別紙様式２

重要事項説明書

記入年月日	令和　８年　７月　１日
記入者	齋藤　真里
所属・職名	施設長

※　サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成 23 年 10 月 7 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４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４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） オーリンク株式会社（おーりんくかぶしきがいしゃ）	
主たる事務所の所在地	〒９９０－０８２１ 山形県山形市北町三丁目８番２０号	
連絡先	電話番号	０２３－６８１－３６３３
	ＦＡＸ番号	０２３－６８１－３６３０
	ホームページアドレス	https://www.o-link.jp
代表者	氏名	佐藤　朗
	職名	代表取締役社長
設立年月日	(昭和)・平成　５４年　５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） 介護付有料老人ホーム（かいごつきゆうりょうろうじん） フォーリーフ嶋（しま）	
所在地	〒９９０－０８８５ 山形県山形市嶋北一丁目１６番３５号	
主な利用交通手段	最寄駅	JR 羽前千歳駅
	交通手段と所要時間	①バス利用の場合 山形交通バス（路線⑦山交ビル（桧町・嶋）山形病院） 嶋公園前又は嶋北停留所で下車、徒歩で約１０分 ②自動車利用の場合

		JR羽前千歳駅から車で約１０分
連絡先	電話番号	０２３－６６６－６１１１
	ＦＡＸ番号	０２３－６８２－７６８８
	ホームページアドレス	https://www.fourleaf-sima.com
管理者	氏名	髙木　梓
	職名	管理者
建物の竣工日		昭和・(平成)　２３年　１月　７日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・(平成)　２３年　１月２７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	０６７０１０３２３３
	指定した自治体名	山形市
	事業所の指定日	平成２３年　１月１７日
	指定の更新日（直近）	令和　５年　１月１６日

３．建物概要

土地	敷地面積	２，８４１．９９　㎡	
	所有関係	1　事業者が自ら所有する土地	
		(2) 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	1　あり　(2) なし
		契約期間	(1) あり （2010年1月26日～2030年1月25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	２，０８７．６４　㎡
		うち、老人ホーム部分	２，０８７．６４　㎡
	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) 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)	18～21．6㎡	50	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	㎡		
	タイプ3	有/無	有/無	㎡		
	タイプ4	有/無	有/無	㎡		
	タイプ5	有/無	有/無	㎡		
	タイプ6	有/無	有/無	㎡		
	タイプ7	有/無	有/無	㎡		
	タイプ8	有/無	有/無	㎡		
	タイプ9	有/無	有/無	㎡		
	タイプ10	有/無	有/無	㎡		
※「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	2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	2ヶ所		
	共用浴室	6ヶ所	個室	4ヶ所		
			大浴場	2ヶ所		
	共用浴室における介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴	1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	(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	運営法人の経営理念である「ご利用者を大切に！しあわせと安心のお手伝い」と「地域社会への貢献」を旗印の下、ご利用者一人ひとりが、それまで歩んできた生活スタイルを大事にしながら、介護サービスや日常生活支援サービスを受けられる事業所を目指します。また、山形市嶋地区という「まちづくり地区」に立地する事業所として、周辺の商業・娯楽施設並びに公共施設等を利用し、「地域住民の方々とのふれあい」や「買い物」「レクリエーション」等といった「ご利用者の日常性と利便性」を活かした事業所運営を行ってまいります。
サービスの提供内容に関する特色	ユニットケアを採用し、ご利用者と職員が顔なじみの関係の中で、個々に必要な医療・生活面でのきめ細かなサービスを提供します。また、空床（最大５床）を利用し、短期利用特定施設入居者生活介護のサービスも提供します。
入浴、排せつ又は食事の介護	(1) 自ら実施　2　委託　3　なし
食事の提供	(1) 自ら実施　2　委託　3　なし
洗濯、掃除等の家事の供与	(1) 自ら実施　(2) 委託　3　なし
健康管理の供与	(1) 自ら実施　2　委託　3　なし
安否確認又は状況把握サービス	(1) 自ら実施　2　委託　3　なし
生活相談サービス	(1) 自ら実施　2　委託　3　なし

