

「指定介護予防短期入所生活介護施設」重要事項説明書

社会福祉法人 大和社会福祉事業センター
指定介護予防短期入所生活介護事業所「ハートタウン平成の杜」

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(岐阜県指定 2170200675号)

当事業所はご契約者に対して、指定介護予防短期入所生活介護サービス提供を提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上のご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援1」「要支援2」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

目次

1. 事業者
2. ご利用事業所
3. ご利用事業所であわせて実施する事業
4. 居室の概要
5. 職員体制（主たる職員）
6. 職員の勤務体制
7. 営業日及びご利用の予約
8. 当事業所が提供するサービスと利用料金等について
9. キャンセル料
10. 苦情等申立先
11. 協力医療機関
12. 協力歯科医療機関
13. 非常災害時の対応
14. 事故発生時の対応等
15. 第三者による評価の実施状況
16. 当事業所ご利用の際に留意いただく事項

1. 事業者

- (1) 法人名 : 社会福祉法人 大和社会福祉事業センター
- (2) 法人所在地 : 岐阜県関市春里町3丁目3番34号
- (3) 電話番号 : 0575-22-2377
- (4) 代表者氏名 : 理事長 小川 長
- (5) 設立年月日 : 昭和55年4月14日

2. ご利用事業所

- (1) 施設の種類 : 指定介護予防短期入所生活介護事業所・平成18年4月1日指定
岐阜県 2170200675号
- (2) 施設の目的 : 要支援状態にある高齢者に対し、適正な指定介護予防短期入所生活介護を提供することを目的とする。
- (3) 施設の名称 : 指定介護予防短期入所生活介護事業所 ハートタウン平成の杜
- (4) 施設の所在地 : 岐阜県関市中之保4517-2
- (5) 電話番号 : 0575-40-0310
- (6) 施設長(管理者) : 氏名 久保田 靖正
- (7) 当施設の運営方針
要支援者の心身の特性を踏まえ、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう介護、日常生活及び機能訓練を行い、加えて利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るための支援を行うものとする。
事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。
- (8) 開設年月日 : 平成18年4月1日
- (9) 入所定員 : 10人

3. ご利用事業所であわせて実施する事業

事業の種類		岐阜県知事の事業者指定		利用定数
		指定年月日	指定番号	
施設	特別養護老人ホーム	平成17年7月1日	岐阜県2170200675号	90人
居宅	通所介護	平成17年7月1日	岐阜県2170200683号	30人
	国基準相当通所型サービス	平成30年4月1日	関市2170200683号	
	短期入所生活介護	平成17年7月1日	岐阜県2170200675号	10人
	介護予防短期入所生活介護	平成18年4月1日	岐阜県2170200675号	
	訪問介護	平成17年7月1日	岐阜県2170200691号	
	国基準相当訪問型サービス	平成30年4月1日	関市2170200691号	

4. 居室の概要

(1) 居室等の概要

当施設では以下の居室・設備をご用意しています。入居される居室は、施設側で決定させていただきます。他の居室への入居をご希望される場合は、その旨お申し出ください。(但し、ご利用者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に添えない場合もあります。)

居室・設備の種類	室数ユニット数	備 考
ユ ニ ッ ト	1ユニット	1ユニットの定員は10名
個 室 (A)	1室	15.03㎡ / 1室あたりの居室面積
個 室 (B)	3室	15.08㎡ / 1室あたりの居室面積
個 室 (C)	2室	15.14㎡ / 1室あたりの居室面積
個 室 (D)	4室	15.88㎡ / 1室あたりの居室面積
個 室 合 計	10室	
食 堂	1室	各ユニットに食堂・居間を配置しています。
機能回復訓練室	1室	台所、食堂、居間兼用
浴 室	6室	特殊浴室3室(寝台浴槽1台、車椅子浴槽3台) 一般浴室1室、共同浴槽室1室、リフト付一般浴槽室1室
医 務 室	1室	14.89㎡

※上記は、厚生労働省が定める基準により、ユニット型指定介護予防短期入所生活介護事業所に設置が義務づけられている主な施設・設備です。この施設・設備の利用にあたり、施設・設備利用料としてご契約者に特別にご負担いただく費用はありません。但し、滞在に要する費用(個室料)は除きます。

■居室の変更：ご契約者から居室の変更希望の申し出があった場合は居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、ご契約者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際は、ご利用者やご契約者等と協議のうえ決定するものとします。

■居室に関する特記事項：各居室には、ベッド、寝具、類洗面台及び収納スペース等を用意しています。

5. 職員体制(主たる職員)

