

重要事項説明書

記入年月日	令和 5年 7月 1日
記入者	島村 理奈
所属・職名	介護付有料老人ホームグリーン 施設長

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) かぶしきがいしゃ 株式会社 フォーエバー	
主たる事務所の所在地	〒010-1632 秋田市新屋大川町 18 番 7 号	
連絡先	電話番号	018 (828) 1850
	F A X 番号	018 (828) 5264
	ホームページアドレス	http://www.jkk-sotohp.or.jp
代表者	氏名	穂積 知穂
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 61年 7月 7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) かいごつきゆうりょうろうじん 介護付有料老人ホーム グリーン		
所在地	〒010-0802 秋田市外旭川字三後田 184		
主な利用交通手段	最寄駅	泉・外旭川 駅	
	交通手段と 所要時間	バス利用の場合 ・秋田駅より秋田中央交通バス神田旭野線 外旭川病院前下車すぐ	
連絡先	電話番号	018 (869) 7050	
	F A X 番号	018 (868) 3810	
	ホームページアドレス	http://www.jkk-sotohp.or.jp/green/	
管理者	氏名	島村 理奈	
	職名	施設長	
建物の竣工日	平成	22年	3月 25日
有料老人ホーム事業の開始日	平成	22年	5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)		
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	特定施設入居者生活介護 0570118463	介護予防特定施設入居者生活介護 0570118463
	指定した自治体名	秋田県 (市)	
	事業所の指定日	平成 22年 5月 1日	令和 3年 8月 1日
	指定の更新日 (直近)	令和 4年 4月 30日	令和 4年 4月 30日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1,487 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	
契約の自動更新	1 あり	2 なし		

建物	延床面積	全体	2,879 m ²			
		うち、老人ホーム部分	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				
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	18.9 m ²	31 室	介護居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	21.3~22.7 m ²	18 室	介護居室個室
	タイプ3	有/無	有/無	27.0 m ²	1 室	介護居室個室
	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	9ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	3ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	6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	1ヶ所	チェア一浴	ヶ所		

	介護浴槽		リフト浴	ヶ所
			ストレッチャー浴	1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施設	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	社会的意義と責任を強く認識し、事業経営の安定とサービス水準の維持に努める。		
サービスの提供内容に関する特色	入居者の人格を尊重し、安心と尊厳ある生活が営めるよう個々のニーズに応じた適切なサービスの提供に努める。		
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	
	個別機能訓練加算	(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	
	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
	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	
	ADL維持等加算	(I)	1	あり	2	なし	
(II)		1	あり	2	なし		
化学的介護推進体制加算			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					
短期利用特定施設入居者生活介護の算定	可						

(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	外旭川病院			
		住所	秋田市外旭川字三後田 142			
		診療科目	内科、皮膚科、リハビリテーション科			

	2	協力内容	医師派遣、健康相談、看護相談、入院、その他
		名称	外旭川サテライトクリニック
		住所	秋田市外旭川字中谷地 46
		診療科目	内科、精神科、診療内科、皮膚科、神経内科、整形外科、呼吸器内科
協力歯科医療機関		協力内容	医師派遣、健康相談、看護相談、その他
		名称	外旭川サテライトクリニック 歯科
		住所	秋田市外旭川字中谷地 46
		協力内容	往診、相談等

(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		
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			
契約の解除の内容	入居者からの一か月前の申し出、死亡退居		
事業主体から解約を求める 場合	解約条項	長期入院、支払い滞納等	
	解約予告期間	1 ヶ月	
入居者からの解約予告期間	1 ヶ月		
体験入居の内容	1 あり (内容: 空室有りの場合可 最長2泊3日) 2 なし		
入居定員	50人		

