

重要事項説明書

記入年月日	2019年10月1日
記入者名	原田 寛子
所属・職名	盛岡北ケアコミュニティそよ風 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の記載内容に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の記載内容で説明し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	営利法人
名称	(ふりがな) かぶしきがいしやゆにまっと りたいあめんと・こみゆにてい 株式会社ユニマツ リタイアメント・コミュニティ	
主たる事務所の所在地	〒107-0061 東京都港区北青山二丁目7番13号 プラセオ青山ビル	
連絡先	電話番号	03-5413-8228
	FAX 番号	03-5413-8227
	メールアドレス	
	ホームページアドレス	http://www.unimat-rc.co.jp
代表者	氏名	中川 清彦
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成50年 6月 1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) もりおかきたけあこみゆにていそよかぜ 盛岡北ケアコミュニティそよ風	
所在地	〒020-0011 岩手県盛岡市三ツ割4丁目7番17号	
主な利用交通手段	最寄駅	山岸駅
	交通手段と所要時間	① 電車利用の場合

		・山岸駅より 4.6 キロ ② 自動車利用の場合 ・盛岡 IC より 20 分
連絡先	電話番号	019-662-2161
	FAX 番号	019-662-2162
	メールアドレス	moriokakitaccm@unimat-rc.co.jp
	ホームページアドレス	http://www.unimata-rc.co.jp
管理者	氏名	根本 一宏
	職名	管理者
建物の竣工日		昭和・平成・令和元年 7 月 1 日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成・令和元年 9 月 1 日

(類型)【表示事項】

<input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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する場合） <input type="checkbox"/> 3 住宅型 <input type="checkbox"/> 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	盛岡市
	事業所の指定日	2019年 9月 1日
	指定の更新日（直近）	2022年 9月 1日

3 建物概要

土地	敷地面積	1,899.89 m ²	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		<input type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		契約期間	<input type="checkbox"/> 1 あり (2019年 7月 1日～2049年 6月 30日) <input type="checkbox"/> 2 なし
	更新の自動更新	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
建物	延床面積	全体	1,571.63 m ²
		うち、老人ホーム部分	1,292.36 m ²
	耐火構造	1 耐火建築物	
		<input type="checkbox"/> 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		
	<input type="checkbox"/> 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 (2019年7月1日~2049年6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	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	14.43 m ²	22	介護居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	14.43 m ²	18	介護居室個室
	有/無	有/無	m ²			
	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	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	3ヶ所	個室		2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		1ヶ所	
			リフト浴		ヶ所	
			ストレッチャー浴		ヶ所	
			その他 ()		ヶ所	
食堂	1 あり 2 なし					
入居者や家族が利用できる調理設備	1 あり 2 なし					
エレベーター	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					
消防用設備等	消火器	1 あり 2 なし				
	自動火災報知設備	1 あり 2 なし				
	火災通報設備	1 あり 2 なし				
	スプリンクラー	1 あり 2 なし				
	防火管理者	1 あり 2 なし				
	防災計画	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	<p>①事業所の介護職員等は、要支援・要介護者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、日常生活のお世話及び機能訓練を行う事により、利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の保持に努めます。</p> <p>②事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスの綿密な連携を図り、総合的なサービスの実施に努めます。</p> <p>③個人情報に関する法令を遵守します。</p>
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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input checked="" 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	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	生活機能向上連携加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	個別機能訓練加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	夜間看護体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	若年性認知症入居者受入加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	医療機関連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	口腔衛生管理体制加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	栄養スクリーニング加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	退院・退所時連携加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	看取り介護加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	認知症専門ケア加算	(Ⅰ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	サービス提供体制強化加算	(Ⅰ) イ	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅰ) ロ	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
(Ⅱ)		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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) 3 : 1	
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		<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	盛岡赤十字病院
		住所	岩手県盛岡市三本柳6-1-1
		診療科目	総合診療科、血液内科、精神科、神経内科、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、小児科、外科、消化器外科、小児外科、緩和ケア科、整形外科、脳神経外科、リハビリテーション科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、放射線科、麻酔科（ペインクリニック外来）、病理診断科、健診部
		協力内容	利用者の健康診断（必要に応じ）、初期の病気・怪我の対応 症状安定期のアフターケア、 その他関連業務
協力歯科医療機関		名称	大澤脳神経・内科・歯科クリニック
		住所	岩手県盛岡市茶畑2丁目8番3号
		協力内容	診療及び口腔ケア等

