

重要事項説明書

記入年月日	令和7年 10月1日
記入者名	野田 昂志
所属・職名	施設長

1. 設置者 (*)

種類	個人／ <input checked="" type="checkbox"/> 法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな)	あいあい あい愛
主たる事務所の所在地	〒399-5607 長野県木曽郡上松町大字小川 2050 番地5	
連絡先	電話番号	0264-52-1235
	FAX番号	0264-52-2655
	ホームページアドレス	https://www.aiaicare.jp/
	電子メールアドレス	shiojiri@aiaicare.jp
代表者	氏名	砂山 右近
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・ <input checked="" type="checkbox"/> 平成	17年11月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) かいごつきゅうりょうじんほーむ あいあいしおじり 介護付有料老人ホーム あい愛塩尻	
所在地	〒399-6462 長野県塩尻市大字洗馬芦ノ田 2515-1	
主な利用交通手段	最寄駅	塩尻駅
	交通手段と所要時間	JR 塩尻駅から車で 15 分
連絡先	電話番号	0263-51-1112
	FAX番号	0263-51-1113
	ホームページアドレス	https://www.aiaicare.jp/
	電子メールアドレス	shiojiri@aiaicare.jp
管理者	氏名	野田 昂志
	職名	施設長
建物の竣工日		昭和・平成 24年 5月 16日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 24年 5月 16日

(類型) 【表示事項】

- | |
|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 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	2071500850 号
	指定した自治体名	長野県
	事業所の指定日	平成 24 年 5 月 16 日
	指定の更新日（直近）	令和 6 年 5 月 14 日

3. 建物概要（*）

土地	敷地面積	550500 m ²
	所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 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	305900 m ²
		うち、老人ホーム部分	115290 m ²
	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	
		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	有／無	有／無		15.90 m ²	34	介護居室個室
タイプ2	有／無	有／無		19.01 m ²	24	介護居室個室
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）		2.7m	その他の廊下	m
共用施設	共用便所における便房	20ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		1ヶ所
			うち車椅子等の対応が可能な便房		20ヶ所
共用浴室	共用浴室	3ヶ所	個室		2ヶ所
			大浴場		1ヶ所

共用浴室における介護浴槽	1ヶ所	チエア-浴	0ヶ所
		リフト浴	0ヶ所
		ストレッチャー浴	1ヶ所
		その他 ()	ヶ所
食堂		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
入居者や家族が利用できる調理設備		<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
エレベーター		1 あり (車椅子対応) <input 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 <input type="checkbox"/> なし	
	自動火災報知設備	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	火災通報設備	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	スプリンクラー	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	防火管理者	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	防災計画	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
緊急通報装置等	居室	便所	浴室
	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	1 あり
			<input type="checkbox"/> あり

	2 一部あり 3 なし	2 一部あり 3 なし	2 一部あり 3 なし	2 一部あり 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>一 生活ケア</p> <p>私たちは、活動的な日常生活の場を用意し、生活行為そのものの活性化を支援する生活リハビリを通して、入居者の日常生活の向上・維持・回復をめざす《生活ケア》を実行します。</p> <p>二 コミュニケーション</p> <p>私たちは、《やさしく、わかりやすく、根気よく》をモットーに、笑顔でコミュニケーションを図り、入居者の立場に立ったサービスを提供します。</p> <p>三 ご家族との連携</p> <p>私たちは、ご家族との連携を密にし、医療や種々の福祉サービス等との協力のもと、生活の継続に向けた総合的な支援を行います。</p> <p>四 ミスのない介護</p>
----------	--

	<p>私たちには、スタッフ間のあいさつと情報交換をしっかり行い、明るい環境をつくり、ミスのない介護サービスを提供します。</p> <p>五 拘束ゼロ</p> <p>私たちには、入居者に対して身体拘束をはじめ一切の拘束を行いません。</p>
サービスの提供内容に関する特色	コミュニケーションと生活リハビリを理念とし、それに基づく実践を徹底する。日中時間帯はレクリエーション活動、食堂での食事、談話活動等を積極的に行い、居室での閉じこもりをなくし、利用者の「生活」づくりを支援する。
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
食事の提供	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 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	入居継続支援加算	()	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
-----------------	----------	-----	---