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

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの提供体制の有無	入居継続支援加算		1　あり　(2) なし
	生活機能向上連携加算		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	（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
	科学的介護推進体制加算		1　あり　(2) なし
	生産性向上推進体制加算（Ⅱ）		(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
	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
	高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ		1　あり　(2) なし
	高齢者施設等感染対策向上加算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）（イ）	1　あり　(2) なし
		（Ⅰ）（ロ）	1　あり　(2) なし
		（Ⅱ）（イ）	1　あり　(2) なし
		（Ⅱ）（ロ）	(1) あり　2　なし
		（Ⅲ）	1　あり　(2) なし
		（Ⅳ）	1　あり　(2) なし
		（Ⅴ）	1　あり　(2) なし
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	1　あり	（介護・看護職員の配置率）：1	
	(2) なし		

（医療連携の内容）

医療支援 ※複数選択可		(1) 救急車の手配 (2) 入退院の付き添い (3) 通院介助 4　その他（　　）	
協力医療機関	1	名称	済生会山形済生病院
		住所	山形県山形市沖町７９番１号
		診療科目	総合診療
		協力内容	入院受入、外来時の治療・投薬・救急対応並びに認知症等に対する医学的援助
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	医療法人社団青山歯科医院
		住所	山形市漆山２４４７番９号
		協力内容	利用者に対する外来時の歯科及び口腔外科診療並びに必要に応じた口腔ケア指導等

（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（本人希望又は施設判断）	
判断基準の内容		本人希望又は本人状況により施設で必要と判断した場合	
手続きの内容		「確認書」及び「同意書」の徴求	
追加的費用の有無		1　あり　(2) なし	
居室利用権の取扱い		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）移動した部屋によっては、食堂及び浴室の場所が変更となる場合あり
		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	・身元引受人の選定ができる方 ・常時、医療行為が必要でない方 ・共同生活を営める方		
契約の解除の内容	1．契約者が死亡したとき 2．契約者若しくは身元引受人から契約終了の申し出があったとき 3．重大な契約違反があり、利用継続が困難な場合で、且つ他のサービス確保の目途がついたとき		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書　第２９条	
	解約予告期間	９０日	
入居者からの解約予告期間	３０日		
体験入居の内容	(1) あり（内容：通常入所者と同様のサービス供与） 2　なし		
入居定員	５０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※1 ※2
	合計			
		常勤	非常勤	
施設長	１人	０人	１人	０．３人
管理者	１人	１人	０人	０．５人
生活相談員	３人	２人	１人	１．４人
直接処遇職員	２８人	１９人	９人	２２．９人
介護職員	２５人	１８人	７人	２０．９人
看護職員	３人	１人	２人	２．０人
機能訓練指導員	１人	０人	１人	１．２人
計画作成担当者	２人	１人	１人	１．１人
栄養士	０人	０人	０人	０人
調理員	３人	３人	０人	３．０人
事務員	１人	１人	１人	１．３人
その他職員	５人	０人	５人	４．０人
１週間のうち、常勤の従業員が勤務すべき時間数※2				４０時間

※１　常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業員の人数を常勤の従業員の人数に換算した人数をいう。

※２　特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。

（資格を有している介護職員の人数）

	合計		
		常勤	非常勤
社会福祉士	０人	０人	０人
介護福祉士	１４人	１１人	３人
実務者研修の修了者	４人	２人	２人
初任者研修の修了者	４人	２人	２人
介護支援専門員	２人	１人	１人

（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	１人	０人	１人

理学療法士	０人	０人	０人
作業療法士	０人	０人	０人
言語聴覚士	０人	０人	０人
柔道整復師	０人	０人	０人
あん摩マッサージ指圧師	０人	０人	０人
はり師	０人	０人	０人
きゅう師	０人	０人	０人

