

重要事項説明書

記入年月日	2025年10月1日
記入者名	高橋 靖忠
所属・職名	フェリーチェ・ヴィータ 支配人

1. 設置者（*）

種類	個人／ <u>法人</u>	
	※法人の場合、その種類	医療法人
名称	(ふりがな) いりょうほうじん しゅうぶんかい 医療法人 修文会	
主たる事務所の所在地	〒478-0051 愛知県知多市朝倉町458番地	
連絡先	電話番号	0562-56-3000
	FAX番号	0562-56-3001
	ホームページアドレス	http://www.shubunkai.or.jp/
	メールアドレス	info@shubunkai.or.jp
代表者	氏名	柳澤 克明
	職名	理事長
設立年月日	平成10年 9月 11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) ふえりーちえさくだいら フェリーチェさくだいら	
所在地	〒385-0027 長野県佐久市佐久平駅北21番4	
主な利用交通手段	最寄駅	北陸新幹線・小海線 「佐久平」 駅
	交通手段と所要時間	① 電車利用の場合 ・JR佐久平駅より徒歩5分 ② 自動車利用の場合、佐久ICより5分
連絡先	電話番号	0267-78-3350
	FAX番号	0267-78-3357
	ホームページアドレス	http://www.shubunkai.or.jp/sakudaira
	メールアドレス	info@shubunkai.or.jp

		契約期間	<input type="checkbox"/> あり (平成 21 年 9 月 1 日～ 令和 17 年 6 月 30 日) <input type="checkbox"/> なし				
		契約の自動更新	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 全室個室（縁故者居室を含む）					
		<input type="checkbox"/> 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※	
	A1タイプ	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	29.69 m ²	5	一般居室個室	
	A2タイプ	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	29.69 m ²	28	一般居室個室	
	Cタイプ	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	36.36 m ²	4	一般居室個室	
	Bタイプ	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	38.25 m ²	4	一般居室個室	
Dタイプ	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	44.14 m ²	4	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)		2.2 m	その他の廊下	2.05 m		
共用施設	共用便所における 便房	5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		5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	0ヶ所	チェアー浴		0ヶ所		
			リフト浴		0ヶ所		
			ストレッチャー浴		0ヶ所		
			その他 ()		0ヶ所		
	食堂	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
入居者や家族が利用 できる調理設備	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						
エレベーター	<input type="checkbox"/> あり (車椅子対応) <input type="checkbox"/> あり (ストレッチャー対応) <input type="checkbox"/> あり (上記1・2に該当しない) <input type="checkbox"/> なし						
消防用設備 等	消火器	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
	自動火災報知設備	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
	火災通報設備	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
	スプリンクラー	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (※屋内消火栓10か所あり)					
	防火管理者	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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（ベッド洗面所） 1 あり 2 一部あり 3 なし
その他	リビング室（談話室）4ヶ所、ランドリー室5か所			

4. サービスの内容

（全体の方針）

運営に関する方針	関係市町村、地域の医療・保健福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスに務める。			
サービスの提供内容に関する特色	日常生活の世話、食事の提供、健康管理を行うことにより、利用者が事業所において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。			
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

（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記載不可

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。	入居継続支援加算	（Ⅰ）	1 あり	2 なし
		（Ⅱ）	1 あり	2 なし
	生活機能向上連携加算	（Ⅰ）	1 あり	2 なし
		（Ⅱ）	1 あり	2 なし
	ADL 維持等加算	（Ⅰ）	1 あり	2 なし
		（Ⅱ）	1 あり	2 なし
	個別機能訓練加算	（Ⅰ）	1 あり	2 なし
		（Ⅱ）	1 あり	2 なし
	夜間看護体制加算	（Ⅰ）	1 あり	2 なし
		（Ⅱ）	1 あり	2 なし
	若年性認知症入居者受入加算		1 あり	2 なし
	協力医療機関連携加算（※1）	（Ⅰ）	1 あり	2 なし
		（Ⅱ）	1 あり	2 なし