当施設では、ご利用者に対して指定介護予防短期入所生活サービスを提供する職員として、以下のような職種の職員を配置しています。

<主な職員の配置状況> ※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

- ①施設長 1名 施設長は管理者として施設の業務を統括する。
- ②医師(非常勤) 1名 医師は健康管理及び療養上の指導を行う。医師は必要な人員を協力医療機関に委託することができる。
- ③生活相談員 1名 生活相談員は利用者・利用希望者及びその家族の生活処遇相談、生活・行動プログラムの作成と指導、市町村やボランティアとの連携・指導その他、各種相談援助活動に従事する。
- ④介護職員 4名以上
介護職員は利用者の介護並びに日常生活上の世話等を行う。

⑤看護職員 1名以上

看護職員は利用者の看護・介護並びに日常生活上の世話等を行う。

⑥機能訓練指導員 1名以上（看護職員が兼務する）

機能訓練指導員は利用者が日常生活を営むのに必要な機能を改善し、またはその減退を防止するための訓練を行う。

⑦栄養士 1名以上

栄養士は入所者の食事等の献立を作成するとともに、調理員の技術、知識の育成・指導及び入所者の栄養相談や助言を行う。

⑧介護支援専門員 1名以上

介護支援専門員はアセスメントに基づき、入所者及び家族の希望に配慮し、介護サービス計画の原案を作成する。

6. 職員の勤務体制

職 種	勤務体制	休 暇
施 設 長	日勤の勤務時間帯（8:30～17:30）常勤で勤務	4週8休
生 活 相 談 員	日勤の勤務時間帯（8:30～17:30）常勤で勤務	4週8休
介 護 職 員	早番（7:00～16:00） 日勤（8:30～17:30・9:30～18:30） 遅番（11:00～20:00・13:00～21:00） 夜勤（21:00～7:00）	原則として 4週8休
看 護 職 員	日勤の勤務時間帯（8:30～17:30・9:00～18:00）	同上
機能訓練指導員	8:30～17:30 まで勤務（看護員が兼務する）	同上
介護支援専門員	日勤の勤務時間帯（8:30～17:30）常勤で勤務	4週8休
医 師	週1日	
栄 養 士	日勤の勤務時間帯（8:30～17:30）常勤で勤務	4週8休

*看護職員の夜間帯については、交代で自宅待機を行い緊急時に備えます。

*昼間帯においては、各ユニット1名以上の介護職員又は看護職員を常に確保しています。

*夜間帯においては、2ユニットに1名以上の介護職員を常に確保しています。

*ユニットにおいては、常勤のユニットリーダーを配置します。

7. 営業日及びご利用の予約

営業日	年中無休
ご予約の方法	ご利用の予約は、利用を希望される初日の2ヶ月前から受け付けております。

8. 当事業所が提供するサービスと利用料金等について

当施設では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

当施設が提供するサービスについて

- | |
|--|
| <p>(1) 利用料金が介護保険から給付される場合</p> <p>(2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合</p> |
|--|

があります。

■利用者負担割合証の1割又は2割、3割によって自己負担額が異なります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス（1割負担）

以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常9割）が介護保険から給付されます。

<併設型ユニット型介護予防短期入所生活介護費（I）ユニット型個室（1割負担）>

要介護度	1日分（利用者負担）
要支援1	512円
要支援2	636円

<その他介護保険による加算（1割負担）>

各種加算	自己負担額
送迎加算	184円（片道）
	368円（往復）
療養食加算	1回あたり 8円
サービス提供体制強化加算Ⅰ（イ）	1日あたり18円
サービス提供体制強化加算Ⅰ（ロ）	1日あたり12円
サービス提供体制強化加算Ⅱ・Ⅲ	1日あたり 6円
機能訓練体制加算	1日あたり12円
認知症専門ケア加算Ⅰ	1日あたり 3円
認知症専門ケア加算Ⅱ	1日あたり 4円
認知症行動・心理症状緊急対応加算	1日あたり200円（7日間限度）
若年性認知症利用者受入加算	1日あたり120円
介護職員処遇改善加算Ⅰ	（1ヶ月につき）サービス利用料金の8.3%

※ 送迎加算、療養食加算はサービスの提供がなされた方のみ負担していただきます。

(2) 介護保険の給付の対象となるサービス（2割負担）

以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常8割）が介護保険から給付されます。

<併設型ユニット型介護予防短期入所生活介護費（I）ユニット型個室（2割負担）>

要介護度	1日分（利用者負担）
要支援1	1,024円
要支援2	1,272円

<その他介護保険による加算（2割負担）>

各種加算	自己負担額
送迎加算	368円（片道）
	736円（往復）
療養食加算	1日あたり16円
サービス提供体制強化加算Ⅰ（イ）	1日あたり36円
サービス提供体制強化加算Ⅰ（ロ）	1日あたり24円
サービス提供体制強化加算Ⅱ・Ⅲ	1日あたり12円

