

重要事項説明書

記入年月日	令和7年10月1日
記入者名	若月 大樹
所属・職名	サクラポート八幡施設長

1. 設置者

種類	個人／法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) めでいかるけあ かぶしきがいしゃ メディカルケア株式会社	
主たる事務所の所在地	〒387-0013	
連絡先	電話番号	026-273-4115
	FAX番号	026-273-4116
	ホームページアドレス	http://www.sakura-care.co.jp
	電子メールアドレス	Info@sakura-care.co.jp
代表者	氏名	武田 洋
	職名	代表取締役社長
設立年月日	平成15年10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) さくらぼーと やわた サクラポート八幡	
所在地	〒387-0023 長野県千曲市八幡1975	
主な利用交通手段	最寄駅	駅
	交通手段と所要時間	しなの鉄道線「屋代」駅より車で15分
連絡先	電話番号	026-272-2070
	FAX番号	026-272-2078
	ホームページアドレス	http://www.sakura-care.co.jp
	電子メールアドレス	Info@sakura-care.co.jp
管理者	氏名	若月 大樹
	職名	施設長
建物の竣工日	平成25年5月1日	
有料老人ホーム事業の開始日	平成25年5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

1 又は 2 に 該当する場 合	介護保険事業者番号	地域密着型特定施設入居者生活介護 2091800082
	指定した自治体名	千曲市
	事業所の指定日	平成 25 年 5 月 1 日
	指定の更新日（直近）	令和 元 年 5 月 1 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	3. 149. 18 m ²						
	所有関係	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 1. 332. 09 m ²	うち、老人ホーム部分	1. 332. 09 m ²			
	建物	耐火構造	1 耐火建築物 2 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	1 <input checked="" type="checkbox"/> 全室個室						
	【表示事項】	2 相部屋あり	最小	人部屋	最大			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数			
	タイプ 1	有／無	有／無	18. 9 m ²	29 戸			
	タイプ 2	有／無	有／無	11. 0 m ²	1 戸			
	タイプ 3	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（両側が居室に面している廊下）		1.8m	その他の廊下	1.97m
共用施設	共用便所における便房	4ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		3ヶ所
			うち車椅子等の対応が可能な便房		2ヶ所
	共用浴室	2ヶ所	個室		2ヶ所
			大浴場		0ヶ所
	共用浴室における介護浴槽	2ヶ所	チエアー浴		1ヶ所
			リフト浴		0ヶ所
			ストレッチャー浴		1ヶ所
			その他（ ）		0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 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし（平屋建て、バリアフリー）				
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 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 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			
	便所	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（脱衣場）	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 一部あり 3 なし			
その他	談話コーナー、機能訓練室				

4. サービスの内容（全体の方針）

運営に関する方針	自立が難しい利用者一人ひとりの心身の状態に応じた個別の介護計画を作成し、家庭的な環境で日常生活の支援や機能訓練を行います。サービスの基本に自立支援を据え、利用者の意志や人格を尊重し、利用者本位の適切なケアを提供することを重視しています。また、施設内だけで完結せず、地域や他の福祉サービス提供者と連携し、地域を基盤とした総合的な支援を目指します。
サービスの提供内容に関する特色	お客様に「喜び」「生きがい」「嬉しさ」を感じてもらい、元気になっていたいだくことをスタッフ全員の使命とし、それを追求します。また、お客様が心地よく安心できるケアを実践します。
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 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 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	(I)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
		(II)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
※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。	生活機能向上連携加算	(I)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
		(II)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
※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。	ADL 維持等加算	(I)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
		(II)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	個別機能訓練加算	(I)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
		(II)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	夜間看護体制加算	(I)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
		(II)	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 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	協力医療機関連携加算 (※1)	(I)	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
		(II)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	口腔衛生管理体制加算（※2）		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	口腔・栄養スクリーニング加算		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	退院・退所時連携加算		1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	退居時情報提供加算		1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	看取り介護加算		1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	認知症専門ケア加算	(I)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
		(II)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	高齢者施設等感染対策向上加算	(I)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
		(II)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	新興感染症等施設療養費		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	生産性向上推進体制加算	(I)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
		(II)	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	サービス提供体制強化加算	(I)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
		(II)	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
		(III)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	介護職員待遇改善加算	(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
	(IV)	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	(V)(1)	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	(V)(2)	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	(V)(3)	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	(V)(4)	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	(V)(5)	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	(V)(6)	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	(V)(7)	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	(V)(8)	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	(V)(9)	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	(V)(10)	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	(V)(11)	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	(V)(12)	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	(V)(13)	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	(V)(14)	1 あり 2 <input checked="" 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 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし	(介護・看護職員の配置率) 3:2

