体概要

名称	(ふりがな) かぶしがいいしゃ さくらそう 株式会社 さくらそう		
法人番号	999999999999		
主たる事務所の所在地	〒 576-8501 大阪府交野市私部1丁目1番1号		
連絡先	電話番号／FAX番号	072-892-0000／072-892-0001	
	メールアドレス	suzuki@osaka.jp	
	ホームページアドレス	http:// www.abcdef.co.jp	
代表者（職名／氏名）	代表取締役	／ 鈴木 一	
設立年月日	平成	12年2月2日	
主な実施事業	※別添1（別の実施する介護サービス一覧表） 介護保険事業、不動産業		

国税庁から指定された13桁の法人番号を入力してください。

設置者の所在地を正確に入力してください。

登記事項との整合性を図ってください。

設置者が実施するホーム以外の主な事業種類を入力してください。介護保険事業の内容については詳細を（別添1）に入力してください。

2 有料老人ホーム事業の概要

（住まいの概要）

名称	(ふりがな) ゆうりょうろうじんほーむ さくらそう 有料老人ホーム さくらそう		
届出・登録の区分	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		
有料老人ホームの類型	住宅型		
所在地	〒 576-8501 大阪府交野市私部1丁目1番1号		
主な利用交通手段	JR学研都市線「住道駅」より約655m（徒歩約9分）		
連絡先	電話番号	072-892-0000	
	FAX番号	072-892-0001	
	メールアドレス	yamada@osaka.jp	
	ホームページアドレス	http:// www.abcdef.co.jp	
管理者（職名／氏名）	施設長	／ 山田 太郎	
有料老人ホーム事業開始日／届出受理日・登録日（登録番号）	平成	20年8月6日	

所管庁に届出又は登録を行っている、ホームの正式名称を入力してください。

○有料は、「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」を選択してください。
○サ高住は、「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」を選択してください。

ホームの所在地を正確に入力してください。

・最寄りの公共交通機関の駅（バス停）等の名称、そこからの距離及び所要時間を入力してください。
・所要時間の算出方法は、不動産公正競争規約で定められています。
（参考・不動産公正競争規約抜粋）
徒歩による所要時間は、道路距離80mにつき1分間を要するものとして算出した数値を表示すること。この場合において、1分未満の端数が生じたときは、1分として算出すること。

○有料は、左側に事業開始日を入力してください。
ただし、届出以前に有料の運営を開始していた場合、右側に届出受理日（＝届出日）も入力してください。

○サ高住は、左側に有料に該当した日（入居開始日又は老人福祉法上の介護等サービス提供開始日）を入力してください。
また、右側に登録日及び登録番号を入力してください。
例：平成○年○月○日／平成○年△月△日（大阪府0000000）
※事業主体によって、ホームを他社から事業承継して開設した場合、消費者の誤認を防ぐ上で、当初の事業開始日も下の行に付記するよう努めてください（当初開設日 ○年○月○日）。

3 建物概要

土地	権利形態	賃借権	抵当権	あり	契約の自動更新	あり			
	賃貸借契約の期間	平成	20年4月1日			～	令和	10年3月31日	
	面積	3,000.0 m ²							
建物	権利形態	所有権	抵当権	あり	契約の自動更新	あり			
	賃貸借契約の期間	平成	20年4月1日			～	令和	10年3月31日	
	延床面積	5,000.0 m ² (うち有料老人ホーム部分				4,600.0 m ²)			
	竣工日	平成	20年2月1日			用途区分	有料老人ホーム		
	耐火構造	耐火建築物		その他の場合：					
	構造	鉄筋コンクリート造		その他の場合：					
	階数	6 階		(地上		5 階、地階		1 階)	
	サ高住に登録している場合、登録基準への適合性				適合している				
居室の状況	総戸数	41 戸		届出又は登録をした室数			40 室		
	部屋タイプ	トイレ	洗面	浴室	台所	収納	面積	室数	
	一般居室個室	○	○	×	×	○	20.0m ²	11	
	一般居室個室	○	○	×	×	○	12.8m ²	9	
	一般居室相部屋 (夫婦・親族)	○	○	×	×	○	44.0m ²	10	
	一般居室相部屋 (夫婦・親族以外)	○	○	×	×	○	18.0m ²	10	
	一時介護室	○	○	×	×	○	12.8m ²	1	
共用施設	共用トイレ	5 ケ所		うち男女別の対応が可能なトイレ			5 ケ所		
				うち車椅子等の対応が可能なトイレ			5 ケ所		
	共用浴室	個室	1 ケ所		大浴場	1 ケ所			
	共用浴室における介護浴槽	機械浴	1 ケ所		チェア入浴	1 ケ所		その他：	
	食堂	1 ケ所		面積	130.0 m ²				
	入居者や家族が利用できる調理設備	あり							
	エレベーター	あり (ストレッチャー対応)					1 ケ所		
	廊下	中廊下	2.7 m		片廊下	1.7 m			
	汚物処理室	5 ケ所							
	緊急通報装置	居室	あり	トイレ	あり	浴室	あり	脱衣室	あり
その他	通報先 事務室		通報先から居室までの到着予定時間			1～3分			
消防用設備等	消火器	あり	自動火災報知設備	あり	火災通報設備	あり			
	スプリンクラー	あり	なしの場合 (改善予定時期)						
	防火管理者	あり	消防計画	あり	避難訓練の年間回数	2 回			