<p>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</p> <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 <input type="checkbox"/> なし
		(Ⅰ)	1 あり <input type="checkbox"/> なし
	生活機能向上連携加算	(Ⅱ)	1 あり <input type="checkbox"/> なし
	ADL 維持等加算	(Ⅰ)	1 あり <input type="checkbox"/> なし
		(Ⅱ)	1 あり <input type="checkbox"/> なし
	個別機能訓練加算	(Ⅰ)	1 あり <input type="checkbox"/> なし
		(Ⅱ)	1 あり <input type="checkbox"/> なし
	夜間看護体制加算	(Ⅰ)	1 あり <input type="checkbox"/> なし
		(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	若年性認知症入居者受入加算		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	協力医療機関連携加算 (※ 1)	(Ⅰ)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		(Ⅱ)	1 あり <input type="checkbox"/> なし
	口腔衛生管理体制加算 (※ 2)		1 あり <input type="checkbox"/> なし
	口腔・栄養スクリーニング加算		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	退院・退所時連携加算		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	退居時情報提供加算		1 あり <input type="checkbox"/> なし
	看取り介護加算	(Ⅰ)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		(Ⅱ)	1 あり <input type="checkbox"/> なし
	認知症専門ケア加算	(Ⅰ)	1 あり <input type="checkbox"/> なし

	(II)	1 あり <input type="checkbox"/> なし
高齢者施設等感染対策向	(I)	1 あり <input type="checkbox"/> なし
上加算	(II)	1 あり <input type="checkbox"/> なし
新興感染症等施設療養費		1 あり <input type="checkbox"/> なし
生産性向上推進体制加算	(I)	1 あり <input type="checkbox"/> なし
	(II)	<input type="checkbox"/> あり 2 なし
サービス提供体制強化加算	(I)	1 あり <input type="checkbox"/> なし
	(II)	1 あり <input type="checkbox"/> なし
	(III)	<input type="checkbox"/> あり 2 なし
介護職員等処遇改善加算	(I)	1 あり <input type="checkbox"/> なし
	(II)	<input type="checkbox"/> あり 2 なし
	(III)	1 あり <input type="checkbox"/> なし
	(IV)	1 あり <input type="checkbox"/> なし
	(V)(1)	1 あり <input type="checkbox"/> なし
	(V)(2)	1 あり <input type="checkbox"/> なし
	(V)(3)	1 あり <input type="checkbox"/> なし
	(V)(4)	1 あり <input type="checkbox"/> なし
	(V)(5)	1 あり <input type="checkbox"/> なし
	(V)(6)	1 あり <input type="checkbox"/> なし

		(V)(7)	1 あり <input type="checkbox"/> なし
		(V)(8)	1 あり <input type="checkbox"/> なし
		(V)(9)	1 あり <input type="checkbox"/> なし
		(V)(10)	1 あり <input type="checkbox"/> なし
		(V)(11)	1 あり <input type="checkbox"/> なし
		(V)(12)	1 あり <input type="checkbox"/> なし
		(V)(13)	1 あり <input type="checkbox"/> なし
		(V)(14)	1 あり <input type="checkbox"/> 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	
	<input type="checkbox"/> 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（入院中の訪問）		
協力医療機関	1	名称	医療法人 奈良井医院
		住所	長野県塩尻市洗馬 2588-6

		診療科目	外科 内科
		協力科目	外科 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 type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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"/> あり <input type="checkbox"/> なし
2	名称	社会医療法人財団 慈泉会 相澤病院	
	住所	長野県松本市本庄 2-5-1	
	診療科目	内科 整形外科 眼科 外科 精神科他	
	協力科目	内科 整形外科 眼科 外科 精神科他	
	協力内容	精密検査 緊急時の受入等 (1の医師の紹介により)	
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		名称	松井歯科医院
		住所	長野県塩尻市洗馬芦ノ田 2573
		協力内容	歯科診療 往診

