

重要事項説明書

記入年月日	令和 5 年 7 月 1 日
記入者	丹野 祐大
所属・職名	総務部・総務部長

※ 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)	かぶしきがいしゃとうほくふくし 株式会社東北福祉サービス
主たる事務所の所在地	〒990-0886 山形市嶋南一丁目 1 0 番 7 号	
連絡先	電話番号	023-673-0294
	F A X 番号	023-682-1038
	ホームページアドレス	http://www.t-fukushi-service.co.jp
代表者	氏名	松田 浩二
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 11 年 2 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) てんどうもみじかん 天童もみじ館	
所在地	〒994-0024 天童市鎌田一丁目 6 番 3 7 号	
主な利用交通手段	最寄駅	天童駅
	交通手段と 所要時間	①バス利用の場合 ・山形交通バスで天童駅から乗車 5 分、篠田病院前停留所 で下車、徒歩 3 分 ②自動車利用の場合 ・乗車 10 分
連絡先	電話番号	023-652-0223
	F A X 番号	023-652-0224
	ホームページアドレス	http://www.t-fukushi-service.co.jp

管理者	氏名	佐藤 美紀子		
	職名	管理者		
建物の竣工日		昭和・平成	24年	3月 22日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成	24年	4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 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	3928.23 m ²		
	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 (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	2386.18 m ²	
		うち、老人ホーム部分	2386.18 m ²	
	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	居室区分	① 全室個室		

状況	【表示事項】	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	10.80 m ² ~ 15.35 m ²	18 室	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	8.398 m ² ~ 9.625 m ²	40 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	12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		12ヶ所	
	共用浴室	1ヶ所	個室		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		1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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし			
	入居者や家族が利用できる調理施設	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし			
	エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし			
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし			
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし			
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし			
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし			
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 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	事業者は、利用者一人一人の個性を尊重した生活環境を提供することを目指す		
サービスの提供内容に関する特色	通院や外出の支援、昼夜間の安否確認、医療機関との連携により、本人、ご家族が安心できるサービス提供		
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	天童温泉篠田病院
		住所	天童市鎌田一丁目7番1号
		診療科目	内科、外科、精神科、整形外科、神経内科等
		協力内容	訪問診療、医療相談、救急搬送等の受入れ等
	2	名称	TFメディカル 嶋北内科・脳神経外科クリニック
		住所	山形市嶋北三丁目1-11
診療科目		消化器内科・内科・脳神経外科・神経内科	

		協力内容	訪問診療、緊急時の電話対応、生活上の助言等
協力歯科医療機関	名称	福田歯科クリニック	
	住所	天童市東久野本一丁目 6-33	
	協力内容	訪問診療、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 ()		
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
	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	<input type="checkbox"/> 2 なし
	要支援の者	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	要介護の者	<input type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
留意事項	要介護度 1～5 までが対象		
契約の解除の内容	自立、要支援になった場合、原則退居。		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	利用契約書第 22 条 1 項～3 項	
	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 :)		
	<input type="checkbox"/> 2 なし		
入居定員	58 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	
生活相談員	0	0	0	
直接処遇職員	22	18	4	
介護職員	18	16	2	
看護職員	4	2	2	
機能訓練指導員	0	0	0	
計画作成担当者	0	0	0	
栄養士	0	0	0	
調理員	0	0	0	
事務員	0	0	0	
その他職員	0	0	0	
1週間のうち、常勤の従業員が勤務すべき時間数 ^{※2}				40.0 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	7	1
実務者研修の修了者	0	0	0
初任者研修の修了者	7	6	1
介護支援専門員	0	0	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	3	1	2
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	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師	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 (20 時～ 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	3 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)	: 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、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	0	1	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
業務経験年数に従って応募した	1年未満	0	0	2	0	0	0	0	0	0
	1年以上	0	0	2	0	0	0	0	0	0
	3年未満									
	3年以上	0	0	3	3	0	0	0	0	0

	5年未満										
	5年以上 10年未満	0	1	10	1	0	0	0	0	0	0
	10年以上	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
従業者の健康診断の実施状況						<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	
	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <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	1 減額あり <input checked="" type="checkbox"/> 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	経済状況の著しい変化やその他やむを得ない事由がある場合
	手続き	事業者が利用者又は利用者代理人に対して事前に説明をした上、予告期間（30日）をもって当該サービス利用料金を変更する

