

重要事項説明書

記入年月日	令和4年10月1日
記入者名	渡邊 昇
所属・職名	株式会社 ゆとりの園 常務取締役

※ 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 <u>法人</u>	
	※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 ゆとりのその 株式会社 ゆとりの園	
主たる事務所の所在地	〒921-8014 石川県金沢市糸田1丁目142番地	
連絡先	電話番号	076-292-3030
	FAX番号	076-292-3031
	ホームページアドレス	http://yutorinosono.com/
代表者	氏名	渡邊 満
	職名	代表取締役
設立年月日	平成22年 11月 17日	
主な実施事業	※別添1（別の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) けあほ一むゆとりのその ケアホームゆとりの園		
所在地	〒921-8011 石川県金沢市入江1丁目219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	金沢駅みどりの窓口から車で7分	
連絡先	電話番号	076-292-2800	
	FAX番号	076-292-2801	
	ホームページアドレス	同上	
管理者	氏名	油野 カナメ	
	職名	ケアホームゆとりの園 施設長	
建物の竣工日		平成25年	3月 1日
有料老人ホーム事業の開始日		平成25年	3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	県（市）
	事業所の指定日	年 月 日
	指定の更新日（直近）	年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	601.84 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	677.3 m ²			
		うち、老人ホーム部分	650 m ²			
	耐火構造	<input checked="" type="radio"/> 1 耐火建築物 <input type="radio"/> 2 準耐火建築物 <input type="radio"/> 3 その他 ()				
	構造	<input checked="" type="radio"/> 1 鉄筋コンクリート造 <input type="radio"/> 2 鉄骨造 <input type="radio"/> 3 木造 <input type="radio"/> 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				
		<input type="radio"/> 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				
		<input checked="" type="radio"/> 2 相部屋あり				
		最少	1 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 / <input type="radio"/> 無	有 / <input checked="" type="radio"/> 無	13~18 m ²	14	一般居室個室
	タイプ2	有 / <input checked="" type="radio"/> 無	有 / <input checked="" type="radio"/> 無	14 m ²	1	一般居室個室
	タイプ3	<input checked="" type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 無	有 / <input checked="" type="radio"/> 無	24~27 m ²	2	一般居室相部屋
	タイプ4	有 / <input type="radio"/> 無	有 / <input type="radio"/> 無	m ²		
	タイプ5	有 / <input type="radio"/> 無	有 / <input type="radio"/> 無	m ²		
	タイプ6	有 / <input type="radio"/> 無	有 / <input type="radio"/> 無	m ²		
	タイプ7	有 / <input type="radio"/> 無	有 / <input type="radio"/> 無	m ²		
	タイプ8	有 / <input type="radio"/> 無	有 / <input type="radio"/> 無	m ²		
タイプ9	有 / <input type="radio"/> 無	有 / <input type="radio"/> 無	m ²			
タイプ10	有 / <input type="radio"/> 無	有 / <input type="radio"/> 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	3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	2ヶ所		
	共用浴室	2ヶ所	個室	2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	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	愛・奉仕・希望の精神に則り、ご利用者が少しでも前向きに生きがいのある楽しい暮らしが出来るよう支援します。ご利用者の個性や人格を尊重し、拘束をしない介護をします。
サービスの提供内容に関する特色	ご利用者に日常生活を営むために必要な介護並びに健康保持のための、相談・助言、食事の提供などを行います。
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 2 なし	
	生活機能向上連携加算	1 あり 2 なし	
	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	
	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
	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
介護職員処遇改善加算	(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	
	(Ⅴ)	1 あり 2 なし	
介護職員等特定処遇改善加算	(Ⅰ)	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

① 救急車の手配

※複数選択可		<input checked="" type="radio"/> ② 入退院の付き添い <input checked="" type="radio"/> ③ 通院介助 4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	大野内科医院
		住所	石川県金沢市中央通町 11-5
		診療科目	内科
		協力科目	内科
		協力内容	薬処方、診察
	2	名称	かがやき在宅診療所
		住所	石川県金沢市窪 6 丁目 257-1
		診療科目	内科
		協力科目	内科
		協力内容	薬処方、診察
協力歯科医療機関		名称	溝口デンタルオフィス
		住所	石川県金沢市片町 1 丁目 4-18 5 階
		協力内容	歯科診察

(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="radio"/> ③ その他 (利用者または家族が居室移転を希望する場合)	
判断基準の内容	利用者または家族が居室移転を希望し、移転先が空室、空床または移転先の利用者または家族が了承していた場合	
手続きの内容	契約書の内容通り。1人部屋から2人部屋、またはその逆の場合、は室料に差があるため、当月は室料を日割りとして請求する。	
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	転室前日に利用権を失い、転室当日から転室先の利用権となる。	
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	<input checked="" type="radio"/> ① あり 2 なし
	便所の変更	<input checked="" type="radio"/> ① あり 2 なし
	浴室の変更	1 あり <input checked="" type="radio"/> ② なし
	洗面所の変更	<input checked="" type="radio"/> ① あり 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
	<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>入居者は、事業者に対して1ヶ月前に契約解除の申し入れを行うことにより本契約を解除することができます。</p> <p>入居者が前項の解約届を提出せず居室を退去した場合、事業者が退去の事実を知った日の翌月末をもって、本契約は解除されたものとします。</p>	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	<p>事業者は、入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことが本契約を将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合に、本契約を解除することがあります。</p> <p>① 入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき。</p> <p>② 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞するとき。</p> <p>③ 入居者の順守義務の規定に違反したとき。</p> <p>④ 入居者の行動が、他の入居者又は職員の生命に危害を及ぼし、又はその危害の切迫したおそれがあり、かつ施設における通常の接遇方法等ではこれを防止することができないとき。</p> <p>前項の規定に基づく契約の解除の場合、事業者は次の各号に掲げる手続きを書面で行います。</p> <p>① 契約解除の通告について 30 日の催告期間をおく。</p> <p>② 前号の通告に先立って入居者及び身元引受人等に弁明の機会を設ける。</p> <p>解除催告の予告期間中に入居者の移転先の有無について確認し、移転先がない場合には入居者や身元引受人等と協議し、移転先の確保に協力する。</p>