（夜勤を行う看護・介護職員の人数）

夜勤帯の設定時間（午後１０時～午前７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	２人	２人

（特定施設入居者生活介護等の提供体制）

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合（一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能）	契約上の職員配置比率※ 【表示事項】	a　1.5：1 以上 b　2：1 以上 c　2.5：1 以上 (d) 3：1 以上
	実際の配置比率 （記入日時点での利用者数：常勤換算職員数）	２．２：１
※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		
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	介護福祉士						
			2　なし							
		看護職員		介護職員		生活相談員		機能訓練指導員		計画作成担当者	
		常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度１年間の採用者数		0	2	4	0	0	0	0	0	0	0
前年度１年間の退職者数		0	1	3	0	0	0	1	0	0	0
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	2	3	1	0	0	1	2	0	0
	1年以上3年未満	0	0	4	2	3	0	0	0	0	0
	3年以上5年未満	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
	5 年以上10年未満	0	2	4	2	0	0	0	0	2	0
	10年以上	1	0	3	1	0	0	0	0	0	0
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】	(1) 利用権方式 2　建物賃貸借方式 3　終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	1　全額前払い方式	
	2　一部前払い・一部月払い方式	
	(3) 月払い方式	
	4　選択方式 ※該当する方式を全て選択	1　全額前払い方式 2　一部前払い・一部月払い方式 3　月払い方式
年齢に応じた金額設定	1　あり　(2) なし	
要介護状態に応じた金額設定	1　あり　(2) なし	

入院等による不在時における利用料金（月払い）の取扱い		1　減額あり (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	身元引受人又は利用者家族の同意が必要
	手続き	「運営懇談会」で審議及び議決

（利用料金のプラン【代表的なプランを２例】）（３０日計算の場合）

			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		８５歳	８５歳
居室の状況	床面積		１８～２１．６㎡	１８～２１．６㎡
	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		―　円	―　円
	敷金		―　円	―　円
月額費用の合計			１７６，４６０円	１８７，０１０円
家賃			６３，０００円	６３，０００円
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用		１１，４６０円 （１割負担の場合）	２２，０１０円 （１割負担の場合）
	介護保険外※2	食費	５４，０００円	５４，０００円
		管理費	４８，０００円	４８，０００円
		介護費用	―　円	―　円
		光熱水費	―　円	―　円
		その他	―　円	―　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	建物の取得額をベースに算出
敷金	なし
介護費用	なし　※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	光熱水費、共用スペースの維持管理費、介護保険給付サービス以外のサービス提供費用、事務用品購入費、事務職員の人件費等 ※老人福祉法第２９条第６項において受領が禁止されている権利金又は対価性のない金品に該当しない旨を明記すること。

食費	朝食５４２円、昼食６５８円、夕食６００円 昼食時に月１回程度、３２４円（税込）プラスで行事食・イベント食を提供します。
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 ≪個別的な選択による生活支援サービス（全て税込金額）≫ 【リネン料金】２，２００円/１ヵ月 防水シーツ・横シーツ（リネン業者委託）を使用する場合は、各１枚１１０円の別料金となります。 【おやつ（週１回)】２１６円/１回 【入浴（週４回目以降)】特浴８８０円/１回、一般浴６６０円/１回、個浴清掃（自立の方）２２０円/１回 【洗濯代行】洗濯３，３００円/１ヵ月、乾燥機３，３００円/１ヵ月、洗濯ネット（必要時）１１０円/１枚 【理容】カット及び顔そり２,５００円、顔そり及びマッサージ２,５００円 パーマ・白髪染めをご希望の方は、事務所までお申し出ください。料金等、詳細についてはお尋ねください。 【買い物代行】８８０円/１回（買い物代金は自己負担） 【付添い】２００円/１０分あたり 【健康管理費（流動食提供及び管理費等)】１，３２０円/１日 【掃除（週２回目以降)】５５０円/１回 【トイレ用ブラシ】実費請求/１回
その他のサービス利用料	【暖房費（１２月～翌年３月まで)】３，３００円/１ヵ月 【冷房費（　７月～　９月まで)】　３，３００円/１ヵ月 【体験入居】７日間まで体験入居が可能です。 居室料２，１００円/１日、食事・管理費は別料金になります。 【エンゼルセット代（看取り介護時)】実費請求 【居室の床・エアコン・カーテン・マットレス清掃費】実費請求(退居時) 【壁紙の破れもしくは汚れ等の清掃費】実費請求 （死亡退居時は原則交換し、それ以外の退居の時は発生確認時）

