

(介護予防) 特定施設入居者生活介護重要事項説明書

記入年月日	令和 年 月 日
記入者	佐東晃
所属・職名	介護付き有料老人ホームこころ管理者

1. 事業主体概要

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)	(かぶしきがいしゃこころ) 株式会社 cocolo
主たる事務所の所在地	〒990-0063 山形市山家町 2-7-17	
連絡先	電話番号	023-687-1882
	F A X 番号	023-687-1892
	ホームページアドレス	https://cocolo.biz
代表者	氏名	柴崎 和
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 29 年 2 月 22 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一むこころ 介護付き有料老人ホームこころ	
所在地	〒990-2322 山形市桜田南 2 番 24 号	
主な利用交通手段	最寄駅	蔵王駅
	交通手段と 所要時間	・バス利用 山形駅より坂巻まで 11 分 山形駅より山大附属病院まで 14 分 ・お車利用 山形自動車道「上山インター」より 5 分
連絡先	電話番号	023-666-6922
	F A X 番号	023-666-6924
	ホームページ アドレス	https://home.cocolo.biz
管理者	氏名	佐東 晃
	職名	管理者
建物の竣工日	昭和・平成 18 年 5 月 1 日	
有料老人ホーム事業の開始日	令和 4 年 4 月 1 日	

【類型】【表示事項】

1 <input 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 住宅型		
4 <input type="checkbox"/> 健康型		
1 又は 2 に該当する場合	介護保険事業者番号	0670104926
	指定した自治体名	山形県（市）
	事業所の指定日	令和 4 年 4 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	922.62 m ²	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		2 <input type="checkbox"/> 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし
		契約期間	1 <input type="checkbox"/> あり (令和3年1月1日～令和4年12月31日) 2 <input type="checkbox"/> なし
	契約の自動更新	1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし	
建物	延床面積	全体	1,416.12 m ²
		うち、老人ホーム部分	
	耐火構造	1 <input type="checkbox"/> 耐火建築物	
		2 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物	
		3 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	構造	1 <input type="checkbox"/> 鉄筋コンクリート造	
		2 <input type="checkbox"/> 鉄骨造	
		3 <input type="checkbox"/> 木造(耐火木造、一部鉄骨造)	
		4 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する建物	
2 <input type="checkbox"/> 事業者が賃借する建物			
抵当権の設定		1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし	
契約期間		1 <input type="checkbox"/> あり (令和3年1月1日～令和4年12月31日) 2 <input type="checkbox"/> なし	
契約の自動更新	1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし		
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 <input type="checkbox"/> 全室個室	
		2 <input type="checkbox"/> 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	14.9 m ²	45 室	介護居室個室
	タイプ 2	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	14.9 m ²	1 室	一時介護室
	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	9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		9ヶ所	
	共用浴室	1ヶ所	個室		1ヶ所	
			大浴場		1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	
	機能訓練室	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	あり	2	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> あり	2	なし	
その他						

4. 介護サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	運営規程による。		
サービスの提供内容に関する特色	24 時間 365 日の切れ間のない手厚い介護サービス、更に医療機関との連携が図れ、入居者・ご家族が安心できる施設となります。		
入浴、排せつ又は食事の介護	1 <input type="text" value="自ら実施"/>	2 委託	3 なし
食事の提供	1 自ら実施	2 <input type="text" value="委託"/>	3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1 <input type="text" value="自ら実施"/>	2 委託	3 なし
健康管理の供与	1 <input type="text" value="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 type="text" value="自ら実施"/>	2 委託	3 なし
生活相談サービス	1 <input type="text" value="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 <input type="text" value="なし"/>
	夜間看護体制加算		1 <input type="text" value="あり"/>	2 なし
	医療機関連携加算		1 <input type="text" value="あり"/>	2 なし
	看取り介護加算		1 <input type="text" value="あり"/>	2 なし
	認知症専門ケア加算	(Ⅰ)	1 あり	2 <input type="text" value="なし"/>
		(Ⅱ)	1 あり	2 <input type="text" value="なし"/>
	サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)イ	1 あり	2 <input type="text" value="なし"/>
		(Ⅰ)ロ	1 あり	2 <input type="text" value="なし"/>
		(Ⅱ)	1 あり	2 <input type="text" value="なし"/>
		(Ⅲ)	1 あり	2 <input type="text" value="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="text" value="あり"/>	(介護・看護職員の配置率) 2.5 : 1		
	2 なし			

