

重要事項説明書

記入年月日	令和07年11月10日
記入者名	細川 和哉
所属・職名	事務長

※ 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. 事業主体概要

種類	個人／法人；法人	
	※法人の場合、その種類	営利法人
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃ だいいちしすてむ 株式会社 第一システム	
主たる事務所の所在地	〒390-1131	
連絡先	電話番号	0263-50-3033
	FAX番号	0263-50-3644
	メールアドレス	co. ds@tvm. ne. jp
	ホームページアドレス	http://
代表者	氏名	細川 常子
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和58年 02月 18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) かいごつきゆうりょうろうじんほーむ えーるこーとさくら 介護付有料老人ホーム エールコート咲楽	
所在地	〒390-1131 長野県松本市今井 6988-1	
主な利用交通手段	最寄駅	JR 村井駅
	交通手段と所要時間	①バス利用の場合 ・松本バスターミナル松本空港線 『松本短大口』下車、徒歩 5 分 ②自動車利用の場合 ・長野自動車道 塩尻北インターより 車で 5 分
連絡先	電話番号	0263-85-3330
	FAX番号	0263-85-3060
	メールアドレス	co.sakura@nifty.com
	ホームページアドレス	http://yc-sakura.com
管理者	氏名	細川 常子
	職名	施設長
建物の竣工日		平成18年 04月 01日
有料老人ホーム事業の開始日		平成18年 04月 01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	2070201591
	指定した自治体名	松本市
	事業所の指定日	平成18年 04月 01日
	指定の更新日(直近)	令和06年 02月 27日

3. 建物概要

土地	敷地面積	7,043 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		
建物	延床面積	全体	3,624 m ²		
		うち、老人ホーム部分	3,624 m ²		
	耐火構造	① 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他()			
建物	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		
居室の状況	居室区分 【表示事項】	① 全室個室(縁故者個室を含む)			
		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	18,16 m ²	85	一般居室
タイプ2	有/無	有/無	m ²		
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。						
共用施設	共用便所における 便房	7 か所	うち男女別の対応が可能な便房		2 か所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房		3 か所	
	共用浴室	5 か所	個室		2 か所	
			大浴場		1 か所	
	共用浴室における 介護浴槽	2 か所	チェアー浴		1 か所	
			リフト浴		か所	
			ストレッチャー浴		2 か所	
			その他()		か所	
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 ①あり 2 一部あり 3 なし	便所 ①あり 2 一部あり 3 なし	浴室 ①あり 2 一部あり 3 なし	その他() 1 あり 2 一部あり 3 なし		
その他						

4. サービス等の内容

(全体の方針)

運営に関する方針	施設の健全な環境づくりと運営に努力し、地域や関係機関との連携を密に、これからの老人福祉及び介護時代の新たな拠点としての役割を果たし、信頼と期待に応えられるよう努めます。職員の資質向上については、新しい介護技術の研修はもとよりマナーの習得等、常に研鑽に努め、施設のレベルアップを図ります。
サービスの提供内容に関する特色	人間の尊厳を第一と考え、入居者の個性や人格を尊重し、ユニットケアによるきめ細やかな支援、サービスを心掛けます。家庭的な雰囲気醸成し、安心して親しめる人間関係を形成しつつ、明るく楽しい施設生活を送れるよう努めます。また、常に安全で快適な生活を送れるように注視し、地域住民との温かな心の交流を深め、開かれた施設となるよう努力します。
入浴、排せつ又は食事の介護	① 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	① 自ら実施 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 3 なし
健康管理の供与	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	① 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	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 ※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	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

<p>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>	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	
		(Ⅲ)	1 あり ②なし	
	介護職員等処遇改善加算	(Ⅰ)	①あり 2 なし	
		(Ⅱ)	1 あり ②なし	
(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		
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		
	②なし			

(医療連携の内容)

医療支援	※複数選択可	①救急車の手配 ②入退院の付き添い ③通院介助 4 その他()	
協力医療機関		1	名称 山村医院 住所 松本市今井 3223-23 診療科目 内科 胃腸科・消化器内科

	協力科目	同上 (在宅療養支援診療所)	
	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
	2	名称	あかはね内科・神経内科医院
	住所	長野県松本市神林3561-11	
	診療科目	内科・神経内科	
	協力科目	同上	
	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
3	名称	独立行政法人国立病院機構 まつもと医療センター	
	住所	松本市村井町南2丁目20番30号	
	診療科目	内科、消化器内科、循環器内科、血液内科、呼吸器内科、 脳神経内科、外科、呼吸器外科、整形外科、脳神経外科、 小児科、皮膚科、泌尿器科、救急科、婦人科、眼科、耳 鼻咽喉科、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科、 歯科、病理診断科	
	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	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
4	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
5	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	1あり 2なし