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1 (一般個室)	プラン2 (一般個室)	
入居者の状況	要介護度	1~5	1~5	
	年齢	不問(要介護認定を受けた方に限る)	不問(要介護認定を受けた方に限る)	
居室の状況	床面積	10.80 m ² ~15.35 m ²	8.398 m ² ~9.625 m ²	
	便所	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	浴室	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	台所	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 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 (30日)		93,600円~109,600円	83,600円~96,600円	
家賃		40,000円	30,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	円	円	
	介護保険外 ^{※2}	食費	32,100円	32,100円
		管理費	18,500円~28,500円	18,500円~28,500円
		介護費用	0円	0円
		光熱水費(10月~3月)	6,000円	6,000円
		その他(おやつ代として)	3,000円	3,000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	居室の使用権、事務手続き等にかかる費用
介護費用	なし
管理費 生活サービス費	<ul style="list-style-type: none"> 施設共有部分の維持管理費用 5,000円 ※1年以上継続して入居した場合は割引あり。 洗濯・廃棄物処理に係る費用 3,500円 生活サービス費 <ul style="list-style-type: none"> 介護度1 20,000円 介護度2 17,500円 介護度3 15,000円 介護度4 12,500円 介護度5 10,000円 居室維持管理、安否確認等の健康管理、日常生活の身辺のお世話等 ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
食費	食材、調理、おやつに係る費用(一日あたり内訳:朝食250円、昼食500円、夕食320円、おやつ100円)
光熱水費	10月~3月の暖房等のため電気、燃料代としてかかる費用

利用者の個別的な選択によるサービス利用料	○通院介助費用	
	通院介助（薬のみの代行も含む）にかかる費用	
	所要時間	通院介助費用
	30分未満	1,500円
	30分以上1時間未満	2,000円
	1時間以上1時間30分未満	2,500円
	1時間30分以上2時間未満	3,000円
	2時間以上2時間30分未満	3,500円
	2時間30分以上3時間未満	4,000円
	3時間以上3時間30分未満	4,500円
3時間30分以上	5,000円	
その他のサービス利用料	○福祉用具貸与・クリーニング費用	
	福祉用具の貸与を受ける場合にかかる費用	
	福祉用具種別	利用料金（月額）
	電動ベッド（マットレス付）	1,000円
	車イス（介護型標準タイプ）	600円
	エアマット	600円
	歩行器	600円
	リクライニング車イス	800円
	福祉用具の貸与終了後にかかるクリーニング費用	
	福祉用具種別	クリーニング料金
電動ベッド（マットレス付）	3,500円	
車イス（介護型標準タイプ）	1,800円	
エアマット	3,500円	
歩行器	1,800円	
リクライニング車イス	3,500円	
その他のサービス利用料	○その他の費用	
	個別的に利用した場合、必要性が生じた場合の費用	
	種別	費用（1回あたり）
	季節行事費	300円～500円
	オムツ代・理美容サービス	実費

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	17人
	女性	26人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	5人

	75 歳以上 85 歳未満	16 人
	85 歳以上	22 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	6 人
	要介護 2	12 人
	要介護 3	15 人
	要介護 4	8 人
	要介護 5	2 人
入居期間別	6 ヶ月未満	3 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	17 人
	1 年以上 5 年未満	18 人
	5 年以上 10 年未満	5 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	86.8 歳
入居者数の合計	43 人
入居率*	74.1 %
※ 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	1 人
	医療機関	3 人
	死亡者	4 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		天童もみじ館
電話番号		023-652-0223
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		年中無休

窓口の名称		株式会社東北福祉サービス
電話番号		023-673-0294
対応している時間	平日	8:30~17:30
	土曜	休日
	日曜・祝日	休日
定休日		土、日

上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等

窓口の名称		天童市役所 保険給付課
電話番号		023-654-1111
対応している時間	平日	8:30~17:00
	土曜	休み
	日曜・祝日	休み
定休日		

