

別記様式 1（第 5 章 1 関係）

有料老人ホーム重要事項説明書

		記入年月日	令和 5 年 10 月 1 日
記入者名	堀北 英里香	所属・職名	やさしえ西明石 支配人

1 サービスの内容

（基本的事項）

運営に関する方針	やさしい手シニアリビングやさしえ西明石に安心して 住み続けられるよう、在宅サービス及び、在宅医療サー ビスを複合的に利用いただくためのご支援を行いま す。
サービスの提供内容に関する特色	個別のアセスメントに基づいた在宅生活支援計画を立 案致します。

（入居に関する事項）

入居対象となる者	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				
体験入居の内容	1	あり（内容：			
	2	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					

（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（必要に応じた訪問診療医の紹介等）	
協力医療機関	1	名称	医療法人社団 阿部医院
		住所	兵庫県明石市朝霧 3 丁目 1 5－1 2
		診療科目	内科、胃腸科、神経内科、整形外科、医師の指示に基づく看護、または訪問看護
		協力内容	在宅医療サービスの提供、緊急時対応
	2	名称	
		名称	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	
		住所	
		協力内容	

（居住部分の変更に関する事項）※住み替えを行っていない場合は省略可能

入居後に居住部分の変更をお願いする場合 ※複数選択可		1 病院への入院後に、同意を得て変更 2 心身の状況の変化が生じた後に、同意を得て変更 3 1 及び 2 以外の理由による変更 （理由： ）	
変更をお願いする判断基準の内容			
変更をお願いする手続の内容			
居住部分を利用する権利の取扱い			
追加的費用の有無		1	あり 2 なし
前払金償却の調整の有無		1	あり 2 なし
従前の居住部分から面積又は仕様が変更になる場合	面積の増減	1	あり 2 なし
	便所の変更	1	あり 2 なし
	洗面の変更	1	あり 2 なし
	浴室の変更	1	あり 2 なし
	台所の変更	1	あり 2 なし
	収納の変更	1	あり 2 なし
	その他の変更	1	あり (変更内容)
		2	なし

（契約の解除の内容）

貸主から解約を求める場合	解約条項	終身建物賃貸借契約書第 13 条に基づき、事業主体が都道府県知事の承認を得て、乙に対して少なくとも 6 月前に解約の申し入れを行うことにより、本契約を解除することができる。
	解約予告期間	6 か月

入居者からの解約予告期間	1 ヶ月若しくは6 ヶ月
--------------	--------------

2 職員体制（同一法人が運営する他の事業所の職員については記載不要）

（職種別の職員数）

	職員数（実人数）8			常勤換算人数 ※1※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者			1	
生活相談員			5	1.4
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			4
実務者研修の修了者			2
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			1
理学療法士			
作業療法士			
言語療法士			
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)

夜間帯の設定時間（18時～9時）		
	平均人数	最少時人数（休憩者等を除く）
看護職員	人	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等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※	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	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					
		2 なし					
区分		看護職員		介護職員		生活相談員	
		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							1
業務に従事した経験年数							
1年未満の者の人数							
1年以上3年未満の者の人数							
3年以上5年未満の者の人数							
5年以上10年未満の者の人数							1
10年以上の者の人数							2
区分		機能訓練指導員			計画作成担当者		
		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				
1年未満の者の人数				
1年以上3年未満の者の人数				
3年以上5年未満の者の人数				
5年以上10年未満の者の人数				
10年以上の者の人数				
職員の健康診断の実施状況	1	あり	2	なし

3 入居者の状況（記入日現在）

（入居者の人数）

性別	男性	5 人
	女性	23 人
年齢別	60 歳未満	0 人
	60 歳以上 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	23 人
要介護度別	自立	0 人
	要支援 1	1 人
	要支援 2	1 人
	要介護 1	2 人
	要介護 2	2 人
	要介護 3	10 人
	要介護 4	10 人
	要介護 5	2 人
入居期間別	6 ヶ月未満	7 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	6 人
	1 年以上 5 年未満	15 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	87.6 歳
入居者数の合計	28 人
入居率※	100%
※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	2人
	社会福祉施設	4人
	医療機関	人
	死亡者	3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	9人
		(解約事由の例) 特別養護老人ホーム入居

