

重要事項説明書

記入年月日	令和7年10月17日
記入者名	山口 和子
所属・職名	管理者

1. 設置者（*）

種類	個人／ <input checked="" type="checkbox"/> 法人	
	※法人の場合、その種類	社会福祉法人
名称	（ふりがな）しゃかいふくしほうじん けいじんふくしきょうかい 社会福祉法人 恵仁福祉協会	
主たる事務所の所在地	〒386-2201 長野県上田市真田町長 7141-1	
連絡先	電話番号	0268-72-2781
	FAX番号	0268-72-4702
	ホームページアドレス	http://www.azarean.jp
	メールアドレス	keijinfukushi@azarean.jp
代表者	氏名	小林 彰
	職名	理事長
設立年月日	平成4年4月13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）さーびすつきこうれいしゃむけじゅうたくあざれあん サービス付き高齢者向け住宅アザレアン	
所在地	〒386-2201 長野県上田市真田町長 7329-4	
主な利用交通手段	最寄駅	しなの鉄道 上田駅
	交通手段と所要時間	① 上田駅から車で約 20 分 ② 上信越道「上田菅平インター」より 車で約 10 分
連絡先	電話番号	0268-75-1202
	FAX番号	0268-75-1204

	ホームページアドレス	http://www.azarean.jp
	メールアドレス	keijinfukushi@azarean.jp
管理者	氏名	山口 和子
	職名	管理者
建物の竣工日		平成28年9月30日
有料老人ホーム事業の開始日		平成28年10月16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）		
<input checked="" type="checkbox"/> 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	年 月 日
	指定の更新日（直近）	年 月 日

3. 建物概要（*）

土地	敷地面積	1139.00 m ²	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地（普通賃借・定期賃借）	
		抵当権の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (2016年4月1日～2046年3月31日) 2 なし
		契約の自動更新	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
建物	延床面積	全体	680.40 m ² (2階建て)
		うち、老人ホーム部分	680.40 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	
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 鉄骨造	
		3 木造	
		4 その他（ ）	
	所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する建物	

		2 事業者が賃借する建物（普通賃借 ・ 定期賃借）				
		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			
		契約の自動更新	1 あり 2 なし			
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室 15 名定員				
		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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	18.11 m ²	1 室	一般居室個室
	タイプ 2	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	18.22 m ²	2 室	一般居室個室
	タイプ 3	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	18.28 m ²	1 室	一般居室個室
	タイプ 4	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	18.38 m ²	3 室	一般居室個室
	タイプ 5	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	18.49 m ²	5 室	一般居室個室
	タイプ 6	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	18.55 m ²	2 室	一般居室個室
	タイプ 7	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	25.64 m ²	1 室	一般居室個室
	タイプ 8	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ 9	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²		
タイプ 10	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 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。						
廊下の幅	中廊下 (向かい合いの居室に面している廊下)		1.8m	その他の廊下	1.8m	
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	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	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし				
入居者や家族が利用 できる調理設備	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし					
エレベーター	1 あり (車椅子対応) 2 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
緊急通報装置等	居室	便所	浴室	その他 ()
	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	1 あり
	2 一部あり	2 一部あり	2 一部あり	2 一部あり
	3 なし	3 なし	3 なし	<input checked="" type="checkbox"/> 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	入居者様に対し、適切なサービスを提供することにより健康状態の維持・改善を目的とし、その人らしく幸せに安らかな日々を普通に過ごせることを目標とした運営を目指します。			
サービスの提供内容に関する特色	同一建物内にヘルパーステーションを設置し、近隣にはディサービスを始めとする様々な介護サービスが整い安心して生活することが出来る。			
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	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施	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	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
※ 1 「協力医療機関連携加算	ADL 維持等加算	(Ⅰ)	1 あり	2 なし

<p>(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。</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>		(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
	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		1 救急車の手配		
※複数選択可		2 入退院の付き添い		
		3 通院介助		
		4 その他（ ）		
協力医療機関	1	名称	小林医院	
		住所	長野県上田市真田町傍陽 571	
		診療科目	内科	
		協力科目	内科	
		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	1 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	1 あり 2 なし
	2	名称	さなだクリニック	
		住所	長野県上田市真田町長 3908-1	
		診療科目	内科・整形外科・形成外科	
		協力科目	内科・整形外科・形成外科	
		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	1 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	1 あり 2 なし
	3	名称	本原クリニック	
		住所	長野県上田市真田町本原 610-1	
		診療科目	内科	

