

重要事項説明書

記入年月日	令和 5 年 7 月 1 日
記入者	須田弘美
所属・職名	管理者

※ 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) ゆうげんがいしゃ すだ 有限会社 スダ	
主たる事務所の所在地	〒999-3134 山形県上山市矢来四丁目 16 番 34 号	
連絡先	電話番号	023-673-5152
	F A X 番号	023-673-5152
	ホームページアドレス	なし
代表者	氏名	原田史子
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 17 年 9 月 13 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) ゆうりょうろうじんほーむ りらいふみさき 有料老人ホーム リライフ美咲	
所在地	〒999-3134 山形県上山市美咲町一丁目3番25号	
主な利用交通手段	最寄駅	JR 奥羽本線「かみのやま温泉」駅
	交通手段と 所要時間	①電車利用の場合 ・JR 奥羽本線「かみのやま温泉」駅で下車 徒歩3分 ②自動車利用の場合 ・東北中央自動車道路「かみのやま温泉」インターチェンジより8分
連絡先	電話番号	023-677-0030
	FAX番号	023-673-1711
	ホームページアドレス	なし
管理者	氏名	須田弘美
	職名	管理者
建物の竣工日	昭和・平成 18年 3月 20日	
有料老人ホーム事業の開始日	昭和・平成 18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	0671300341
	指定した自治体名	山形県(市)
	事業所の指定日	平成 18年 4月 1日
	指定の更新日(直近)	平成 30年 4月 1日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1,165.80㎡ (うち老人ホーム分914.41㎡) 地上3階建のうち3階 1,165.80㎡ (うち老人ホーム分479.68㎡) 地上3階建のうち2階	
	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	

			(平成17年11月1日～令和17年10月31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	1,165.80 m ²			
		うち、老人ホーム部分	1,394.09 m ² (914.41 m ² +479.68 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			
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室				
		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	有/無	有/無	20.575 m ²	11室	介護居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	23.726 m ²	1室	介護居室個室
	タイプ3	有/無	有/無	22.465 m ²	1室	介護居室個室
	タイプ4	有/無	有/無	28.830 m ²	2室	介護居室相部屋
	タイプ5	有/無	有/無	26.083 m ²	2室	介護居室相部屋
	タイプ6	有/無	有/無	13.062 m ²	2室	介護居室個室
タイプ7	有/無	有/無	13.081 m ²	2室	介護居室個室	
タイプ8	有/無	有/無	13.110 m ²	2室	介護居室個室	
タイプ9	有/無	有/無	13.085 m ²	2室	介護居室個室	
タイプ10	有/無	有/無	13.492 m ²	2室	介護居室個室	
※「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	各2ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		各2ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房		各2ヶ所	
	共用浴室	3ヶ所	個室(三階二階共)		各1ヶ所	

			大浴場（一階）	0ヶ所
	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴（機械浴）	1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	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	入居者に対して、食事・排泄・入浴等の介護その他日常生活上の世話、機能訓練、通院・退院後の療養上の世話を行うことにより、入居者がその有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう支援いたします。
サービスの提供内容に関する特色	自立者から要介護5までの入居者に対し、食事・排泄・入浴等の介護その他日常生活上の世話、機能訓練、通院・退院後の療養上の世話を行うことにより、入居者の有する能力に応じた日常生活の支援を行っています。また、誕生会その他のレクリエーション等も行い、快適な生活を送られるよう十分配慮しています。
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) 3 : 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	訪問診療クリニックやまがた	
		住所	山形市銅町2丁目13番11号	
		診療科目	内科・緩和ケア科・精神科	
		協力内容	・入居者に対して、適切な保険・診療・福祉サービスが受けられるよう定期的に情報交換を実施する。月2回訪問診療。	
	2	名称		
		住所		
		診療科目		
		協力内容		

協力歯科医療機関	名称	石崎歯科クリニック
	住所	上山市石崎一丁目7番64号
	協力内容	<ul style="list-style-type: none"> ・入居者に対して、適切な保険・医療・福祉サービスが受けられるよう定期的な情報交換を実施する。 ・ホームの要請により、随時往診する。 ・随時健康相談を実施する。

(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	入居者の生活の維持、及びホーム運営上支障があり、特別な配慮が必要と認められた場合、居室の変更を行う場合があります。	
手続きの内容	1. 緊急やむを得ない場合を除いて、変更前に一定期間の観察期間を設ける。 2. 主治医の意見を聞く。 3. 状況を本人、又はご家族様(身元引受人様)に説明し、同意を得た上で変更を行う。 4. 本人及びご家族様(身元引受人様)からの要望により住み替える場合は、その作業及び費用の全てをご負担頂きます。	
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
	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	特になし		
契約の解除の内容	入居者・家族が退去（契約解除）の事由・日時を記入・押印したものをいただく。		
事業主体から解約を求める 場合	解約条項	虚偽記載	
	解約予告期間	3ヶ月	
入居者からの解約予告期間	7日前		
体験入居の内容	① あり（内容：1泊3食付 7,000円） 2 なし		
入居定員	29人		
その他	退所時に居室内修繕費用の請求あり。		

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		1
生活相談員	1	1		1
直接処遇職員				
介護職員	14	11	3	12.9
看護職員	2	2		2
機能訓練指導員	3	1	2	1.6
計画作成担当者	1	1		0.1
栄養士	1	1		1
調理員				0
事務員				0
その他職員				0
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		
		常勤	非常勤
社会福祉士			
介護福祉士	3	3	0
実務者研修の修了者	1	1	
初任者研修の修了者	4	4	
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	3	3	
理学療法士	2		2
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 (時～ 時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員		
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)	0.8 : 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	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	

