

重要事項説明書

記入年月日	令和6年12月16日
記入者名	原 英理
所属・職名	管理者・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) しんしゅうりぞーとさーびす かぶしきがいしゃ 信州リゾートサービス 株式会社	
主たる事務所の所在地	〒384-2309 長野県北佐久郡立科町芦田八ヶ野 210	
連絡先	電話番号	0267-55-7777
	FAX番号	0267-55-6018
	ホームページアドレス	http://www.sresort.jp
	メールアドレス	info@sresort.jp
代表者	氏名	安江 高治
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和 5 7 年 1 月 1 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) わーどすてい ぐらん・いけのまえ ワールドステイ グラン・池の前	
所在地	〒384-0808 長野県小諸市御影新田 2190-3	
主な利用交通手段	最寄駅	しなの鉄道線 平原駅
	交通手段と所要時間	平原駅より自動車利用にて乗車 6 分
連絡先	電話番号	0267-31-6541
	FAX番号	0267-25-4188
	ホームページアドレス	http://www.ws-grand.com/
	メールアドレス	g-ikenomae@dia.janis.or.jp
管理者	氏名	原 英理

	職名	施設長
	建物の竣工日	平成24年10月10日
	有料老人ホーム事業の開始日	平成24年12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）		
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	1776.83㎡	
	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
契約期間		① あり (2012年5月1日～2062年4月30日) 2 なし	
	契約の自動更新	1 あり ② なし	
建物	延床面積	全体	999.93㎡
		うち、老人ホーム部分	837.62㎡
	耐火構造	1 耐火建築物	
		② 準耐火建築物	
		3 その他（ ）	
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	
	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 (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	25.82 m ²	22	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	31.88 m ²	1	一般居室相部屋
	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)	なし	その他の廊下	1.62m		
共用施設	共用便所における 便房	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	0ヶ所		
	共用浴室	ヶ所	個室	0ヶ所		
			大浴場	0ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	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 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 (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	その他 () 1 あり 2 一部あり 3 なし		

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	入居者様の精神的、体力的な負担を軽減して日々穏やかに過ごす喜びを感じられるようお手伝い致します。
サービスの提供内容に関する特色	<ul style="list-style-type: none"> ・協力医療機関の医師や訪問看護サービス及びケアマネージャー、そしてご家族様と協力、連携しての看取りが可能です。 ・看護師スタッフによる胃ろう、経管栄養など医療ニーズに対応します。 ・きざみ食やとろみ食など、身体状況に合わせた食事を提供します。また、食事介助もします。 ・夜間は夜勤者一人体制にて見回り、緊急通報対応、排泄介助、おむつ交換等の対応をします。
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 (掃除は一部自ら実施)	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	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 ※複数選択可	<input checked="" type="radio"/> 救急車の手配 <input checked="" type="radio"/> 入退院の付き添い <input checked="" type="radio"/> 通院介助 <input checked="" type="radio"/> その他（往診時対応、医師への連絡調整、服薬支援）				
協力医療機関	1	名称	佐久長土呂クリニック		
		住所	長野県佐久市長土呂 803-26		
		診療科目	内科、小児科、リハビリテーション科、消化器内科		
		協力科目	内科、消化器内科		
		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	<input checked="" type="radio"/> あり	<input type="radio"/> 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 checked="" type="radio"/> あり	<input type="radio"/> 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	

			行う体制を常時確保	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	佐久長土呂クリニック		
		医療機関の住所	長野県佐久市長土呂 803-26		
	2	なし			
協力歯科医療機関	1	名称	ゆみ歯科医院		
		住所	長野県小諸市御影新田 2131-15		
		協力内容	往診、受診		
	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 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 (要相談) 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	<p><入居条件ほか></p> <ul style="list-style-type: none"> ・入居者自らが居住のみの目的で使用する方で、60歳以上もしくは60歳未満で要介護認定を受けている方。 ・二人部屋での同居人は、配偶者、60歳以上もしくは60歳未満で要介護、要支援認定を受けている親族及び、知事から特別な理由により認められた方。 ・連帯保証人及び身元引受人が定められる方。 ・デイサービスについては、当建物に隣接しているデイサービスを利用できます。その他の介護サービスは外部サービスの利用となります。 ・医療処置を必要とされる方はご相談ください。 ・生活保護者の方はご相談ください。 <p><入居をお断りする場合ほか></p> <ul style="list-style-type: none"> ・入居条件を満たさない方。 ・寝たきりなど要介護度の重い方や、重度の認知症の方で、入居者本人の安全が確保できない場合。 ・感染症等を発症しているまたは発症する可能性があり、他の人に感染させるおそれのある方。 ・反社会的勢力および反社会的勢力と関係のある方。 ・暴力をふるう等他の人に害をおよぼすおそれのある方。 	