(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		入居者に対しより適切な介護を提供する為に必要と判断する場合	
手続きの内容		① 緊急時止むを得ない場合を除いて、一定の観察期間を設ける ② 住み替え後の居室及び介護等の内容、権利の変動、占有面積の変更に伴う費用負担の増減・住み替えに伴う原状回復費用について、入居者及び身元引受人等に説明を行う ③ 入居者の同意を得る (①～③は書面にて確認する)	
追加的費用の有無		1 あり 2 なし	
居室利用権の取扱い		利用権方式	
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	自立している者	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
----------	---------	------	--

【表示事項】	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 入居者が逝去した場合 ② 30日を超えて利用がなかった場合 ③ 入居者から契約解除が行われた場合 ④ 事業者から契約解除が行われた場合 ・入居申込書に虚偽の事項を掲載する等の不正手段により入居したとき ・月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、遅延するとき ・禁止又は制限される行為に違反したとき ・入居者の行動が、他の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、かつ施設における通常の介護方法及び接遇方法ではこれを阻止することができないとき	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第28条、利用契約書第15条
	解約予告期間	3ヶ月
入居者からの解約予約期間	1ヶ月	
体験入居の内容	1 あり (内容：(内容：宿泊費(一泊)2,420円(税込) 食費 2,200円 (朝605円 昼715円 おやつ110円 夕770円(税込) 2 なし	
入居定員	40人	
その他		

5 職員体制

(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	
管理者	1	1		1 1
生活相談員	1	1		1
直接処遇職員				
介護職員	1 1	1 1		1 1
看護職員	2	1	2	2
機能訓練指導員	2		2	1
計画作成担当者	1	1		1
栄養士	1	1		1
調理員	2	2		2
事務員				
その他の職員				
1週間のうち、常勤の従事者が勤務すべき時間数※2				40時間
※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従事者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従事者が勤務すべ				

き時間数で除することにより、当該事業所の従事者の人数を常勤の従事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	1	1	0
介護福祉士		3	0
実務者研修の修了者		0	0
初任者研修の修了者		4	2
介護支援専門員		1	1

(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		2	1
理学療法士		0	0
作業療法士	1	0	0
言語聴覚士		0	0
柔道整復師		0	0
あん摩マッサージ指圧師		0	0
はり師		0	0
きゅう師		0	0

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (21時 ~ 6時)		
	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	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 <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
※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	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	

は省略可能)	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								
	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										
職員 の 人数	業務に従事した経験年数に応じた	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									
従事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 減額なし 2 日割り計算で減額 3 不在期間が16日以上の場合、共益費半額	
利用料金	条件	介護保険法改訂時 増税時

の改定	手続き	説明 同意書の取交し。
-----	-----	-------------

(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	要支援1	要介護1	
	年齢	85歳	85歳	
居室の状況	床面積	14.43㎡	14.43㎡	
	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	0円	0円	
	敷金	0円	0円	
月額費用の合計		194,753円	202,945円	
家賃		72,000円	68,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用	5,943円	18,135円	
	介護保険外※2	食費	65,610円	65,610円
		管理費	46,200円	46,200円
		介護費用	0円	0円
		光熱水費	5,000円	5,000円
	その他	0円	0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	建物の賃借料、設備備品費、借入利息等を基礎として1室あたりの家賃を算出した。 月額 Aタイプ：72,000円 22室 (106～108・110～113・115～118 206～208・210～213・215～218) Bタイプ：68,000円 18室 (101～103・105・120～123・125 201～203・205・220～223・225)
敷金	なし
介護費用	なし
共益費	事務、管理部門の人件費、共用部分・厨房設備の維持管理費、備品、消耗品、共用施設水光熱費
食費	厨房維持費、及び1日3食を提供する為の費用、人件費
光熱水費	共益費に含む
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	〈退去時に必要な費用〉ハウスクリーニング代

	利用居室明け渡し後に専門業者により、当該居室のクリーニングを行う為、その実費相当額を、請求させていただきます。
--	---

(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	指定特定施設入居者生活介護 【基本報酬】 ※1割又は2割負担及び3割負担の場合 要支援1 : 181 (362) (543) 円/日 5,430 (10,860) (16,290) 円/30日 要支援2 : 310 (620) (930) 円/日 9,300 (18,600) (27,900) 円/30日 要介護1 : 536 (1072) (1608) 円/日 16,080 (32,160) (48,240) 円/30日 要介護2 : 602 (1204) (1,806) 円/日 18,060 (36,120) (54,180) 円/30日 要介護3 : 671 (1342) (2,013) 円/日 20,130 (40,260) (60,390) 円/30日 要介護4 : 735 (1470) (2,205) 円/日 22,050 (44,100) (66,150) 円/30日 要介護5 : 804 (1608) (2,412) 円/日 24,120 (48,240) (72,360) 円/30日 【加算】 ※1割又は2割負担及び3割負担の場合 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) : 所定単位数×サービス別加算率 (8.2%) ×10.00 円

