

**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<br>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  |
|               | F A X 番 号                             | 0238-84-7718  |
|               | ホームページ<br>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<br>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<br>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  |
|                 | F A X 番 号  | 0238-84-8515  |
|                 | ホームページ<br>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<br>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   | 1,712㎡               |                      |                |       |        |
|                      | 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                  | 862㎡                 |                |       |        |
|                      |  | うち、老人ホーム部分           | 862㎡                 |                |       |        |
|                      | 耐火構造   | 1 耐火建築物              | 2 準耐火建築物             |                |       |        |
|                      |  | 3 その他 ( )            |                      |                |       |        |
|                      | 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<br>状 況         | 居室区分<br>【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                  | 18.00㎡         | 15    | 介護居室個室 |
|                      | タイプ2   | 有/無                  | 有/無                  | 17.65㎡         | 2     | 介護居室個室 |
|                      | タイプ3   | 有/無                  | 有/無                  | 17.99㎡         | 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、<br>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<br>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<br>介 護 浴 槽  |  | 1ヶ所                  | チェアー浴                | —              |       |        |
|                      |  |                      | 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<br>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）<br>2 あり（ストレッチャー対応）<br>3 あり（上記１・２に該当しない）<br>4 なし |
| 消防用<br>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   |
| 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<br>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<br>3 季節ごとの行事を企画し、豊かな日常生活を創生<br>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<br>5 施設運営の透明化性を高めるため、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<br>2 生活に係る個別サービス（外出時等）の提供<br>3 趣味活動の支援  |      |      |      |
| 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<br>介護の加算の対象と<br>なるサービスの提供<br>体制の有無 | 入 居 継 続 支 援 加 算     |     | 1 あり | 2 なし |
|  | 生 活 機 能 向 上 連 携 加 算 | (Ⅱ) | 1 あり | 2 なし |
|  | A D L 維 持 等 加 算     | (Ⅰ) | 1 あり | 2 なし |
|  | 個 別 機 能 訓 練 加 算     |     | 1 あり | 2 なし |
|  | 夜 間 看 護 体 制 加 算     | (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 |
|  | 協力医療機関連携加算          | (Ⅱ) | 1 あり | 2 なし |
|  | 口 腔 衛 生 管 理 体 制 加 算 |     | 1 あり | 2 なし |

|                      |                        |     |          |    |          |    |
|----------------------|------------------------|-----|----------|----|----------|----|
|                      | 口腔・栄養スクリーニング加算         |     | 1        | あり | <u>2</u> | なし |
|                      | 退院・退所時連携加算             |     | <u>1</u> | あり | 2        | なし |
|                      | 退居時情報提供加算              |     | <u>1</u> | あり | 2        | なし |
|                      | 看取り介護加算                |     | 1        | あり | <u>2</u> | なし |
|                      | 認知症専門ケア加算              |     | 1        | あり | <u>2</u> | なし |
|                      | 高齢者施設等感染対策向上加算         |     | 1        | あり | <u>2</u> | なし |
|                      | 新興感染症等施設療養費            |     | 1        | あり | <u>2</u> | なし |
|                      | 生産性向上推進体制加算            |     | 1        | あり | <u>2</u> | なし |
|                      | サービス提供体制強化加算           | (Ⅰ) | <u>1</u> | あり | 2        | なし |
|                      | 介護職員等処遇改善加算            | (Ⅰ) | <u>1</u> | 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 |     |          |    |          |    |
|                      | <u>2</u> なし            |     |          |    |          |    |

(医療連携の内容)

|                   |                            |                            |  |         |                            |    |   |    |
|-------------------|----------------------------|----------------------------|--|---------|----------------------------|----|---|----|
| 医療支援<br>※複数選択可    |                            | <input type="checkbox"/> 1 | 救急車の手配   |         |                            |    |   |    |
|                   |                            | <input type="checkbox"/> 2 | 入退院の付き添い   |         |                            |    |   |    |
|                   |                            | <input type="checkbox"/> 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  |         | <input type="checkbox"/> 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  |         | <input type="checkbox"/> 1 | あり | 2 | なし |
|                   | 2                          | 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 |         |                            |    |   |    |
|                   |                            | 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  |         | <input type="checkbox"/> 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  |         | <input type="checkbox"/> 1 | あり | 2 | なし |
| 新興感染症発症時に連携する医療機関 | 1                          | あり                         |  |         |                            |    |   |    |
|                   |                            | 医療機関の名称                    |  |         |                            |    |   |    |
|                   |                            | 医療機関の住所                    |  |         |                            |    |   |    |
|                   | <input type="checkbox"/> 2 | なし                         |  |         |                            |    |   |    |