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		1 <input type="text" value="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	嶋北内科脳神経外科クリニック	
		住所	山形市嶋北3丁目1番11号	
		診療科目	脳神経外科 内科 一般外科など	
		協力内容	往診 緊急時対応 夜間緊急時対応	

協力歯科医院	2	名称	新田歯科
		住所	山形市片谷地 399-8
		診療科目	歯科
		協力内容	往診 治療 口腔ケアなど

(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 <div>一時介護室へ移る場合</div>	
		2 介護居室へ移る場合	
		3 その他（	

(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 checked="" type="checkbox"/> なし
	要支援の者	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	なし
	要介護の者	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	なし
医療的ケア	経管栄養（胃ろう、経鼻）、在宅酸素、バルーンカテーテル、褥瘡など				
認知症	対応可能				
身元引受人等の条件、義務等	身元引受人をお一人定めて頂きます。身元引受人は、契約に基づく一切の責務（利用料の支払い等）について入居者と連携して履行の責を負って頂くことになります。又、契約の定めるところに従い事業者が必要と判断した時は、入居者の身柄をお引き取り頂くことになります。				
入院時の契約の取り扱い	入院した場合も契約は存続いたしますが、入院が一か月以上の長期にわたる場合は、ご本人・ご家族・医療機関と契約の継続についてご相談させていただきます。なお、月額利用料（家賃・共益費など）は入院により不在となる場合でも通常通り発生いたします。				

やむを得ず身体拘束を行う場合の手続き	当事業所では、入居者の人格を尊重し、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を一切行なわないことを基本方針とします。 身体拘束以外のあらゆる代替えの介護方法を行っても、どうしても危険が回避できない状況にある場合に限り、必要最低限度の時間のみ、例外的に身体拘束を実施する場合があります。 この場合、身体拘束廃止委員会設置規定に基づき、施設内に設置した身体拘束について十分な検討を行った後、ご家族様に身体拘束の内容、目的、理由、時間帯、期間等について、十分な説明を行い、同意を得た上で実施します。 実施中は、拘束方法、拘束実施時間帯、拘束実施時の入居者様の心身の状況や拘束理由等を記録し、一時的に解除し状態観察を行う場合も同様に、解除時間帯、入居者様の心身の状況、解除理由や解除にむけて行った工夫（代替え介護方法）等を記録します。また、早期解除にむけて身体拘束廃止委員会設置規定に基づき、施設内に設置した身体拘束廃止委員会にて適宜検討を行います。	
契約の解除の内容	賃貸借契約書による	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	賃貸借契約書第 26 条
	解約予告期間	30 日
入居者からの解約予告期間	30 日	
体験入居の内容	1 あり（内容：	

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	常勤	非常勤	※ ²
管理者	1	1	0	0.175
生活相談員	2	2	0	0.25
直接処遇職員				
介護職員	21	12	9	15.2
看護職員	4	3	1	3.3

機能訓練指導員	1	0	1	0.8
計画作成担当者	1	1	0	1
栄養士	0	0	0	0
調理員	3	0	3	1.25
事務員	0	0	0	0
その他職員	0	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時間				
※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 18名		
		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	6	5	1
初任者研修の修了者	6	3	3
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 4名		
		常勤	非常勤
看護師又は准看護師		3	1
理学療法士			
作業療法士	1		1
言語聴覚士			
柔道整復師			
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 (17時～翌9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	2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)	2 : 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	実務者研修							
		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										
前年度1年間の退職者数										
業務に従事した経験年数に	1年未満									
	1年以上									
	3年未満									
	3年以上									
	5年未満									
	5年以上									
	10年未満									
10年以上										
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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> なし
要介護状態に応じた金額設定		1 <input type="checkbox"/> 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 60 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	物価その他経済事情の変動、同事業所で運営する同種の建物の賃料と比較して不均衡が生じた場合、本物件及びその付帯施設又はその敷地に改良を施したとき。	
	手続き	入居者、連帯保証人への書面での事前通知、運営懇談会により意見を聞いた上、料金を改定する場合がある。	

