

重要事項説明書

記入年月日	2023年7月1日
記入者	奈良崎 かずみ
所属・職名	はなことば天童 ホーム長

※ 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	株式会社
名称	(ふりがな) ふうらうどらいふかぶしきかいしゃ プラウドライフ株式会社	
主たる事務所の所在地	〒210-0006 神奈川県川崎市川崎区砂子1丁目2番地4川崎砂子ビルディング 8階	
連絡先	電話番号	044-589-2713
	FAX番号	044-589-2714
	ホームページアドレス	https://hanakotoba.co.jp/
代表者	氏名	藺田 宏
	職名	代表取締役社長
設立年月日	2006年 7月 3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) はなことばてんどう はなことば天童	
所在地	〒994-0081 山形県天童市南小畑3丁目3番20号	
主な利用交通手段	最寄駅	J R奥羽本線 天童駅
	交通手段と所要時間	山形新幹線・J R奥羽本線 天童駅 ① 徒歩の場合 25分 ② 自動車利用の場合 乗車6分
連絡先	電話番号	023-674-9555
	FAX番号	023-674-9550

居室の状況	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	18.20 m ²	36 室	一般居室個室
タイプ2	有/無	有/無	m ²		
タイプ3	有/無	有/無	m ²		
タイプ4	有/無	有/無	m ²		
タイプ5	有/無	有/無	m ²		
タイプ6	有/無	有/無	m ²		
タイプ7	有/無	有/無	m ²		
タイプ8	有/無	有/無	m ²		
タイプ9	有/無	有/無	m ²		
タイプ10	有/無	有/無	m ²		
※「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	ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房	2ヶ所	
	共用浴室	1ヶ所	個室	1ヶ所	
			大浴場	ヶ所	
	共用浴室における介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴	ヶ所	
			リフト浴	1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	<p>緊急通報装置等の種類及び設置場所 共用の浴室、トイレ、各居室、居室内トイレ 安否確認の方法・頻度等 原則として見守りシステム（以下、ライフリズムナビ®+Dr.）を利用して画面上で見守りを行い、必要時にはスタッフが直接訪問いたします。ライフリズムナビ®+Dr.は、各種センサーを用いて、ベッド上での睡眠・覚醒、心拍数、呼吸数、臥床・離床、体動・起き上がりなどの状態、居室内の温湿度などを検知するシステムです。これは、お客様の状態に応じた通知設定を行う事で、お一人おひとり行動パターンに応じた対応を可能とするものです。事務所やスタッフが携帯する端末と連動しており、設定条件に合致、もしくは異常時にスタッフへ通知されるほか、必要時はスタッフが端末を操作して随時ご状態を確認することが可能です。ライフリズムナビ®+Dr.の情報やお客様からのナースコールでの通話対応とともに、居室を訪問し、状態の確認及び適切なケアを提供します。また、お客様のご体調変化により、密な目視確認が必要とされる場合には、随時訪問し、適切なケアを行います。</p>				

4. サービスの内容
(全体の方針)

運営に関する方針	ご入居者様を主体とし、ご家族様、周辺地域の皆様と綿密な連携協力を行い、地域の方に信頼される施設づくりを目指す。
サービスの提供内容に関する特色	ご入居者様のご要望、ライフスタイルを尊重し過剰なサービスではないバランスの取れたサービスを提供します。
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 (予防なし)	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	
	医療機関連携加算	① あり 2 なし	
	口腔衛生管理体制加算	1 あり ② なし	
	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 (予防なし)	① あり 2 なし	
	看取り介護加算 (予防なし)	① あり 2 なし	
	科学的介護推進体制加算	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
	サービス提供体制強化加算	(II) ① あり 2 なし	
	介護職員処遇改善加算	(I) ① あり 2 なし	
介護職員等特定処遇改善加算	(I) ① あり 2 なし		
介護職員等ベースアップ等支援加算	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	寒河江武田内科往診クリニック
		住所	山形県寒河江市中央 1-14-36
		診療科目	内科・呼吸器科
		協力内容	健康相談・診察・入院先の紹介

協力医療機関	2	名称	訪問診療クリニックやまがた
		住所	山形県山形市銅町2丁目13-11
		診療科目	内科・精神科・緩和ケア内科・ペインクリニック
		協力内容	健康相談・診察・入院先の紹介
	3	名称	嶋北 内科・脳神経外科クリニック
		住所	山形市嶋北3丁目1-11
		診療科目	脳神経外科・神経内科・内科・乳腺外来・消化器外科・胃腸内科
		協力内容	健康相談・診察・入院先の紹介
協力歯科医療機関		名称	熊沢歯科医院
		住所	山形県天童市小路2-3-16
		協力内容	診療・治療・口腔ケア等

