

## 重要事項説明書

|       |                |
|-------|----------------|
| 記入年月日 | 令和 7 年 7 月 1 日 |
| 記入者   | 田中祐馬           |
| 所属・職名 | こはな 管理者        |

## 1. 設置者概要

|            |                                 |                                        |
|------------|---------------------------------|----------------------------------------|
| 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)                          | (メディカルケア・サポート株式会社)<br>メディカルケア・サポート株式会社 |
| 主たる事務所の所在地 | 〒999-6403<br>山形県最上郡戸沢村大字角川 1436 |                                        |
| 連絡先        | 電話番号                            | 0233-32-0142                           |
|            | FAX 番号                          | 0233-73-2504                           |
|            | ホームページアドレス                      |                                        |
| 代表者        | 氏名                              | 田中祐馬                                   |
|            | 職名                              | 代表取締役                                  |
| 設立年月日      | 平成 22 年 3 月 16 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) (こはな)<br>こはな                |                                                                                       |
| 所在地      | 〒999-6403 山形県最上郡戸沢村大字角川 1 4 3 6 番地 |                                                                                       |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅                                | 古口駅                                                                                   |
|          | 交通手段と<br>所要時間                      | ①バス利用の場合<br>JR 古口駅より村営バス乗車 20 分、沢内公民館前停留<br>所で下車、徒歩 5 分<br>②自動車利用の場合<br>JR 古口駅より 15 分 |
| 連絡先      | 電話番号                               | 0233-32-0142                                                                          |
|          | FAX 番号                             |                                                                                       |
|          | ホームペー<br>ジアドレス                     |                                                                                       |
| 管理者      | 氏名                                 | 田中祐馬                                                                                  |
|          | 職名                                 | 管理者                                                                                   |
| 建物の竣工日   | 平成 24 年 5 月 10 日                   |                                                                                       |

有料老人ホーム事業の開始日

平成 24 年 11 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  |          |
|                | 指定した自治体名   | 県（市）     |
|                | 事業所の指定日    | 平成 年 月 日 |
|                | 指定の更新日（直近） | 平成 年 月 日 |

## 3. 建物概要

|       |                |                                                  |                                                                                      |
|-------|----------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 土地    | 敷地面積           | 661 m <sup>2</sup>                               |                                                                                      |
|       | 所有関係           | 1 事業者が自ら所有する土地                                   |                                                                                      |
|       |                | <input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地 |                                                                                      |
|       |                | 抵当権の有無                                           | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし                                        |
|       |                | 契約期間                                             | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり<br>(令和 7 年 5 月 1 日～令和 8 年 4 月 30 日)<br>2 なし |
|       |                | 契約の自動更新                                          | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし                                        |
| 建物    | 延床面積           | 全体                                               | 235 m <sup>2</sup>                                                                   |
|       |                | うち、老人ホーム部分                                       | 72 m <sup>2</sup>                                                                    |
|       | 耐火構造           | 1 耐火建築物                                          |                                                                                      |
|       |                | 2 準耐火建築物                                         |                                                                                      |
|       |                | <input checked="" type="checkbox"/> 3 その他（ ）     |                                                                                      |
|       | 構造             | 1 鉄筋コンクリート造                                      |                                                                                      |
|       |                | 2 鉄骨造                                            |                                                                                      |
|       |                | <input checked="" type="checkbox"/> 3 木造         |                                                                                      |
|       |                | 4 その他（ ）                                         |                                                                                      |
|       | 所有関係           | 1 事業者が自ら所有する建物                                   |                                                                                      |
|       |                | <input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物 |                                                                                      |
|       |                | 抵当権の設定                                           | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし                                        |
|       |                | 契約期間                                             | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり<br>(令和 5 年 5 月 1 日～令和 6 年 4 月 30 日)<br>2 なし |
|       |                | 契約の自動更新                                          | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし                                        |
| 居室の状況 | 居室区分<br>【表示事項】 | 1 全室個室                                           |                                                                                      |
|       |                | <input checked="" type="checkbox"/> 2 相部屋あり      |                                                                                      |
|       |                | 最少                                               | 4 人部屋                                                                                |

