

③重要事項説明書

別記様式第1号（第11、第12条関係）

有料老人ホーム重要事項説明書

記入者名	西村達一郎	記入年月日	2025/6/1
		所属・職名	代表取締役

1. 事業主体概要

事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先			
事業主体の名称	法人等の種類	なし	あり
	名称	(ふりがな) かぶしきかいしゃりょうこう	株式会社マイセルフ
事業主体の主たる事務所の所在地	〒	旭川市南5条通21丁目2番地の142	
事業主体の連絡先	電話番号	0166-33-0745	
	FAX番号	0166-74-3176	
	ホームページアドレス	なし	
		あり : http://	
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	西村達一郎	
	職名	代表取締役	
事業主体の設立年月日		2012/9/13	

③重要事項説明書

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	ヘルパーステーションつむぎ	旭川市豊岡15条7丁目3-18
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		
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		
複合型サービス	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	ヘルパーステーションつむぎ	旭川市豊岡15条7丁目3-18
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		

2. 施設概要

施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先

③重要事項説明書

施設の名称	(ふりがな) なーしんぐなないろ ナーシングなないろ	
施設の所在地	〒078-8335	旭川市南5条通21丁目2番127
施設の連絡先	電話番号	0166-73-7308
	FAX番号	0166-73-8385
	ホームページアドレス	なし あり : http://
施設の開設年月日	2014/8/1	
施設の管理者の氏名及び職名	氏名	小川佳奈子
	職名	管理者
施設までの主な利用交通手段	道北バス	
施設の類型及び表示事項	住宅型有料老人ホーム	
介護保険事業所番号		
特定施設入居者生活介護の事業の開始年月日又は開始予定年月日、指定又は許可を受けた年月日（指定又は許可の更新を受けた場合にはその年月日）		
事業の開始（予定）年月日		
指定の年月日		
指定の更新年月日		

③重要事項説明書

3. 従業者に関する事項

職種別の従業者的人数及びその勤務形態						
実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数
	専従	非専従	専従	非専従		
施設長		1			1	
生活相談員						
看護職員		2			2	
介護職員	1	5	3		9	
機能訓練指導員						
計画作成担当者						
栄養士						
調理員				3	3	
事務員						
その他従事者						
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数						
※ 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。						
従業者である介護職員が有している資格						
延べ人数	常勤		非常勤		専従	非専従
	専従	非専従	専従	非専従		
社会福祉士						
介護福祉士			1			
介護職員基礎研修			2			1
訪問介護員1級	1					
訪問介護員2級			1			2
訪問介護員3級						
介護支援専門員						
従業者である機能訓練指導員が有している資格						
延べ人数	常勤		非常勤		専従	非専従
	専従	非専従	専従	非専従		
理学療法士						
作業療法士						
言語聴覚士						
看護師及び准看護師		3				
柔道整復師						
あん摩マッサージ指圧師						
夜勤を行う看護職員及び介護職員の人数						
人数	夜勤帯平均人数 (17 時～ 9 時)		最少時人数 (休憩者等を除く)			
看護職員						
介護職員	17:00	9:00				1

③重要事項説明書

従業者の当該介護サービスに係る業務に従事した経験年数等						
	看護職員		介護職員		生活相談員	
	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						
前年度1年間の退職者数						
業務に従事した経験年数						
1年未満の者的人数						
1年以上3年未満の者的人数						
3年以上5年未満の者的人数						
5年以上10年未満の者的人数						
10年以上の者的人数						
	機能訓練指導員			計画作成担当者		
	常勤	非常勤		常勤	非常勤	
前年度1年間の採用者数						
前年度1年間の退職者数						
業務に従事した経験年数						
1年未満の者的人数						
1年以上3年未満の者的人数						
3年以上5年未満の者的人数						
5年以上10年未満の者的人数						
10年以上の者的人数						
従業者の健康診断の実施状況			なし		あり	