(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			要支援・要介護度							
			年齢				歳			
居室の状況			床面積				14.9 m ²			
			便所				1 有 2 <input type="checkbox"/> 無			
			浴室				1 有 2 <input type="checkbox"/> 無			
			台所				1 有 2 <input type="checkbox"/> 無			
入居時点で 必要な費用			前払金				円			
			敷金				円			
月額費用の合計			円				円			
家賃			円				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	食費	円				円			
		共益費	円				円			
			円				円			

				円	円
				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	58,000円/月（1ヶ月として計算）
前家賃	家賃の1ヶ月分（共益費込み）
特定施設入居者生活介護費	別紙料金表記載
共益費	12,000円
食費	常食/粗刻み食/刻み食 朝食500円昼食550円夕食650円（1,700円/月） 特別食（ミキサー食） 朝食650円昼食750円夕食850円（2,250/日） 経管栄養など経口摂取以外については 1,200/日
上乗せ介護サービス利用料	20,000円/月（1ヶ月として計算） ※要件を満たす場合に算定できます。
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2に記載

（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	別紙料金表
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）	人員配置が2.5：1のため
※ 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

※ 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	0人
	医療機関	0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	0人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	0人

8. 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の窓口で受け付けます。

○介護付き有料老人ホームころ

○担当者 佐東 晃

○電話 023-666-6922 FAX 023-666-6924

○受付時間 毎週月曜日～金曜日（祝祭日は除く）

9：00～17：00

(2) 行政機関その他苦情受付期間

山形市役所 介護保険課及び指導監査課	所在地	山形市旅籠町二丁目3番25号
	電話番号	023-641-1212 (内線 介護保険課 846・指導監査課 660)
	受付時間	(月～金) 9：00～17：00
山形国民健康保険団体連合会 介護保険課介護サービス室	所在地	寒河江市大字寒河江字久保6
	電話番号	0237-87-8006
	受付時間	(月～金) 9：00～16：00

・事故発生時の対応について

利用者に対する介護サービス提供により事故が発生した場合、利用者の家族、医療機関、関係機関に連絡を行うとともに、山形市への報告を行います。

(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 type="checkbox"/> あり	(その内容) 介護事業者賠償責任補償
	2 <input type="checkbox"/> 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) 介護事業者賠償責任補償
	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 checked="" 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 checked="" 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
運営規程	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 <input checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 公開していない

10. その他

運営懇談会	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	(開催頻度) 年 1回
	2 なし	
	1 <input checked="" type="checkbox"/> 代替措置あり	(内容) 書面、テレビ電話などによる開催
	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 <u>なし</u>
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 <u>あり</u> 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 <u>なし</u>
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 <u>なし</u>
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	なし
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 _____ 印

※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。

_____ 印

別添 1 事業主体が山形市内で実施する他の介護サービス

介護サービス等の種類			事業所の名称	所在地
＜居宅サービス＞				
訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	訪問介護ところ	山形市山家町 2-7-17
訪問入浴介護	あり	<input type="checkbox"/>		
訪問看護	あり	<input type="checkbox"/>		
訪問リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/>		
居宅療養管理指導	あり	<input type="checkbox"/>		
通所介護	あり	<input type="checkbox"/>		
通所リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/>		
短期入所生活介護	あり	<input type="checkbox"/>		
短期入所療養介護	あり	<input type="checkbox"/>		
特定施設入居者介護	あり	<input type="checkbox"/>		
福祉用具貸与	あり	<input type="checkbox"/>		
特定福祉用具販売	あり	<input type="checkbox"/>		
＜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"/>		
夜間対応型訪問介護	あり	<input type="checkbox"/>		
地域密着型通所介護	あり	<input type="checkbox"/>		
認知症対応型通所介護	あり	<input type="checkbox"/>		
小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/>		
認知症対応型共同生活介護	あり	<input type="checkbox"/>		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	<input type="checkbox"/>		
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"/>		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/>		
居宅介護支援	あり	<input type="checkbox"/>		
＜居宅介護予防サービス＞				
介護予防訪問入浴介護	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防訪問看護	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防居宅療養管理指導	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防通所リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防短期入所生活介護	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防短期入所療養介護	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	<input type="checkbox"/>		

