

**重要事項説明書**

記入年月日	2024年10月1日
記入者名	花野 麻理子
所属・職名	事業所長

※ 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／ <input type="checkbox"/> 法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきかいしゃ がっけんここふあん 株式会社学研ココファン	
主たる事務所の所在地	〒141-8420 東京都品川区西五反田二丁目 11番8号	
連絡先	電話番号	03-6431-1860
	FAX番号	03-6431-1864
	ホームページアドレス	<a href="http://www.cocofump.co.jp/">http://www.cocofump.co.jp/</a>
代表者	氏名	森 猛
	職名	代表取締役
設立年月日	平成 20 年 5 月 15 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) ここふあんかなざわくらつきにばんかん ココファン金沢鞍月弐番館
----	--

所在地	〒920-8222 金沢市大友一丁目 238 番地	
主な利用交通手段	最寄駅	金沢駅
	交通手段と所要時間	北陸本線 金沢駅から バスで 8 分 降車後、 徒歩 7 分
連絡先	電話番号	076-237-8606
	FAX番号	076-237-8607
	ホームページアドレス	<a href="http://www.cocofump.co.jp/">http://www.cocofump.co.jp/</a>
管理者	氏名	花野 麻理子
	職名	事業所長
建物の竣工日		令和5年2月28日
有料老人ホーム事業の開始日		令和5年4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）		
<input checked="" type="checkbox"/> 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	県（市）
	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	1554.00 m <sup>2</sup>	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> あり ( 2023年3月1日～2048年2月29日) 2 なし
		契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	建物	延床面積	全体 2055.13 m <sup>2</sup>
		うち、老人ホーム部分	2055.13 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 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 ( 2023 年 3 月 1 日～2048 年 2 月 29 日) 2 なし			
	契約の自動更新	1 あり 2 なし			
居室の状況	【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	18.00 m <sup>2</sup>	12	
タイプ 2	有／無	有／無	18.60 m <sup>2</sup>	6	
タイプ 3	有／無	有／無	25.10 m <sup>2</sup>	22	
タイプ 4	有／無	有／無	25.41 m <sup>2</sup>	2	
タイプ 5	有／無	有／無	36.20 m <sup>2</sup>	6	
タイプ 6	有／無	有／無	36.80 m <sup>2</sup>	2	
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	1 ケ所	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	1 ケ所	
	共用浴室	5 ケ所	個室	5 ケ所	
			大浴場	ヶ所	
	共用浴室における介護浴槽	1 ケ所	チェア一浴	ヶ所	
			リフト浴	ヶ所	
			ストレッチャー浴	1 ケ所	

		その他( )	ヶ所
食堂	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
入居者や家族が利用できる調理設備	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
エレベーター	1 あり(車椅子対応) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	自動火災報知設備 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	火災通報設備 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	スプリンクラー <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	防火管理者 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	防災計画 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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	多くの高齢者の方が、安心して暮らし続けられるためのサービスを提供します。		
サービスの提供内容に関する特色	24時間の安心の介護・スタッフ体制 自立の方から要介護5の方まで安心して暮らせる設備		
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> なし		
食事の提供	1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> なし		
洗濯、掃除等の家事の供与	1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> なし		
健康管理の供与	<input type="checkbox"/> 自ら実施 <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> なし		
安否確認又は状況把握サービス	<input type="checkbox"/> 自ら実施 <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> なし		
生活相談サービス	<input type="checkbox"/> 自ら実施 <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> なし
	生活機能向上連携加算	1 あり <input type="checkbox"/> なし
	個別機能訓練加算	1 あり <input type="checkbox"/> なし
	夜間看護体制加算	1 あり <input type="checkbox"/> 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
	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	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
	( 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 ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 通院介助 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
協力医療機関	1	名称 医療法人社団健水会 水口内科クリニック 住所 石川県金沢市鞍月 5 丁目 219 診療科目 内科 アレルギー科 血液内科 協力内容 訪問診療等
	2	名称 住所 診療科目 協力内容
		名称 住所 協力内容
		名称 住所 協力内容