		協力科目	内科				
		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	1	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	1	あり	2	なし
	4	名称					
		住所					
		診療科目					
		協力科目					
		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	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	2	なし
	5	名称					
		住所					
		診療科目					
協力科目							
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	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	2	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	小林医院				
		医療機関の住所	長野県上田市真田町傍陽 571				
	2	なし					
協力歯科医療機関	1	名称	グリーン歯科				
		住所	長野県上田市中丸子 1408				
		協力内容	歯科				
	2	名称	高見沢歯科医院				
		住所	長野県上田市生田 5055-1				
		協力内容	歯科				

(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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項	① 家庭環境により、家庭での介護が困難な方 ② 共同生活を送るのに支障のない方	
契約の解除の内容	所定の期日までに文章にてご連絡下さい。	
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、通常の介護方法・接遇方法で防止できない場合等。
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (内容: 1 日単位～1 週間程度まで 1 日 3,000 円 (食費別) にて体験入居可能) 2 なし	
入居定員	15 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） 10 人			常勤換算人数 ※1※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1（兼務）	1（兼務）		
生活相談員	10	2	8	
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	2	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	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			
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	介護福祉士

		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 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					
	1年以上 3年未満					1	1				
	3年以上 5年未満						1				
	5年以上 10年未満						6				
	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 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・介護報酬改訂により、3年に1回程度改定する場合がある。	
	手続き	借主・貸主双方協議の上、改定する。	

(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		4	2
	年齢		88 歳	99 歳
居室の状況	床面積		18.11 m ²	18.49 m ²
	便所		<div>1</div> 有 2 無	<div>1</div> 有 2 無
	浴室		1 有 <div>2</div> 無	1 有 <div>2</div> 無
	台所		1 有 <div>2</div> 無	1 有 <div>2</div> 無
入居時点で 必要な費用	前払金		110,000 円	116,000 円
	敷金		100,000 円	100,000 円
月額費用の合計			160,500 円	173,500 円
家賃			55,000 円	58,000 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（3 食・30 日の場合）	45,000 円（税別）	45,000 円（税別）
		生活支援サービス費	30,000 円（税別）	30,000 円（税別）
		介護費用	円～	円
		光熱水費	18,000 円（税別）	18,000 円（税別）
		家事援助費（3 食・30 日の場合）	4,500 円（税別）	4,500 円（税別）
その他		都度払いサービス有り	都度払いサービス有り	
※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	55,000 円から 70,000 円 (国が定めた、特別養護老人ホーム・短期入所生活介護・介護老人保健施設・短期入所療養介護のユニット型個室居住費基準費用額 1,970 円/日と同程度の水準とした。)
敷金	100,000 円
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※ ¹	30,000 円 (税別)
食費	45,000 円 (税別) 【1 日当たり 1,500 円 (朝食 400 円/昼食 500 円夕食 600 円)】 嚥下食は毎食 100 円加算。特別食・行事食は実費。1 食当たり 50 円 (税別) 【家事援助費】
光熱水費等※ ²	18,000 円 (税別) 【水道光熱費・エレベーター管理費等】
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	有料サービスについては別途（税別）
<p>※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。</p> <p>※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。</p>	

(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（上乗せサービス）	
※ 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
初期償却率		%
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	4 人
	女性	10 人
年齢別	65 歳未満	0 人
	65 歳以上 75 歳未満	0 人

	75 歳以上 85 歳未満	5 人
	85 歳以上	9 人
要介護度別	自立	4 人
	要支援 1	0 人
	要支援 2	1 人
	要介護 1	2 人
	要介護 2	4 人
	要介護 3	1 人
	要介護 4	2 人
	要介護 5	0 人
入居期間別	6 ヶ月未満	3 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	0 人
	1 年以上 5 年未満	6 人
	5 年以上 10 年未満	5 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	89 歳
入居者数の合計	14 人
入居率※	93%
※ 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を含む。	

(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	2 人
	医療機関	0 人
	死亡	0 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	2 人
		(解約事由の例) 特別養護老人ホームへ入居のため

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		アザレアンさなだ
電話番号		0268-72-2781
対応している 時間	平日	午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分
	土曜	午前 9 時～午後 3 時
	日曜・祝日	午前 9 時～午後 3 時
定休日		毎年 12 月 30 日～1 月 3 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"/> 1 あり	(その内容) あいおいニッセイ同和損害保険 (株) 「介護保険・社会福祉事業者総合保険」
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 上記加入保険にて対応
	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	概ね年 1 回
		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	<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
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	<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
財務諸表の要旨	<input 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
財務諸表の原本	<input 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

