

## 重要事項説明書

記入年月日	平成29年5月1日
記入者名	山内 美波
所属・職名	事務員

※ 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	社会福祉法人
名称	(ふりがな) しゃかいふくしほうじん しんわかい 社会福祉法人 信和会	
主たる事務所の所在地	〒103-0002 東京都中央区日本橋馬喰町一丁目5番4号	
連絡先	電話番号	03-6661-2825
	FAX番号	03-6661-2535
	ホームページアドレス	http://www.net-pier.com
代表者	氏名	細越 善次郎
	職名	理事長
設立年月日	昭和 平成 11年 10月 26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) ゆうりょうろうじんほーむ くろーばーず・ぴあ八戸「ひまわりの家」D棟 有料老人ホーム クローバース・ピア八戸「ひまわりの家」D棟	
所在地	〒031-0801 青森県八戸市江陽二丁目13番38号	
主な利用交通手段	最寄駅	本八戸駅

	交通手段と所要時間	・ JR八戸線、本八戸駅より車で5分。 ・ 大型ショッピングセンター「ラピア」より徒歩5分。
連絡先	電話番号	0178-45-5304
	FAX 番号	0178-45-5306
	ホームページアドレス	http://www.net-pier.com
管理者	氏名	東 正子
	職名	施設長
建物の竣工日		昭和・平成 16年 7月 1日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 25年 4月 1日 (旧事業主体での開設：平成16年7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	
	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	4,648.00 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 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	1,266.06 m <sup>2</sup>
		うち、老人ホーム部分	1,266.06 m <sup>2</sup>
	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 <input checked="" type="radio"/> 2 鉄骨造 3 木造 4 その他 ( )				
	所有関係	<input checked="" type="radio"/> 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】	<input checked="" type="radio"/> 1 全室個室				
		<input checked="" type="radio"/> 2 相部屋あり				
		最少	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	<input checked="" type="radio"/> 有/無	<input checked="" type="radio"/> 有/無	17.83 m <sup>2</sup>	25	一般居室個室
	タイプ2	<input checked="" type="radio"/> 有/無	<input checked="" type="radio"/> 有/無	32.36 m <sup>2</sup>	1	一般居室個室
	タイプ3	<input checked="" type="radio"/> 有/無	<input checked="" type="radio"/> 有/無	20.85 m <sup>2</sup>	1	一般居室個室
	タイプ4	<input checked="" type="radio"/> 有/無	<input checked="" type="radio"/> 有/無	19.60 m <sup>2</sup>	1	一般居室個室
	タイプ5	<input checked="" type="radio"/> 有/無	<input checked="" type="radio"/> 有/無	36.50 m <sup>2</sup>	1	一般居室相部屋
	タイプ6	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	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	2ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	0ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	1ヶ所		
	共用浴室	2ヶ所	個室	1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	ヶ所		
			リフト浴	ヶ所		
			ストレッチャー浴	1ヶ所		
			その他 ( )	ヶ所		
食堂	<input checked="" type="radio"/> 1 あり      2 なし					
入居者や家族が利用できる調理設備	<input checked="" type="radio"/> 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"> <li>1 自立のために支援します。</li> <li>2 人生の大先輩として、その尊厳を大切に致します。</li> <li>3 個人別に最も適したサービスを提供します。</li> <li>4 選択の自由を尊重します。</li> <li>5 一人一人の個性を尊重します。</li> <li>6 私生活の自由と保護に配慮します。</li> <li>7 生き甲斐、生活のうらおいそして喜びを提供します。</li> <li>8 家族や友人との関係を大切に保つよう協力します。</li> </ul>
サービスの提供内容に関する特色	終身利用住宅型
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	個別機能訓練加算	1 あり	2 なし	
	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
		(Ⅲ)	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 checked="" type="radio"/> 1 救急車の手配 <input checked="" type="radio"/> 2 入退院の付き添い <input checked="" type="radio"/> 3 通院介助 <input type="radio"/> 4 その他 ( )	
協力医療機関	1	名称	医療法人一松堂医院
		住所	八戸市大字朔日町 37
		診療科目	内科
		協力内容	定期往診、健康診断、通院治療、緊急時対応
	2	名称	医療法人弘仁会 於本病院
		住所	八戸市大工町 10 番地
		診療科目	内科
		協力内容	定期往診、健康診断、通院治療、緊急時対応
協力歯科医療機関		名称	高山歯科医院
		住所	八戸市柏崎五丁目 3 番 35 号
		協力内容	入居者の健康保持を含む歯科医療全般