(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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> なし
従前の居室との仕様の変更	面積の増減 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	便所の変更 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	浴室の変更 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	洗面所の変更 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	台所の変更 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	その他の変更 1 あり <input type="checkbox"/> (変更内容) <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	要支援の者 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	要介護の者 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
留意事項	60歳以上、事業主体が設定する基準による審査あり	
契約の解除の内容	終身建物賃貸借契約書 第14条 第15条 第16条による	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	終身建物賃貸契約 第15条
	解約予告期間	6ヶ月
入居者からの解約予告期間	1ヵ月または6ヶ月	
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> あり (内容:空室がある場合、2泊3日等の体験入居あり) <input type="checkbox"/> なし	
入居定員	60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	
管理者	1	1		
生活相談員	1			
直接処遇職員	9	5	5	
介護職員				
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
事務員	1		1	
その他職員				
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		4	4
実務者研修の修了者			1
初任者研修の修了者		2	
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			
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（17時00分～9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	1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 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		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	業務に係る資格等		<input checked="" type="checkbox"/> 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
	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				1							
じ た 職 員 の 人 数  業 務 に 従 事 し た 経 験 年 数 に 応	1年未満			1							
	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										
従業者の健康診断の実施状況				<input type="checkbox"/> あり	1	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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	1 あり <input type="checkbox"/> なし
要介護状態に応じた金額設定	1 あり <input type="checkbox"/> 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 手続き 公租公課、経済事情の変動等により料金が不相当となった場合 協議の上改定

(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 (2人部屋・2人分の料金)
入居者状況	要介護度		
	年齢	歳	歳
居室の状況	床面積	18.00 m <sup>2</sup>	36.20 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	円	円
	敷金	106,000 円	244,000 円
月額費用の合計		165,476 円	277,096 円
家賃		53,000 円	122,000 円
サービス費用 介護保険外※ <sub>2</sub>	特定施設入居者生活介護※ <sub>1</sub> の費用		円
	食費	50,520 円	101,040 円
	管理費	円	円
	介護費用	円	円
	共益費(プラン2は光熱費実費発生)	22,000 円	9,200 円
	燃料調整協力金(共益費に加算)	3,300 円	1,100 円
生活支援サービス費		36,056 円	43,756 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	近傍家賃相場による
敷金	家賃の2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。
生活支援サービス費	緊急時対応、安否確認、生活支援相談などへの職員対応の人工費として
食費	人工費、食材費等による。希望制(朝434円・昼650円・夕600円3食30日食べた場合50,520円)
光熱水費(共益費)	建物全体にかかる光熱費から共同利用設備部分で使用する光熱水費を除いた光熱水費に、各専有面積を各専有部分の合計面積で除した面積按分割合を乗じた額
利用者の個別的な選択に	別添2

によるサービス利用料	
その他のサービス利用料	介護保険適用外のサービスは、10分440円～
その他必要な料金	居室内の電話代、NHK受信料 等

(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（上乗せサービス）	
※ 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	15人
	女性	40人
年齢別	65歳未満	2人
	65歳以上75歳未満	3人
	75歳以上85歳未満	11人
	85歳以上	39人

要介護度別	自立	9 人
	要支援 1	3 人
	要支援 2	5 人
	要介護 1	10 人
	要介護 2	14 人
	要介護 3	9 人
	要介護 4	2 人
	要介護 5	3 人
入居期間別	6 ヶ月未満	10 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	2 人
	1 年以上 5 年未満	43 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	85.8 歳
入居者数の合計	55 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	2 人
	社会福祉施設	3 人
	医療機関	1 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	9 人
	(解約事由の例) 特別養護老人ホームへ入居	

