

重要事項説明書

記入年月日	令和3年4月1日
記入者名	崎野 晴美
所属・職名	PDハウス白山/施設 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 checked="" type="checkbox"/> 法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃさんうえるず 株式会社サンウェルズ	
主たる事務所の所在地	〒920-0067 石川県金沢市二宮町15番13号	
連絡先	電話番号	076-272-8982
	FAX番号	076-272-8986
	ホームページアドレス	http://www.sunwels.jp
代表者	氏名	苗代 亮達
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・ <input checked="" type="checkbox"/> 平成 23年 4月 1日	
主な実施事業	※別添1（別を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)ピーでいーはうすはくさん PDハウス白山	
所在地	〒924-0039 白山市北安田2丁目17番地	
主な利用交通手段	最寄駅	駅
	交通手段と所要時間	①バス利用の場合 ・北鉄バス乗車10分、千代野東1丁目停留所下車、徒歩2分 ②自動車利用の場合 ・乗車5分
連絡先	電話番号	076-276-3500
	FAX番号	076-276-3510
	ホームページアドレス	http://www.sunwels.jp
管理者	氏名	崎野 晴美
	職名	施設長
建物の竣工日		昭和・平成 27年 1月 20日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 27年 2月 11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	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	2,245.26 m ²
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地

		<input 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 type="checkbox"/> 1 あり (平成 26 年 8 月 7 日~令和 26 年 8 月 6 日) 2 なし				
		契約の自動更新	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし				
建物	延床面積	全体	2,416.21 m ²				
		うち、老人ホーム部分	m ²				
	耐火構造	<input type="checkbox"/> 1 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 2 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> 3 その他 ()					
		構造	<input type="checkbox"/> 1 鉄筋コンクリート造 <input type="checkbox"/> 2 鉄骨造 <input type="checkbox"/> 3 木造 <input type="checkbox"/> 4 その他 ()				
			所有関係	<input type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する建物 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり (年 月 日~ 年 月 日) <input type="checkbox"/> 2 なし					
	契約の自動更新	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし					
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 全室個室					
		<input type="checkbox"/> 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	13.07 m ²	40	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	13.24 m ²	30	一般居室個室
	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		
	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	21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	19ヶ所
	共用浴室	5ヶ所	個室	5ヶ所
			大浴場	ヶ所
	共用浴室における 介護浴槽	3ヶ所	チェア浴	2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	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	防火管理者	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	防災計画	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 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	入居者様が快適で心身共に充実した生活を営めること及び良好な生活環境を永続的に確保すること。 ①入居者様の皆様を尊重し尊敬します ②好感を与え快適な日々をお約束します ③安全で安心感のある毎日をお届けします ④信用と信頼を大切にします
サービスの提供内容に関する特色	居室において、加齢・傷病等により日常生活上の補助が必要となった場合は食事介助(配・下膳含む)、定期的な巡回、歩行介助、排泄介助、その他身の回りの介助を行います。
入浴、排せつ又は食事の介護	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
食事の提供	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
健康管理の供与	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
生活相談サービス	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 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	入居継続支援加算	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
----------------	----------	---

の対象となるサービスの体制の有無	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	
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	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	池田クリニック
		住所	金沢市畝田3丁目535
		診療科目	内科
		協力内容	日常診療、往診診療、緊急医療の対応、他の専門医療機関の紹介
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	

協力歯科医療機関	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（全室介護居室であるため、原則として住み替えはありません。ただし、入居者の身体の状況により介護を合理的に実施することを目的に住み替えを勧める場合がございます。）		
判断基準の内容	入居契約書第2条5項に基づき、入居者の状況に応じて対応する		
手続きの内容	変更合意書による		
追加的費用の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 2 なし	
	便所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	浴室の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	洗面所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	台所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	その他の変更	1 あり	(変更内容)
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	

(入居に関する要件)

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		
	常勤	非常勤	
社会福祉士			
介護福祉士	15人	14人	1人
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	19人	15人	4人
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	20人	12人	8人
理学療法士	7人	6人	1人
作業療法士	1人	1人	
言語聴覚士	1人	1人	
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 (時～ 時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	2人	2人
介護職員	4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	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	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		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人	1人	2人				4人	1人				
前年度1年間の退職者数			2人									
志した業務に従事した経験年数に 業務に従事した経験年数に 志した職員の人数	1年未満											
	1年以上 3年未満	8	6	29	1		8	1				
	3年以上 5年未満	4	2	1	4							
	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			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 <input type="checkbox"/> 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
		<input type="checkbox"/> 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
年齢に応じた金額設定		1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
要介護状態に応じた金額設定		<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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	施設が所在する自治体の発表する消費者物価指数及び人件費を 勘案し、運営懇談会の意見を聴いた上で改定する。
	手続き	変更合意書による