その他	空室利用による短期利用特定施設入居者生活介護 上限5人
-----	-----------------------------

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 ^{※1} ※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1		0.5
生活相談員	1	1		1
直接処遇職員	23	23		21.5
介護職員	20	20		19
看護職員	3	3		2.5
機能訓練指導員	1	1		1
計画作成担当者	2	2		1
栄養士	1	1		1
調理員	8	8		8
事務員	1	1		1
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 ^{※2}				
※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業員の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業員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	15	15	
実務者研修の修了者	2	2	
初任者研修の修了者	3	3	
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	

看護師又は准看護師			
理学療法士			
作業療法士	1	1	
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時半 ~ 9時半)		
	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	3人	3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)	3 : 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	看護師				
		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			3							
前年度1年間の退職者数	1		2							
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							
	1年以上 3年未満		2							
	3年以上 5年未満									
	5年以上 10年未満		1							
	10年以上	3		16		1		1		2
	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	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 減額あり 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	根拠作成し運営懇談会にて協議の上決定
	手続き	重要事項へ記載し介護保険課へ届出。入居者との再契約。

(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 5	
	年齢	85 歳	85 歳	
居室の状況	床面積	18.9 m ²	27.0 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	150,000 円	159,000 円	
月額費用の合計		164,192 円	184,671 円	
家賃		50,000 円	53,000 円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	6,966 円	27,445 円	
	介護保険外 ^{※2}	食費	53,484 円	53,484 円
		管理費	53,742 円	53,742 円
		介護費用	円	円
		光熱水費	円	円
		その他	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>				

(利用料金の算定根拠)

費用	算定根拠
家賃	近隣施設の家賃相場等を勘案し算出
敷金	家賃の 3 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	建設維持管理費、事務費、人件費（事務、管理部門）、光熱水費
食費	食費仕入原価＋光熱費＋人件費
光熱水費	管理費に含む
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	

(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	家賃、管理費、食費、介護費用
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。	

(短期利用特定施設入居者生活介護の利用料)

1日の居住費	1,150円
1日の食費	1,782円
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> ・ 最長30日までの利用が可能 ・ 介護保険要介護認定が要介護の方のみ利用が可能 ・ 介護保険サービス料金、加算が別途かかる

(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	9人
	女性	41人
年齢別	65歳未満	人
	65歳以上75歳未満	人
	75歳以上85歳未満	5人
	85歳以上	45人
要介護度別	自立	人
	要支援1	人
	要支援2	人
	要介護1	5人
	要介護2	12人
	要介護3	14人
	要介護4	17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	3人
	1年以上5年未満	28人
	5年以上10年未満	13人
	10年以上15年未満	1人
	15年以上	人

(入居者の属性)

平均年齢	92.1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	0人
	社会福祉施設	1人
	医療機関	0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	1 人
		(解約事由の例) 経済的理由による他サービスへの移行

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		苦情、相談
電話番号		018 (869) 7050
対応している時間	平日	9時～17時
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土日祝祭日

(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	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 介護保険法、支援費制度(障害者福祉サービス)、対応賠償責任保険加入
	2 <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	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 介護保険法、支援費制度(障害者福祉サービス)、対応賠償責任保険加入
	2 <input type="checkbox"/> なし	
事故対応及びその予防のための指針	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 <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	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	実施日	令和5年4月26日
		結果の開示	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし
2 <input type="checkbox"/> なし			
第三者による評価の実施状況	1 <input type="checkbox"/> なし	実施日	
		結果の開示	1 <input type="checkbox"/> なし 2 <input type="checkbox"/> なし
2 <input checked="" type="checkbox"/> あり			

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

運営懇談会	1 あり	(開催頻度) 年 1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	1 あり 2 なし	

模及び構造設備」に合致しない事項	
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	

利用料の一覧

有料老人ホームグリーン

(介護保険適用外部分)