・「賃借権、地上権」を選択した場合も、「所有者の抵当権」を入力してください。
・「賃借権」を選択した場合、「契約の自動更新、賃貸借契約の期間」を入力してください。

建物全体が有料老人ホーム事業のみに使用される場合、全床面積と同じ数値を入力し、介護保険事業所やテナントなど、有料老人ホーム事業以外の用途を持つ施設があれば、その面積を除いた面積を入力してください。

・増改築(居室内の改造は除く。)を行った場合も、当初の竣工日を入力してください。
・増改築日について入力する場合、「竣工日」の横に()書きで追記してください。

「その他」を選択した場合、必ず入力してください。

○サ高住は選択してください。
○有料は【省略】してください。

・入居可能な室数を入力してください。

建物の総戸数を入力してください。ホームとして届出又は登録をしていない戸数も含めて入力してください。

・「部屋タイプ」の選択肢に該当がない場合、入力してください。
・感染症等に罹患する観点から、原則として1人1室としてください。
・1室に2人以上の者を入居させる場合には、内法面積で1人当り10.65平方メートル以上の確保に努めてください。
・相部屋を選択した場合、定員数を入力してください。
・相部屋がある場合、入居者の感染症等に対応するために「一時介護室」を設置してください。

・有料は、実有効面積(トイレ、収納設備等を除く内法面積)を入力してください。
・サ高住は、登録している面積を入力してください。

個室は、居室内の浴室でなく、共用施設に設置するユニットバス等の個室を指します。

「その他」を選択した場合、「浴室の種類、設置数」を入力してください。

共用施設内で対応可能な設備の有無を入力してください。

到着時間は、フロア動線が短い居室や長い居室も含めて、「〇分～〇分」と入力してください。

入居者が利用することができる共用施設を入力してください。ただし、外部の方も利用できる施設の場合、景品表示法指定告示に従ってその旨を付記してください。

「なし」を選択した場合、必ず入力してください。

4 サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針		地域における高齢者向けの住まいとしての役割を果たしていく。	消費者にホームをアピール等を行う自由記述部分です。
サービスの提供内容に関する特色		入居者の希望や心身の状態に応じたサービスを提供します。	
サービスの種類	提供形態	委託業者名等	サービスの提供主体を選択してください。
入浴、排せつ又は食事の介護	なし	浪速株式会社	
食事の提供	委託	株式会社大阪	「委託」を選択した場合、「委託業者名」を必ず入力してください。
調理、洗濯、掃除等の家事の供与	自ら実施		
健康管理の支援（供与）	委託	もず病院	
状況把握・生活相談サービス	自ら実施		
提供内容		・状況把握サービスの内容：毎日1回以上（10、15、21、24、3、6時）、居宅訪問による安否確認・状況把握（声掛け）を行う。 ・生活相談サービスの内容：日中、随時受け付けており、相談内容が専門的な場合、専門機関等を紹介する。	
サ高住の場合、常駐する者			
健康診断の定期検診	委託	もず病院	○サ高住は選択してください。（高齢者住まい法施行規則第11条参照） ○有料は【省略】してください。
	提供方法	年2回健康診断の機会付与	
利用者の個別的な選択によるサービス		※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）委託業者：浪速株式会社	
虐待防止		①虐待防止に関する責任者は、管理者の〇〇△です。 ②従業者に対し、虐待防止研修を実施している。 ③入居者及び家族等に苦情解決体制を整備している。 ④職員会議で、定期的に虐待防止のための啓発・周知等を行っている。 ⑤職員から虐待を受けたと思われる入居者を発見した場合は、速やかに市町村に通報する。	
身体的拘束		①身体拘束は原則禁止としており、三原則（切迫性・非代替性・一時性）に照らし、緊急やむを得ず身体拘束を行う場合、入居者の身体状況に応じて、その方法、期間（最長で1ヵ月）を定め、それらを含む入居者の状況、行う理由を記録する。また、家族等へ説明を行い、同意書をいただく。（継続して行う場合は概ね1ヵ月毎行う。） ②経過観察及び記録をする。 ③2週間に1回以上、ケース検討会議等を開催し、入居者の状態、身体拘束等の廃止及び改善取組等について検討する。 ④1ヵ月に1回以上、身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を開催し、その結果について、介護職員その他の従業者に周知し、施設全体で身体拘束等の廃止に取り組む。 ⑤身体拘束等の適正化のための指針を整備する。 ⑥介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を年2回以上実施する。	

