

重要事項説明書

※ 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を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) かぶしきがいしゃ さんめでいかる 株式会社 サンメディカル	
主たる事務所の所在地	〒020-0878 盛岡市肴町2番31号	
連絡先	電話番号	019-653-8133
	FAX 番号	019-653-8155
	メールアドレス	
	ホームページアドレス	http://www.sunme.jp
代表者	氏名	大村 千亜紀
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 5 年 9 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) じゅうたくがた ゆうりょうろうじんほーむ もーもー 住宅型 有料老人ホーム モーモー
所在地	〒020-0851 盛岡市向中野5丁目3-37
ホームの目的	本事業は、何らかの理由により在宅生活が困難になった利用者に対して、家庭的な環境のもとで、日常生活の援助及び日常生活の中で心身の機能訓練を行う

	ことにより、安心と尊厳のある生活を、利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立して営むことができるように支援する事を目的とする。	
主な利用交通手段	最寄駅	駅
	交通手段と所要時間	例：JR盛岡駅より車で10分、 ②岩手県交通バス「スコール高校前」より徒歩3分
連絡先	電話番号	019-621-2663
	FAX 番号	019-631-2665
	メールアドレス	moumouds@sunme.jp
	ホームページアドレス	http://www.sunme.jp
管理者	氏名	住吉 砂織
	職名	管理者兼介護職員
建物の竣工日		昭和・平成 19年 7月 10日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 19年 8月 24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	平成 年 月 日
	指定の更新日（直近）	平成 年 月 日

3 建物概要

土地	敷地面積	1095 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	
		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
	更新の自動更新	1 あり 2 なし	
建物	延床面積	全体	1037.61 m ²
		うち、老人ホーム部分	737.11 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				
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				
		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	13.623 m ²	9	
	タイプ2	有/無	有/無	13.248 m ²	2	
	タイプ3	有/無	有/無	13.284 m ²	2	
	タイプ4	有/無	有/無	14.369 m ²	2	
	タイプ5	有/無	有/無	12.975 m ²	1	
	タイプ6	有/無	有/無	14.325 m ²	1	
	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	5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	4ヶ所		
	共用浴室	1ヶ所	個室	1ヶ所		
			大浴場	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			1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	<ul style="list-style-type: none"> 利用者様中心のサービスの提供 地域の医療、福祉機関との連携 企業の質の向上
サービスの提供内容に関する特色	<ul style="list-style-type: none"> 「感謝の心」「思いやりの心」「自立の心」の実践に努める 研修や実績を重ねたスタッフによる丁寧な支援を提供 看護師による健康管理や医療との連携
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施 ② 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 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 3 なし
健康管理の供与	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	① 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	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	個別機能訓練加算	1 あり 2 なし
----------------	----------	-----------

の対象となるサービスの体制の有無	夜間看護体制加算	1	あり	2	なし	
	医療機関連携加算	1	あり	2	なし	
	看取り介護加算	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)イ	1	あり	2	なし
		(I)ロ	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 ※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 ()			
協力医療機関	1	名称	池田内科	
		住所	盛岡市上太田弘法清水 10-3	
		診療科目	内科	
		協力内容	入居者の主治医 健康診断 往診	
	2	名称	大澤脳神経・内科・外科・歯科クリニック	
		住所	盛岡市茶畑 2 丁目 8 番	
		診療科目	神経・内科・外科・歯科	
		協力内容	入居者の主治医 健康診断 往診	
協力歯科医療機関	名称	かど歯科クリニック		
	住所	盛岡市門一丁目 19-17		
	協力内容	入居者の歯の相談 治療		

(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 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	少人数による共同生活を営む事ができ、自傷・他害の恐れがないこと	
契約の解除の内容	利用者及び利用者代理人は解約条項に該当する場合において適切な予告機関を置いて解約する事ができる 利用者および利用者代理人に十分な弁明の機会を設けること	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	<ul style="list-style-type: none"> 支払うべき費用の3か月分滞納した場合 伝染病疾患、他利用者の生活や健康に重大な影響を及ぼす恐れがあると医師が認め、退去の必要がある場合 利用者の行動で他利用者の生活や健康に重大な影響を及ぼす恐れがあり、通常介護では防止できないと事業者が判断した場合 利用者又は利用者代理人が故意に法令その他契約の条項に重大な違反をし改善の見込みがない場合
	解約予告期間	適切な期間
入居者からの解約予約期間	2週間	
体験入居の内容	① あり (内容: 1泊2食付5000円 夕食600円朝食400円は別途徴収) 2 なし	
入居定員	17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	
管理者	1		1	
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員	10		10	
看護職員	3		3	
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
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			
介護福祉士		7	
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者		3	
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 (17:30 分～ 8:30 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	2 人	2 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	ヘルパー2 級				
		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

前年度1年間の採用者数										
前年度1年間の退職者数										
志した職員の人数 業務に従事した経験年数に	1年未満			1						
	1年以上			2						
	3年未満									
	3年以上			2						
	5年未満									
	5年以上			4						
	10年未満									
	10年以上		3	2						
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 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	法の改正 物価高騰時等
	手続き	事前に書面にて説明

(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3	要介護4
	年齢	88歳	90歳
居室の状況	床面積	13.623㎡	13.975㎡

