

## 重要事項説明書

記入年月日	R 5/10/1
記入者名	相良 教之
所属・職名	事務

注 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, 2, 3, 6（\*印）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	法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) 株式会社 マイフェア立	
主たる事務所の所在地	〒385-0022	
連絡先	電話番号	0267-67-7870
	FAX番号	0267-67-7871
	ホームページアドレス	
	電子メールアドレス	
代表者	氏名	小林 立
	職名	代表取締役
設立年月日	平成4年9月2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) アンの家 有料老人ホーム
----	------------------------

所在地	〒385-0022 長野県佐久市岩村田 2213-7 1F 2F	
主な利用交通手段	最寄駅	佐久平駅・岩村田
	交通手段と所要時間	: ①徒歩の場合 ・佐久平駅より 20 分 ・岩村田駅より 15 分 ②自動車利用の場合 ・佐久平・岩村田駅より乗車 5 分
連絡先	電話番号	0267-67-7870
	FAX番号	0267-67-7871
	ホームページアドレス	
	電子メールアドレス	blink999@kra.biglobe.ne.jp
管理者	氏名	小林 立
	職名	看護師
建物の竣工日		平成2年8月8日
有料老人ホーム事業の開始日		平成19年12月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	1057 m <sup>2</sup>	
	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		857 m <sup>2</sup>		
		うち、老人ホーム部分		857 m <sup>2</sup>		
	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				
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	無	無	7.49 m <sup>2</sup>	2	一般居室個室
	タイプ2	無	無	7.63 m <sup>2</sup>	2	一般居室個室
	タイプ3	無	無	7.81 m <sup>2</sup>	2	一般居室個室
	タイプ4	無	無	7.53 m <sup>2</sup>	2	一般居室個室
	タイプ5	無	無	7.74 m <sup>2</sup>	2	一般居室個室
	タイプ6	無	無	9.94 m <sup>2</sup>	2	一般居室個室
	タイプ7	無	無	7.52 m <sup>2</sup>	2	一般居室個室
	タイプ8	無	無	7.62 m <sup>2</sup>	2	一般居室個室
タイプ9	無	無	7.65 m <sup>2</sup>	2	一般居室個室	
※「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。						
廊下の幅	中廊下 (向かい合いの居室に面している廊下)		3m	その他の廊下	1.4m	
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		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	2ヶ所		チェアー浴	0ヶ所
			リフト浴	2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	<p>自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事等の日常生活上の世話を行うことにより、要介護状態となった場合でもその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう援助を行う。</p> <p>入居者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに入居者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るため、基本方針「入居者が中心」を基にその他必要な支援を行う。</p>
サービスの提供内容に関する特色	<p>小規模な環境により、利用者さんと職員が安心できるなじみの関係を築きやすく家庭的な雰囲気生活していただけるよう心掛けています。</p> <p>看護師が勤務しており日々の健康管理はもちろん、重度化した場合でも主治医、訪問看護等と密に連絡を取り、なじみの環境、なじみの仲間と生活を続けることができるよう支援しています</p>

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（看護師による胃ろう・点滴・ストマ管理・喀痰吸引等）	
協力医療機関	1	名称	田尾内科
		住所	佐久市小田井 820-25
		診療科目	内・呼・消・循内科
		協力内容	月1定期往診、急変時ターミナルケア等の相談指導
	2	名称	佐久総合病院
		住所	佐久市臼田 197
		診療科目	内科等
		協力内容	月1定期往診、急変時ターミナルケア等の相談指導
協力歯科医療機関		名称	林歯科医院
		住所	長野県北佐久郡御代田町御代田 2422-79
		協力内容	必要に応じての往診

**(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		
契約の解除の内容		<ul style="list-style-type: none"> <li>・入居者が死亡した場合</li> <li>・入居者、又は事業者から解約した場合</li> </ul>
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居者の行動が、他の入居者・職員の生命に危害を及ぼすかその恐れがあり、通常の接遇方法では防止できない場合等

	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：空室がある場合。1泊食事つき 5000円） ② なし	
入居定員		1F 9人 2F 9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する必要はありません）。

### （職種別の職員数）

	職員数（実人数）		
	合計	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	5	1	4
看護職員	1	1	
機能訓練指導員			
計画作成担当者			
栄養士			
調理員			
事務員			
その他職員			

### （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	1		1
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	2	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	1	1	
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)

夜勤帯の設定時間 ( 21 時～ 6 時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	1 人	0 人
介護職員	1 人	0 人

(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				1						
前年度 1 年間の退職者数				1						
応じた業務に従事した職員の人数	1 年未満			1						
	1 年以上									
	3 年未満									
	3 年以上			1						
	5 年未満				1					
	5 年以上									
10 年未満										
10 年以上	1			2						
従業者の健康診断の実施状況		① あり 2 なし			採用時に		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回改定する場合がある	
	手続き	運営懇談会の意見を聴く。	



