

## 別紙様式

## 重要事項説明書

記入年月日	令和7年11月1日
記入者名	堀内 公子
所属・職名	施設看護師

※ 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」の一部改正について(令和4年8月18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3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から3まで及び6の内容については、別紙3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	個人/法人	
	※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 せいじゅかい 医療法人 青樹会	
主たる事務所の所在地	〒390-0852 長野県松本市島立2093	
連絡先	電話番号	0263-48-3300
	FAX番号	0263-48-2121
	メールアドレス	Somu @ inh.or.jp
	ホームページアドレス	http://inh.or.jp
代表者	氏名	一之瀬 峻輔
	職名	理事長
設立年月日	平成4年 10月 1日	
主な実施事業	※別添1(別を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)	しにあめぞん えみれ一つ シニアメゾン エミレーツ
所在地	〒390-0852 長野県松本市島立2094-5	
主な利用交通手段	最寄駅	大庭駅
	交通手段と所要時間	①電車利用の場合 ・松本駅からアルピコ交通上高地線乗車 6分 大庭駅下車徒歩 6分 ②自動車利用の場合 ・長野松本インターチェンジより 1分
連絡先	電話番号	0263-48-6602
	FAX番号	0263-48-6603
	メールアドレス	Kaigo @ inh.or.jp
	ホームページアドレス	http://inh.or.jp
管理者	氏名	川上 雅実
	職名	施設長
建物の竣工日		平成29年 11月 28日
有料老人ホーム事業の開始日		平成29年 12月 20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	1049.83 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( 普通賃借 ・ 定期賃借 )				
		抵当権の有無	1 あり 2 なし			
建物	延床面積	全体	1159.16 m <sup>2</sup>			
		うち、老人ホーム部分	1159.16 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( )				
居室の状況	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( 普通賃借 ・ 定期賃借 )			
	抵当権の設定		1 あり 2 なし			
居室区分 【表示事項】	居室区分	1 全室個室(縁故者個室を含む)				
		2 相部屋あり				
	【表示事項】	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	有/無	有/無	18.0 m <sup>2</sup>	16	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	18.6 m <sup>2</sup>	6	一般居室個室
	タイプ3	有/無	有/無	18.3 m <sup>2</sup>	4	一般居室個室
タイプ4	有/無	有/無	18.91 m <sup>2</sup>	3	一般居室個室	
タイプ5	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
タイプ6	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			

	タイプ7	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ8	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ9	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ10	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
※「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。						
共用施設	共用便所における 便房	8か所	うち男女別の対応が可能な便房		か所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房		2か所	
	共用浴室	1か所	個室		1か所	
			大浴場		か所	
	共用浴室における 介護浴槽	1か所	チェア浴		か所	
			リフト浴		か所	
			ストレッチャー浴		1か所	
			その他( )		か所	
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				
緊急通報装 置等	居室	便所	浴室	その他(スタッフルーム)		
	① あり	① あり	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	③ なし			
その他						

#### 4. サービス等の内容

(全体の方針)

運営に関する方針	<p>「すべては利用者さんと共に」</p> <p>1.利用者が終生尊厳をもって、安全で安心と安楽な生活を営むことが出来るよう、医療と介護の連携を図り、利用者中心のサービスを心構えとし、プライバシーを可能な限り尊重し、良質な利用者サービスの向上に努めます。</p> <p>2.地域の人々との関わりを大切にし、地域の皆様に適切で信頼されるサービスの提供の為、常に研鑽に励みサービスの向上に努めます。</p>
サービスの提供内容に関する特色	エミレーツは住み慣れた地域で生活する拠点です。複合的なサービス提供に加え、運営母体が同じである一之瀬脳神経外科病院との緊密な医療協力体制のもと、入居者の健康管理に努めます。また、急変時にはすみやかに対応します。
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  ※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	
口腔衛生管理体制加算(※2)		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・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	
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"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 <input type="checkbox"/> 4 その他(訪問診療医の確保)		
協力医療機関		1	名称	一之瀬脳神経外科病院
			住所	松本市島立2093
			診療科目	脳神経外科・神経内科・放射線科・麻酔科・形成外科 リハビリテーション科・総合診療科
	協力科目		脳神経外科・神経内科・内科・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	
	2	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	
	3	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	
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	1 あり				

