

重要事項説明書

記入年月日	令和 7年 7月 1日
記入者	大山 貴裕
所属・職名	施設長

※ 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」の一部改正について（令和4年8月18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3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3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. 設置者概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類 営利法人	
名称	(ふりがな) かぶしきがいしややまたくりえいとあきた 株式会社ヤマタクリエイト秋田	
主たる事務所の所在地	〒010-0041 秋田市広面字小沼吉川端97-2	
連絡先	電話番号	018-874-7031
	FAX番号	018-853-1272
	ホームページアドレス	http://yamata-create.com
代表者	氏名	大山 貴裕
	職名	代表取締役
設立年月日	平成26年9月22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) なーしんぐほーむじょうとう ナーシングホーム城東
----	------------------------------------

所在地	〒010-0005 秋田市東通明田13-18	
主な利用交通手段	最寄駅	秋田駅
	交通手段と所要時間	① 自動車利用の場合 秋田駅から10分
連絡先	電話番号	018-853-1270
	FAX番号	018-853-1272
	ホームページアドレス	http://yamata-create.com
管理者	氏名	大山 貴裕
	職名	施設長
建物の竣工日	令和6年6月1日	
有料老人ホーム事業の開始日	令和6年6月10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	年 月 日
	指定の更新日（直近）	年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1,272.06m 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 (年 月 日～ 年 月 日) 2 なし
	建物	契約の自動更新	1 あり 2 なし
建物	延床面積	全体	993.76m ²
		うち、老人ホーム部分	993m ²
	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 (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 【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)	13.0 m ²	36	一般居室個室	
	タイプ2	有/無	有/無	m ²			
	タイプ3	有/無	有/無	m ²			
	タイプ4	有/無	有/無	m ²			
	タイプ5	有/無	有/無	m ²			
タイプ6	有/無	有/無	m ²				
タイプ7	有/無	有/無	m ²				
タイプ8	有/無	有/無	m ²				
タイプ9	有/無	有/無	m ²				
タイプ10	有/無	有/無	m ²				
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「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	4ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	ヶ所			
			うち車椅子等の対応が可能な便房	4ヶ所			
	共用浴室	1ヶ所	個室	1ヶ所			
			大浴場	ヶ所			
	共用浴室における介護浴槽	1ヶ所	チェア一浴	ヶ所			
			リフト浴	ヶ所			
			ストレッチャー浴	1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施設	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		
緊急通報装置等	居室 1 あり 2 一部あり 3 なし	便所 1 あり 2 一部あり 3 なし	浴室 1 あり 2 一部あり 3 なし	その他（医務室他） 1 あり 2 一部あり 3 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	ご入居者様が「安心・信頼・満足」していただけるよう、必要に応じた質の高い運営を目指します。
サービスの提供内容に関する特色	日々変動する身体状況に迅速に的確に対応し、ご入居者様にふさわしいサービス提供に努めます。
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

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可	1 救急車の手配 ※但し救急搬送の際は、ご家族が同乗し、対応していただることとなります。 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 医療法人社団隆仁会 秋田往診クリニック 住所 秋田市広面字川崎125-1

		診療科目	内科・外科
		協力内容	入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 1あり 2なし
			診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保 1あり 2なし
2	名称	秋田赤十字病院	
	住所	秋田市上北手猿田苗代沢222-1	
	診療科目	内科・外科	
	協力内容	入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 1あり 2なし	
		診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保 1あり 2なし	
	名称	社会医療法人明和会 中通総合病院	
3	住所	秋田市南通みその町3-15	
	診療科目	内科・外科	
	協力内容	入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 1あり 2なし	
		診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保 1あり 2なし	
	名称	地方独立行政法人 市立秋田総合病院	
	住所	秋田市川元松丘町4番30号	
4	診療科目	内科・外科	
	協力内容	入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 1あり 2なし	
		診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保 1あり 2なし	
	名称	地方独立行政法人 市立秋田総合病院	
	住所	秋田市川元松丘町4番30号	
	診療科目	内科・外科	
新興感染症発生時に連携する医療機関	協力内容	入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 1あり 2なし	
	医療機関の名称	医療法人社団隆仁会 秋田往診クリニック	
	医療機関の住所	秋田市広面字川崎125-1	
	2なし		
協力歯科医療機関	1	名称	医療法人千成会 旭北歯科医院
		住所	秋田市旭北栄町1番4号
		協力内容	訪問診療

(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	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	身体状況・処置上必要な場合
手続きの内容	書面もしくは口頭で説明
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】	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	概ね65歳以上の方で要介護状態にある方	
契約の解除の内容	① 入居者が死亡したとき ② 事業者が解除を勧告し、予告期間が満了したとき ③ 入居者が解約を行ったとき	
事業主体から解約を求める 場合	解約条項	第28条
	解約予告期間	90日
入居者からの解約予告期間	30日	
体験入居の内容	1 あり (内容 :) ② なし	
入居定員	36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
は記載の必要はありません）。

(職種別の職員数)