(併設している高齢者居宅生活支援事業者)

【併設している高齢者居宅生活支援事業者がない場合は省略】

事業所名称	(ふりがな)	併設している高齢者居宅生活支援事業者がある場合、入力してください。
主たる事務所の所在地		
事務者名	(ふりがな)	
併設内容		

(連携及び協力している高齢者居宅生活支援事業者)

【連携及び協力している高齢者居宅生活支援事業者の提供を行っていない場合は省略】

事業所名称	(ふりがな) いちようけあせんたー 銀杏ケアセンター
主たる事務所の所在地	〒576-8501 大阪府交野市私部1丁目1番2号
事務者名	(ふりがな) なにわ かぶしがいいしゃ 浪速株式会社
連携内容	入浴、排せつ又は食事の介護(介護保険外サービス)

連携及び協力している高齢者居宅生活支援事業者がある場合、入力してください。
連携医療機関は除きます。

ホームが行う医療支援内容を選択します。このうち費用が発生するものは、(別添2)に金額等を明記してください。

(医療連携の内容)※治療費は自己負担

医療支援	救急車の手配、入退院の付き添い		
	その他の場合：		
協力医療機関	名称	もず病院（ホームから0.65km）	
	住所	大阪府交野市私部1丁目1番3号	
	診療科目	内科、外科、整形外科、眼科等	
	協力科目	内科	
	協力内容	入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	あり
		診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保	なし
	名称	いちよう病院（ホームから0.47km）	
	住所	大阪府交野市私部1丁目1番4号	
	診療科目	内科等	
	協力科目	内科等	
協力内容	入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	なし	
	診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保	あり	
新興感染症発生時に連携する医療機関	あり		
	名称	もず病院（ホームから0.65km）	
	住所	大阪府交野市私部1丁目1番3号	
協力歯科医療機関	名称	うめ歯科医院（ホームから1.41km）	
	住所	大阪府交野市私部1丁目1番5号	
	協力内容	訪問診療	
		その他の場合：月2回程度の訪問診療	

「医療支援」で「その他」を選択した場合、必ず入力してください。

・ホームから医療機関までの距離の入力は任意です。
・入力する際は、景品表示法指定告示に従い、ホームから医療機関までの距離を入力してください。

景品表示法指定告示に従い、協力医療機関の診療科目について入力してください。

景品表示法指定告示に従い、医療協力の具体的科目及び内容について入力してください。

協力歯科医療機関の確保に努めてください。

協力歯科医療機関の確保に努めてください。

(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】

入居後に居室を住み替える場合		その他		
		その他の場合 他的一般居室へ移る場合		
判断基準の内容		認知症等、特別な身体状況により、その居室での介護が不可能になったと事業所が判断した場合、他的一般居室への住み替えを求める場合があります。		
手続の内容		①ホームが指定する医師の意見を聴く。②概ね3か月間の観察期間を置く。③本人・身元引受人の同意を得る。		
追加的費用の有無		なし	追加費用	
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		なし	調整後の内容	
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	あり	変更の内容	面積の増減
	便所の変更	なし	変更の内容	
	浴室の変更	なし	変更の内容	
	洗面所の変更	なし	変更の内容	
	台所の変更	なし	変更の内容	
	その他の変更	なし	変更の内容	

該当する場合は入力してください。ただし、入居者の自己都合による住み替えは含みません。

・介護居室から他の介護居室への住み替えを求める場合、「介護居室へ移る場合」を選択してください。
・一般居室間の場合、「その他」を選択し、下の行の「その他の場合」に内容を入力してください。

契約書の規定を入力してください。なお、専用居室間の住み替えでは、合意を得られないものは認められないことに注意してください。

当初契約した居室の利用権が移る場合、その旨を入力してください。

「あり」を選択した場合、「変更の内容」について必ず入力してください。

ホームは住まいであり、入居後に特定の療養管理や処置が必要となった場合、一般在宅と同じく医療保険を利用して入居を維持できます。仮に、ホームの看護職員では対応できない処置等があれば入力するよう努めてください。

(入居に関する要件)

入居対象となる者	自立、要支援、要介護		
留意事項	入居時満60歳以上。		
契約の解除の内容	①入居者が死亡した場合 ②入居者、又は事業者から解約した場合		
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などの恐れがあり、通常の介護・接遇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	あり	内容	空室がある場合 1泊食事付5,000円（税込）
入居定員	60人		
その他	身元引受人が設定できない場合は要相談		