	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	200,000 円	200,000 円	
月額費用の合計		143,000 円	143,000 円	
家賃 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	48,000 円	48,000 円
		管理費	20,000 円	20,000 円
		介護費用	円	円
		光熱水費	20,000 円	20,000 円
		家電代 1台につき 1000 円	円	円
		入院時同行サービス 30分 1500 円※3	円	円
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※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）</p> <p>※3 通院に関わるタクシー代が発生した場合は別途請求となります。</p> <p>※入院時や外泊で不在の場合は、家賃・管理費・水道光熱費は1か月分での請求になります。</p> <p>※その他、利用者側の事情により退去される場合は、事業者側に退去を予告した日より30日後にかかる月の家賃・管理費・水道光熱費の1か月分を頂戴いたします。</p>				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	1 近隣の賃貸住宅の相場
敷金	過去のハウスクリーニング代と壁紙貼替費用から算出
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	人件費、消耗品費、共有物品にかかる経費より算出
食費	購入食材、委託料、その他諸経費から算出
光熱水費	月額電気、水道、ガス料金の平均より算出
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	

(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	3人
	女性	14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	6人
	85歳以上	11人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	0人
	要支援2	0人
	要介護1	0人
	要介護2	3人

	要介護3	7人
	要介護4	3人
	要介護5	4人
入居期間別	6ヶ月未満	人
	6ヶ月以上1年未満	3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	0人
	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	86歳
入居者数の合計	17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	0人
	社会福祉施設	0人
	医療機関	2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
		(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		施設内苦情相談窓口
施設内		管理者又は生活相談人 019-631-2663
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		盆・正月
盛岡市介護保険課		介護福祉担当 019-626-7562
第三者委員		町内会長 019-635-3734

(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)
	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	① あり	(その内容)
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	① あり 2 なし	
事故発生時の対応	<p>有料老人ホーム モーモーの利用者がサービスの提供中に事故が発生した場合には、当該利用者の身の安全を第一として緊急時の対応を迅速に行う。また、当該利用者の家族、当該利用者に係わる居宅支援事業所（ある場合）、その他関係機関等に対して迅速な報告連絡を行うなどの必要な措置を講ずる。</p> <p>当該事故の状況及び事故に際してとった処置について記録し、この記録は2年間保存する。</p> <p>以下の点について留意し対応する。</p> <p>① 事業所においては事故発生時のマニュアルに基づき、その状況に応じて迅速に対応する。</p> <p>② 賠償すべき事態においては、速やかに賠償を行う。</p> <p>③ 事故が生じた際にはその原因を解明し、再発を防ぐための対策を速やかに講じる。</p>	

(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	① あり	実施日	
		結果の開示	1 あり 2 なし

握する取組の状況	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
事業収支計画書	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

<p>(1) 身体等の状態の変化に伴うサービス内容の変更につきましては、介護支援専門員、利用者本人とその家族と相談のうえ、検討させていただきます。</p> <p>(2) 年1回の健康診断の受診を行い、その記録を提示して頂きます。</p> <p>(3) 料金の改定をする場合（法改正、物価高騰時等）は、事前に書面や運営懇談会を通じて連絡を致します。</p> <p>(4) 事前に体験入居の制度もありますので、ご相談ください。</p>	
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
携帯ホームへの移行 【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 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）

11 個人情報の守秘義務

従業者は正当な理由がなく、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしません。又、従業者であった者が、業務上知り得た利用者又は、その家族の秘密をもらす事のないよう、必要な措置を講じます。

有料老人ホーム モーモーのサービス提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業者名

(所在地) 岩手県盛岡市肴町2番31号
(名称) 株式会社 サンメディカル
(代表者名) 代表取締役 大村 千亜紀 印

説明者

(氏名) 印

私は、本書面より、事業者から有料老人ホーム モーモーについての重要事項の説明を受け利用を開始することに同意しました。

利用者名

(住所)

(氏名) 印

利用者代理人

(住所)

(氏名) 印

身元引受人

(住所)

(氏名) 印

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	ヘルパーステーションモーモー	盛岡市肴町 2-3 1
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		
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		
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	(株) サンメディカル	盛岡市肴町 2-3 1
特定福祉用具販売	あり	なし	(株) サンメディカル	盛岡市肴町 2-3 1
＜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	サンパーク笑う門デイサービスセンター	盛岡市門一丁目 15-10
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	グループホームサンパーク笑う門	盛岡市門一丁目 15-25, 27
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	あったかいごセンター	盛岡市肴町 2-3 1
＜居宅介護予防サービス＞				
介護予防訪問介護	あり	なし	ヘルパーステーションモーモー	盛岡市肴町 2-3 1
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		
介護予防通所介護	あり	なし		
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		
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		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	(株) サンメディカル	盛岡市肴町 2-3 1
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	(株) サンメディカル	盛岡市肴町 2-3 1
＜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	なし	サンパーク笑う門デイサービスセンター	盛岡市門一丁目 15-10
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	グループホームサンパーク笑う門	盛岡市門一丁目 15-25, 27
介護予防支援	あり	なし	あったかいごセンター	盛岡市肴町 2-31
<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		

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				※付添いができる範囲を明確化すること
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				
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				※利用できる範囲を明確化すること
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	なし	あり				
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり				※回数（年〇回など）を明記すること
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				※付添いができる範囲を明確化すること
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払いによる場合に応じて、いずれかの欄に〇を記入する。

※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。