

重要事項説明書

記入年月日	令和7年7月1日
記入者	土岐一洋
所属・職名	みんなのまち 管理者

1. 設置者概要

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) せんとしえあはうすかぶしきかいしゃ セントシェアハウス株式会社	
主たる事務所の所在地	〒010-1636 秋田県秋田市新屋比内町22番22号	
連絡先	電話番号	018-828-2721
	FAX番号	018-828-2730
	ホームページ アドレス	http://www.ssh-minna.com
代表者	氏名	土岐 一洋
	職名	代表取締役
設立年月日	平成26年2月12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) みんなのまち みんなのまち	
所在地	〒010-1636 秋田県秋田市新屋比内町22番22号	
主な利用交通手段	最寄駅	新屋駅
	交通手段と 所要時間	① JR利用の場合 秋田駅乗車→新屋駅下車 (所要時間 7分) ② 秋田中央交通バス利用の場合 秋田駅西口乗車→新屋駅入口下車 (所要時間 21分)

		※その後、徒歩 10 分
連絡先	電話番号	018-828-2721
	F A X 番号	018-828-2730
	ホームページアドレス	http://www.ssh-minna.com
管理者	氏名	土岐 一洋
	職名	管理者
建物の竣工日		平成 27 年 6 月 30 日
有料老人ホーム事業の開始日		平成 27 年 12 月 1 日

(類型) 【表示事項】

- | |
|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 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	0570124099
	指定した自治体名	秋田市
	事業所の指定日	平成 27 年 12 月 1 日
	指定の更新日（直近）	令和 3 年 12 月 1 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	3,000.03 m ²	
	所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 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	1,091.48 m ²
		うち、老人ホーム部分	999.95 m ²
	耐火構造	1 耐火建築物 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 木造 4 その他（ ）	

所有関係	事業者が自ら所有する建物 事業者が賃借する建物 抵当権の設定 契約期間 契約の自動更新	1 あり	2 なし			
		1 あり (年 月 日 ~ 年 月 日) 2 なし				
		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 最大					
						人部屋
						人部屋
	トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分*	
	タイプ1	有/無	有/無	18.42 m ²	30	介護居室個室
	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	3ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	1ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	1ヶ所		
	共用浴室	2ヶ所	個室	1ヶ所		
			大浴場	1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	<input type="checkbox"/> あり	2 なし	
	スプリンクラー	<input type="checkbox"/> あり	2 なし	
	防火管理者	<input type="checkbox"/> あり	2 なし	
	防災計画	<input type="checkbox"/> あり	2 なし	
緊急通報装置等	居室 <input type="checkbox"/> あり 2 一部あり 3 なし	便所 <input type="checkbox"/> あり 2 一部あり 3 なし	浴室 <input type="checkbox"/> あり 2 一部あり 3 なし	その他 () 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	「理想環境の創造」「生き甲斐と働き甲斐の創造」「生きる喜びの創造」の基本理念に基づいて、暖かい心で満たされ、ご利用者の生き甲斐を尊重し、自尊心を損なうこと無く、明るく健全な生活が営まれるように、心のこもったサービスを提供して参ります。		
サービスの提供内容に関する特色	木造平屋建てで日差しが入り込みやすい構造の建物です。スタッフも有資格者がほとんどであり、安心です。また、敷地内に菜園があります。		
入浴、排せつ又は食事の介護	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施	2 委託	3 なし
食事の提供	1 自ら実施	<input type="checkbox"/> 2 委託	3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施	2 委託	3 なし
健康管理の供与	<input 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 type="checkbox"/> 1 自ら実施	2 委託	3 なし
生活相談サービス	<input type="checkbox"/> 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 ※ 1 「協力医療機関連携加算（I）」は、「相談・診療を行う体制を常時確保し、緊急時に入院を受け入れる体制を確保している協力医療機関と連携している場合」に該当する	入居継続支援加算	(I)	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	<input type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	生活機能向上連携加算	(I)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	ADL 維持等加算	(I)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	個別機能訓練加算	(I)	<input type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
		(II)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	夜間看護体制加算	(I)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	<input type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	若年性認知症入居者受入加算		1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし

<p>場合を指し、「協力医療機関連携加算(Ⅱ)」は、「協力医療機関連携加算(Ⅰ)」以外に該当する場合を指す。</p> <p>※2 「地域密着型特定施設入居者生活介護」の指定を受けている場合。</p>	協力医療機関連携加算(※1)	(I)	1 あり	<input type="checkbox"/> なし
		(II)	1 あり	<input type="checkbox"/> なし
	口腔衛生管理体制加算(※2)	1 あり	<input type="checkbox"/> なし	
	口腔・栄養スクリーニング加算	1 あり	<input type="checkbox"/> なし	
	退院・退所時連携加算	1 あり	<input type="checkbox"/> なし	
	退居時情報提供加算	1 あり	<input type="checkbox"/> なし	
	看取り介護加算	(I)	<input type="checkbox"/> あり	2 なし
		(II)	1 あり	<input type="checkbox"/> なし
	認知症専門ケア加算	(I)	1 あり	<input type="checkbox"/> なし
		(II)	1 あり	<input type="checkbox"/> なし
	高齢者施設等感染対策向上加算	(I)	1 あり	<input type="checkbox"/> なし
		(II)	<input type="checkbox"/> あり	2 なし
	新興感染症等施設療養費	1 あり	<input type="checkbox"/> なし	
	生産性向上推進体制加算	(I)	1 あり	<input type="checkbox"/> なし
		(II)	1 あり	<input type="checkbox"/> なし
	サービス提供体制強化加算	(I)	1 あり	<input type="checkbox"/> なし
		(II)	1 あり	<input type="checkbox"/> なし
		(III)	1 あり	<input type="checkbox"/> なし
	介護職員等処遇改善加算	(I)	<input type="checkbox"/> あり	2 なし
		(II)	1 あり	<input type="checkbox"/> なし
		(III)	1 あり	<input type="checkbox"/> なし
		(IV)	1 あり	<input type="checkbox"/> なし
		(V) (1)	1 あり	<input type="checkbox"/> なし
		(V) (2)	1 あり	<input type="checkbox"/> なし
		(V) (3)	1 あり	<input type="checkbox"/> なし
		(V) (4)	1 あり	<input type="checkbox"/> なし
		(V) (5)	1 あり	<input type="checkbox"/> なし
		(V) (6)	1 あり	<input type="checkbox"/> なし
		(V) (7)	1 あり	<input type="checkbox"/> なし
		(V) (8)	1 あり	<input type="checkbox"/> なし
		(V) (9)	1 あり	<input type="checkbox"/> なし
		(V) (10)	1 あり	<input type="checkbox"/> なし
		(V) (11)	1 あり	<input type="checkbox"/> なし
		(V) (12)	1 あり	<input type="checkbox"/> なし
		(V) (13)	1 あり	<input type="checkbox"/> なし
		(V) (14)	1 あり	<input type="checkbox"/> 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		
	<input type="checkbox"/> なし			

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		<input type="checkbox"/> 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 通院介助 <input type="checkbox"/> その他 ()	
1	名称	医療法人清風会 清和病院	
		住所	秋田市柳田字石神 59
	診療科目	精神科、内科、泌尿器科	
	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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	名称	一戸医院	
		住所	秋田市新屋大川町 9 番 7 号
	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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
新興感染症発 生時に連携す る医療機関	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	医療機関の名称		
	医療機関の住所		
	<input type="checkbox"/> 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 1-4
		協力内容	通常並びに緊急時の歯科治療及び相談

(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"/> なし
	要支援の者	1 あり <input type="checkbox"/> なし
	要介護の者	1 あり <input type="checkbox"/> なし
留意事項		
契約の解除の内容	利用者は事業者に対し文章で通知することにより、この契約を解約することができます。	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	<p>1. 事業者は止むを得ない事情がある場合に利用者に対して 1 ヶ月間の予告期間をおいて、その理由を示した文章で通知することにより、この契約を解約することができます。</p> <p>2. 次の事由に該当した場合は、事業者は利用者に対して文章で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。</p> <p>①利用者が事業者に支払うべき利用料金等を正当な理由なく 1 ヶ月以上遅延し、支払の催促にも関わらず、その後 10 日間以内に支払がない場合</p> <p>②利用者またはその家族が、事業者や従事者に対して、この契約を継続し難いほど の背信行為を行った場合</p> <p>3. 次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。</p> <p>① 利用者が他の介護保険施設に入所した場合</p> <p>② 利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合</p> <p>利用者が死亡した場合</p>
	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：) <input checked="" type="checkbox"/> なし	
入居定員	30 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 23		常勤	
管理者	1	1	0	0.3
生活相談員	1	1	0	0.5
直接処遇職員	17	11	6	14
介護職員	13	9	4	10.6
看護職員	4	2	2	3.4
機能訓練指導員	1		0	1
計画作成担当者	1	1	0	0.5
栄養士又は管理栄養士	0	0	0	0
調理員	0	0	0	0
事務員	3	1	2	1.8
その他職員	0	0	0	0
1週間のうち、常勤の従業員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。				

(資格を有している介護職員の人数)

	合計	常勤	非常勤
	14		
社会福祉士	0	0	0
介護福祉士	9	7	2
実務者研修の修了者	2	1	1
初任者研修の修了者	2	1	1
介護支援専門員	1	1	0

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計 1	常勤	非常勤
看護師又は准看護師	1	1	0
理学療法士	0	0	0
作業療法士	0	0	0
言語聴覚士	0	0	0