|              |   |         |                  |
|--------------|---|---------|------------------|
| 協力歯科医療<br>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<br>※複数選択可 |           | 1 一時介護室へ移る場合<br>2 介護居室へ移る場合<br><input checked="" type="checkbox"/> 3 その他<br>( 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   | <input checked="" type="checkbox"/> 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   | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| 従前の居室との<br>仕 様 の 変 更     | 面 積 の 増 減 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり   | 2 なし                                     |
|                          | 便 所 の 変 更 | 1 あり   | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
|                          | 浴 室 の 変 更 | 1 あり   | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
|                          | 洗面所の変更    | 1 あり   | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
|                          | 台 所 の 変 更 | 1 あり   | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
|                          | その他の変更    | 1 あり   | (変更内容)                                   |
|                          |           | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし   |  |

(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   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 2 なし |
|                    | 要支援の者   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 2 なし |
|                    | 要介護の者   | <input checked="" type="checkbox"/> 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<br>(身元引受人の要件及び義務)<br>①入居者の家族、または親族、あるいは施設で認めた方<br>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。<br>③必要な場合は、入居者を引き取るものとします。<br>④必要な場合は、連絡、協議に加わっていただきます。<br>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。<br>2 病状が安定し、継続的な医療行為が必要でない方<br>3 契約書の内容を遵守していただける方<br>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<br>2 入居者の医療機関への入院が長期間に及ぶ場合<br>3 入居者の死亡<br>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<br>(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)<br>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)   |  |      |

|                            |   |             |
|----------------------------|---|-------------|
|                            | 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<br>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<br>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<br>⑤公序良俗に反する行為があり、改善が見えないとき<br>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<br>解 約 予 告 期 間 | 1ヶ月   |             |
| 体験入居の内容                    | <div> <div>1</div> <div>あり</div> <div>(内容)</div> <div>①原則として入居希望の方</div> <div>②期間は3泊以内、1回限り</div> <div>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。</div> <div> <div>③介護度別1泊料金</div> <div>(介護サービス、食事付き)</div> <div>2 なし</div> </div> <div> <div>・ 自立から要介護2まで</div> <div>・ 要介護3以上</div> </div> <div> <div>3,300円</div> <div>3,500円</div> </div> </div>  |             |
| 入居定員                       | 26人   |             |
| その他                        | <div> <div>(外出又は外泊について)</div> <div>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。</div> <div>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。</div> <div>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。</div> </div> <div> <div>(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)</div> <div>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。</div> <div>②宿泊をお願いする場合の料金は無料です。</div> <div> <div>③希望による宿泊の料金</div> <div>・ 同室の場合 日額1,700円(食事代を除く)</div> <div>・ 別室(※)の場合 日額3,400円(食事代を除く)</div> </div> <div>※ 空き部屋がある場合に限りです。</div> </div> |             |

## 5 職員体制

(職種別の職員数)

|                        | 合計  | 職員数 (実人数) |     | 常勤換算<br>人数(※) |
|------------------------|-----|-----------|-----|---------------|
|                        |     | 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 |
| 看護師又は准看護師   |    |    |     |
| 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) |      |                 |
|-------------------------|------|-----------------|
|                         | 平均人数 | 最少時人数 (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※<br>【表示事項】            | a 1.5 : 1 以上<br>b 2.0 : 1 以上<br>c 2.5 : 1 以上<br>d 3.0 : 1 以上 |
|                               | 実際の配置比率<br>(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       |     |        |     | 1 あり      2 なし |     |         |     |         |     |
|                            |               | 業務に係る資格等       |     | 1 あり   |     |                |     |         |     |         |     |
|                            |               |                |     | 資格等の名称 |     | 介護福祉士          |     |         |     |         |     |
|                            |               |                |     | 2 なし   |     |                |     |         |     |         |     |
| 職 員                        |               | 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                |               |                |     |        |     |                |     |         |     |         |     |
| 前年度1年間の退職者数                |               |                |     |        |     |                |     |         |     |         |     |
| 業務に<br>従事した<br>経験年数<br>に応じ | 1年未満          |                |     |        |     |                |     |         |     |         |     |
|                            | 1年以上<br>3年未満  |                |     | 1      |     |                |     |         |     |         |     |
|                            | 3年以上<br>5年未満  |                |     |        |     | 1              |     |         |     |         |     |
|                            | 5年以上<br>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 | 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】    |       | 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   |   |
|                            |       | 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      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 減額あり<br>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<br>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<br>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<br>介護保険外 | 特定施設入居者<br>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】)

