

サービス付き高齢者向け住宅シニアホームわがや
重要事項説明書

記入年月日	令和7年7月1日
記入者名	大高 実
所属・職名	施設長

1. 事業主体概要 ※「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	事業の実施にあたっては、入居者の意志及び人格を尊重して常に入居者の立場に立ち、地域の高齢者向けの住まいや生活を支える社会資源として努めるものとします。		
サービスの提供内容に関する特色	入居者に対し、家庭的な環境の中で、職員による生活上の指導、援助により精神的に安定し健康で明るい生活を送れるよう支援いたします。		
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	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	
	医療機関連携加算	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		<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 ()
協力医療機関	1	名称
		住所
		診療科目
		協力内容
	2	名称
		住所
		診療科目
		協力内容
協力歯科医療機関	名称	
	住所	
	協力内容	

(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	<input type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり (変更内容) <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項	年齢60才以上の方で、自分で身の回りの事が出来る方。	
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。	

事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書 第11条
	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		24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				
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員				
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				
※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			
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)

	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 (20時～ 7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 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		① あり 2 なし							
	業務に係る資格等		① あり							
	資格等の名称		ホームヘルパー2級							
	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							
前年度1年間の退職者数			1							
務業	1年未満			2						
	1年以上			1						

	3年未満									
	3年以上									
	5年未満									
	5年以上				1					
	10年未満									
	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	3人
	女性	15人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	1人
	75歳以上 85歳未満	4人
	85歳以上	13人
要介護度別	自立	人
	要支援1	4人
	要支援2	2人
	要介護1	8人
	要介護2	4人
	要介護3	0人
	要介護4	0人
入居期間別	要介護5	人
	6ヶ月未満	1人
	6ヶ月以上 1年未満	3人
	1年以上 5年未満	13人
	5年以上 10年未満	1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	88歳
入居者数の合計	18人
入居率※	75%
※ 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

生前解約の状況	医療機関	1人
	死亡者	人
	その他	人
	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		シニアホームわがや
電話番号		0185-74-5303
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		サービス付き高齢者向け住宅協会
電話番号		03-5645-3573
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土曜日・日曜日・祝日
窓口の名称		能代市長寿いきがい課
電話番号		0185-89-2156
対応している時間	平日	9:30~17:00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土曜日・日曜日・祝日

(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	(その内容) あいおいニッセイ損保
	2 なし	
対象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) あいおいニッセイ損保
	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	1 あり	実施日	
--------------	------	-----	--

見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況		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		
		評価機関名称		
	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 回 (主な内容)
	(2) なし	(会議録の閲覧) 1 あり 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	

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 ② なし
合致しない事項がある場合の内容	
「6. 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
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（別を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 平成 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		事業所の名称		所在地
<居宅サービス>				
訪問介護	あり	なし	ヘルパーステーションまつばら	能代市落合字古悪土1-217
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし		
訪問リハビリテーション	あり	なし		
居宅療養管理指導	あり	なし		
通所介護	あり	なし	デイサービスセンターしらかみ	能代市字悪戸115-9
通所リハビリテーション	あり	なし		
短期入所生活介護	あり	なし	ショートステイしらかみ	能代市落合字古悪土1-217
短期入所療養介護	あり	なし		
特定施設入居者生活介護	あり	なし		
福祉用具貸与	あり	なし		
特定福祉用具販売	あり	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	あり	なし		
夜間対応型訪問介護	あり	なし		
認知症対応型通所介護	あり	なし		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
居宅介護支援	あり	なし	ケアプランしらかみ	能代市落合字古悪土1-217
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	なし	ヘルパーステーションまつばら	能代市落合字古悪土1-217
介護予防訪問入浴介護	あり	なし		
介護予防訪問看護	あり	なし		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし		
介護予防通所介護	あり	なし	デイサービスセンターしらかみ	能代市字悪戸115-9
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	ショートステイしらかみ	能代市落合字古悪土1-217
介護予防短期入所療養介護	あり	なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし		
特定介護予防福祉用具販売	あり	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	あり	なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
介護予防支援	あり	なし	ケアプランしらかみ	能代市落合字古悪土1-217
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	あり	なし		
介護老人保健施設	あり	なし		
介護療養型医療施設	あり	なし		

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（含む）の指定の有無）	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	料金※3	なし	あり
	特定施設入居者生活介護 で、実施するサービス (利用者一部負担※1)	なし					
介護サービス							
食事介助	あり	なし	あり				
排泄介助・おむつ交換	あり	なし	あり				
おむつ代		なし					
入浴（一般浴）介助・清拭	あり	なし	あり				
特浴介助	あり	なし	あり				
身辺介助（移動・着替え等）	あり	なし	あり				
機能訓練	あり	なし	あり				
通院介助	あり	なし	あり				※付添いができる範囲を明確化すること
生活サービス							
居室清掃	あり	なし	あり				
リン交換	あり	なし	あり				
日常の洗濯	あり	なし	あり				
居室配膳・下膳	あり	なし	あり				
入居者の嗜好に応じた特別な食事							
おやつ							
理美容師による理美容サービス	あり	なし	あり				※利用ができる範囲を明確化すること
買い物代行	あり	なし	あり				
役所手続き代行	あり	なし	あり				
金銭・貯金管理	あり	なし	あり				
健康管理サービス							
定期健康診断		なし					※回数（年〇回など）を明記すること
健康相談	あり	なし	あり				
生活指導・栄養指導	あり	なし	あり				
服薬支援	あり	なし	あり				
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	あり	なし	あり				
入退院時・入院中のサービス							
移送サービス	あり	なし	あり				
入退院時の同行	あり	なし	あり				
入院中の洗濯物交換・買い物	あり	なし	あり				※付添いができる範囲を明確化すること
入院中の見舞い訪問	あり	なし	あり				

※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、月額サービスの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於いて、いずれかの欄に〇を記入する。
 ※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。