|       |     | 最大  |                      | 4人部屋 |         |     |
|-------|-----|-----|----------------------|------|---------|-----|
|       |     | トイレ | 浴室                   | 面積   | 戸数・室数   | 区分※ |
| タイプ1  | 有/無 | 有/無 | 13.69 m <sup>2</sup> | 2 室  | 一般居室相部屋 |     |
| タイプ2  | 有/無 | 有/無 | 6.29 m <sup>2</sup>  | 1 室  | 一般居室個室  |     |
| タイプ3  | 有/無 | 有/無 | 7.92 m <sup>2</sup>  | 1 室  | 一般居室個室  |     |
| タイプ4  | 有/無 | 有/無 | 7.45 m <sup>2</sup>  | 1 室  | 一般居室個室  |     |
| タイプ5  | 有/無 | 有/無 | 5.86 m <sup>2</sup>  | 1 室  | 一般居室個室  |     |
| タイプ6  | 有/無 | 有/無 | m <sup>2</sup>       |      |         |     |
| タイプ7  | 有/無 | 有/無 | m <sup>2</sup>       |      |         |     |
| タイプ8  | 有/無 | 有/無 | m <sup>2</sup>       |      |         |     |
| タイプ9  | 有/無 | 有/無 | m <sup>2</sup>       |      |         |     |
| タイプ10 | 有/無 | 有/無 | m <sup>2</sup>       |      |         |     |

※「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<br>便房   | 1ヶ所                                                                                                                                                        | うち男女別の対応が可能な便房  | 0ヶ所 |
|        |                  |                                                                                                                                                            | うち車椅子等の対応が可能な便房 | 1ヶ所 |
|        | 共用浴室             | 1ヶ所                                                                                                                                                        | 個室              | 1ヶ所 |
|        |                  |                                                                                                                                                            | 大浴場             | 0ヶ所 |
|        | 共用浴室における<br>介護浴槽 | 0ヶ所                                                                                                                                                        | チェアー浴           | 0ヶ所 |
|        |                  |                                                                                                                                                            | リフト浴            | 0ヶ所 |
|        |                  |                                                                                                                                                            | ストレッチャー浴        | 0ヶ所 |
|        |                  |                                                                                                                                                            | その他 ( )         | 0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施設 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし                                                                                                    |                 |     |
|        | エレベーター           | <input type="checkbox"/> あり (車椅子対応)<br><input type="checkbox"/> あり (ストレッチャー対応)<br><input type="checkbox"/> あり (上記1・2に該当しない)<br><input type="checkbox"/> 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                                                                                                    |                 |     |
| その他    |                  |                                                                                                                                                            |                 |     |

(全体の方針)

(医療連携の内容)

4

|                                 |      |                                   |                                   |                |
|---------------------------------|------|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------|
|                                 |      | 診療科目                              |                                   |                |
|                                 |      | 協力内容                              | 入所者の病状の急変時等において<br>相談対応を行う体制を常時確保 | 1 あり      2 なし |
|                                 | 4    |                                   | 診療の求めがあった場合において<br>診療を行う体制を常時確保   | 1 あり      2 なし |
|                                 |      | 名称                                |                                   |                |
|                                 |      | 住所                                |                                   |                |
|                                 |      | 診療科目                              |                                   |                |
|                                 |      | 協力内容                              | 入所者の病状の急変時等において<br>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<br>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                            |      |                                   |                                   |                |
| 協力内容                            |      | 入所者の病状の急変時等において<br>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<br>診療を行う体制を常時確保 |      | 1 あり      2 なし                    |                                   |                |
| 新興感染症<br>発症時に連<br>携する医療<br>機関   | 1 あり | 医療機関<br>の名称                       |                                   |                |
|                                 |      | 医療機関<br>の住所                       |                                   |                |
|                                 |      |                                   |                                   |                |
|                                 | 2 なし |                                   |                                   |                |
| 協力歯科医<br>療機関                    | 1    | 名称                                |                                   |                |
|                                 |      | 住所                                |                                   |                |
|                                 |      | 協力内容                              |                                   |                |
|                                 | 2    | 名称                                |                                   |                |
|                                 |      | 住所                                |                                   |                |
|                                 |      | 協力内容                              |                                   |                |

