

**重要事項説明書**

記入年月日	R7.7.1
記入者	工藤 昌文
所属・職名	サ高住 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 株式会社	
名称	(ふりがな) えーぴーふくしかぶしきがいしゃ エーピー福祉株式会社	
主たる事務所の所在地	〒010-1423 秋田県秋田市仁井田字切上 240 番地 1	
連絡先	電話番号	018-829-3115
	FAX番号	018-829-3117
	ホームページアドレス	http://www.apwell.co.jp
代表者	氏名	大井 保
	職名	代表取締役社長
設立年月日	平成19年4月15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) にいだふくし 仁井田福祉センター
----	----------------------------

所在地	〒010-1423 秋田県秋田市仁井田字切上 240 番地 1	
主な利用交通手段	最寄駅	秋田駅
	交通手段と所要時間	秋田駅からバスで 25 分 「大野口」「上新田」バス停下車 徒歩 5 分
連絡先	電話番号	018-829-3115
	FAX番号	018-829-3117
	ホームページアドレス	<a href="http://www.apwell.co.jp">http:// www.apwell.co.jp</a>
管理者	氏名	工藤 昌文
	職名	管理者
建物の竣工日	平成 19 年 4 月 15 日	
有料老人ホーム事業の開始日	平成 19 年 4 月 15 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	0570115865
	指定した自治体名	秋田市
	事業所の指定日	平成 24 年 11 月 15 日
	指定の更新日 (直近)	令和 6 年 11 月 13 日

### 3. 建物概要

土地	敷地面積	5,029.84 m <sup>2</sup>
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 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> あり (平成 29 年 5 月 1 日～令和 9 年 4 月 30 日) <input type="checkbox"/> なし
	契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	建物	延床面積
	全体	2,979.42 m <sup>2</sup>
建物	うち、老人ホーム部分	1,433.80 m <sup>2</sup>
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> 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 (平成 29 年 5 月 1 日～令和 9 年 4 月 30 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	27.5 m <sup>2</sup>	11	一般個室		
	タイプ 2	有/無	有/無	27.5 m <sup>2</sup>	9	介護個室		
	タイプ 3	有/無	有/無	40.2 m <sup>2</sup>	3	一般相部屋		
	タイプ 4	有/無	有/無	40.2 m <sup>2</sup>	2	介護相部屋		
	タイプ 5	有/無	有/無	50.9 m <sup>2</sup>	1	一般相部屋		
	タイプ 6	有/無	有/無	50.9 m <sup>2</sup>	1	介護相部屋		
	タイプ 7	有/無	有/無	m <sup>2</sup>				
	タイプ 8	有/無	有/無	m <sup>2</sup>				
	タイプ 9	有/無	有/無	m <sup>2</sup>				
	タイプ 10	有/無	有/無	m <sup>2</sup>				
※ 「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	3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	2ヶ所	個室		ヶ所			
			大浴場		2ヶ所			
	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	チェア一浴		ヶ所			
			リフト浴		ヶ所			
			ストレッチャー浴		1ヶ所			
			その他(機械浴)		1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)					

		<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	<input type="checkbox"/> あり 2 なし
	自動火災報知設備	<input type="checkbox"/> あり 2 なし
	火災通報設備	<input type="checkbox"/> あり 2 なし
	スプリンクラー	<input type="checkbox"/> あり 2 なし
	防火管理者	<input type="checkbox"/> あり 2 なし
	防災計画	<input type="checkbox"/> あり 2 なし
その他	食堂・エレベーター・相談室・避難器具も設置	

#### 4. サービスの内容

##### (全体の方針)

運営に関する方針	・事業の実施にあたっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。 ・事業の実施に当たって、関係市町村、地域保健・医療・福祉サービスと綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。
サービスの提供内容に関する特色	・おひとりおひとりに敬意と尊厳の気持ちを常に抱きつつ、身体状況に合わせた真心込めたサービスを提供致します。
入浴、排せつ又は食事の介護	<input type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	<input type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	<input type="checkbox"/> 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"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	個別機能訓練加算	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	夜間看護体制加算	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	若年性認知症入居者受入加算	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	医療機関連携加算	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	口腔衛生管理体制加算	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	栄養スクリーニング加算	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

