

重要事項説明書

記入年月日	
記入者名	
所属・職名	

※ 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 15 号の内容と重複している以下の 1 から 3 まで及び 6 については、同様の内容を記載するか、別記様式第 15 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。

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) エイチエスシー H S C	
主たる事務所の所在地	〒326-0822 栃木県足利市田中町 459-1	
連絡先	電話番号	0284-71-2695
	FAX 番号	0284-71-2484
	ホームページアドレス	http://www.hsc-group.jp
代表者	氏名	早川 公人
	職名	代表取締役社長
設立年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和・平成 37 年 6 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) かいごつきゆうりょうろうじんほーむ ひまわり 介護付き有料老人ホーム ひまわり
----	---

所在地	〒326-0012 栃木県足利市大久保町 754-1		
主な利用交通手段	最寄駅	駅	
	交通手段と所要時間	JR両毛線、足利フラワーパーク駅より車で5分 東武線、足利駅より車で15分 バス（東足利）停留所から徒歩5分	
連絡先	電話番号	0284-91-2601	
	FAX 番号	0284-90-2377	
	ホームページアドレス	http://www.hsc-group.jp	
管理者	氏名	齋藤 義和	
	職名	管理者	
建物の竣工日		昭和・平成	17年 8月 1日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成	22年 12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	0970202149	
	指定した自治体名	栃木県足利市（市）	
	事業所の指定日	平成	22年 12月 1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	1815.92 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	1431.30 m ²	

		うち、老人ホーム部分	770.7 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 checked="" type="checkbox"/> 2 鉄骨造 <input type="checkbox"/> 3 木造 <input type="checkbox"/> 4 その他 ()				
	所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 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】	<input checked="" type="checkbox"/> 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	12.40 m ²	30室	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	m ²		
	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	6ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	6ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	6ヶ所		
	共用浴室	2ヶ所	個室	2ヶ所		
大浴場			0ヶ所			
共用浴室における	2ヶ所	チェアー浴	2ヶ所			

	介護浴槽		リフト浴	1ヶ所
			ストレッチャー浴	1ヶ所
			その他（ ）	ヶ所
	食堂	<input checked="" 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	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり（車椅子対応） <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	防災計画	<input checked="" 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	入所者への敬いの気持ちを忘れることなく尊厳を守り、入所者が常に自分らしく暮らせる施設を目指します。すなわちノーマライゼーションをモットーとします。
サービスの提供内容に関する特色	ひとりひとりに合った個別の生活プランを作成し、それを基にその人らしい住まい、そして暮らしが築けるように現場の介護職員が医師、看護師等の専門職と連携を回り支援していきます。また、ひとりひとりの個別ケアマニュアルを作成し、スタッフによってサービスの方法や内容、質が変わることのないように支援していきます。

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	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input type="checkbox"/> 2 委託	<input type="checkbox"/> 3 なし	26人
食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input type="checkbox"/> 2 委託	<input type="checkbox"/> 3 なし	26人
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input type="checkbox"/> 2 委託	<input type="checkbox"/> 3 なし	26人
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input type="checkbox"/> 2 委託	<input type="checkbox"/> 3 なし	26人
安否確認又は状況把握サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input type="checkbox"/> 2 委託	<input type="checkbox"/> 3 なし	26人
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input type="checkbox"/> 2 委託	<input type="checkbox"/> 3 なし	26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	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	生活機能向上連携加算	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	個別機能訓練加算	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし

	夜間看護体制加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	若年性認知症入居者受入加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	医療機関連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	口腔衛生管理体制加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	栄養スクリーニング加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	退院・退所時連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	看取り介護加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	認知症専門 ケア加算	(Ⅰ) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅱ) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	サービス提 供体制強化 加算	(Ⅰ)イ 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅰ)ロ 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅱ) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅲ) <input checked="" type="checkbox"/> 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
	<input checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い	
		<input checked="" type="checkbox"/> 3 通院介助	
		4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	医療法人 足利中央病院
		住所	栃木県足利市下渋垂町 447
		診療科目	循環器内科・整形外科・皮膚科・神経内科
		協力内容	月1回の往診・緊急時の対応
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	近藤歯科医院
		住所	栃木県足利市葉鹿町 296
		協力内容	歯の治療・義歯作成・口腔ケア

(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 <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)

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	入所者としては、原則として 65 歳以上で自宅での生活において何らかの支障があるが介護認定が非該当の方及び、要支援、要介護認定を受けている方で共同生活を営める方を対象とします。追加入所者については個室のみなのでありません。	
契約の解除の内容	入居申込書への虚偽記載・諸費用の支払いをしぼしば遅延するとき・行動が他の入所者の生命に危害を及ぼす恐れなどがあり、通常の介護方法ではこれを防止できないとき。	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	契約書第 28 条
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (内容: 1泊2日、3食付、利用料金 4,000円 税込4,400円) <input type="checkbox"/> 2 なし	
入居定員	30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 33 名			
		常勤	非常勤	
管理者	1	1		1.0
生活相談員	2	2		1.0
直接処遇職員				
介護職員	19	6	13	17.53
看護職員	4	2	2	1.48
機能訓練指導員	4	2	2	0.35
計画作成担当者	1	1		1.0
栄養士				
調理員				
事務員	2		2	1.77
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 9 名		
		常勤	非常勤
社会福祉士			
介護福祉士	1		1
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	8	5	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 4 名		
		常勤	非常勤
看護師又は准看護師	4	2	2
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～9時30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	2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 <input type="checkbox"/> 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)	1.5 : 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"/> 1 あり 2 なし							
	業務に係る資格等		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり							
			資格等の名称	社会福祉主事						
	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		2	8							
前年度1年間の退職者数			3							

