

重要事項説明書

記入年月日	令和 5 年 7 月 1 日
記入者	那須 知佐子
所属・職名	せせらぎ草 管理者

1. 設置者概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	有限会社
名称	あおぞらかいごさーびす 青空介護サービス	
主たる事務所の所在地	〒999-0505 山形県西村山郡河北町西里字白山堂737番地の1	
連絡先	電話番号	0237-72-6558
	FAX番号	0237-84-1217
	ホームページアドレス	https://aozora-kaigo.com
代表者	氏名	田宮 尚道
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 17年 7月 29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) じゅうきよがたゆうりょうろうじんほーむ せせらぎそう 住居型有料老人ホーム せせらぎ草	
所在地	〒990-0505 山形県寒河江市大字白岩8-1	
主な利用交通手段	最寄駅	羽前高松駅
	交通手段と所要時間	羽前高松駅から車で5分
連絡先	電話番号	0237-85-0364
	FAX番号	0237-87-1661
	ホームページアドレス	https://aozora-kaigo.com
管理者	氏名	那須 知佐子
	職名	管理者
建物の竣工日	昭和・平成 23年 12月 19日	
有料老人ホーム事業の開始日	昭和・平成 24年 1月 5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）		
<input checked="" type="checkbox"/> 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	
	指定した自治体名	県（市）
	事業所の指定日	平成 年 月 日
	指定の更新日（直近）	平成 年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	3553.62		m ²	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地			
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地			
		抵当権の有無	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
		契約期間	1 あり (年 月 日 ~ 年 月 日)		
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし				
	契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし		
建物	延床面積	全体		499.34	m ²
		うち、老人ホーム部分		254.76	m ²
	耐火構造	1 耐火建築物			
		2 準耐火建築物			
		<input checked="" type="checkbox"/> 3 その他 ()			
	構造	1 鉄筋コンクリート造			
		2 鉄骨造			
		<input checked="" type="checkbox"/> 3 木造			
		4 その他 ()			
	所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 2 なし		
契約期間		1 あり (年 月 日 ~ 年 月 日)			
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし			
	契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし		
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室			
		<input type="checkbox"/> 2 相部屋あり			
		最少	1 人部屋		
		最大	2 人部屋		

		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分*
	タイプ1	<input checked="" type="checkbox"/> 有/無	有/無	8.35 m ²	10	一般居室個室
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有/無	有/無	16.7 m ²	1	一般居室個室
	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	3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		2ヶ所	
	共用浴室	1ヶ所	個室		1ヶ所	
			大浴場		0ヶ所	
	共用浴室における介護浴槽	ヶ所	チェアー浴		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	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	入居者や家族が利用できる調理施設	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし	
	エレベーター	<input type="checkbox"/> 1	あり（車椅子対応）	<input type="checkbox"/> 2	あり（ストレッチャー対応）	
		<input type="checkbox"/> 3	あり（上記1・2に該当しない）	<input type="checkbox"/> 4	なし	
消防用設備等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 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	高齢者の尊厳を守り、心身の状況に考慮しながら快適な環境の中で安心して日常生活を営めるように努めます。		
サービスの提供内容に関する特色	家庭的な温もりを大切にしたい、ゆったりと過ごしていただけるよう、サービスを提供致します。		
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	個別機能訓練加算	1	あり	2	なし	
	夜間看護体制加算	1	あり	2	なし	
	医療機関連携加算	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	(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) イ	1	あり	2	なし
		(I) ロ	1	あり	2	なし
(II)		1	あり	2	なし	
(III)		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	寒河江市立病院	
		住所	山形県寒河江市大字寒河江字塩水 8 0	
		診療科目	総合診療	
		協力内容	健康管理・治療に関する協力・夜間救急時の搬送	
	2	名称		
		住所		
		診療科目		

		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	
		住所	
		協力内容	

(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	身体的な面を考慮し本人の心身に負担がかからないよう、トイレや食堂までの距離を配慮した場合。	
手続きの内容	家族様、入居者本人、施設側との話し合いの合意にて	
追加的費用の有無	1 あり 2 なし	
居室利用権の取扱い	特になし	
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	利用者様の家庭・生活状況をみて、要支援、自立の方を特例で入れる場合もあり。	
契約の解除の内容	1. 利用者の契約解除の申し出があった場合 2. 利用者及び家族の故意または重大な過失により、契約の継続が困難な場合 3. 家賃を2か月以上滞納した場合	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	他利用者様や施設運営に支障をきたす様な行動や言動があった場合
	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	1 あり (内容: 食事3回、入浴、送迎込み 6000円) 2 なし	