|                 |                    |                  |                  |
|-----------------|--------------------|------------------|------------------|
| 入居者の状況          | 要介護度               | 要介護 1            | 要介護 3            |
|                 | 年 齢                | 78歳              | 96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<br>必要な費用  | 前 払 金              | 0円               | 0円               |
|                 | 敷 金                | 0円               | 0円               |
| 日 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<br>介護保険外 | 特定施設入居者<br>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、トイレトペーパー類、シャンプー、石鹸類、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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 公益社団法人全国老人保健施設協会正<br>会員用団体保険<br>居宅サービス事業者賠償事故補償制度 |
|                                   | <input type="checkbox"/> 2 なし            |   |
| 介護サービスの提供により賠償すべき<br>事故が発生したときの対応 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 同上  |
|                                   | <input type="checkbox"/> 2 なし            |   |
| 事故対応及びその予防のための指針                  | <input checked="" 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<br>箱等利用者の意見等を把握<br>する取組の状況 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 実 施 日  |  |
|  |  | 結果の開示  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
|  | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |        |  |
| 第三者による評価の実施状況                            | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 実 施 日  |  |
|  |  | 評価機関名称 |  |
|  |  | 結果の開示  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
|  | <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 | <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 | <input type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 管 理 規 程  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 | <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 | <input type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 事業収支計画書  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 | <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 | <input type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 財務諸表の要旨  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 | <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 | <input type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 財務諸表の原本  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 | <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 | <input type="checkbox"/> 3 公開していない |

10 その他

|                             |  |            |  |
|-----------------------------|--|------------|--|
| 運 営 懇 談 会                   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり     | (開催頻度) 年 回 |  |
|                             | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし     |            |  |
|                             | <input checked="" type="checkbox"/> 1 代替措置あり | (内容)       | 家族懇談会 年2回  |
|                             | <input type="checkbox"/> 2 代替措置なし            |            |  |
| 高齢者虐待防止のた<br>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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
|                             | 指針の整備  |            | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
|                             | 定期的な研修の実施                                    |            | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
|                             | 担当者の配置                                       |            | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
| 身体的拘束等の適正<br>化のための取組の状<br>況 | 身体的拘束等適正化検討委員会の開催                            |            | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
|                             | 指針の整備  |            | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
|                             | 定期的な研修の実施                                    |            | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |



※ \_\_\_\_\_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<br>グループホームリバーヒル長井館町 | 長井市寺泉3081-21<br>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"/> | 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  | あり                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                    |                               |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | <input checked="" type="checkbox"/> | なし                                  | グループホームリバーヒル長井<br>グループホームリバーヒル長井館町 | 長井市寺泉3081-21<br>長井市館町南9-72-10 |
| 介護予防支援           | あり                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                    |                               |
| <介護保険施設>         |                                     |                                     |                                    |                               |
| 介護老人福祉施設         | あり                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                    |                               |
| 介護老人保健施設         | <input checked="" 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        | あり                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                    |                               |
| 介護医療院            | あり                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                    |                               |



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<br>含<br>※ <sup>2</sup> | 都<br>度<br>※ <sup>2</sup> | 料<br>金※ <sup>3</sup>       | 備<br>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<br>70円                | 洗濯乾燥1回につき<br>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<br>4,000円<br>1,600円 | 調髪<br>髪染め<br>顔そり、髪切り又は<br>シャンプー |    |
| 買い物代行                            | なし   | あり | なし                         | あり |                          | ○                        | 1,200円<br>2,400円           | 長井市内片道<br>周辺市町片道                |    |
| 役所手続き代行                          | なし   | あり | なし                         | あり |                          | ○                        | 1,200円<br>2,400円           | 長井市内片道<br>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<br>※ <sup>2</sup> | 都 度<br>※ <sup>2</sup> | 料 金<br>※ <sup>3</sup>  |   |
|                           |  |    |                            |               |                       |                       |                        |   |
| 入退院時・入院中のサービス             |  |    |                            |               |                       |                       |                        |   |
| 移送サービス<br>※通院介助は介護サービスに記載 | <div>なし</div>                                  | あり | なし                         | <div>あり</div> |                       | ○                     | 2,050円<br>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                   | <div>なし</div>                                  | あり | なし                         | <div>あり</div> |                       |                       |                        | ※移送サービスに含む  |
| 入院中の洗濯物交換・買い物             | <div>なし</div>                                  | あり | <div>なし</div>              | あり            |                       |                       |                        |   |
| 入院中の見舞い訪問                 | <div>なし</div>                                  | あり | <div>なし</div>              | 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。