※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。	口腔衛生管理体制加算（※２）		1	あり	2	なし
	口腔・栄養スクリーニング加算		1	あり	2	なし
	退院・退所時連携加算		1	あり	2	なし
	退居時情報提供加算		1	あり	2	なし
	看取り介護加算	（Ⅰ）	1	あり	2	なし
		（Ⅱ）	1	あり	2	なし
	認知症専門ケア加算	（Ⅰ）	1	あり	2	なし
		（Ⅱ）	1	あり	2	なし
	高齢者施設等感染対策向上加算	（Ⅰ）	1	あり	2	なし
		（Ⅱ）	1	あり	2	なし
	新興感染症等施設療養費		1	あり	2	なし
	生産性向上推進体制加算	（Ⅰ）	1	あり	2	なし
		（Ⅱ）	1	あり	2	なし
	サービス提供体制強化加算	（Ⅰ）	1	あり	2	なし
		（Ⅱ）	1	あり	2	なし
		（Ⅲ）	1	あり	2	なし
	介護職員等処遇改善加算	（Ⅰ）	1	あり	2	なし
		（Ⅱ）	1	あり	2	なし
		（Ⅲ）	1	あり	2	なし
		（Ⅳ）	1	あり	2	なし
		（Ⅴ）（１）	1	あり	2	なし
		（Ⅴ）（２）	1	あり	2	なし
		（Ⅴ）（３）	1	あり	2	なし
		（Ⅴ）（４）	1	あり	2	なし
		（Ⅴ）（５）	1	あり	2	なし
		（Ⅴ）（６）	1	あり	2	なし
		（Ⅴ）（７）	1	あり	2	なし
		（Ⅴ）（８）	1	あり	2	なし
		（Ⅴ）（９）	1	あり	2	なし
		（Ⅴ）（１０）	1	あり	2	なし
		（Ⅴ）（１１）	1	あり	2	なし
		（Ⅴ）（１２）	1	あり	2	なし
		（Ⅴ）（１３）	1	あり	2	なし
		（Ⅴ）（１４）	1	あり	2	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		<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 4 その他 ()		
※複数選択可				
協力医療機関	1	名称	柳澤クリニック分院	
		住所	長野県佐久市佐久平駅北 2 1 番 4	
		診療科目	内科	
		協力科目	同上	
		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 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	<input type="checkbox"/> あり 2 なし
	2	名称	市立国保浅間総合病院	
		住所	長野県佐久市岩村田 1 8 6 2-1	
		診療科目	内科 糖尿病外来 脳神経外科・脳卒中診療科 外科・呼吸器外科 整形外科 眼科 産科 婦人科 泌尿器科 小児科 耳鼻咽喉科 歯科口腔外科 形成外科 健康管理科 心療内科 矯正歯科 循環器内科 肝臓外来 内分泌内科 不妊外来 睡眠時無呼吸外来 禁煙外来 乳房再建外来	
		協力科目	同上	
		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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2 なし
		新興感染症発生時に連携する医療機関	<input type="checkbox"/> あり	
医療機関の名称	柳澤クリニック分院			
医療機関の住所	長野県佐久市佐久平駅北 2 1 番 4			
2 なし				

協力歯科医療 機関	1	名称	浅間口歯科クリニック
		住所	長野県佐久市佐久平駅北20番5
		協力内容	訪問診療、訪問口腔ケア、往診

(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			
手続きの内容			
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	入居時60歳以上の方で、身元引受人・連帯保証人・残置物処理人を立てられる方。利用料の支払いができる方。同居人は配偶者又は3親等以内の親族の方。		
契約の解除の内容	① 入居者が死亡した場合 ② 入居者又は事業者から解約をした場合		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	① 入居資格虚偽 ② 使用義務違反 ③ 利用料支払い義務違反 通常の共同生活が営むことができず、社会通念上契約を継続することが困難であると考えられる場合（身体上・精神上	

		の問題も含む)
	解約予告期間	3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 2 なし	
入居定員		57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）			常勤換算人数 ※1※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者				
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				
調理員				
事務員				
その他職員				
1週間のうち、常勤の従業者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、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者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			

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			

(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			
言語聴覚士			
柔道整復士			
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 (時～ 時)			
	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		人	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)	: 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						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													
前年度1年間の退職者数													
応じた業務に従事した経験年数に 業務に従事した経験年数に 業務に従事した経験年数に	1年未満												
	1年以上												
	3年未満												
	3年以上												
	5年未満												
	5年以上												
	10年未満												
	10年以上												
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 ※不在期間が30日以上の場合、基本サービス費の減額あり	

利用料金	条件	物価変動、人件費の上昇により改定する場合がある。
の改定	手続き	運営懇談会で意見を聞き改定を実施する。

(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		自立	要介護2
	年齢		80歳	85歳
居室の状況	床面積		29.69㎡	44.14㎡
	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		148,000円	200,000円
月額費用の合計			182,460円	208,460円
家賃			74,000円	100,000円
サービス費用	特定施設入居者生活介護※ ¹ の費用		円	円
	介護保険外※ ²	食費	53,490円	53,490円
		管理費	11,000円	11,000円
		介護費用	円	円
		光熱水費（電気、ガスは実費）	円	円
		その他（基本サービス費）	44,000円	44,000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	建物の借地料、設備備品、借入利息を基本として家賃を算出
敷金	家賃の2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。
共益費※ ¹	階段・廊下等の共用部の維持管理に必要な光熱水費、上下水道使用料、エレベーター保守、メンテナンス費、清掃費、修繕費。
食費	食材費、栄養士その他食事部門の人件費、設備・備品代（調理具・食器等）。
光熱水費等※ ²	各戸の電気料金・ガス料金は入居者の負担。上下水道料金は共益費に含む。
利用者の個別的な選択に	別添2（個別選択による介護サービス一覧表）

よるサービス利用料	
その他のサービス利用料	基本サービス費：事務管理、基本サービス等に係る人件費、備品費、消耗品費。
※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。	

（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

費目	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（上乘せサービス）	
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

