別紙様式

サービス付き高齢者向け住宅○○

**重要事項説明書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 記入年月日 | ○○年○○月○○日 |
|  | 記入者名 | ●●　●● |
| 所属・職名 | 責任者 |

**１．事業者概要**※「登録事項等についての説明」を添付するため記載欄削除

**２．事業の概要**※「登録事項等についての説明」を添付するため記載欄削除

**３．建物概要**※「登録事項等についての説明」を添付するため記載欄削除

**４．サービスの内容**

**（全体の方針）**

|  |  |
| --- | --- |
| 運営に関する方針 | ※事業目的、事業の運営等の方針について簡潔に記載すること。  なお、記載内容については、誇大な表現等によって入居者等の誤認を招かないよう注意すること。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | ※サービスの提供内容に関してＰＲ等すべき特色等を記載すること。  なお、記載内容については、誇大な表現等によって入居者等の誤認を招かないよう注意すること。 |
| 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 |

**（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記入不要**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | | １　あり　２　なし |
| 生活機能向上連携加算 | | １　あり　２　なし |
| 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 |
| 若年性認知症入居者受入加算 | | １　あり　２　なし |
| 医療機関連携加算 | | １　あり　２　なし |
| 口腔衛生管理体制加算 | | １　あり　２　なし |
| 栄養スクリーニング加算 | | １　あり　２　なし |
| 退院・退所時連携加算 | | １　あり　２　なし |
| 看取り介護加算 | | １　あり　２　なし |
| 認知症専門ケア加算 | (Ⅰ) | １　あり　２　なし |
| (Ⅱ) | １　あり　２　なし |
| サービス提供体制強化加算 | (Ⅰ)イ | １　あり　２　なし |
| (Ⅰ)ロ | １　あり　２　なし |
| (Ⅱ) | １　あり　２　なし |
| (Ⅲ) | １　あり　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 | | |

**（医療連携の内容）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療支援  ※複数選択可 | | １　救急車の手配  ２　入退院の付き添い  ３　通院介助  ４　その他（　　　　　　　　　　　　　） | |
| 協力医療機関 | １ | 名称 | ○○病院 |
| 住所 | ●●市○○○◆◆◆番地 |
| 診療科目 | 内科、外科、整形外科、眼科等 |
| 協力内容 | 内科医の定期訪問による健康相談、年２回の健康診断の実施、緊急時対応（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 |  |
| 協力内容 |  |
| 協力歯科医療機関 | | 名称 | △△歯科医院 |
| 住所 | ●●市□□□▲▲▲番地 |
| 協力内容 | 月２回の訪問歯科診療（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記入不要**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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  ２　介護居室へ移る場合  ３　その他（　　　　　　　） | |
| 判断基準の内容 | |  | |
| 手続きの内容 | |  | |
| 追加的費用の有無 | | １　あり　　２　なし | |
| 居室利用権の取扱い | |  | |
| 前払金償却の調整の有無 | | １　あり　　２　なし | |
| 従前の居室との仕様の変更 | 面積の増減 | １　あり　　２　なし | |
| 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】  入居契約書の契約終了事由を記載すること。 | 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 | 年齢：６０歳以上 | |
| 契約の解除の内容 | 入居者又は事業者から契約解除が行われた場合 | |
| 事業者から解約を求める場合  入居契約の内容との合致が必要 | 解約条項 | 本物件の使用目的遵守義務違反により本契約を継続することが困難であると認められるに至った場合等（入居契約書第○条参照） |
| 解約予告期間 | 相当の期間 |
| 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：　　　　　　　　　　　）  ２　なし | |
| 入居定員 | ２２人 | |
| その他 |  | |

