

## 重要事項説明書

記入年月日	令和 8 年 4 月 1 日
記入者	小林 克司
所属・職名	株式会社 互惠 常務取締役

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について」の一部改正について（令和 4 年 8 月 18 日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙 3 の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の 1 から 3 まで及び 6 の内容については、別紙 3 の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

### 1. 設置者概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	営利法人
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃ ごけい 株 式 会 社 互 恵	
主たる事務所の所在地	〒997-0333 山形県鶴岡市常盤木字関口 103-3	
連絡先	電話番号	0 2 3 5 - 7 8 - 7 9 0 0
	F A X 番号	0 2 3 5 - 7 8 - 7 9 0 1
	H P アドレス	http://mamaya.jp
代表者	氏名	新田 英之
	職名	代表取締役
設立年月日	平成 20 年 4 月 1 日	
主な実施事業	※別添 1 (別に実施する介護サービス一覧表)	

### 2. 有料老人ホーム事業の概要

#### (住まいの概要)

名称	(ふりがな) べすとらいふ ままや ベストライフ ママ家	
所在地	〒997-0345 山形県鶴岡市中田字追分 162-3	
主な利用交通手段	最寄駅	鶴岡駅
	交通手段と所要時間	鶴岡駅より車で山形市方面へ 約 20 分 山形自動車道 朝日 I C より車で鶴岡方面へ 約 10 分
連絡先	電話番号	0 2 3 5 - 5 7 - 5 2 3 3
	F A X 番号	0 2 3 5 - 5 7 - 5 1 0 5 (コミュニティママ家と共通)
	H P アドレス	<a href="http://mamaya.jp">http://mamaya.jp</a>
管理者	氏名	工藤 愛子
	職名	管理者
建物の竣工日	平成 20 年 8 月 13 日	
有料老人ホーム事業の開始日	平成 20 年 9 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 <b>住宅型</b>		
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	
	事業所の指定日	年 月 日
	指定の更新日（直近）	年 月 日

**3. 建物概要**

土地	敷地面積	3 4 2 5 . 0 5 9 m <sup>2</sup>				
	所有関係	1 <b>事業者が自ら所有する土地</b>				
		2 事業者が賃借する土地				
		抵当権の有無	1 あり	2 なし		
		契約期間	1 あり（年 月 日～年 月 日）2 なし			
契約の自動更新	1 あり	2 なし				
建物	延床面積	全体	1 0 5 8 . 7 m <sup>2</sup>			
		うち、老人ホーム部分	8 9 1 . 7 m <sup>2</sup>			
	耐火構造	1 耐火建築物				
		2 <b>準耐火建築物</b>				
		3 その他（ ）				
	構造	1 鉄筋コンクリート造				
		2 鉄骨造				
		3 木造				
		4 <b>その他</b> （ 【1号館(休館)】木造一部鉄骨造 2階建て 【2号館(新館)】鉄骨造 2階建て ）				
	所有関係	1 <b>事業者が自ら所有する建物</b>				
2 事業者が賃借する建物						
抵当権の設定		1 あり	2 なし			
契約期間		1 あり（年 月 日～年 月 日）2 なし				
契約の自動更新	1 あり	2 なし				
居室の 状況	居室区分 【表示事項】	1 <b>全室個室</b>				
		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	16.52 m <sup>2</sup>	7 室	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	14.59 m <sup>2</sup>	18 室	一般居室個室
	タイプ3	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ4	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	共用便所における便房	13ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	11ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房	2ヶ所	
	共用浴室	2ヶ所	個室	1ヶ所	
			大浴場	1ヶ所	
	共用浴室における介護浴槽	0ヶ所	チェア浴	ヶ所	
			リフト浴	ヶ所	
			ストレッチャー浴	ヶ所	
			その他 ( )	ヶ所	
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) 4 なし				
消防用設備等	消火器	1 あり	2 なし		
	自動火災報知設備	1 あり	2 なし		
	火災通報設備	1 あり	2 なし		
	スプリンクラー	1 あり	2 なし		
	防火管理者	1 あり	2 なし		
	防災計画	1 あり	2 なし		
その他					