(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 <input checked="" type="checkbox"/> 入退院の付き添い 3 <input checked="" type="checkbox"/> 通院介助 (協力医療機関 1 は無料) 4 その他 ()	
協力医療機関	名称	おかだクリニック
	住所	長野県千曲市稻荷山中町 580
	診療科目	内科 外科 肛門外科
	協力科目	訪問診療・外来診療
	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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> あり・2 なし
協力歯科医療機関	名称	中条歯科診療所
	住所	長野県長野市中条 2626 番地
	協力内容	訪問歯科・口腔ケア指導

(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 <input checked="" type="checkbox"/> 介護居室へ移る場合 3 その他 ()	
判断基準の内容	お客様の生活の維持及び施設運営上、支障があり、特別な配慮が必要であると認められた場合。	
手続きの内容	1) 緊急やむ得ない場合を除いて一定の観察期間を設ける 2) 施設の指定する医師の意見を聞く 3) お客様及び連帯保証人等の同意を得る	
追加的費用の有無	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし	
居室利用権の取扱い	従前の居室の賃貸借権が変更後の居室の賃貸借権に変わります。	
前払金償却の調整の有無	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし	
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	便所の変更	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	浴室の変更	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	洗面所の変更	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	台所の変更	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	その他の変更	1 あり (変更内容) 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし

(入居に関する要件)

入居対象者	自立	1あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし	要支援	1あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし	要介護	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2なし
留意事項	千曲市在住及び介護 1 以上の方					
契約の解除の内容	(1) メディカルケアが、お客様に対し不法行為を行った場合 (2) メディカルケアが、第 8 条の守秘義務違反をした場合 (3) メディカルケアが、正当な理由無くサービスの提供を拒否した場合 (4) メディカルケアが、破産、民事再生、会社更生、会社整理もしくは特別清算を申し立て、又は申し立てを受けた場合 (5) 前各号の他お客様又は連帯保証人及び甲との間の信頼関係に支障をきたし、その回復が困難であり適切なサービスの提供を継続できないと判断される場合					
事業主体から解約を求める場合	解約条項	(1) 入居申込書及び入居に必要な書類に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居した場合 (2) お客様による利用料金の支払いが、正当な理由なく 2 ヶ月以上遅延し、1 ヶ月以上の期間を定めた催告にも関わらず、これが支払われない場合 (3) お客様又は連帯保証人、ご家族その他ご関係者が、故意に甲並びにホームの介護従業者及び他のお客様の生命、身体、財産もしくは信用を傷つけ、本契約を継続し難い事情が認められる場合				

		<p>(4) お客様又は連帯保証人、ご家族その他ご関係者が、法令及び本契約の条項に重大な違反を行い、改善の見込みがない場合</p> <p>(5) 伝染性疾患等により、他のお客様の生活又は健康に重大な影響を及ぼす恐れがあると医師が認めた場合。ただし、本人・甲が合意した場合。</p> <p>(6) お客様の行動が、甲並びにホームの介護従業者及び他のお客様の生命、身体、財産もしくは信用を傷つけ、介護保険法上の方法ではこの行動を防止できないと甲が判断した場合</p> <p>(7) お客様が入居中に医療行為が必要になり、関係法令に基づきホームの人員体制では対応が困難であると判断した場合、又は病気治療のため病院もしくは診療所等に入院し、明らかに1ヶ月以内に退院できる見込みがない場合又は1ヶ月を経過しても退院できないことが明らかな場合。ただし、いずれの場合においても、本人・甲が合意した場合。</p> <p>(8) 前号に掲げる場合の他、お客様が1ヶ月以上の長期に亘ってホームを離れることが明らかな場合。ただし、本人・甲が合意した場合</p> <p>(9) 前各号の他、お客様又は連帯保証人、ご家族その他ご関係者及び甲との間の信頼関係に支障をきたし、その回復が困難であり、適切なサービスの提供を継続できないと判断される場合</p>
	解約予告期間	3ヶ月
	入居者からの解約予告期間	1ヶ月
体験入居の有無・内容	<p>1 <input checked="" type="checkbox"/>あり 2 <input type="checkbox"/>なし</p>	<p>7泊8日￥70,000（税別）（食費込み） ※期間の増減の場合、1日10,000円（税別）で 精算（満室時は非対応）</p>
入居定員		29人
その他		

