

重要事項説明書

記入年月日	令和5年11月30日
記入者名	傳田 ゆき子
所属・職名	法人本部

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（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	法人	
	※法人の場合、その種類	医療法人
名称	(ふりがな) いりょうほうじんけいせいかい 医療法人啓成会	
法人番号	法人番号有無	有
	法人番号	8100005001546
主たる事務所の所在地	〒380-0814 長野市大字鶴賀西鶴賀町 1528	
連絡先	電話番号	026-219-3523
	FAX番号	026-219-3524
	メールアドレス	Ks-honbu@comfort-okada.or.jp
	ホームページアドレス	http://www.keiseikai-group.org/
代表者	氏名	大林 英子
	職名	理事長
設立年月日	平成3年7月26日	
主な実施事業	※別添1（別の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) こんふおーとごんどう コンフォートごんどう
----	---------------------------------

所在地	〒380-0814 長野市大字鶴賀 1484-5	
主な利用交通手段	最寄駅	長野電鉄 権堂駅
	交通手段と所要時間	長野電鉄権堂駅より徒歩3分
連絡先	電話番号	026-219-3344
	FAX番号	026-219-3356
	メールアドレス	gondou@comfort-okada.or.jp
	ホームページアドレス	http://www.keiseikai-group.org/
管理者	氏名	小山 千衣
	職名	管理者
建物の竣工日		昭和59年4月11日
有料老人ホーム事業の開始日		平成28年12月12日

【類型】【表示事項】

1 <input checked="" type="checkbox"/> 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合）24室		
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 <input checked="" type="checkbox"/> 住宅型 10室		
4 健康型		
1又は2に 該当する場 合	介護保険事業者番号	2070107673
	指定した自治体名	長野市
	事業所の指定日	令和5年 3月 16日
	指定の更新日（直近）	年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1152.4 m ²	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		2 <input checked="" type="checkbox"/> 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	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
		契約期間	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり (2016年12月1日～2046年11月30日) 2 なし
契約の自動更新	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし		
建物	延床面積	全体	1,730.53 m ²
		うち、老人ホーム部分	1,255.80 m ²
	耐火構造	1 <input checked="" type="checkbox"/> 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他（ ）	

	構造	1 <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	1 事業者が自ら所有する建物				
		2 <input checked="" type="checkbox"/> 事業者が賃借する建物 (普通賃借 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 定期賃借)				
		抵当権の設定	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし			
		契約期間	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり (2016年12月1日～2046年11月30日) 2 なし			
	契約の自動更新	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし				
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 <input checked="" type="checkbox"/> 全室個室				
		2 相部屋あり				
		最少	1人部屋			
		最大	2人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分*
	タイプ1	有/無	有/無	20.50 m ²	6	介護居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	20.50 m ²	2	一般居室個室
	タイプ3	有/無	有/無	20.65 m ²	6	介護居室個室
	タイプ4	有/無	有/無	20.65 m ²	2	一般居室個室
	タイプ5	有/無	有/無	21.48 m ²	12	介護居室個室
	タイプ6	有/無	有/無	21.48 m ²	6	一般居室個室
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	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	ヶ所		
			大浴場	1ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴	ヶ所		
			リフト浴	1ヶ所		
ストレッチャー浴			ヶ所			
その他 ()			ヶ所			
食堂	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし					

	入居者や家族が利用できる調理設備	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし				
	エレベーター	1 あり (車椅子対応) 2 <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	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし				
	自動火災報知設備	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし				
	火災通報設備	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし				
	スプリンクラー	1 あり	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし				
	防火管理者	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし				
	防災計画	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし				
緊急通報装置等	居室	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 一部あり 3 なし	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 一部あり 3 なし	浴室	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 一部あり 3 なし	その他 ()	1 あり 2 一部あり 3 なし
	便所	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 一部あり 3 なし					
	浴室						
	その他	機能訓練室・談話室・スタッフルーム・駐車場					