(入居に関する要件)

|                    |                                                 |                |
|--------------------|-------------------------------------------------|----------------|
| 入居対象となる者<br>【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               | 介護が必要なご利用者は、別の介護保険制度等におけるサービスを利用しながら生活していただきます。 |                |
| 契約の解除の内容           | 入居契約書第 28 条による                                  |                |
| 事業主体から解約を求める       | 解約条項                                            | 入居契約書第 29 条    |

|              |                                                                             |      |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------|------|
| 場合           | 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      | <input checked="" type="checkbox"/> あり（内容： ）<br><input type="checkbox"/> なし |      |
| 入居定員         | 11 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の必要はありません）。

（職種別の職員数）

|                                                                                                              | 職員数（実人数） |    |     | 常勤換算人数※ <sup>1</sup> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----|-----|----------------------|
|                                                                                                              | 合計       | 常勤 | 非常勤 | ※ <sup>2</sup>       |
| 管理者                                                                                                          | 1        | 0  | 1   |                      |
| 生活相談員                                                                                                        | 1        | 0  | 1   |                      |
| 直接処遇職員                                                                                                       | 8        | 6  | 2   |                      |
| 介護職員                                                                                                         | 8        | 6  | 2   |                      |
| 看護職員                                                                                                         | 0        | 0  | 0   |                      |
| 機能訓練指導員                                                                                                      | 1        | 0  | 1   |                      |
| 計画作成担当者                                                                                                      | 0        | 0  | 0   |                      |
| 栄養士                                                                                                          | 0        | 0  | 0   |                      |
| 調理員                                                                                                          | 2        | 0  | 2   |                      |
| 事務員                                                                                                          | 0        | 0  | 0   |                      |
| その他職員                                                                                                        | 0        | 0  | 0   |                      |
| 1 週間のうち、常勤の従業員が勤務すべき時間数※ <sup>2</sup> 時間                                                                     |          |    |     |                      |
| ※ <sup>1</sup> 常勤換算人数とは、当該事業所の従業員の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業員が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業員の人数を常勤の従業員の人数に換算した人数をいう。 |          |    |     |                      |
| ※ <sup>2</sup> 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  | 0   |
| 介護福祉士     | 2  | 2  | 0   |
| 実務者研修の修了者 | 0  | 0  | 0   |
| 初任者研修の修了者 | 2  | 2  | 0   |
| 介護支援専門員   | 1  | 1  | 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   |
| 柔道整復師       | 0  | 0  | 0   |
| あん摩マッサージ指圧師 |    | 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（ 16 時 ～ 9 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                  | 1 人  | 1 人            |

(職員の状況)

[illegible]

|               |       |   |   |   |   |                                                    |   |   |   |   |   |
|---------------|-------|---|---|---|---|----------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
|               | 10年以上 | 0 | 0 | 3 | 1 | 0                                                  | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 従業者の健康診断の実施状況 |       |   |   |   |   | <input checked="" type="checkbox"/> 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<br>【表示事項】          | <input checked="" type="checkbox"/> 1 利用権方式<br>2 建物賃貸借方式<br>3 終身建物賃貸借方式                         |                                         |
| 利用料金の支払い方式<br>【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                                                                                 |                                         |
|                            | <input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式                                                     |                                         |
|                            | 4 選択方式<br>※該当する方式を全て選択                                                                          | 1 全額前払い方式<br>2 一部前払い・一部月払い方式<br>3 月払い方式 |
| 年齢に応じた金額設定                 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし                                                   |                                         |
| 要介護状態に応じた金額設定              | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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 減額あり<br><input checked="" type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額<br>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                                                                                              | 入居契約書第 27 条に基づく                         |
|                            | 手続き                                                                                             | 消費者物価指数及び人件費を勘案の上、運営懇談会の意見を聴いて改定する。     |