4. サービスの内容

施設の運営に関する方針																								
<p style="text-align: center;">ミッション：関わるすべての人たちに感動を与えよう 行動指針：安全・安心、礼儀正しさ、サービス、効率</p>																								
介護サービスの内容、利用定員等																								
<table border="1"> <tbody> <tr> <td>個別機能訓練の実施（介護報酬の加算）の有無</td> <td>なし</td> <td>あり</td> </tr> <tr> <td>夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無</td> <td>なし</td> <td>あり</td> </tr> <tr> <td>人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無</td> <td>なし</td> <td>あり</td> </tr> <tr> <td>利用者の個別的な選択による介護サービスの実施状況</td> <td colspan="2">別紙</td></tr> <tr> <td>協力医療機関の名称</td> <td>なし</td> <td>あり</td> </tr> <tr> <td>(協力の内容 居宅療養管理指導 定期的な往診)</td> <td colspan="2">豊岡内科整形外科、北星ファミリークリニック</td></tr> <tr> <td>協力歯科医療機関</td> <td>なし</td> <td>あり</td> </tr> <tr> <td>(協力の内容 噫下、咀嚼運動能力の機能向上対策 口腔ケア指導)</td> <td colspan="2">林歯科医院</td></tr> </tbody> </table>	個別機能訓練の実施（介護報酬の加算）の有無	なし	あり	夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無	なし	あり	人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	なし	あり	利用者の個別的な選択による介護サービスの実施状況	別紙		協力医療機関の名称	なし	あり	(協力の内容 居宅療養管理指導 定期的な往診)	豊岡内科整形外科、北星ファミリークリニック		協力歯科医療機関	なし	あり	(協力の内容 噫下、咀嚼運動能力の機能向上対策 口腔ケア指導)	林歯科医院	
個別機能訓練の実施（介護報酬の加算）の有無	なし	あり																						
夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無	なし	あり																						
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	なし	あり																						
利用者の個別的な選択による介護サービスの実施状況	別紙																							
協力医療機関の名称	なし	あり																						
(協力の内容 居宅療養管理指導 定期的な往診)	豊岡内科整形外科、北星ファミリークリニック																							
協力歯科医療機関	なし	あり																						
(協力の内容 噫下、咀嚼運動能力の機能向上対策 口腔ケア指導)	林歯科医院																							
要介護時における居室の住み替えに関する事項																								
要介護時に介護を行う場所																								

③重要事項説明書

入居後に居室を住み替える場合		
一時介護室へ移る場合		
判断基準・手続きについて (その内容)		
追加的費用の有無	なし	あり
居室利用権の取扱い (その内容)		
入居一時金償却の調整の有無	なし	あり
従前の居室からの面積の増減の有無	なし	あり
従前居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	なし	あり
浴室の変更の有無	なし	あり
洗面所の変更の有無	なし	あり
台所の有無	なし	あり
その他の変更の有無	なし	あり
(その内容)		
介護居室へ移る場合		
判断基準・手続きについて (その内容)		
追加的費用の有無	なし	あり
居室利用権の取扱い (その内容)		
入居一時金償却の調整の有無	なし	あり
従前の居室からの面積の増減の有無	なし	あり
従前居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	なし	あり
浴室の変更の有無	なし	あり
洗面所の変更の有無	なし	あり
台所の有無	なし	あり
その他の変更の有無	なし	あり
(その内容)		

③重要事項説明書

	その他()	なし	あり
判断基準・手続きについて (その内容)			
追加的費用の有無			
居室利用権の取扱い (その内容)			
入居一時金償却の調整の有無			
従前の居室からの面積の増減の有無			
従前居室との仕様の変更 便所の変更の有無			
浴室の変更の有無			
洗面所の変更の有無			
台所の有無			
その他の変更の有無 (その内容)			
施設の入居に関する要件 自立している者を対象			
要支援の者を対象			
要介護の者を対象			
留意事項			
契約の解除の内容		入居契約書の第二条に記載	
体験入居の内容		入所～昼食～自由時間～夕食～入浴～就寝～朝食	
入居定員		22名	
その他			