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	入居者の意志及び人格を尊重したうえで、その有する能力を生かし、自分らしく安らぎのある日常生活を送っていただくために、1. 「人を思う心」を大切にして「きめ細やかな」医療・介護を実践します。2. 安心して安全な生活が送れるように「安否確認」「生活相談」「健康相談」のサービスを提供します。3. 医療・介護の連携を図り、「身体活動・栄養管理・社会参加」を援助します。4. 自立に向けて利用者の思いを大切に支援を行います。
サービスの提供内容に関する特色	同一法人である岡田内科及びコンフォート訪問看護ステーションとの緊密な医療関係により、自立期から終末期まで終身にわたる安心を提供します。
入浴、排せつ又は食事の介護	1 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 2 <input checked="" type="checkbox"/> 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし

健康管理の供与	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施	2 委託	3 なし
生活相談サービス	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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	(I)	1 あり	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし	
		(II)	1 あり	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし	
	生活機能向上連携加算	(I)	1 あり	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし	
		(II)	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし	
	個別機能訓練加算	(I)	1 あり	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし	
		(II)	1 あり	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし	
	夜間看護体制加算			1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし
	若年性認知症入居者受入加算			1 あり	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	医療機関連携加算			1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし
	口腔衛生管理体制加算			1 <input type="checkbox"/> あり	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	口腔・栄養スクリーニング加算			1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし
	退院・退所時連携加算			1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし
	看取り介護加算	(I)	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし	
		(II)	1 あり	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし	
	認知症専門ケア加算	(I)	1 あり	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし	
		(II)	1 あり	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし	
	サービス提供体制強化加算	(I)	1 あり	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし	
		(II)	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 <input type="checkbox"/> なし	
		(III)	1 あり	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし	
	ADL維持等加算	(I)	1 あり	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし	
(II)		1 あり	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし		
科学的介護推進体制加算			1 あり	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし	
介護職員処遇改善加算	(I)	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし		
	(II)	1 あり	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし		
	(III)	1 あり	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし		
介護職員等特定処遇改善加算	(I)	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし		
	(II)	1 あり	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし		
介護職員等ベースアップ等支援加算			1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし	
人員配置が手厚い介	1 あり	(介護・看護職員の配置率)			

護サービスの実施の有無		: 1
	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし	

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		1 <input checked="" type="checkbox"/> 救急車の手配 2 入退院の付き添い 3 <input checked="" type="checkbox"/> 通院介助 4 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (訪問診療医の確保)
協力医療機関	1	名称 岡田内科
		住所 長野市大字鶴賀西鶴賀町 1528 番地
		診療科目 内科・糖尿病内科・循環器内科
		協力科目 内科・糖尿病内科・循環器内科
		協力内容 訪問診療、緊急時の往診、適正な医療機関への紹介
	2	名称 長野中央病院
		住所 長野市大字鶴賀西鶴賀町 1570 番地
		診療科目 内科全般・外科・整形外科 他
		協力科目 内科全般・外科・整形外科 他
		協力内容 外来診療の受入、入院治療
協力歯科医療機関	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 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし
	要支援の者	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし
	要介護の者	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし
留意事項	<p>1. 持ち込みの制限 利用にあたり、刃物・危険物・その他事業所が持ち込みを認めない物は、原則として持ち込むことができません。</p> <p>2. 面会 面会時間は、原則9時から18時（日曜・祝日は17時）となります。来訪者は、その都度必ず「来訪カード」にご記入ください。なお、来訪される場合、生もの等の持ち込みはご遠慮ください。</p> <p>3. 事業所・設備の使用上の注意</p> <p>(1) 居室及び共用設備、敷地をその本来の用途に従って利用してください。</p> <p>(2) 故意又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、事業所・設備を壊す、汚す等した場合、入居者に自己負担により現状を復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。</p> <p>(3) 当事業所の職員や他の入居者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動・政治活動・営利活動等を行うことはできません。</p> <p>4. 喫煙 喫煙はご遠慮下さい。</p> <p>5. サービス利用に当たっての禁止行為 職員への次のようなハラスメントは固くお断りいたします。ハラスメント等によりサービスの中断や契約を解除する場合があります。</p> <p>(1) 身体暴力：身体的な力を使って危害を及ぼす行為 例) コップを投げつける、たたく、唾を吐く等</p> <p>(2) 精神的暴力：個人の尊厳や人格を態度や言葉によって傷つける行為 例) 怒鳴る、威圧的な態度で文句を言い続ける。 理不尽なサービスを要求する。</p>		