時に連携する医療機関	医療機関の名称	一之瀬脳神経外科病院	
	医療機関の住所	松本市島立2093	
	2 なし		
協力歯科医療機関	1	名称	杉山歯科医院
		住所	松本市島立2237-76
		協力内容	歯科に関する内容
	2	名称	
		住所	
		協力内容	

(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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	要支援の者	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項	要介護認定4以上の方。ご本人、ご家族(身元引受人)に入居の意志があり、ご本人あるいは身元引受人が施設見学を済まされている方。	
契約の解除の内容	1、入居者が死亡した場合 2、入居者からの解約条項に基づき解約を行った時 3、事業者からの解約契約条項に基づき解除を通告し、予告期間が満了した時 (90日の予告期間が必要)	

事業主体から解約を求める場合	解約条項	<p>入居者が次のいずれかに該当し、かつそれにより入居契約をこれ以上将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合に、契約を解除する場合がある。</p> <p>1、入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居した時</p> <p>2、月払いの利用料その他の支払いを、正当な理由なく2ヶ月以上遅滞する時</p> <p>3、禁止又制限される行為の規定に反した時</p> <p>4、入居者の行動が、他の入居者・職員の生命に危害を及ぼし、又はその危害の切迫した恐れがあり、かつ有料老人ホームにおける通常の介護方法接遇方法では防止できない場合(その他は入居契約書参照)</p>
	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	<p>1 あり(内容: )</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 2 なし</p>	
入居定員		29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23名	常勤	非常勤	
管理者	1名	1名		
生活相談員		1名(兼務)		
直接処遇職員				
介護職員	14名	12名	2名	
看護職員	5名	5名		
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				

事務員	1名		1名	
その他職員	2名		2名	
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 <sup>※2</sup>				
<p>※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。</p> <p>※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。</p>				

(資格を有している介護職員の人数)

	合計		
	14名	常勤	非常勤
社会福祉士			
介護福祉士	13名	12名	1名
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	1名		1名
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( 16時 30分～翌日 9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 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		作業療法士							
	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	1名		3名							
前年度1年間の退職者数	1名		3名							
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満									
	1年以上3年未満									
	3年以上5年未満	1名		1名	1名	1名				
	5年以上10年未満			4名						
	10年以上	4名		8名	1名					
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】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式	
	<input type="checkbox"/> 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 減額なし <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 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	目的施設が所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案します。
	手続き	運営懇談会の意見を聞いたうえで改定するものとします。又改定にあたっては入居者及び身元引受人等へ事前に通知します。

(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5	要介護5
	年齢	歳	歳
居室の状況	床面積	18.0~18.91㎡	18.0~18.91㎡
	便所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無
	浴室	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無
	台所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無
入居時点で必要な費用	前払金	円	円
	敷金	100,000円	100,000円
月額費用の合計		175,700円	177,700円
家賃		50,000円	52,000円
サービス費用	※1 特定施設入居者生活介護の費用		円
	※2 介護保険外	食費	62,700(ムース食)円
		管理費	30,000円
		重度者ケア費	20,000円

	光熱水費	12,000円	12,000円
	その他(ベッド利用料)	1,000円	1,000円
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※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)</p>			

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	建物の賃借料・設備備品費・借入利息等を基礎として、1室あたりの家賃を算出した。
敷金	長期入居による退去時の室内現状回復に必要となる金額。
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	共用施設の維持管理・修繕費。事務管理部門・生活支援サービスの人件費・事務費。
食費	ムース食のみ提供、常食は取り扱いなし。(朝食660円・昼食660円・夕食770円)料金は目安、摂取分のみ自費扱い。入居時の状況により要相談。
光熱水費等※2	水道・電気・冷暖房使用量。給湯器(入浴時)のLPガス代。
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	
<p>※1 共用施設の修繕費、人件費等の用途をすべて記入し、「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(上乘せサービス)	
<p>※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p>	

(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)	か月
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	14人
	女性	13人
年齢別	65歳未満	人
	65歳以上 75歳未満	1人
	75歳以上 85歳未満	8人
	85歳以上	18人
要介護度別	自立	人
	要支援1	人
	要支援2	人
	要介護1	人
	要介護2	人
	要介護3	人
	要介護4	人
	要介護5	27人
入居期間別	6ヶ月未満	6人
	6ヶ月以上1年未満	5人
	1年以上5年未満	10人
	5年以上10年未満	6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	87歳
入居者数の合計	27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	人
	社会福祉施設	人
	医療機関	人
	死亡	9人
	その他	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	人
		(解約事由の例)

