

重要事項説明書

記入年月日	令和4年7月1日
記入者名	小川 恵子
所属・職名	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、「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。

1. 事業主体概要
2. 有料老人ホーム事業の概要
3. 建物概要
4. サービスの内容
(全体の方針)

運営に関する方針	感謝と尊敬・真心のお手伝い・家族の絆の架け橋・社会参加と共生・未来の価値の創造・無上意のサービス・進化への対応
サービスの提供内容に関する特色	利用者と介護者との明るいコミュニケーションを前提とした利用者の自立を目指す介護サービス

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				
入浴、排せつ又は食事の介護	1	自ら実施	2 委託	3 なし	46人
食事の提供	1	自ら実施	2 委託	3 なし	46人
洗濯、掃除等の家事の供与	1	自ら実施	2 委託	3 なし	46人
健康管理の供与	1	自ら実施	2 委託	3 なし	46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	46人
生活相談サービス	1	自ら実施	2 委託	3 なし	46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	<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	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 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)	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
介護職員処 遇改善加算	(I)	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	(II)	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	(III)	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	(IV)	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	(V)	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
介護職員特 定処遇改善 加算	(I)	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	(II)	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 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	日本赤十字社那須赤十字病院
		住所	栃木県大田原市中田原 1081-4
		診療科目	内科、整形外科、泌尿器科、口腔外科、呼吸器外科
		協力科目	
		協力内容	救急対応、一般診療
	2	名称	
		住所	
診療科目			

		協力科目	
		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 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	次に該当する者である。 ①単身高齢者世帯 (「高齢者」とは、60歳以上の者又は要介護認定若しくは要支援認定を受けている60歳未満の者をいう。)	
契約の解除の内容	「建物賃貸借契約書」の定めのとおり	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	「建物賃貸借契約書」第11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	1 あり (内容:) <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	

入居定員	50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	0	0.1
生活相談員	1	1	0	1.3
直接処遇職員	16	1	12	13.6
介護職員	16	9	7	11.8
看護職員	2	1	1	1.8
機能訓練指導員	1	1	0	1
計画作成担当者	1	0	1	0.5
栄養士				
調理員	4	3	1	3.1
事務員	1	1	0	0.1
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				40
※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	0	0	0
介護福祉士	5	0	5
実務者研修の修了者	3	1	2
初任者研修の修了者	2	0	2
介護支援専門員	0	0	0

(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	1	1	0
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30分 ~ 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	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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし			
	業務に係る資格等	<input checked="" type="checkbox"/> あり			
		資格等の名称	介護福祉士		
		<input 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		1		5	6	1		1		1	
前年度1年間の退職者数			2	2						1	
応じた職員の人数 業務に従事した経過年数に	1年未満				6	1		1		1	
	1年以上		2	1	7	1					
	3年未満										
	3年以上				2						
	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

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	11人
	女性	35人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	3人
	75歳以上 85歳未満	12人
	85歳以上	31人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	6人
	要支援2	3人
	要介護1	13人
	要介護2	9人
	要介護3	3人
	要介護4	9人
	要介護5	3人
入居期間別	6ヶ月未満	2人
	6ヶ月以上 1年未満	7人
	1年以上 5年未満	37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	86.7歳
入居者数の合計	46人
入居率*	92%
※ 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	1人
	死亡者	3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)

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	家族の家ひまわり黒磯駅前 苦情相談窓口	
電話番号	0287-60-1605	
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜	9:00~18:00
	日曜・祝日	9:00~18:00
定休日	なし	
窓口の名称	株式会社三英堂商事 シルバー事業本部	
電話番号	03-5466-1571	
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜	9:00~18:00
	日曜・祝日	9:00~18:00
定休日	土日祝日、年末年始	
窓口の名称	那須塩原市 高齢福祉課 介護管理係	