(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) 富士火災海上保険株式会社の介護事業者賠償責任補償に加入しております。
	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) サービス提供上で、事故が発生し入居者の生命、身体、財産に損害が発生した場合は、不可抗力による場合を除き速やかに入居者に対して損害を賠償します。但し、入居者に故意又は重大な過失及び自己の責めに帰することが認められる場合には、その賠償額を減ずることが出来ず、また賠償責任を負わな

		いことがあります。
	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	平成 27 年 3 月
		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 回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容) 一カ月に一度、利用者様毎個別にお便りを作成し施設内での様子やサービスの実施状況等について把握できるよう実施している。
	2 代替措置なし	
提携ホームへの移行	1 あり (提携ホーム名 :)	

【表示事項】	<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 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
合致しない事項がある場合の内容	一部居室面積が基準の 13 m ² を満たしていない部屋がある。
「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（別々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	<input type="checkbox"/> なし		
訪問入浴介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
訪問看護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
訪問リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/> なし		
居宅療養管理指導	あり	<input type="checkbox"/> なし		
通所介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	天童もみじ館 宅老所嶋 宅老所飯田 宅老所じんまち 宅老所南さがえ 月あかり神町 宅老所いんやく ウエルハウス 嶋 ウエルハウス成沢 ウエルハウス桜田 ウエルハウス大野目	天童市鎌田一丁目 6 番 37 号 山形市嶋南一丁目 10 番 13 号 山形市飯田西四丁目 5 番 30 号 東根市神町西三丁目 4 番 62 号 寒河江市大字島字島東 30-1 東根市神町北四丁目 2 番 3 号 山形市印役町二丁目 5 番 5 号 山形市嶋南一丁目 2 番 14 号 山形市成沢西四丁目 3 番 30 号 山形市桜田西三丁目 6 番 12 号 山形市早乙女 46 番 1
通所リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/> なし		
短期入所生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
短期入所療養介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
特定施設入居者介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
福祉用具貸与	あり	<input type="checkbox"/> なし		
特定福祉用具販売	あり	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし		
夜間対応型訪問介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
認知症対応型通所介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
認知症対応型共同生活介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	ケアステーション 21 清池 ハートステーション西原 ライフステーション寺津 ライトステーション中山 グループホーム 嶋 リーフステーション谷地 グループホームとうごう グループホーム鎌田	天童市清池 38-3 天童市大字乱川 1579-53 天童市大字藤内新田字天神塚 206-4 東村山郡中山町大字土橋 22-17 山形市嶋南一丁目 9 番 7 号 西村山郡河北町谷地字砂田 115-1 東根市大字泉郷 386 番地 1 天童市鎌田一丁目 6-36
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
居宅介護支援	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	居宅介護支援事業所よつば	山形市嶋南一丁目 10 番 7 号
＜居宅介護予防サービス＞				
介護予防訪問介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防訪問入浴介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		

介護予防訪問看護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防居宅療養管理指導	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防通所介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防通所リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防短期入所生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防短期入所療養介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防福祉用具貸与	あり	<input type="checkbox"/> なし		
特定介護予防福祉用具販売	あり	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	ケアステーション21 清池 ハートステーション西原 ライフステーション寺津 ライトステーション中山 グループホーム 嶋 リーフステーション谷地 グループホームとうごう グループホーム鎌田	天童市清池 38-3 天童市大字乱川 1579-53 天童市大字藤内新田字天神塚 206-4 東村山郡中山町大字土橋 22-17 山形市嶋南一丁目 9 番 7 号 西村山郡河北町谷地字砂田 115-1 東根市大字泉郷 386 番地 1 天童市鎌田一丁目 6-36
介護予防支援	あり	<input type="checkbox"/> なし		
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護老人保健施設	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護療養型医療施設	あり	<input type="checkbox"/> 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）			都度※ ²	料金※ ³	備考
			包含※ ²					
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		○	1,500円～5,000円	30分以上1,500円～30分毎に500円の加算。最大5,000円まで
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○			生活サービス費に含まれる。
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				
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	
買い物代行	なし	あり	なし	あり				
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				
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	○			生活サービス費に含まれる。
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				生活サービス費に含まれる。
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		○	1,500～ 5000円	通院介助と同様の金額設定。
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。