

重要事項説明書

記入年月日	令和5年10月1日
記入者名	林 武史
所属・職名	館長

1. 設置者（*）

種類	個人 <input checked="" type="radio"/> 法人 <input type="radio"/>	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきかいしやらいふさーびすおぐち 株式会社 ライフサービスオグチ	
主たる事務所の所在地	〒393-0085 長野県諏訪郡下諏訪町 4934-1	
連絡先	電話番号	0266-27-4820
	FAX番号	0266-27-4822
	ホームページアドレス	http://life-service-oguchi.com
	電子メールアドレス	oguchi@life-service-oguchi.com
代表者	氏名	小口 剛
	職名	代表取締役社長
設立年月日	昭和・平成 <input checked="" type="radio"/> 3 年 11 月 22 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) かーさ・で・そるすわこ カーサ・デ・ソル諏訪湖	
所在地	〒393-0046 長野県諏訪郡下諏訪町東赤砂 10802	
主な利用交通手段	最寄駅	下諏訪駅
	交通手段と所要時間	例：①徒歩 18 分 ②自動車利用の場合 ・乗車 5 分

連絡先	電話番号	0266-27-0317
	FAX番号	0266-27-0318
	ホームページアドレス	http://www.casadelsol.jp
	電子メールアドレス	life@casadelsol.jp
管理者	氏名	林 武史
	職名	館長
建物の竣工日		昭和・平成 22年 7月 1日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 22年 7月 1日

(類型)【表示事項】

<input checked="" type="radio"/> 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) <input type="radio"/> 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="radio"/> 3 住宅型 <input type="radio"/> 4 健康型		
1 又は 2 に 該当する場 合	介護保険事業者番号	2072300631
	指定した自治体名	長野県 (市)
	事業所の指定日	平成 22年 7月 1日
	指定の更新日 (直近)	令和 2年 6月 28日

3. 建物概要 (*)

土地	敷地面積	5,785.97 m ²	
	所有関係	<input checked="" type="radio"/> 1 事業者が自ら所有する土地	
		2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	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	
建物	延床面積	全体	4,458.98 m ²
		うち、老人ホーム部分	m ²
	耐火構造	<input type="radio"/> 1 耐火建築物 <input checked="" type="radio"/> 2 準耐火建築物 <input type="radio"/> 3 その他 ()	
	構造	<input checked="" type="radio"/> 1 鉄筋コンクリート造 <input type="radio"/> 2 鉄骨造 <input checked="" type="radio"/> 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					
	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				
		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 A	有/無	有/無	14.28 m ²	30	介護居室個室
	タイプ2 B	有/無	有/無	13.09 m ²	6	介護居室個室
	タイプ3 C	有/無	有/無	13.00 m ²	11	介護居室個室
	タイプ4 D	有/無	有/無	25.93 m ²	19	一般居室個室
	タイプ5 F	有/無	有/無	53.37 m ²	9	一般居室個室
	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	m		
共用施設	共用便所における便房	12ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	12ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	9ヶ所		
	共用浴室	7ヶ所	個室	4ヶ所		
			大浴場	3ヶ所		
	共用浴室における介護浴槽	3ヶ所	チェアー浴	3ヶ所		
			リフト浴	1ヶ所		
			ストレッチャー浴	1ヶ所		
その他 ()			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（ ）	1 あり	2 一部あり	3 なし
その他	健康相談室、小ホール等			

4. サービスの内容

（全体の方針）

運営に関する方針	<p>本事業所は、入居者の人生の役に立つ、質の高いサービスを常に感謝の心で考え提供する。職員は、入居者が快適に生活できるよう援助すると共に、心身の特性を踏まえて、能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、援助(介助)を行います。更に、地域との結びつきを重視し、総合的なサービスの提供に努めるものとし、安全かつ継続的な事業運営に努めます。</p>
サービスの提供内容に関する特色	<p>ご入居者一人一人のニーズにあったサービスの提供をこころがけています。又、ご入居者やご家族の方々と共に協力しながら、ホームでの”生活”を楽しんでいただくような様々な工夫を試みています。食事は委託された専門業者がホームの厨房で調理師が皆様のニーズに基づきながら様々な料理を提供しています。</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	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	
	介護職員処遇改善加算	① あり 2 なし	
	介護職員等特定処遇改善加算	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	
	サービス提供体制強化 加算	(Ⅰ)イ	① あり 2 なし
		(Ⅰ)ロ	1 あり ② なし
(Ⅱ)		1 あり ② なし	
(Ⅲ)		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) 2.5 : 1	
	2 なし		

(医療連携の内容)

医療支援	※複数選択可	① 救急車の手配	
		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	市瀬医院
		住所	長野県諏訪郡下諏訪町 4824
		診療科目	内科, 整形外科, 麻酔科

