

**特定施設入居者生活介護事業所  
介護付有料老人ホーム・ほほえみ 重要事項説明書**

記入年月日	令和7年7月1日
記入者	青木 久美子
所属・職名	ほほえみ施設長

**1 設置者概要**

種類	社会福祉法人	
(ふりがな) 名称	しゃかいふくしほうじん ながいこうとくかい 社会福祉法人 長井弘徳会	
主たる事務所の所在地	〒993-0061 山形県長井市寺泉3525番地1	
連絡先	電話番号	0238-84-7575
	FAX番号	0238-84-7718
	ホームページ アドレス	<a href="https://riverhill.jp/">https://riverhill.jp/</a>
代表者	氏名	伊藤 啓
	職名	理事長
設立年月日	平成7年7月10日	
主な実施事業	※別添1 (別に実施する介護サービス一覧表)	

**2 有料老人ホーム事業の概要（住まいの概要）**

名称	(ふりがな) かいごつきゆうりょうろうじんほーむ ほほえみ 介護付有料老人ホーム ほほえみ	
所在地	〒993-0061 山形県長井市寺泉3081-1	
主な利用交通手段	最寄駅	長井駅
	交通手段と所要時間	山形鉄道フラワー長井線、長井駅より3.5km、車で7分
連絡先	電話番号	0238-84-8515
	FAX番号	0238-84-8515
	ホームページ アドレス	<a href="https://riverhill.jp/">https://riverhill.jp/</a> (法人のHP)
管理者	氏名	沼澤 夕佳
	職名	ホーム長
建物の竣工日	平成15年10月20日	
有料老人ホーム事業の開始日	平成16年 5月15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	0671500338
	指定した自治体名	山形県
	事業所の指定日	平成16年 5月11日
	指定の更新日(直近)	令和4年 5月 9日

### 3 建物概要

土 地	敷地面積	1,712m <sup>2</sup>					
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地					
		2 事業者が貸借する土地					
		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			
	建 物	延床面積	全 体	862m <sup>2</sup>			
		うち、老人ホーム部分					
		耐火構造	1 耐火建築物	2 準耐火建築物			
		3 その他 ( )					
	所有関係	構 造	1 鉄筋コンクリート造	2 鉄骨造			
		3 木造					
		4 その他 ( )					
		1 事業者が自ら所有する建物					
		2 事業者が貸借する建物					
		抵当権の設定	1 あり	2 なし			
		契約期間	1 あり ( 年 月 日 ~ 年 月 日 )	2 なし			
	契約の自動更新				1 あり 2 なし		
居 室 の 状 況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室					
		2 相部屋あり					
		最 少	人部屋				
		最 大	人部屋				
		トイレ	浴 室	面 積	戸数・室数	区 分*	
		タイプ1	有/無	有/無	18.00m <sup>2</sup>	15	介護居室個室
		タイプ2	有/無	有/無	17.65m <sup>2</sup>	2	介護居室個室
		タイプ3	有/無	有/無	17.99m <sup>2</sup>	9	介護居室個室
		(全室) 冷暖房エアコン、床暖房、トイレ (ウォシュレット)、クローゼット、温水洗面台、ベッド、寝具類、二重カーテン、照明設備、職員通報システム					
		共用施設					
	共用便所における 便 房	1ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房			1ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房			1ヶ所	
	共 用 浴 室	3ヶ所	個室			3ヶ所	
			大浴場			—	
	共用浴室における 介 護 浴 槽	1ヶ所	チエア一浴			—	
			リフト浴			1ヶ所	
			ストレッチャー浴			—	
			その他 ( バスボード設置 )			—	
			食 堂			1 あり 2 なし	
	入居者や家族が利 用できる調理施設	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） <input checked="" type="checkbox"/> なし
消防用 設備等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
その他		