	退院・退所時連携加算	1 あり <input type="checkbox"/> なし
	看取り介護加算	1 あり <input type="checkbox"/> なし
	認知症専門ケア加算 ( I )	1 あり <input type="checkbox"/> なし
		( II ) 1 あり <input type="checkbox"/> なし
	サービス提供体制強化加算 ( I ) イ	1 あり <input type="checkbox"/> なし
		( I ) ロ 1 あり <input type="checkbox"/> なし
		( II ) 1 あり <input type="checkbox"/> なし
		( III ) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 (医療機関までの通院送迎)
協力医療機関	1	名称 市立秋田総合病院
		住所 〒010-0933 秋田県秋田市川元松丘町 4-30
		診療科目 総合診療
		協力内容 診療が必要であると判断された場合
	2	名称 住所 診療科目 協力内容
協力歯科医療機関	名称	旭北歯科医院
	住所	〒010-0922 秋田県秋田市旭北栄町 1-4
	協力内容	歯科

**(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 面積の増減	1 あり 2 なし

の仕様の変更	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	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	60歳以上の方、もしくは、要介護認定をお持ちの方。		
契約の解除の内容	<p>次のいずれかに該当する場合に本契約は終了致します。(貸主「甲」という。及び借主「乙」という。)</p> <p>① 甲は、乙が次に掲げる義務に違反した場合において、甲が相当の期間を定めて当該義務の履行を催告したにもかかわらず、その期間内に当該義務が履行されないときは、本契約を解除することができる。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>一 第4条第1項に規定する賃料支払義務</li> <li>二 第5条第2項に規定する共益費支払義務</li> <li>三 第7条第3項に規定する状況把握・生活相談サービス料金支払義務</li> <li>四 前条第1項後段に規定する費用負担義務</li> </ul> <p>② 甲は、乙が次に掲げる義務に違反した場合において、当該義務違反により本契約を継続することが困難であると認められるに至ったときは、本契約を解除することができる。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>一 第3条に規定する本物件の使用目的遵守義務</li> <li>二 第8条各項に規定する義務</li> <li>三 その他本契約書に規定する乙の義務</li> </ul> <p>③ 甲は、乙が年齢を偽って入居資格を有すると誤認させるなどの不正の行為によって本物件に入居したときは、本契約を解除することができる。</p> <p>(乙からの解除)</p> <p>乙は、甲に対して少なくとも30日前に解約の申入れを行うことにより、本契約を解約することができる。但し、死亡の場合はこの限りではなく、双方の話し合いにより解約することができる。</p> <p>前項の規定にかかわらず、乙は、解約申し込みの日から30日分の賃料及び状況把握・生活相談サービス料金（本契約の解約後の賃料相当額及び状況把握・生活相談サービス料金相当額を含む。）を甲に支払うことにより、解約申入れの日から起算して30日を経過する日までの間、隨時に本契約を解</p>		

	約することができる。	
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 10 条
	解約予告期間	甲が相当の期間を定める
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 : ) 2 なし	
入居定員	34 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 <sup>※1</sup> <sup>※2</sup>	
	合計 13		常勤	非常勤
管理者	1	1		1
生活相談員	2	2 (兼務)		1
直接処遇職員				
介護職員	9	8	1	6.8
看護職員	3	1 (兼務)	2	1.7
機能訓練指導員	1	1 (兼務)		0.1
計画作成担当者	1	1 (兼務)		0.8
栄養士				
調理員				
事務員				
その他職員				
1 週間のうち、常勤の従業員が勤務すべき時間数 <sup>※2</sup> 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		
		常勤	非常勤
社会福祉士			

介護福祉士	4	3	1
実務者研修の修了者	2		
初任者研修の修了者	3	2	1
介護支援専門員	2	2	

(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	3	1	2
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（16時30分～9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

(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 <input checked="" type="checkbox"/> 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)	1.4：1

※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				
		看護職員		介護職員		生活相談員		機会訓練指導員
		常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	計画作成担当者
前年度1年間の採用者数		1	3					
前年度1年間の退職者数		1	1				1	
この職務に従事した経験年数に応じ	1年未満				1			
	1年以上 3年未満			2			1	
	3年以上 5年未満			1				
	5年以上 10年未満				1			
	10年以上	1	2	5	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】	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
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	賃料改定は賃貸借契約書第4条第3項によります。 他利用料の改定についても当該賃貸借契約書に規定したとおり、改定致します。
	手続き	改定に当たって住宅業者は入居者及び連帯保証人等に事前に通知致します。

