

重要事項説明書

記入年月日	2024年7月1日
記入者	佐藤 ちえ
所属・職名	施設長兼生活相談員

1. 設置者概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	土木工事業
名称	(ふりがな) か) すてい 株式会社 STAY	
主たる事務所の所在地	〒999-1356 山形県西置賜郡小国町大字あけぼの3丁目5番4号	
連絡先	電話番号	0238-62-2355
	FAX番号	0238-87-1662
	ホームページアドレス	http://
代表者	氏名	舟山 泰則
	職名	代表取締役
設立年月日	平成23年 2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) かいごつきゆうりょうろうじんほーむ こもれびのさと 介護付き有料老人ホーム こもれびの里	
所在地	〒999-1356 山形県西置賜郡小国町あけぼの三丁目5番4号	
主な利用交通手段	最寄駅	駅：JR 東日本小国駅
	交通手段と所要時間	バス利用の場合 ・小国町営バスで乗車10分、病院前停留所で下車、徒歩 3分
連絡先	電話番号	0238-62-2355
	FAX番号	0238-87-1662

	ホームページアドレス	http://
管理者	氏名	佐藤 ちえ
	職名	施設長
建物の竣工日		昭和・平成・令和2年10月1日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成・令和2年11月1日

(類型)【表示事項】

1 <input checked="" type="checkbox"/> 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	山形県0672700457号
	指定した自治体名	山形県（市）
	事業所の指定日	令和3年1月1日
	指定の更新日（直近）	令和 年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	2672.30 m ²	
	所有関係	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	934.80 m ²
		うち、老人ホーム部分	934.80 m ²
	耐火構造	1 耐火建築物	
		2 <input checked="" type="checkbox"/> 準耐火建築物	
		3 その他 ()	
構造	1 鉄筋コンクリート造		
	2 <input checked="" type="checkbox"/> 鉄骨造		
	3 木造		
	4 その他 ()		
所有関係	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	13.75 m ²	24室	一般居室個室
	タイプ2	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	13.25 m ²	2室	一般居室個室
	タイプ3	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	13.10 m ²	1室	一般居室個室
	タイプ4	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	13.00 m ²	1室	一般居室個室
	タイプ5	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	12.67 m ²	2室	一般居室個室
	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	9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		9ヶ所	
	共用浴室	2ヶ所	個室		2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		ヶ所	
			ストレッチャー浴		1ヶ所	
			その他 ()		ヶ所	
	食堂	1 <input type="checkbox"/> あり	2 なし			
	入居者や家族が利用できる調理施設	1 <input type="checkbox"/> あり	2 なし			
	エレベーター	1 あり (車椅子対応) 2 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> あり	2 なし			
	自動火災報知設備	1 <input type="checkbox"/> あり	2 なし			
	火災通報設備	1 <input type="checkbox"/> あり	2 なし			
	スプリンクラー	1 <input type="checkbox"/> あり	2 なし			
	防火管理者	1 <input type="checkbox"/> あり	2 なし			

	防災計画	1 <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	<ul style="list-style-type: none"> ・ホームの良好な生活環境を確保して入居者様が心身ともに充実、安心した生活出来るよう努めます。 ・小国町の高齢者福祉の向上に寄与し各事業者と連携し地域住民の介護ニーズに資するサービスを提供できるように努めます。 		
サービスの提供内容に関する特色	月曜日から土曜日は朝 10 時より各階毎に水分補給のお茶を提供し、また、入居者全員を対象に体操やレクリエーションの実施を図っております。		
入浴、排せつ又は食事の介護	1 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施	2 委託	3 なし
食事の提供	1 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施	2 委託	3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施	2 委託	3 なし
健康管理の供与	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施	2 委託	3 なし
生活相談サービス	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	生活機能向上連携加算		1 あり	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	個別機能訓練加算		1 あり	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	夜間看護体制加算Ⅱ		1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし
	若年性認知症入居者受入加算		1 あり	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	協力医療機関連携加算		1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし
	口腔衛生管理体制加算		1 あり	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	栄養スクリーニング加算		1 あり	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	退院・退所時連携加算		1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし
	看取り介護加算		1 あり	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	認知症専門ケア加算	(Ⅰ)	1 あり	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
		(Ⅱ)	1 あり	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	サービス提供体制強化加算	(Ⅰ) イ	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし
		(Ⅰ) ロ	1 あり	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
		(Ⅱ)	1 あり	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
		(Ⅲ)	1 あり	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
介護職員等処遇改善加算令和6年6月より	(Ⅰ) 12.8%	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> あり	(介護・看護職員の配置率) 3 : 1
	2 <input type="checkbox"/> なし	