(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 ()	
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	(管理運営規定より) 当ホームへの入居は、下記の資格条件を満たされている方に限ります。 一 概ね60歳以上の方。 二 共同生活が営めると当ホームが判断した方。 三 入居に関する費用及び毎月の諸費用等の支払能力があると当社が判断した方。 四 健康保険、介護保険に加入している方。 五 入居手続き及び入居資格審査を満たされた方。 六 入居契約書及び当規程の内容を遵守できる方。	

<p>契約の解除の内容</p> <p>契約の解除の内容</p>	<p>(入居契約書より)</p> <p>入居者からの解約</p> <p>1 入居者は、事業者に対して、少なくとも 30 日前に解約の申し入れを行うことにより、本契約を解約することができます。 解約の申し入れは事業者の定める解約届を事業者に提出するものとします。</p> <p>2 入居者が前項の解約届を提出しないで居室を退居した場合には、事業者が入居者の退居の事実を知った日の翌日から起算して 30 日目をもって、本契約は解約されたものと推定します。</p> <p>(入居契約書より)</p> <p>3 入居者は、事業者又はその役員が次の各号のいずれかに該当した場合には、前 2 項の規定に関わらず、催告することなく、本契約を解約することができます。</p> <p>一 第 44 条各号の確約に反する事実が判明したとき</p> <p>二 本契約締結後に自ら又は役員が反社会的勢力に該当したとき</p>
<p>入居者からの解約予告期間</p>	<p>1 か月</p>
<p>事業主体から解約を求める場合</p>	<p>(入居契約書より)</p> <p>1 事業者は、入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことにより本契約をこれ以上将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合に、本条第 2 項及び第 3 項に規定した条件の下に、本契約を解除することができます。</p> <p>一 入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき</p> <p>二 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、通告に従わずしばしば遅滞するとき</p> <p>三 第 3 条第 4 項の規定に違反したとき</p> <p>四 第 20 条の規定に違反したとき</p> <p>五 入居者の行動が、他の入居者又は従業員の生命に危害を及ぼし、又は、その危害の切迫した恐れがあり、かつ有料老人ホームにおける通常の注意と介護方法及び接遇方法ではこれを防止することができないとき</p> <p>2 前項の規定に基づく契約の解除の場合は、事業者は書面にて次の各号に掲げる手続きを行います。</p> <p>一 契約解除の通告について 90 日の予告期間をおく</p> <p>二 前号の通告に先立ち、入居者及び身元引受人等に弁明の機会を設ける</p> <p>三 解除通告に伴う予告期間中に、入居者の移転先の有無について確認し、移転先がない場合には入居者や身元引受人等、その他関係者・関係機関と協議し、移転先の確保について協力する</p> <p>3 本条第 1 項第五号によって契約を解除する場合には、事業者は書面にて前項に加えて次の第一号及び第二号に掲げる手続きを行います</p> <p>一 医師の意見を聴く</p> <p>二 事業者が必要と認める一定の観察期間をおく</p> <p>4 事業者は、入居者及び身元引受人等が次の各号のいずれかに該当した場合には、本条前項までの定めに関わらず、催告することなく本契約を解除することができます。</p> <p>一 第 44 条各号の確約に反する事実が判明したとき</p> <p>二 本契約締結後に第 44 条に該当する事実が判明したとき</p> <p>三 第 20 条第 1 項第七号から第九号までの各号に掲げる行為を行ったとき</p>
<p>解約予告期間</p>	<p>3 ヶ月</p>

体験入居の内容	① あり（内容：最長14日間 1泊9,900円うち消費税900円） 2 なし
入居定員	36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	
管理者	1	1	0	0.5
生活相談員	2	2	0	1
直接処遇職員	17	12	5	15.3
介護職員	11	9	2	10.5
看護職員	5	2	3	3.6
機能訓練指導員	1	0	1	0.1
計画作成担当者	1	1	0	0.5
栄養士				
調理員				
事務員	1	1	0	1.0
その他職員	2	0	2	0.7
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	0	0
介護福祉士	8	6	2
実務者研修の修了者	2	2	0
初任者研修の修了者	2	2	0
介護支援専門員	1	1	0