### (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 | 要介護度による金額設定なし                               | 要介護度による金額設定なし                               |
|            | 年齢   | 年齢による金額設定なし                                 | 年齢による金額設定なし                                 |
| 居室の状況      | 床面積  | 7.92 m <sup>2</sup>                         | 13.69 m <sup>2</sup>                        |
|            | 便所   | 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無 | 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無 |
|            | 浴室   | 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無 | 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無 |
|            | 台所   | 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無 | 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 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    |      | 51,150 円                                    | 38,750 円                                    |
| 家賃         |      | 24,800 円                                    | 12,400 円                                    |



|        |                               |      |          |          |
|--------|-------------------------------|------|----------|----------|
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護※ <sup>1</sup> の費用 |      | 0 円      | 0 円      |
|        | 介護保険外※ <sup>2</sup>           | 食費   | 24,800 円 | 24,800 円 |
|        |                               | 管理費  | 0 円      | 0 円      |
|        |                               | 介護費用 | 0 円      | 0 円      |
|        |                               | 光熱水費 | 1,550 円  | 1,550 円  |
|        |                               | その他  | 0 円      | 0 円      |

※<sup>1</sup> 介護予防・地域密着型の場合を含む。

※<sup>2</sup> 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）

※ プラン2は、夫婦2人で同室に入居された場合、2人目の入居者にのみ適用する。

(利用料金の算定根拠)

| 費用                   | 算定根拠                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 家賃                   | プラン1：800円×31日、プラン2：400円×31日                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 敷金                   | なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 介護費用                 | なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 管理費                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 食費                   | 朝食 200 円、昼食 250 円、夕食 300 円、おやつ 50 円                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 光熱水費                 | 1 日 50 円×31 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 別添 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| その他のサービス利用料          | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ベッドレンタル料金 月額 2,000 円</li> <li>・尿とりパッド レギュラー 1 袋 750 円</li> <li>・尿とりパッド ワイドタイプ 1 袋 980 円</li> <li>・尿とりパッド 夜用 1400 cc 1 袋 1300 円</li> <li>・尿とりパッド 夜用 1100 cc 1 袋 1300 円</li> <li>・尿とりパッド 夜用 720 cc 1 袋 900 円</li> <li>・紙おむつ 簡単テープ止め 1 袋 3000 円</li> <li>・紙パンツ スリムタイプ 1 袋 1800 円</li> </ul> |

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            | 1 人  |
|       | 女性            | 10 人 |
| 年齢別   | 65 歳未満        | 0 人  |
|       | 65 歳以上 75 歳未満 | 2 人  |
|       | 75 歳以上 85 歳未満 | 0 人  |
|       | 85 歳以上        | 9 人  |
| 要介護度別 | 自立            | 0 人  |

|       |               |     |
|-------|---------------|-----|
|       | 要支援 1         | 0 人 |
|       | 要支援 2         | 0 人 |
|       | 要介護 1         | 0 人 |
|       | 要介護 2         | 3 人 |
|       | 要介護 3         | 3 人 |
|       | 要介護 4         | 5 人 |
|       | 要介護 5         | 0 人 |
| 入居期間別 | 6 ヶ月未満        | 0 人 |
|       | 6 ヶ月以上 1 年未満  | 0 人 |
|       | 1 年以上 5 年未満   | 7 人 |
|       | 5 年以上 10 年未満  | 4 人 |
|       | 10 年以上 15 年未満 | 0 人 |
|       | 15 年以上        | 0 人 |

(入居者の属性)

|                                                 |      |
|-------------------------------------------------|------|
| 平均年齢                                            | 92 歳 |
| 入居者数の合計                                         | 11 人 |
| 入居率※                                            | 100% |
| ※ 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                   | 2 人 |
|         | 医療機関                     | 0 人 |
|         | 死亡者                      | 0 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)<br>医療機関に長期入院のため |     |
|         | 入居者側の申し出                 | 0 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 | こはな          |
| 電話番号  | 0233-32-0142 |