電話番号	0287-62-7191	
対応している時間	平日	8:30～17:15
定休日	土・日・祝日および年末年始（12月29日から1月3日）	
窓口の名称	栃木県国民健康保険団体連合会	
電話番号	028-643-2220	
対応している時間	平日	8:30～17:00
定休日	土・日・祝日および年末年始（12月29日から1月3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	<input type="checkbox"/> 1 あり	（その内容） 損害保険ジャパン株式会社
	<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） 直ちに救急要請等を行うとともに、入居者の身元引受人及び関係行政機関に報告し、必要な措置を講じます。 事故の原因が事業者の故意または過失による場合には、入居者及び身元引受人に誠意をもって対応します。ただし、入居者側にも故意または過失がある場合には、事業者の損害賠償責任が免除または軽減される場合があります。
	<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	ご意見箱の常時設置	
		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	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
管理規程	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
事業収支計画書	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 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 2 回
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	<input type="checkbox"/> 1 代替措置あり	(内容)
	<input type="checkbox"/> 2 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2 なし	
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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	なし
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 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	1. 家族の家ひまわり石橋 訪問介護事業所 2. 家族の家ひまわり宇都宮豊郷台 訪問介護事業所 3. 家族の家ひまわり鹿沼 訪問介護事業所 4. 家族の家ひまわり小山 訪問介護事業所 5. 家族の家ひまわり足利 訪問介護事業所 6. 家族の家ひまわり宝積寺 訪問介護事業所 7. 家族の家ひまわり宇都宮ゆいの杜 訪問介護事業所 8. 家族の家ひまわり氏家 訪問介護事業所 9. 家族の家ひまわり真岡 訪問介護事業所 10. 家族の家ひまわり西那須野 訪問介護事業所 11. 家族の家ひまわり黒磯 訪問介護事業所 12. 家族の家ひまわり日光 訪問介護事業所 13. 家族の家ひまわり真岡二宮 訪問介護事業所 14. 家族の家ひまわり大田原 訪問介護事業所 15. 家族の家ひまわり宇都宮富屋 訪問介護事業所 16. 家族の家ひまわり矢板 訪問介護事業所	栃木県下野市文教 1-20-23 栃木県宇都宮市豊郷台 2-92-1 栃木県鹿沼市千渡 2326-10 栃木県小山市駅東通り 1-22-28 栃木県足利市福居町 399 栃木県塩谷郡高根沢町大字宝積寺 1375-6 栃木県宇都宮市ゆいの杜 6丁目13番8号 栃木県さくら市卯の里 4-52-1 栃木県真岡市荒町 3-25-6 栃木県那須塩原市西三島 2丁目159-4 栃木県那須塩原市材木町 2-19 栃木県日光市瀬川 40-1 栃木県真岡市久下田西 2-7 栃木県大田原市加治屋 83-11 栃木県宇都宮市下金井町金井 696-1 栃木県矢板市扇町 2丁目13番39号
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		
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		
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		
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	家族の家ひまわり氏家 居宅介護支援事業所	栃木県さくら市卯の里 4-52-1

<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		
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		
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		
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		

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） ※1） 費用で、実施するサービス （利用者一部負担※1）	包含※2		都度※2	料金※3	備考
	なし	あり			
介護サービス					
食事介助	なし	あり			
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	○	備考参照	パンツオムツ 5,148 円、オープンおむつ 2,640 円、尿取りパッドレギュレーター 1,166 円、尿取りパッドスターパー 1,572 円、フラットおむつ 2,112 円（1袋、廃棄料込）
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	○	備考参照	週3回以上を希望する場合、自立の方 550 円/回、要支援・要介護の方 1,100 円/回
特浴介助	なし	あり	○	備考参照	週3回以上を希望する場合、自立の方 550 円/回、要支援・要介護の方 1,100 円/回
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり			
機能訓練	なし	あり			
通院介助	なし	あり			
生活サービス					
居室清掃	なし	あり		8,800 円	1回あたり。提携医療機関の場合、無料。
リネン交換	なし	あり			
日常の洗濯	なし	あり			
居室配膳・下膳	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	○	実費	
買い物代行	なし	あり	○	1,100 円	1回あたり。近隣での日用品の買い物代行は無料。
役所手続き代行	なし	あり			交通費、書類発行費用等は利用者負担。
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		なし	年2回実施
健康相談	なし	あり			
生活指導・栄養指導	なし	あり			
服薬支援	なし	あり			
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	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	○	備考参照	施設から往復 50km まで 1,100 円。施設から往復 50km を超え、60km まで 2,200 円（基本料金）。60km を超え、10km を増す毎に、基本料金を 550 円加算。
入退院時の同行	なし	あり		8,800 円	1回あたり。提携医療機関の場合、無料。
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり			
入院中の見舞い訪問	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、月額の利用料が、月額の利用料の範囲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。