（資格を有している機能訓練指導員の人数）

	合計		
	常勤	非常勤	
看護師又は准看護師	0	0	0
理学療法士	0	0	0
作業療法士	0	0	0

言語聴覚士	0	0	0
柔道整復師	1	0	1
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0
はり師	0	0	0
きゅう師	0	0	0

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (17時15分 ~ 9時15分)		
	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 ④ 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)	2.4 : 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	社会福祉士							
		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	0	3	0	0	0	0	0	0	0	
前年度1年間の退職者数	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	
就業した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	0	2	0	0	0	0	0	0	
	1年以上3年未満	0	3	2	1	0	0	0	0	0	
	3年以上5年未満	0	0	2	0	0	0	0	0	0	
	5年以上10年未満	0	0	1	1	0	0	0	0	0	
	10年以上	0	0	2	0	2	0	0	1	1	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
費用の支払い方法	月額利用料は、毎月 20 日までに請求書をお送りし、同月 27 日にご指定の口座より引落を致します。金融機関が引落日に休日の場合は、翌営業日の引落となります。	
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 4 減額なし	
利用料金の改定	条件	地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案し、改定するものとします
	手続き	運営懇談会の意見を聴き、入居者および身元引受人の同意を得た上で改定するものとします

(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 1	
	年齢	91 歳	89 歳	
居室の状況	床面積	18.20 m ²	18.20 m ²	
	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	300,000 円	300,000 円	
月額費用の合計		173,600 円	194,430 円	
家賃		76,500 円	73,500 円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※ ¹ の費用	11,050 円	19,067 円	
	介護保険外※ ²	食費	33,990 円	33,990 円
		管理費	27,000 円	27,000 円
		介護費用	3,060 円	18,873 円
		光熱水費	管理費に含む	管理費に含む
その他（厨房管理費）		22,000 円	22,000 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	近隣賃借家賃参考
敷金	家賃の 4.6 ヶ月分
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	施設維持管理費、共用部の修繕費・共用部及び居室の水光熱費、環境衛生費、事務管理部門の人件費等
食費	厨房管理費：22,000円（うち消費税2,000円） 食材費：33,990円（うち消費税3,090円） ※3日前までにお申し出いただければ、欠食時には1食あたり次の通り返金致します。 ・朝食 157円（うち消費税14円） ・昼食 209円（うち消費税19円） ・夕食 157円（うち消費税14円） ※厨房管理費は、欠食があっても返金されません。
光熱水費	管理費に含む。ただし、居室に掛かる電気料金は実費（個別メーターの使用量に基づき請求）
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	自立の方は、自立支援費用として月額55,000円（うち消費税5,000円）をお支払いいただきます。

(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	規定回数以上の食事介助・排泄介助・おむつ交換・入浴介助・清掃・洗濯、通院介助、居室配膳下膳、買い物や役所手続代行、健康診断、外出付添、おやつ、おむつ代、新聞代、理美容代、日用消耗品、電気代、放送受信料、医療費、ドライクリーニング代、レクリエーション材料費・交通費、その他個人的な支出分、介護保険給付対象外費用等
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（上乘せサービス）	無し
※ 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	2人
	女性	28人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	0人
	75歳以上 85歳未満	5人
	85歳以上	25人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	3人
	要支援2	1人
	要介護1	1人
	要介護2	12人
	要介護3	6人
	要介護4	3人
	要介護5	4人
入居期間別	6ヶ月未満	2人
	6ヶ月以上 1年未満	3人
	1年以上 5年未満	14人
	5年以上 10年未満	3人
	10年以上 15年未満	8人
	15年以上	0人

（入居者の属性）

平均年齢	90.4 歳 （男性 83.5 歳 女性 90.5 歳）
入居者数の合計	30人
入居率※	83.3%
※ 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	3人
	社会福祉施設	0人
	医療機関	4人
	死亡者	2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) 無し
	入居者側の申し出	1人
	(解約事由の例) 癌末期のため、ホームに戻れるような状態ではなくなったため、病院にて最期を迎えることとした。	

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		ソーシャルワーカー
電話番号		023-674-9555
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		無し

窓口の名称		本社「苦情相談窓口」
電話番号		0120-913-880
対応している時間	平日	10:00～17:00
	土曜	10:00～17:00
	日曜・祝日	10:00～17:00
定休日		無し

窓口の名称		天童市保険給付課
電話番号		023-654-5454
対応している時間	平日	8:30～17:30
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土曜日・日曜日・祝日