#### 4. サービスの内容

##### (全体の方針)

運営に関する方針	互いに認め合い、感謝し合い、恵み合える関係を実践し、暮らしの中の人と人との関りを大切にします			
サービスの提供内容に関する特色	出来る限り本人の能力維持につながる生活援助を原則として、身の回りのことで自分が出来ることを可能な範囲で長く続けていけるように支援を行います			
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施	2 委託	3 なし	
食事の提供	1 自ら実施	2 委託	3 なし	
洗濯、掃除等の家事の供与	1 自ら実施	2 委託	3 なし	
健康管理の供与	1 自ら実施	2 委託	3 なし	
安否確認又は状況把握サービス	1 自ら実施	2 委託	3 なし	
生活相談サービス	1 自ら実施	2 委託	3 なし	

##### (介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの提供体制の有無	入居継続支援加算	(I)	1 あり	2 なし
		(II)	1 あり	2 なし
	生活機能向上連携加算	(I)	1 あり	2 なし
		(II)	1 あり	2 なし

<p>※1「協力医療機関連携加算（Ⅰ）」は、「相談・診療を行う体制を常時確保し、緊急時に入院を受け入れる体制を確保している協力医療機関と連携している場合」に該当する場合を指し、「協力医療機関連携加算（Ⅱ）」は、「協力医療機関連携加算（Ⅰ）」以外に該当する場合を指す。</p> <p>※2「地域密着型特定施設入居者生活介護」の指定を受けている場合。</p>	ADL維持等加算	(Ⅰ)	1	あり	2	なし
	ADL維持等加算	(Ⅱ)	1	あり	2	なし
	個別機能訓練加算	(Ⅰ)	1	あり	2	なし
		(Ⅱ)	1	あり	2	なし
	夜間看護体制加算	(Ⅰ)	1	あり	2	なし
		(Ⅱ)	1	あり	2	なし
	若年性認知症入居者受入加算		1	あり	2	なし
	協力医療機関連携加算（※1）	(Ⅰ)	1	あり	2	なし
		(Ⅱ)	1	あり	2	なし
	口腔衛生管理体制加算（※2）		1	あり	2	なし
	口腔・栄養スクリーニング加算		1	あり	2	なし
	退院・退所時連携加算		1	あり	2	なし
	退去時情報提供加算		1	あり	2	なし
	看取り介護加算	(Ⅰ)	1	あり	2	なし
		(Ⅱ)	1	あり	2	なし
	認知症専門ケア加算	(Ⅰ)	1	あり	2	なし
		(Ⅱ)	1	あり	2	なし
	高齢者施設等感染対策向上加算	(Ⅰ)	1	あり	2	なし
		(Ⅱ)	1	あり	2	なし
	新興感染症等施設療養費		1	あり	2	なし
	生産性向上推進体制加算	(Ⅰ)	1	あり	2	なし
		(Ⅱ)	1	あり	2	なし
	サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)	1	あり	2	なし
		(Ⅱ)	1	あり	2	なし
		(Ⅲ)	1	あり	2	なし
	介護職員等処遇改善加算	(Ⅰ)	1	あり	2	なし
		(Ⅱ)	1	あり	2	なし
(Ⅲ)		1	あり	2	なし	
(Ⅳ)		1	あり	2	なし	
(Ⅴ)(1)		1	あり	2	なし	
(Ⅴ)(2)		1	あり	2	なし	
(Ⅴ)(3)		1	あり	2	なし	
(Ⅴ)(4)		1	あり	2	なし	
(Ⅴ)(5)		1	あり	2	なし	
(Ⅴ)(6)		1	あり	2	なし	
(Ⅴ)(7)		1	あり	2	なし	
(Ⅴ)(8)		1	あり	2	なし	
(Ⅴ)(9)		1	あり	2	なし	
(Ⅴ)(10)		1	あり	2	なし	
(Ⅴ)(11)	1	あり	2	なし		
(Ⅴ)(12)	1	あり	2	なし		
(Ⅴ)(13)	1	あり	2	なし		
(Ⅴ)(14)	1	あり	2	なし		
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	1	あり	(介護・看護職員の配置率) : 1			
	2	なし				