③重要事項説明書

入居者の状況						
入居者の人数(報告に関する計画の基準日の前月末日)						
65歳未満	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
65歳以上75歳未満						
75歳以上85歳未満	2	3			1	
85歳以上	1					
	自立	要支援1	要支援2			合計
65歳未満						
65歳以上75歳未満						
75歳以上85歳未満						
85歳以上			1			
入居者の平均年齢						
入居者の男女別人数	男性	2		女性	6	
入居率(一時的に不在となっている者を含む。)						
前年度の有料老人ホームを退去した者の人数						
自宅等	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
社会福祉施設						
医療機関						
死亡者						
その他						
	自立	要支援1	要支援2			合計
自宅等						
社会福祉施設						
医療機関						
死亡者						
その他						
入居者の入居期間						
入居期間	6ヶ月未満	6ヶ月以上 1年未満	1年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上 15年未満	15年以上
入居者数						

③重要事項説明書

施設、設備等の状況

建物の構造	建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物				なし	あり							
	建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物				なし	あり							
居室の状況	区分		室数	人数	1の居室の床面積								
	一般居室個室	あり	なし	22	22	15.19m ²							
	一般居室個室	あり	なし			m ²							
	介護居室個室	あり	なし			m ²							
	介護居室相部屋	あり	なし			m ²							
	一時介護室	あり	なし			m ²							
						m ²							
						m ²							
						m ²							
						m ²							
共用便所の設置数	2	うち男女別の対応が可能な数											
		うち車椅子等の対応が可能な数			2								
個室の便所の設置数	1	個室における便所の設置割合			10割								
		うち車椅子等の対応が可能な数											
浴室の設備状況	浴室の数	個浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴								
		2											
その他、浴室の設備に関する事項													
食堂の設備状況													
入居者等が調理を行う設備状況				なし	あり								
その他、共用施設の設備状況													
なし	あり	(その内容)											
バリアフリーの対応状況													
(その内容)													
緊急通報装置の設置状況		なし	一部あり	各居室にあり									
外線電話回線の設置状況		なし	一部あり	各居室にあり									
テレビ回線の設置状況		なし	一部あり	各居室にあり									
施設の敷地に関する事項													
敷地の面積			1102.06m ²										
事業所を運営する法人が所有		なし	一部あり	あり									
抵当権の設定			なし	あり									
賃貸(借地)													
なし	あり	契約期間	始		終								
		契約の自動更新			なし	あり							

施設の建物に関する事項						
建物の構造		木造2階建				
建物の延床面積		699.92m ²				
事業所を運営する法人が所有		なし	一部あり	あり		
抵当権の設定		なし	なし	あり		
賃借(借家)						
なし	あり	契約期間	始		終	
		契約の自動更新			なし	あり

③重要事項説明書

利用者からの苦情に対応する窓口等の状況					
事業主体や施設に設置している利用者からの苦情に対応する窓口					
窓口の名称		ナーシング なないろ			
電話番号		0166-73-7308			
対応している時間		平日	9:00～17:00		
		土曜	9:00～17:00		
		日曜・祝日	休日		
定休日等					
上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等					
窓口の名称		ナーシング なないろ			
電話番号		0166-73-7308			
対応している時間		平日	9:00～17:00		
		土曜	9:00～17:00		
		日曜・祝日	休日		
定休日等					
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					
なし	あり	(その内容)	あいおい損害保険		
その他、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に関すること					
なし	あり	(その内容)			
サービスの提供内容に関する特色等					
(その内容)					
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					
なし	あり	実施した年月日			
		当該結果の開示状況	なし	あり	
第三者による評価の実施状況					
なし	あり	実施した年月日			
		実施した評価期間の名称			
		当該結果の開示状況	なし	あり	

③重要事項説明書

5. 利用料金

利用料の支払い方式	一時金方式	月払い方式	選択方式				
敷金		円(家賃の ヶ月分)					
一時金方式							
一時金及び月単位で支払う利用料							
年齢に応じた金額設定	なし	あり					
要介護状態に応じた金額設定	なし	あり					
料金プラン							
算定根拠	一時金	月額	(内訳)				
		計	家賃 相当額	介護費用	食費	光熱水費	管理費
※介護保険サービスの自己負担額は含まない。							
家賃相当額							
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。						
食費							
光熱水費							
管理費							
一時金							
一時金の償却に関する事項							
償却開始日の設定		入居日					
初期償却率(%)							
想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額							
権利金等(※)の額							
(※)平成24年3月31日までに老人福祉法第29条第1項の規定により届出がされた施設に限る。							
償却年月数 (想定居住期間)							

