

重要事項説明書

記入年月日	令和6年12月1日
記入者名	日下 貴博
所属・職名	施設長

1. 設置者（*）

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) えーらいんかぶしきがいしゃ A-line 株式会社	
主たる事務所の所在地	〒385-0011 長野県佐久市猿久保 232-7	
連絡先	電話番号	0267-78-3661
	FAX番号	0267-78-3471
	ホームページアドレス	http://www.aline-kg.com
	メールアドレス	a-line@oboe.ocn.ne.jp
代表者	氏名	綱島 由紀子
	職名	代表取締役
設立年月日	平成22年4月9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) なーしんぐほーむえーこう ナーシングホームA光	
所在地	〒385-0011 長野県佐久市猿久保 232-7	
主な利用交通手段	最寄駅	小海線 北中込駅
	交通手段と所要時間	徒歩の場合 ・徒歩14分
連絡先	電話番号	0267-78-3470
	FAX番号	0267-78-3471

	ホームページアドレス	http:// www.aline-kg.com
	メールアドレス	a-line@oboe.ocn.ne.jp
管理者	氏名	日下 貴博
	職名	施設長
建物の竣工日		平成 26 年 10 月 31 日
有料老人ホーム事業の開始日		平成 26 年 11 月 1 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	2314.06 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 (<input checked="" type="checkbox"/> 普通賃借 ・ 定期賃借)				
		<table border="1"> <tr> <td>抵当権の有無</td> <td>1 あり <input checked="" type="checkbox"/> なし</td> </tr> <tr> <td>契約期間</td> <td><input type="checkbox"/> あり (平成 26 年 10 月 31 日～令和 16 年 10 月 31 日) 2 なし</td> </tr> <tr> <td>契約の自動更新</td> <td><input type="checkbox"/> あり 2 なし</td> </tr> </table>	抵当権の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	契約期間	<input type="checkbox"/> あり (平成 26 年 10 月 31 日～令和 16 年 10 月 31 日) 2 なし
抵当権の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> なし					
契約期間	<input type="checkbox"/> あり (平成 26 年 10 月 31 日～令和 16 年 10 月 31 日) 2 なし					
契約の自動更新	<input type="checkbox"/> あり 2 なし					
建物	延床面積	全体	889.34 m ²			
		うち、老人ホーム部分	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 ()				
2 なし						
構造	1 鉄筋コンクリート造					
	<input checked="" type="checkbox"/> 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					

		<input checked="" type="checkbox"/> 事業者が賃借する建物 (<input checked="" type="checkbox"/> 普通賃借 ・ 定期賃借)				
		抵当権の設定	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			
		契約期間	<input type="checkbox"/> あり (平成 26 年 10 月 31 日～令和 16 年 10 月 31 日) 2 なし			
		契約の自動更新	<input type="checkbox"/> あり 2 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)				
		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/無	有/無	13.5 m ²	17	一般居室個室
	タイプ 2	有/無	有/無	19.5 m ²	1	一般居室個室
	タイプ 3	有/無	有/無	m ²		
	タイプ 4	有/無	有/無	m ²		
	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。						
廊下の幅	中廊下 (向かい合いの居室に面している廊下)	m	その他の廊下	1.85m		
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	2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	2ヶ所		
			大浴場	ヶ所		
	共用浴室における介護浴槽	ヶ所	チェアー浴	ヶ所		
			リフト浴	ヶ所		
			ストレッチャー浴	ヶ所		
その他 ()			ヶ所			
食堂	<input type="checkbox"/> あり	2 なし				
入居者や家族が利用できる調理設備	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし				