	<p>(3) セクシュアルハラスメント：意に沿わない性的誘い掛け、好意的な態度の要求、性的嫌がらせ行為 例) 必要もなく手や腕を触る。抱きしめる。卑猥な言動を繰り返す。</p> <p>6. ご利用に際してのお願い</p> <p>ご家族の皆様には下記事項を十分にご確認していただくとともに、出来るだけのご協力をお願いいたします。また、入居者に病状の急変やその他緊急事態が生じた場合、やむを得ずご家族に確認することなく協力医療機関等へ救急搬送を行うことがありますので、ご了承ください。</p> <p>なお、当該事項は、重要なご親族にも必ず十分なお説明をお願いいたします。</p> <p>(1) 転倒について</p> <p>お年寄りには日常動作中에서도転倒したり骨折等したり、打撲等によって損傷を受けたりすることがあります。</p> <p>ご自宅で転倒のリスクが存在すると同様に、施設においてもすべての事故を防ぐことはできません。当施設でも出来る限り努力いたしますが、職員の見守りには限界もあることをご理解いただきたくお願いいたします。</p> <p>(2) 病気の発症について</p> <p>脳卒中や心筋梗塞はしばしば突発します。また、加齢に伴う嚥下機能の低下により、誤嚥等で緊急な状態になることも想定されます。当施設でも、これらの発症を予防するため注意を払っておりますが、発症そのものを防ぐことは難しい場合があることをご理解いただきたくお願いいたします。</p> <p>(3) 骨脆弱性骨折（こつぜいじゃくせいこつせつ）について</p> <p>骨粗鬆症が進み、骨の強度が低下すると、明らかな外傷もなく日常生活程度の弱いストレスにより様々な骨折が起こることがあります。主な骨折部位は脊椎椎体・大腿骨近位部・手関節周囲・骨盤・膝関節周囲などです。また、加齢による骨粗鬆症以外にも癌の骨転移、原発性骨腫瘍、脳梗塞後の廃用症候群、関節リウマチ、ステロイド等薬物の副作用などがあり、いずれも骨の強度が顕著に低下します。当施設においても、日常生活に関わる介助（体位交換・着替え・オムツ交換等）中、骨脆弱骨折が起こることがありますことをご理解いただきたくお願いいたします。</p>
<p>契約の解除の内容</p>	<p>1. 入居者が死亡した場合</p>

	2. 入居者が要介護認定により自立と判断された場合（特定施設入居者生活介護） 3. 入居者又は事業者が解約した場合等	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居者の行動が他の入居者及び職員 の生命又は健康に重大な影響を及ぼす 恐れがある場合等
	解約予告期間	1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 <input checked="" type="checkbox"/> なし	
入居定員	34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）18名			常勤換算人数 ※1※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1		
生活相談員	2	2		1.0
直接処遇職員	13	9	4	9.5
介護職員	11	8	3	8.3
看護職員	2	1	1	1.2
機能訓練指導員	1	1		0.4
計画作成担当者	1	1		0.3
栄養士				
調理員				
事務員	3	2	1	
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				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	1	1	
介護福祉士	7	5	2
実務者研修の修了者	1	1	
初任者研修の修了者	3	2	1
介護支援専門員	1	1	

(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 (16 時～ 9 時半)		
	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 <input checked="" type="checkbox"/> 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)	2.5 : 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	ホームの職員数	人

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)	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 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし								
	業務に係る資格等	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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											
前年度1年間の退職者数											
応じた業務に従事した経験年数に 職員の数	1年未満	1	1	8	3	2		1		1	
	1年以上 3年未満										
	3年以上 5年未満										
	5年以上 10年未満										
	10年以上										
従業者の健康診断の実施状況			1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし			採用時に		1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" 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	
	3 <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 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり 2 <input checked="" 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 <input checked="" 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	入居者の同意を得ること
	手続き	書面による説明を行い、同意書を取り交わします。