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可	1 <input type="checkbox"/> 救急車の手配		
	2 <input type="checkbox"/> 入退院の付き添い		
	3 <input type="checkbox"/> 通院介助		
	4 その他 ()		
入居者が医療を要する場合の対応	<p>1 当施設には医師がおりません。日々の健康観察などは看護師い、介護員がいたしますが定期受診、体調を崩された場合はかかりつけ医を受診いたします。</p> <p>2 かかりつけ医への定期的な受診は施設側で対応いたしますが、その場限りではありません。町外の病院の場合は原則ご家族様の対応をお願いいたしますが、どうしてもできない場合は施設側で対応いたします。但し、通院費を請求させていただきます。</p> <p>3 緊急受診(救急搬送)が必要と判断した場合はご家族様に連絡いたしますので、付添等をお願いいたします。</p> <p>4 1から3までに要する費用については入居者の負担となります。</p>		
協力医療機関	1	名称	小国町立病院
		住所	山形県西置賜郡小国町大字あけぼの1-1
		診療科目	内科、整形外科、眼科、耳鼻科、歯科
		協力内容	入居者の健康相談・健康診断・受診・治療その他医療全般
	2	名称	田中クリニック
		住所	小国町大字小国町170-2
		診療科目	内科、外科、整形外科
		協力内容	入居者の健康相談・健康診断・受診・治療その他医療全般
協力歯科医療機関	名称		
	住所		
	協力内容		
医療機関入院時の居室の取り扱い	<p>1 入院が短期間の場合、居室はそのままに維持し家賃と管理費を請求いたします。</p> <p>2 入院が長期に及ぶ時は身元引受人等と協議の上、退居手続きができますが、私物についてはお引き取り願います。</p> <p>3 退院ご再入居を希望される場合は、医療機関と連携を図り、健康状態(体調)や居室の状況を考慮して相談させていただきます。</p>		

医療機関入院時の管理費及び食事代の取り扱い	管理費は入された場合でも居室料と同じく請求いたします。食事を欠食した分は請求いたしません。
-----------------------	---

(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 <input type="checkbox"/> なし
	要支援の者	1 <input type="checkbox"/> あり 2 なし
	要介護の者	1 <input type="checkbox"/> あり 2 なし
留意事項	1 65歳以上の方 2 原則として身元引受人のいる方 (身元引受人の要件及び義務) ○入居者の家族、又は親族、あるいは施設で認めた方 ○入居者の施設に対する債務について、連帯して履行の責任を負います。 ○必要な場合は入居者を引き取るものといたします。 ○必要な場合は連絡、協議に加わっていただきます。 ○入居者死亡の場合、遺体、遺留品等を引き取っていただきます。 3 病状が安定し、継続的な医療行為が必要でない方。 4 契約書の内容を厳守していただける方。 5 医療機関へのお受診等、御協力いただける方。	
契約の解除の内容	(契約の終了)	

	1. 入居者が死亡したとき 2. 設置者が第25条により本契約を解除したとき 3. 入居者が第26条により本契約を解約又は解除したとき (設置者からの契約解除) 1. 入居に際し虚偽の説明を行う等の不正手段により入居したとき 2. 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、3か月以上遅滞したとき 3. 第3条第4項の規定に違反したとき 4. 第19条第1項又は同第2項の規定に違反したとき 5. 入居者の行動が、他の入居者又は設置者の役職員の生命・体・健康・財産(設置者の財産を含む)に危害を及ぼし、ないしは、その危害の切迫したおそれがあり、かつ有料老人ホームにおける通常の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	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第25条
	解約予告期間	3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 <input type="checkbox"/> あり (内容: 2000円/1泊) 2 <input type="checkbox"/> なし	
入居定員	30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) 20			常勤換算人数 ^{※1} ※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1		1
生活相談員	2	2		1.2
直接処遇職員	14	11	3	
介護職員	11	11	0	10.8
看護職員	3	1	2	2
機能訓練指導員	1	1		1
計画作成担当者	1	1		1
栄養士	1	1		1
調理員	4	1	3	