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	3人
	女性	8人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	1人
	75歳以上85歳未満	4人
	85歳以上	6人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	0人
	要支援2	3人
	要介護1	2人
	要介護2	3人
	要介護3	2人
	要介護4	1人
	要介護5	0人
入居期間別	6ヶ月未満	11人
	6ヶ月以上1年未満	人
	1年以上5年未満	人

	5年以上10年未満	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	85歳
入居者数の合計	11人
入居率※	27.5%
※ 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	人
	社会福祉施設	人
	医療機関	人
	死亡者	人
	その他	人
生前解約の状況	施設側の申し出	人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	人
		(解約事由の例)

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	盛岡北ケアコミュニティそよ風 管理者 根本一宏	
電話番号	019-662-2161	
対応している時間	平日	8:30~17:30
	土曜	8:30~17:30
	日曜・祝日	8:30~17:30
定休日	なし	

(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) 三井住友海上火災保険株式会社 福祉事業総合賠償責任保険
	2 なし	
介護サービスの提供により賠償すべき事故	1 あり	(その内容) 利用者 身元引受人との話し合

が発生したときの対応		いにより、解決すべき方法を検討する機会をもつ。
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	実施日	未実施
		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
<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	<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
管理規程	<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
事業収支計画書	<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
財務諸表の要旨	<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
財務諸表の原本	<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

10 その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(開催頻度) 年 1回
	2 なし	
	<input type="checkbox"/> 1 代替措置あり	(内容)
	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	

する届出	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	
「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	
不適合事項がある場合の内容	

添付書類：別添1（事業主体が盛岡市内で実施する他の介護サービス一覧表）

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）

※ _____ 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 事業主体が盛岡市内で実施する他の介護サービス一覧表

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	・盛岡ケアセンター そよ風 ・中屋敷ケアセンター そよ風	盛岡市向中野 4-35-22・ 盛岡市中屋敷町 6-17
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	・盛岡ケアセンター そよ風 ・中屋敷ケアセンター そよ風	盛岡市向中野 4-35-22・ 盛岡市中屋敷町 6-17
短期入所療養介護	あり	なし		
特定施設入居者生活介護	あり	なし		
福祉用具貸与	あり	なし		
特定福祉用具販売	あり	なし		
<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	・中屋敷ケアセンター そよ風	盛岡市中屋敷町 6-17

＜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"/> なし		
介護予防訪問看護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防居宅療養管理指導	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防通所リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防短期入所生活介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	・盛岡ケアセンターそよ風 ・中屋敷ケアセンターそよ風	盛岡市向中野 4-35-22・ 盛岡市中屋敷町 6-17
介護予防短期入所療養介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防福祉用具貸与	あり	<input type="checkbox"/> なし		
特定介護予防福祉用具販売	あり	<input 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 type="checkbox"/> なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防支援	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	・盛岡ケアセンターそよ風 ・中屋敷ケアセンターそよ風	盛岡市向中野 4-35-22 盛岡市中屋敷町 6-17
＜介護保険施設＞				
介護老人福祉施設	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護老人保健施設	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護療養型医療施設	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護医療院	あり	<input 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		○	別紙による	実費がかかります。	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり			1,100円	3回/週までは介護費で、4回目以降1,100円（税込）の料金がかかります。	
特浴介助	なし	あり	なし	あり			1,100円		
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				協力医療機関（大澤脳神経・内科・歯科クリニック）以外であれば1時間当たり1,650円【税込】の料金がかかります。	
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○	1,100円/回	2回/週までは介護費で3回目以降は、1,100円（税込）の料金がかかります。	
リネン交換	なし	あり	なし	あり		○	1,100円/回	1回/週までは介護費で、2回目以降は1,100円（税込）の料金がかかります。	
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	1,100円/回	3回/週までは介護費で、4回目以降は1,100円（税込）の料金がかかります。クリーニングは実費となります。	
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			110円/回		
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	別紙による	実費がかかります。	
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	1,650円/回	1回/週までは介護費で、2回目以降1,100円（税込）の料金がかかります。	
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	1,650円/回	1回/月までは介護費で、2回目以降は1,100円（税込）の料金がかかります。	
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				年1回の健康診断を実施。それ以外は実費となります	
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				
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり				1時間当たり1,650円（税込）の料金がかかります。
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。