入居契約書上の契約終了事由を入力してください。

入居契約規定との合致が必要です。仮に有期限契約の場合、「契約期間が満了した場合」等も入力してください。その上で、特に事業者からの契約解除の内容についての記載は、借家契約における事業者解約要件のような社会通念上で許容されている解約条件以外の、有料老人ホーム契約として特徴的な要件のみを例示(他に解除事由がある場合は「等」を付記)してください。

「届出又は登録した室数」にかかわらず、入居見込者数の最大を入力してください。

5 職員体制

(職種別の職員数)

	職員数 (実人数)			兼務している職種名及び人数
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1		
生活相談員	1	1		
直接処遇職員	20	6	14	
介護職員	20	6	14	訪問介護事業所と兼業5名
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士	1		1	
調理員	5		5	
事務員	1	1		
その他職員	1	1		

・ホームの職員として、サービスを提供する職員数を入力してください。
・当該ホームで事業主体が別に居宅介護サービス事業所を運営する場合、居宅介護サービス事業所の職員数は入力しないでください。
【注意】入力する場合、あくまでもホームの職員として兼業する者の数のみを入力し、あたかも多くの職員がホームに勤務しているかのように消費者に誤認されないことが重要です。

・「5職員体制(職員の状況)」の常勤・非常勤人数との整合性を図ってください。
・外部委託する職種があればその旨を「兼務している職種名及び人数」に入力してください。(その場合、表の職員数には人数を入力しないで下さい。)

(資格を有している介護職員の人数)

	合計			備考
	常勤	非常勤		
介護支援専門員				
介護福祉士	10	4	6	
介護職員初任者研修修了者	10	2	8	
看護師				
認定特定行為業務従事者：2号研修(詳細は備考欄)	2	1	1	①株式会社さくらそう、 ②喀痰吸引：口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部

・公的資格保有者を入力してください。
・「5職員体制(職種別の職員数)」で書き分ける「常勤・非常勤」職員の区分に従って有資格者の状況を入力してください。
・1名で複数の資格を有する場合、重複した入力が可能

資格について、介護職員基礎研修、ホームヘルパー1級、ホームヘルパー2級の資格保持者は、「介護職員初任者研修修了者」に入力してください。

「認定特定行為業務従事者：2号研修(詳細は備考欄)」を選択した場合、「①届出している事業所名、②取得している資格内容等」について入力してください。
(例)
認定特定行為業務従事者(2号研修)喀痰吸引：口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部
認定特定行為業務従事者(2号研修)経管栄養：胃ろう又は腸ろう・経鼻

(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			
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			
はり師			
きゅう師			

・上記の表で書き分ける「常勤・非常勤」職員の区分に従って有資格者の状況を入力してください。
・1名で複数の資格を有する場合に重複した入力が可能です。

(夜勤を行う看護・介護職員等の人数)

夜勤帯の設定時間（17時～9時）			
	平均人数		最少時人数（宿直者・休憩者等を除く）
看護職員		人	人
介護職員	3	人	2人
生活相談員		人	人
		人	人

宿直者を除き、夜勤者数と最少時人数を入力してください。景品表示法指定告示により、休憩時間等で持ち場を離れる職員を除き、夜勤帯で最も手薄になる時間の職員数を入力してください。仮に夜勤1名の場合、最少時は0名と入力してください。また、看護・介護職員1名ずつの場合、最少時はそれぞれ0名と入力してください。

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務				あり					
	業務に係る資格等		あり	資格等の名称		社会福祉士				
	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				2						
前年度1年間の退職者数				2						
応業に務めた職員に就いた経験年数に	1年未満			2						
	1年以上3年未満		1	5						
	3年以上5年未満		2	4						
	5年以上10年未満		2	3						
	10年以上		1		1					
備考			当該施設の6割以上の職員が3年以上施設に従事している職員であり、前年度1年間の退職者2名は、当該施設に従事して1年未満の非常勤職員である。							
従業者の健康診断の実施状況			あり							

「看護職員、介護職員、生活相談員」以外の職種（事務員・夜間警備員等）の場合、入力してください。

「5職員体制（職種別の職員数）」の常勤・非常勤人数との整合性を図ってください。

当該ホームや法人での業務経験に関わらず、当該業務に従事した通年の経験年数を入力してください。

6 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態	利用権方式	
利用料金の支払い方式	一部前払い・一部月払い方式	
	選択方式の内容 ※該当する方式を全て選択	
年齢に応じた金額設定	なし	
要介護状態に応じた金額設定	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	あり	
	内容：	日割り計算で減額
利用料金の改定	条件	物価変動、人件費上昇により、2年に1回改訂する場合がある。
	手続き	運営懇談会の意見を聴く。

「選択方式」を選択した場合、必ず入力してください。
(例) 全額前払い方式、一部前払い・一部月払い方式、月払い方式

食費、管理費などについて、長期不在時の減額制度がある場合にその有無と内容を入力してください。

入居契約書に規定する改定方法との整合性を図ってください。

(代表的な利用料金のプラン)

