

重要事項説明書

記入年月日	令和7年6月1日
記入者名	山田徳実
所属・職名	事務部長

注 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

種類	法人	
	※法人の場合、その種類	医療法人
名称	(ふりがな) いりょうほうじんこすもす 医療法人コスモス	
法人番号	法人番号有無	有
	法人番号	1000-05-001559
主たる事務所の所在地	〒381-2212 長野市小島田町380番地	
連絡先	電話番号	026-285-2654
	FAX番号	026-285-2732
	メールアドレス	narumi@cosmosnet.or.jp
	ホームページアドレス	http://cosmosnet.or.jp
代表者	氏名	清水健
	職名	理事長
設立年月日	1995(平成7)年 4月 11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) じゅうたくがたゆうりょうろうじんほーmuこすもすさいなみ 住宅型有料老人ホームコスモスさいなみ	
所在地	〒381-2212 長野市小島田町449番地	
主な利用交通手段	最寄駅	駅
	交通手段と所要時間	<p>①バス利用の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・アルピコ交通長野松代バスで乗車20分、小島田停留所で下車、徒歩5分 <p>②自動車利用の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・乗車15分
連絡先	電話番号	026-254-6070
	FAX番号	026-254-6080
	メールアドレス	Jyutaku-@cosmosnet.or.jp
	ホームページアドレス	http://cosmosnet.or.jp
管理者	氏名	山田徳実
	職名	管理者
建物の竣工日		2004(平成16)年2月28日
有料老人ホーム事業の開始日		2013(平成25)年3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

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	169.6 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 ・ 定期賃借)		
		抵当権の有無	[1] あり	2 なし
		契約期間	[1] あり (平成 18 年 8 月 1 日～48 年 7 月 31 日) 2 なし	
建物	延床面積	全体		
		うち、老人ホーム部分		
	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	
	タイプ 1	トイレ	浴室	面積
		有／無	有／無	戸数・室数
				区分*
			13.17 m ²	5
				一般居室個室 (1階)
	タイプ 2	有／無	有／無	10
				一般居室個室 (2階)
	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	他の廊下	m	
共用施設	共用便所における便房	3ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房	3ヶ所	
共用浴室		1ヶ所	個室	1ヶ所	
			大浴場	ヶ所	
共用浴室における介護浴槽		1ヶ所	チェア一浴	ヶ所	
			リフト浴	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	便所	浴室	その他()	
		[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. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	入居者が主体的に選択できる介護サービス事業所の案内を行い、入居者がより良い介護サービスを受けることができるようとする。また、施設において、安心して生活ができるように必要な支援を提供する。			
サービスの提供内容に関する特色	同一敷地内にある通所介護サービス・定期巡回築地対応型訪問介護看護サービス・地域包括支援センターならびに近接する診療所等必要なサービスをご希望に合わせて提供することができる。			
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施	2 委託	<input checked="" type="checkbox"/> 3 なし	
食事の提供	1 自ら実施	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 3 なし	
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施	2 委託	3 なし	
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 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 ※ 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。 ※ 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。	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
介護職員等処遇改善加算	(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
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	(V) (13)	1 あり 2 なし
	(V) (14)	1 あり 2 なし
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 ()		
協力医療機関	1	名称	クリニックコスモス長野	
		住所	長野県長野市小島田町380番地	
		診療科目	内科・外科・リハビリテーション科	
		協力科目	内科・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	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし		
4	名称			
	住所			
	診療科目			

	5	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
		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		
		医療機関の住所		
		2 なし		
協力歯科医療機関	1	名称	山岸歯科医院	
		住所	長野県長野市篠ノ井会223-3	
		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 ()
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"/> なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
留意事項	継続的な医療が必要で、医療行為が頻繁に必要な方については入居できないこともある。	
契約の解除の内容	①入居者が逝去した場合②入居者から契約解除の申出があった場合③入居申し込み書に虚偽の事項を掲載する等の不正手段により入居した場合④月払いの利用料金等の支払い長期間（3か月以上）滞納し、また支払いの目途がたたない場合⑤入居者の入院期間が1か月以上継続し、症状の改善が見込めない場合。あるいは医療機関からの情報により、入居継続が困難な場合	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	第5条第33章
	解約予告期間	1ヶ月
入居者からの解約予告期間	14ヶ月	
体験入居の内容	1 あり (内容：) <input checked="" type="checkbox"/> なし	
入居定員	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	
管理者	1	1		0.5
生活相談員	1	1		0.5
直接処遇職員	4	1	3	2.7
介護職員	3	1	2	2.3
看護職員	1	0	1	0.4
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				
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			
介護福祉士	3	1	2
実務者研修の修了者	1	1	
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	1		1

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	人	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				<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	業務に係る資格等				1 あり	
					資格等の名称	
					<input checked="" type="checkbox"/> 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
前年度1年間の採用者数	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
	0	1	0	0	0	0

前年度1年間の退職者数		0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
応業務に従事した職員の人数に 該当する経験年数	1年未満		1								
	1年以上				1						
	3年未満										
	3年以上			1		1					
	5年未満										
	5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	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 月払い方式		
		4 選択方式 ※該当する方式を全て選択		
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 <input type="checkbox"/> 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	物価の著しい変化があり、経営に大きな影響を及ぼす場合、まだ消費税等書各種税金における税率の変更が経営に大きな影響を及ぼす場合。		
	手続き	行政に相談、申請をしたのち、利用者あるいは利用者ご家族の同意を得たことを確認し、変更する。		