## 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	ココファン金沢鞍月式番館 事業所長 花野 麻理子	
電話番号	076-237-8606	
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	原則窓口は休業日となります
	日曜・祝日	原則窓口は休業日となります
定休日	土日祝日、年末年始	
窓口の名称	株式会社学研ココファン 本社 事業本部長 木村 祐介	
電話番号	03-6431-1860	
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	原則窓口は休業日となります
	日曜・祝日	原則窓口は休業日となります
定休日	土日祝日、年末年始	
窓口の名称	金沢市役所 福祉健康局 介護保険課	
電話番号	076-220-2264	
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	原則窓口は休業日となります
	日曜・祝日	原則窓口は休業日となります
定休日	土日祝日、年末年始	
窓口の名称	石川県国民健康保険団体連合会 (介護サービス苦情窓口)	
電話番号	076-231-1110	
対応している時間	平日	8:30~17:15
定休日	土日祝日、年末年始	

(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) 損害保険ジャパン日本興亜株。サービス等の提供に伴って、事業者の責めに帰するべき事由による損害を補償
	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) 事故当事者の身体生命に係る対応を最優先に行い、その後、行政機関

		に報告を行う。
	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	随時
		結果の開示	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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情報開示

入居契約書の雛形	1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	
	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	1 あり (提携ホーム名： )	

【表示事項】	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
やむを得ず身体拘束を行う場合の手続き	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等は行いません。</li> <li>・「緊急やむを得ない場合」とは、①利用者又は他の利用者等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高い、②身体拘束等以外に代替する介護方法がない、③身体拘束等が一時的なもの の要件全てを満たしている場合に限ります。</li> <li>・身体的拘束等を行う場合は、説明書を用いて、利用者又はご家族に身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間を詳細に説明し、十分な理解を得たうえで実施します。</li> <li>・身体拘束等を行った場合は、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに理由を記録し、速やかな解除に向けた計画を作成します。</li> <li>・具体的な手続き等については、別に定める「身体的拘束等の適正化のための指針」のとおりです。</li> </ul>
ハラスメント対策について	<p>学研ココファンはお客様との信頼関係のもとに、安全安心な環境で質の高いケアを提供して参ります。</p> <p>サービスご利用時における、お客様からの殴る、蹴るなどの身体的攻撃、暴言、威嚇などの精神的な攻撃、職員の身体を触る、卑猥な冗談、しつこく男女関係を迫るなどの性的行為、過大な要求、その他ハラスメント等の著しい迷惑行為が発生した場合は行政や地域包括支援センター等関係機関に状況を共有し解決を図ります。</p> <p>状況が改善しない場合はサービス提供を致しかねることもありますことをご了承ください。</p> <p>事業所と致しましても、ハラスメントに関する研修の実施や状況の把握、未然防止への点検等の取り組み、相談・報告の体制を整えて参ります。</p>
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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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	なし
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 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	
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>			
訪問介護	あり なし	学研ココファン 金沢鞍月ヘルパーセンター 学研ココファン 金沢泉が丘ヘルパーセンター 学研ココファン 金沢三ツ屋ヘルパーセンター 学研ココファン 金沢清川ヘルパーセンター	石川県鞍月 5-219 石川県金沢市泉が丘 2-6-53 石川県金沢市三ツ屋町口3 8-1 石川県金沢市清川町10-12
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	デイサービス ココファン湯癒館・問屋町 デイサービスココファン金沢鞍月	金沢市問屋町1丁目3 8番地1 金沢市鞍月5丁目219 番地
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		
特定福祉用具販売	あり なし		
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>			
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		
地域密着型通所介護	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	学研ココファン 金沢鞍月	金沢市鞍月5丁目21 9番地
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>			
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		
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	料金※3	備考
介護サービス							※併設の訪問介護事業所による提供あり	
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				
生活サービス							※併設の訪問介護事業所による提供あり	
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				
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				
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							※併設の訪問介護事業所による提供あり	
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				
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、月額の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。