

有料老人ホーム重要事項説明書

記入年月日	令和6年7月1日
記入者名	熊谷 由佳
所属・職名	和幸セントラルハウス 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. 事業主体概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	社会福祉法人
名称	(ふりがな) しゃかいふくしほうじん わこうえん 社会福祉法人 和幸園	
主たる事務所の所在地	〒039-3504 青森県青森市大字矢田字下野尻48-3	
連絡先	電話番号	017-737-3333
	FAX番号	017-737-3332
	ホームページアドレス	http://www.wakouen.or.jp
代表者	氏名	今村 良司
	職名	理事長
設立年月日	昭和38年 6月27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	(ふりがな) わこうせんとらるはうす 和幸セントラルハウス	
所在地	〒030-0822 青森市中央3丁目20-10	
主な利用交通手段	最寄駅	青森 駅

	交通手段と所要時間	例：①青森駅からバスで10分 ・働く女性の家停留所で下車、徒歩1分 ②自動車利用の場合 ・青森中央インターより10分
連絡先	電話番号	017-762-0507
	FAX 番号	017-762-0508
	ホームページアドレス	http://www.wakouen.or.jp
管理者	氏名	熊谷 由佳
	職名	管理者
建物の竣工日		平成29年 8月21日
有料老人ホーム事業の開始日		平成29年 9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）		
<input checked="" type="checkbox"/> 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	
	事業所の指定日	年 月 日
	指定の更新日（直近）	年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	3000.45㎡	
	所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 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	2248.48㎡
		うち、老人ホーム部分	2162.92㎡
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 2 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> 3 その他 ()	

	構造	1 鉄筋コンクリート造 <input checked="" type="checkbox"/> 2 鉄骨造 3 木造 4 その他 ()										
	所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する建物										
		2 事業者が賃借する建物										
		<table border="1"> <tr> <td>抵当権の設定</td> <td>1 あり</td> <td>2 なし</td> </tr> <tr> <td>契約期間</td> <td colspan="2">1 あり (年 月 日 ~ 年 月 日)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2 なし</td> <td></td> </tr> <tr> <td>契約の自動更新</td> <td>1 あり</td> <td>2 なし</td> </tr> </table>	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
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】	<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	18.60 m ²	2 2	一般居室個室						
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.60 m ²	1 6	一般居室個室						
	タイプ3	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	19.22 m ²	6	一般居室個室						
	タイプ4	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	25.11 m ²	4	一般居室個室						
	タイプ5	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	27.28 m ²	2	一般居室個室						
	タイプ6	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	6.00 m ²	2	一時介護室						
	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	2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	2ヶ所								
	共用浴室	4ヶ所	個室	4ヶ所								
			大浴場	ヶ所								
	共用浴室における介護浴槽	2ヶ所	チェアー浴	1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設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし											
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (車椅子対応)											

		<input type="checkbox"/> 2 あり（ストレッチャー対応） <input type="checkbox"/> 3 あり（上記1・2に該当しない） <input type="checkbox"/> 4 なし
消防用設備等	消火器	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	自動火災報知設備	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	火災通報設備	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	スプリンクラー	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	防火管理者	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	防災計画	<input type="checkbox"/> 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	居住者に対して個人の有する能力に応じ、自立して日常生活を営むことが出来るよう、管理者が中心となり居住者の実態を把握し、基本サービスとして状況把握・安否確認・生活相談・緊急時対応を行います。また、地域の介護事業所と連携を図り、介護が必要になった方でも安心して住み続けられるよう支援します。
サービスの提供内容に関する特色	
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 3 なし
健康管理の供与	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input type="checkbox"/> 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体制の有無	入居継続支援加算	(Ⅰ)	1 あり 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり 2 なし
	生活機能向上連携加算	(Ⅰ)	1 あり 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり 2 なし
	個別機能訓練加算	(Ⅰ)	1 あり 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり 2 なし
	ADL維持等加算	(Ⅰ)	1 あり 2 なし
		(Ⅱ)	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	
	口腔・栄養スクリーニング加算	1 あり	2 なし	
	科学的介護推進体制加算	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	(Ⅰ)	1 あり	2 なし
		(Ⅱ)	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)	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 checked="" type="checkbox"/> 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	あおもり協立病院
		住所	青森市東大野2丁目1-10
		診療科目	内科、消化器科、循環器科、整形外科ほか
		協力内容	必要に応じ受診・治療を行うことに協力する
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称	ミナトヤ歯科医院	
	住所	青森市奥野4丁目4-10	
	協力内容	必要に応じ受診・治療を行うことに協力する	

