

様式第2号（第4条、第13条、第14条関係）

有料老人ホーム重要事項説明書

記入年月日	令和6年5月20日
記入者名	風穴 晴美
所属・職名	施設長

※ 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	有限会社
名称	(ふりがな) ゆうげんがいしゃさんらいず 有限会社サンライズ	
主たる事務所の所在地	〒031-0077 青森県八戸市長根二丁目14-2	
連絡先	電話番号	0178-44-8055
	FAX番号	0178-44-9778
	E-mailアドレス	
	ホームページアドレス	http://sunrise-team.com
代表者	氏名	西村 博史
	職名	代表取締役
設立年月日	2005年 3月 8日	
主な実施事業	※別添1（別の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) 有料老人ホームサンライズ八戸	
所在地	〒031-0077 青森県八戸市長根2丁目14-3	
主な利用交通手段	最寄駅	駅
	交通手段と所要時間	JR 八戸線長苗代駅より徒歩 20 分 八戸市営バス売市バス停より徒歩 5 分
連絡先	電話番号	0178-44-8055
	FAX 番号	0178 - 44-9776
	E-mail アドレス	yuryo@sunrise-team.com
	ホームページアドレス	http://sunrise-team.com
管理者	氏名	風穴 晴美
	職名	施設長
建物の竣工日		平成 25 年 2 月 22 日
有料老人ホーム事業の開始日		平成 25 年 3 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	
	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	3157.92 m ²				
	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（普通賃借・定期賃借）				
		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	1698.82 m ²			
		うち、老人ホーム部分	1698.82 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（普通賃借・定期賃借）						
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（縁故者居室を含む）				
		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	有/無	有/無	14.89 m ²	50	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	m ²		
	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	16 か所	うち男女別の対応が可能な便房		か所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房		13 か所	
	共用浴室	2 か所	個室		2 か所	
			大浴場		か所	
	共用浴室における介護浴槽	2 か所	チェアー浴		か所	
			リフト浴		1 か所	
			ストレッチャー浴		1 か所	
			その他 ()		1 か所	
食堂	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし				
入居者や家族が利用できる調理設備	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし				
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> あり (車椅子対応)					
	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし			
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし			
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし			
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし			
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし			
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし			
緊急通報装置等	居室	便所	浴室		その他 ()	
	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> あり		<input checked="" type="checkbox"/> あり	
	2 一部あり	2 一部あり	2 一部あり		2 一部あり	
	3 なし	3 なし	3 なし		3 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	介護・医療・福祉・保健のネットワークを構築し、終生にわたり安心して生活を送る事が出来るよう支援します。 地域との絆を大切にし、信頼されるホーム作りを行います。 自己研鑽・自己啓発を通じて、自分磨きを目指します。
サービスの提供内容に関する特色	認知症の方（当施設で対応出来ない場合はグループホーム等を紹介いたします）、介護度重度の方、終末期の方でも安心して過ごせるサービス・環境を提供します。
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施 2 委託 3 <input checked="" type="checkbox"/> なし
食事の提供	1 自ら実施 2 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> なし
健康管理の供与	1 <input checked="" 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	1 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	1 <input checked="" 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	(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
	介護職員処遇改善加算	(Ⅰ)	1	あり	2	なし
		(Ⅱ)	1	あり	2	なし
		(Ⅲ)	1	あり	2	なし
		(Ⅳ)	1	あり	2	なし
		(Ⅴ)	1	あり	2	なし
	介護職員等特定処遇改善加算	(Ⅰ)	1	あり	2	なし
		(Ⅱ)	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		<input type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	きむらクリニック
		住所	八戸市是川4丁目2-3
		診療科目	内科・外科・皮膚科
		協力内容	入居者様の健康管理、定期診療(訪問・外来)
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	お歯科
		住所	八戸市尻内町直田7-3
		協力内容	訪問歯科診療

(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"/> あり 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> ・ おおむね 65 歳以上の要介護者 ・ 病状が安定し、常時医療機関において治療を受ける必要がない方 ・ 自傷他害の恐れがない方 	
契約の解除の内容	入居契約書 契約解除事項に基づく	
事業主体から解除を求める場合	解約条項	第 5 章第 26 条
	解約予告期間	1 か月
入居者からの解除予告期間	1 か月	
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> あり (内容: 空室がある場合可、料金は通常料金に準ずる) 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 23 人	常勤	非常勤	
管理者	1	1	0	0.5
生活相談員	1	1	0	0.5
直接処遇職員				
介護職員	16	1	15	5.7
看護職員	3	0	0	3
機能訓練指導員	0	0	0	0
計画作成担当者	0	0	0	0
栄養士	0	0	0	0
調理員	0	0	0	0
事務員	1	1	0	1
その他職員	5	3	2	4
1 週間のうち、従業者が勤務すべき時間数※2				
常勤	40時間		非常勤	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 16		
		常勤	非常勤
社会福祉士	0	0	0
介護福祉士	8	1	7
実務者研修の修了者	4	0	4
初任者研修の修了者	2	0	2
介護支援専門員	0	0	0

