

重要事項説明書

記入年月日	令和 6 年 7 月 2 2 日
記入者	二野瓶 紀子
所属・職名	サンメイトきらら 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	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきかいしゃ さんゆういりょう 株式会社 三友医療	
主たる事務所の所在地	〒992-0047 山形県米沢市徳町 4 番 26 号	
連絡先	電話番号	0238-37-1222
	F A X 番号	0238-24-7611
	ホームページ アドレス	http://www.santhy-sanyu.com/
代表者	氏名	稲毛 葉子
	職名	代表取締役
設立年月日	平成 14 年 11 月 1 日	
主な実施事業	※別添 1 (別を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	かいごつきゆうりょうろうじんほーむ さんめいときらら 介護付き有料老人ホーム サンメイトきらら
----	--

所在地	〒992-0047 山形県米沢市徳町4番26号	
主な利用交通手段	最寄駅	JR 米沢駅
	交通手段と所要時間	① タクシー利用の場合 ・JR米沢駅からタクシーで10分程度 ② 自動車利用の場合 ・米沢市役所より西方面へ5分程度
連絡先	電話番号	0238-37-1222
	FAX番号	0238-24-7611
	ホームページアドレス	http://www.santhy-sanyu.com/
管理者	氏名	二野瓶 紀子
	職名	施設長
建物の竣工日	年 月 日	
有料老人ホーム事業の開始日	平成16年7月24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	0670401710
	指定した自治体名	山形県
	事業所の指定日	平成26年7月1日
	指定の更新日（直近）	令和2年6月30日

3. 建物概要

土地	敷地面積	279009 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 (2004年8月1日～2034年8月1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	m ²
		うち、老人ホーム部分	1999.8 m ²

	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他 ()				
	構造	<input checked="" type="checkbox"/> 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				
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物				
抵当権の設定		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし			
契約期間		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(2004年 8月1日～2034年 8月 1日)			
	契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	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				
		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	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	15.6 m ²	48室	介護居室個室
	タイプ2	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ3	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ4	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ5	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ6	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
タイプ7	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ8	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ9	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ10	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 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	7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		1ヶ所	
	共用浴室	6ヶ所	個室		6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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	入居者様の生活の場で心身ともに安定し快適で充実し穏やかで健康にお過ごし頂くこととともにホームの健全な運営及び良好な生活環境を整え指定特定施設(介護予防)入居者生活介護・指定特定施設入居者生活介護事業のサービスを提供するものといたします。
サービスの提供内容に関する特色	介護スタッフが24時間のシフト体制で支援いたします。お部屋は全室個室にトイレ付きで、ご本人のプライバシーを保ちながら、入浴・排泄・食事等の支援及び日々の健康管理・生活相談全般を多職種と連携して必要なサービスを切れ目なく一体的に提供いたします。
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	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	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		<input type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	米沢市立病院・三友堂病院
		住所	山形県米沢市福田町2丁目1-55
		診療科目	救急外来・一般内科・外科・緩和ケア外来 等
		協力内容	定期受診 緊急時受け入れ
	2	名称	中山胃腸科内科医院
		住所	山形県米沢市丸の内2-2-53
		診療科目	内科・胃腸科
		協力内容	定期受診・訪問診療 ◆他の協力医療機関連携先 3件
協力歯科医療機関		名称	三條歯科医院
		住所	山形県米沢市城南1-5-14
		協力内容	訪問診療及び口腔ケア指導

(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	2
居室利用権の取扱い			
前払金償却の調整の有無		1	2
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	1	2
	便所の変更	1	2
	浴室の変更	1	2
	洗面所の変更	1	2
	台所の変更	1	2
	その他の変更	1	(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	<input type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	要支援の者	<input type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	要介護の者	<input type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
留意事項			
契約の解除の内容		契約書の条項及び管理運営規定に違反したとき	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書 第5章29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		<input type="checkbox"/> 1 あり (内容：長期入居をご検討のお客様に個室を提供し介護・看護のサービス全般を支援し施設入居の体験をしていただきます。) 2 なし	
入居定員		48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}
	合計		※2
		常勤	非常勤
管理者	1	1	1

生活相談員	1	1		1
直接処遇職員	19	17	2	17.96
介護職員	17	15	2	15.96
看護職員	2	2		2
機能訓練指導員	1	1		1 看護師兼務
計画作成担当者	1	1		1
栄養士	0			委託
調理員	0			委託
事務員	1	1		1
その他職員	1		1	
1週間のうち、常勤の従業員が勤務すべき時間数 ^{※2}				40H
<p>※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。</p> <p>※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。</p>				

(資格を有している介護職員の人数)

	合計	勤務状況	
		常勤	非常勤
社会福祉士	0	0	0
介護福祉士	7	6	1
実務者研修の修了者	0	0	0
初任者研修の修了者	10	9	1
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	勤務状況	
		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 (17時～10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	3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)	1.94 : 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		0		0		0		
前年度1年間の退職者数	0		3		0		0		0		
業務に従事した経験年数に応じた業務に従事した経年数に た業務に従事した経験年数に た業務に従事した経年数に た業務に従事した経年数に た業務に従事した経年数に た業務に従事した経年数に た業務に従事した経年数に	1年未満		1								
	1年以上 3年未満		2	1							
	3年以上 5年未満		3								
	5年以上 10年未満										
	10年以上	2		9	1	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】	<input checked="" type="checkbox"/> 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	
	<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 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 減額あり 食事代のみ返金 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	社会情勢による物価の上昇等があった場合
	手続き	変更を行う月の2か月前に本人及び家族へ文書等で説明し同意を得る。◆費用の改定については運営懇談会で承認の上実施とする。