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	エミレーツ苦情相談窓口 (施設内) 苦情の対応について、施設長を苦情解決責任者とし、苦情処理体制を整備し、サービスに係る苦情に迅速に対応します。入居者からの苦情については、守秘義務を課しすみやかに対応します。 苦情受付の窓口は管理事務所とし、下記時間帯に対応します。	
電話番号	0263-48-6602	
対応している時間	平日	午前9時～午後5時
	土曜	午前9時～午後5時
	日曜・祝日	午前9時～午後5時
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"/> あり	(その内容) あいおいニッセイ同和損保の「介護保険・社会福祉事業総合保険」に加入。事業者は、契約に基づくサービスの提供にあたって万が一事故が発生し入居者の生命・身
---------------	--	---

		体・財産に損害が発生した場合は、不可抗力による場合を除きすみやかに入居者に対して損害の賠償を行います。ただし、入居者に故意又は重大な過失がある場合には損害賠償を減ずる場合があります。
	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"/> あり	(その内容) ・業者の責任により入居者に生じた損害は、すみやかにその損害を賠償します。 ・入居者に故意又は重大な過失が認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。
	2 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	

(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"/> あり	実施日	随時
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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"/> 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"/> あり	(開催頻度) 年 2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"/> あり 2 なし
	指針の整備	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	定期的な研修の実施	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	担当者の配置	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 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 checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	指針の整備	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	定期的な研修の実施	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 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	
	<input checked="" type="checkbox"/> あり	身体的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
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"/> あり 2 なし
	災害に関する業務継続計画	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	職員に対する周知の実施	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	定期的な研修の実施	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	定期的な訓練の実施	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	定期的な業務継続計画の見直し	<input checked="" type="checkbox"/> 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福祉法第29条第1項に規定す	<input checked="" type="checkbox"/> 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	

る届出	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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	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)

私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項の説明を受けました。

※ 入居者 住所

※ 氏名 印

※ 代理人 住所

※ 氏名 印 (続柄 )

説明年月日 年 月 日

説明者署名 \_\_\_\_\_ 印

※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 事業主体が松本市内で実施する他の介護サービス

介護サービス等の種類	併設・隣接の状況			事業所の名称	所在地
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>					
訪問介護	あり	なし	併設・隣接	一之瀬訪問介護ステーション	松本市島立2094-5
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	一之瀬訪問看護ステーション	松本市島立2100-2
訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接	一之瀬訪問リハビリテーション	松本市島立2100-2
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	一之瀬通所リハビリテーション	松本市島立2104
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		
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>					
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	一之瀬脳神経外科病院	松本市島立2093
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>					
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	一之瀬介護予防通所リハビリテーション	松本市島立2104
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		
<b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b>					
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		
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>					
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		
<b>&lt;介護予防・日常生活支援総合事業&gt;</b>					
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		
その他の生活支援サービス	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)			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			○		有償サービス重要事項説明書参照
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり			○		有償サービス重要事項説明書参照
おむつ代			なし	あり			○		実費
入浴(一般浴)介助・清拭	なし	あり	なし	あり			○		有償サービス重要事項説明書参照
特浴介助	なし	あり	なし	あり			○		有償サービス重要事項説明書参照
身辺介助(移動・着替え等)	なし	あり	なし	あり			○		有償サービス重要事項説明書参照
機能訓練	なし	あり	なし	あり					
通院介助	なし	あり	なし	あり					ご家族対応 要相談
口腔衛生管理	なし	あり	なし	あり			○		有償サービス重要事項説明書参照
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり			○		定期実施以外、有償サービス重要事項説明書参照
リネン交換	なし	あり	なし	あり			○		定期実施以外、有償サービス重要事項説明書参照
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり			○		有償サービス重要事項説明書参照
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			○		実費
理美容師による理美容サービス			なし	あり			○		実費
買い物代行	なし	あり	なし	あり			○		有償サービス重要事項説明書参照
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり			○		有償サービス重要事項説明書参照
金銭・貯金管理			なし	あり					要相談
健康管理サービス									
定期健康診断			なし	あり			○		年1回 医療機関において実施(希望時)
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									
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり			○		有償サービス重要事項説明書参照
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり			○		有償サービス重要事項説明書参照
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、2割又は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、月額サービス費用に含まれる場合と、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。