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計 0		
		常勤	非常勤
看護師又は准看護師	3	3	0
理学療法士	0	0	0
作業療法士	0	0	0
言語聴覚士	0	0	0
柔道整復士	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0
はり師	0	0	0
きゅう師	0	0	0

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (19:30時~7:30時)		
	平均人数	最小時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0人	0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 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 2 なし				
	業務に係る資格等		1 あり								
			資格等の名称	正看護師・介護支援専門員							
		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	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	
前年度1年間の退職者数	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満	1	0	1	0	0	0	0	0	0	
	1年以上3年未満	1	0	1	1	0	0	0	0	0	
	3年以上5年未満	0	0	2	0	0	0	0	0	0	
	5年以上10年未満	2	0	8	1	0	0	0	0	0	
	10年以上	0	0	1	1	0	0	0	0	0	
従業者の健康診断の実施状況				1 あり 2 なし							

(職員の教育訓練、研修等の実施状況)

教育訓練、研修等の内容	実施状況
身体拘束・高齢者虐待について	3回/年
認知症について	12回/年
感染症及び食中毒について	1回/年
緊急時の対応	2回/年

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法 【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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 減額なし <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 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	自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案し、あらかじめ入居者及び身元引受人等に通知し改定するものとする。
	手続き	契約変更通知及び同意書による。

(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	要介護度による設定差なし	要介護度による設定差なし	
	年 齢	年齢のよる設定差なし	年齢のよる設定差なし	
居室の状況	床面積	14.89㎡	14.89㎡	
	便 所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
	浴 室	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
	台 所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
入居時点で 必要な費用	前払金	円	円	
	敷 金	円	円	
月額費用の合計		123,750円	132,750円	
家 賃		33,000円	42,000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	53,460円	53,460円
		管理費	15,840円	15,840円
		介護費用	円	円
		光熱水費	21,450円	21,450円
		その他	9,900円	9,900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 目	算 定 根 拠
家賃	居室 A 日額 1,100 円 居室 B 日額 1,400 円
敷金	家賃の か月分 無し
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 無し
管理費	日額 528 円
食費	日額 1782 円
光熱水費	日額 715 円
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	暖房費 日額 330 円 10月～4月 ※全て税込み価格

(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）	か月
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	9人
	女性	41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	14人
	85歳以上	33人
要介護度別	自立	1人
	要支援 1	0人
	要支援 2	1人
	要介護 1	4人
	要介護 2	13人
	要介護 3	17人
	要介護 4	9人
	要介護 5	5人
入居期間別	6か月未満	15人
	6か月以上 1年未満	9人
	1年以上 5年未満	14人
	5年以上 10年未満	10人
	10年以上 15年未満	2人
	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	87.08歳
入居者数の合計	50人
入居率 ※	100%

※ 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	3人
	社会福祉施設	2人
	医療機関	10人
	死亡者	9人
	その他	0人
生前解約の	施設側の申し出	0人

状況		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	12人
		(解約事由の例) 長期入院により退院の目途が立たない為。 利用料金の安い他施設に住み替え。

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	有料老人ホームサンライズ八戸	
電話番号	0178-44-8055	
対応している 時間	平日	9時～18時
	土曜	定休日(受付のみ可能)
	日曜・祝日	定休日(受付のみ可能)
定休日	土曜日・日曜日	

(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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 東京海上日動火災保険
	<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) ご家族様、居宅介護支援事業者へは連絡し必要な処置を講じる
	<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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	意見箱設置
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
第三者による評価の実施状況	<input type="checkbox"/> 2 なし	1 あり	実施日
			評価機関名称
			結果の開示
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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
重要事項説明書	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度)	1年	1回
	2 なし			
	1 代替措置あり	(内容)	感染症流行時期には、書面を送付	
	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:) <input checked="" 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	なし			
「6. 既存建築物等の活	1 適合している (代替措置)			

用の場合等の特例」への 適合性	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	
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 _____ 風穴 晴美