		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	60歳以上	60歳以上
居室の状況	部屋タイプ	一般居室個室	一般居室個室
	床面積	12.8㎡	20.0㎡
	トイレ	あり	あり
	洗面	あり	あり
	浴室	なし	なし
	台所	なし	なし
	収納	あり	あり
入居時点で必要な費用	敷金	270,000円	360,000円
	火災保険料	11,000円	11,000円
月額費用の合計		175,000円	190,000円
家賃 介護サービス費用（介護保険外※費用）	家賃	45,000円	60,000円
	食費	40,000円	40,000円
	共益費	60,000円	60,000円
	状況把握及び生活相談サービス費	15,000円	15,000円
	水道代	実費	実費
	管理費	15,000円	15,000円
	介護保険外費用	(別添2)のとおり	(別添2)のとおり
備考	介護保険費用1割、2割又は3割の利用者負担（利用者の所得等に応じて負担割合が変わる。） ※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。）		

・「入居時点で必要な費用」がある場合、項目に入力してください。

・月額費用が固定でない場合、「月額費用の合計」の横に（目安）と入力してください。

・入居者が支払う総額を入力してください。（税込、非課税等の計算後の金額）
・税抜表示をする場合は、（税抜・非課税）とわかるよう入力してください。

・相部屋の場合、原則として1人分の費用を入力してください。
・1人以上の費用を入力する場合、「月額費用の合計」の金額の横に（人数）を入力してください。

例示されている費用以外に月額費用があれば入力してください。
(例) (別添2)のとおり

(利用料金の算定根拠等)

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	
敷金	家賃の	6ヶ月分
	解約時の対応	原状回復費用を除き返金
前払金		
食費	厨房維持費、及び1日3食を提供するための費用	
共益費	共用施設の維持管理・修繕費	
状況把握及び生活相談サービス費	状況把握サービス（安否確認、緊急通報への対応）・生活相談サービス（一般的な相談・助言、専門家や専門機関の紹介）	
水道代	実費	
管理費	入浴介助、オムツ交換、掃除等の介護保険外で対応する部分	
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	(別添2)のとおり	
その他のサービス利用料		

・老人福祉法に基づき算定根拠を概括記載してください。
なお、居室のタイプ等によって金額に幅がある場合、欄内で金額の範囲を書き分けてください。
・詳細の書き分けを行わない場合、重要事項説明書に料金表を添付するなどし、消費者との取引条件を全て明らかにしてください。

用途を入力してください。景品表示法指定告示に従ってすべて入力し、「等」で括弧を付さないようにしてください。

例示されている費用以外に月額費用があれば入力してください。

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略

想定居住期間 (償却年月数)	自立120ヶ月/要支援・要介護60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360,000円/要支援・要介護388,000円
初期償却額	自立10%/要支援・要介護20%
返還金の算定方法	入居後 3 月以内の契約終了 ・ 入居一時金 - (入居一時金 - 初期償却額) ÷ 想定居住月数 ÷ 30 × (入居日から契約終了日までの日数) ・ 初期償却費用については無利息で全額返還する。 ※月額利用料については、日割計算で受領します。
	入居後 3 月を超えた契約終了 ・ (入居一時金 - 初期償却率) × (契約終了日から想定居住期間満了日までの日数) ÷ (入居日の翌日から想定居住期間満了日までの日数)
前払金の保全先	

・家賃以外の前払金を受領する場合、本欄内で書き分けてください。
・家賃の算定根拠は老人福祉法、介護サービス費用は景品表示法指定告示にそれぞれ従ってください。

老人福祉法施行規則に従い「入居日の翌日」としてください。

契約方式によって異なる場合は欄内で書き分けてください。

老人福祉法施行規則に従って入力してください。

「1、2、3、4」を選択した場合、具体的な名称を入力してください。

7 入居者の状況

(入居者の人数)

年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	0人
	75歳以上85歳未満	30人
	85歳以上	30人
要介護度別	自立	15人
	要支援1	5人
	要支援2	10人
	要介護1	2人
	要介護2	5人
	要介護3	8人
	要介護4	10人
入居期間別	6か月未満	2人
	6か月以上1年未満	3人
	1年以上5年未満	30人
	5年以上10年未満	20人
	10年以上15年未満	4人
	15年以上	1人
喀痰吸引の必要な人／経管栄養の必要な人		9人／7人
入居者数		60人

男性:20(男性入居者)/60(全入居者)×100≒33%
女性:40(女性入居者)/60(全入居者)×100≒67%

経管栄養には、胃ろうと腸ろう、経鼻経管を含みます。

・平均介護度の算出方法は、以下のとおりです。
(要支援1)=0.375、(要支援2)=0.375、
(要介護1)=1、(要介護2)=2、(要介護3)=3、
(要介護4)=4、(要介護5)=5
・平均介護度は、小数点第3位を四捨五入してください。