(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	
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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
留意事項			
契約の解除の内容	入居契約書第 11、12 条による		
事業主体から解除を求める場合	解約条項	入居契約書第 11 条各項による	
	解約予告期間	3 ヶ月	
入居者からの解除予告期間	1 ヶ月		
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (内容 : 1 泊 2 日 3,000 円食事代別) 2 なし		
入居定員	50 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する必要はありません)。

(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	
	3			
管理者	1	1		
生活相談員	1	1		
直接処遇職員				
介護職員				
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	1		1	
その他職員				
1週間のうち、常勤の従業者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、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者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			
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	
看護師又は准看護師			
理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復士			
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	最小時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	人	人
介護職員	人	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
※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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし							
	業務に係る資格等	<input checked="" type="checkbox"/> あり								
		資格等の名称	介護福祉士・社会福祉主事・介護支援専門員							
	<input type="checkbox"/> 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										
応じた 職員の 人数	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				<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式
	3 終身建物賃貸借方式
	1 全額前払い方式

利用料金の支払い方法 【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 減額なし 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 手続き	各種法制度の変更、消費物価指数及び人件費等を勘案して、運営懇談会の意見を聴いて改定する。

（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			
	年 齢	歳	歳	
居室の状況	床面積	18.60 m ²	18.60 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	40,000 円	40,900 円	
月額費用の合計		103,000 円	103,900 円	
家 賃		40,000 円	40,900 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 険 外※ 2	食 費	45,000 円	45,000 円
		管理費	円	円
		介護費用	別添2のとおり	別添2のとおり
		光熱水費（共益費）	18,000 円	18,000 円
その他	居室電気料 実費負担 11月～4月暖房費加算あり	居室電気料 実費負担 11月～4月暖房費加算あり		
※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 目	算 定 根 拠
家賃	1日1,334円を基本とし、日当たり・居室の広さ・設備によって設定
敷金	家賃の 1ヶ月分
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	
食費	朝食 360円、昼食 570円、夕食 570円
光熱水費	共用部の光熱費、冷暖房費、衛生管理費、厨房衛生費等
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	居室電気料を実費負担 11月～4月は暖房費加算あり ※暖房費は灯油価格を勘案し毎年11月初旬に決定する

(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 目	算 定 根 拠
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担	
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	12人
	女 性	37人

年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	3人
	75歳以上 85歳未満	6人
	85歳以上	40人
要介護度別	自立	0人
	要支援 1	2人
	要支援 2	5人
	要介護 1	13人
	要介護 2	16人
	要介護 3	10人
	要介護 4	3人
	要介護 5	0人
入居期間別	6ヶ月未満	4人
	6ヶ月以上 1年未満	4人
	1年以上 5年未満	22人
	5年以上 10年未満	19人
	10年以上 15年未満	0人
	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	88.9
入居者数の合計	49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	1人
	社会福祉施設	5人
	医療機関	2人
	死亡者	5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	8人
		(解約事由の例) 介護施設への住み替え、家族との同居、等

