

## 重要事項説明書

記入年月日	令和5年 月 日
記入者名	小松真依子
所属・職名	管理者

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成23年10月7日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙4の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の1から3まで及び6の内容については、別紙4の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

## 1. 事業主体概要

種類	個人 <input checked="" type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/>	
	※法人の場合、その種類	合同会社
名称	(ふりがな) (ご) らびす 合同会社 瑠璃	
主たる事務所の所在地	〒014-0102 秋田県大仙市四ツ屋字上前村 71-1	
連絡先	電話番号	0187-88-8667
	FAX番号	0187-73-6088
	ホームページアドレス	http://www.yutopia.or.jp/~aoitsuki
代表者	氏名	小松真理子
	職名	代表社員
設立年月日	昭和・平成 27年 12月22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）	

## 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) あおいつき 住宅型有料老人ホーム 瑠璃月
----	--------------------------------

所在地	〒014-0102 秋田県大仙市四ツ屋上前村 71-1	
主な利用交通手段	最寄駅	四ツ屋駅
	交通手段と所要時間	①羽後四ツ屋駅下車後徒歩10分 ②自動車利用の場合 ・乗車5分
連絡先	電話番号	0187-88-8667
	FAX番号	0187-73-6088
	ホームページアドレス	http://www.yutopia.or.jp/~aoitsuki
管理者	氏名	小松真依子
	職名	役員
建物の竣工日		昭和 平成 29年 4月 7日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 29年 4月 17日

(類型)【表示事項】

1 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合）		
2 介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合）		
③ 住宅型		
4 健康型		
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	県（市）
	事業所の指定日	平成 年 月 日
	指定の更新日（直近）	平成 年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1106.91㎡	
	所有関係	① 事業者が自ら所有する土地	
		2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	1 あり 2 なし
		契約期間	1 あり (年 月 日～年 月 日) 2 なし
契約の自動更新	1 あり ② なし		
建物	延床面積	全体	320.59㎡
		うち、老人ホーム部分	317.29㎡
	耐火構造	1 耐火建築物	

		2 準耐火建築物 ③ その他 ( 6号タイプ 2本 )				
	構造	1 鉄筋コンクリート造 2 鉄骨造 ③ 木造 4 その他 ( )				
	所有関係	① 事業者が自ら所有する建物				
		2 事業者が賃借する建物				
抵当権の設定		1 あり	2 なし			
契約期間	1 あり ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) 2 なし					
契約の自動更新	1 あり	2 なし				
居室の状況	居室区分 【表示事項】	① 全室個室				
		2 相部屋あり				
		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	有/無	有/無	13.22 m <sup>2</sup>	15	
	タイプ2	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ3	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ4	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ5	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ6	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
タイプ7	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
タイプ8	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
タイプ9	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
タイプ10	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。						
共用施設	共用便所における 便房	1ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	0ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	0ヶ所		
	共用浴室	1ヶ所	個室	1ヶ所		
			大浴場	0ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	0ヶ所	チェアー浴	0ヶ所		
			リフト浴	0ヶ所		
ストレッチャー浴			0ヶ所			

		その他 ( )	ヶ所
	食堂	① あり 2 なし	
	入居者や家族が利用できる調理設備	1 あり ② なし	
	エレベーター	1 あり (車椅子対応) 2 あり (ストレッチャー対応) 3 あり (上記1・2に該当しない) ④ なし	
消防用設備等	消火器	① あり 2 なし	
	自動火災報知設備	① あり 2 なし	
	火災通報設備	① あり 2 なし	
	スプリンクラー	① あり 2 なし	
	防火管理者	① あり 2 なし	
	防災計画	① あり 2 なし	
その他			

#### 4. サービスの内容

##### (全体の方針)

運営に関する方針	自立した方が対象で、必要な部分だけのサービス提供。他者と生活を共に送り、心強い安心した環境の提供。
サービスの提供内容に関する特色	全室、自立者が対象。身体状況により相談に応じます。ペットも自己室管理で可能。
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

##### (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	大曲厚生医療センター
		住所	大仙市大曲通町 8-65
		診療科目	内科、等
		協力内容	急変時
	2	名称	羽後長野駅前内科
		住所	大仙市長野字柳田 59
		診療科目	内科・感染症内科
		協力内容	外来診療
協力歯科医療機関		名称	岩田歯科
		住所	大仙市四ツ屋下古道 42-1
		協力内容	歯科診療
協力動物病院		名称	日の出どうぶつ病院
		住所	大仙市大曲日の出町 2 丁目 4-11-1