③重要事項説明書

	契約終了時返還金の算定方法及び返還金の例										
	保全措置の実施状況 なし あり (保全先)										
三月以内の契約終了による返還金について											
	三月の起算日	入居日									
契約終了日までの利用期間に係る利用料及び原状回復のための費用の算定方法											
一時金の支払方法											
月払い方式											
月単位で支払う利用料											
	年齢に応じた金額設定	なし	あり								
	要介護状態に応じた金額設定	なし	あり								
料金プラン											
算定根拠		月額	(内訳)								
		計	家賃 相当額	食費	光熱水費	管理費					
		120500	28000	45000	25000	12500					
※介護保険サービスの自己負担額は含まない。											
	家賃相当額	近隣及び自社の価格から算定									
	介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。									
	食費	月45,000円(朝:400円、昼:520円、夕:580円)									
	光熱水費	近隣及び自社の価格から算定									
	管理費	近隣及び自社の価格から算定									
	安心サポート費	近隣及び自社の価格から算定									

③重要事項説明書

一時金方式・月払い方式共通			
介護保険サービスの自己負担額			
内容	※要介護度に応じて介護費用の1割を徴収する。		
人員配置が手厚い場合の介護サービス(再掲)	なし	あり	
内容			
利用料	円（月額・日額）		
算定根拠			
支払い方法	月単位(日割りの有無	あり	なし
利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料			
利用者の個別的な選択による生活支援サービス		なし	あり
算定根拠			
料金改定の手続き			

6. その他

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	あり	なし
有料老人ホーム設置運営指導方針の不適合事項		
なし		
あり	(その内容)	

添付書類:「介護サービス等の一覧表」

※ _____ 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。

介護サービス等の一覧表 税抜

	(自立)		(要支援、要介護1~5)	
介護を行う場所			外部の在宅介護保険サービスにより、主として契約を結んだ居室内、内容によりホーム共用施設内。または、介護保険サービスを提供する他施設	
	一時金及び月額利用料に含むサービス	その都度徴収するサービス	介護保険給付、一時金及び月額利用料に含むサービス	その都度徴収するサービス
<介護サービス>				
○巡回 ・昼間 9時~16時 ・夜間 18時~8時			時間毎に巡回	
○食事介助 ○排泄介助 ○おむつ交換				外部の介護保険サービスを利用し、介護保険事業所に利用サービスの1割を支払う
○おむつ代		実費 基本的に個々で用意していただきます		実費 基本的に個々で用意していただきます
○入浴 ・清拭 ・入浴介助 ○身辺介助 ・体位交換 ・居室からの移動 ・衣類の着脱 ・身だしなみ介助 ○機能訓練				外部の介護保険サービスを利用し、介護保険事業所に利用サービスの1割を支払う
○付添い介助		付き添い人件費(1名につき) 1320円／1時間 (交通費別途)		付き添い人件費(1名につき) 1320円／1時間 (交通費別途)
○緊急時対応 ・ナースコール	24時間対応		24時間対応	
<生活サービス>				
○居室清掃 ○リネン交換 ○日常の洗濯	年一回居室内点検・消毒等	外部の介護保険サービスを利用し、介護保険事業所に利用サービスの1割を支払う 希望により個々でクリーニング契約	年一回居室内点検・消毒等	外部の介護保険サービスを利用し、介護保険事業所に利用サービスの1割を支払う 希望により個々でクリーニング契約
○フロント業務	来訪者の受付・取り次ぎ 不在時の伝言 郵便物・新聞・雑誌その他配達物の受付並びに保管手渡し 鍵の管理 タクシーハイヤー等の配車依頼 身元引受人及び家族への連絡		来訪者の受付・取り次ぎ 不在時の伝言 郵便物・新聞・雑誌その他配達物の受付並びに保管手渡し 鍵の管理 タクシーハイヤー等の配車依頼 身元引受人及び家族への連絡	
○居室配膳・下膳	希望時に随時		希望時に随時	
○嗜好に応じた特別食		実費 基本的に個々で用意していただきます		実費 基本的に個々で用意していただきます
○おやつ	食費に含まれる		食費に含まれる	
○理美容	業者の手配		業者の手配	
○買物代行(通常の利用区域) ○買物代行(上記以外の利用区域)		550円／1回(交通費別途) 例)近くの店での生活品購入など		550円／1回(交通費別途) 例)近くの店での生活品購入など