	職員数（実人数）			常勤換算人数※ ¹ ※ ²
		常勤	非常勤	
管理者	1	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				
栄養士又は管理栄養士				
調理員	3	3		3
事務員	2	2		2
その他職員				
1週間のうち、常勤の従業員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、当該事業所の従業員の人数を常勤の従業員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。				

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 checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> ③ 月払い方式		
	4 選択方式	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	<input checked="" type="radio"/> ② なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり	<input checked="" type="radio"/> 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 減額あり	② 減額なし 3 日割り計算で減額	

利用料金 の改定	条件	事業の長期的な継続が難しいと予見されるとき
	手続き	運営懇談会に図る

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1 (一般プラン)	プラン2 (医療プラン)
入居者の状況	要介護度	要介護 3	要介護 3
	年齢	80歳	80歳
居室の状況	床面積	13m ²	13m ²
	便所	1 有 (2) 無	1 有 (2) 無
	浴室	1 有 (2) 無	1 有 (2) 無
	台所	1 有 (2) 無	1 有 (2) 無
入居時点で 必要な費用	前払金	円	円
	敷金	円	円
月額費用の合計		99,000円	69,600円
家賃		36,000円	6,600円
サービス費用 介護保険外※ ²	特定施設入居者生活介護※ ¹ の 費用	円	円
	食費 (90食の場合※ ³)	29,400円	29,400円
	厨房管理費	6,600円	6,600円
	計	= 36,000円	= 36,000円
	管理費	27,000円	27,000円
	介護費用	円	円
	光熱水費	円	円
その他		円	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） ※3 朝食240円、昼食370円、夕食370円です。召し上がっていただいた食数により、料金は変動いたします。			

(利用料金の算定根拠)

費用	算定根拠
家賃	建設費用及び将来にわたる事業推計により算出
敷金	なし
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
共益費	共用設備の維持管理及び使用に係る費用、サービス提供に係る労務費
食費	食事提供時に係る費用として
光熱水費	なし

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 費	入退居にかかる事前、事後の準備

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	10人
	女性	8人
年齢別	65歳未満	人
	65歳以上 75歳未満	3人
	75歳以上 85歳未満	6人
	85歳以上	9人
要介護度別	自立	人
	要支援1	人
	要支援2	人
	要介護1	1人
	要介護2	人
	要介護3	3人
	要介護4	5人
	要介護5	9人
入居期間別	6ヶ月未満	10人
	6ヶ月以上 1年未満	8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	83歳
入居者数の合計	18人
入居率*	50%
※ 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	ナーシングホーム城東	
電話番号	018-853-1270	
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日	年中無休	
窓口の名称	秋田市役所 福祉保健部 介護保険課	
電話番号	018-888-5674	
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日	土・日曜日、祝祭日	
窓口の名称	秋田県国民健康保険団体連合会	
電話番号	018-862-6864	
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日	土・日曜日、祝祭日	
窓口の名称	秋田県福祉サービス相談支援センター	
電話番号	018-864-2726	
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日	土・日曜日、祝祭日	

(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) あいおいニッセイ同和損保
	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) 保険会社と協議の上、対応を行います。
	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			
高齢者虐待防止のための取組の状況	虐待防止対策検討委員会の定期的な開催		(1) あり 2 なし
	指針の整備		(1) あり 2 なし
	定期的な研修の実施		(1) あり 2 なし
	担当者の配置		(1) あり 2 なし
身体的拘束等の適正化のための取組の状況	身体的拘束等適正化検討委員会の開催		(1) あり 2 なし
	指針の整備		(1) あり 2 なし
	定期的な研修の実施		(1) あり 2 なし
	緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為（身体的拘束等）を行うこと		
	(1) あり	身体的拘束等を行う場合の様および時間、入居者の状況ならびに緊急やむを得ない場合の理由の記録	(1) あり 2 なし
		2 なし	
業務継続計画の策定状況等	感染症に関する業務継続計画		(1) あり 2 なし
	災害に関する業務継続計画		(1) あり 2 なし
	職員に対する周知の実施		(1) あり 2 なし
	定期的な研修の実施		(1) あり 2 なし
	定期的な訓練の実施		(1) あり 2 なし
	定期的な業務継続計画の見直し		(1) あり 2 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（別に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 令和 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
訪問介護ステーション城南	秋田市檜山城南新町 21-1 2	
訪問入浴介護	あり	なし
訪問看護	(あり)	なし
訪問看護ステーション城南	秋田市檜山城南新町 21-1 2	
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)
地域密着型通所介護	(あり)	なし
楽土デイサービス 広面	秋田市広面字小沼古川端 97 -2	
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>		
介護予防訪問入浴介護	あり	(なし)
介護予防訪問看護	(あり)	なし
訪問看護ステーション城南	秋田市檜山城南新町 21-1 2	
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	
介護医療院	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					なし	あり
	特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者が全額負担）	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	備考	料金※3
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		
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		
口腔衛生管理	なし	あり	なし	あり		
生活サービス						
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		実費
おやつ			なし	あり		
理美容師による理美容サービス			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				
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり		○	実費	年1～2回
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								
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				
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～3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、月額のサービス費用に包含される場合と、サービス利用の都度支払う場合に応じて、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。