			相談対応を行う体制を常時確保	
			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	山村医院	
		医療機関の住所	松本市今井 3223-23	
	2 なし			
協力歯科医療機 関	1	名称	唐沢歯科医院	
		住所	松本市今井 8090-2	
		協力内容	必要に応じ往診、歯科検診	
	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 ② なし
	要支援の者	① あり 2 なし
	要介護の者	① あり 2 なし

留意事項		
契約の解除の内容	<ul style="list-style-type: none"> ・入居者が死亡したとき ・事業者が入居契約書第29条に基づき解除を通告し、予告期間が満了したとき ・入居者が入居契約書第30条に基づき解約をおこなったとき 	
事業主体から解約を求める場合	<p style="text-align: center;">解約条項</p>	<p>一 入居者が傷病等によらず、自己都合により30日以上連続して居室を不在したとき</p> <p>二 入居者が傷病による入院等で、90日以上連続して居室を不在したとき</p> <p>三 入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき</p> <p>四 月額の利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞するとき</p> <p>五 第20条（禁止又は制限される行為）の規定に違反したとき</p> <p>六 入居者の行動が、他の入居者等の生命に危害を及ぼす恐れがある場合、また入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができないとき</p> <p>前項の規定に基づく契約の解除の場合、事業者は次の各号の手続きによって行います。</p> <p>一 契約解除の通告について90日の予告をおく</p> <p>二 前号の通告に先立ち、入居者及び身元引受人等の弁明の機会を設ける</p> <p>三 解除通告に伴う予告期間中に、入居者の移転先の有無について確認し、移転先がない場合には入居者や身元引受人等、その他関係者・関係機関と協議し、移転先の確保について協力する</p>
	解約予告期間	3ヶ月(90日)

入居者からの解約予告期間	1ヶ月(30日)
体験入居の内容	①あり(内容: 食事付、6,600円/日(税込) ご利用は最長2泊3日まで(介護度に係わらず一律) 2 なし
入居定員	85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	1.0
生活相談員	4	4	0	2.0
直接処遇職員	30	27	3	28.3
介護職員	26	23	3	24.3
看護職員	4	4	0	4.0
機能訓練指導員	1	1	0	1.0
計画作成担当者	2	2	0	1.0
栄養士	2	2	0	1.0
調理員	8	2	6	3.9
事務員	1	1	0	1.0
その他職員	1	0	1	0.5
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	16	2	18
実務者研修の修了者	2	1	3
初任者研修の修了者	5	0	5

介護支援専門員	2	2	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		
理学療法士		
作業療法士	1	0
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(19時 00分～ 翌07時 00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)	2.19:1

※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 ② なし
-----	----------	-----------

	業務に係る資格等		① あり								
			資格等の名称	社会福祉士、ケアマネージャー、 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		0	0	3	0	0	0	0	0	0	
前年度1年間の退職者数		0	0	3	2	0	0	0	0	0	
業務に従事した経験年数に応じた職員の数	1年未満	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
	1年以上3年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	3年以上5年未満	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
	5年以上10年未満	2	0	4	0	0	0	1	0	1	0
	10年以上	2	0	17	3						
従業者の健康診断の実施状況			① あり 2 なし			採用時に	① 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 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 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 なし	
要介護状態に応じた金額設定	① あり 2 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 日割り計算で減額 ③ 不在期間が 30 日以上の場合に減額項目あり	
利用料金	条件	入居契約書第27条による。

の改定		事業者は、第24条（月額の利用料）及び第25条（食費）の費用並びに入居者が事業者を支払うべき第26条の費用を改定することがあります。
	手続き	事業者は、前項の費用の改定にあたっては、目的施設が所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案し、入居契約書第8条の定める運営推進委員会の意見を聴いたうえで行うものとします。 改定にあたっては、事業者は入居者及び身元引受人等へ事前に通知します。