**(医療連携の内容)**

医療支援 ※複数選択可	1 救急車の手配		
	2 入退院の付き添い		
	3 通院介助		
	4 その他 ( 医療機関との連絡調整 )		
協力 医療機関	1	名称	佐久間医院
		住所	山形県鶴岡市西荒屋川原田 98
		診療科目	内科、外科、胃腸科
		協力内容	入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保
	診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保	1 あり      2 なし	
新興感染症 発症時に連携する医療機関	1 あり		
	医療機関の名称	前項 1 に同じ	
	医療機関の住所	前項 1 に同じ	
2 なし			
協力歯科医療機関	1	名称	佐藤歯科医院
		住所	山形県鶴岡市下山添中通 44-8
		協力内容	入居者の症状の急変やその他緊急事態が生じた時の必要な措置の指導

**(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能**

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可	1 一時介護室へ移る場合		
	2 介護居室へ移る場合		
	3 その他 ( )		
判断基準の内容			
手続きの内容			
追加的費用の有無	1 あり	2 なし	
居室利用権の取扱い			
前払金償却の調整の有無	1 あり	2 なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	1 あり	2 なし
	便所の変更	1 あり	2 なし
	浴室の変更	1 あり	2 なし
	洗面所の変更	1 あり	2 なし
	台所の変更	1 あり	2 なし
	その他の変更	1 あり	(変更内容)
	2 なし		

**(入居に関する要件)**

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	1 あり	2 なし
	要支援の者	1 あり	2 なし
	要介護の者	1 あり	2 なし
留意事項	入居契約前にご本人様との面談を行い、入居後の共同生活に支障がないかなどを確認させていただきます		
契約の解除の内容	利用契約書 第 13, 14, 15 条に基づき、条件を満たす場合には、契約を解除し適正な措置をとる場合があります。		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	利用契約書 第 14 条による	
	解約予告期間	3 ヶ月 (90 日)	
入居者からの解約予告期間	1 ヶ月 (30 日)		
体験入居の内容	1 あり (内容：空き室がある場合相談に応じます) ) 2 なし		
入居定員	25 人		
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>★ 日常的に特別な医療行為が必要な方は、入居をお断りする場合があります。</li> <li>★ 入居の対象者として、比較的自立した生活を送ることや身の回りのことが一定程度出来る方を基本としております。</li> </ul>		

**5. 職員体制**

※有料老人ホーム職員について記載する (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※2</sup>
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1		
生活相談員	1	1		
直接処遇職員	8	4	4	
介護職員	5	3	2	
看護職員			2	
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
事務員	2		2	
その他職員	3		3	
1 週間のうち、常勤の従業員が勤務すべき時間数 <sup>※2</sup>				
※1 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数に換算した人数をいう。				
※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。				

**(資格を有している介護職員の人数)**

	合計		
	常勤	非常勤	
社会福祉士			
介護福祉士	1	1	
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	1	1	

(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		
あん摩マッサージ指圧師		
はり師		
きゅう師		

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 ( 19時30分～翌8時30分)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	人	人
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 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	契約上の職員配置比率※ 【表示事項】	a 1.5:1以上 b 2:1以上 c 2.5:1以上 d 3:1以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数:常勤換算職員数)	: 1
※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択		
外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制 (外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名称	
	通所介護事業所の名称	

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務		1 あり		2 なし					
	業務に係る資格等		1 あり							
			資格等の名称		介護支援専門員					
	2 なし									
	看護職員		介護職員		生活相談員		機能訓練指導員		計画作成担当者	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数		1								
前年度1年間の退職者数				1	1					
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満									
	1年以上3年未満									
	3年以上5年未満		1							
	5年以上10年未満		1		1					
	10年以上			3	1	1				
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 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式	
	<input type="checkbox"/> 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 減額あり <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 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	地域の消費者物価指数や人件費等を勘案の上、適正な施設サービス維持に必要と判断される場合に利用料金等の改定を行うことがある 改定を行う 30 日以上前に、入居契約者に対して書面で通知し同意を得るものとする
	手続き	

### (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 2	要介護 2
	年齢	90 歳	78 歳
居室の状況	床面積	16.52 m <sup>2</sup>	14.1 m <sup>2</sup>
	便所	1 有 2 <input type="checkbox"/> 無	1 有 2 <input type="checkbox"/> 無
	浴室	1 有 2 <input type="checkbox"/> 無	1 有 2 <input type="checkbox"/> 無
	台所	1 有 2 <input type="checkbox"/> 無	1 有 2 <input type="checkbox"/> 無
入居時点で 必要な費用	前払金	円	円
	敷金（入所保証金）	100,000 円	100,000 円
月額費用の合計		<b>139,650 円</b>	<b>155,450 円</b>
サービス費用	家賃	35,000 円	38,800 円
	特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用	円	円
	食費（おやつ代を含む）	50,550 円	50,550 円
	管理費	10,000 円	10,000 円
	介護費用	24,000 円	36,000 円
	光熱水費	19,600 円	19,600 円
	その他	500 円	500 円
※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。 ※2 有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない）			