		協力内容	受診、往診依頼 (費用は入居者の自己負担)
	2	名称	諏訪赤十字病院
		住所	長野県諏訪市湖岸通り5丁目11番50号
		診療科目	内科・総合診療科、腎臓内科、糖尿病・内分泌内科、神経内科、呼吸器科、消化器科、腫瘍内科、循環器科、血液内科、精神科、小児科外科、整形外科、形成外科、脳神経外科、心臓血管外科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、放射線科(診断科部)、放射線科(治療科部)、麻酔科、救急部特殊歯科・口腔外科病理診断科
		協力内容	受診、緊急搬送 (費用は入居者の自己負担)
	3	名称	岡谷市民病院
		住所	長野県岡谷市本町四丁目11番33
		診療科目	内科・呼吸器内科・循環器内科・消化器内科・神経内科・糖尿病センター・外科・整形外科・小児科・産婦人科・皮膚科・泌尿器科・耳鼻咽喉科・眼科・禁煙外来・専門外来(心療内科・精神科)
		協力内容	受診、緊急搬送 (費用は入居者の自己負担)
	4	名称	諏訪共立病院
		住所	長野県諏訪郡下諏訪町矢木町214
		診療科目	内科、小児科、外科、呼吸器科、消化器内科、循環器内科、神経内科、リハビリテーション科、放射線科、心療内科
		協力内容	受診、往診、緊急搬送(費用は入居者の自己負担)
5	名称		
	住所		
	診療科目		
	協力内容		
協力歯科医療機関	名称	小松歯科クリニック	
	住所	長野県諏訪郡下諏訪町西四王5000-4	
	協力内容	歯科医療面で診察等が必要な場合、診察・往診の依頼	

(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 (住宅型 [○] 介護付 Aタイプ [○] Bタイプ [○] Cタイプ)	
判断基準の内容	介護の必要の有無、介護の様子による	

手続きの内容	本人、家族の了承をとる。	
追加的費用の有無	1 あり (2) なし (家賃変更)	
居室利用権の取扱い	住み替え後の居室の移行	
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 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	概ね 60 歳以上。 ホームの看護職員は、24 時間医療行為の対応不可。 療養管理については要相談。	
契約の解除の内容	①入居者が死亡した場合 ②入居者、又は事業者から解約した場合	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書 第 29 条 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・接遇方法では防止できない場合、等
	解約予告期間	3 ヶ月
入居者からの解約予告期間	30 日 (介護付) 3 か月 (住宅型)	
体験入居の内容	(1) あり (内容：1泊2日 3食付 9,500 円 2泊3日以内の日程で体験入居が可(住宅型のみ) 状況によっては、介護付きも可 2 なし	
入居定員	介護付 47 人 住宅型 37 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	
管理者	1	1	0	1
生活相談員	2	2	0	1
直接処遇職員	23 + 派遣 2	18 + 派遣 2	5	21 + 派遣 2
介護職員	19 + 派遣 2	14 + 派遣 2	5	17.2（派遣+2）
看護職員	4	3	1	3.8
機能訓練指導員	2	2	0	2.0
計画作成担当者	1	1	0	1
栄養士	外部委託	外部委託	外部委託	外部委託
調理員	外部委託	外部委託	外部委託	外部委託
事務員	1	1	0	1
その他職員（住宅型）	（5+宿直1名）	（4）	（1+宿直1名）	（4.3+宿直1名）
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				40
※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	14	12	2
実務者研修の修了者	6	6	0
初任者研修の修了者	20	18	3
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	0	0	0
理学療法士	1	1	0
作業療法士	1	1	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 (21 時 00 分 ~ 6 時 30 分)		
	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	2 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)	1.81 : 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	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	
前年度1年間の退職者数	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	
応じた業務に従事した経験年数に 職員の人数	1年未満	0	0	1	0	0	0	0	0	0	
	1年以上 3年未満	0	0	3	1	1	0	0	0	0	
	3年以上 5年未満	0	0	0	0	1	0	0	0	0	
	5年以上 10年未満	0	0	7	0	1	0	1	0	0	
	10年以上	4	0	8	2	0	0	1	0	1	
	従業者の健康診断の実施状況 <input checked="" type="radio"/> あり 2 なし										
	採用時に <input checked="" type="radio"/> 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="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり <input checked="" type="radio"/> 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="radio"/> 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	物価変動等により改定する場合がある 入居契約書 第27条
	手続き	運営懇談会にて意見を聴く

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1 (住宅型)	プラン2 (介護付)
入居者の状況	要介護度	自立	要介護
	年齢	80歳	90歳
居室の状況	床面積	25.93 m ²	14.28 m ²
	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	240,000円	220,000円
月額費用の合計		231,240円	241,060円
家賃		80,000円	74,000円
サービス費用 (税込)	介護保険外※ ₂	特定施設入居者生活介護※ ₁ の費用	0円 (要介護3) 20,220円
		食費 (3食30日)	59,940円
		管理費	66,000円
		介護費用 (サービス一覧表記載)	実費
		光熱水費	実費 20,900円
その他 (サービス費)		25,300円	0円
※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。1割負担、加算なしとした場合の金額			
※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	建物の購入費、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	家賃の3ヶ月分
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費・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	厨房維持費、及び1日3食提供するための費用、人件費等の諸費用
光熱水費等※ ₂	水道、電気、等
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	無料送迎、買物送迎、居室掃除、食事注文、イベント、ミニサロン、生活相談、健康相談 服薬管理 食堂送迎 声掛け等