5. 職員体制

（職種別の職員数）

	職員数（実人数）			常勤換算人数 ※1
		合計	常勤	
管理者	1	1	0	1
生活相談員	1	1	0	1
直接処遇職員				
介護職員	16	14	2	15.5
看護職員	4	2	2	3.5
機能訓練指導員	0.5	0.5	0	0.5

計画作成担当者	1	1	0	1.0
栄養士	0	0	0	0
調理員	0	2	4	3.7
事務員	0	0	0	0
その他職員	2	0	2	1.2
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。				

(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	11	10	1
実務者研修の修了者	0	3	0
初任者研修の修了者	1	1	0
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	2	2
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 (19時～7時)		
	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	2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)	3 : 2
※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 <input checked="" type="checkbox"/> あり							
			資格等の名称		介護福祉士・介護支援専門員・社会福祉士					
	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	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	前年度1年間の退職者数	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	応じた業務に従事した経験年数に	1年未満	1	0	0	2	0	0	0	0
	1年以上3年未満	0	0	1	2	0	0	0	0	0
	3年以上5年未満	0	2	2	0	0	0	0	1	0
	5年以上10年未満	1	0	6	1	0	0	1	0	0
	10年以上	0	0	4	1	1	0	0	0	0
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 あり	2 <input checked="" 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】	1 利用権方式 2 <input checked="" type="checkbox"/> 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
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 関係法令等の改正、ホーム所在地の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費上昇により2年に1回改定する場合がある。
	手続き 運営推進会議等の意見を勘案するものとする。お客様及び連帯保証人へ予め通知します。

（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	介護1（1割負担）	介護5（1割負担）
	年齢	90歳	88歳
居室の状況	床面積	18.9 m ²	18.9 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	0円	0円
	敷金	100,000円	100,000円
月額費用の合計		174,490円	190,204円
家賃		50,000円	50,000円
サービス費用 介護保険外※ ₂	特定施設入居者生活介護※ ₁ の費用	19,560円	28,832円
	食費	59,640円	59,640円
	管理費	38,000円	38,000円
	介護費用	0円	0円
	光熱水費	2,650円	3,725円
	その他（医療費等）	4,640円	10,007円
※1 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	個室（トイレ・洗面・エアコン付）
敷金	家賃の2ヶ月分を入居時にお預かり
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	建物の維持管理・修繕費、事務管理費、備品の維持管理・修繕費、共有部電気、ガス、水道料、下水又は環境衛生費、電球、洗剤、石鹼、施設で購入する新聞、雑誌、町会費
食費	食事にかかる食材費、光熱水費、ごみ処理費、人件費、消耗品費、設備維持管理費
電気代※2	電気使用料（居室分電気代実費 居室ごとに個別の電気メーターあり）
利用者の選択による利用料	別添2（個別選択による介護サービス一覧表） 運営に支障がある場合など対応できることもあります。
その他のサービス利用料	※不在時における家賃は発生いたします。但し、月の途中での入退去の場合は、1か月を30日として日割り計算とします。 ※介護用品費や理美容費等の個人に関わる費用や医療費、医師の往診等は別途実費ご負担いただきます。その他別紙「介護サービス等一覧表」に記載の料金を受領いたします。
※1 共用施設の修繕費、人件費等の使途をすべて記入し、「等」で括らうこと。	
※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)

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	別紙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一覧）
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。	

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				女性			
	7人				22人			
年齢別	65歳未満		65歳以上 75歳未満		75歳以上 85歳未満		85歳以上	
	0人		1人		7人		21人	
要介護度別	自立	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	0人	0人	0人	9人	3人	3人	7人	7人
入居期間	6か月未満	6ヶ月以上1年未満	1年以上5年未満	5年以上10年未満	10年以上15年未満	15年以上		
	3人	3人	12人	9人	2人	0人		

(入居者の属性)

平均年齢	入居者数の合計	入居率*	※一時的な不在者も 入居者に含む。
89.5 歳	29 人／29 室	100%	

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	社会福祉施設	医療機関	死者者(看取り)	その他
	0 人	1 人	3 人	1 人	0 人
生前解約の状況	施設側の申し出		0 人	(解約事由)	
	入居者側の申し出		1 人	(解約事由) 他施設への入居	

