

重要事項説明書

記入年月日	令和5年9月16日
記入者名	佐藤 龍馬
所属・職名	代表取締役

※ 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/法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) あきたいりょうふくしかぶしがいしゃ 秋田医療福祉株式会社	
主たる事務所の所在地	〒015-0051 秋田県由利本荘市川口字飛鳥下 245 番地 2	
連絡先	電話番号	0184-23-7200
	FAX番号	0184-23-7220
	ホームページアドレス	http://akita-mw-inc.jp/
代表者	氏名	佐藤 龍馬
	職名	代表取締役
設立年月日	平成23年1月11日	
主な実施事業	※別添1 (別に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)
サービス付き高齢者向け住宅千寿苑	さーびすつきこうれいしゃむけじゅうたくせんじゅえん

所在地	〒015-0051 秋田県由利本荘市川口字八幡前 226 番地 1	
主な利用交通手段	最寄駅	羽後本荘駅
	交通手段と所要時間	① バス利用の場合 ・羽後本荘駅前バスで乗車 5 分、由利高校前停留所で下車、徒歩 2 分 ② 自動車利用の場合 ・乗車 4 分
連絡先	電話番号	0 1 8 4 - 7 4 - 5 0 3 6
	FAX番号	0 1 8 4 - 2 3 - 5 6 4 0
	ホームページアドレス	http://akita-mw-inc.jp/
管理者	氏名	佐々木 富夫
	職名	管理者
建物の竣工日		令和元年 8 月 2 9 日 (大規模改修)
有料老人ホーム事業の開始日		令和元年 1 0 月 0 1 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	1966.56 m ²	
	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 (R3年12月15日~R5年12月14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	1097.39 m ²

		うち、老人ホーム部分	㎡			
	耐火構造	1 耐火建築物				
		2 準耐火建築物				
		3 その他 ()				
	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 (R3年12月15日～R5年12月14日)			
	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		1 人部屋		
	最大		2 人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分*
	タイプ1	有	無	18.0 ㎡	2	一般居室個室
	タイプ2	有	無	18.78 ㎡	2	一般居室個室
	タイプ3	有	無	20.02 ㎡	1	一般居室個室
	タイプ4	有	無	20.32 ㎡	1	一般居室個室
	タイプ5	有	無	20.52 ㎡	1	一般居室個室
	タイプ6	有	無	21.82 ㎡	1	一般居室個室
	タイプ7	有	無	23.17 ㎡	1	一般居室個室
	タイプ8	有	無	24.14 ㎡	1	一般居室個室
タイプ9	有	無	24.22 ㎡	1	一般居室個室	
タイプ10	有	無	29.97 ㎡	1	一般居室個室	
タイプ11	有	無	35.85 ㎡	1	一般居室相部屋	
※「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	2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		2ヶ所	
	共用浴室	2ヶ所	個室		2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	ヶ所
			リフト浴	ヶ所
			ストレッチャー浴	ヶ所
			その他（ ）	ヶ所
	食堂	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし	
入居者や家族が利 用できる調理設備	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし		
エレベーター	1 あり（車椅子対応） 2 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし	
	自動火災報知設備	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし	
	火災通報設備	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし	
	スプリンクラー	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし	
	防火管理者	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし	
	防災計画	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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	高齢者の住居の安定の確保に関する基本方針に照らして、快適で心身共に健康で充実した生活に資する。
サービスの提供内容に関する特色	介護有資格者の職員を常勤配置するとともに、経験豊かな職員がサービス提供にあたる。
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施 2 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 3 なし
食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 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	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし

	要介護の者	1 あり 2 なし
留意事項	入居契約書第 10 条及び別表第 1	
契約の解除の内容	入居契約書第 11 条	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第 10 条及び別表第 1 の違反
	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：一泊二日程度) 2 なし	
入居定員	14 人	
その他		

5. 職員体制

(職種別の職員数)

	職員数 (実人数)			常勤換算人数 ※1※2
	合計 4	常勤	非常勤	
管理者		1		1
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		1		1
その他職員		1	1	1
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	1	
介護支援専門員		

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】	<input type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式	
	<input type="checkbox"/> 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 減額なし <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 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、人件費、運営費等の変動による
	手続き	事前に文章により通知

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1	プラン2
入居者の状 況	要介護度	要支援1	要介護1
	年齢	73歳	81歳
居室の状況	床面積	20.02㎡	24.14㎡
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
	浴室	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無
	台所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無
入居時点で	前払金	0円	0円

必要な費用	敷金	0円	0円	
月額費用の合計		103,600円	123,600円	
家賃		30,000円	50,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※ ¹ の費用	円	円	
	介護保険外※ ²	食費	51,600円	51,600円
		管理費	円	円
		介護費用	円	円
		光熱水費	12,000円	12,000円
	その他	10,000円	10,000円	
※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。				
※2 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）				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	近隣の同等施設の家賃相場を参考
敷金	家賃の0ヶ月分
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費（共益費）	10,000円 ※夫婦部屋は20,000円
食費	51,600円 ※朝食：532円 昼食：648円 夕食：540円
光熱水費	夏季（5月～10月）12,000円 冬季（11月～4月）15,000円
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2
その他のサービス利用料	