10. その他

運営懇談会	<input type="checkbox"/> 1 あり (開催頻度) 年 1 回以上		
	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 type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	指針の整備	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	定期的な研修の実施	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	担当者の配置	<input 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 type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	指針の整備	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	定期的な研修の実施	<input 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		
	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	1 あり 2 なし
	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	災害に関する業務継続計画	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	職員に対する周知の実施	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	定期的な研修の実施	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	定期的な訓練の実施	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	定期的な業務継続計画の見直し	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
提携ホームへの移行	1 あり（提携ホーム名： ）		

【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <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 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 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	
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	ホームヘルパー ステーションア ザレアン	上田市真田町長 7329-4	
訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接	訪問入浴サービ スアザレアン	上田市真田町長 7141-1	
訪問看護	あり	なし	併設・隣接	訪問看護ステー ション真田	上田市真田町長 7141-1	
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	訪問看護ステー ション真田	上田市真田町長 7141-1	
通所介護	あり	なし	併設・隣接	ディサービスセ ンターアザレア ン	上田市真田町長 7141-1	
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	アザレアンさな だ	上田市真田町長 7141-1	
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	24時間型ホーム ヘルパーステー ションアザレア ン	上田市真田町長 7329-4	
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	萩の家 菅平の家	上田市真田町傍 陽6185-2 上田市菅平高原 1260-16	
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接	大畑の家 新田の家	上田市真田町本 原772-2 上田市上田2545 -5	
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接	萩・曲尾グルー プホーム 下原グループホ ーム 真田グループホ ーム 菅平グループホ ーム	上田市真田町傍 陽6185-2 上田市真田町本 原668-1 上田市真田町長 4205-2 上田市菅平高原 1260-16	
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	アザレアンさなだ 横尾サテライト アザレアンさなだ 大畑サテライト	上田市真田町長 7141-1 上田市真田町本 原772-2	
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	居宅介護支援センターアザレアン	上田市真田町長 7141-1
<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	訪問入浴サービスアザレアン	上田市真田町長 7141-1
介護予防訪問看護	あり	なし	併設・隣接	訪問看護ステーション真田	上田市真田町長 7141-1
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	訪問看護ステーション真田	上田市真田町長 7141-1
介護予防通所介護	あり	なし	併設・隣接	デイサービスセンターアザレアン	上田市真田町長 7141-1
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	アザレアンさなだ	上田市真田町長 7141-1
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	萩の家 菅平の家	上田市真田町傍 陽6185-2 上田市菅平高原 1260-16
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接	大畑の家 新田の家	上田市真田町本 原772-2 上田市上田2545-5
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接	萩・曲尾グループホーム 下原グループホーム 真田グループホーム 菅平グループホーム	上田市真田町傍 陽6185-2 上田市真田町本 原668-1 上田市真田町長 4205-2 上田市菅平高原 1260-16
介護予防支援	あり	なし	併設・隣接	デイサービスセンターアザレアン	上田市真田町長 7141-1
<介護保険施設>					
介護老人福祉施設	あり	なし	併設・隣接	アザレアンさなだ	上田市真田町長 7141-1
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	ホームヘルパーステーションアザレアン	上田市真田町長 7329-4
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接	デイサービスセンターアザレアン	上田市真田町長 7141-1
その他生活支援サービス	あり	なし	併設・隣接	日常生活支援総合事業アザレアン	上田市真田町長 3908-1

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	料金※3	備 考
介護サービス									
食事介助	なし	あり	なし	あり			○	実費	※外部介護保険サービス利用
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり			○	実費	※外部介護保険サービス利用
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			○	実費	※外部介護保険サービス利用
特浴介助	なし	あり	なし	あり			○	実費	※外部介護保険サービス利用
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり			○	実費	※外部介護保険サービス利用
機能訓練	なし	あり	なし	あり			○	実費	※外部介護保険サービス利用
通院介助	なし	あり	なし	あり			○	1000円/1h	※市内病院（要相談）基本的には家族対応
口腔衛生管理	なし	あり	なし	あり			○	実費	※外部介護保険サービス利用
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○				※週 1 回
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○				※週 1 回
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	500 円/1 回		
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		
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		○	実費		※外部サービス手配
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	500 円/30 分		※市内
家事援助	なし	あり	なし	あり		○	50 円/1 食		
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					※回数（年○回など）を明記すること
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		○	500 円 30 分	※市内（要相談）、基本的には家族対応	
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○	500 円 /30 分	※市内（要相談）、基本的には家族対応	
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。