別紙様式２

重要事項説明書

記入年月日	令和　　8年　　7月　　1日
記入者	小関　貴大
所属・職名	施設長

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）	はいじあいんもりやかぶしきがいしゃ ハイジアインもりや株式会社
主たる事務所の所在地	〒990-2212　　山形市上柳 28 番地	
連絡先	電話番号	023-679-4792
	ＦＡＸ番号	023-679-4784
	ホームページアドレス	http:// haijiain-moriya.com/
代表者	氏名	森谷　広子
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・(平成)　１５年　３月２５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「ほづみのこころ」 有料老人ホーム「ほづみの心」	
所在地	〒990-0001　　山形市穂積 68 番地 7	
主な利用交通手段	最寄駅	羽前千歳駅
	交通手段と所要時間	バス利用の場合・・・山形駅から「荒谷経由行きバス」にて「大野目三丁目バス停」より徒歩 10 分 （乗車時間　約 20 分）
連絡先	電話番号	023-665-5775
	ＦＡＸ番号	023-665-5772
	ホームページアドレス	http:// haijiain-moriya.com/hozu.html
管理者	氏名	小関　貴大
	職名	施設長
建物の竣工日		昭和・(平成)　２６年　９月２０日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・(平成)　２６年１０月２０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	１２７５㎡		
	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		９０２．８３㎡
		うち、老人ホーム部分		４６６．９４㎡
	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

<table>
<tr><td rowspan="13">居室の状況</td><td rowspan="3">居室区分
【表示事項】</td><td colspan="5">（1）全室個室</td></tr>
<tr><td colspan="5">2　相部屋あり</td></tr>
<tr><td>最少</td><td colspan="4">人部屋</td></tr>
<tr><td></td><td>最大</td><td colspan="4">人部屋</td></tr>
<tr><td></td><td>トイレ</td><td>浴室</td><td>面積</td><td>戸数・室数</td><td>区分※</td></tr>
<tr><td>タイプ1</td><td>有/（無）</td><td>有/（無）</td><td>９．１㎡</td><td>２６室</td><td>介護居室構造</td></tr>
<tr><td>タイプ2</td><td>有/（無）</td><td>有/（無）</td><td>９．１㎡</td><td>２室</td><td>一時介護室</td></tr>
<tr><td>タイプ3</td><td>有/無</td><td>有/無</td><td>㎡</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>タイプ4</td><td>有/無</td><td>有/無</td><td>㎡</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>タイプ5</td><td>有/無</td><td>有/無</td><td>㎡</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>タイプ6</td><td>有/無</td><td>有/無</td><td>㎡</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>タイプ7</td><td>有/無</td><td>有/無</td><td>㎡</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>タイプ8</td><td>有/無</td><td>有/無</td><td>㎡</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>タイプ9</td><td>有/無</td><td>有/無</td><td>㎡</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>タイプ10</td><td>有/無</td><td>有/無</td><td>㎡</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="6">※「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。</td></tr>
<tr><td rowspan="8">共用施設</td><td rowspan="2">共用便所における便房</td><td rowspan="2">4ヶ所</td><td>うち男女別の対応が可能な便房</td><td>4ヶ所</td></tr>
<tr><td>うち車椅子等の対応が可能な便房</td><td>4ヶ所</td></tr>
<tr><td rowspan="2">共用浴室</td><td rowspan="2">1ヶ所</td><td>個室</td><td>ヶ所</td></tr>
<tr><td>大浴場</td><td>1ヶ所</td></tr>
<tr><td rowspan="4">共用浴室における介護浴槽</td><td rowspan="4">1ヶ所</td><td>チェアー浴</td><td>1ヶ所</td></tr>
<tr><td>リフト浴</td><td>ヶ所</td></tr>
<tr><td>ストレッチャー浴</td><td>ヶ所</td></tr>
<tr><td>その他（　　）</td><td>ヶ所</td></tr>
<tr><td></td><td>食堂</td><td colspan="3">（1）あり　2　なし</td></tr>
<tr><td></td><td>入居者や家族が利用できる調理施設</td><td colspan="3">1　あり　（2）なし</td></tr>
<tr><td></td><td>エレベーター</td><td colspan="3">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</td></tr>
<tr><td rowspan="6">消防用設備等</td><td>消火器</td><td colspan="3">（1）あり　2　なし</td></tr>
<tr><td>自動火災報知設備</td><td colspan="3">（1）あり　2　なし</td></tr>
<tr><td>火災通報設備</td><td colspan="3">（1）あり　2　なし</td></tr>
<tr><td>スプリンクラー</td><td colspan="3">（1）あり　2　なし</td></tr>
<tr><td>防火管理者</td><td colspan="3">（1）あり　2　なし</td></tr>
<tr><td>防災計画</td><td colspan="3">（1）あり　2　なし</td></tr>
<tr><td>その他</td><td colspan="5"></td></tr>
</table>