【計算式】
(要介護・要支援) (入居者数) (計)
(自立) 0 × 15人 = 0
(要支援1・2) 0.375 × 15人 = 5.625
(要介護1) 1 × 2人 = 2
(要介護2) 2 × 5人 = 10
(要介護3) 3 × 8人 = 24
(要介護4) 4 × 10人 = 40
(要介護5) 5 × 5人 = 25
(合計) 60人 106.625

【平均介護度】
106.625(合計)÷60人(入居者数合計)≒1.78

(入居者の属性)

性別	男性	20 人	女性	40 人	
男女比率	男性	33 %	女性	67 %	
入居率	100 %	平均年齢	85 歳	平均介護度	要介護1.78

(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	2人
	死亡者	6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	3人
		(解約事由の例) 社会福祉施設の場合、特養に転居するため。 医療機関の場合、長期入院療養のため。

すべての入居契約終了者の状況について入力した上で、事業主体、入居者双方から入居契約を解除した理由を入力してください。

8 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情・虐待に対する窓口等の状況)

窓口の名称 (設置者)		株式会社	〇〇〇〇
電話番号 / F A X		072-〇〇〇-〇〇〇〇	/ 072-〇〇〇-〇〇〇〇
対応している時間	平日	9:00~18:00	
	土曜	—	
	日曜・祝日	—	
定休日		土日祝祭日	
窓口の名称 (有料老人ホーム所管庁)		●●市●●●●課	
電話番号 / F A X		072-893-6409	/ 072-895-6065
対応している時間	平日	9:00~17:30	
定休日		土日祝祭日	
窓口の名称 (サービス付き高齢者向け住宅所管庁)		大阪府住宅まちづくり部居住企画課管理調整グループ 大阪府福祉部介護事業者課施設指導グループ	
電話番号 / F A X		06-6210-9711 06-6944-2675	/ 06-6210-9712 06-6944-6670
対応している時間	平日	9:00~18:00	
定休日		土日祝祭日	
窓口の名称 (虐待の場合)		●●市●●●●課	
電話番号 / F A X		072-893-6409	/ 072-895-6065
対応している時間	平日	9:00~17:00	
定休日		土日祝祭日	

有料の所管庁の窓口を入力してください。
岸和田市福祉部広域事業者指導課
泉大津市保険福祉部広域事業者指導課
貝塚市健康福祉部広域事業者指導課
和泉市福祉部広域事業者指導課
高石市保健福祉部広域事業者指導課
忠岡町健康福祉部広域事業者指導課
※TEL(072-493-6132)、FAX(072-493-6134)、
対応日時(9:00~17:30、土日祝祭日定休)は同じ

○サ高住の当該所管庁の窓口を入力してください。
○有料は【省略】してください。
大阪府都市整備部住宅建築局居住企画課
住宅施策推進グループ
TEL06-6210-9711 FAX 06-6210-9712
大阪府福祉部高齢介護室介護事業者課施設指導グループ
TEL06-6944-2675 FAX 06-6944-6670

虐待対応にかかる所管庁の窓口を入力してください。
岸和田市福祉部介護保険課
TEL 072-423-9475 FAX 072-423-6927
泉大津市保険福祉部高齢介護課
TEL 0725-33-1131 FAX 0725-21-0412
貝塚市健康福祉部高齢介護課
TEL 072-433-7010 FAX 072-430-4775
和泉市福祉部高齢介護室介護保険グループ
TEL 0725-99-8131 FAX 0725-40-3441
高石市保健福祉部介護保険課
TEL 072-275-6319 FAX 072-265-3100
忠岡町健康福祉部福祉課
TEL 0725-22-1122 FAX 0725-22-1129
※対応時間 岸和田市・高石市・忠岡町: 9:00~17:30
泉大津市・貝塚市・和泉市: 8:45~
17:15

(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	加入先	〇〇損害保険会社
	加入内容	施設賠償責任保険
	その他	施設で提供している介護保険外サービスについては、浪速株式会社が〇△損害保険会社の保険に加入
賠償すべき事故が発生したときの対応		事故対応マニュアルに基づき、速やかに対応します。
事故対応及びその予防のための指針		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	あり	ありの場合					
		実施日	令和 2年10月1日				
		結果の開示	あり				
			開示の方法	館内掲示			
第三者による評価の実施状況	あり	ありの場合					
		実施日	令和 2年12月1日				
		評価機関名称	全国有料老人ホーム協会サービス第三者評価				
		結果の開示	あり				
開示の方法	HPで公表						