(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		<input type="radio"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input type="radio"/> 2 介護居室へ移る場合 <input checked="" type="radio"/> 3 その他 (介護スタッフや看護師等のケアステーションへ近い居室へ移る場合)	
判断基準の内容		介護内容によりケアステーションへ近い居室の入居者と身元引受人との検討による	
手続きの内容			
追加的費用の有無		1 あり	<input checked="" type="radio"/> 2 なし
居室利用権の取扱い		変わりなし	
前払金償却の調整の有無		1 あり	<input checked="" type="radio"/> 2 なし
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	1 あり	<input checked="" type="radio"/> 2 なし
	便所の変更	1 あり	<input checked="" type="radio"/> 2 なし
	浴室の変更	1 あり	<input checked="" type="radio"/> 2 なし
	洗面所の変更	1 あり	<input checked="" type="radio"/> 2 なし
	台所の変更	1 あり	<input checked="" type="radio"/> 2 なし
	その他の変更	1 あり	(変更内容)
		<input checked="" type="radio"/> 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	<p>事業者は、入居者が次の各号の一に該当し、且つそのことが本契約における双方の信頼関係を損なうものである場合には、6ヶ月の予告期間を以て、本契約を解除することができる。</p> <p>①入居者が本契約締結時に提出した書類に虚偽の事項を記載し、又は真実と異なる書類を提出する等により、不正に入居したとき。</p> <p>②食費、管理費、介護料その他諸費用・立替金の支払いを度々遅滞したとき。</p> <p>③目的施設及び付帯施設又はこれらに付随する什器備品を故意又は重大な過失により汚損・破損又は滅失したとき。</p> <p>④本契約又は細則の規程に度々違反し、改善の見込みが認められないとき。</p> <p>⑤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、かつ有料老人ホームにおける通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止することができないとき。</p> <p>2. 事業者は、本契約の解除通告を行うに先だて、入居者又は入居者の身元引受人に対し、弁明の機会を設けるものとする。</p> <p>3. 事業者は入居者に対し、前第1項の予告期間中に入居者の移転先の有無を確認し、移転先未定の場合は入居者、身元引受人、又は関係者若しくは関係機関と協議し、入居者の移転先確保について協力するものとする。</p>		
事業主体から解除を求める場合	解約条項	入居契約書 第5章 30条	
	解約予告期間	6ヶ月	
入居者からの解除予告期間	1ヶ月		
体験入居の内容	① あり (内容: 1泊2日無料。ただし食費は1食514円。)		
	2 なし		
入居定員	30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	2	2		
看護職員	1		1	
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士	1		1	
調理員				
事務員	1	1		
その他職員	3		3	
1週間のうち、常勤の従業者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		
	常勤	非常勤	
社会福祉士			
介護福祉士	2	2	
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者			
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			
柔道整復士			
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 ( 16時30分 ~ 9時30分 )		
	平均人数	最小時人数 (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 2 なし
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 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 ける利用料金 (月払い) の	1 減額なし 2 日割り計算で減額	



取扱い	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	諸物価及び人件費の増大等を勘案し、費用、料金の額を改訂する必要がある時。
	手続き	改訂の必要がある時は運営懇談会の同意を得て、改訂することができる。

(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4	要支援2	
	年齢	93歳	95歳	
居室の状況	床面積	17.83 m <sup>2</sup>	17.83 m <sup>2</sup>	
	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	550万円	550万円	
	敷金	円	円	
月額費用の合計		76,260+(※3)円	76,260+(※3)円	
家賃		円	円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護の費用※1	円	円	
	介護保険外※2	食費	46,260円	46,260円
		管理費	15,000円	15,000円
		介護費用	円	円
		光熱水費	15,000円	15,000円
その他(おむつ等)		(※3)円	(※3)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 おむつ使用料金など有料でのサービス。</p>				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	一時金が8年間分(96ヶ月)の家賃相当額に当たります。
敷金	家賃の 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	1日500円×30日=15,000円(建物保守管理費及び事務費一部負担額)
食費	朝・昼・夕食 各514円 1日1,542円×30日
光熱水費	1日500円×30日=15,000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	