	<ul style="list-style-type: none"> ・ペットは禁止とします。 <p><連帯保証人・身元引受人の義務></p> <ul style="list-style-type: none"> ・連帯保証人は、契約から生じる入居者全ての債務を極度額の範囲内にて連帯保証する。 ・身元引受人は、契約終了時において入居者の身柄及び私物について責任を持って引き取る。 ・入居者の病気、けが等による治療、入院に関する事項については身元引受人が適切に対応する。 ・入居者の意思決定が困難になった場合は、身元引受人が代りに判断するとともに入居者の責務を負う。 <p><残置物引取人></p> <ul style="list-style-type: none"> ・身元引受人以外の人に残置物を引き取ってもらいたい場合は残置物引取人を定める事ができます。
契約の解除の内容	<ul style="list-style-type: none"> ・建物の全部が滅失またはその他の事由により使用できなくなった場合。 ・入居者または事業者により解約がおこなわれた場合。
事業主体から解約を求める場合	<p>解約条項</p> <ul style="list-style-type: none"> ・契約されている賃料ほか各費用の支払い義務が履行されない場合。 ・入居条件である使用目的の義務が履行されない場合。 ・他人に迷惑をかける行為等の禁止事項及び制限事項が履行されない場合。 <p>※入居条件に虚偽や不正があった場合。 ※反社会的勢力と関係をもった時。 ※入居者が死亡した場合。</p> <p>上記※の項目に該当する場合は、催告なしに解約となります。</p>
	<p>解約予告期間</p> <p>相当の期間解約条項の※以外の項目の場合は、相当の期間を定めた催告をした上での解約となります。</p>
入居者からの解約予告期間	30日
体験入居の内容	<p>1 あり（内容： ）</p> <p>② なし</p>
入居定員	24人（1人部屋×22室、2人部屋×1室）
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	1	1	0	
生活相談員	3	1	2	
直接処遇職員	16	9	7	
介護職員	13	8	5	
看護職員	3	1	2	
機能訓練指導員	2	0	2	
計画作成担当者	0	0	0	
栄養士	0	0	0	
調理員	0	0	0	
事務員	0	0	0	
その他職員	0	0	0	
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	0	0	0
介護福祉士	4	1	3
実務者研修の修了者	1	1	0
初任者研修の修了者	3	3	0
介護支援専門員	0	0	0

（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	3	1	2

理学療法士	0	0	0
作業療法士	0	0	0
言語聴覚士	0	0	0
柔道整復士	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0
はり師	0	0	0
きゅう師	0	0	0

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (17 時 ~ 9 時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0 人	0 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	准看護師						
業務に係る資格等		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	0	1	2	3	0	0	0	0	0	0

前年度1年間の退職者数	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
応じた業務に従事した職員の人数 経験年数に	1年未満	0	1	2	2	0	0	0	1	0	0
	1年以上 3年未満	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
	3年以上 5年未満	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0
	5年以上 10年未満	0	1	3	1	1	0	0	1	0	0
	10年以上	1	0	1	0						
	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	租税、その他の負担の増減、諸物価の上昇、その他の経済事情の変動 近隣比較等から不相当となった場合
	手続き	利用者様と協議の上、決定する

（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	要介護度	1	5

況	年齢	92歳	83歳	
居室の状況	床面積	25.82㎡	25.82㎡	
	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	0円	0円	
	敷金	165,000円	165,000円	
月額費用の合計		124,060円	85,460円	
家賃		55,000円	55,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用		—————	
	介護保険外 ^{※2}	食費	48,600円	—————
		管理費	10,670円	10,670円
		介護費用	0円	10,000円
		光熱水費	4,290円	4,290円
		その他	5,500円	5,500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	地域の相場を基に建物の特性を加味して決定
敷金	家賃の3ヶ月分
介護費用	介護保険サービスは外部サービス利用の為、おむつ等利用分のみ
管理費 ^{※1}	清掃・営繕作業費用・保守点検費用・維持管理費用・光熱水費（居室含む）
食費	1食540×（30日×3食）＝48,600（税込み）利用分のみ
光熱水費等（冬期暖房費） ^{※2}	冬期暖房費（11月～4月のみエアコン使用に伴う電気費増額分として）
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添3別表第1生活支援オプション内容・料金表による
その他（生活支援基本料）	緊急、急用対応・健康管理、相談・安否確認・生活相談・代理、管理業務
<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>	

	要介護 2	6 人
	要介護 3	2 人
	要介護 4	5 人
	要介護 5	0 人
入居期間別	6 ヶ月未満	2 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	3 人
	1 年以上 5 年未満	10 人
	5 年以上 10 年未満	2 人
	10 年以上 15 年未満	1 人
	15 年以上	0 人