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	2	2	4			2		
	1年以上 3年未満	1	1	2	3			1		
	3年以上 5年未満	1			1	1		1		
	5年以上 10年未満		1	2	3					
	10年以上				2	1				1
	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】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input 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】	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式	
	<input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式 <input type="checkbox"/> 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input 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 <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 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	目的施設が所存する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費を勘案し、第8条に定める鞆運営懇談会又は入所者、その家族等の意見を聞いたうえで改定するものとします。消費税増税時も同じとする。
	手続き	文書で通知

(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	自立 (生活保護)	要介護3	
	年齢	年齢枠なし	年齢枠なし	
居室の状況	床面積	12.40㎡	12.40㎡	
	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	円	円	
	敷金	96,000円	円	
月額費用の合計		93,180円	150,752円	
家賃		32,000円	48,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	円	20,130円 医療連携加算 80円	
	介護保険外 ^{※2}	食費	45,000円	45,090円
		管理費	13,000円	37,542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	当該有料老人ホームの整備に要した費用、修繕費、管理事務費、地代に相当する額を基礎として合理的に算定したものとし、近傍同種の住宅の家賃から算定される額を大幅に上回るものでない額である。
敷金	家賃の 3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。
管理費	共同施設等光熱費・維持管理費・事務管理部門の人件費・寝具リース料。
食費	食事提供にかかる人件費、事務費、消耗品費、備品費、食料費、水道光熱費代。（上記金額は、30日3食した場合の料金です。）
光熱水費	共同施設内光熱水費、各居室内の光熱水費は費用負担なし。*但し、施設備え付け以外の電気器具（テレビ・冷蔵庫・扇風機・その他の暖房器具等）を持ち込む場合は別途入居者負担1点482円（530円）
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	

(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	基本報酬、P4、P5に記載する加算の利用者負担分。
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	8人
	女性	18人
年齢別	65歳未満	2人
	65歳以上 75歳未満	6人
	75歳以上 85歳未満	9人
	85歳以上	9人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	0人
	要支援2	2人
	要介護1	3人
	要介護2	7人
	要介護3	4人
	要介護4	8人
	要介護5	2人
入居期間別	6ヶ月未満	6人
	6ヶ月以上 1年未満	3人
	1年以上 5年未満	15人
	5年以上 10年未満	2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	81歳
入居者数の合計	26人
入居率*	86.7%

※ 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	2人
	医療機関	1人
	死亡者	7人
	その他	1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)	

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		介護付き有料老人ホーム ひまわり	
電話番号		0284-91-2601	
対応している時間	平日	午前 8 時 30 分から午後 5 時 30 分	
	土曜	午前 8 時 30 分から午後 5 時 30 分	
	日曜・祝日	午前 8 時 30 分から午後 5 時 30 分	
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) 施設側の過失が明らかな場合、損害を賠償
	<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) 施設の責任に係る事由において損害を及ぼした場合相当範囲の損害を賠償
	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2 なし
	<input type="checkbox"/> 2 なし		
第三者による評価の実施状況	<input type="checkbox"/> 1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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	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: オアシス・オアシス2・グループホームなかよし・グループホームなかよし2) 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	オアシスケアサービス	栃木県足利市大久保町 753
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・ひまわり	栃木県足利市大久保町 754-1
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	介護付き有料老人ホーム ひまわり	栃木県足利市大久保町 754-1
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		
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	グループホーム なかよし なかよし2	栃木県足利市大久保町 755-1 栃木県足利市大久保町 765-1
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		
地域密着型通所介護	あり	なし	デイサービス・ひまわり2	栃木県足利市大久保町 753-1
居宅介護支援	あり	なし	ケアプラン・ひまわり	栃木県足利市大久保町 754-1
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	なし	オアシスケアサービス	栃木県足利市大久保町 753
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	デイサービス・ひまわり	栃木県足利市大久保町 754-1
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	介護付き有料老人ホーム ひまわり	栃木県足利市大久保町 754-1
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	グループホーム なかよし なかよし2	栃木県足利市大久保町 755-1 栃木県足利市大久保町 765-1
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									
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		○			各種種類によって金額設定
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		○	1 km・30円 15分・300円		
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					
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		○	2,000円		自費 委託の出張美容室（パーマ・カラーあり）
買い物代行	なし	あり	なし	あり	○	○			月2回までは管理費に含む
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	○	○			管理費に含む
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		○			※年2回実施。医療機関より請求ある金額
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									
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		○	1 km・30円 15分・300円		
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。