(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1	要介護5	
	年齢	90歳	90歳	
居室の状況	床面積	15.6㎡	15.6㎡	
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 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	0円	0円	
	敷金	0円	0円	
月額費用の合計		176,062円	189,570円	
家賃		58,000円	50,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	6,372円	27,870円	
	介護保険 ^{※2} 外	食費	56,700円	56,700円
		管理費	55,000円	55,000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	50,000円～
敷金	なし
介護費用	実費負担あり
管理費	共有部分の経費など
食費	おやつ（毎日提供）代含む
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
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	要支援1 1日 212円 1ヶ月 6,362円 要支援2 1日 358円 1ヶ月 10,738円 要介護1 1日 625円 1ヶ月 18,749円 要介護2 1日 700円 1ヶ月 21,004円 要介護3 1日 779円 1ヶ月 23,360円 要介護4 1日 852円 1ヶ月 25,548円 要介護5 1日 929円 1ヶ月 27,870円 ・介護認定なしの自立の方は非該当 ・介護負担割合は要介護度に応じて1.2.3割負担となります。 ・加算の項目 介護職員処遇改善加算 12.2% 夜間看護体制加算（要介護1以上）1日10円 看取り介護加算 サービス提供体制強化加算 1日6円

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	8人
	女性	27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	4人
	85歳以上	30人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	6人
	要支援2	3人
	要介護1	10人
	要介護2	7人
	要介護3	6人
	要介護4	3人
	要介護5	0人
入居期間別	6ヶ月未満	0人

	6ヶ月以上1年未満	9人
	1年以上5年未満	17人
	5年以上10年未満	6人
	10年以上15年未満	2人
	15年以上	1人

(入居者の属性)

平均年齢	91.7歳
入居者数の合計	35人
入居率*	72.9%

※ 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	1人
	社会福祉施設	9人
	医療機関	8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	19人 (解約事由の例) ・家族が在宅介護を希望したため ・特養の受け入れが決まったため ・費用が高いため ・入院中の状態が重篤化となったため

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		苦情相談窓口
電話番号		0238-37-1222
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		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 <input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 施設賠償責任、生産物賠償責任 共に1事故につき1億まで補償
	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) 事故受け付け、発生原因の分析 行政・家族・主治医への報告と 事故報告書の提出。 緊急時体制を確保し救急車要 請及び同乗、病院付き添いを行 う。
	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 <input checked="" type="checkbox"/> あり	実施日	各フロアに意見箱を設置し、毎月の施設会議で報告し改善・提案を検討し実施する。入居者等が回答を求める案件は各フロアに掲示する。
		結果の開示	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
2 なし			
第三者による評価の実施状況	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 2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 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	訪問看護ステーション シャンティさんゆう	米沢市西大通 2 丁目 2 番 30 号
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	サンメイトきらら	米沢市徳町 4 番 2 6 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	定期巡回ステーション さんゆう	米沢市西大通 2 丁目 2 番 30 号
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	グループホームふいりあ グループホーム三友高島	米沢市万世町 4660 番地 高島町大字高島 1181-3
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	サンメイトきらら	米沢市徳町 4 番 26 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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	グループホームふいりあ	米沢市万世町 4660
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	<input type="checkbox"/> 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
		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし				
介護サービス								
食事介助	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり					
排泄介助・おむつ交換	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり					
おむつ代	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		○		実費負担	
入浴（一般浴）介助・清拭	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		○	500円	3回目からの入浴より適用	
特浴介助	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		○	500円	3回目からの入浴より適用	
身辺介助（移動・着替え等）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり					
機能訓練	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり					
通院介助	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		○	2200円	1時間当たり 範囲：東南置賜	
生活サービス								
居室清掃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				週2回	
リネン交換	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		○	7150円		
日常の洗濯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		○	900円		
居室配膳・下膳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり					
入居者の嗜好に応じた特別な食事	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり					
おやつ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	○				
理美容師による理美容サービス	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		○			
買い物代行	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		○	2200円	1時間 米沢市内	
役所手続き代行	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		○	2200円	1時間 介護保険関係以外	
金銭・貯金管理	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり					

健康管理サービス							
定期健康診断			<input type="checkbox"/> なし	あり			※回数（年○回など）を明記すること
健康相談	なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	あり			
生活指導・栄養指導	なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	あり			
服薬支援	なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	あり			
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	あり			
入退院時・入院中のサービス							
移送サービス	<input type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input type="checkbox"/> あり		○	実費負担
入退院時の同行	<input type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input type="checkbox"/> あり		○	2200円 1時間
入院中の洗濯物交換・買い物	<input type="checkbox"/> なし	あり	<input type="checkbox"/> なし	あり			
入院中の見舞い訪問	<input type="checkbox"/> なし	あり	<input type="checkbox"/> 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。