それぞれについて直近で実施した内容について入力してください。

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内容を入力してください。

9 入居希望者への事前の情報開示

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

○前払金を徴収している施設については、必ず公開、又は交付してください。
○サ高住についてのみ、「指針の適用外のため公開しない」が選択できます。

10 その他

運営懇談会	あり	ありの場合 開催頻度 年 2 回 構成員 入居者、家族、施設長、職員、民生委員 なしの場合の代替措置の内容		運営懇談会を設置せずに代替措置を講じる場合は、所管庁の設置運営指導指針規定に従って入力してください。 (参考・指針抜粋) ただし、入居定員が少ないなどの理由により、運営懇談会の設置が困難なときは、地域との定期的な交流が確保されていることや、入居者の家族との個別の連絡体制が確保されていることなどの代替となる措置があり、かつ、当該措置が運営懇談会の代替になるものとして入居者への説明を行っている場合にあっては、この限りでない。	
高齢者虐待防止のための取組の状況	あり	虐待防止対策検討委員会の定期的な開催			
	あり	指針の整備			
	あり	定期的な研修の実施			
身体的拘束等の適正化のための取組の状況	あり	身体的拘束等適正化検討委員会の開催			
	あり	指針の整備			
	あり	定期的な研修の実施			
	あり	緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為（身体的拘束等）を行うこと ありの場合 身体的拘束等を行う場合の態様及び時、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録 あり			
業務継続計画（BCP）の策定状況等	あり	感染症に関する業務継続計画			
	あり	災害に関する業務継続計画			
	あり	職員に対する周知の実施			
	あり	定期的な研修の実施			
	あり	定期的な訓練の実施			
提携ホームへの移行	なし	ありの場合の提携ホーム名			
個人情報の保護	・入居者の名簿及びサービスの帳簿における個人情報に関する取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律及び同法に基づく「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」並びに、大阪府個人情報保護条例及び市町村の個人情報の保護に関する定めを遵守する。 ・事業者及び職員は、サービス提供をするうえで知りえた入居者及び家族等の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。また、サービス提供契約完了後においても、上記の秘密を保持する。 ・事業者は、職員の退職後も上記の秘密を保持する雇用契約とする。 ・事業者は、サービス担当者会議等において入居者及び家族の個人情報を利用する場合は、あらかじめ文書にて入居者及び家族等の同意を得る。				具体的な内容を入力してください。
緊急時等における対応方法	・事故・災害及び急病・負傷が発生した場合は、入居者の家族等及び関係機関へ迅速に連絡を行い適切に対応する。（緊急連絡体制・事故対応マニュアル等に基づく） ・病気、発熱（37度以上）、事故（骨折・縫合等）が発生した場合、連絡先（入居者が指定した者：家族・後見人）及びどのレベルで連絡するのかを確認する。 ・連絡が取れない場合の連絡先及び対応についても確認する。 ・関係行政庁へ報告が必要な事故報告は速やかに報告する。 ・賠償すべき問題が発生した場合、速やかに対応する。				・具体的な内容を入力してください。 事故報告は、「有料老人ホームでの事故発生時の報告等の取扱い」に基づいて報告してください。 ・緊急事態について想定し、取り決めてください。 例えば、 ・入居者の緊急事態は何を指すのか？（例：37度以上の熱、救急搬送時等） ・誰に連絡したらいいのか？（例：長男、長男がいない場合次男、あるいは両方等）
大阪府福祉のまちづくり条例に定める基準の適合性	適合	不適合の場合の内容		○用途区分が「有料老人ホーム」であり、条例施行（H5年）以降に建築確認申請された施設は、適合審査対象です。	
所管庁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	あり	廊下幅や居室実有効面積について、指針を満たしていない場合は「あり」を選択してください。			
合致しない事項がある場合の内容	一般居室個室面積13㎡未満、一般居室相部屋（夫婦・親族以外）面積1人当たり10.65㎡未満、片廊下幅1.8m未満				
「8. 既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	適合している	・改修費用を別途積立しており、5年後に、指針に適合した改修計画を作成。 ・片廊下について、車椅子がすれ違いができない場合に備えて、通行の優先順位を決めている。			
代替措置等の内容	「あり」を選択した場合、必ず入力してください。 (例) 有料の居室面積13㎡未満 廊下幅1.8m未満 建築用途区分が「児童福祉施設等」				
不適合事項がある場合の入居者への説明	「適合している」を選択した場合、必ず入力してください。				
上記項目以外で合致しない事項	なし	不適合事項で「あり」を選択した場合、必ず入力してください。			
合致しない事項の内容	(例) 「合致しない事項の内容」運営懇談会の開催を行っていない。				
代替措置等の内容	「代替措置等の内容」今年度は、入居者等に入居者・サービス提供の状況、家賃等の金銭、収支状況等を文書にて通知を予定している。来年度は、実施できる体制を整えて、開催を予定している。				
不適合事項がある場合の入居者への説明	「不適合事項がある場合の入居者への説明」入居者及びご家族へ契約前、契約時に、不適合事項及び代替措置等について説明している。				