#### 4 サービスの内容

##### (全体の方針)

運営に関する方針	1 入居者の「個性」と「尊厳」の尊重及び権利擁護を基本とした、中立・公正な事業活動の遂行 2 自立支援を基本とした個別かつ適正な介護サービスの提供 3 季節ごとの行事を企画し、豊かな日常生活を創生 4 医療機関との連携を図り、日常の健康管理と緊急時の対応を迅速、かつ適正に遂行 5 施設運営の透明化を高めるため、運営状況及びアンケートによるご要望等の開示
サービスの提供内容に関する特色	1 個人ごとの公的手続き、相談援助等 2 生活に係る個別サービス（外出時等）の提供 3 趣味活動の支援
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> なし
食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> なし
安否確認又は状況把握サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> なし

##### (介護サービスの内容)

特定施設入居者生活 介護の加算の対象となる サービスの提供体制の有無	入居継続支援加算		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	生活機能向上連携加算	(II)	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	A D L 維持等加算	(I)	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	個別機能訓練加算		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	夜間看護体制加算	(II)	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	若年性認知症入居者受入加算		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	協力医療機関連携加算	(II)	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	口腔衛生管理体制加算		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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	1 あり	2 なし
	認知症専門ケア加算	1 あり	2 なし
	高齢者施設等感染対策向上加算	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	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
	介護職員等処遇改善加算 (I)	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) 2 なし		: 1

(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 公立置賜長井病院	
		住 所 山形県長井市屋代町2番地1号	
		診 療 科 目 内科、神経内科、総合診療科、精神科、泌尿器科、婦人科、外科、脳神経外科、耳鼻咽喉科、整形外科、眼科	
		協 力 内 容 入居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
	2	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
		名 称 公立置賜総合病院	
		住 所 山形県東置賜郡川西町大字西大塚2000番地	
		診 療 科 目 内科（血液、呼吸器、腎臓・透析、代謝・内分泌）精神科、神経内科、消化器内科、循環器内科、小児科、外科・消化器外科、呼吸器外科、整形外科、脳神経外科、心臓血管外科、皮膚科、泌尿器科、眼科、産婦人科、耳鼻咽喉科、放射線科、リハビリテーション科、歯科口腔外科、麻酔科、救急救命センター（救急科）、病理科、総合診療科、形成外科、乳腺外科	
新興感染症発症時に連携する医療機関	1 あり	協 力 内 容 入居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
		医療機関の名称	
		医療機関の住所	
	2 なし		

協力歯科医療機関	1	名 称	寺島歯科医院
		住 所	山形県長井市本町二丁目7番27号
		協 力 内 容	新規受診協力、受診協力

(入居後に居室を住み替える場合)

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	( 居室間の移動により住み替える場合あり )			
判 断 基 準 の 内 容	本人の希望による場合や体調の変化による場合など				
手 続 き の 内 容	書面への記載				
追 加 的 費 用 の 有 無	1 あり	2 なし			
居 室 利 用 権 の 取 扱 い	全居室利用権方式のため変更なし				
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	1 原則として身元引受人のいる方 (身元引受人の要件及び義務) <ul style="list-style-type: none"> <li>①入居者の家族、または親族、あるいは施設で認めた方</li> <li>②入居者の施設に対する債務について、連帯して履行の責任を負います。</li> <li>③必要な場合は、入居者を引き取るものとします。</li> <li>④必要な場合は、連絡、協議に加わっていただきます。</li> <li>⑤入居者死亡の場合、遺体、遺留品等を引き取っていただきます。</li> </ul> 2 病状が安定し、継続的な医療行為が必要でない方		
	3 契約書の内容を遵守していただける方		
	4 医療機関への受診等、ご家族のご協力をいただける方		
契約の解除の内容	1 入居者及び身元引受人から退居予定日の1ヶ月前に申し出があった場合 2 入居者の医療機関への入院が長期間に及ぶ場合 3 入居者の死亡 4 入居の継続が、社会通念上著しく困難と認められる場合 (入居継続困難と判断し医療機関等に入院又は入所をお願いする場合の例) <ul style="list-style-type: none"> <li>①医療行為が継続的に必要となられたとき (経管栄養、人工透析等)</li> </ul>		