- ※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。
 ※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	基本報酬、及び前掲の加算の利用者負担分
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）	（前掲）
※ 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）（）内は住宅型

性別	男性	6人	(11人)
	女性	35人	(18人)
年齢別	65歳未満	0人	(0人)
	65歳以上75歳未満	1人	(0人)

	75歳以上 85歳未満	4人 (10人)
	85歳以上	36人 (19人)
要介護度別	自立	0人 (10人)
	要支援1	0人 (2人)
	要支援2	1人 (4人)
	要介護1	7人 (9人)
	要介護2	9人 (3人)
	要介護3	4人 (1人)
	要介護4	12人 (0人)
	要介護5	8人 (0人)
入居期間別	6ヶ月未満	4人 (1人)
	6ヶ月以上1年未満	7人 (5人)
	1年以上5年未満	25人 (13人)
	5年以上10年未満	7人 (6人)
	10年以上15年未満	1人 (4人)
	15年以上	0人 (0人)

(入居者の属性) () 内は住宅型

平均年齢	91歳 (87歳)
入居者数の合計	41人 (29人)
入居率*	87% (78%)
※ 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) () 内は住宅型

退去先別の人数	自宅等	1人 (1人)
	社会福祉施設	2人 (2人)
	医療機関	4人 (1人)
	死亡者	6人 (3人)
	その他	0人 (0人)
生前解約の状況	施設側の申し出	0人 (0人)
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	7人 (5人)
		(解約事由の例) 医療が必要になり病院へ 自宅の近くの施設へ ご家族が介護するので自宅へ

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		有料老人ホーム カーサ・デ・ソル諏訪湖 事務所
電話番号		0266-27-0317
対応している 時間	平日	9:00～17:00
	土曜	9:00～17:00
	日曜・祝日	9:00～17:00
定休日		なし

窓口の名称		①下諏訪町健康福祉課 ②諏訪広域連合
電話番号		①0266-27-1111 ②0266-72-2101
対応している 時間	平日	9:00～17:00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土曜 日曜 祝祭日 お盆 年末年始

(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	(その内容) あいおいニッセイ同和損保に加入しており、サービスの提供上で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、不可抗力を除き賠償する。
	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	(その内容) 同上
	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	令和5年1月
		結果の開示	① あり (コロナのため運営懇談会開催不可のため、集計、回答を郵送) 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	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	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 令和 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	カーサ・デ・ソル	諏訪郡下諏訪町6150-4
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		
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	デイサービスセンター カーサ・デ・ソル	諏訪郡下諏訪町10802 (休止中)
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	介護付有料老人ホーム カーサ・デ・ソル諏訪南	諏訪郡下諏訪町10802
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	カーサ・デ・ソル	諏訪郡下諏訪町6150-4
＜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	デイサービスセンター カーサ・デ・ソル	諏訪郡下諏訪町10802 (休止中)
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	介護付有料老人ホーム カーサ・デ・ソル諏訪南	諏訪郡下諏訪町10802
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	<input checked="" type="radio"/>	なし	併設・隣接	カーサ・デ・ソル	諏訪郡下諏訪町 6150-4
<介護保険施設>					
介護老人福祉施設	あり	<input checked="" type="radio"/>	併設・隣接		
介護老人保健施設	あり	<input checked="" type="radio"/>	併設・隣接		
介護療養型医療施設	あり	<input checked="" type="radio"/>	併設・隣接		
介護医療院	あり	<input checked="" type="radio"/>	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	<input checked="" type="radio"/>	なし	併設・隣接	カーサ・デ・ソル	諏訪郡下諏訪町 6150-4
通所型サービス	あり	<input checked="" type="radio"/>	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		

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※4	備考
		なし	あり	なし				
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり				
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			実費	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり		30分	1200円	週2回以上の場合には有料 職員1人につき ※税別表示
特浴介助	なし	あり	なし	あり		30分	1200円	15分以内 700円 職員1人につき ※税別表示
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		30分	1200円	15分以内 700円 職員1人につき ※税別表示 月2回無料送迎あり
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり		30分	実費 or 1200円	15分以内 700円 職員1人につき ※税別表示
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		1回	550円	税別表示
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり		1回	200円	税別表示
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			0円	食事代に含まれる
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		30分	1200円	15分以内 700円 職員1人につき ※税別表示
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		30分	1200円	15分以内 700円 職員1人につき ※税別表示
金銭・貯金管理			なし	あり				立替払いにて対応
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり			実費	
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		30分	1200円	15分以内 700円 職員1人につき ※税別表示
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		30分	1200円	15分以内 700円 職員1人につき ※税別表示
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり		30分	1200円	15分以内 700円 職員1人につき ※税別表示
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり		30分	1200円	15分以内 700円 職員1人につき ※税別表示

※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。※4：17：00～翌8：00についてはサービス料金が1.5倍になります。