※ 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	有無	併設・隣接	事業所名	所在地
＜居宅サービス＞				
訪問介護	有	併・隣	ひので訪問介護サービス	八戸市長根
訪問入浴介護	無	併・隣		
訪問看護	無	併・隣		
訪問リハビリテーション	無	併・隣		
居宅療養管理指導	無	併・隣		
通所介護	無	併・隣		
通所リハビリテーション	無	併・隣		
短期入所生活介護	無	併・隣		
短期入所療養介護	無	併・隣		
特定施設入居者生活介護	無	併・隣		
福祉用具貸与	有	併・隣	ひので福祉用具相談センター	八戸市長根
特定福祉用具販売	有	併・隣	ひので福祉用具相談センター	八戸市長根
＜地域密着型サービス＞				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	無	併・隣		
夜間対応型訪問介護	無	併・隣		
地域密着型通所介護	有	併・隣	デイサービスセンター下長	八戸市下長
認知症対応型通所介護	無	併・隣		
小規模多機能型居宅介護	無	併・隣		
認知症対応型共同生活介護	有	併・隣	グループホーム南部山さきおりの家 グループホームふくち	
地域密着型特定施設入居者生活介護	無	併・隣		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	無	併・隣		
看護小規模多機能型居宅介護	無	併・隣		
居宅介護支援				
＜居宅介護予防サービス＞				
介護予防訪問入浴介護	無	併・隣		
介護予防訪問看護	無	併・隣		
介護予防訪問リハビリテーション	無	併・隣		
介護予防居宅療養管理指導	無	併・隣		
介護予防通所リハビリテーション	無	併・隣		
介護予防短期入所生活介護	無	併・隣		
介護予防短期入所療養介護	無	併・隣		
介護予防特定施設入居者生活介護	無	併・隣		
介護予防福祉用具貸与	有	併・隣	ひので福祉用具相談センター	八戸市長根
特定介護予防福祉用具販売	有	併・隣	ひので福祉用具相談センター	八戸市長根
＜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	無	併・隣		
介護予防小規模多機能型居宅介護	無	併・隣		
介護予防認知症対応型共同生活介護	無	併・隣		
介護予防支援				
＜介護保険施設＞				
介護老人福祉施設	無	併・隣		
介護老人保健施設	無	併・隣		
介護療養型医療施設	無	併・隣		
介護医療院	無	併・隣		
＜介護予防・日常生活支援総合事業＞				
訪問型サービス		併・隣	ひので訪問介護サービス	八戸市長根
通所型サービス		併・隣	デイサービスセンター下長	八戸市下長
その他の生活支援サービス		併・隣		

※該当する介護サービスの施設、事業所がある場合、「有無」欄に○を記入してください。
※該当する介護サービスの施設、事業所が有料老人ホームに併設、あるいは隣接している場合、「併」か「隣」を○で囲んでください。

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）				※2 包含	※2 都度	料金 ※3	サービス提供実績	備考
	なし	あり	なし	あり	なし	あり					
介護サービス											
食事介助	なし	あり	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					なし	あり	
おむつ代	-	-	なし	あり		○	実費		なし	あり	各種
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり					なし	あり	
特浴介助	なし	あり	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					なし	あり	
機能訓練	なし	あり	なし	あり					なし	あり	
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	1,000円～		なし	あり	行・院内・帰りの付き添い料金。30分毎に1,000円
生活サービス											
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○	800円～		なし	あり	60分まで800円・90分まで1,200円
リネン交換	なし	あり	なし	あり		○	800円～		なし	あり	60分まで800円・90分まで1,200円
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	800円～		なし	あり	60分まで800円・90分まで1,200円
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	○		管理費に含む		なし	あり	
入居者の嗜好に応じた特別な食事	-	-	なし	あり		○	実費の場合有り		なし	あり	行事食
おやつ	-	-	なし	あり	○		食費に含む		なし	あり	
理美容師による理美容サービス	-	-	なし	あり		○	実費		なし	あり	カットのみ 1,500円

買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	800円～	なし	あり	30分毎 800円
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	○		管理費に含む	なし	あり	
金銭・貯金管理	-	-	なし	あり	○			なし	あり	小遣い程度の少額とする 通帳等の管理はしない
健康管理サービス										
定期健康診断	-	-	なし	あり		○	実費	なし	あり	本人希望・主治医判断による
健康相談	なし	あり	なし	あり	○		管理費に含む	なし	あり	
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○		管理費に含む	なし	あり	
服薬支援	なし	あり	なし	あり	○		管理費に含む	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	○			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	なし	あり				なし	あり	
入退院中の同行	なし	あり	なし	あり	○		1,000円～	なし	あり	行き帰り院内の付き添い料 金 30分毎 1,000円
入院中の洗濯物交換・ 買い物	なし	あり	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				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。