(利用料金〈住宅型有料老人ホームで30日間生活した場合〉)

		プラン 1
入居者の状況	要介護度	3
	年齢	88歳
居室の状況	床面積	13.17m ²
	便所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無
	浴室	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無
	台所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 0 無
入居時点で必要な費用	前払金	0円
	敷金	0円
月額費用の合計		136,203円
家賃		15,000(非課税)円
サービス費用 ※ ₂	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	円
	食費	67,578(税込み)円
	管理費	33,000(税込み)円
	介護費用	円
	光熱水費	20,625(税込み)円
	その他	円

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	1日 500円×30日=15,000円
敷金	家賃の ケ月分
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}	1日 1,000円×30日=30,000円(税別) 日常健康管理・各種相談、連絡調整・手続き及び助言・日常生活用品費(リネン代、共有部のティッシュ、トイレットペーパー、ペーパータオル、消毒液等)
食費	朝食550円 昼食850円 夕食670円 2,070円/日 1か月 2,070円×30日=62,100円(税別)
光熱水費等 ^{※2}	水道光熱費 18,750円/月
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2
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	
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（上乗せサービス）	
※ 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	2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	2人
	85歳以上	12人
要介護度別	自立	人

	要支援 1	人
	要支援 2	人
	要介護 1	2 人
	要介護 2	3 人
	要介護 3	4 人
	要介護 4	4 人
	要介護 5	2 人
入居期間別	6 ヶ月未満	13 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	1 人
	1 年以上 5 年未満	1 人
	5 年以上 10 年未満	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	87.6 歳
入居者数の合計	15 人
入居率*	100%
※ 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	1 人
	社会福祉施設	4 人
	医療機関	1 人
	死亡	0 人
	その他	80 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	0 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	住宅型有料老人ホームコスモスさいなみ 苦情相談窓口	
電話番号	026-254-6070	
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日	苦情処理担当者が不在の場合は、専用用紙を設置。専用用紙に記入のうえ、投函していただきます。	

(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) 施設の過失による事故にたいする賠償制度(人、物)
	<input type="checkbox"/> 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) 担当代理店並びに加入保険会社に連絡、対応
	<input type="checkbox"/> なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> あり	実施日	毎週月曜日に、指定の意見箱から回収する。また、年に1回満足度踏査を実施。	
		結果の開示	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> なし			
第三者による評価の実施状況	<input type="checkbox"/> あり	実施日		
		評価機関名称		
		結果の開示	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> なし			

9. 入居希望者への事前情報開示

入居契約書の雛形	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
管理規程	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 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"/> 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="checkbox"/> 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 <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 1回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
高齢者虐待防止のための取組の状況	2 代替措置なし	
	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
身体拘束等の適正化のための取組の状況	担当者の配置	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	身体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	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="checkbox"/> あり 身体拘束等を行う場合の様及び時間、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	<input checked="" type="checkbox"/> 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 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 type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	定期的な業務継続計画の見直し	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 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 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		
不適合事項がある場合の内 容		

添付書類：別添 1（別に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 なし 併設・隣接	ヘルパーステーションコスモス	長野市小島田町449番地
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	訪問看護ステーションコスモス	長野市小島田町449番地
訪問リハビリテーション	あり なし 併設・隣接		長野市小島田町449番地
居宅療養管理指導	あり なし 併設・隣接	クリニックコスマス長野	長野市小島田町380番地
通所介護	あり なし 併設・隣接	コスマスさいなみデイサービスセンター他2事業所	長野市小島田町449番地
通所リハビリテーション	あり なし 併設・隣接	コスマスさいなみデイケアセンター他1事業所	長野市小島田町449番地
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	介護老人保健施設コスマスさいなみ他1事業所	長野市小島田町449番地
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	巡回訪問24コスマス	長野市小島田町449番地
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	グループホームコスマス松川	長野県下伊那郡松川町元大島1629-3
小規模多機能型居宅介護	あり なし 併設・隣接	コスマスホーム	長野県下伊那郡松川町元大島1560
認知症対応型共同生活介護	あり なし 併設・隣接	グループホームコスマスさいなみ他3事業所	長野市小島田町1143-3
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	居宅支援事業所コスマス他1事業所	長野市小島田町449番地
<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	訪問看護ステーションコスマス	長野市小島田町449番地
介護予防訪問リハビリテーション	あり なし 併設・隣接	訪問リハビリテーションコスマス	長野市小島田町449番地
介護予防居宅療養管理指導	あり なし 併設・隣接	クリニックコスマス長野	長野市小島田町380番地
介護予防通所介護	あり なし 併設・隣接		長野市小島田町

					449番地
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接	コスモスさいなみディイサービスセンター	長野市小島田町449番地
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	介護老人保健施設コスモスさいなみ他1事業所	長野市小島田町449番地
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	グループホーム コスモスさいなみ他2事業所	長野市小島田町1143-3
介護予防支援	あり	なし	併設・隣接	居宅介護支援事業所コスモス	長野市小島田町449番地
<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	介護老人保健施設コスモスさいなみ他1事業所	長野市小島田町449番地
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	ヘルパーステーションコスマス	長野市小島田町449番地
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接	デイサービスセンターコスマスさいなみ他2事業所	長野市小島田町449番地
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
	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）			備考	
		包含※2	都度※2	料金※3		
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		
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	○	床清掃のみ
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		
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	○ ○	調髪:2,000 円 顔剃り:1, 000 円（税込み）要事前予約
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		やむを得ない場合は、別の定め通りに同意を得たうえで実施
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、月額の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。