（前払金の受領）※前払金を受領していない場合は省略可能

算定根拠	
想定居住期間（償却年月数）	ヶ月
償却の開始日	入居日
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（初期償却額）	円
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了
	入居後3月を超えた契約終了
前払金の保全先	1 連帯保証を行う銀行等の名称
	2 信託契約を行う信託会社等の名称
	3 保証保険を行う保険会社の名称
	4 全国有料老人ホーム協会
	5 その他（名称： ）

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	36人
年齢別	65歳未満	2人
	65歳以上 75歳未満	2人
	75歳以上 85歳未満	6人

	85 歳以上	3 3 人
要介護度別	自立	1 5 人
	要支援 1	4 人
	事業対象者	1 人
	要支援 2	9 人
	要介護 1	8 人
	要介護 2	3 人
	要介護 3	0 人
	要介護 4	3 人
	要介護 5	0 人
入居期間別	6 ヶ月未満	0 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	5 人
	1 年以上 5 年未満	2 0 人
	5 年以上 10 年未満	1 3 人
	10 年以上 15 年未満	5 人
	15 年以上	一 人

(入居者の属性)

平均年齢	8 8 歳
入居者数の合計	4 3 人
入居率※	9 3 . 3 %
※ 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	0 人
	社会福祉施設	4 人
	医療機関	0 人
	死亡	1 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	5 人
		(解約事由の例) 自宅・有料老人ホームへの住み替え

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		フェリーチェさくいだいら 事務所
電話番号		0 2 6 7 - 7 8 - 3 3 5 0
対応している 時間	平日	9 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0
	土曜	9 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0
	日曜・祝日	9 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0
定休日		なし

(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"/> 1 あり	(その内容) (公財) 介護労働安定センター介護事業者賠償責任補償
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 事故対応マニュアルによる対応
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	随時
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 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
	<input checked="" type="checkbox"/> 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
	<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	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
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 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		<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	
	担当者の配置		<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし	
身体拘束等の適正化のための 取組の状況	身体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拘束その他の入居者の行動を制限する行為(身体拘束等)を行うこと						
	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	身体拘束等を行う場合の態様及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録	<input checked="" type="checkbox"/> 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		<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし	
	災害に関する業務継続計画		<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし	
	職員に対する周知の実施		<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	
	定期的な訓練の実施		<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし	
	定期的な業務継続計画の見直し		<input checked="" type="checkbox"/> 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 :) <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし						
有料老人ホーム設置時の老人	1 あり 2 なし						

福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし 【登録番号】長野県 1 2 0 0 1
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 checked="" 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 適合していない
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	なし
不適合事項がある場合の内容	

添付書類：別添 1（別の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			併設・隣接の状況	事業所の名称	所在地
<居宅サービス>					
訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
通所介護	あり	なし	併設・隣接		
通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
<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	併設・隣接		
夜間対応型訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
居宅介護支援	あり	なし	併設・隣接		
<居宅介護予防サービス>					
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
介護予防通所介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
<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	併設・隣接		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防支援	あり	なし	併設・隣接		
<介護保険施設>					
介護老人福祉施設	あり	なし	併設・隣接		
介護老人保健施設	あり	なし	併設・隣接		
介護療養型医療施設	あり	なし	併設・隣接		
介護医療院	あり	なし	併設・隣接		
<介護予防・日常生活支援総合事業>					
訪問型サービス	あり	なし	併設・隣接		
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接		
その他生活支援サービス	あり	なし	併設・隣接		

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			
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり		○	備考参照	家事援助サービス 660 円（（税込）／回 30 分
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり		○	備考参照	家事援助サービス 660 円（（税込）／回 30 分
おむつ代			なし	あり		○	備考参照	自己負担
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり		○	備考参照	家事援助サービス 660 円（（税込）／回 30 分
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		○	備考参照	家事援助サービス 660 円（（税込）／回 30 分
機能訓練	なし	あり	なし	あり			備考参照	業者による運動指導料は実費
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	備考参照	原則ご家族対応 ご家族が対応できない場合に対応 送迎・受付・同行 市内 30 分あたり 660 円
口腔衛生管理	なし	あり	なし	あり		○	備考参照	家事援助サービス 660 円（（税込）／回 30 分
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○	備考参照	家事援助サービス 660 円（（税込）／回 30 分
リネン交換	なし	あり	なし	あり		○	備考参照	家事援助サービス 660 円（（税込）／回 30 分
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	備考参照	家事援助サービス 660 円（（税込）／回 30 分
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			備考参照	理美容業者の料金による
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	備考参照	家事援助サービス 660 円（（税込）／回 30 分
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり				状況により実施
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 回以上
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	○			配薬・服薬確認のみ 薬の管理は薬局（薬剤師）による 実費
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり				状況による

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		○	備考参照	家事援助サービス 660 円 ((税込)／回 30 分
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○	備考参照	家事援助サービス 660 円 ((税込)／回 30 分
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり		○	備考参照	家事援助サービス 660 円 ((税込)／回 30 分
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり		○		状況による

※ 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、月額のサービス費用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。