	エレベーター	1 あり（車椅子対応） <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 type="checkbox"/>	あり	2	なし	
	自動火災報知設備	<input type="checkbox"/>	あり	2	なし	
	火災通報設備	<input type="checkbox"/>	あり	2	なし	
	スプリンクラー	<input type="checkbox"/>	あり	2	なし	
	防火管理者	<input type="checkbox"/>	あり	2	なし	
	防災計画	<input type="checkbox"/>	あり	2	なし	
緊急通報装置等	居室	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	あり	その他（ ）
	2 一部あり		2 一部あり		2 一部あり	
	3 なし		3 なし		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	<p>ナーシングホームA光は、日々の診察や急変時の対応から看取りまでを見据えた体制をとり、終末期の様々な利用者様に対して必要なケアを提供できる体制をベースに施設運営を行います。また、安心して日々の暮らしを営むことができるようサービスを提供しながら、入居者様の支援をさせていただきます。さらに、終末期の介護について心を込めて対応いたします。地域の中で真に価値ある施設として認められるよう、保健医療・福祉分野に貢献してまいります。</p>
サービスの提供内容に関する特色	<p>個別サービスを除いて、日常生活介護および水光熱費等は、管理費に含むサービスとさせていただきます。また、主治医の指示により、Aライン訪問看護ステーションからの医療的援助が受けられます。</p>
入浴、排せつ又は食事の介護	<input type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	<input type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし

健康管理の供与	☐ 自ら実施 2 委託 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	☐ 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	☐ 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

<p>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</p> <p>※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。</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>	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
	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 ※複数選択可		<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 <input type="checkbox"/> その他 ()	
協力医療機関	1	名称	医療法人対山会 岡田医院
		住所	長野県佐久市協和 6981
		診療科目	内科、外科、整形外科
		協力科目	内科、外科、整形外科
		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
		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	
	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	1 あり				

生時に連携する医療機関	医療機関の名称		
	医療機関の住所		
	<input type="checkbox"/> なし		
協力歯科医療機関	1	名称	
		住所	
		協力内容	
	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（ 施設が依頼し、入居者・家族が許可した場合 ）	
判断基準の内容	身体状況及びサービス提供内容	
手続きの内容	書面による同意	
追加的費用の有無	<input type="checkbox"/> あり 2 なし	
居室利用権の取扱い	住み替え後の居室に移行	
前払金償却の調整の有無	1 あり <input type="checkbox"/> なし	
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	<input type="checkbox"/> あり 2 なし
	便所の変更	<input type="checkbox"/> あり 2 なし
	浴室の変更	1 あり <input type="checkbox"/> なし
	洗面所の変更	1 あり <input type="checkbox"/> なし
	台所の変更	1 あり <input type="checkbox"/> なし
	その他の変更	1 あり
	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> あり 2 なし
	要支援の者	<input type="checkbox"/> あり 2 なし
	要介護の者	<input type="checkbox"/> あり 2 なし
留意事項		
契約の解除の内容	① 入居者が死亡した場合	

	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	1		1
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 (20 時～ 7 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	1 人	1 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)	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	

サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	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 <input type="checkbox"/> なし								
	業務に係る資格等		<input type="checkbox"/> あり								
			資格等の名称	救命救急士							
		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			3						
前年度1年間の退職者数					3						
応じた業務に従事した経験年数に 職員の人数	1年未満				2						
	1年以上 3年未満				1						
	3年以上 5年未満	1									
	5年以上 10年未満	1									
	10年以上			1							
従業者の健康診断の実施状況			<input type="checkbox"/> あり 2 なし			採用時に		1 あり <input type="checkbox"/> 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"/> 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		
	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり <input type="checkbox"/> 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15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	消費者物価指数や人件費等を勘案
	手続き	運営懇談会の意見を聞く

（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	要支援1～要介護5	要支援1～要介護5	
	年齢	70歳	85歳	
居室の状況	床面積	13.5㎡	19.5㎡	
	便所	1 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 2 無	
	浴室	1 有 <input type="checkbox"/> 無	1 有 <input type="checkbox"/> 無	
	台所	1 有 <input type="checkbox"/> 無	1 有 <input type="checkbox"/> 無	
入居時点で 必要な費用	前払金	円	円	
	敷金	60,000円	62,000円	
月額費用の合計		164,150円	166,150円	
家賃		60,000円	62,000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	34,150円	34,150円
		管理費	15,000円	15,000円
		介護費用	35,000円	35,000円
		光熱水費	20,000円	20,000円
その他	都度払いサービス有	都度払いサービス有		
<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	周辺家賃相場にて算定
敷金	家賃の1ヶ月分、退去時精算（原状回復）
介護費用	介護、給食、健康維持、生活サービス等の人件費
管理費 ^{※1}	設備維持管理費、管理事務諸費
食費	1日あたり1,020円（税別）×月ごとの日数（朝240円 昼390円 夜