(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	要介護1	要介護1	
	年齢	年齢に応じた金額設定はありません	年齢に応じた金額設定はありません	
居室の状況	床面積	18.16㎡	18.16㎡	
	便所	①有 ②無	①有 ②無	
	浴室	①有 ②無	①有 ②無	
	台所	①有 ②無	①有 ②無	
入居時点で必要な費用	前払金	3,600,000円	0円	
	敷金	100,000円	300,000円	
月額費用の合計		195,102円	254,902円	
※1 1か月30日での月での計算となります。				
家賃		0円	60,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	20,051円	20,051円	
	介護保険外 ^{※2}	食費	60,902円	60,902円
		管理費	97,295円	97,295円
		介護費用	個別選択による介護サービス一覧表をご参照下さい	個別選択による介護サービス一覧表をご参照下さい
		光熱水費	13,189円	13,189円
	その他	3,465円	3,465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	近傍同種の建物と比較し、また当該有料老人ホームの整備に要した費用、修繕費、管理事務費、地代に相当する額等を基礎として合理的に算定。
敷金	家賃の 1.67～5 か月分
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 ※各種加算 1 割自己負担分は含まない。 ※オムツ代等は別途となります。
管理費※1	施設内外の共有部分の維持管理費、事務費、管理部門に関わる人件費等。行事・イベントの充実等に関わる介護職員の人件費。
食費	朝食；640 円/日 昼食；670 円/日 夕食；663 円/日 行事食；1713 円/月 ※1 ヶ月 30 日の月での計算となります。
光熱水費等※2	各居室の設備品（トイレ・洗面台・エアコン）に係る水光熱費を 1 ヶ月使用したときの想定料金
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	冬期暖房費用 9,459 円/月 (11 月～04 月) 共用娯楽費 315 円/月 (日々の各種レクリエーション材料費) 寝具利用料 105 円/日
※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	介護保険に係る自己負担分※1 割にて計算
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)	
※ 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	専用居室、共用施設、各種サービスの利用権取得のための費用です。建物の取得費、地代、修繕維持費、管理事務費等を基に、想定居住年数、入居率、居室占有率(約 50%)、施設のグレード、周辺地域の家賃 相場等
------	--

		を考慮して、合理的に算定したものです。
想定居住期間(償却年月数)		60 か月
償却の開始日		入居日もしくは私物を持ち込みされ居室を占有された日
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)		720,000 円
初期償却率		20%
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	入居金償却期間の起算日から90日以内において、本契約第30条に基づく入居者の解約の申し出がなされた場合又は入居者の死亡により契約が終了した場合は、本契約第34条の規定にかかわらず、居室明け渡し日までの目的施設の利用等の対価として、1日当たり(税込12,571円)の利用料及び日割り計算に基づく第24条(月額の利用料)から第26条(その他の費用)に定める費用を事業者に支払うことで契約を終了できるものとします。事業者は当該費用の支払及び居室の明け渡しを受けた後90日以内に、お預かりの入居一時金及び月額の利用料の全額(介護保険料の自己負担部を除く)を無利息で入居者に返還することとします。
	入居後3月を超えた契約終了	$\text{入居一時金} \times 80\% \times (60 \text{ ヶ月} - \text{入居月数}) / 60 \text{ ヶ月}$
前払金の保全先	1 連帯保証を行う銀行等の名称	株式会社 八十二銀行 ※令和2年11月01日より開始
	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	12人
	女性	50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	14 人
	85 歳以上	47 人
要介護度別	自立	0 人
	要支援1	0 人
	要支援2	2 人
	要介護1	12 人
	要介護2	16 人
	要介護3	11 人
	要介護4	9 人
	要介護5	12 人
入居期間別	6ヶ月未満	11 人
	6ヶ月以上1年未満	14 人
	1年以上5年未満	25 人
	5年以上 10 年未満	9 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	90.02 歳
入居者数の合計	62 人
入居率※	73%
※ 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	0 人
	社会福祉施設	3 人
	医療機関	1 人
	死亡	25 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	4 人
		(解約事由の例)他施設への入所。 治療・医療行為が必要となり病院への長期入院等。

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		<ul style="list-style-type: none"> ・各ユニット 生活相談員 <li style="padding-left: 20px;">萌黄・向日葵ユニット 児玉 <li style="padding-left: 20px;">藍・蘇芳・茜ユニット 児玉 <li style="padding-left: 20px;">山吹・藤・翡翠・撫子ユニット 中沢 ・ケアセンター 窓口 生活相談員 遠藤 ・苦情担当者 事務長 細川和哉 ・苦情箱 ケアセンター受付に設置 <p>長野県国民健康保険団体連合会 026-238-1580 平日 9:00～16:00</p>
電話番号		0263-85-3330
対応している 時間	平日	09:00 ～ 17:00
	土曜	09:00 ～ 17:00
	日曜・祝日	09:00 ～ 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 あり	(その内容)東京海上日動火災保険㈱の「損害賠償責任保険」に加入しており、サービス提供上で入居者の生命、身体、財産に損害が発生した時は、不可抗力による場合を除き、法律上の損害賠償金をお支払いいたします。
	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)エールコート咲楽ケアリスクマネジメントマニュアルに基づき、事故発生時の対応、原因究明、再発防止策を講じる。
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	① 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	① あり	実施日	退去時に実施
		結果の開示	1 あり ② なし

する取組の状況	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 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 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 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 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 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 公開していない

