

重要事項説明書

記入年月日	令和4年7月1日
記入者名	北川 寿子
所属・職名	和光会・管理者

1. 事業主体概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	医療法人
名称	(ふりがな) いりょうほうじん わこうかい 医療法人 和光会	
主たる事務所の所在地	〒500-8167 岐阜市東金宝町1丁目12番地	
連絡先	電話番号	058-265-1411
	FAX番号	058-263-3399
	メールアドレス	info@wakokai.or.jp
	ホームページアドレス	https://www.wakokai.or.jp
代表者	氏名	山田 豪
	職名	理事長
設立年月日	昭和・平成 41年 4月 1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) ふぁみりーこーとながら ファミリーコート長良	
所在地	〒502-0831 岐阜市菊水町1丁目8番1	
主な利用交通手段	最寄駅	J R岐阜駅、名鉄名古屋本線「新岐阜駅」
	交通手段と所要時間	岐阜バス高富行方面「長良丘停」より徒歩2分
連絡先	電話番号	058-214-9941
	FAX番号	058-214-6124
	メールアドレス	coat-nagara@wakokai.or.jp
	ホームページアドレス	https://www.wakokai.or.jp
管理者	氏名	北川 寿子
	職名	管理者
建物の竣工日		昭和・平成 30年 7月 30日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 30年 8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	
	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	473.53 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				
		賃貸の種別	1 普通賃貸			
		抵当権の有無	1 あり 2 なし			
		契約期間	1 あり (平成 29 年 10 月 1 日 ～平成 59 年 9 月 30 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	706.56 m <sup>2</sup>			
		うち、老人ホーム部分	706.56 m <sup>2</sup>			
	耐火構造	1 耐火建築物 平成 59 年 9 月 30 日				
		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 ( 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 (縁故者居室を含む)				
		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	13.20 m <sup>2</sup>	14 室	一般居室個室
	タイプ 2	有/無	有/無	13.52 m <sup>2</sup>	6 室	一般居室個室
	タイプ 3	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ 4	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ 5	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		

	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	9ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		9ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房		6ヶ所		
	共用浴室	1ヶ所	個室		ヶ所		
			大浴場		1ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	2ヶ所	チェアー浴		1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 type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし			
入居者や家族が利 用できる調理設備	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし			
エレベーター	<input type="checkbox"/> 1	あり（車椅子対応）	<input type="checkbox"/> 2	あり（ストレッチャー対応）	<input type="checkbox"/> 3	あり（上記1・2に該当しない）	
	<input type="checkbox"/> 4	なし					
消防用設備 等	消火器	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	自動火災報知設備	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	火災通報設備	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 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		
緊急通報装 置等	居室	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	一部あり	<input type="checkbox"/> 3	なし
	便所		あり		一部あり		なし
	浴室		あり		一部あり		なし
	その他（ ）	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	一部あり	<input type="checkbox"/> 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	地域社会の中で暮らし続けることで、その方がご自分らしくあるがままに過ごせる生活を支援します。また、介護が必要な状態となっても、安心して住み続けることができるように援助を行います。
サービスの提供内容に関する特色	市街地に立地し、バスの公共交通機関の利便性が高く、外出や来訪者にとって大変便利です。隣接して看護小規模多機能型居宅介護、訪問看護ステーションがあり、ご希望であればご利用していただくことができます。
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施 2 委託 <b>3</b> なし
食事の提供	<b>1</b> 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 <b>3</b> なし
健康管理の供与	<b>1</b> 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 <b>3</b> なし
生活相談サービス	<b>1</b> 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・退院時連携加算	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
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 checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 <input type="checkbox"/> 4 その他 ( )	
協力医療機関	1	名称	山田メディカルクリニック
		住所	岐阜市東金宝町1丁目12番地
		診療科目	内科/消化器内科/循環器内科/糖尿病・内分泌内科/アレルギー科/呼吸器内科/緩和ケア内科/整形外科
		協力内容	緊急時の対応、希望者に対する往診・健康診断・健康相談
	2	名称	山田病院
		住所	岐阜市寺田7丁目110番地
		診療科目	内科/整形外科/脳神経外科/消化器内科/循環器内科/糖尿病・内分泌内科/血液内科/呼吸器内科/脳神経内科/老年内科/リハビリテーション科/リウマチ科/緩和ケア内科/小児科/精神科/皮膚科
		協力内容	緊急時の対応、希望者に対する往診・健康診断・健康相談、入院加療
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	<input type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 <input 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		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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項	概ね 60 歳以上の方	
契約の解除の内容	<p>以下の場合、契約の解除となります。</p> <p>① ご入居者をご逝去された場合。</p> <p>② 以下に該当した場合、90日の予告期間をおいて、事業所より契約の解除を申出させていただくことがございます。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正の手段により入居した時</li> <li>・月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、2か月以上遅滞した時</li> <li>・契約書第17条及び第18条の規定に違反した時</li> <li>・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時</li> </ul> <p>③ ご入居者・ご契約者より退去の申し出があった場合（30日前までにお申し出ください）</p> <p>④ 1か月未満の短期利用の利用契約日が終了した場合</p>	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	契約書 第26条
	解約予告期間	3カ月