(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（介護提供において特別な理由がある場合）	
判断基準の内容	入居契約書 第12条2項及び3項に基づき書式提出	
手続きの内容	入居契約書第12条4項に基づき書式提出	
追加的費用の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
居室利用権の取扱い	利用権方式	
前払金償却の調整の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	便所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	浴室の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	洗面所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	台所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	その他の変更	1 あり <input type="checkbox"/> (変更内容) <input checked="" 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	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	要支援の者	1 あり <input type="checkbox"/> なし
	要介護の者	1 あり <input type="checkbox"/> なし
留意事項		
契約の解除の内容	入居者があい愛塩尻を退去した日の翌日から起算して 30 日目をもって 本契約の終了日とします。	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	①虚偽等の不正手段により入居した時 ②支払いを正当な理由なく遅滞した時 ③禁止または制限される行為規定に違 反した時 ④他入居者の生命に危険を及ぼす恐れがあ り、通常の介護方法ではこれを防止するこ とが できない時
	解約予告期間	3 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 : ただし空室のある時) 2 なし	
入居定員	58 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	1	0.5(鈴木) 0.5(佐藤)	0	1	
直接処遇職員	25	13.5	11	21	
介護職員	23	11 + 0.5(鈴木)	11	19	
看護職員	2	2	0	2	
機能訓練指導員	1	0	1	0.9	
計画作成担当者	1	0	1	0.5	
栄養士	1 (外部業者)	1	0	1	
調理員	2 (外部業者)	2	0	2	
事務員	1	0.5(佐藤)	0	0.5	
その他職員	7	0	7	3.3	
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				40 時間	

- ※ 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	2	1	1
実務者研修の修了者	1	1	0
初任者研修の修了者	3	2	1
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	1	0	1
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30分～8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	3人	3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)	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 <input type="checkbox"/> d 3：1以上
--	-----------------------	---

合、本欄は省略可能)	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)	2.4：1
※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	<input checked="" 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
採用者数	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
	0	1	2	1	0	0
退職者数	0		0		0	0
			0		0	0

業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満	1	0	1	0	0	0	0	0	0
	1年以上	0	1	1	1	0	0	0	0	0
	3年未満									
	3年以上	0	0	2	2	0	0	0	0	0
	5年未満									
	5年以上	0	0	4	4	0	0	0	0	1
	10年未満									
	10年以上	1	0	6	1	1	0	1	0	0
従業者の健康診断の実施状況			<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	採用時に		<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 1 利用権方式
	<input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式
	<input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式
利用料金の支払い方式 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式
	<input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式
	<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> なし
要介護状態に応じた金額設定		1 あり <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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数、人件費等勘案。
	手続き	運営懇談会で意見を聴いたうえで、入居者及び身元引受人へ事前通知。

(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	要介護 1	要介護 4
	年齢	85 歳	90 歳
居室の状況	床面積	15.9 m ²	19.01 m ²
	便所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
	浴室	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
	台所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無

入居時点で必要な費用	前払金	0 円	0 円
	敷金	0 円	0 円
月額費用の合計		193,837 円	205,731 円
家賃		54,000 円	54,000 円
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	19,137 円	26,031 円
	介護保険外 ^{※2}	食費	55,200 円
		管理費	28,500 円
		介護費用	0 円
		光熱水費	27,000 円
	その他	10,000 円	15,000 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	建築費用及び設備、民間の同規模アパートなどを参考
敷金	家賃の 0 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	共用施設の清掃費、維持管理費、生活サービス・事務管理に係る人件費、消耗品代
食費	1日 1,840円（朝食 260円、昼食 730円、夕食 730円、おやつ 120円）
光熱水費等※2	居室および共用施設の光熱水費
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	介護保険利用料の1割から3割負担
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）	なし

※ 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	16人
	女性	35人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	1人
	75歳以上 85歳未満	5人