添付書類：別添1（事業主体が大阪府で実施する他の介護サービス）

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）

別添3（介護保険自己負担額（自動計算））

別添4（介護保険自己負担額）

上記の重要事項の内容、並びに医療サービス等、その他のサービス及びその提供事業者を自由に選択できることについて、事業者より説明を受けました。

(入居者)

住 所	
氏 名	様

(入居者代理人)

住 所	
氏 名	様

上記の重要事項の内容について、入居者、入居者代理人に説明しました。

説明年月日	令和	年	月	日
説明者署名				

(別添1)事業主体が大阪府で実施する他の介護サービス

介護保険サービスの種類		事業所の名称	所在地
<居宅サービス>			
訪問介護	なし		
訪問入浴介護	なし		
訪問看護	なし		
訪問リハビリテーション	なし		
居宅療養管理指導	なし		
通所介護	なし		
通所リハビリテーション	なし		
短期入所生活介護	なし		
短期入所療養介護	なし		
特定施設入居者生活介護	なし		
福祉用具貸与	なし		
特定福祉用具販売	なし		
<地域密着型サービス>			
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	なし		
夜間対応型訪問介護	なし		
地域密着型通所介護	なし		
認知症対応型通所介護	なし		
小規模多機能型居宅介護	なし		
認知症対応型共同生活介護	なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護	なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	なし		
看護小規模多機能型居宅介護	なし		
居宅介護支援	なし		
<居宅介護予防サービス>			
介護予防訪問入浴介護	なし		
介護予防訪問看護	なし		
介護予防訪問リハビリテーション	なし		
介護予防居宅療養管理指導	なし		
介護予防通所リハビリテーション	なし		
介護予防短期入所生活介護	なし		
介護予防短期入所療養介護	なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	なし		
介護予防福祉用具貸与	なし		
特定介護予防福祉用具販売	なし		
<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	なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	なし		
介護予防支援	なし		
<介護保険施設>			
介護老人福祉施設	なし		
介護老人保健施設	なし		
介護療養型医療施設	なし		
介護医療院	なし		

大阪府内で実施している他の介護サービスについて入力してください。

大阪府内で実施している他の介護サービスについて入力してください。

(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

		個別の利用料で実施するサービス		備 考
			料金※（税込）	
介護サービス	食事介助	あり	月額費に含む	
	排せつ介助・おむつ交換	あり	月額費に含む	
	おむつ代	あり	200円/枚	
	入浴（一般浴） 介助・清拭	あり	週2回までは月額費に含む	週3回以上の場合：1,500円/回
	特浴介助	あり	週2回までは月額費に含む	週3回以上の場合：1,500円/回
	身辺介助（移動・着替え等）	あり	月額費に含む	
	機能訓練	なし		
	通院介助	あり	週2回までは月額費に含む	週3回以上の場合：1,500円/回
	口腔衛生管理	あり	週2回までは月額費に含む	週3回以上の場合：1,500円/回
生活サービス	居室清掃	あり	週4回までは月額費に含む	週5回以上の場合：1,000/回
	リネン交換	あり	週4回までは月額費に含む	週5回以上の場合：1,000/回
	日常の洗濯	あり	週4回までは月額費に含む	週5回以上の場合：1,000/回
	居室配膳・下膳	なし		
	入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし		
	おやつ	あり	200円/日	
	理美容師による理美容サービス	あり	4,000円/回	外部からの訪問理美容
	買い物代行	あり	800円/回	
	役所手続代行	あり	800円/回	
	金銭・貯金管理	あり		必要に応じて実施（要相談）
健康管理サービス	定期健康診断	あり		希望により年2回
	健康相談	なし		
	生活指導・栄養指導	あり	月額費に含む	
	服薬支援	なし		
	生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし		
入退院のサービス	移送サービス	なし		
	入退院時の同行	あり	1,500円/回	市内の医療機関の場合
	入院中の洗濯物交換・買い物	なし		
	入院中の見舞い訪問	あり	800円/回	市内の医療機関の場合

実際に行っているサービスに応じて、項目の追加・削除等を行ってください。

「あり」を選択したときは、「料金」の項目に、
 ① 個別サービスの利用料が全額月額費に含まれる場合は、「月額費に含む」を入力してください。
 ② 一部月額費に含まれる場合は、「月額費に含まれる範囲」を入力し、「備考」の項目に、「月額費に含まれない範囲」及び「1回あたりの金額」も併せて入力してください。
 ③ 月額費に含まれない場合は、「1回あたりの金額」を入力してください。

※「あり」を選択したときは、各種サービスの費用が、月額サービスの費用に含まれる場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、1回当たりの金額など単位を明確にして入力する。