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 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	
管理者	1	1		1.0
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員	3		3	1.6
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員	4		4	1.9
事務員				
その他職員	1		1	0.1
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			
介護福祉士			
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	3		3



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 (21時～7時) 夜間職員無し		
	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	人	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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし							
	業務に係る資格等		1 あり							
			資格等の名称							
			<input checked="" type="checkbox"/> 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										
前年度1年間の退職者数										
応じた業務に従事した経年数に 応じた職員の人数	1年未満									
	1年以上									
	3年未満									
	3年以上				3					
	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				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 checked="" 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	
	2 一部前払い・一部月払い方式	
	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	条件	世相、物価により判断
の改定	手続き	運営懇談会や説明会を開催し、文章により説明し改定を実施する。

**(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	85歳	
居室の状況	床面積	13.20㎡	13.52㎡	
	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		152,326円	152,326円	
家賃(非課税)		60,000円	60,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用	円	円	
	介護保険外 <sup>※2</sup>	食費(税込)	41,400円	41,400円
		管理費(光熱水費含む)(税込)	50,926円	50,926円
		介護費用	円	円
		光熱水費	円	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	周辺地域の一般的なアパートや高齢者住宅の金額を参考に建築費より積算する。
敷金	—
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	居室に配置したエアコン、ベッドなどの備品代の償却額及び施設運営上の経費により積算する。
食費	周辺地域の住宅型有料老人ホームの料金を参考にし、原材料費、水光熱費等の費用により積算する。
光熱水費	居室、共有スペース(食堂、浴室、玄関ホール)などの費用として算定する。

利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添 2 参照
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）		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	15 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	6 人
	85 歳以上	14 人

要介護度別	自立	0人
	要支援1	1人
	要支援2	0人
	要介護1	1人
	要介護2	3人
	要介護3	6人
	要介護4	7人
	要介護5	2人
入居期間別	6ヶ月未満	3人
	6ヶ月以上1年未満	2人
	1年以上5年未満	15人
	5年以上10年未満	0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	88.6歳
入居者数の合計	20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	0人
	社会福祉施設	0人
	医療機関	1人
	死亡者	5人
	その他	1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	人
		(解約事由の例) 特別養護老人ホーム・老人保健福祉施設入所

## 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	ファミリーコート長良 苦情受付窓口	
電話番号	058-214-9941	
対応している 時間	平日	8:30~17:30
	土曜	同上
	日曜・祝日	同上
定休日	無	

(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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) あいおいニッセイ同和損保 「施設所有(管理)者賠償責任保険」
	<input type="checkbox"/> 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)
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし

(個人情報の保護)

秘密保持、個人情報の保護について	<p>業務上で知り得た入居者及びその家族に関する秘密並びに個人情報については、「個人情報の保護に関する法律」、「医療法人和光会個人情報保護規程」及び「個人情報保護に関する基本方針」に基づき、適正に管理し保護します。「個人情報保護に関する基本方針」については、インターネットに掲載するとともに当施設内にも掲示しております。</p> <p>なお、万が一何らかの事故が生じた場合、質の維持・向上を目的として事故の分析・集計・整理等を外部委託して行う場合があるほか、法人が契約している保険会社にも損害賠償保険に関する手続きを行うことがあります。その際には、入居者の氏名・年齢・性別・介護度・自立度・認知度・受傷の程度・事故後の受診状況などの記載がある事故報告書を提供いたします。</p> <p>(契約書第11条)</p>
------------------	--

(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 2 なし	実施日	1 階談話室に意見箱設置
		結果の開示	1 あり 2 なし
第三者による評価の実施状況	1 あり 2 なし	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 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
	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 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 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（別を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 令和 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 事業主体が岐阜県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	ケアサポート寺田25他	岐阜市寺田7-86-1
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし	訪問看護ステーション長良他	岐阜市千代田町1-26
訪問リハビリテーション	あり	なし	山田メティカルクリニック訪問リハビリテーション他	岐阜市東金宝町1-12
居宅療養管理指導	あり	なし	山田メティカルクリニック他	岐阜市東金宝町1-12
通所介護	あり	なし	大黒町ティサービスセンター他	岐阜市大黒町3-12-1
通所リハビリテーション	あり	なし	寺田ガーデン他	岐阜市寺田7-77
短期入所生活介護	あり	なし		
短期入所療養介護	あり	なし	寺田ガーデン	岐阜市寺田7-77
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		
＜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	ケアサポート岐阜25他	岐阜市東金宝町1-12
夜間対応型訪問介護	あり	なし	ケアサポート岐阜25	岐阜市東金宝町1-12
認知症対応型通所介護	あり	なし	九重町ティサービスセンター笑来庵他	岐阜市九重町1-10-1
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	ファミリーケア城東他	岐阜市城東通1-16
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	ファミリーケア大黒町	岐阜市大黒町3-12-1
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	ファミリーケア長良	岐阜市千代田町1-26
居宅介護支援	あり	なし	ケアプランセンター寺田他	岐阜市寺田7-86-1
＜居宅介護予防サービス＞				
介護予防訪問介護	あり	なし	ケアサポート寺田25他	岐阜市寺田7-86-1
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	訪問看護ステーション長良他	岐阜市千代田町1-26
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	山田メティカルクリニック訪問リハビリテーション他	岐阜市東金宝町1-12
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	山田メティカルクリニック他	岐阜市東金宝町1-12
介護予防通所介護	あり	なし	大黒町ティサービスセンター他	岐阜市大黒町3-12-1
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	寺田ガーデン他	岐阜市寺田7-77
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	寺田ガーデン	岐阜市寺田7-77
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	九重町ティサービスセンター笑来庵他	岐阜市九重町1-10-1

介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	ファミリーケア岐阜他	岐阜市東金宝町1-12
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	ファミリーケア大黒町	岐阜市大黒町3-12-1
介護予防支援	あり	なし	ケアプランセンター寺田他	岐阜市寺田7-86-1
＜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	寺田ガーデン	岐阜市寺田7-77
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	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 <sup>※2</sup>	都度 <sup>※2</sup>	料金 <sup>※3</sup>	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				
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		○	104円	1食あたり
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		○	100円	1回
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				
ちょこっとお手伝いサービス			なし	あり				身辺のお手伝い等の支援～30分 524円
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		○	右記参照	1～15日 5,237円、1ヶ月 10,474円
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								
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割又は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。