	85 歳以上	45 人
要介護度別	自立	0 人
	要支援 1	4 人
	要支援 2	6 人
	要介護 1	9 人
	要介護 2	14 人
	要介護 3	6 人
	要介護 4	9 人
	要介護 5	3 人
入居期間別	6 ヶ月未満	14 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	5 人
	1 年以上 5 年未満	25 人
	5 年以上 10 年未満	4 人
	10 年以上 15 年未満	3 人
	15 年以上	0 人

(入居者の属性)

平均年齢	90.6 歳
入居者数の合計	51 人

入居率※	87.9%
※ 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	2人
	医療機関	2人
	死亡者	7人
	その他	0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	12人
	(解約事由の例) 老人福祉施設・グループホームへの住み替え、 及び医療機関への入院の為	

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	管理者、生活相談員	
電話番号	0263-51-1112	
対応している	平日	午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分

時間	土曜	午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分
	日曜・祝日	午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分
定休日		定休日無し

(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) 損害保険会社賠償責任保険に加入
	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 あり	(その内容)
	<input type="checkbox"/> なし(事例無し)	
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	<input type="checkbox"/> あり	実施日	令和 6 年 6 月
		結果の開示	<input type="checkbox"/> あり 2 なし
取組の状況	2 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	1 あり 2 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 2 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> あり	(開催頻度) 年 1回
	2 なし	
	<input type="checkbox"/> 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"/> 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
		<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし

	<input type="checkbox"/> 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	1 あり (提携ホーム名 :)		
【表示事項】	<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	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 <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）

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
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
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
グループホームあい愛 塩尻			長野県塩尻市大字洗馬 2515-1
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
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	
介護サービス	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	備考
		（利用者が全額負担）	（利用者が全額負担）	（利用者が全額負担）				
介護サービス								
食事介助	なし	○あり	○なし	あり				必要に応じて実施
排泄介助・おむつ交換	なし	○あり	○なし	あり				随時実施、随時交換
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		○	550円	週2回を超えて希望する場合は1回につき550円
特浴介助	なし	○あり	なし	○あり		○	550円	週2回を超えて希望する場合は1回につき550円
身辺介助（移動・着替え等）	なし	○あり	○なし	あり				必要に応じて実施
機能訓練	なし	○あり	○なし	あり				
通院介助	なし	○あり	なし	○あり		○	1200円	協力医療機関以外は1時間1,200円+交通費
口腔衛生管理	なし	○あり	なし	○あり		○	326円	歯科衛生士による訪問歯科指導あり（希望者） 《希望者の人数によって料金変動》
生活サービス								
居室清掃	なし	○あり	○なし	あり				週3回及び汚染時随時実施
リネン交換	なし	○あり	○なし	あり				週1回及び汚染時随時実施
日常の洗濯	なし	○あり	なし	○あり		○	550円	週3回を超えて希望する場合は1回につき550円
居室配膳・下膳	なし	○あり	○なし	あり				必要に応じて実施
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		○	実費	
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		○	1,200円	（塩尻市内指定店）週1回を超えて希望する場合は1時間1,200円+交通費
役所手続き代行	なし	○あり	なし	○あり		○	1,200円	1時間1,200円+交通費
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		○	実費	年2回を超えて希望する場合、実費
健康相談	なし	○あり	○なし	あり				随時実施
生活指導・栄養指導	なし	○あり	○なし	あり				随時実施
服薬支援	なし	○あり	○なし	あり				随時実施
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	○あり	○なし	あり				随時実施
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				指定移送事業者でないため実施していない

入退院時の同行	なし	○あり	なし	○あり		○	1,200 円	概ね 30 分圏内の医療機関で想定。 協力医療機関以外は 1 時間 1,200 円 + 交通費
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	○あり	なし	○あり		○	1,200 円	1 時間 1,200 円 + 交通費
入院中の見舞い訪問	なし	○あり	なし	○あり		○	1,200 円	1 時間 1,200 円 + 交通費

※ 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。