(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）		96 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）		550,000 円
初期償却率		10%
返還金の算定方法	入居後 3 月以内の契約終了	入居日の翌日から三月以内の契約解除又は死亡により契約が終了した場合、受領済みの入居一時金を全額返金する。ただし、利用期間に係る利用料を下記算定方法に基づき受領する。 ・ 入居一時金 × 90% ÷ 想定居住期間の月数 ÷ 30 × (入居日の翌日から契約終了日までの実日数) ※その他、月払い利用料については日割り精算を行う。
	入居後 3 月を超えた契約終了	返還金 = 入居一時金 × 90% ÷ (入居日の翌日から想定居住期間満了日までの実日数) × (契約終了日から償却期間満了日まで実日数) ・ 「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費用」は、全額返金する。 ※月払い利用料については日割り精算を行う。 ※必要な原状回復費用があれば受領する。
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	4 人
	女 性	20 人

年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上 75歳未満	1人
	75歳以上 85歳未満	1人
	85歳以上	21人
要介護度別	自立	0人
	要支援 1	0人
	要支援 2	1人
	要介護 1	5人
	要介護 2	7人
	要介護 3	4人
	要介護 4	1人
	要介護 5	6人
入居期間別	6ヶ月未満	1人
	6ヶ月以上 1年未満	0人
	1年以上 5年未満	12人
	5年以上 10年未満	5人
	10年以上 15年未満	6人
	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	88.6歳
入居者数の合計	24人
入居率 ※	80%
※ 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	3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	3人
(解約事由の例) 医療機関への長期入院のため		

## 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		苦情受付
電話番号		0178-45-5304
対応している 時間	平日	24 時間
	土曜	24 時間
	日曜・祝日	24 時間
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) 建物火災保険・自動車搭乗者損害保険・対人保険
	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) 介護保険・社会福祉事業者総合保険
	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	

(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 あり	実施日	
		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
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
事業収支報告書	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 2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	居室について、2人部屋1室あり。	
「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	居室について	
不適合事項がある場合の内容	2人部屋1室あり。	

添付書類：別添1 (別の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 平成 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
〈居宅サービス〉				
訪問介護	あり	なし	訪問介護センターひまわり	八戸市江陽二丁目 13-36
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	ショートステイクローバーズピア	八戸市南郷市野沢字山陣屋 36-50
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	特定有料老人ホームクローバーズ・アネックス	八戸市南郷市野沢字山陣屋 36-50
			有料老人ホームクローバーズ・ピア八戸ひまわりの家	八戸市江陽二丁目 13-33
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	グループホームピア・コミュニティ	八戸市南郷市野沢字山陣屋 36-50
			グループホームこもれびの家	八戸市南郷島守字中野沢 22-1
通所介護	あり	なし	デイサービスセンタークローバーズ・ピア	八戸市南郷市野沢字山陣屋 36-50
			デイサービスセンタークローバーズ・ピア江陽	八戸市江陽二丁目 13-33
			デイサービスセンタークローバーズ・ピアこよう	八戸市江陽二丁目 1-32
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	特別養護老人ホームクローバーズ・ピア	八戸市南郷市野沢字山陣屋 36-50
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	居宅介護支援センタークローバーズ・ピア	八戸市江陽二丁目 13-33
〈居宅介護予防サービス〉				
介護予防訪問介護	あり	なし	訪問介護センターひまわり	八戸市江陽二丁目 13-36
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	ショートステイクローバーズ・ピア	八戸市南郷市野沢字山陣屋 36-50
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	特定有料老人ホームクローバーズ・アネックス	八戸市南郷市野沢字山陣屋 36-50
			有料老人ホームクローバーズ・ピア八戸ひまわりの家	八戸市江陽二丁目 13-33

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	グループホームピア・コミュニティ	八戸市南郷市野沢字山陣屋 36-50
			グループホームこもれびの家	八戸市南郷島守字中野沢 22-1
介護予防通所介護	あり	なし	デイサービスセンタークローバズ・ピア	八戸市南郷市野沢字山陣屋 36-50
			デイサービスセンタークローバズ・ピア江陽	八戸市江陽二丁目 13-33
			デイサービスセンタークローバズ・ピアこうよう	八戸市江陽二丁目 1-32
〈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

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	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）				備考
			住宅型	宅型		料金※3	
				包含 ※2	都度 ※2		
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	○		実費
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	○		時間外1回500円
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			
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	○		前日までに予約
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	○		実費
買い物代行	なし	あり	なし	あり	○		八戸市内1回500円
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	○		実費
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・入院中のサービス							
移送サービス	なし	あり	なし	あり			
入退院中の同行	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	○		実費
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○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。