	②食事の摂取が長期にわたり難しくなり、改善しないとき ③極度に認知機能が衰え、集団生活、介護に重大な支障があるとき ④その他入居の継続が入居者の生命、健康に著しく支障があるとき ⑤公序良俗に反する行為があり、改善が見えないとき ⑥食品衛生法などの法令を遵守していただけないとき	
事業主体から解約を求める場合	解 約 条 項	入居契約書細則第29条
	解 約 予 告 期 間	1ヶ月
入居者からの解約予告期間	1ヶ月	
体験入居の内容	<p><input checked="" type="checkbox"/> あり (内容)</p> <p>①原則として入居希望の方 ②期間は3泊以内、1回限り 但し、法人が認める場合はこの限りではありません。身体状況によってはご家族の付添をお願いします。 ③介護度別 1泊料金 (介護サービス、食事付き)                  • 自立から要介護2まで 3,300円     • 要介護3以上 3,500円</p> <p><input type="checkbox"/> なし</p>	
入居定員	26人	
その他	<p>(外出又は外泊について)</p> <p>①お盆、お正月に外出、外泊する際は早めに予定をお知らせください。</p> <p>②1カ月の外泊数は、冠婚葬祭ややむを得ない場合を除き、3泊までとさせていただきます。この場合も早めに予定をお知らせください。</p> <p>③外出、外泊の際は当日の2日前までお知らせください。それ以後の場合は食事代をいただきます。</p> <p>(同居をお願いする場合又は同居を許可する場合について)</p> <p>①入居者が落ち着かない、入居直後で不安がある場合など状態が改善するまで付添いとして同室での宿泊をお願いする場合があります。また、ご家族等が付添いとして宿泊を希望される場合は、事情により許可します。</p> <p>②宿泊をお願いする場合の料金は無料です。</p> <p>③希望による宿泊の料金                  • 同室の場合 日額1,700円（食事代を除く）     • 別室（※）の場合 日額3,400円（食事代を除く）</p> <p>※ 空き部屋がある場合に限ります。</p>	

## 5 職員体制

### (職種別の職員数)

	合計	職員数(実人數)		常勤換算 人數(※)
		常勤	非常勤	
管 理 者	(1)	(1)		(1.0)
生活相談員	1	1		1.0
直接処遇職員	12	11	1	11.8
介護職員	11	10	1	10.8
看護職員	1	1		1.0
機能訓練指導員	1		1	0.1
計画作成担当者	(2)	(2)		(2.0)
栄養士	1		1	0.1
調理員	2	2		2
事務員	1		1	0.1
その他職員	2	1	1	1.3
1週間のうち常勤の従業員が勤務すべき時間数		40 時間		

※ 常勤換算人数とは、当該事業所の従事者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業員の人数を常勤の従業員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			
介護福祉士	9	9	
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者			
介護支援専門員			

### (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
看護師又は准看護士			
理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復師	1		1
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(17時00分～9時00分)		
	平均人數	最少時人數(休憩者等を除く)
看護職員		
介護職員	1人	1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	契約上の職員配置比率*	a 1.5 : 1 以上 b 2.0 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 d 3.0 : 1 以上
	【表示事項】	
	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)	2.2 : 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

## (職員の状況)

管 理 者	他の職務との兼務				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	業務に係る資格等		<input type="checkbox"/> あり			
			資格等の名称		介護福祉士	
職 員	看護職員		介護職員		生活相談員	
	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						
前年度1年間の退職者数						
た業務員に従事した経験年数に応じ	1年未満					
	1年以上3年未満		1			
	3年以上5年未満				1	
	5年以上10年未満		2			
	10年以上	1	7	1		1 (2)
従業者の健康診断の実施状況		<input type="checkbox"/> あり <input 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 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		
年齢に応じた金額設定	4 選択方式	1 全額前払い方式	
	※該当する方式を全て選択		2 一部前払い・一部月払い方式
	3 月払い方式		
要介護状態に応じた金額設定	1 あり	<input type="checkbox"/> なし	
入院等による不在時ににおける利用料金(月払い)の取扱い	1 減額あり		
	2 日割り計算で減額		
	3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額		
利用料金の改定	条件	物価の変動、消費税率の変更、人件費の増減があった場合対応	
	手続き	利用者及び家族懇談会で説明し、文書により同意を得る。	