(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	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	1. 介護認定を受けていない方でも可 2. 身体状況により個別に相談に応じます。		
契約の解除の内容	契約書参照		
事業主体から解約を求める場合	解約条項		
	解約予告期間	1ヶ月	
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	15人		
その他	身元引受人が設定できない場合は要相談		

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	1	1(兼務)		0.5
生活相談員		1(兼務)		0.5
直接処遇職員	1	1		1
介護職員		1		1
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員			1	0.5
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				40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		
		常勤	非常勤
社会福祉士			
介護福祉士	2	2	
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	1	1	

(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)

宿直の設定時間 ( 19時30分～ 6時30分)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0人	0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		介護福祉士 介護支援専門員							
	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										
した業務に 経験に従事年	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										① あり 2 なし	

## 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】		① 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】		1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式	
		③ 月払い方式	
		4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定		1 あり ② なし	
要介護状態に応じた金額設定		1 あり ② 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		1 減額なし ② 日割り計算で減額 3 不在期間が 日以上の場合に限り、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回改定する場合あり	
	手続き	運営懇談会での意見を聴く	

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1	
入居者の状況	要介護度	自立	
	年齢	65歳以上	
居室の状況	床面積	13㎡	
	便所	① 有	2 無
	浴室	1 有	② 無
	台所	1 有	② 無
入居時点で必要な費用	前払金	0円	
	敷金	0円	
月額費用の合計		134,000～135,300円	
	家賃	45,000円	
サ	特定施設入居者生活介護※1の費用	円	



	護 介	食費	39,000 (30日) 円
		管理費	35,000 円
		介護費用	円
		光熱水費 (冬季のみ暖房費)	4,000 円
		その他	15,000 円

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
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した。
敷金	—
介護費用	
管理費	月2回の買い物、週1回のリネン交換、居室清掃、洗濯を含む
食費	朝 400円 昼 500円 夕 400円 (おやつ代含む)
光熱水費	管理費に含む但し冬期間暖房費 (11月から翌年3月まで) 月4,000円追加となる。 短期利用の方 15日未満 2,000円 15日以上 4,000円追加となる。
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2 入浴 400円 (週3回以上の場合1回)
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	基本報酬、及び前掲の加算の利用者負担分
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	円

領する額（初期償却額）		
初期償却率		%
返還金の	入居後3月以内の契約終了	
算定方法	入居後3月を超えた契約終了	
前払金の 保全先	1 連帯保証を行う銀行等の名称	
	2 信託契約を行う信託会社等の名称	
	3 保証保険を行う保険会社の名称	
	4 全国有料老人ホーム協会	
	5 その他（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	男性	人
	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
	要介護5	人
入居期間別	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		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)

退去先別の人数	自宅等		人
	社会福祉施設		人
	医療機関		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		合同会社 瑠璃
電話番号		0187-88-8667
対応している時間	平日	8:30~17:30
	土曜	8:30~17:30
	日曜・祝日	8:30~17:30
定休日		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)

損害賠償責任保険の加入状況	1 あり	(その内容)
	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	
		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 2 回 (主な内容) (会議録の閲覧) ① あり 2 なし
	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）

本人（代筆者 氏名）

〒

住所

氏名 様 印

身元引受人

〒

住所

様 印

説明年月日 令和 5年 月 日

説明者署名 小松 真依子 印

※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。

この細則は、令和元年11月から施行します。

この細則は、令和4年4月から施行します。

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
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>				
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		
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>				
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		
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>				
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		
<b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b>				
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		
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>				
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・介護予防を含む）の指定の有無	特別の利用料で、実施するサービス		備考	
	包含※2	都度※2		
	料金※3			
介護サービス	なし	あり	なし	あり
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
生活サービス	なし	あり	なし	あり
居室清掃	なし	あり	なし	あり
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
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
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
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
健康管理サービス	なし	あり	なし	あり
定期健康診断	なし	あり	なし	あり
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
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり
入退院時・入院中のサービス	なし	あり	なし	あり
移送サービス	なし	あり	なし	あり
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり

週3回以上の入浴希望時1回400円自己負担

サービスでの施設対応

入り用な物を聞き対応

金銭管理が難しい方のみ

※回数（年〇回など）を明記すること

病棟までの同行 手続きはご家族様



入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり	なし	あり	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	なし	あり	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、月額の利用料に包含される場合と、サービス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。