### (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1	要介護3
	年齢	89歳	84歳
居室の状況	床面積	40.2m <sup>2</sup>	27.5m <sup>2</sup>
	便所	1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無
	浴室	1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無
	台所	1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無
入居時点で 必要な費用	前払金	円	円
	敷金	152,000円	122,000円
月額費用の合計		199,932円	189,490円
家賃		76,000円	61,000円
サービス費用  介護保険外※ <sub>2</sub>	特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の 費用	18,232円 (1割負担)	22,790円 (1割負担)
	食費	56,700円	56,700円
	管理費	20,000円	20,000円
	介護費用	円	円
	光熱水費	1,500円 電気代実費	1,500円 電気代実費
	その他	6,000円	6,000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	建物の賃借料・設備・備品費・利息等を基礎として一室あたりの家賃を算出した、居室代金をお支払いただくことになります。
敷金	家賃の 2 ヶ月分
介護費用	なし（介護保険サービスを受ける場合は、別途料金お支払いただくことになります）
管理費	廊下等の共同利用設備部分の維持管理等に係る経費及び備品、消耗品
食費	朝食 530円、昼食 630円、夕食 730円を喫食分に応じ請求致します。 キャンセルは3日前までとなっている。
光熱水費	実費

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	おむつ代 実費 理美容代 実費 日用品代 実費 医療保険自己負担分 実費

(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	法定の負担率による自己負担
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(上乗せサービス)	
※ 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	7人
	女性	19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	2 人
	85 歳以上	23 人
要介護度別	自立	2 人
	要支援 1	1 人
	要支援 2	4 人
	要介護 1	8 人
	要介護 2	5 人
	要介護 3	4 人
	要介護 4	0 人
	要介護 5	2 人
入居期間別	6 ヶ月未満	5 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	4 人
	1 年以上 5 年未満	10 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	90.85 歳
入居者数の合計	26 人
入居率*	76.47%
※ 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	4 人
	医療機関	4 人
	死亡者	人
	その他	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	9 人
		(解約事由の例) 他施設への入居変更希望により

## 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	仁井田福祉センター	
電話番号	018-829-5893	
対応している時間	平日	8時30分～17時30分
	土曜	8時30分～17時30分
	日曜・祝日	8時30分～17時30分
定休日	年中無休	

(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 type="checkbox"/> あり	(サービス付き高齢者向け住宅賠償責任保険に加入
	<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	<input type="checkbox"/> あり	損害賠償責任保険では、保険金の支払い対象とならない、対人・対物事故、受託物事故、人格権侵害事故、介護支援業務の遂行に起因して要介護者等に対し、財産上の損害を生じさせた場合、賠償する。
	<input type="checkbox"/> なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり	実施日	
		結果の開示	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> なし		
第三者による評価の実施状況	<input type="checkbox"/> あり	実施日	
		評価機関名稱	
		結果の開示	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> なし			

## 9. 入居希望者への事前情報開示

入居契約書の雛形	<input 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	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 3 公開していない

## 10. その他

運営懇談会	<input type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 1 回
	2 なし	
	<input type="checkbox"/> 1 代替措置あり	(内容)
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 あり (提携ホーム名 : ) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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 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 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核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
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>		
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
地域密着型通所介護	あり	なし 仁井田福祉センター 秋田市仁井田字切上 240 番地 1
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 仁井田福祉センター 秋田市仁井田字切上 240 番地 1
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 仁井田福祉センター 秋田市仁井田字切上 240 番地 1
福祉用具貸与	あり	なし
特定福祉用具販売	あり	なし
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>		
定期巡回・隨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 仁井田福祉センター 秋田市仁井田字切上 240 番地 1
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>		
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
第一号通所事業	あり	なし 仁井田福祉センター 秋田市仁井田字切上 240 番地 1
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 仁井田福祉センター 秋田市仁井田字切上 240 番地 1
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 仁井田福祉センター 秋田市仁井田字切上 240 番地 1
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
<b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b>		
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	仁井田福祉センター	秋田市仁井田字切上 240 番地 1
<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	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※ <sup>1</sup> ）	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※ <sup>2</sup>	都度※ <sup>2</sup>	備考
					料金※ <sup>3</sup>		
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		○	自己負担
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			月2回まで病院への送迎を行う
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			自己負担
理美容師による理美容サービス			なし	あり			自己負担
買い物代行	なし	あり	なし	あり			月2回（第2・第4木曜日）送迎
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				自己負担
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								緊急時・入退院時のみ行う
移送サービス	なし	あり	なし	あり				
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（1～3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。