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）	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								
		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	2					2	
前年度1年間の退職者数				2	2	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			2							
	1年以上			3	1	0					
	3年未満										
	3年以上			1	1						
	5年未満										
	5年以上			2	1					1	
	10年未満										
10年以上	3		3								
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（但し、協力医療機関以外に入院した場合のみ） 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	社会情勢の変動と物価高騰時に実施いたします。
	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4	
	年齢	75歳	70歳	
居室の状況	床面積	13.062 m ²	13.081 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	なし	なし	
	敷金	なし	なし	
月額費用の合計		163,184円～	169,748円～	
家賃		50,000円	50,000円	
サービス費用	介護保険外※ ²	特定施設入居者生活介護※ ¹ の費用(30日の場合)	16,140円	22,140円
		食費	55,000円	55,000円
	管理費	40,000円	40,000円	
	介護費用	0円	0円	
	光熱水費	実費	実費	
	その他	実費	実費	
※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	インターネット・他施設を参考にし会議で決定した。
敷金	なし
介護費用	なし ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	※老人福祉法第29条第6号において受領が禁止されている権利金又は対価性のない金品に該当しない旨を明記すること。 他施設を参考に会議で決定した。
食費	月額55,000円（但し、治療等の特別な食事の提供は実費）

光熱水費	均等割
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	退所時は居室内のクロス及び床面のワックス掛けを行いかかる費用を別途いただきます。

(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						
	介護度	利用者1割負担		利用者2割負担		利用者3割負担	
		日額	月額 (30日の場合)	日額	月額 (30日の場合)	日額	月額 (30日の場合)
特定施設入居者生活介護(介護予防)に対する自己負担	要支援1	182円	5,460円	364円	10,920円	546円	16,380円
	要支援2	311円	9,330円	622円	18,660円	933円	27,990円
	要介護1	538円	16,140円	1,076円	32,280円	1,614円	48,420円
	要介護2	604円	18,120円	1,208円	36,240円	1,812円	54,360円
	要介護3	674円	20,220円	1,348円	40,440円	2,022円	60,660円
	要介護4	738円	22,140円	1,476円	44,280円	2,214円	66,420円
	要介護5	807円	24,210円	1,614円	48,420円	2,421円	72,630円
	※口腔衛生管理体制加算 30円/月 ※看取り介護加算 17ページ参照 ※機能訓練加算 360円/月 ※医療機関連携加算 80円/月 ※サービス提供体制加算(Ⅲ) 御利用日数×6円(2割負担:12円、3割負担:18円) ※処遇改善加算 上記負担額×御利用日数×8.2% ※特定処遇改善加算 上記負担額×御利用日数×1.2% ※退院・退所時連携体制加算(医療提供施設を退院・退所して入居する場合のみ) 入居日より30日のみ×30円(2割負担:60円、3割負担:90円) ※夜間看護体制加算(要介護1~5の方のみ) 300円/月						

(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	20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	3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	2人
	要介護 1	5人
	要介護 2	5人
	要介護 3	7人
	要介護 4	2人
	要介護 5	4人
入居期間別	6ヶ月未満	7人
	6ヶ月以上 1年未満	5人
	1年以上 5年未満	6人
	5年以上 10年未満	4人
	10年以上 15年未満	3人
	15年以上	0人

（入居者の属性）

平均年齢	89.8歳
入居者数の合計	25人
入居率※	98%
※ 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	5人
	医療機関	3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	人

		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	0人
		(解約事由の例) 社会福祉施設に入所の為

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		有料老人ホームスダ リライフ美咲 苦情相談窓口
電話番号		023-677-0030
対応している時間	平日	9時00分～17時00分
	土曜	9時00分～17時00分
	日曜・祝日	9時00分～17時00分
定休日		無

窓口の名称		山形県国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口
電話番号		0237-87-8000 (代)
対応している時間	平日	8時30分～17時00分
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土・日・祝

窓口の名称		上山市役所 介護保険担当窓口
電話番号		023-672-1111 (代)
対応している時間	平日	8時30分～17時00分
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土・日・祝

※上山市以外の市町村にお住まいの入居者の方は、住所のある市町村の介護保険担当窓口へご相談ください。

(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) (株) 損害保険ジャパン損害責任保険に加入
	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) 当事業所内で事故が発生した場合は、管理者に速やかに報告

		し、必要な措置を講じるとともに、利用者の家族および関係する機関(県・市)に連絡します。
	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	令和4年3月31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（別を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	有料老人ホーム リライフ美咲 山形県上山市美咲町 1-3-25
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	有料老人ホーム リライフ美咲 山形県上山市美咲町 1-3-25
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		

			日額	介護保険自己負担額		
				1割負担	2割負担	3割負担
看取り介護加算	該当する方 について 算定	死亡日 45日～31日前	¥72	¥72	¥144	¥216
		死亡日 30日～4日前	¥144	¥144	¥288	¥432
		死亡日前々日、前日	¥680	¥680	¥1,360	¥2,040
		死亡日	1,280	¥1280	¥2,560	¥3,840

別添 介護サービス等の一覧表

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（利用者全額負担）	包含※2	都度※2	料金※3	備考
		包含※2	都度※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	490円～2,900円
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時間 ※付添いのできる範囲を明確化すること
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	
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	実費
買い物代行	なし	あり	なし	あり	510円 1回

役所手続き代行	なし	(あり)	なし	(あり)			○		※利用できる範囲を明確化すること 1回 1,530円
金銭・貯金管理							○		小口預り金のみ
健康管理サービス									
定期健康診断							○		年2回
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)			○	1,530円	協力外病院1時間 1,530円
入退院時の同行	なし	(あり)	なし	(あり)			○	1,530円	協力外病院1時間 1,530円 ※付添いの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、2割、3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、月額の利用の都度支払う場合と、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。