機能訓練体制加算	1日あたり24円
認知症専門ケア加算Ⅰ	1日あたり6円
認知症専門ケア加算Ⅱ	1日あたり8円
認知症行動・心理症状緊急対応加算	1日あたり400円（7日間限度）
若年性認知症利用者受入加算	1日あたり240円
介護職員処遇改善加算Ⅰ	（1ヶ月につき）サービス利用料金の8.3%

※ 送迎加算、療養食加算はサービスの提供がなされた方のみ負担していただきます。

（3）介護保険の給付の対象となるサービス（3割負担）

以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常7割）が介護保険から給付されます。

<併設型ユニット型介護予防短期入所生活介護費（Ⅰ）ユニット型個室（3割負担）>

要介護度	1日分（利用者負担）
要支援1	1,536円
要支援2	1,908円

<その他介護保険による加算（3割負担）>

各種加算	自己負担額
送迎加算	552円（片道） 1,104円（往復）
療養食加算	1日あたり24円
サービス提供体制強化加算Ⅰ（イ）	1日あたり54円
サービス提供体制強化加算Ⅰ（ロ）	1日あたり36円
サービス提供体制強化加算Ⅱ・Ⅲ	1日あたり18円
機能訓練体制加算	1日あたり36円
認知症専門ケア加算Ⅰ	1日あたり9円
認知症専門ケア加算Ⅱ	1日あたり12円
認知症行動・心理症状緊急対応加算	1日あたり600円（7日間限度）
若年性認知症利用者受入加算	1日あたり360円
介護職員処遇改善加算Ⅰ	（1ヶ月につき）サービス利用料金の8.3%

※ 送迎加算、療養食加算はサービスの提供がなされた方のみ負担していただきます。

■ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。要支援又は要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。

■介護予防短期入所の利用限度日数を超える場合もサービス利用料金の全額をお支払いいただきます。

■介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

<サービスの概要>

種 類	内 容
離床、着替え、洗濯、整容等	<ul style="list-style-type: none"> ・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。 ・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。 ・シーツ交換は、週1回、寝具の消毒は、月1回実施します。
排 泄	<ul style="list-style-type: none"> ・入居者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。
入 浴	<ul style="list-style-type: none"> ・入浴日 月～日の中で週2回 ・清拭は必要に応じて、入浴日でも入浴しない方はタオルで体をお拭きします。
機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> ・機能訓練指導員により利用者の状況に適合した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ・常に入所者の健康の状況に注意し、必要に応じて健康保持のための適切な措置をとります。 ・嘱託医により、週1回診察日を設けて健康管理に努めます。 ・また、緊急等必要な場合には主治医（ホームドクター）あるいは協力医療機関等に責任をもって引き継ぎます。 ・入所者が外部の医療機関に通院又は入院する場合はご連絡するとともにその介添えについてできるだけ配慮します。 <p>（当施設の嘱託医師） 氏名：加藤正夫 診療科：内科 診療日：毎週火曜日</p>
相談及び援助	<ul style="list-style-type: none"> ・当施設は、入所者及びそのご家族からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。 <p>（相談窓口）生活相談員 佐伯 裕美</p>
送 迎	<ul style="list-style-type: none"> ・身体状況等一定の基準に該当する方で、ご自分で来所が困難な方は、リフト付きの送迎車で入退所の送迎を行います。

（２）介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額（食事、滞在費に関しては特定入所者介護サービス費の支給による負担減免がございます）がご契約者の負担となります。

<サービスの概要と利用料金>

サービスの種別	内 容	自己負担額
食 事	<ul style="list-style-type: none"> ・管理栄養士の立てる献立により、栄養と利用者の身体状況に配慮したバラエティーに富んだ食事を提供します。 ・食事はできるだけ離床して食堂で 	<p>利用者負担第1段階住民税世帯非課税かつ高齢福祉年金受給者等の方</p> <p>1日300円</p>