**(利用料金の算定根拠)**

費用	算定根拠
家賃	【1号館】月額 35,000 円      【2号館】月額 38,800 円
敷金	入所保証金として 100,000 円      (家賃の3ヶ月分程度)
介護費用	日中(9時～17時の間)に延べ5時間以上施設内で過ごす場合に、要支援・要介護度に応じて一日単位で算定する ※「サポート費」といい、金額は別紙一覧表に記載する
管理費	10,000 円(外税) / 月
食費	545 円(外税) / 1食 ※朝昼晩の1日3食提供
おやつ代	50 円(外税) / 1日 ※日中(9時～17時の間)に延べ5時間以上施設内で過ごしておやつ・お茶を利用した場合に算定する
水道光熱費	19,600 円(外税) / 月 【補足事項】 月額を基本としますが、滞在日数に応じて、次のとおり取り扱う場合があります。 ① その月の施設滞在日数が15日未満の場合は、月額の1/2(9,800円・外税)を請求します。 ② 入居月は、前号にかかわらず、実際の滞在日数に応じて日割りで請求します。
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2に記載
その他のサービス利用料	家族会費として 500 円/月

**(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠)**

※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

費用	算定根拠
特定施設入居者生活介護 <sup>※</sup> に対する自己負担	
特定施設入居者生活介護 <sup>※</sup> における人員配置が手厚い場合の介護サービス(上乘せサービス)	
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

**(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能**

算定根拠	
想定居住期間(償却年月数)	ヶ月
償却の開始日	入居日
想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額(初期償却額)	円
初期償却率	%
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了 入居後3月を超えた契約終了
前払金の保全先	1 連帯保証を行う銀行等の名称 2 信託契約を行う信託会社等の名称 3 保証保険を行う保険会社の名称 4 全国有料老人ホーム協会 5 その他(名称: )

## 7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

### (入居者の人数)

性別	男性	9 人
	女性	12 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	6 人
	85 歳以上	13 人
要介護度別	自立	0 人
	要支援 1	3 人
	要支援 2	5 人
	要介護 1	7 人
	要介護 2	4 人
	要介護 3	1 人
	要介護 4	1 人
	要介護 5	0 人
入居期間別	6 ヶ月未満	5 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	4 人
	1 年以上 5 年未満	10 人
	5 年以上 10 年未満	1 人
	10 年以上 15 年未満	1 人
	15 年以上	0 人

### (入居者の属性)

平均年齢	84.6 歳
入居者数の合計	21 人
入居率※	84.0 %
※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	3 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
	入居者側の申し出	0 人
	(解約事由の例)	介護保険施設入所のため

## 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		ベストライフママ家苦情相談窓口
電話番号		0235-57-5233
対応している時間	平日	9:00～18:00
	土曜	9:00～18:00
	日曜・祝日	9:00～18:00
定休日		年中無休

窓口の名称		鶴岡市長寿介護課
電話番号		0235-25-2111
対応している時間	平日	8:30～17:15
	土曜・日曜・祝日	なし
定休日		土曜・日曜・祝祭日

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

損害賠償責任保険の加入状況	1 あり	(その内容) 損害保険ジャパン株式会社に総合賠償責任保険を契約し、万が一の事故による賠償責任の発生に備えています。
	2 なし	
介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応	1 あり	(その内容) 損害保険ジャパン株式会社に総合賠償責任保険を契約し、万が一の事故による賠償責任の発生に備えています。
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	1 あり	2 なし

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見を把握する取組の状況	1 あり	実施日	常時意見箱を設置
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 なし		
第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 なし		

## 9. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
事業収支計画書	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない

財務諸表の要旨	<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	1 あり	(開催頻度) 年 回
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
	<input checked="" type="checkbox"/> 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 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 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
	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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	災害に関する業務継続計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	職員に対する周知の実施	<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
	定期的な訓練の実施	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	定期的な業務継続計画の見直し	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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 checked="" 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 <input type="checkbox"/> 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 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	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
合致しない事項がある場合の内容		
「6. 既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	1 適合している (代替措置) 2 適合している (将来の改善計画) 3 適合していない	
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項		
不適合事項がある場合の内容		