(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	要支援1	要介護1
	年齢	89歳	82歳
居室の状況	床面積	18m <sup>2</sup>	18m <sup>2</sup>
	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	0円	0円
	敷金	0円	0円
月額費用の合計		144,750円	155,790円
家賃		63,000円	63,000円
サービス費用  介護保険外	特定施設入居者生活介護の費用	6,150円	17,190円
	食費	43,950円	43,950円
	管理費	31,650円	31,650円
	介護費用	0円	0円
	光熱水費	管理費に含む	管理費に含む
	その他		

(利用料金のプラン【短期入居者の代表的なプラン2例】)

		要介護1	要介護3
入居者の状況	年齢	78歳	96歳
	床面積	18m <sup>2</sup>	18m <sup>2</sup>
居室の状況	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	0円	0円
	敷金	0円	0円
月額費用の合計		4,358円	4,495円
家賃		2,100円	2,100円
サービス費用  介護保険外	特定施設入居者生活介護の費用	573円	710円
	食費	1,465円	1,465円
	管理費	220円	220円
	介護費用	0円	0円
	光熱水費	管理費に含む	管理費に含む
	その他		

(利用料金の算定根拠)

費用	算定根拠
家賃	市内賃貸住宅月額賃料を参考に設定
敷金	なし
介護費用	介護に要する費用は介護保険の自己負担のみ
管理費	電気、水道、灯油代、共用の新聞雑誌、トイレットペーパー類、シャンプー、石鹼類、寝具リネン費用等
食費	日額1,465円
光熱水費	管理費に含む
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	

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠)

費用	算定根拠
特定施設入居者生活介護に対する自己負担	厚生労働大臣告示上の額
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

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	3人
	女 性	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	4人
	85歳以上	21人
要介護度別	自立	
	要支援1	4人
	要支援2	1人
	要介護1	11人
	要介護2	7人
	要介護3	2人
	要介護4	
	要介護5	
入居期間別	6か月未満	7人
	6か月以上1年未満	5人
	1年以上5年未満	10人
	5年以上10年未満	2人
	10年以上15年未満	
	15年以上	

(入居者の属性)

平均年齢	89.2歳
入居者数の合計	25人
入居率(※)	96.2%

※入居者数の合計を入居定員で除して得られた割合。一時的に不在となっている入居者も含む。

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	2人
	社会福祉施設	5人
	医療機関	7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)
	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)

窓口の名称	介護付有料老人ホームほほえみ	
電話番号	0238-84-8515	
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	
窓口の名称	長井市福祉あんしん課長寿介護係	
電話番号	0238-82-8011	
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日	土曜日・日曜日・祝日、年末年始	
窓口の名称	山形県国民健康保険連合会	
電話番号	0237-87-8003	
対応している時間	平日	8:30~17:00
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日	土曜日・日曜日・祝日、年末年始	

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

損害賠償責任保険の加入状況	<input type="checkbox"/> あり	公益社団法人全国老人保健施設協会正会員用団体保険 居宅サービス事業者賠償事故補償制度
	<input type="checkbox"/> 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"/> あり	同上
	<input type="checkbox"/> なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 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"/> あり	実施日	
		結果の開示	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> なし			
第三者による評価の実施状況	<input type="checkbox"/> あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> なし			

9 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雰形	<input 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	<input 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	<input 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	<input 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
財務諸表の原本	<input 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