	<p>食べていただけるように配慮します。献立表は、前日に食堂に掲示します。食事が不必要な場合は、前日までにお申し出下さい。前日までに申し出があった場合には「食事にかかる自己負担額」は、減免されます。</p> <p>・食べられない物やアレルギーがある方は事前にご相談ください。</p> <p>(食事時間)</p> <p>朝食 8:00～ 9:00 372 円 昼食 12:00～13:00 495 円 おやつ 15:00～15:30 88 円 夕食 18:00～19:00 485 円</p>	<p>利用者負担第 2 段階 住民税世帯非課税かつ本人収入が 80 万円以下の方 1 日 390 円</p> <p>利用者負担第 3 段階住民税世帯非課税かつ利用者負担第 2 段階に該当しない方 1 日 650 円</p> <p>利用者負担第 4 段階上記以外の方、減額認定証をお持ちでない方 1 日 1,440 円</p>
滞在費	<p>・当施設では減価償却費、光熱費を含む滞在費（個室料金）をご負担いただきます。</p>	<p>利用者負担第 1 段階住民税世帯非課税かつ老齢福祉年金受給者等の方 1 日 820 円</p> <p>利用者負担第 2 段階 住民税世帯非課税かつ本人収入が 80 万円以下の方 1 日 820 円</p> <p>利用者負担第 3 段階住民税世帯非課税かつ利用者負担第 2 段階に該当しない方 1 日 1,310 円</p> <p>利用者負担第 4 段階上記以外の方、減額認定証をお持ちでない方 1 日 1,970 円</p>
レクリエーション 行事	<p>・利用期間中に行われる行事・レクリエーション</p>	<p>材料代、交通費、入場料等の実費を頂く事もあります。</p>
理容・美容	<p>・毎月 2 回（毎月第 1，4 月曜日）</p>	<p>カット料金 1 回 1,200 円</p>
特別な送迎	<p>・当施設の事業実施区域（旧武儀町、旧上之保村、神野地区、七宗町神淵地区）以外の方、ある</p>	<p>1 km あたり 50 円</p>

	いは実施区域内で特に送迎をご希望の方は、リフト付き車で送迎を実施します。	
--	--------------------------------------	--

■経済状況の著しい変化、その他やむを得ない事由がある場合は利用料金を変更します。

(3) 利用料金の支払い方法について

前記にかかる利用料金は、サービス利用当月の月末締めで集計させていただきます。翌月の上旬に請求させていただき、請求月の25日までに下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。

ア<当事業所 事務所窓口での現金支払い>
イ<指定口座への振込み>
指定口座 関信用金庫 桜ヶ丘支店 普通預金 0205207 社会福祉法人 大和社会福祉事業センター 特別養護老人ホーム ハートタウン平成の杜
指定口座 めぐみの農業協同組合 津保川支店 普通預金 0002770 社会福祉法人 大和社会福祉事業センター ハートタウン平成の杜
※ 入金者名は利用者様の名前をお願いします。
※ 入金を確認後、領収書を郵送させていただきます。
ウ<指定口座からの自動引落し>
当事業所では、めぐみの農業共同組合津保川支店で自動引落しの契約を結んでいます。契約時においてご契約者に所定の用紙で申し込んでいただきます。

9. キャンセル料

利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但しご契約者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

キャンセル日	キャンセル料
利用開始当日	当日料金の自己負担分相当額
利用開始前日まで	無料

10. 苦情等申立先

(1) 施設

当施設ご利用相談室	窓口担当者 生活相談員 佐伯 裕美
	ご利用時間 8:30~17:30 (土、日祝祭日を除く)
	ご利用方法 TEL 0575-40-0310
	FAX 0575-49-3800

(2) 行政機関その他受付機関

	住 所	電 話
岐阜県中濃県事務所	岐阜県美濃市生櫛 1612-2	(0575)33-4011
岐阜県 国民健康保険団体連合会	岐阜県岐阜市下奈良 2-2-1 介護保険苦情相談窓口	(058)275-9826
関市高齢福祉課	岐阜県関市若草通 3-1	(0575)22-3131
関市武儀事務所	岐阜県関市中之保 5696-1	(0575)49-2121
関市上之保事務所	岐阜県関市上之保 15119-1	(0575)47-2002
美濃加茂市	岐阜県美濃加茂市太田町 3431-1	(0574)25-2111
郡上市	岐阜県郡上市八幡町島谷 228	(0575)67-1121
下呂市	岐阜県下呂市萩原町萩原 1166-8	(0576)52-2000
加茂郡七宗町	岐阜県加茂郡七宗町上麻生 2442-3	(0574)48-1111

1 1. 協力医療機関

医療機関の名称	中濃厚生病院
院 長 名	鷹津 久登
所 在 地	〒501-3802 岐阜県関市若草通 5-1
電 話 番 号	0575-22-2211
診 療 科	内科、小児科、耳鼻科、外科、皮膚科、脳神経外科、整形外科、泌尿器科、産婦人科、眼科、リハビリテーション科
救急指定の有無	有