(入居者の属性)

平均年齢	88 歳
入居者数の合計	18 人
入居率※	75%
※ 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	2 人
	社会福祉施設	0 人
	医療機関	1 人
	死亡	6 人
	その他	1 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	4 人
	(解約事由の例)	<ul style="list-style-type: none"> ・他の施設（特養含む）への入居が決定した ・長期入院で退院の見込みがないため

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	ワールドステイ グラン・池の前
電話番号	0267-31-6541

対応している 時間	平日	午前 8 : 30～午後 5 : 30
	土曜	同上
	日曜・祝日	同上
定休日		なし

窓口の名称		小諸市高齢者福祉課
電話番号		0267-22-1700 (代)
対応している 時間	平日	午前 8 : 30～午後 5 : 15
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土・日・祭

窓口の名称		長野県国保連介護保険課苦情処理係
電話番号		026-238-1580
対応している 時間	平日	午前 8 : 30～午後 5 : 15
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土・日・祭

(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	① あり	三井住友海上火災保険株式会社 商品名：福祉事業者総合賠償責任保険
	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	① あり	事故対応マニュアルに沿って行う
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	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	1 あり	実施日	
		結果の開示	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	
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="radio"/> 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="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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="radio"/> 1 あり 2 なし
	指針の整備	<input checked="" type="radio"/> 1 あり 2 なし
	定期的な研修の実施	<input checked="" type="radio"/> 1 あり 2 なし
	担当者の配置	<input checked="" type="radio"/> 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="radio"/> 1 あり 2 なし
	指針の整備	<input checked="" type="radio"/> 1 あり 2 なし
	定期的な研修の実施	<input checked="" type="radio"/> 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="radio"/> 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

	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="radio"/> 1 あり 2 なし
	災害に関する業務継続計画	<input checked="" type="radio"/> 1 あり 2 なし
	職員に対する周知の実施	<input checked="" type="radio"/> 1 あり 2 なし
	定期的な研修の実施	<input checked="" type="radio"/> 1 あり 2 なし
	定期的な訓練の実施	<input checked="" type="radio"/> 1 あり 2 なし
	定期的な業務継続計画の見直し	<input checked="" type="radio"/> 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="radio"/> 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="radio"/> 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="radio"/> 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="radio"/> 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)	併設・隣接	
訪問入浴介護	あり (な)	併設・隣接	
訪問看護	あり (な)	併設・隣接	
訪問リハビリテーション	あり (な)	併設・隣接	
居宅療養管理指導	あり (な)	併設・隣接	
通所介護	あり (な)	併設・隣接	
通所リハビリテーション	あり (な)	併設・隣接	
短期入所生活介護	あり (な)	併設・隣接	
短期入所療養介護	あり (な)	併設・隣接	
特定施設入居者生活介護	あり (な)	併設・隣接	
福祉用具貸与	あり (な)	併設・隣接	
特定福祉用具販売	あり (な)	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)	併設・隣接	
夜間対応型訪問介護	あり (な)	併設・隣接	
地域密着型通所介護	あり (な)	併設・隣接	
認知症対応型通所介護	あり (な)	併設・隣接	
小規模多機能型居宅介護	あり (な)	併設・隣接	
認知症対応型共同生活介護	あり (な)	併設・隣接	
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり (な)	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)	併設・隣接	
看護小規模多機能型居宅介護	あり (な)	併設・隣接	
居宅介護支援	あり (な)	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)	併設・隣接	
介護予防訪問看護	あり (な)	併設・隣接	
介護予防訪問リハビリテーション	あり (な)	併設・隣接	
介護予防居宅療養管理指導	あり (な)	併設・隣接	
介護予防通所介護	あり (な)	併設・隣接	
介護予防通所リハビリテーション	あり (な)	併設・隣接	
介護予防短期入所生活介護	あり (な)	併設・隣接	
介護予防短期入所療養介護	あり (な)	併設・隣接	
介護予防特定施設入居者生活介護	あり (な)	併設・隣接	
介護予防福祉用具貸与	あり (な)	併設・隣接	
特定介護予防福祉用具販売	あり (な)	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)	併設・隣接	
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり (な)	併設・隣接	
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり (な)	併設・隣接	
介護予防支援	あり (な)	併設・隣接	
＜介護保険施設＞			
介護老人福祉施設	あり (な)	併設・隣接	
介護老人保健施設	あり (な)	併設・隣接	
介護療養型医療施設	あり (な)	併設・隣接	
介護医療院	あり (な)	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	<input checked="" type="radio"/>	併設・隣接		
通所型サービス	<input checked="" type="radio"/>	なし	併設・隣接		
その他生活支援サービス	あり	<input checked="" type="radio"/>	併設・隣接		

※ 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。