

重要事項説明書

記入年月日	令和7年7月1日
記入者	高橋 修
所属・職名	事務部主任

4. サービスの内容**(全体の方針)**

運営に関する方針	利用者が地域の一員として、生きがいのある生活が営めるよう支援します。利用者の満足向上を目指し常に改善を続けます。		
サービスの提供内容に関する特色	自立した生活が困難になった利用者に対して、家庭的な環境の下で、食事、入浴、排泄等の日常生活及び日常生活の中で心身の機能訓練を行うことにより、安心と尊厳のある生活を、利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立して営むことができるよう支援することを目的とする。		
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施	2 委託	3 なし
食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施	<input checked="" type="checkbox"/> 2 委託	3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1 自ら実施	<input checked="" type="checkbox"/> 2 委託	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

(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	入居継続支援加算	(I)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
※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	生活機能向上連携加算	(I)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	ADL 維持等加算	(I)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	ADL 維持等加算	(II)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	個別機能訓練加算	(I)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
		(II)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	夜間看護体制加算	(I)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	協力医療機関連携加算（※1）	(I)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
		(II)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	口腔衛生管理体制加算（※2）	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	口腔・栄養スクリーニング加算	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	

する場合を指す。 ※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。	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)	1 あり <input type="checkbox"/> なし
		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
		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
		1 あり <input type="checkbox"/> 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
		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
		1 あり <input type="checkbox"/> なし
		1 あり <input type="checkbox"/> なし
	介護職員等処遇改善 加算 (I) (II) (III) (IV) (V) (1) (V) (2) (V) (3) (V) (4) (V) (5) (V) (6) (V) (7) (V) (8) (V) (9) (V) (10) (V) (11) (V) (12) (V) (13) (V) (14)	1 あり <input type="checkbox"/> なし
		1 あり <input type="checkbox"/> なし
		1 あり <input type="checkbox"/> なし
		1 あり <input type="checkbox"/> なし
		1 あり <input type="checkbox"/> なし
		1 あり <input type="checkbox"/> なし
		1 あり <input type="checkbox"/> なし
		1 あり <input type="checkbox"/> なし
		1 あり <input type="checkbox"/> なし
		1 あり <input type="checkbox"/> なし
		1 あり <input type="checkbox"/> なし
		1 あり <input type="checkbox"/> なし
		1 あり <input type="checkbox"/> なし
		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
	2 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	外旭川サテライトクリニック
		住所	秋田市外旭川字中谷地 46
		診療科目	内科、精神科、心療内科、神経内科、皮膚科、整形外科等
		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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	2	名称	外旭川病院
		住所	秋田市外旭川字三後田 142
		診療科目	内科、皮膚科、リハビリテーション科
		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 checked="" 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 checked="" 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	1 あり	医療機関の名称	外旭川サテライトクリニック
		医療機関の住所	秋田市外旭川字中谷地 46
		2 なし	
	1	名称	外旭川サテライトクリニック
協力歯科医療機関	1	住所	秋田市外旭川字中谷地 46
		協力内容	受診、日常の口腔相談 等

(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 <input checked="" type="checkbox"/> その他（居室の交換）
判断基準の内容	入居契約第3条（利用権）により、居室の交換は行わないことになっているが、入居者の生活環境や心身の容態等を理由に交換をすることがある。
手続きの内容	利用者または事業者からの交換の申し出。当該利用者、家族等からの同意。明け渡し後、原状回復を行う。
追加的費用の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
居室利用権の取扱い	契約の終了がない限り居住を目的として居室及び共用施設を利用する事ができる。
前払金償却の調整の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
従前の居室との面積の増減	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> なし

