

様

重要事項説明書

令和 年 月 日

サービス付き高齢者向け住宅

すこやかホームひまわり

重要事項説明書

記入年月日	令和6年2月1日
記入者名	野原知己
所属・職名	代表取締役

※ 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、「栃木県サービス付き高齢者向け住宅事業登録制度実施要綱」の別記様式第17号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、別記様式第17号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。

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	利用者の心身の特性を踏まえて、利用者に寄り添い、残存機能を活かした、日常生活が出来るよう支援する。
サービスの提供内容に関する特色	5名と言う少人数で、年中花や緑の庭園に囲まれ、家庭に近い環境の中、ゆったりとした時間が流れ穏やかな日々が送れる家です。

提供するサービスの種類	提供状況及び入居者への提供実績（記入年月日現在）				
入浴、排せつ又は食事の介護	① 自ら実施	2 委託	3 なし		5人
食事の提供	① 自ら実施	2 委託	3 なし		5人
洗濯、掃除等の家事の供与	① 自ら実施	2 委託	3 なし		5人
健康管理の供与	① 自ら実施	2 委託	3 なし		5人
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		5人
生活相談サービス	① 自ら実施	2 委託	3 なし		5人

(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	
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				

医療支援		① 救急車の手配 ※複数選択可 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	栃木メディカルセンターとちのき
		住所	栃木市大町 39-5
		診療科目	総合診療
		協力内容	連絡を取り受診
	2	名称	蔵の街診療所
		住所	栃木市今泉町 1-17-29
		診療科目	内科
		協力内容	往診
協力歯科医療機関		名称	関根歯科医院
		住所	栃木市境町 3-16
		協力内容	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	概ね60歳以上の要介護認定を受けられている方
契約の解除の内容	義務違反した場合において、当該義務が履行されない時
事業主体から解約を求める場合	解約条項 第11条 1項～5項 解約予告期間 1ヶ月
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 (内容:) (2) なし
入居定員	5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人	1人		
生活相談員	1人	1人		
直接処遇職員				
介護職員	10人	5人	5人	
看護職員	2人	1人	1人	
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				
※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	6	3	3
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	4	1	3
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	2	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 (19 時～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 2 なし	
	業務に係る資格等		(1) あり	
			資格等の名称	介護支援専門員
			2 なし	
	看護職員		介護職員	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度 1 年間の採用者数			2	1
前年度 1 年間の退職者数			2	1

業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1 年未満			2	1	1					
	1 年以上										
	3 年未満										
	3 年以上			2	1						
	5 年未満										
	5 年以上	1									
	10 年未満										
	10 年以上			3	1					1	
従業者の健康診断の実施状況				① あり 2 なし							

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	1 人
	女性	4 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	2 人
	85 歳以上	2 人
要介護度別	自立	0 人
	要支援 1	0 人
		0 人
	要支援 2	0 人
	要介護 1	1 人
	要介護 2	0 人
	要介護 3	3 人
	要介護 4	0 人
	要介護 5	1 人
入居期間別	6 ヶ月未満	1 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	1 人
	1 年以上 5 年未満	3 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	83歳
入居者数の合計	5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	人
	社会福祉施設	人
	医療機関	人
	死亡者	1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) 特別養護老人ホームに入所の為	

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	すこやかホームひまわり苦情相談窓口	
電話番号	0282-21-7110	
対応している時間	平日	9:00~5:00
	土曜	9:00~5:00
	日曜・祝日	9:00~5:00
定休日		

(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)
	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)
	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 回
	2 なし	
	① 代替措置あり	(内容) 個別に行っている
	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	

有料老人ホーム設置運営指導指針「6. 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	
「7. 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 令和 年 月 日

すこやかホームひまわり

説明者署名 _____

※契約を前提として説明を受けました

令和 年 月 日

利用者署名 _____ 印

代理者氏名 _____ 印

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	栃木ケアサポートひまわり 栃木県栃木市祝町 12-9
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	栃木ケアサポートひまわり 栃木県栃木市川原田町 254-10 デイサービスセンター
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	栃木ケアサポートひまわり 栃木県栃木市祝町 12-9
特定福祉用具販売	あり	なし	栃木ケアサポートひまわり 栃木県栃木市祝町 12-9
<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	
認知症対応型通所介護	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	
地域密着型通所介護	あり	なし	
居宅介護支援	あり	なし	栃木ケアサポートひまわり 栃木県栃木市川原田町 254-10
<居宅介護予防サービス>			
介護予防訪問介護	あり	なし	栃木ケアサポートひまわり 栃木県栃木市祝町 12-9
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	
介護予防通所介護	あり	なし	栃木ケアサポートひまわり 栃木県栃木市川原田町 254-10 デイサービスセンター
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	栃木ケアサポートひまわり 栃木県栃木市祝町 12-9
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	栃木ケアサポートひまわり 栃木県栃木市祝町 12-9
<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			備考
特定施設入居者生活介護（利用者が全額負担） （利用者が一部負担※1）				包含※2	都度※2	料金※3	
介護サービス							
食事介助	なし	あり	あり	○			
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	あり	○			
おむつ代					○		不足が出た時実費負担
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	あり	○			
特浴介助	なし	あり	あり	○			
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	あり	○			
機能訓練	なし	あり	あり				
通院介助	なし	あり	あり	○		900 円	※付添 1 時間
生活サービス							
居室清掃	なし	あり	あり	○			
リネン交換	なし	あり	あり	○			
日常の洗濯	なし	あり	あり		○	200 円	1 回分
居室配膳・下膳	なし	あり	あり	○			
入居者の嗜好に応じた特別な食事					○		実費負担
おやつ				○			
理美容師による理美容サービス					○		実費負担
買い物代行	なし	あり	あり		○		実費負担
役所手続き代行	なし	あり	あり	○			
金銭・貯金管理	なし	あり	あり	○			おこずかい程度の金額
健康管理サービス							
定期健康診断					○		回数（年 1 回）
健康相談	なし	あり	あり	○			
生活指導・栄養指導	なし	あり	あり	○			
服薬支援	なし	あり	あり	○			
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	あり	○			
入退院時・入院中のサービス							
移送サービス	なし	あり	あり	○			
入退院時の同行	なし	あり	あり		○	900 円	※付添 1 時間
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	あり		○	900 円	1 時間
入院中の見舞い訪問	なし	あり	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、月額のサービスの費用に包含される場合と、サービスの都度払いによる場合に依りて、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。

