

特定施設入居者生活介護 白神憩の郷

重要事項説明書

記入年月日	令和7年5月19日
記入者名	工藤 ひとみ
所属・職名	管理者

1. 事業主体概要

種類	個人 <input checked="" type="radio"/> 法人 <input type="radio"/>	
	※法人の場合、その種類	農業協同組合
名称	(ふりがな) あきたしらかみのうぎょうきょうどうくみあい あきた白神農業協同組合	
主たる事務所の所在地	〒016-0102 秋田県能代市字一本木 47 番地	
連絡先	電話番号	0185-58-3000
	FAX番号	0185-58-2002
	メールアドレス	
	ホームページアドレス	http://akita-shirakami.jp/
代表者	氏名	工藤 巖
	職名	代表理事組合長
設立年月日	平成 10年 11月 2日	
主な実施事業	営農指導事業、生活指導事業、購買事業、販売倉庫事業、利用事業、信用事業、共済事業、福祉介護事業※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) じえいえいあきたしらかみとくていしせつさーびすつきこうれいしゃむけじゅうたくしらかみいこいのさと JA あきた白神特定施設サービス付き高齢者向け住宅 白神憩の郷
----	--

所在地	〒016-0013 秋田県能代市向能代字トトメキ 106 番地 89	
主な利用交通手段	最寄駅	五能線向能代駅
	交通手段と所要時間	①徒歩：五能線向能代駅から 8 分程度 ②車：奥羽本線利用東能代駅より 17 分程度
連絡先	電話番号	0185-88-8136
	FAX番号	0185-88-8137
	メールアドレス	s-ikoinosato@ja-shirakami.jp
	ホームページアドレス	http://akita-shirakami.jp/
管理者	氏名	工藤 ひとみ
	職名	施設長兼管理者
建物の竣工日		平成 29年 4月 14日
有料老人ホーム事業の開始日		平成 29年 4月 15日
サービス付き高齢者向け住宅登録番号		秋田県知事 第0516001号 (H28年8月23日付)

【類型】【表示事項】

<p>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）</p> <p>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）</p> <p>3 住宅型</p> <p>4 健康型</p>		
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事業所：0570225227 予防特定施設入居者生活介護事業所：0570225227
	指定した自治体名	秋田県
	事業所の指定日	令和5年4月15日（介護予防特定施設 令和5年4月15日）
	指定の更新日 (直近)	令和11年4月14日（介護予防特定施設 令和11年4月14日）

3. 建物概要

土地	敷地面積	3, 288.37 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		1, 778. 69 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 (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 ※夫婦等2名以上入居の場合は、原則、その必要数分の居室をご契約いただきます。			
		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
	タイプ1	有/無	有/無	18.00 m ²	40
	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	
※「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	5ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房	5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	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	
緊急通報装置等	居室	① あり 2 一部あり 3 なし	便所 ① あり 2 一部あり 3 なし	浴室 ① あり 2 一部あり 3 なし
				その他（ ） 1 あり 2 一部あり 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	常に尊敬と敬意の念を持ってその人らしい生活を送ることが出来るように、自立支援を基盤としたケアの提供を目指します。
サービスの提供内容に関する特色	一人一人が歩んでこられた人生の理解と共感に基づき、思いやりと心からの洗練されたサービスを提供します。
入浴、排せつ又は食事の介護	① 自ら実施 2 委託 3 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	(Ⅰ)	① あり 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり ② なし
	夜間看護体制加算	(Ⅰ)	1 あり ② なし
		(Ⅱ)	① あり 2 なし
	科学的介護推進体制加算		① あり 2 なし
	協力医療機関連携加算	(Ⅰ)	1 あり ② なし
		(Ⅱ)	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
	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
	介護職員等処遇改善加算	(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	
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	
	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（服薬管理等）		
協力医療機関	1	名称	秋田県厚生農業協同組合連合会 能代厚生医療センター	
		住所	〒016-0014 秋田県能代市落合字上前田地内	
		診療科目	総合診療科	
		協力科目	内科・脳神経外科・消化器科・放射線化・その他	
		協力内容	定期往診・緊急時の指示・入院治療の受入 ※医療費その他の費用は入居者の自己負担	
			入所者の病状の急変時 等において相談対応を 行う体制を常時確保	
	2	名称	能代皮ふ科クリニック	
		住所	〒016-0825 能代市柳町 13-68 Jサイドビル 2 階	
		診療科目	皮膚科	
		協力科目		
		協力内容	皮膚科疾患に係る訪問診療、治療並びに指導	
	3	名称	医療法人英会 工藤眼科医院	
		住所	〒016-0816 能代市富町 10 番 8 号	
		診療科目	眼科	
		協力科目		
協力内容		一般眼科疾患に係る訪問診療、治療並びに指導		
協力歯科医療機関		名称	医療法人 佳聖会 みなみ歯科・のしろインプラントセンター	
		住所	〒016-0171 秋田県能代市河戸川字大須賀 53 番地 3	
		協力内容	口腔ケア指導、診療及び治療、緊急時の往診	