介護予防福祉用具貸与	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
特定介護予防福祉用具販売	あり	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
介護予防支援	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
介護老人保健施設	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
介護療養型医療施設	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
介護医療院	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
<介護予防・日常生活支援総合事業>				
訪問型サービス	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	訪問介護ところ	山形市山家 2-7-17
通所型サービス	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
その他の生活支援サービス	あり	<input checked="" 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
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	○			施設と病院の往復。診察等の付き添い
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				
入居者の嗜好や状態に応じた特別な食事			なし	あり	○			嚥下障害による特別食など
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	○			訪問理美容
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				
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								
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり	○			
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、月額サービスの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。

特定施設入居者生活介護 利用料金

『サービス基本料金』

【介護保険 1日分】※介護保険の改定により料金の変更あり

介護度	基本料金	1割負担	2割負担	3割負担
要支援1	1820円	182円	364円	546円
要支援2	3110円	311円	622円	933円
要介護1	5380円	538円	1076円	1614円
要介護2	6040円	604円	1208円	1812円
要介護3	6740円	674円	1348円	2022円
要介護4	7380円	738円	1476円	2214円
要介護5	8070円	807円	1614円	2421円

【介護保険 ひと月30日の場合】※29日や31日など月によって変動あり

介護度	基本料金	1割負担	2割負担	3割負担
要支援1	54600円	5460円	10920円	16380円
要支援2	93300円	9330円	18660円	27990円
要介護1	161400円	16140円	32280円	48420円
要介護2	181200円	18120円	36240円	54420円
要介護3	202200円	20220円	40440円	60660円
要介護4	221400円	22140円	44280円	66420円
要介護5	242100円	24210円	48420円	72630円

【加算】※加算の単位や内容が介護保険の改定などにより変更あり

処遇改善加算Ⅰ	所定単位の 82/1000	1月につき
---------	---------------	-------

ベースアップ等支援加算	所定単位の 1.5%	1 か月
医療機関連携加算	8 0 単位	1 か月につき
科学的介護推進体制加算	4 0 単位	1 か月につき
若年性認知症加算	1 2 0 単位	1 日につき
夜間看護体制加算	1 0 単位	1 日につき
看取り介護加算（1）	7 2 単位	死亡日以前 3 1 日以上 4 5 日以下
	1 4 4 単位	死亡日 3 0 日前～4 日前 （一日につき）
	6 8 0 単位	死亡日前々日～前日 （一日につき）
	1 2 8 0 単位	死亡日

※ 1 単位 = 1 0 円

介護保険負担割合 2 割の場合は 1 割の方の 2 倍、3 割は 3 倍かかります。

【介護保険外の費用】

家賃（ひと月分）	7 0 0 0 0 円（共益費込み） （内訳） 賃料 5 8 0 0 0 円 共益費 1 2 0 0 0 円
食費（30 日の場合）	5 1 0 0 0 円 （内訳） 朝食 5 0 0 円 昼食 5 5 0 円 夕食 6 5 0 円 特別食（ミキサー食） 6 7 5 0 0 円 （内訳） 朝食 6 5 0 円 昼食 7 5 0 円 夕食 8 5 0 円
上乗せ加算（規定より手厚い人員配置）	2 0 0 0 0 円
前家賃（入居時家賃ひと月分）	7 0 0 0 0 円

※医療費、おむつ代、日用品、特別なサービス（要相談）などは別途必要

介護付き有料老人ホームこころ