窓口の名称		山形県国民健康保険団体連合会
電話番号		0237-87-8003
対応している時間	平日	8:30～17:30
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土曜日・日曜日・祝日

(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) ソニーグループ損害保険プログラム 賠償責任保険
	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) 不可抗力による場合を除き、事業者が故意又は過失が存在する場合には、速やかに入居者に対して損害の賠償を行います。ただし、入居者側に故意又は過失がある場合には賠償額を支払わない場合や減額する場合があります。
	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等を把握する取組の状況	① あり	実施日	2019年7月10日
		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	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

運営懇談会	① あり	(開催頻度) 年 1 回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
	2 代替措置なし	
提携ホームへの移行【表示事項】	1 あり (提携ホーム名:) 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	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	

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 適合していない
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	1 あり ② なし
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 西暦 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)	
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	(なし)	
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	(なし)	
看護小規模多機能型居宅介護	あり	(なし)	
居宅介護支援	あり	(なし)	
<居宅介護予防サービス>			
介護予防訪問入浴介護	あり	(なし)	
介護予防訪問看護	あり	(なし)	
介護予防訪問リハビリテーション	あり	(なし)	
介護予防居宅療養管理指導	あり	(なし)	
介護予防通所リハビリテーション	あり	(なし)	
介護予防短期入所生活介護	あり	(なし)	
介護予防短期入所療養介護	あり	(なし)	
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	(なし)	
介護予防福祉用具貸与	あり	(なし)	
特定介護予防福祉用具販売	あり	(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)	
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}	備考	
						料金 ^{*3}		
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり		○	550 円	*自立のみ
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり		○	550 円	*自立のみ
おむつ代			なし	あり		○		*別途料金設定
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり		○	550 円	*週2回まで無料。自立は1回目から
特浴介助	なし	あり	なし	あり		○	550 円	*週2回まで無料。自立は1回目から
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		○	2,200 円	*1時間・自立のみ
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	2,200 円	*1時間・自立以外は協力医療機関へ付添無料
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○	550 円	*週2回まで無料。自立は1回目から
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		○	550 円	*体調不良時無料。自立は常時徴収
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		○		*食事代に含む
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	実費	
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	2,200 円	*1時間・週1回まで無料
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	2,200 円	*1時間

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回要望を伺う
健康相談	なし	あり	なし	あり		○	実費	
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		○	2,200円	*5kmまで以降1km毎に440円。協力医療機関は無料
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○	2,200円	*1時間・自立以外は協力医療機関へ付添は無料
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。

有料老人ホーム情報開示等一覧表

(2023 年 7 月 1 日現在)

施設名		はなことば天童	
施設の類型		介護付(一般型)・介護付(外部サービス利用型) 住宅型・健康型	
施設の類型が 介護付・住宅型 の場合	居住の権利形態	利用権方式・建物賃貸借方式 終身建物賃貸借方式	
	利用料の支払い方式	一時金方式・月払い方式・選択方式	
	入居時の要件	入居時自立／入居時要介護 入居時要支援・要介護 入居時自立・要支援・要介護	
所在地(市町村名)		〒994-0081 天童市南小畑 3-3-20	
電話番号・FAX番号		TEL 023-674-9555 FAX 023-674-9550	
設置主体名		プラウドライフ株式会社	
運営主体名		プラウドライフ株式会社	
開設年月日		平成 28 年 2 月 1 日	
入所者数／入居定員		30／36	
一時金	入居一時金(円)	無し	
	介護費用の一時金(円)	無し	
	返還金の保全措置	無し	
敷金・権利金の有無及びその金額等		敷金(有・無) 300,000 円(4.6ヶ月分) 権利金(有・無) 円	
入居者基金への加入		無し	
月額利用料(円)		(内訳)家賃相当額 66,500円～76,500円 食費 55,990円(うち厨房管理費 22,000円) 管理費 27,000円(施設管理費)	
利用者の個別的な選択による生活支援サービスの内容とその料金		医療費、薬代、理美容費等は実費、送迎・付き添い	
要介護状態に なった場合	介護を行う場所	各居室	
	追加費用の有無※	有 ・ 無	
体験入居の有無・費用		有り・1泊 9,900円(うち消費税 900円)	
情報開示の状 況	重要事項説明書の公開	有	
	契約書の公開	有 ・ 無	
	管理規程の公開	有 ・ 無	
	財務諸表の閲覧	有 ・ 無	
(社)全国有料老人ホーム協会への加入		加入 非加入	
備考			