(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	要支援 I	要介護 2	
	年齢	75 歳	80 歳	
居室の状況	床面積	20.50 m ²	21.48 m ²	
	便所	1 <input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無	1 <input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無	
	浴室	1 有 2 <input checked="" type="checkbox"/> 無	1 有 2 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	台所	1 有 2 <input checked="" type="checkbox"/> 無	1 有 2 <input checked="" type="checkbox"/> 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		152,320 円	152,320 円	
家賃		50,000 円	50,000 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	52,320 円	52,320 円
		管理費	30,000 円	30,000 円
		介護費用	円	円
		共益費	5,000 円	5,000 円
		光熱水費	15,000 円	15,000 円
その他	円	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	周辺の実情を勘案して設定
敷金	家賃の2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}	共用設備の保守・点検費用
食費	朝食：548 円 昼食・おやつ：648 円 夕食：548 円

共益費	共有スペースの清掃人件費・修繕費用
光熱水費等※2	年間平均の水道・ガス・電気代から積算
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	基本報酬及び加算（5Pに記載）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）	
※ <input checked="" type="checkbox"/> 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	4人
	女性	19人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	0人
	75歳以上 85歳未満	3人
	85歳以上	20人
要介護度別	自立	人
	要支援1	2人
	要支援2	1人
	要介護1	12人
	要介護2	4人
	要介護3	2人
	要介護4	2人
	要介護5	人
入居期間別	6ヶ月未満	7人
	6ヶ月以上1年未満	16人
	1年以上5年未満	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	91歳
入居者数の合計	23人
入居率*	68%
※ 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	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	コンフォートごんどう苦情相談窓口	
電話番号	026-219-3344	
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜	9:00~18:00
	日曜・祝日	9:00~17:00
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	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) あいおいニッセイ同和損害の「介護保険・社会福祉事業者総合保険」に加入。
	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 <input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 事業者は、提供したサービスにより、入居者の生命・身体・健康・財産に損害が発生した場合又はその恐れがある場合、それが事業者の責めに帰すべき事由による場合には速やかに入居者に対して損害賠償を行います。ただし、入居者側に故意又は過失がある場合を除きます。
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	1 <input checked="" 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 <input checked="" type="checkbox"/> あり	実施日	毎年2月に実施を予定
		結果の開示	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" 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	1 <input checked="" 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 <input checked="" 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
事業収支計画書	1 <input checked="" 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
財務諸表の要旨	1 <input checked="" 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
財務諸表の原本	1 <input checked="" 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

10. その他

運営懇談会	1 あり	(開催頻度) 年 回
	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし	
	1 <input checked="" type="checkbox"/> 代替措置あり	(内容) 入居者及び家族への随時聞き取りを実施
	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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <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。

別添 1 事業主体が長野市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				主な事業所の名称	所在地
<居宅サービス>						
訪問介護	あり	なし	併設	隣接		
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	コンフォート訪問看護ステーション	長野市大字鶴賀西鶴賀町1528
訪問リハビリテーション	あり	なし	併設	隣接	コンフォート岡田	長野市北長池914
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	・岡田内科（休止） ・コンフォート岡田	長野市大字鶴賀西鶴賀町1528 長野市北長池914
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	コンフォート岡田	長野市北長池914
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	コンフォート在宅サービスステーション（休止）	長野市大字西鶴賀町1484-5
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			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	コンフォート訪問看護ステーション	長野市大字鶴賀西鶴賀町1528
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	併設	隣接	コンフォート岡田	長野市北長池914
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	併設	隣接		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	併設	隣接	・岡田内科（休止） ・コンフォート岡田	長野市大字鶴賀西鶴賀町1528 長野市北長池914
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	コンフォート岡田	長野市北長池914
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	コンフォート岡田	長野市北長池914
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			
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			
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		1,650	協力医療機関以外／回
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			
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			1,760円／回
買い物代行	なし	あり	なし	あり			やむを得ない事情によりご家族の対応ができない場合のみ（実費）
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり			無料
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			※回数（年〇回など）を明記すること
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							
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり			※付添いができる範囲を明確化すること
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、月額サービスの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、いずれかの欄に〇を記入する。

※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。