**５．職員体制**

**※住宅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）。**

サービス付き高齢者向け住宅における勤務時間が、常勤の従業者が勤務すべき時間数に達していない場合、非常勤の欄に記入

（P7、P8も同じ）

サービス付き高齢者向け住宅における勤務時間が、常勤の従業者が勤務すべき時間数に達している場合、常勤の欄に記入

（P7、P8も同じ）

**（職種別の職員数）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 職員数（実人数） | | | 常勤換算人数※１ |
| 合計 | | |
|  | 常勤 | 非常勤 |
| 管理者 | | １ |  | １ | ０．２ |
| 生活相談員  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 | | ３ | １ | ２ | ２．０ |
| 直接処遇職員 | |  |  |  |  |
|  | 介護職員 |  |  |  |  |
|  | 看護職員 | １ |  | １ | ０．２ |
| 機能訓練指導員 | |  |  |  |  |
| 計画作成担当者 | |  |  |  |  |
| 栄養士 | |  |  |  |  |
| 調理員 | |  |  |  |  |
| 事務員 | | １ |  | １ | ０．２ |
| 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 | | | | | ４０ |
| ※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。  １人の従業者がサービス付き高齢者向け住宅の業務と介護保険事業所の業務を兼業する場合は、サービス付き高齢者向け住宅の従業者として従事する時間のみを算入する。  介護保険事業所の従業者として従事する時間は除くこと。 | | | | | |

**（資格を有している介護職員の人数）**

P6「（職種別の職員数）」の「介護職員」の欄に記載がある場合に記載すること。

複数の資格を取得している場合は、重複計上すること。

旧介護職員基礎研修、訪問介護員１級、訪問介護員２級保有者は「初任者研修の修了者」として計上すること。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 合計 | | |
|  | 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 |  |  |  |

**（資格を有している機能訓練指導員の人数）**

P6「（職種別の職員数）」の「機能訓練指導員」の欄に記載がある場合に記載すること。

複数の資格を取得している場合は、重複計上すること。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 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 |  |  |  |

**（夜勤を行う看護・介護職員の人数）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 夜勤帯の設定時間（　　　時～　　　時） | | |
|  | 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）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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、本欄は記入不要） | 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  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） | | | ：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、本欄は記入不要） | | 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 | | | | | | | | １　あり ２　なし | | | | | |
| 業務に係る資格等 | | | １　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 | |  |  |  | |  | |  |  | | |  |  |  |  |
| 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 |  |  |  | |  | |  | １ | | |  |  |  |  |
| ３年以上５年未満 |  |  |  | |  | | １ | 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 | | | | | | | | | | |

**６．利用料金**※「登録事項等についての説明」を添付するため記載欄削除

**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 | ８人 |
| 女性 | １０人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 人 |
| 65歳以上75歳未満 | ７人 |
| 75歳以上85歳未満 | ８人 |
| 85歳以上 | ３人 |
| 要介護度別 | 自立 | １人 |
| 要支援１ | ２人 |
| 要支援２ | ２人 |
| 要介護１ | ４人 |
| 要介護２ | ４人 |
| 要介護３ | ３人 |
| 要介護４ | ２人 |
| 要介護５ | 人 |
| 入居期間別 | ６ヶ月未満 | ３人 |
| ６ヶ月以上１年未満 | ５人 |
| １年以上５年未満 | １０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 | ７７．２歳 |
| 入居者数の合計 | １８人 |
| 入居率※ | ８２％ |
| ※ 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 | 人 |
| 社会福祉施設 | １人 |
| 医療機関 | １人 |
| 死亡者 | 人 |
| その他 | 人 |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出 | 人 |
| （解約事由の例） |
| 入居者側の申し出 | 人 |
| （解約事由の例） |

**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 | | サービス付き高齢者向け住宅○○苦情受付窓口 | ○○振興局健康福祉部 |
| 電話番号 | | ◇◇◇◇－◇◇－◇◇◇◇ | ○○○○－○○－○○○○ |
| 対応している時間 | 平日 | ９：００～１７：００ | ９：００～１７：４５ |
| 土曜 | ９：００～１７：００ | － |
| 日曜・祝日 | ９：００～１７：００ | － |
| 定休日 | | なし | 土曜、日曜、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）○○保険会社の●●●●●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・身体・財産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） |
| 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 | ○○年○月○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 | ◇◇年◇月◇日 |
| 評価機関名称 | 特定非営利活動法人○○○○ |
| 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  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  ２　入居希望者に交付  ３　公開していない |
| 事業収支計画書 | 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  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  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１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：　　　　　　）  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  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　　２　なし | | | |
| サービス付き高齢者向け住宅運営指導指針の不適合事項 | | １　あり　　２　なし | | | |
|  | 不適合事項がある場合の内容 |  | | | |

添付書類：別添１（事業者が当該都道府県で実施する介護サービス事業一覧表）

　　　　　別添２（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）

※　　　　　　　　　　　　　　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。