	390 円) で算定 ※欠食の場合 2 週間前までの申出により減額
光熱水費等※2	水道、電気、暖房使用料
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	
※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。 ※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
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	9人
	女性	5人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上 75歳未満	2人
	75歳以上 85歳未満	4人
	85歳以上	7人
要介護度別	自立	人
	要支援1	人
	要支援2	人
	要介護1	1人
	要介護2	1人
	要介護3	1人
	要介護4	2人
	要介護5	9人
入居期間別	6ヶ月未満	0人
	6ヶ月以上1年未満	4人
	1年以上5年未満	7人
	5年以上10年未満	3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	83.64歳
入居者数の合計	14人
入居率※	77.7%
※ 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		ナーシングホームA光
電話番号		0267-78-3470
対応している 時間	平日	8:30~17:30
	土曜	8:30~17:30
	日曜・祝日	8:30~17:30
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 type="checkbox"/> あり	(その内容) 東京海上日動火災保険の「事業活動包括保険」(施設・事業活動遂行事故などに適用)
	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 type="checkbox"/> あり	(その内容) 費用の負担
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input 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	1 あり	実施日	
		結果の開示	1 あり 2 なし
<input type="checkbox"/> 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 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 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	1 入居希望者に公開

	2 入居希望者に交付 ㊸ 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 ㊸ 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 ㊸ 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 ㊸ 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> あり	2 なし
	指針の整備		<input type="checkbox"/> あり	2 なし
	定期的な研修の実施		<input type="checkbox"/> あり	2 なし
	担当者の配置		<input type="checkbox"/> 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"/> あり	2 なし
	指針の整備		<input type="checkbox"/> あり	2 なし
	定期的な研修の実施		<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 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
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"/> あり	2 なし
	災害に関する業務継続計画		<input type="checkbox"/> あり	2 なし
	職員に対する周知の実施		<input type="checkbox"/> あり	2 なし

	定期的な研修の実施	<input type="checkbox"/> あり	2	なし
	定期的な訓練の実施	<input type="checkbox"/> あり	2	なし
	定期的な業務継続計画の見直し	<input type="checkbox"/> あり	2	なし
提携ホームへの移行 【表示事項】	<input type="checkbox"/> あり (提携ホーム名: ナーシングホーム A 優・ナーシングホーム A 愛) 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	<input 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"/> 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"/> 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。

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	Aライン訪問 介護事業所	上田市古安曾20 42-6
訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接	Aライン訪問 入浴サービス	佐久市岩村田北 1-24-3
訪問看護	あり	なし	併設・隣接	Aライン訪問 看護ステーション	佐久市猿久保66 8-1
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		
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	佐久こまば居 宅介護支援事 業所	佐久市猿久保23 2-7
＜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	Aライン訪問 入浴サービス	佐久市岩村田北 1-24-3
介護予防訪問看護	あり	なし	併設・隣接	Aライン訪問 看護ステーション	佐久市猿久保66 8-1
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		
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	Aライン訪問 介護事業所	上田市古安曾20 42-6
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		備考
	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	
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり		○		経管栄養の場合 200 円/回
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	○			
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	○			
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	○			
機能訓練	なし	あり	なし	あり				
通院介助	なし	あり	なし	あり				
口腔衛生管理	なし	あり	なし	あり	○			
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○			
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○			
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	実費	業者委託料 1 ネット 880 円/ドライ品 330 円
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		○	実費	外部サービスを利用
買い物代行	なし	あり	なし	あり				
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				
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				
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。