○役所手続き代行	相談・指導	1320円／1回(交通費別途) 例)税金等租税公課の納付など	相談・指導	1320円／1回(交通費別途) 例)税金等租税公課の納付など
○金銭・預金管理		人件費・事務費として 3000円／月税抜 ・入居者本人から依頼が あった場合 ・入居者本人が認知症 等で充分な判断能力を お持ちでなく、適切な管 理が行えないと認められ る場合であって、身元引 受人等の承諾を得た場 合 別紙様式の依頼・承諾 書類の提出 毎月1回定期報告を入 居者ご本人と身元引受 人等の方に行います		人件費・事務費として 3000円／月税抜 ・入居者本人から依頼が あった場合 ・入居者本人が認知症 等で充分な判断能力を お持ちでなく、適切な管 理が行えないと認められ る場合であって、身元引 受人等の承諾を得た場 合 別紙様式の依頼・承諾 書類の提出 毎月1回定期報告を入 居者ご本人と身元引受 人等の方に行います
○金銭管理(預金管理な		人件費・事務費として 1000円／1月税抜 入出金の伝票のみ		人件費・事務費として 1000円／1月税抜 入出金の伝票のみ
<健康管理サービス>				
○定期健康診断	希望者年1回実施 費用は入居者負担		希望者年1回実施 費用は入居者負担	
○健康相談 ○生活指導・栄養指導	バイタルチェックを必要 時に随時		バイタルチェックを必要 時に随時	
○服薬支援		外部の介護保険サー ビスを利用し、介護保険事 業所に利用サービスの1 割を支払う		外部の介護保険サー ビスを利用し、介護保険事 業所に利用サービスの1 割を支払う
○生活リズムの記録(排 便・睡眠等)	必要時に随時		必要時に随時	
○医師の往診	必要時に応じ実施 医療費は入居者負担		必要時に応じ実施 医療費は入居者負担	
<入退院時、入院中の サービス>				
○入退院時の同行 (協力医療機関)	対応		対応	
○入退院時の同行 (上記以外)				
○入院中の洗濯物交換 ・買物		人件費利用者負担 1200円／1時間税抜 (交通費別途)		人件費利用者負担 1320円／1時間 (交通費別途)
○入院中の見舞い訪問				
<その他サービス>				

有料サービス一覧表（税抜）

介護保険対象外、ケアプランにないサービス、もしくは介護保険を使わないでサービスを受ける場合の料金

	内 容	金 額
○食事介助		660円／1回(30分程度)
○特別食	医師の指示によるものやミキサー食等	77円加算／1食
○おむつ交換	おむつ交換、パッド交換、部分清拭	330円／1回
○入浴介助	移動、衣服着脱、洗身、洗髪等	1100円／1回
○清拭		1100円／1回
○起床、就寝介助	洗面、義歎洗浄、カーテン開閉等	660円／1回
○通院介助		付き添い人件費(1名につき) 1320円／1時間 (交通費別途)
○居室清掃	掃除機かけ、ゴミ回収	660円／1回
○リネン交換		330円／1回
○日常の洗濯		660円／1回
○買物代行	近くの店での生活品購入など	550円／1回(交通費別途)
○役所等手続き代行	税金等租税公課の納付など	1320円／1回(交通費別途)
○金銭・預金管理	・入居者本人から依頼があった場合 ・入居者本人が認知証等で充分な判断能力をお持ちでなく、適切な管理が行えないと認められる場合 であって、身元引受人等の承諾を得た場合 別紙様式の依頼・承諾書類の提出 毎月1回定期報告を入居者ご本人と身元引受人等の方に行います	人件費・事務費として 3300円／1月
○部分的な金銭管理 (預金管理なし)	預かり金の入出金の伝票のみ	人件費・事務費として 1100円／1月
○服薬支援	管理、与薬、分包等	3300円／1月
○移送サービス ○入退院時の同行 ○入院中の洗濯物交換 ・買物 ○入院中の見舞い訪問		人件費利用者負担 1320円／1時間 (交通費別途)