10. その他

運営懇談会	① あり	(開催頻度)年	1 回
	2 なし		
	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	① あり	2 なし
	指針の整備	① あり	2 なし
	定期的な研修の実施	① あり	2 なし
	担当者の配置	① あり	2 なし
身体的拘束等の適正化のための取組の状況	身体的拘束等適正化検討委員会の開催	① あり	2 なし

	指針の整備	①あり 2なし
	定期的な研修の実施	①あり 2なし
	緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為(身体的拘束等)を行うこと	
	①あり	身体的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
	①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	①あり 2なし
	災害に関する業務継続計画	①あり 2なし
	職員に対する周知の実施	①あり 2なし
	定期的な研修の実施	①あり 2なし
	定期的な訓練の実施	①あり 2なし
	定期的な業務継続計画の見直し	①あり 2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 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 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)

当事業者は、重要事項説明書の内容に付き説明を行いました。

令和 年 月 日

事業者 事業者名 株式会社第一システム
所在地 長野県松本市大字今井 8094-1
代表者名 代表取締役社長 細川 常子 ㊞

事業所 事業所名 介護付有料老人ホーム
エールコート咲楽
所在地 長野県松本市大字今井 6988-1 ㊞

説明担当者 職 名 _____
氏 名 _____ ㊞

私は、重要事項説明書の内容に付き、説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者 住 所 _____
氏 名 _____ ㊞

代理人 (身元引受人) 住 所 _____
氏 名 _____ ㊞

続 柄 _____

署名代行者 住 所 _____
氏 名 _____ ㊞

続 柄 _____

別添1 事業主体が松本市内で実施する他の介護サービス

介護サービス等の種類			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	○	なし	併設・隣接	エールコート咲 楽	松本市今井6 988-1
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		
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	○	なし	併設・隣接	エールコート咲 楽	松本市今井6 988-1
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		
その他の生活支援サービス	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	○		備考欄参照 規定回数（2回/週）を超えた場合。 身体清拭；要支援1・2介護度1・2 1100円/回 介護度345 1372円/回 入浴介助；要支援1・2介護度1・2 2473円/回 介護度345 3090円/回
特浴介助	なし	あり	なし	あり	○		3850円/回 規定回数（2回/週）を超えた場合。
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			
各種 処置代	なし	あり	なし	あり		○	157円/回 摘便、浣腸、褥瘡部対応処置等
口腔衛生管理	なし	あり	なし	あり			
通院介助	なし	あり	なし	あり	○		備考欄参照 通院介助協力医療機関；通院介助・薬取り・書類提出等の介助等合わせて規定回数（2回/月）を超えた場合、同行者1名につき1980円/時間。 通院介助協力医療機関外；同行者1名につき1980円/時間。 薬取り・書類提出等の介助 協力医療機関；通院介助・薬取り・書類提出等の介助等合わせて規定回数（2回/月）を超えた場合、実施者1名につき1650円/時間。 薬取り・書類提出等の介助協力医療機関外；実施者1名につき1650円/時間。 交通費は33円/kmにて別途請求。
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	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	あり				
居室配膳・下膳	なし	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	あり				体調不良時等のみ
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	<input checked="" type="radio"/>				実費
おやつ			なし	<input checked="" type="radio"/>				実費
理美容師による理美容サービス			なし	<input checked="" type="radio"/>				実費
買い物代行	なし	<input checked="" type="radio"/>	なし	<input checked="" type="radio"/>	○			買い物代行・同行合わせて規定回数（2回/月）を超えた場合、1,650円/時間。
役所手続き代行	<input checked="" type="radio"/>	あり	なし	<input checked="" type="radio"/>			備考欄参照	1,650円/時間。交通費は実費。
金銭・貯金管理			なし	<input checked="" type="radio"/>			備考欄参照	小口現金（10万円限度）のみ 1,650円/月
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	<input checked="" type="radio"/>				最大年2回 費用実費
健康相談	なし	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	あり				
生活指導・栄養指導	なし	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	あり				
服薬支援	なし	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	あり				
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	あり				
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	<input checked="" type="radio"/>	あり	なし	<input checked="" type="radio"/>		○	1980円/時間	同行者1名につき、1,980円/時間。また、交通費は実費。場所は要相談。
入退院時の同行	なし	<input checked="" type="radio"/>	なし	<input checked="" type="radio"/>		○	1980円/時間	協力医療機関及び弊社指定病院まで入院時のみ（2回/月まで）。退院時は原則家族対応。
入院中の洗濯物交換・買い物	<input checked="" type="radio"/>	あり	なし	<input checked="" type="radio"/>		○		対応者1名につき、1,650円/時間。また、交通費は実費。
入院中の見舞い訪問	<input checked="" type="radio"/>	あり	<input checked="" type="radio"/>	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。 税込み金額表示となります。