項目		金額	備考
家賃	一般	50,000円/月 (日割り金額 1,666円/日)	ベッド、トイレ、洗面台、クローゼット設置
	特別室	53,000円/月 (日割り金額 1,766円/日)	ベッド、トイレ、洗面台、クローゼット設置
敷金		家賃3ヶ月分	入居時
管理費		53,742円/月 (日割り金額 1,791円/日)	事務、管理部門人件費及び居室清掃や施設管理等、光熱水費
食費		53,484円/月 (日割り金額 1,782円/日)	特別食は別途
水道光熱費		管理費に含む	
オムツ代		実費	
洗濯代		実費	

(介護保険適用)

	介護度	1日当り自己負担 (1割負担の場合)	加算 (1割負担の場合)
介護予防 特定施設入居者 生活介護	要支援1	182円	<ul style="list-style-type: none"> ・個別機能訓練加算Ⅰ 12円/日 ・サービス提供体制強化加算Ⅰ 22円/日 ・介護職員処遇改善加算(Ⅱ) ※ベースアップ等支援加算を除く介護サービス総単位数の6.0% ・介護職員等ベースアップ等支援加算 ※処遇改善加算を除く介護サービス総単位数の1.5%
	要支援2	311円	
特定施設入居者 生活介護	要介護1	538円	<ul style="list-style-type: none"> ・個別機能訓練加算Ⅰ 12円/日 ・夜間看護体制加算 10円/日 ・サービス提供体制強化加算Ⅰ 22円/日 ・介護職員処遇改善加算(Ⅱ) ※ベースアップ等支援加算を除く介護サービス総単位数の6.0% ・介護職員等ベースアップ等支援加算 ※処遇改善加算を除く介護サービス総単位数の1.5% ・看取り介護加算Ⅰ
	要介護2	604円	
	要介護3	674円	
	要介護4	738円	
	要介護5	807円	1. 死亡日以前31～45日(72円/日) 2. 死亡日以前4～30日(144円/日) 3. 死亡日前日及前々日(680円/日) 4. 死亡日 (1280円/日)

I. 金銭等貴重品の管理について

施設では金銭、貴重品の管理等は行いません。居室への持込、管理は自己責任の元で行っていただけるようお願い致します。

II. 入退去月の支払いについて

入退去当月の家賃、管理費及び食費は日割り(家賃、管理費、食費参照)計算し、その他費用は実費とします。

III. 入居前の解約について

- ①入居予定日1週間前までは全額返金致します。
- ②入居予定日1週間内の場合1ヶ月分の家賃を徴収します。

IV. 病状等の変化又はその他の事由により、入院等で2週間以上空室となる場合は、2～4週間で病状を見極め、双方の合意により退居とします。(但し、病状等に応じて相談致します。)

V. 入居者が第三者を付添い、介助、看護、その他の目的で居室内に居住させることは原則として認めないものとします。

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
<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		
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		
特定施設入居者介護	あり	なし	有料老人ホームフイー 高齢者優良賃貸住宅 ほのか	秋田市將軍野向山 13 番 42 号 秋田市広面字糠塚 102 番 1 号
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	フォーエバー ケアプランセンター	秋田市新屋大川町 18 番 7 号
<居宅介護予防サービス>				
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	有料老人ホームフイー 高齢者優良賃貸住宅 ほのか	秋田市將軍野向山 13 番 42 号 秋田市広面字糠塚 102 番 1 号
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		
<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		
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		
<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 ^{*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}	備考
						料金 ^{*3}	
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		○	希望者に対し実施（別紙価格表参照）
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			個別機能訓練加算 12単位/日
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	500円/30分 協力病院以外への通院介助
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		○	業者委託（自費）
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		○	500円/30分 特別な希望による買物等の代行
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	500円/30分 介護保険等の手続きについては無料
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回定期健康診断自己負担なし
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			移動、移送の介助
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり			
入院中に見舞い訪問	なし	あり	なし	あり			

- ※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)

重要事項説明書および添付書類について事業者より説明を受けました。

令和 年 月 日

入居者 氏名 _____

身元引受人 氏名 _____

説明年月日 令和 年 月 日

説明者氏名 _____

※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。