|          |       |            |
|----------|-------|------------|
| 対応している時間 | 平日    | 8:30～17:30 |
|          | 土曜    | 8:30～17:30 |
|          | 日曜・祝日 | 8:30～17:30 |
| 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                 | <input type="checkbox"/> 1 あり                               | (その内容) |
|                               | <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 1 あり                               | (その内容) |
|                               | <input type="checkbox"/> 2 なし                               |        |
| 事故対応及びその予防のための指針              | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 1 あり | 実施日    |                                                             |
|                                  |                               | 結果の開示  | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
|                                  | <input type="checkbox"/> 2 なし |        |                                                             |
| 第三者による評価の実施状況                    | <input type="checkbox"/> 1 あり | 実施日    |                                                             |
|                                  |                               | 評価機関名称 |                                                             |
|                                  |                               | 結果の開示  | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
|                                  | <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開<br><input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付<br><input type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 管理規定     | <input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開<br><input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付<br><input type="checkbox"/> 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<br><input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付<br><input 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<br><input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付<br><input 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<br>3 公開していない |
|--|-------------------------|

# 10. その他

|                               |                                                  |                                              |
|-------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| 運営懇談会                         | <input type="checkbox"/> 1 あり                    | (開催頻度) 年 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                               | <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし           |
|                               | 指針の整備                                            | <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし           |
|                               | 定期的な研修の実施                                        | <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし           |
|                               | 担当者の配置                                           | <input type="checkbox"/> 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                                | <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし           |
|                               | 指針の整備                                            | <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし           |
|                               | 定期的な研修の実施                                        | <input type="checkbox"/> 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 |
| <input type="checkbox"/> 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                                    | <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし           |
|                               | 災害に関する業務継続計画                                     | <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし           |
|                               | 職員に対する周知の実施                                      | <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし           |
|                               | 定期的な研修の実施                                        | <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし           |
|                               | 定期的な訓練の実施                                        | <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし           |
|                               | 定期的な業務継続計画の見直し                                   | <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし           |
| 提携ホームへの移行<br>【表示事項】           | 1 あり（提携ホーム名： ）<br><input type="checkbox"/> 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               | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり      2 なし<br>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 checked="" type="checkbox"/> 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             | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり      2 なし                                                                   |
| 合致しない事項がある場合の内容                                  | 1. 相部屋あり<br>2. 床面積規準に満たない一般居室あり                                                                                      |
| 「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）<br>2 適合している（将来の改善計画）<br><input checked="" type="checkbox"/> 3 適合してない                                  |
| 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 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。

別添 1 事業主体が山形県内で実施する他の介護サービス

| 介護サービスの種類            |    |    | 事業所の名称 | 所在地                |
|----------------------|----|----|--------|--------------------|
| <居宅サービス>             |    |    |        |                    |
| 訪問介護                 | あり | なし |        |                    |
| 訪問入浴介護               | あり | なし |        |                    |
| 訪問看護                 | あり | なし |        |                    |
| 訪問リハビリテーション          | あり | なし |        |                    |
| 居宅療養管理指導             | あり | なし |        |                    |
| 通所介護                 | あり | なし |        |                    |
| 通所リハビリテーション          | あり | なし |        |                    |
| 短期入所生活介護             | あり | なし |        |                    |
| 短期入所療養介護             | あり | なし |        |                    |
| 特定施設入居者介護            | あり | なし |        |                    |
| 福祉用具貸与               | あり | なし |        |                    |
| 特定福祉用具販売             | あり | なし |        |                    |
| <地域密着型サービス>          |    |    |        |                    |
| 地域密着型通所介護            | あり | なし | こはな    | 最上郡戸沢村大字角川 1436 番地 |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護     | あり | なし |        |                    |
| 夜間対応型訪問介護            | あり | なし |        |                    |
| 認知症対応型通所介護           | あり | なし |        |                    |
| 小規模多機能型居宅介護          | あり | なし |        |                    |
| 認知症対応型共同生活介護         | あり | なし |        |                    |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護     | あり | なし |        |                    |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | あり | なし |        |                    |
| 看護小規模多機能型居宅介護        | あり | なし |        |                    |
| 居宅介護支援               | あり | なし |        |                    |
| <居宅介護予防サービス>         |    |    |        |                    |
| 介護予防訪問入浴介護           | あり | なし |        |                    |
| 介護予防訪問看護             | あり | なし |        |                    |
| 介護予防訪問リハビリテーション      | あり | なし |        |                    |
| 介護予防居宅療養管理指導         | あり | なし |        |                    |
| 介護予防通所リハビリテーション      | あり | なし |        |                    |
| 介護予防短期入所生活介護         | あり | なし |        |                    |
| 介護予防短期入所療養介護         | あり | なし |        |                    |
| 介護予防特定施設入居者生活介護      | あり | なし |        |                    |
| 介護予防福祉用具貸与           | あり | なし |        |                    |