事務員	1	1		1
その他職員	2		2	
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 12		
		常勤	非常勤
社会福祉士			
介護福祉士	10	10	0
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	1	1	
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	1	1	
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 (21時45分～6時45分)		
	平均人数 1人	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	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
----------------------	-----------------------	----------------------------

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）		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)	
※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			1							
前年度1年間の退職者数			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				1					
	3年以上 5年未満									
	5年以上 10年未満									
	10年以上	1	2	11				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】	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	1 全額前払い方式

【表示事項】	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 30 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	物価の変動および人件費などの増減があった場合改定する。
	手続き	改定する利用料の収支状況等や目的施設が所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数、人件費等を勘案した改定理由について、運営懇談会の意見を聴く。改定に当たっては、入居者・連帯保証人・身元引受人へ事前に通知する。

（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	81 歳	81 歳	
居室の状況	床面積	13.75 m ²	13.00 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	円	円	
	敷金	円	円	
月額費用の合計		147,390 円	156,270 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	9,390 円	18,270 円	
	介護保険外※2	食費	42,000 円	42,000 円
		管理費	33,000 円	33,000 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	近傍同種の家賃相当額と比較して妥当な額として 63,000 円と設定
敷金	家賃の 月分
介護費用	介護保険サービスの自己負担額
管理費	目的施設の維持管理費、事務管理部門の人件費・事務費、入居者に対する日常生活支援サービス提供のための人件費・事務費等。
食費	1 人 1 日 3 食×30 日喫食した場合の概算額です(朝 400 円、昼 400 円、夜 600 円)。(特別な場合は 50 円増し)
光熱水費	居室内の光熱水費は管理費に含まれておりご負担はありません。 但し、施設備え付け以外の電化製品(暖房器具・冷蔵庫)を持ち込み使用の場合は別途料金のご負担となります。(1 台につき 1 ヶ月 550 円)
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	

(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	介護保険法による
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)	
※ 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	5人
	女性	22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	25人
要介護	自立	人
	要支援1	2人
	要支援2	1人
	要介護1	10人
	要介護2	6人
	要介護3	1人
	要介護4	4人
	要介護5	3人
入居期間別	6ヶ月未満	2人
	6ヶ月以上 1年未満	1人
	1年以上 5年未満	24人
	5年以上 10年未満	人
	10年以上 15年未満	人
	15年以上	人

（入居者の属性）

平均年齢	92歳
入居者数の合計	30人
入居率※	83.7%
※ 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	7人
	医療機関	10人
	死亡者	0人
	その他	人

生前解約の状況	施設側の申し出	人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	5人
		(解約事由の例) 体調不良による入院で退院の見込みがないため

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		介護付き有料老人ホーム こもればの里
電話番号		0238-62-2355
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土曜・日曜・祝日・年末年始除く
窓口の名称		高齢者支援課 事業指導担当
電話番号		023-630-2273
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土曜・日曜・祝日
窓口の名称		山形県国民健康保険団体連合会 介護保険課
電話番号		0237-87-8003
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土曜・日曜・祝日・年末年始除く

(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 <input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容)
	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 <input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容)
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 公開していない

10. その他

運営懇談会	1 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし 13 平方メートル未満の居室がある。
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	
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	山形県西置賜郡小国町あけぼの三丁目 5 番 4 号
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	山形県西置賜郡小国町あけぼの三丁目 5 番 4 号
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	<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		
介護医療院	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）		包含 ^{*2}	都度 ^{*2}	料金 ^{*3}	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				週2回実施、3回目以降は実費
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		○	協力医療機関以外 ①時間に応じて有料サービス費が発生します。 ②それぞれ交通費実費とします。	実費発生は協力医療機関以外の場合
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		○	4,500円/月（税別）	
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		○	実費	

おやつ			なし	あり		○	実費	
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	理容、毛染め、美容料金については、希望の理美容室料金による。	
買い物代行	なし	あり	なし	あり			実費	原則、所在地の小国町内
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		○	実費	年2回（希望者）
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				※付添いができる範囲を明確化すること
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。