

重要事項説明書

記入年月日	令和6年1月2日
記入者名	堀内 公子
所属・職名	施設長

※ 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から3まで及び6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	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	Soumu @ 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) 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	堀内 公子
	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 ²				
	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・ <input checked="" type="checkbox"/> 定期賃借）				
		抵当権の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし			
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> あり (2017年11月1日～2067年10月31日) 2 なし			
契約の自動更新	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> なし					
建物	延床面積	全体	1159.16 m ²			
		うち、老人ホーム部分	1159.16 m ²			
	耐火構造	1 耐火建築物				
		<input checked="" type="checkbox"/> 準耐火建築物				
		3 その他（ ）				
	構造	<input checked="" type="checkbox"/> 鉄筋コンクリート造				
		2 鉄骨造				
		3 木造				
		4 その他（ ）				
	所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 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】	<input checked="" type="checkbox"/> 全室個室（縁故者個室を含む）				
		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	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.0 m ²	16	一般居室個室
	タイプ2	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.6 m ²	6	一般居室個室
	タイプ3	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.3 m ²	4	一般居室個室
	タイプ4	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.91 m ²	3	一般居室個室
	タイプ5	有/無	有/無	m ²		
	タイプ6	有/無	有/無	m ²		

	タイプ7	有/無	有/無	m ²			
	タイプ8	有/無	有/無	m ²			
	タイプ9	有/無	有/無	m ²			
	タイプ10	有/無	有/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。							
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	チェアー浴		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	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし			
入居者や家族が利 用できる調理設備	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし			
エレベーター	<input type="checkbox"/> 1	あり (車椅子対応)	<input checked="" type="checkbox"/> 2	あり (ストレッチャー対応)	<input type="checkbox"/> 3 あり (上記1・2に該当しない)		
	<input type="checkbox"/> 3	あり (上記1・2に該当しない)	<input type="checkbox"/> 4	なし			
消防用設備 等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
緊急通報装 置等	居室	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	一部あり	<input checked="" type="checkbox"/> 3	なし
	便所	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	一部あり	<input checked="" type="checkbox"/> 3	なし
	浴室	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	一部あり	<input checked="" type="checkbox"/> 3	なし
	その他(スタッフルーム)	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	一部あり	<input type="checkbox"/> 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	<p>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。</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

(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	入居継続支援加算	1 あり 2 なし	
	生活機能向上連携加算	1 あり 2 なし	
	個別機能訓練加算	1 あり 2 なし	
	夜間看護体制加算	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	
	医療機関連携加算	1 あり 2 なし	
	口腔衛生管理体制加算	1 あり 2 なし	
	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	
	看取り介護加算	1 あり 2 なし	
	認知症専門	(I)	1 あり 2 なし
	ケア加算	(II)	1 あり 2 なし
	サービス提	(I)イ	1 あり 2 なし

	供体制強化 加算	(Ⅰ)ロ	1 あり 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり 2 なし
		(Ⅲ)	1 あり 2 なし
	介護職員処 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 あり 2 なし
	介護職員等 特定処遇改 善加算	(Ⅰ)	1 あり 2 なし
(Ⅱ)		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 リハビリテーション科・形成外科・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	定期健康診断・かかりつけ医機能・状態悪化時の 対応など
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		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

(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 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なった時 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	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。 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 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

		3. 禁止また制限される行為の規定に反した時 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)
	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 (内容 :) 2 なし	
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	常勤	非常勤	
	18名			
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	12名	12名		
看護職員	3名	3名		
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			2名	
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		
	12名	常勤	非常勤
社会福祉士			
介護福祉士	12名	12名	
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	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)	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
---	-----------------------	--

合、本欄は省略可能)	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	看護師							
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			2名							
前年度1年間の 退職者数			2名							
応じた 業務に 従事 した 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						
	5年以上 10年未満			3名						
	10年以上	3名		8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 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】		1 全額前払い方式	
		2 一部前払い・一部月払い方式	
		<input 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		1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定		1 あり <input 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 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	運営懇談会等の意見を聴いたうえで改定するものとします。また、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 m ²	18.0～18.91 m ²	
	便所	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	浴室	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	台所	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input 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	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用		円	
	介護保険外 ^{※2}	食費	62,700（ムース食）円	62,700（ムース食）円
		管理費	30,000 円	30,000 円
		重度者ケア費	20,000 円	20,000 円
		光熱水費	12,000 円	12,000 円
	ベッド利用料	1,000 円	1,000 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	1日3食を提供する費用。常食は取り扱いなし。ムース食のみ提供（朝食660円・昼食660円・夕食770円）入居状況により提供できない場合あり。
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）	
※ 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）	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

(入居者の属性)

平均年齢	87 歳
入居者数の合計	22 人
入居率*	76%
※ 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	8 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、平日の午前9時から午後5時までとします。受付時間以外の申し出は、当直者が早急に苦情解決の対応をします。	
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"/> 1 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"/> 1 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"/> 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	<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	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
	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		
「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
<居宅サービス>					
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		
<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	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		
<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	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）			なし	あり
	なし	あり	なし	あり	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	
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費(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									
移送サービス	なし	あり	なし	あり					
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。