入居定員	10 人
その他	1室 短期宿泊者利用分

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}
	合計	常勤	非常勤	※2
				12.05
管理者	1	1(生活相談員兼務)	0	0.5
生活相談員	1	1(管理者兼務)	0	0.5
直接処遇職員	14			7.25
介護職員	10	5(内デイサービス兼務4名)	5(内デイサービス兼務1名)	6.45
看護職員	4	0	4(デイサービス兼務4名)	0.8
機能訓練指導員	4	0	4(看護職員兼務4名)	0.8
計画作成担当者	0	0	0	0
管理栄養士	1	1	0	1
調理員	4	1	3	1.6
事務員	0	0	0	0
その他職員	1	0	1	0.4
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 9名		
		常勤	非常勤
社会福祉士			
介護福祉士	6	4	2
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	4	1	3
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	4	0	4
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 (23 時～ 8 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	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	1	2	0	0	0	0	1	0	0

前年度1年間の退職者数	0	1	1	1	0	0	0	1	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	0	1	3	0	0	0	1	0	0
	1年以上	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	3年未満									
	3年以上	0	1	0	1	1	0	0	1	0
	5年未満									
	5年以上	0	2	1	3	0	0	0	2	0
	10年未満									
10年以上	0	0	1	0	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	
	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	要介護1	要介護2
	年齢	94 歳	84 歳
居室の状況	床面積	8.35 m ²	8.35 m ²

	便所	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 <input checked="" type="checkbox"/>	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 <input checked="" type="checkbox"/>	
	浴室	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 <input checked="" type="checkbox"/>	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 <input checked="" type="checkbox"/>	
	台所	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 <input checked="" type="checkbox"/>	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 <input checked="" type="checkbox"/>	
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		106,400 円	105,440 円	
家賃		60,000円	60,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の 費用	0 円	0 円	
	介護保険外 ^{※2}	食費	38,000円	38,000円
		管理費	0 円	0 円
		介護費用	0 円	0 円
		光熱水費	5,100円	5,100円
	その他	41,300円	40,340 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	近隣の賃貸物件などの平均的相場を算定
敷金	なし
介護費用	施設の介護用品などを使用した際のレンタル費用
管理費	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
食費	朝食300円 昼600円 夜400円と設定し、月額分を算定
光熱水費	一年間の予想使用量を月割したもの
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	洗濯代（2040円）行事費（300円）通院付添代（30分500円） *通院した際の薬代、受診代、買い物代等は、本人負担とする

（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	
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）	
※ 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	1人
	女性	9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	2人
	85歳以上	8人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	0人
	要支援2	0人
	要介護1	2人
	要介護2	1人
	要介護3	4人
	要介護4	2人
	要介護5	2人
入居期間別	6ヶ月未満	0人
	6ヶ月以上1年未満	2人
	1年以上5年未満	8人
	5年以上10年未満	1人
	10年以上15年未満	0人
	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	90 歳
入居者数の合計	11 人
入居率*	100%
※ 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	0 人
	医療機関	1 人
	死亡者	1 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) ※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	せせらぎ草 苦情相談窓口	
電話番号	0237-85-0364	
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	9:00~17:00
	日曜・祝日	9:00~17:00
定休日	なし	

(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) 施設損害賠償保険
	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) 生産物・受託者損害賠償責任保険
	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	令和4年4月30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 <input checked="" 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	青空訪問看護事業所	山形県西村山郡河北町西里字白山堂 737 番地の 1
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	笑和感 青空つどいの家	山形県寒河江市大字白岩 8-1 西村山郡河北町西里字白山堂 737 番地の 1
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>				
介護予防訪問介護	あり	なし		
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	青空訪問看護事業所	山形県西村山郡河北町西里字白山堂 737 番地の 1
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	青空訪問看護事業所	山形県西村山郡河北町西里字白山堂 737 番地の 1
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし		
介護予防通所介護	あり	なし	青空つどいの家 笑和感	西村山郡河北町西里字白山堂 737 番地の 1 山形県寒河江市大字白岩 8-1
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	青空つどいの家 笑和感	西村山郡河北町西里字白山堂 737 番地の 1 山形県寒河江市大字白岩 8-1
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	
介護サービス	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）		都度※2	備考
		包含※2	料金※3		
食事介助	なし	あり	なし		
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし		
おむつ代			あり	○	月払い
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし		
特浴介助	なし	あり	なし		
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし		
機能訓練	なし	あり	なし		
通院介助	なし	あり	なし	30分毎	山形県内
生活サービス					
居室清掃	なし	あり	なし		
リネン交換	なし	あり	なし		
日常の洗濯	なし	あり	あり		2040円
居室配膳・下膳	なし	あり	なし		
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし		
おやつ			なし		
理美容師による理美容サービス			なし	○	2000円 髪染等をした場合は別料金
買い物代行	なし	あり	あり		※利用できる範囲を明確化すること
役所手続き代行	なし	あり	なし		
金銭・貯金管理			なし		

健康管理サービス											
定期健康診断	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	※回数（年〇回など）を明記すること
健康相談	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
服薬支援	なし	あり	なし	あり	なし	あり	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	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
入院時・入院中のサービス											
移送サービス	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	30分毎	500円	
入院時の同行	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	30分毎	500円	山形県内
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり	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	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、月額のサービスの費用に含まれる場合と、サービス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。