(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3	要介護5
	年齢	80歳	80歳
居室の状況	床面積	13.07 m ²	13.07 m ²
	便所	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
	浴室	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
	台所	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
入居時点で	前払金	円	円

必要な費用	敷金	100,000 円	100,000 円
月額費用の合計		137,840 円	121,640 円
家賃		32,000 円	32,000 円
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	円	円
	食事管理費	48,600 円	48,600 円
	管理費(生活支援費)	46,440 円	30,240 円
	介護費用	円	円
	介護保険外 ^{※2}		
	光熱水費	10,800 円	10,800 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)

費目	算定根拠
家賃	地価相場に準ずる
敷金	家賃の 3.1 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。
生活支援費	共用部において、介護保険を利用しない介護サービス（見守り、移動介助、排泄介助、食事介助、生活支援など）に係る費用。
食事管理費	1 日あたり 1500 円程度。(調理加工人件費、材料費を含む)
光熱水費	居室と共用部の水道光熱費
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	
その他必要な料金	居室内の電話代、NHK受信料 等 ※個人負担となるものは全て記載

(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	22人
	女性	43人
年齢別	65歳未満	3人
	65歳以上 75歳未満	10人
	75歳以上 85歳未満	30人
	85歳以上	22人
要介護度別	自立	人
	要支援1	人
	要支援2	1人
	要介護1	1人
	要介護2	5人
	要介護3	19人
	要介護4	24人
	要介護5	15人
入居期間別	6ヶ月未満	11人

	6ヶ月以上1年未満	7人
	1年以上5年未満	42人
	5年以上10年未満	5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	80.9歳
入居者数の合計	65人
入居率*	92.9%
※ 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	5人
	死亡者	24人
	その他	1人
生前解約の状況	施設側の申し出	2人
		(解約事由の例) 長期入院
	入居者側の申し出	4人
		(解約事由の例) 長期入院

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		PDハウス白山
電話番号		076-276-3500
対応している時間	平日	9時～18時
	土曜	9時～18時
	日曜・祝日	9時～18時
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	<input type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 超ビジネス保険 (事業活動包括保険) 加入
	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	<input type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 事故対応マニュアルに基づく
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり	実施日	
		結果の開示	<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input type="checkbox"/> 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:) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2 なし	
<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 適合している（代替措置） <input type="checkbox"/> 2 適合している（将来の改善計画） <input type="checkbox"/> 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	サンウエルズ藤江ヘルパーステーション 他8か所	金沢市藤江1-103
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし	サンウエルズ白山訪問看護ステーション サンウエルズ金沢訪問看護ステーション	白山市北安田2丁目17番地 金沢市戸板1丁目92番地
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	太陽のリゾート白山 他3か所	白山市北安田西2丁目6
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	アイテム金沢 アイテム小松	金沢市米泉2-76-1 小松市日の出町3丁目302番地
特定福祉用具販売	あり	なし	アイテム金沢	金沢市米泉2-76-1
<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		
地域密着型通所介護	あり	なし	太陽のひだまり木津	白山市木津町1845番地
認知症対応型通所介護	あり	なし	太陽のひだまり徳光	白山市徳光町2665-17
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	太陽のプリズム徳光 太陽のプリズム窪	白山市徳光町2665-17 金沢市窪6-16
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	サンウエルズ白山居宅 サンウエルズ金沢居宅 サンウエルズ南加賀居宅	白山市北安田2丁目17番地 金沢市戸板1丁目93番地 加賀市河原町ホ36番地
<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	サンウエルズ白山訪問看護ステーション サンウエルズ金沢訪問看護ステーション	白山市北安田2丁目17番地 金沢市戸板1丁目92番地
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	アイテム金沢店 アイテム小松店	金沢市米泉2-76-1 小松市日の出町3丁目302番地
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	アイテム金沢店	金沢市米泉2-76-1
<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	太陽のプリズム徳光	白山市徳光町2665-17

			太陽のプリズム窪	金沢市窪6-16
介護予防支援	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	サンウェルズ白山居宅 サンウェルズ金沢居宅 サンウェルズ南加賀居宅	白山市北安田2丁目17番地 金沢市戸板1丁目93番地 加賀市河原町ホ36番地
<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
	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		○	実費	毎月使用分を請求
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		○	2,000円	※入居者のご家族様が対応できない場合に限り（料金は30分あたり）
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		○	無料-700円	汚染時:布団・ベッド・マット→700円/枕→450円/シーツ→無料
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		○	2150円	カット代
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			<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	○			
生活指導・栄養指導	なし	あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	○			
服薬支援	なし	あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	○			
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	○			
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	なし	あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				
入退院時の同行	なし	あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				
入院中の見舞い訪問	なし	あり	<input type="checkbox"/> 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。