添付書類：別添 1（別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      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
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>				
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		
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>				
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	グループホーム「ママ家」 コミュニティママ家	鶴岡市常盤木字関口 103-3 鶴岡市中田字追分 162-2
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「ママ家」 コミュニティママ家	鶴岡市常盤木字関口 103-3 鶴岡市中田字追分 162-2
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		
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>				
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	なし		
<b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b>				
介護予防認知症対応型通所介護	あり	なし	グループホーム「ママ家」 コミュニティママ家	鶴岡市常盤木字関口 103-3 鶴岡市中田字追分 162-2
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	グループホーム「ママ家」 コミュニティママ家	鶴岡市常盤木字関口 103-3 鶴岡市中田字追分 162-2
介護予防支援	あり	なし		
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>				
介護老人福祉施設	あり	なし		
介護老人保健施設	あり	なし		
介護療養型医療施設	あり	なし		
介護医療院	あり	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
	なし	あり	なし	あり				
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり	○			
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	○			
おむつ代			なし	あり		○	実費	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	○			
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		○		原則、ご家族での対応をお願いしています。事業所が行う場合、通院先での支援として、実際の通院介助にかかった時間（送迎時間を除く）1時間毎に500円とします。車での送迎が必要な場合、前述の費用に加え、10kmまで片道1,000円とします。10kmを超える場合は5km毎に500円を追加します。
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	○			
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり				原則、配膳・下膳は食堂のみとします。
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり				
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		○	実費	事業者が指定する店舗であれば500円(税込)で送迎します。それ以外の場合は、通院介助と同様の取扱いとします。
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○		原則として鶴岡市内に限られます 時間の指定などは受付できません。
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	実費	入居契約上必要と認められる場合を除き、個人的に希望するものについては、原則ご家族での対応をお願いします。事業所に依頼する場合は、通院介助と同様の取扱いとします。
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		○		年1回の老人健診
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		○	実費	救急搬送は、1回につき5000円
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○	実費	原則、ご家族の同行が困難な場合のみ同行します。通院介助と同様の取扱いとします
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、月額サービス費用に含まれる場合と、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。

		ベストライフ 1号館	ベストライフ 2号館
居室タイプ		タイプ 1 (全7室)	タイプ 2 (全18室)
居室料(税込)		35,000円 /月	38,800円 /月
基本的費用 (税別)	水道光熱費	19,600円 /月	
	管理費	10,000円 /月	
	食材料費	545円 /回	
	おやつ代	50円 /日 ※利用日のみ	
介護 サポート費 (税別)	以下に非該当	500円 /日	
	要支援1・事業対象者	500円 /日	
	要支援2・事業対象者	800円 /日	
	要介護1	800円 /日	
	要介護2	1,000円 /日	
	要介護3	1,200円 /日	
	要介護4	1,500円 /日	
	要介護5	2,000円 /日	

※1 ひと月の居住費用の計算方法は次のとおりです。

$$\text{居室料} + (\text{水道光熱費} \times \text{日数}) + (\text{食材料費} \times \text{食数}) + (\text{おやつ代} \times \text{該当日数}) + (\text{サポート費} \times \text{該当日数}) + \text{管理費}$$

※2 管理費には、一部の生活支援サービス（居室清掃、配下膳等）が含まれます。

※3 おやつ代の「利用日」とは、日中を施設で過ごす際に提供する10時と15時のお茶・おやついずれか又は両方を利用した日を1日とカウントします。

※4 介護サポート費とは、1日のうちで、9時から17時までの間を施設内で延べ5時間以上過ごされる場合に算定し、上表のとおり徴収します。

※5 介護サポート費について、原則として介護保険証に記載されている介護区分に基づきますが、実際の介護サポートの必要度合について考慮し、ご契約者様と合意の上で、決定する場合があります。

#### その他、施設入居に係る費用等

入所保証金	100,000円	入所の時点までに、現金にて、事業者にお預け下さい。 契約終了時に、重要事項説明書及び入居契約書に則り、返還します
家族会費	500円 /月	家族会の管理運営に充てます