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	6人
	女性	3人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	2人
	75歳以上 85歳未満	3人
	85歳以上	4人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	0人
	要支援2	1人

	要介護 1	4 人
	要介護 2	4 人
	要介護 3	0 人
	要介護 4	0 人
	要介護 5	0 人
入居期間別	6 ヶ月未満	2 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	2 人
	1 年以上 5 年未満	5 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	84 歳
入居者数の合計	9 人
入居率*	69%
※ 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	1 人
	医療機関	1 人
	死亡者	0 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	0 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	秋田医療福祉株式会社 (総務)
電話番号	0184-23-7200

対応している時間	平日	8:30~17:30
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		

(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) 施設賠償責任保険
	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) 福祉事業者賠償責任保険
	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1回 (主な内容) 事業内容や運営に対する意見交換 (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：短期入所生活介護施設千寿苑) 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）

令和 年 月 日

サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

（事業所説明者）

所在地 秋田県由利本荘市川口字八幡前226番地1

事業所名 サービス付き高齢者向け住宅千寿苑

説明者職氏名 _____ (印)

私は、本書面に基づいて事業所説明者から重要事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意しました。

令和 年 月 日

（利用者）住 所 _____

氏 名 _____ (印)

（家族又は代理人）

利用者との関係（ ）

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

個人情報の使用に係る同意書

次に定める条件のとおり、私（ ）及び家族代表者は、秋田医療福祉株式会社サービス付き高齢者向け住宅千寿苑が、私及び家族の個人情報を次に記載している利用目的の必要最低限の範囲内で使用、提供又は収集することに同意する。

1. 利用期間

(1) サービス付き高齢者向け住宅のサービス提供に必要な期間及び契約期間に準ずる。

2. 利用目的

(1) サービス付き高齢者向け住宅での居住のため。

(2) 医療機関、福祉業者、介護支援専門員、介護サービス事業者、自治体（保険者）及びその他の社会福祉団体等との連絡調整のため。

(3) その他サービス提供で必要な場合。

(4) 上記各号にかかわらず、緊急を要するときの連絡等の場合。

3. 使用条件

(1) 個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に係る目的以外には決して利用しない。また、利用者とのサービス利用に係る契約の締結前からサービス終了後も第三者に漏らさない。

(2) 個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて経過を記録し、請求があれば開示する。

4. その他

この同意書は、秋田医療福祉株式会社で運営されている事業所共通のものとする。

令和 年 月 日

利用者住所 _____

氏名 _____ ㊞

家族代表者住所 _____

氏名 _____ ㊞

(利用者との関係) _____

秋田医療福祉株式会社

代表取締役 佐藤 龍馬 様

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
<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	通所介護事業所千寿苑	由利本荘市川口字八幡前54-2
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	短期入所生活介護施設千寿苑	由利本荘市川口字八幡前223-1
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	千寿苑居宅介護支援事業所	由利本荘市川口字八幡前226-1
<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 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		個別の利用料で、実施するサービス			（なし）	
特定施設入居者生活介護（利用者一部負担※1） 費用で、実施するサービス		包含※2	都度※2	料金※3	備考	あり
介護サービス						
食事介助	あり	なし	あり	なし	あり	
排泄介助・おむつ交換	あり	なし	あり	なし	あり	
おむつ代						
入浴（一般浴）介助・清拭	あり	なし	あり	なし	あり	
特浴介助	あり	なし	あり	なし	あり	
身辺介助（移動・着替え等）	あり	なし	あり	なし	あり	
機能訓練	あり	なし	あり	なし	あり	
通院介助	あり	なし	あり	なし	あり	※付添いの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	なし	あり	
リネン交換	あり	なし	あり	なし	あり	
日常の洗濯	あり	なし	あり	なし	あり	
居室配膳・下膳	あり	なし	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						
買い物代行	あり	なし	あり	なし	あり	※利用のできる範囲を明確化すること
役所手続き代行	あり	なし	あり	なし	あり	
金銭・貯金管理						
健康管理サービス						
定期健康診断						※回数（年〇回など）を明記すること
健康相談	あり	なし	あり	なし	あり	
生活指導・栄養指導	あり	なし	あり	なし	あり	
服薬支援	あり	なし	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	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	なし	あり	
入退院時の同行	あり	なし	あり	なし	あり	
入院中の洗濯物交換・買い物	あり	なし	あり	なし	あり	※付添いの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	なし	あり	

- ※ 1 : 利用者の所得等に依り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が、月額サービスの月額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依りて、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。