		<p>前項の規定によって契約を解除する場合は、事業者は前項のほか、書面にて次の手続きを行います。</p> <p>① 医師の意見を聴く。</p> <p>② 一定の観察期間をおく。</p> <p>前各項の規程により、事業者が本契約を解除した時は、入居者は直ちに建物を無条件で明け渡さなければなりません。尚、本契約を解除したことにより、入居者に損害を生ずることがあっても、事業者はその責を負いません。</p>
	解約予告期間	30 日間
入居者からの解約予告期間		1 か月前
体験入居の内容	1 あり (内容 :) ② なし	
入居定員		20 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	
	15 人			
管理者	1 人	1 人		
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員	14 人	5 人	9 人	
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				
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}	
<p>※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。</p> <p>※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。</p>	

(資格を有している介護職員の人数)

	合計		
	14人	常勤	非常勤
社会福祉士			
介護福祉士	11	8	3
実務者研修の修了者	1	0	1
初任者研修の修了者	2	0	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		
	0人	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 (19時30～ 翌日8時)		
	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	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
---------------------------	-----------------------------------	----------------------------

員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)		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	17人
	訪問介護事業所の名称	訪問介護ゆとりの園
	訪問看護事業所の名称	ゆとりの園訪問看護ステーション
	通所介護事業所の名称	通所介護ゆとりの園西金沢

(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	0	0	3	5	0	0	0	0	0	0	
前年度1年間の退職者数	0	0	4	4	0	0	0	0	0	0	
応じた業務に従事した経験年数に 職員の人数	1年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	1年以上 3年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	3年以上 5年未満	0	0	1	0	0	0	0	0	0	
	5年以上 10年未満	0	0	4	1	0	0	0	0	0	
	10年以上	0	0	4	1	0	0	0	0	0	
		0	0	4	1	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	
	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30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	運営懇談会の意見を聞いた上で、改定します。
	手続き	あらかじめ入居者及び身元引受人等に通知します。

（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5	
	年齢	80歳	90歳	
居室の状況	床面積	27㎡	13㎡	
	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	15万円	15万円	
月額費用の合計		123500円	109000円	
家賃		84500円	70000円	
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	39000円	39000円
		管理費	円	円
		介護費用	円	円
		光熱水費	円	円
	その他	円	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	64500 円～119000 円
敷金	15 万円
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	なし
食費	朝食 350 円、昼食 450 円、間食 50 円、夕食 450 円
光熱水費	なし
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	11 月～翌年 2 月冬季暖房費 5000 円

(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	5人
	女性	13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	4人
	85歳以上	14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	1人
	要介護2	5人
	要介護3	3人
	要介護4	7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	1人
	1年以上 5年未満	8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	89.3歳
入居者数の合計	18人
入居率*	90%
※ 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	自宅等	1人
--------	-----	----

数	社会福祉施設	1人
	医療機関	9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	2人
		(解約事由の例) 他介護施設への転居の為、自宅への帰宅の為

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		渡邊 昇
電話番号		076-292-2800
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜	同上
	日曜・祝日	同上
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) 医療事故、介護事故に対応した保険に加入しています。
	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) できるだけ迅速に対応して、必要な損害賠償を致します。
	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	
		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 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	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	

する届出	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	なし
不適合事項がある場合の内容	

添付書類：別添 1（別々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 _____

※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	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	訪問介護ゆとりの園 訪問介護ゆとりの園西金沢	石川県金沢市入江1丁目219 石川県金沢市米泉町7丁目59番地
訪問入浴介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
訪問看護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ゆとりの園 訪問看護ステーション	石川県金沢市米泉7丁目61-5 2F
訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	通所介護ゆとりの園西金沢	石川県金沢市米泉町7丁目59番地
通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
短期入所生活介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
短期入所療養介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
福祉用具貸与	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
特定福祉用具販売	<input type="checkbox"/>	<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	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
夜間対応型訪問介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
認知症対応型通所介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
小規模多機能型居宅介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	小規模多機能型居宅介護ゆとりの園	石川県金沢市糸田1丁目142番地
認知症対応型共同生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	認知症対応型共同生活介護ゆとりの園	石川県金沢市糸田1丁目142番地
地域密着型特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
看護小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
居宅介護支援	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ケアプランセンターゆとりの園	石川県金沢市米泉7丁目61-5 2F
< 居宅介護予防サービス >				
介護予防訪問入浴介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防訪問看護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防短期入所生活介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防短期入所療養介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防福祉用具貸与	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
特定介護予防福祉用具販売	<input type="checkbox"/>	<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	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		

介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	小規模多機能型居宅介護ゆとりの園	石川県金沢市糸田1丁目142番地
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		
<介護予防・日常生活支援総合事業>				
訪問型サービス	あり	なし		
通所型サービス	あり	なし		
その他の生活支援サービス	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
	なし	あり	なし	あり				
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		○	500円	1時間 500円 金沢市内
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○	500円	1回 5分ごと
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		○	50円	
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		○	200円	
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				※回数（年○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								
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○	500円	1時間 500円 金沢市内
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、月額の利用料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。