(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	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	① 60歳以上の者または要介護・要支援認定を受けている者 ② 健康保険を有している者 ③ 賃料、共益費等々、入居者が支払うべき費用を負担できる者 ④ 連帯保証人及び、身元引受人を指定できる者 ⑤ 入居契約書・重要事項説明書等を遵守できる者 ⑥ 入居資格審査に合格され、入居手続きをすべて完了された者 ⑦ JAあきた白神サービス付き高齢者向け住宅での生活を楽しむことができる者	
契約解除の内容	入居契約書第17条	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第19条
	解約予告期間	6ヶ月相当の期間
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: 2泊3日 10,000円(税込)(食事付き5食) 1泊2日 5,000円(税込)(食事付き2食)) ※空室がある場合のみ対応可能 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		0.5
生活相談員	1	1		1.0
直接処遇職員	20	19	1	
介護職員	18	17	1	16.2
看護職員	2	2		2
機能訓練指導員	1	1		1
計画作成担当者	1	1		0.8
栄養士	1	1		0.5
調理員	8	6	2	
事務員	2	2		
その他職員	1	1		
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	1		
介護福祉士	15	1	
実務者研修の修了者	0		
初任者研修の修了者	2		
介護支援専門員	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	1	1	
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			
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00分～ 翌10時00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)	2.5 : 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		

(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		介護福祉士		
	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		1	0	2	0	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数		0	0	4	0	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	0	0	3	0	0	0	1	0	0	0
	1年以上 3年未満	1	0	4	0	1	0	0	0	0	0
	3年以上 5年未満	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0
	5年以上 10年未満	0	0	6	0	0	0	0	0	1	0
	10年以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	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 下記のいずれかの方法によりお支払いいただきます。 1. 事業者指定口座への振り込み 2. 利用者指定口座からの自動振替 3. 現金支払い ※振込手数料は利用者側でのご負担と致します。 ※正当な理由なく支払うべき利用料を滞納した場合には、1ヶ月以上の期間を定めて、期間内に滞納額の全額支払いがないときは、契約を解除する旨の催告させていただきます。催告された場合には、事業者が住所を有する市町村等と連絡を取り、解除後も入居者の健康・生命に支障のないように、必要な措置を講じます。 これらの措置を講じた上で、利用者が滞納額の支払いをしなかったときは、文書をもってこの契約を解除させていただきます。	
	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	消費者物価指数、雇用情勢、その他経済事情の変動により、料金が不相当となった場合
	手続き	甲、乙協議の上決定します

(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1	要介護3	
	年齢	88歳	88歳	
居室の状況	床面積	180.00㎡	180,00㎡	
	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		135,887円	140,523円	
家賃		39,800円	39,800円	
サービス費用	介護保険外※ ₂	特定施設入居者生活介護※ ₁ の費用	19,887円	24,523円
		食費	46,200円	46,200円
		共益費(事務費・生活支援等)	30,000円	30,000円
		介護費用	0円	0円
		光熱水費(共益費に含む)	0円	0円
	管理費(共益費に含む)	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	部屋面積、設備内容
敷金	なし
共益費	管理費、事務費、水道光熱費、共用部分の消耗備品費、維持費
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
食費	46,200円/月 ※月30日とした場合 内、朝食400円/食、昼食570円/食、夕食570円/食
水道光熱	なし(共益費に含む。)
管理費	なし(共益費に含む。)
暖房費	3,700円/月(冬期間11月~3月のみ)
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2

家電持込料	1, 650 円/月 消費電力の大きい家電製品を、4 点以上持ち込みの場合加算させていただきます。 (例 冷蔵庫、テレビ、空気清浄機、加湿器、電気ポット、扇風機、電子レンジ、電気毛布 等その他管理者が認める物) ※熱源となる機器の持ち込みは禁止とさせていただきます。(例 トースター、電気ストーブ、石油ファンヒーターなど) 電気毛布の使用は認めさせていただきます。
エアコンクリーニング費用	実費とさせていただきます。 居室内のエアコンにつきましては、通常使用の範囲内でも本体内にカビや細菌が発生するため、原則年 1 回専門業者によるエアコンクリーニングの費用をご負担いただきます。但し、2 ヶ月以内の入居者様は、当施設で負担いたします。 ※夏前 (5 月～6 月頃) 予定とし、翌月請求とさせていただきます。
退居時居室クリーニング費用	実費とさせていただきます。 退去時のクリーニングにつきましては、専門業者に依頼し実施させていただきます。(退去時に利用料金と一緒に請求となります) ※居室内のクロス張り替え、居室内フローリングワックスや別途マットレスの交換は、当施設で負担いたしますが、入居者様の故意による損傷(共有部分を含む)については、実費負担していただきます。
買い物代行・外出同行	1 回あたり : 2, 200 円 ※施設事情により、希望日に対応できない場合があります。
透析時同行サービス	1 回あたり : 2, 200 円 ※協力医療機関へのサービスは無料となります。
生活支援サービス料	41, 000 円/月(自立者のみ該当) 「特定施設入居者生活介護」を利用される方は、状況把握・生活相談サービスは介護保険適用サービスに含まれることから、状況把握・生活相談サービス料の別途ご負担はございません。