(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1	プラン2	
入居者の状況	要介護度	要介護1	要介護5	
	年齢	80歳	90歳	
居室の状況	床面積	7.63 m <sup>2</sup>	7.81 m <sup>2</sup>	
	便所	無	無	
	浴室	無	無	
	台所	無	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		101600円	101600円	
家賃		35000円	35000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用	0円	0円	
	介護保険外 <sup>※2</sup>	食費	30000円	30000円
		管理費	21000円	21000円
		介護費用	0円	0円
		光熱水費	12000円	12000円
		その他	3600円	3600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	設備備品費・建物購入費・改築費等を基礎とし1室あたりの家賃を算出
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。
管理費 <sup>※1</sup>	共用施設の維持管理費・修繕費・消耗品・事務費
食費	厨房維持費、1日3食を提供するための費用
光熱水費等 <sup>※2</sup>	1年の使用料を基礎とし1ヶ月あたりの費用を算出
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2（個別選択による介護サービス一覧表）
その他のサービス利用料	

※1 共用施設の修繕費、人件費等の使途をすべて記入し、「等」で括らないこと。

※2 水道、電気、暖房の使用料及びこれに類する公共料金（入居者が居室に設置する場合の受信料等）等を明記すること。

## 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	10人
年齢別	65歳未満	0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	9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	1人
	要介護2	2人
	要介護3	7人
	要介護4	2人
要介護5	5人	
入居期間別	6ヶ月未満	10人
	6ヶ月以上 1年未満	2人
	1年以上 5年未満	4人
	5年以上 10年未満	2人
	10年以上 15年未満	1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	17人
入居率※	94%

※ 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	2人
	医療機関	2人
	死亡者	6人
	その他	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	2人
		(解約事由の例) 重度化し病院での長期入院のため

## 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		アンの家 有料老人ホーム苦情窓口
電話番号		0267-67-7870
対応している 時間	平日	8時～17時
	土曜	8時～17時
	日曜・祝日	8時～17時
定休日		無

窓口の名称		長野県 長寿福祉課 長寿住まい・施設係
電話番号		026-235-7113
対応している 時間	平日	8時～17時
	土曜	休
	日曜・祝日	休
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) あいおい損害保険
	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) 事故対応マニュアルによる
	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	ヒーリングによる R3/4/15
		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 回程度
	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	個室面積、廊下幅
「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 平成 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 事業主体が長野県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	サガラ訪問介	佐久市岩村田 2 2 1 5 - 6 8
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		
＜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	サガラシルバ	佐久市岩村田 2213-8
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＞				
介護予防訪問介護	あり	なし	サガラ訪問介	佐久市岩村田 2 2 1 5 - 6 8
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	サガラシルバ	佐久市岩村田 2213-8
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					(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）			備考			
			包含※2	都度※2	料金※3				
<b>介護サービス</b>									
食事介助	なし	あり	なし	あり					外部介護サービス利用時外でやむをえない場合無料提供
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり					外部介護サービス利用時外でやむをえない場合無料提供
おむつ代			なし	あり		○	○		実費 レシート添付します
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり					外部介護サービス利用時外でやむをえない場合無料提供
特浴介助	なし	あり	なし	あり					外部介護サービス利用時外でやむをえない場合無料提供
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり	○				外部介護サービス利用時外で必要に応じて
機能訓練	なし	あり	なし	あり	○				外部介護サービス利用時外で必要に応じて
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	○		御家族の都合がつかない場合や緊急時のみ 1H1200円
<b>生活サービス</b>									
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	○				
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		○	○		契約美容師による2ヶ月に1回 2500円
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	○		佐久平近辺で購入可能なものに限る、実費
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	○		御家族の都合がつかない場合のみ代行回 1200円
金銭・貯金管理			なし	あり					
<b>健康管理サービス</b>									
定期健康診断			なし	あり		○	○		毎月1回協力医による往診・実費
健康相談	なし	あり	なし	あり	○				毎日 施設看護師等により実施
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○				毎日 施設看護師等により実施
服薬支援	なし	あり	なし	あり	○				毎日 施設看護師等により実施
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり	○				毎日 施設看護師等により実施
<b>入退院時・入院中のサービス</b>									
移送サービス	なし	あり	なし	あり					御家族が都合がつかない場合にかぎり 1H1200円
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり					御家族が都合がつかない場合にかぎり 1H1200円
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり					御家族が都合がつかない場合にかぎり 1H1200円
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり					御家族が都合がつかない場合にかぎり 1H1200円

※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、サービス利用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。