４．サービスの内容

（全体の方針）

運営に関する方針	一人ひとりの「個性」と「尊厳」を尊重し、安全に配慮した生活空間（設備）充実・安定した生活環境を提供します。各個室はご入居された方の安全とプライバシーを尊重した快適空間となっております。
サービスの提供内容に関する特色	当施設は、ディサービスと接骨院が併設しており、ディサービスはリハビリに特化したサービスを提供し、各種リハビリマシンをいつでも気軽にご利用いただけます。
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

（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	篠田総合病院
		住所	山形市桜町２番６８号
		診療科目	総合
		協力内容	協力機関と協力して、治療（緊急対応と入院）等を行う。
	2	名称	山形徳洲会病院
		住所	山形市清住町二丁目３番 51 号
		診療科目	総合
		協力内容	協力機関と協力して、治療（緊急対応と入院）等を行う。
協力歯科医療機関		名称	くまざわ歯科医院
		住所	天童市泉町一丁目６番５号
		協力内容	訪問歯科医療機関

（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		
契約の解除の内容	①入居者が死亡したとき ②事業者からの契約解除条項に基づき解除を通告し、予告期間が満了したとき（３ケ月の予告期間が必要） ③入居者からの解約条項に基づき解約をおこなったとき	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居者が次のいずれかに該当し、かつ、そのことが入居契約これ以上将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合に、契約を解除することがある。 １.入居申込書に虚偽の事項を記載する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か月以上遅滞するとき ３．入居者の行動が、他のご入居者又は従業員の生命に危害を及ぼし、又は、その危害の切迫した恐れがあり、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
	解約予告期間	３ヶ月
入居者からの解約予告期間	３ヶ月	
体験入居の内容	(1)　あり（内容：２泊３日以内の体験入居が可能です。ただし、１週間以内の体験入居も相談に応じます。　） ２　なし	
入居定員	２８　人	
その他		

５．職員体制

（職種別の職員数）

	職員数（実人数）　　１０人			常勤換算人数※1 ※2
	合計			
		常勤	非常勤	
管理者	1	1		
生活相談員	2	2		
直接処遇職員				
介護職員	5	2	3	
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
事務員				
その他職員			3	
１週間のうち、常勤の従業員が勤務すべき時間数※2				

※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。

※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			
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			

（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
看護師又は准看護士			
理学療法士	2		2
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復師	3	2	1
あん摩マッサージ指圧師			

（夜勤を行う看護・介護職員の人数）

夜勤帯の設定時間（　　１８時３０分　～　７時３０分　　）		
	平均人数	最少時人数（休憩者等を除く）
看護職員	人	人
介護職員	１人	１人

（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		社会福祉主事					
			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										
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年未満										
3年以上5年未満										
5 年以上10年未満			3	1	1					
10年以上					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【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　（食費、水道光熱費のみ） 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	経済状況の著しい変化やその他やむを得ない事由があった場合
	手続き	入居者のご家族等の意見を聴いた上で、身元引受人等に通告し改定するものとします。

（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４	
	年齢		６７歳	歳
居室の状況	床面積		９．１㎡	㎡
	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
	施設協力金		４０，０００円	円
月額費用の合計			１１９，８００円	円
家賃			３９，８００円	円
サービス費用				
	※介護保険外	食費	５１，９００円	円
		管理費	２０，１００円	円
		介護費用	円	円
		光熱水費	５，０００円	円
		その他（リネン代）	３，０００円	円
※　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	￥３９，８００
介護費用	※介護保険サービスの１割負担分は含まない
管理費	￥２０，１００
食費	￥５１，９００（おやつ代含む）　１日￥１，７３０
光熱水費	￥５，０００　冬期間（11月から４月）は￥2.000加算
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	洗濯代行　￥５００/回　　家電持ち込み１ケにつき　￥２００/月 寝具貸し出し介護保険外　￥３０００/月
その他のサービス利用料	通院介助　３０分１５００円　以降３０分毎５００円加算