10 その他

運営懇談会	<input type="checkbox"/> あり	(開催頻度) 年回
	<input type="checkbox"/> なし	
	<input type="checkbox"/> 代替措置あり	(内容) 家族懇談会 年2回
高齢者虐待防止のための取組の状況	2 代替措置なし	
身体的拘束等の適正化のための取組の状況	虐待防止対策検討委員会の定期的な開催	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	指針の整備	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	定期的な研修の実施	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	担当者の配置	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	身体的拘束等適正化検討委員会の開催	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	指針の整備	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	定期的な研修の実施	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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				
	<input type="checkbox"/> あり	身体的拘束等を行う場合の様及び時間、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"/> 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		<input type="checkbox"/> あり 2 なし		
	災害に関する業務継続計画		<input type="checkbox"/> あり 2 なし		
	職員に対する周知の実施		<input type="checkbox"/> あり 2 なし		
	定期的な研修の実施		<input type="checkbox"/> あり 2 なし		
	定期的な訓練の実施		<input type="checkbox"/> あり 2 なし		
	定期的な業務改善計画の見直し		<input type="checkbox"/> 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： ) <input type="checkbox"/> なし				
有料老人ホーム設置時 の 老 人 福 祉 法 第 29 条 第 1 項 に 規 定 す る 届 出	<input type="checkbox"/> あり 2 なし	3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要			
高齢者の居住の安定確保に関する法律第 5 条第 1 項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録	1 あり	<input type="checkbox"/> なし			
有料老人ホーム設置運営指導指針「5. 規模及び構造設備」に合致しない事項	<input type="checkbox"/> あり 2 なし				
合致しない事項がある場合の内容	中廊下の一部について中廊下の幅が基準を満たしていない。				
「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) <input type="checkbox"/> 適合してない				
有料老人ホーム設置運営指導指針の適合事項	なし				
不適合事項がある場合の内容					

添付書類：別添1（別に実施する介護サービス一覧表）

別添2（個別選択による介護サービス一覧表）

※\_\_\_\_\_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 リバーヒル長井訪問リハビリセンター 長井市寺泉3525-1
居宅療養管理指導	あり	なし
通所介護	あり	なし リバーヒルデイサービスセンターすこやか 長井市中道2-2-37
通所リハビリテーション	あり	なし リバーヒル長井通所リハビリセンター 長井市寺泉3525-1
短期入所生活介護	あり	なし
短期入所療養介護	あり	なし 介護老人保健施設リバーヒル長井 長井市寺泉3525-1
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>		
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 リバーヒルデイサービスセンター輝ら凜 長井市館町南9-74
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 グループホームリバーヒル長井 グループホームリバーヒル長井館町 長井市寺泉3081-21 長井市館町南9-72-10
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 特別養護老人ホーム野の香 長井市館町南9-63
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 リバーヒル長井介護支援サービスセンター 長井市寺泉3525-1
<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 リバーヒル長井訪問リハビリセンター 長井市寺泉3525-1
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 リバーヒル長井通所リハビリセンター 長井市寺泉3525-1
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 介護老人保健施設リバーヒル長井 長井市寺泉3525-1
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	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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	リバーヒルデイサービスセンター輝ら凜	長井市館町南9-74
介護予防小規模多機能型居宅介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	グループホームリバーヒル長井 グループホームリバーヒル長井館町	長井市寺泉3081-21 長井市館町南9-72-10
介護予防支援	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護老人保健施設	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	介護老人保健施設リバーヒル長井	長井市寺泉3525-1
介護療養型医療施設	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護医療院	<input checked="" type="checkbox"/> 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※1）	個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担）			包 含 ※2	都 度 ※2	料金※3	備 考
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		○		1枚30～120円
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり			1,050円	※週3回目以上の入浴の場合
特浴介助	なし	あり	なし	あり				
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				
通院介助	なし	あり	なし	あり		○		移送サービスは別記
口腔衛生管理	なし	あり	なし	あり				
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	あり	なし	あり		○	105円 70円	洗濯乾燥1回につき 汚染の場合1枚につき
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり				
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり				外出等の際は実費
おやつ			なし	あり	○			
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	3,000円 4,000円 1,600円	調髪 髪染め 顔そり、髪切り又はシャンプー
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	1,200円 2,400円	長井市内片道 周辺市町片道
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	1,200円 2,400円	長井市内片道 周辺市町片道
金銭・貯金管理			なし	あり				
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり				
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				

	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）			備考
		包含※ <sup>2</sup>	都度※ <sup>2</sup>	料金※ <sup>3</sup>	
入退院時・入院中のサービス					
移送サービス ※通院介助は介護サービスに記載	なし	あり	なし	あり	○ 2,050円及び850円（1時間毎） ※協力医療機関以外の場合、出発から2時間まで2,050円、2時間を超えた場合は1時間ごとに850円加算
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり	
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～3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支払う場合に応じて、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。