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	電話番号	対応している時間
サクラポート八幡 苦情受付窓口	026-272-2070	9:00～18:00 (定休日なし)
千曲市役所 健康福祉部 高齢福祉課 介護保険係	026-273-1111 (内線) 1172	9:00～17:00 (土・日・祝日を除く)
長野県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情処理係	026-238-1580	9:00～17:00 (土・日・祝日を除く)

(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) 東京海上日動火災保険㈱総合補償制度加入
	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) 保険の加入
	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 あり	実施日	意見箱設置
		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 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 公開していない

10. その他

運営懇談会	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	(開催頻度) 年 6 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	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり・2 なし
	指針の整備	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり・2 なし
	定期的な研修の実施	1 <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	1 <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	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり・2 なし
	指針の整備	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり・2 なし
	定期的な研修の実施	1 <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	
	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
	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし	
		1あり・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	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり・2 なし
	災害に関する業務継続計画	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり・2 なし
	職員に対する周知の実施	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり・2 なし
	定期的な研修の実施	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり・2 なし
	定期的な訓練の実施	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり・2 なし
	定期的な業務継続計画の見直し	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり・2 なし

提携ホームへの移行 【表示事項】	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり (提携ホーム名：サクラポート埴生・サクラポート力石・八幡グループホームみのり) 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	
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

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（代表的な事業所）

介護サービスの種類	併設・隣接	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埴生
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埴生
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	サクラボート力石
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	サクラケア千曲店
特定福祉用具販売	ありなし	併設・隣接	サクラケア千曲店
<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	
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	八幡グループホームのり
地域密着型特定施設入居者生活介護	ありなし	併設・隣接	サクラボート八幡
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	サクラケア千曲店
<居宅介護予防サービス>			
介護予防訪問介護	ありなし	併設・隣接	ヘルパーステーション埴生
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埴生
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	サクラボート力石
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	サクラケア千曲店
特定介護予防福祉用具販売	ありなし	併設・隣接	サクラケア千曲店
<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埴生
通所型サービス	ありなし	併設・隣接	サクラボート力石
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					○あり
介護保険サービス（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			備 考
		料金※3			
居住サービス					
敷金	なし	あり	○	実費	100,000円/入居時お預かり（家賃の2か月分）
家賃	なし	あり	○	実費	50,000円/1か月
共益費	なし	あり	○	実費	38,000円/1か月
食費	なし	あり	△	実費	朝食480円、昼食700円、夕食700円、おやつ108円（すべて1食あたり）
居室電気代	なし	あり	△	実費	1kwhあたり32円で計算
介護サービス					
食事介助	あり	なし	○		
排泄介助・おむつ交換	あり	なし	○		
おむつ代		あり	△	実費	
入浴（一般浴）介助・清拭	あり	あり	△	実費	週3回以上の場合、職員1名につき1時間当たり1,650円
特浴介助	あり	あり	△	実費	週3回以上の場合、職員1名につき1時間当たり1,650円
身辺介助（移動・着替え等）	あり	なし	○		
機能訓練	あり	なし	○		
通院介助（協力医療機関以外）	なし	あり	△		職員1名につき1時間当たり1,650円
口腔衛生管理	あり	なし	○		
生活サービス					
居室清掃	あり	あり	△	実費	週2回以上の場合、職員1名につき1時間当たり1,650円
リネン交換	あり	あり	△	実費	週2回以上は1回につき330円
日常の洗濯	あり	あり	△	実費	週2回以上は1回につき330円
居室配膳・下膳	あり	なし	○		
入居者の嗜好に応じた特別食		あり	△	実費	
おやつ		あり	△	実費	
理美容師による理美容サービス		あり	△	実費	外部からの訪問理美容
買い物代行	あり	あり	△	実費	ホームから半径500m以内を通常の利用区域とします。
役所手続き代行	なし	あり	△	実費	職員1名につき1時間当たり1,650円
金銭・貯金管理		なし			
健康管理サービス					
定期健康診断		なし			適宜実施
健康相談	あり	なし			適宜実施
生活指導・栄養指導	あり	なし			適宜実施
服薬支援	あり	なし			
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	あり	なし			
入退院時・入院中のサービス					
移送サービス	なし	あり	△	実費	職員1名につき1時間当たり3,300円
入退院時の同行	なし	あり	△	実費	通常；職員1名につき1時間当たり1,650円 緊急；職員1名につき1時間当たり3,300円
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	△	実費	職員1名につき1時間当たり1,650円
入院中の見舞い訪問	なし	あり	△	実費	職員1名につき1時間当たり1,650円

※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。

※ _____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。

令和 年 月 日

説明をうけました