（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	６人
	女性	２１人
年齢別	65 歳未満	人
	65 歳以上 75 歳未満	１人
	75 歳以上 85 歳未満	６人
	85 歳以上	２０人
要介護度別	自立	人
	要支援１	人
	要支援２	人
	要介護１	９人
	要介護２	１１人
	要介護３	６人
	要介護４	１人
	要介護５	人
入居期間別	６ヶ月未満	３人
	６ヶ月以上１年未満	６人
	１年以上５年未満	１４人
	５年以上 10 年未満	４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	８９歳
入居者数の合計	２７人
入居率※	９７％
※　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	８人
	医療機関	１人
	死亡者	０人
	その他	０人
生前解約の状況	施設側の申し出	１人
		（解約事由の例）常時医療処置が必要なため 常時介護が必要なため
	入居者側の申し出	８人
		（解約事由の例）特養の入居が決定したため

８．苦情・事故等に関する体制

窓口の名称		有料老人ホーム「ほづみの心」
電話番号		０２３－６６５－５７７５
対応している時間	平日	8：30　～　18：30
	土曜	8：30　～　18：30
	日曜・祝日	8：30　～　18：30
定休日		

窓口の名称		**山形市役所　介護保険課**
電話番号		**０２３－６４１－１２１２**
対応している時間	**平日**	**８：３０　～　１７：００**
定休日		**土曜日　日曜日　祝日**

（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） 介護事業者賠償責任補償
	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　あり	（その内容） 業務上の事故により法律上の損害賠償責任を負担しなければならない場合の補償
	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	
		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　　2　回	
	2　なし		
	1　代替措置あり	（内容）	
	2　代替措置なし		
高齢者虐待防止のための取組の状況	虐待防止対策検討委員会の定期的な開催	(1)　あり　　2　なし	
	指針の整備	(1)　あり　　2　なし	
	定期的な研修の実施	(1)　あり　　2　なし	
	担当者の配置	(1)　あり　　2　なし	

<table>
<tr><td rowspan="6">身体的拘束等の適正化のための取組の状況</td><td colspan="3">身体的拘束等適正化検討委員会の開催</td><td>①　あり　　2　なし</td></tr>
<tr><td colspan="3">指針の整備</td><td>①　あり　　2　なし</td></tr>
<tr><td colspan="3">定期的な研修の実施</td><td>①　あり　　2　なし</td></tr>
<tr><td colspan="4">緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為（身体的拘束等）を行うこと</td></tr>
<tr><td>①　あり</td><td colspan="2">身体的拘束等を行う場合の態様及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録</td><td>①　あり　　2　なし</td></tr>
<tr><td colspan="4">2　なし</td></tr>
<tr><td rowspan="6">業務継続計画の策定状況等</td><td colspan="2">感染症に関する業務継続計画</td><td>①　あり　　2　なし</td></tr>
<tr><td colspan="2">災害に関する業務継続計画</td><td>①　あり　　2　なし</td></tr>
<tr><td colspan="2">職員に対する周知の実施</td><td>①　あり　　2　なし</td></tr>
<tr><td colspan="2">定期的な研修の実施</td><td>①　あり　　2　なし</td></tr>
<tr><td colspan="2">定期的な訓練の実施</td><td>①　あり　　2　なし</td></tr>
<tr><td colspan="2">定期的な業務継続計画の見直し</td><td>①　あり　　2　なし</td></tr>
<tr><td>提携ホームへの移行【表示事項】</td><td colspan="3">1　あり（提携ホーム名：　　）
②　なし</td></tr>
<tr><td>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</td><td colspan="3">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</td></tr>
<tr><td>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</td><td colspan="3">1　あり　　②　なし</td></tr>
<tr><td>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</td><td colspan="3">1　あり　　②　なし</td></tr>
<tr><td>合致しない事項がある場合の内容</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>「６．既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性</td><td colspan="3">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</td></tr>
<tr><td>有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

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	①「ほづみの森」 ②　「ぬくもりの里」	①　山形市穂積 68 番地 7 ②　山形市上柳 28 番地
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	ハイジアインもりや株式会社	山形市上柳 28 番地
特定福祉用具販売	(あり)	なし	ハイジアインもりや株式会社	山形市上柳 28 番地
＜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)		
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)		
介護予防通所介護	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)		
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)		

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	
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)					
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)				※山形市内の医療機関のみ	
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					
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					
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				※回数（年○回など）を明記すること
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				搬送先への申し送りまで
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、月額の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。