仕様の変更	便所の変更	1 あり	<input type="checkbox"/> なし	
	浴室の変更	1 あり	<input type="checkbox"/> なし	
	洗面所の変更	1 あり	<input type="checkbox"/> なし	
	台所の変更	1 あり	<input type="checkbox"/> なし	
	その他の変更	1 あり	(変更内容)	
		<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり	2 なし		
	要支援の者	<input type="checkbox"/> あり	2 なし		
	要介護の者	<input type="checkbox"/> あり	2 なし		
留意事項	常時医療行為が必要でない方。身元引受人を1名以上有する方。				
契約の解除の内容	事業者が入居契約第29条(事業者の契約解除)に基づき解除を通告し、予告期間が満了した時。入居者が入居契約書第30条(入居者からの解約)に基づき解約を行った時。入居者が死亡した時 等				
事業主体から解約を求める場合	解約条項	不正手段により入居した時。支払いを正当な理由なく遅滞する時。入居契約第20条(禁止又は制限される行為)の規程に違反した時 等			
	解約予告期間	30日			
入居者からの解約予告期間	30日				
体験入居の内容	<input type="checkbox"/> あり (内容:空室有の場合、1人/1泊3食付、8,200円) 2 なし				
入居定員	50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		常勤	
管理者	1	1		1.0
生活相談員	1	1		1.0
直接処遇職員	21	19	2	20.3
介護職員	18	15.5	2	17.3
看護職員	3	3		3.0
機能訓練指導員	1	1		1.0
計画作成担当者	1	1		0.5
栄養士又は管理栄養士				
調理員	6			6.0
事務員	1			1.0
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。

(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	18	16	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	1	1	
言語聴覚士			
柔道整復師			
あん摩マッサージ指圧師			
はり師			
きゅう師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間（20時00分～翌6時00分）		
	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	2人	2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 <input checked="" type="checkbox"/> 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)	2.2 : 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	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	

以外の場合、本欄は省略可能)	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									
	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			3							
前年度1年間の退職者数			3						1	
た業務員に従事した経験年数に応じ	1年未満								1	
	1年以上 3年未満									
	3年以上 5年未満									
	5年以上 10年未満			3						
	10年以上	3		15		1		1		
		従業者の健康診断の実施状況				1 あり	2 なし			

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	9人
	女性	37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	5人
	85歳以上	38人
要介護度別	自立	人
	要支援1	3人
	要支援2	人
	要介護1	12人
	要介護2	11人
	要介護3	9人
	要介護4	9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	9人
	1年以上5年未満	22人
	5年以上10年未満	8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	89.6歳
入居者数の合計	46人
入居率*	92%

* 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	2人
	医療機関	6人
	死亡者	11人
	その他	4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	14人
	(解約事由の例) 長期入院等	

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	苦情受付	
電話番号	018(884)7736	
対応している時間	平日	9時から17時
	土曜	
	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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 被害者対応費用
	<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) 事故対応費用
	<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	2なし
	<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 type="checkbox"/> あり	実施日	① 令和6年11月25日～同12月1日 ② 令和7年6月9日～同6月13日
		結果の開示	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
2 なし			
第三者による評価の実施状況	<input type="checkbox"/> あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない
管理規程	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない
事業収支計画書	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない
財務諸表の要旨	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない
財務諸表の原本	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input type="checkbox"/> あり	(開催頻度) 年2回
	2 なし	
	<input type="checkbox"/> 代替措置あり	(内容)
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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	指針の整備	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	定期的な研修の実施	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	担当者の配置	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	指針の整備	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	定期的な研修の実施	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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 [2]なし	身体的拘束等を行う場合の様子および時間、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
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	2なし
	災害に関する業務継続計画	[1]あり [2]なし	2なし
	職員に対する周知の実施	[1]あり [2]なし	2なし
	定期的な研修の実施	[1]あり [2]なし	2なし
	定期的な訓練の実施	[1]あり [2]なし	2なし
	定期的な業務継続計画の見直し	[1]あり [2]なし	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 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
特定施設入居者介護	あり	なし 有料老人ホームソフィー 有料老人ホームグリーン
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 フォーエバーケアプロセンター 秋田市新屋大川町 18-7
<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	
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	有料老人ホームソフィー 有料老人ホームグリーン 秋田將軍野向山 13-42 秋田市外旭川字三後田 184
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	○	1枚 23円～	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	○	1回 400円	週3回目～
特浴介助	なし	あり	なし	あり	○	1回 600円	週3回目～
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	○	30分 500円	秋田市内、協力医療機関以外の通院介助
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	○	1ヶ月 495円～	業者委託
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			
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	○	2,500円～	業者委託
買い物代行	なし	あり	なし	あり	○	1回 200円	指定店舗に限る
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			年1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	○	片道500円	秋田市内、協力医療機関以外の移送
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり	○	30分500円	秋田市内、協力医療機関以外の同行
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。