（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※に対する自己負担	介護報酬の告示額とし、介護保険負担割合証に記載された割合に基づき算定された額 【要支援１】 （介護保険基本報酬日額）１，８３０円 【要支援２】 （介護保険基本報酬日額）３，１３０円 【要介護１】 （介護保険基本報酬日額）５，４２０円

	【要介護２】 （介護保険基本報酬日額）６，０９０円 【要介護３】 （介護保険基本報酬日額）６，７９０円 【要介護４】 （介護保険基本報酬日額）７，４４０円 【要介護５】 （介護保険基本報酬日額）８，１３０円 ※上記『介護保険基本報酬日額』に以下の加算が追加されます。 （１）「夜間看護体制加算（Ⅱ）」 （要介護者のみ） ９０円／日 （２）「科学的介護推進体制加算」 ４００円／月 （３）「サービス提供体制強化加算（Ⅱ）」 １８０円／日 （４）「介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）（ロ）」 １５．３％／月 （５）「生産性向上推進体制加算（Ⅱ）」 １００円／月 ※上記『介護保険基本報酬日額』に以下の加算が追加される場合があります。 （ア）「若年性認知症入居者受入加算」 １，２００円／日 （イ）「看取り介護加算」 死亡日の４５日前～３１日前 ・・・７２０円／日 死亡日の３０日前～４日前 ・・・１，４４０円／日 死亡日の前々日及び前日 ・・・６，８００円／日 死亡日・・・１２，８００円／日 （ウ）「退院・退所時連携加算」 ３００円／日 （ただし、３０日が限度） ※上記『介護保険基本報酬日額』及び『各種加

	算』の１割から３割が自己負担額になります。介護保険の負担割合については、「介護保険負担割合証」を参照ください。
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
※　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	１１人
	女性	３５人
年齢別	65 歳未満	０人
	65 歳以上 75 歳未満	１人
	75 歳以上 85 歳未満	５人
	85 歳以上	４０人
要介護度別	自立	０人
	要支援１	４人
	要支援２	４人
	要介護１	１６人
	要介護２	６人
	要介護３	５人
	要介護４	７人
	要介護５	４人
入居期間別	６ヶ月未満	９人

	６ヶ月以上１年未満	４人
	１年以上５年未満	２１人
	５年以上 10 年未満	９人
	10 年以上 15 年未満	３人
	15 年以上	０人

（入居者の属性）

平均年齢	９０．７６歳
入居者数の合計	４６人
入居率※	９２％
※入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。	

（前年度における退去者の状況）

退去先別の人数	自宅等	０人
	社会福祉施設	３人
	医療機関	３人
	死亡者	８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	６人
		（解約事由の例） ・他社会福祉施設へ入所のため ・長期入院のため ・死亡のため

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		介護付有料老人ホーム フォーリーフ嶋
電話番号		０２３－６６６－６１１１
対応している時間	平日	午前９時～午後６時
	土曜	午前９時～午後６時
	日曜・祝日	午前９時～午後６時
定休日		なし

窓口の名称		オーリンク株式会社
電話番号		０２３－６８１－３６３３
対応している時間	平日	午前８時３０分～午後５時３０分
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし
定休日		土・日・祝祭日及び１２／３０～１／３、夏期休業（８月）

窓口の名称		山形県国民健康保険団体連合会　介護保険サービス苦情相談窓口
電話番号		０２３７－８７－８００６
対応している時間	平日	午前９時～午後４時
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし
定休日		土・日・祝祭日及び１２／２９～１／３

窓口の名称		山形県福祉サービス運営適正化委員会
電話番号		０２３－６２６－１７５５
対応している時間	平日	午前９時～午後４時
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし
定休日		土・日・祝祭日及び１２／２９～１／３

窓口の名称		山形市役所　福祉推進部　生活福祉課・長寿支援課・介護保険課・指導監査課
電話番号		０２３－６４１－１２１２（代）
対応している時間	平日	午前８時３０分～午後５時１５分
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし
定休日		土・日・祝祭日及び１２／２９～１／３