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠)

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	なし
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)	なし
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

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	8人
	女性	31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	10人
	85歳以上	28人
要介護度別	自立	人
	要支援1	1人
	要支援2	人
	要介護1	17人
	要介護2	12人
	要介護3	3人
	要介護4	3人
	要介護5	3人
入居期間別	6ヶ月未満	6人
	6ヶ月以上 1年未満	2人
	1年以上 5年未満	24人
	5年以上 10年未満	7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	88.9歳
入居者数の合計	39人
入居率※	98%
※ 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	4人
	死亡	3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)

窓口の名称	J A あきた白神特定施設サービス付き高齢者向け住宅白神憩の郷
電話番号	0185-88-8136
受付時間	8 : 30~17 : 30
定休日	なし
窓口の名称	J A あきた白神相談窓口
電話番号	0120-918-371
受付時間	8 : 30~17 : 30
定休日	土・日・祝
窓口の名称	能代市福祉保健部 長寿いきがい課
電話番号	0185-89-2156
受付時間	
定休日	
窓口の名称	秋田県国民健康保険団体連合会
電話番号	018-862-3850
受付時間	
定休日	
窓口の名称	秋田県運営適正委員会 (苦情解決委員会)
電話番号	018-862-2726
受付時間	
定休日	
備考	「秋田県福祉サービス推奨支援センター」に苦情・相談可能

(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) 共栄火災海上保険株式会社 代理店 秋田県農協共済株式会社 ・施設賠償責任保険 ・生産物賠償責任保険 ・保管物賠償責任保険
	2 なし	
介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応	① あり	(その内容) 入居者に対するサービス提供にあたり、事故が発生し入居者の生命・身体財産に損害を発生した場合は、不可抗力による場合を除き、速やかに入居者に対して損害を賠償します。但し、入居者に重過失がある場合は、事業者は賠償責任を免除されたり、または、賠償額が減額される場合があります。
	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	随時実施
		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	適時
		評価機関名称	高齢者対策検討委員会
		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

運営懇談会	① あり	(開催頻度) 年 1 回 (主な内容) 入居者の状況、入退去の状況、サービス提供の状況、入居者の意向確認や意見交換、職員の体制、勤務形態の説明、その他特に必要と認められた事項
	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 秋田県知事 第 0516001 号 (H28 年 8 月 23 日付)	
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（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）

_____様

説明年月日 年 月 日

説明者署名_____

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等

介護サービス等の種類			事業所の名称	所在地
<居宅サービス>				
訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	JAあきた白神ホームヘルプサービス	能代市鮎淵字古屋布43-1
訪問入浴介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
訪問看護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
訪問リハビリテーション	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
居宅療養管理指導	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	JAあきた白神デイサービスセンターいなほの里	能代市鮎淵字古屋布43-1
通所リハビリテーション	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
短期入所生活介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
短期入所療養介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
特定施設入居者生活介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
福祉用具貸与	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
特定福祉用具販売	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
<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	<input checked="" type="checkbox"/>		
夜間対応型訪問介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
地域密着型通所介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
認知症対応型通所介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
小規模多機能型居宅介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
認知症対応型共同生活介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
居宅介護支援	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	JAあきた白神居宅介護支援事業所	能代市鮎淵字古屋布43-1
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問入浴介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防訪問看護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防居宅療養管理指導	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防通所リハビリテーション	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防短期入所生活介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防短期入所療養介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防福祉用具貸与	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
特定介護予防福祉用具販売	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
<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 checked="" type="checkbox"/>		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防支援	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	JAあきた白神居宅介護支援事業所	能代市鮎淵字古屋布43-1
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護老人保健施設	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護療養型医療施設	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護医療院	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
<介護予防・日常生活支援総合事業>				
訪問型サービス	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	JAあきた白神ホームヘルプサービス	能代市鮎淵字古屋布43-1
通所型サービス	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	JAあきた白神デイサービスセンターいなほの里	能代市鮎淵字古屋布43-1
その他の生活支援サービス	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		

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	
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				
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				透析時同行サービスについては2,200円/回。協力医療機関は無料。
口腔衛生管理	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		○	実費	週2回の清掃は無料。退去の際のクリーニング代実費
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				外部サービス
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○		2,200円/回 旧能代市内のみ
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○		1,000円/回 旧能代市内のみ
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、結核検診
健康相談	なし	あり	なし	あり				毎月、嘱託医の回診
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								
入退院時の同行	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		○		1,000円/回
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～3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。

緊急時連絡先

ふりがな		
入居者氏名		
家族等記入上位者を優先して連絡します。	①	氏名（続柄） ()
		住所・電話番号 
	②	氏名（続柄） ()
		住所・電話番号 
	③	氏名（続柄） ()
		住所・電話番号 
入居者連帯保証人氏名（続柄） ()		
住所・電話番号 		
入居者身元引受人氏名（続柄） ()		
住所・電話番号 		
病院名		
主治医		
住所・電話番号 