医療機関の名称	関中央病院
院 長 名	植松孝広
所 在 地	〒501-3919 岐阜県関市平成通 2-6-18
電 話 番 号	0575-22-0012
診 療 科	内科、呼吸器科、消化器科、循環器科、外科、肛門科、整形外科、放射線科、リハビリテーション科
救急指定の有無	有

1 2. 協力歯科医療機関

名 称	長尾歯科医院
院 長 名	長尾一郎
所 在 地	〒501-3521 岐阜県関市下之保 2356-10
電 話 番 号	0575-49-2100

1 3. 非常災害時の対応

非常時の対応	別に定める「特別養護老人ホーム ハートタウン平成の杜 消防計画」にのっとり対応を行います。
--------	---

平常時の訓練等 防災設備	別に定める「特別養護老人ホーム ハートタウン平成の杜 消防計画」にのっとり年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を、利用者の方も参加して実施します。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	6 6 2	消火器	3 4
	避難すべり台	1	非常通報装置	4
	自動火災報知機	1 3	非常警報設備 (スピーカー)	1 6 7
	避難階段	3	誘導灯	4 4
カーテン等は防災性能のあるものを使用しております。				
消防計画等	消防署への届出日：平成22年4月21日 防火管理者：久保田靖正			

14. 事故発生時の対応等

事故発生時の対応	施設は、介護サービスの提供にあたって事故が発生した場合は、速やかにご利用者のご家族・ご利用者の後見人又は身元引受人等関係者に連絡・報告を行うとともに、ご利用者の生命の安全の確保を最優先にした対応を講じます。
損害賠償	施設は、サービス提供によりご利用者に賠償すべき事故が発生した場合には、天災地異等不可抗力による場合を除き、速やかに誠意を持って損害賠償を行います。但し、当該事故の発生につき、施設に故意過失がない場合はこの限りではありません。また、ご利用者に重過失がある場合は、損害賠償の額を減じることができます。
施設賠償責任保険	施設は、万一の事故の発生に備えて、「施設賠償責任保険」に加入しています。

損害賠償がなされない場合

<ul style="list-style-type: none"> ・ご利用者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項又はサービス実施にあたって必要な事項に関する聴取・確認について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことに専ら起因して発生した場合。
<ul style="list-style-type: none"> ・ご利用者の急激な体調の変化等、施設の実施したサービスを原因としない事由に専ら起因して発生した場合。
<ul style="list-style-type: none"> ・ご利用者が、施設の指示・依頼に反して行った行為に専ら起因して発生した場合。

15. 第三者による評価の実施状況

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		

16. 当事業所ご利用の際に留意いただく事項

来 訪 ・ 面 会	来訪者は面会時間（8:30～19:30）を遵守し、必ずその都度職員に届け出て面会者名簿にご記入ください。
外 出	外出の際には必ず行き先と帰宅時間を職員に申し出るとともに、外出届けをご提出ください。
居室・設備・器具の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法にしたがってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがあります。テレビ等の電気器具を持ち込まれる場合は、ご相談ください。
喫 煙 ・ 飲 酒	喫煙・飲酒は施設内では全面禁止となっております。
迷 惑 行 為 等	騒音等他の入所者のご迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の入所者の居室等に立ち入らないようにしてください。
所 持 品 の 管 理	貴重品の持ち込みはご遠慮願います。個別に管理保管させていただきます。
現 金 等 の 管 理	現金、高価な貴重品等の持ち込みはご遠慮願います。
宗 教 活 動 ・ 政 治 活 動	施設内で他の入所者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
動 物 飼 育	施設内のペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

付 則

この重要事項説明書、平成17年 7月 1日より施行する。

平成17年10月 1日改訂

平成18年 4月 1日改訂

平成19年10月 1日改訂

平成21年 4月 1日改訂

平成22年 5月 1日改訂

平成23年 4月 1日改訂

平成24年 4月 1日改訂

平成26年 4月 1日改訂

平成27年 4月 1日改訂

平成27年 8月 1日改訂

平成27年10月15日改訂

平成29年 4月 1日改訂

平成30年 4月 1日改訂

平成30年 8月 1日改訂

平成30年10月 1日改訂

私は、本書面に基づいて事業所の職員（職名 生活相談員 氏名 佐伯 裕美 ）
から上記重要な事項の説明を受けたことを確認します。

平成 年 月 日

利用者 住所 _____

氏名 _____ (印)

利用者の家族等 住所 _____

氏名 _____ (印)

続柄 _____

(注) 施設利用契約における、施設利用の際の留意事項を含む。