4 その他

(入居者からの苦情に対する窓口等の状況) ※複数ある場合は欄を増やして記入。

窓口の名称		やさしい手 シニアリビングやさしえ西明石
電話番号		078-922-9008
対応している 時間	平日	9:00-18:00
	土曜日	9:00-18:00
	日曜・祝日	9:00-18:00
定休日		ない

窓口の名称		株式会社 やさしい手 苦情窓口
電話番号		03-5433-5513
対応している 時間	平日	9:00-18:00
	土曜日	
	日曜・祝日	
定休日		土日祝日・年末年始

窓口の名称		一般財団法人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	
	日曜・祝日	
定休日		土日祝日

(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) 賠償責任保険 テナント総合保険
	2 なし	

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) 事故対応及びその予防のための指針あり	
	☐ 2	なし		
事故に関する緊急時対応マニュアルの有無	☒ 1	あり	☐ 2	なし

(入居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)

アンケート調査、意見箱等入居者の意見等を把握する取組の状況	1	あり	実施日	
			結果の開示	1 あり 2 なし
	2	なし		
運営懇談会の開催頻度				
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		

(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	入居希望者に配布
	☐ 3	公開していない
管理規程	☒ 1	入居希望者に公開
	☐ 2	入居希望者に配布
	☐ 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	入居希望者に配布
	☒ 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	入居希望者に配布
	☒ 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	入居希望者に配布
	☒ 3	公開していない

添付書類

別添 1：事業主体が兵庫県内で実施する他の介護サービス一覧表

別添 2：入居者の個別選択によるサービス一覧表

説明年月日
平成 年 月 日

ご入居者に対して、有料老人ホーム重要事項説明書に基づいて、重要な事項を説明しました。
本書への同意を証するため本書2通を作成し、やさしい手、ご入居者及び代理人が各記名押
印の上、各1通を保管します。

やさしい手 事業者名 株式会社やさしい手 代表取締役 香取 幹
所在地 東京都目黒区大橋2丁目24番3号中村ビル4階
事業所名 やさしい手シニアリビングやさしえ西明石 印
説明者氏名 印

私は、上記事業者から、有料老人ホーム重要事項説明書に基づいて、重要な事項の説明を受
け、十分理解し、同意の上交付を受けました。

ご入居者 住 所
氏 名 印

【(□代理人 □ご家族 □その他) 欄】 ※ご入居者に代わって、本書に同意頂く場合は該
当する項目にレを付けてご入居者との関係・続柄ご記入の上、以下に署名押印願います。

ご入居者との関係・続柄
住 所
氏 名 印

別添 1

事業主体が兵庫県内で実施する他の介護サービス一覧表

介護サービスの種類			事業所名称	所在地
<居宅サービス>				
訪問介護	あり	なし		
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		
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		
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		
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	なし		
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		
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		
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		
<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

入居者の個別選択によるサービス一覧表

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
区分	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	料金※3	備考
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	なし	あり					
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり					
特浴介助	なし	あり	なし	あり					
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					※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	なし	あり	なし	あり		○	500 円		エアコンフィルター清掃
リネン交換	なし	あり	なし	あり					
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	500 円		1 網ごと
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり					
入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし	あり	なし	あり					禁食の対応あり
おやつ	なし	あり	なし	あり					
理美容師による理美容サービス	なし	あり	なし	あり					
買い物代行	なし	あり	なし	あり					※利用できる範囲を明確化すること
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり					
金銭・貯金管理	なし	あり	なし	あり		○	500 円		立替えサービス
健康管理サービス									
定期健康診断	なし	あり	なし	あり					※回数（年○回など）を明記すること
健康相談	なし	あり	なし	あり					
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり					
服薬支援	なし	あり	なし	あり					ケアプランにより保険給付
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり		○			心身の状況に応じて必要な場合
入退院時・入院中のサービス									
移送サービス	なし	あり	なし	あり		○	2000 円		救急車同乗サービス
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり					※付添いができる範囲を明確化すること
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり					
入院中の見舞い訪問	なし	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割または2割の利用者負担）。

※2：「あり」を記入したときには、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。