（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）「介護事業者損害賠償責任補償」に加入
	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）損害額の実費を賠償いたします。
	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）

<table>
<tr><td rowspan="2">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</td><td rowspan="2">(1) あり</td><td>実施日</td><td>平成２９年　２月</td></tr>
<tr><td>結果の開示</td><td>(1) あり　　2　なし</td></tr>
<tr><td colspan="4">2　なし</td></tr>
<tr><td rowspan="4">第三者による評価の実施状況</td><td rowspan="3">1　あり</td><td>実施日</td><td></td></tr>
<tr><td>評価機関名称</td><td></td></tr>
<tr><td>結果の開示</td><td>1　あり　　2　なし</td></tr>
<tr><td colspan="3">(2) なし</td></tr>
</table>

９．入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	(1) 入居希望者に公開 2　入居希望者に交付 3　公開していない
管理規程	(1) 入居希望者に公開 2　入居希望者に交付 3　公開していない
事業収支計画書	(1) 入居希望者に公開 2　入居希望者に交付 3　公開していない
財務諸表の要旨	(1) 入居希望者に公開 2　入居希望者に交付 3　公開していない
財務諸表の原本	1　入居希望者に公開 2　入居希望者に交付 (3) 公開していない

１０．その他

<table>
<tr><td>運営懇談会</td><td colspan="2">(1) あり</td><td>（開催頻度）年１回</td></tr>
<tr><td rowspan="3"></td><td colspan="3">2　なし</td></tr>
<tr><td>1　代替措置あり</td><td>（内容）</td></tr>
<tr><td>2　代替措置なし</td><td></td></tr>
<tr><td>提携ホームへの移行【表示事項】</td><td colspan="3">1　あり（提携ホーム名：　　）
(2) なし</td></tr>
<tr><td>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</td><td colspan="3">(1) あり　　2　なし
3　サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要</td></tr>
</table>

高齢者の居住の安定確保に関する法律第５条第１項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録	１　あり　　２　なし
有料老人ホーム設置運営指導指針「５．規模及び構造設備」に合致しない事項	１　あり　（２）なし
合致しない事項がある場合の内容	
「６．既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	１　適合している（代替措置） ２　適合している（将来の改善計画） ３　適合してない
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	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		
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＞				
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	グループホーム あさひ	西村山郡朝日町大字宮宿 ３２０番地の６
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	指定居宅介護支援 事業所あさひ	西村山郡朝日町大字宮宿 ３２０番地の６
＜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	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	なし		

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 あさひ	西村山郡朝日町大字宮宿 ３２０番地の６
介護予防支援	あり	(なし)		
＜介護保険施設＞				
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※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)		○	―	個別対応
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	(あり)	なし	(あり)		○	660 円	週 4 回目から課金
特浴介助	なし	(あり)	なし	(あり)		○	880 円	週 4 回目から課金
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)		○	550 円	30 分あたり、協力医療機関以外
生活サービス								
居室清掃	なし	(あり)	なし	(あり)		○	550 円	週 2 回目から課金
リネン交換	なし	(あり)	なし	(あり)		○	2,200 円	1 ヵ月あたり、防水・横シーツは別料金
日常の洗濯	(なし)	あり	なし	(あり)		○	3,300 円	1 ヵ月あたり
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)	○	○	―	個別対応
おやつ			なし	(あり)		○	216 円	1 回あたり、週 1 回
理美容師による理美容サービス			なし	(あり)		○	2,500 円	要予約、パーマ・白髪染めは別途
買い物代行	(なし)	あり	なし	(あり)		○	880 円	1 回あたり、利用可能区域の定めなし
役所手続き代行	(なし)	あり	(なし)	あり				
金銭・貯金管理			なし	(あり)	―	―	―	必要な方のみ

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				
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)		○	200 円	10 分あたり、協力医療機関以外
入院中の洗濯物交換・買い物	(なし)	あり	なし	(あり)		○	―	洗濯代行代と買い物代行代で対応
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割から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。