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		和幸セントラルハウス
電話番号		017-762-0507
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
窓口の名称		NPO 法人 セーフティネットあおもり
電話番号		017-766-3405
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
窓口の名称		青森市役所 介護保険課
電話番号		017-734-5257
対応している 時間	平日	青森市役所の受付時間に準じる
	土曜	休み
	日曜・祝日	休み
定休日		青森市役所の定休日に準じる
窓口の名称		青森県国民健康保険団体連合会
電話番号		017-735-4020
対応している 時間	平日	連合会の受付時間に準じる
	土曜	休み
	日曜・祝日	休み
定休日		連合会の定休日に準じる

(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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 全国社会福祉協議会の「しせつの損害賠償」に加入
	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 上記賠償責任保険の取り扱いに準じる
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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	意見箱を常時設置している	
		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
事業収支報告書	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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 適合していない
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 年 月 日

説明者署名 _____ 熊 谷 由 佳 _____

※ 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 事業主体が青森市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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	ヘルパーステーション和幸	矢田字下野尻 48-3
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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	デイサービスセンター和幸	矢田字下野尻 48-3
通所リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/>		
短期入所生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	特別養護老人ホーム和幸園 特別養護老人ホーム大野和幸園	矢田字下野尻 48-3 西大野 5-16-10
短期入所療養介護	あり	<input type="checkbox"/>		
特定施設入居者生活介護	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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	定期巡回サービス 和幸	矢田字下野尻 48-2
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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	グループホーム 千代の郷	矢田字下野尻 48-4
地域密着型特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	ケアハウス幸陽	矢田字下野尻 48-2
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	特別養護老人ホーム大野和幸園	西大野 5-16-10
看護小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/>		
居宅介護支援	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	在宅介護支援センター和幸 和幸園ケアセンター	矢田字下野尻 48-6 浜館 6-4-5
＜居宅介護予防サービス＞				

介護予防訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	ヘルパーステーション和幸	矢田字下野尻 48-3
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"/>		
介護予防通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	デイサービスセンター和幸	矢田字下野尻 48-3
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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	特別養護老人ホーム和幸園 特別養護老人ホーム大野和幸園	矢田字下野尻 48-3 西大野 5-16-10
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 type="checkbox"/>		
特定介護予防福祉用具販売	あり	<input type="checkbox"/>		
＜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 type="checkbox"/>		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防認知症対応型共同生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	グループホーム千代の郷	矢田字下野尻 48-4
介護予防支援	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	青森市東青森地域包括支援センター	浜館 6-4-5
＜介護保険施設＞				
介護老人福祉施設	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	特別養護老人ホーム和幸園	矢田字下野尻 48-3
介護老人保健施設	あり	<input type="checkbox"/>		
介護療養型医療施設	あり	<input type="checkbox"/>		
介護医療院	あり	<input type="checkbox"/>		

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

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）				備考	
			※2 包含	※2 都度	※3 料金			
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり	OA		OA 全てで月額 30,000 円	
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	OA			
おむつ代			なし	あり			個人購入	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり		○	60分 1,530円	
特浴介助	なし	あり	なし	あり		○	60分 1,530円	
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり	OA			
機能訓練	なし	あり	なし	あり				
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	60分 1,530円	緊急時、家族が対応できない場合
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり	OB		OB 全て 60分 1,530円	
リネン交換	なし	あり	なし	あり	OB			
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	OB			
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	○		月額 3,150円	
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		○	1回 510円	片道 3km以内の店舗に限る

役所手続き代行	なし	あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				
金銭・貯金管理			なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○		月額 3,060 円	日用品購入に要する程度の金銭管理に限る
健康管理サービス								
定期健康診断			<input type="checkbox"/> なし	あり			実費自己負担	年 1 回主治医による健康診断
健康相談	なし	あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				
生活指導・栄養指導	なし	あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				
服薬支援	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○			月額 6,150 円 2 科以上受診 10,500 円
生活リズムの記録 (排便・睡眠等)	なし	あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				
入退院・入院中のサービス								
移送サービス	なし	あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				
入退院中の同行	なし	あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				
入院中の洗濯物交換・ 買い物	なし	あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				
入院中の見舞い訪問	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払いによる場合に応じて、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。