柔道整復師	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0
はり師	0	0	0
きゅう師	0	0	0

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (16時 00分～ 9時 00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	2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)	
※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				<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	業務に係る資格等		<input checked="" type="checkbox"/> あり			
			資格等の名称		介護福祉士	
			<input type="checkbox"/> 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	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	0	1	1	0	0
前年度1年間の退職者数	1	0	0	1	0	0
こ業務 1年未満	0	0	0	1	0	0

1年以上 3年未満	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	
3年以上 5年未満	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	
5年以上 10年未満	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	
10年以上	2	2	5	2	0	0	0	0	0	0	
従業者の健康診断の実施状況					<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2 なし
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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 事前に通知の後、重要事項説明書により説明します 手続き 同意書に署名押印をいただきます

(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	要介護1	要介護3
	年齢	90歳	90歳
居室の状況	床面積	18.42 m ²	18.42 m 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	0円	0円
	敷金	0円	0円
月額費用の合計		169,665円	174,301円
家賃		48,000円	48,000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	17,655円	21,765円
	食費	51,750円	5,1750円
	管理費	25,000円	25,000円
	介護費用	0円	0円
	光熱水費	25,000円	25,000円
	その他	0円	0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)

費用	算定根拠
家賃	地域相場による
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	地域相場による
食費	委託業者による
光熱水費	概算で算出（施設負担分あり）
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	

(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

費用	算定根拠
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担	
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(上乗せサービス)	なし
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

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	7人
	女性	23人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上75歳未満	0人
	75歳以上85歳未満	8人
	85歳以上	21人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	0人
	要支援2	0人
	要介護1	12人
	要介護2	9人
	要介護3	6人
	要介護4	3人
	要介護5	0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	13人
	5年以上10年未満	4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	90.6歳
入居者数の合計	30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	1人
	社会福祉施設	3人
	医療機関	6人
	死亡者	4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	10人
		(解約事由の例)
		他施設入所のため
		長期入院のため
		在宅復帰のため

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	相談苦情受付窓口	
電話番号	018-828-2721	
対応している時間	平日	8:30～17:30 (時間外も受付をします)
	土曜	8:30～17:30 (時間外も受付をします)
	日曜・祝日	8:30～17:30 (時間外も受付をします)
定休日	なし (交代で受け付ける体制を取っています)	

(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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容)
	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容)
	<input type="checkbox"/> なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	実施日	令和6年9月
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> 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
	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 2回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
高齢者虐待防止のための取組の状況	2 代替措置なし	
	虐待防止対策検討委員会の定期的な開催	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	指針の整備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	定期的な研修の実施	<input checked="" type="checkbox"/> 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	担当者の配置	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	身体的拘束等適正化検討委員会の開催	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	指針の整備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	定期的な研修の実施	<input checked="" type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり	2 なし
	災害に関する業務継続計画	<input type="checkbox"/> あり	2 なし
	職員に対する周知の実施	<input type="checkbox"/> あり	2 なし
	定期的な研修の実施	<input type="checkbox"/> あり	2 なし
	定期的な訓練の実施	<input type="checkbox"/> あり	2 なし
	定期的な業務継続計画の見直し	<input type="checkbox"/> 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 :) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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			

重要事項説明書に関する同意書

令和 年 月 日

サービス付き高齢者向け住宅 みんなのまち の利用にあたり、利用者に対して重要事項説明書を交付して、それらの内容について説明をしました。

事業者 住 所： 秋田市新屋比内町 22 番 22 号
名 称： セントシェアハウス株式会社
代表者： 代表取締役 土岐一洋
TEL 018-828-2721 FAX 018-828-2730

事業所 住 所： 秋田市新屋比内町 22 番 22 号
名 称： みんなのまち
説明者： _____

印

私は、サービス付き高齢者向け住宅 みんなのまち の利用にあたり、事業所から重要事項説明書交付を受け、それらに関する説明を受けました。その内容についてここに同意をして署名・押印をします。

利用者 住 所： _____

氏 名： _____

印

(代理人) 住 所： _____

氏 名： _____

印

2025.4.1 セントシェアハウス株式会社

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 みんなのまち岩城
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
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 みんなのまち由利 本荘居宅介護支援 事業所
		秋田県由利本荘市川口字下野 186番地3 本荘ロイヤル コートB 102号室
<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
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 みんなのまち岩城
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	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	○	1,000円/30分	※時間延長可、必要な介助あり
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	○	750円～	※外部委託、洗濯機貸出あり（無料）
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	○		※実費相当分
おやつ			なし	あり	○		※売店あり
理美容師による理美容サービス			なし	あり	○	2,100円～	※訪問理美容利用
買い物代行	なし	あり	なし	あり	○	600円/20分	※時間延長可

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			※各医療機関による
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			※入院手続きはご家族が行う。
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。