|                  |    |                             |  |  |
|------------------|----|-----------------------------|--|--|
| 特定介護予防福祉用具販売     | あり | <input type="checkbox"/> なし |  |  |
| <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 | <input type="checkbox"/> なし |  |  |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護  | あり | <input type="checkbox"/> なし |  |  |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | あり | <input type="checkbox"/> なし |  |  |
| 介護予防支援           | あり | <input type="checkbox"/> なし |  |  |
| <介護保険施設>         |    |                             |  |  |
| 介護老人福祉施設         | あり | <input type="checkbox"/> なし |  |  |
| 介護老人保健施設         | あり | <input type="checkbox"/> なし |  |  |
| 介護療養型医療施設        | あり | <input type="checkbox"/> なし |  |  |
| 介護医療院            | あり | <input type="checkbox"/> なし |  |  |

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 |
|----------------------------------|------------------------------------------------|----|----------------------------|----|--|----|------------------|------------------|------------------|--------------|----|
|                                  | 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※ <sup>1</sup> ） |    | 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※ <sup>2</sup> | 都度※ <sup>2</sup> | 料金※ <sup>3</sup> | 備考           |    |
|                                  |                                                |    |                            |    |  |    |                  |                  |                  |              |    |
| 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 |  | あり |                  | ○                | 袋3,000円          | 6. 利用料へ記載    |    |
| 入浴（一般浴）介助・清拭                     | なし                                             | あり | なし                         | あり |  | あり |                  |                  |                  |              |    |
| 特浴介助                             | なし                                             | あり | なし                         | あり |  | あり |                  |                  |                  |              |    |
| 身辺介助（移動・着替え等）                    | なし                                             | あり | なし                         | あり |  | あり |                  | ○                |                  |              |    |
| 機能訓練                             | なし                                             | あり | なし                         | あり |  | あり |                  | ○                |                  |              |    |
| 通院介助                             | なし                                             | あり | なし                         | あり |  | あり |                  | ○                |                  | ※最上郡内、新庄市内   |    |
| 生活サービス                           |                                                |    |                            |    |  |    |                  |                  |                  |              |    |
| 居室清掃                             | なし                                             | あり | なし                         | あり |  | あり |                  | ○                |                  |              |    |
| リネン交換                            | なし                                             | あり | なし                         | あり |  | あり |                  | ○                |                  |              |    |
| 日常の洗濯                            | なし                                             | あり | なし                         | あり |  | あり |                  | ○                |                  |              |    |
| 居室配膳・下膳                          | なし                                             | あり | なし                         | あり |  | あり |                  | ○                |                  |              |    |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事                  |                                                |    | なし                         | あり |  | あり |                  | ○                |                  |              |    |
| おやつ                              |                                                |    | なし                         | あり |  | あり |                  | ○                |                  |              |    |
| 理美容師による理美容サービス                   |                                                |    | なし                         | あり |  | あり |                  | ○                |                  |              |    |
| 買い物代行                            | なし                                             | あり | なし                         | あり |  | あり |                  | ○                |                  | ※日用の軽微な品について |    |
| 役所手続き代行                          | なし                                             | あり | なし                         | あり |  | あり |                  |                  |                  |              |    |



| 金銭・貯金管理           |    |    |  |    |    |  |  |   |            |
|-------------------|----|----|--|----|----|--|--|---|------------|
| 健康管理サービス          |    |    |  |    |    |  |  |   |            |
| 定期健康診断            |    |    |  |    |    |  |  |   |            |
| 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     |    |    |  |    |    |  |  |   |            |
| 移送サービス            | なし | あり |  | なし | あり |  |  | ○ |            |
| 入退院時の同行           | なし | あり |  | なし | あり |  |  | ○ | ※最上郡内、新庄市内 |
| 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、月額のサービスの費用に包含される場合と、サービスの利用の都度支払う場合に比べて、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。