

重要事項説明書

記入年月日	令和 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

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) かぶしがいがいしゃ やさしいてとちぎちゅうおう 株式会社 やさしい手栃木中央	
主たる事務所の所在地	〒322-0002 栃木県鹿沼市千渡2308-13	
連絡先	電話番号	0289-74-5036
	FAX 番号	0289-74-5037
	ホームページアドレス	https://yasashiite-tochigi.co.jp/
代表者	氏名	橋本 一則
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・ <input checked="" type="checkbox"/> 平成	28年 1月13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) やさしいてしにありびんぐやさしえせんど やさしい手シニアリビングやさしえ千渡
----	--

所在地	〒322-0002 栃木県鹿沼市千渡2308-13	
主な利用交通手段	最寄駅	JR日光線 鹿沼駅
	交通手段と所要時間	① 電車利用の場合 ・ JR日光線 鹿沼駅から車で10分 ② 自動車利用の場合 ・ 鹿沼環状線 千渡交差点 付近
連絡先	電話番号	0289-74-5036
	FAX 番号	0289-74-5037
	ホームページアドレス	https://yasashiite-tochigi.co.jp/
管理者	氏名	橋本 優子
	職名	訪問介護員
建物の竣工日		令和元年7月31日
有料老人ホーム事業の開始日		令和元年9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	0970501334
	指定した自治体名	栃木県
	事業所の指定日	平成 28 年 10 月 1 日
	指定の更新日（直近）	平成 29 年 2 月 10 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	2351.00 m ²	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地（普通賃借・定期賃借）	
		抵当権の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (2019年6月1日～2044年11月30日) 2 なし
	契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
建物	延床面積	全体	1649.94 m ²

		うち、老人ホーム部分	1649.94 m ²			
	耐火構造	1 耐火建築物 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 木造 4 その他 ()				
	所有関係	1 事業者が自ら所有する建物				
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物				
		抵当権の設定	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし			
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (2019年6月 1日 ~ 2044年11月30日) 2 なし			
		契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 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	1人部屋			
		最大	1人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
	タイプ1	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	18.16 m ²	20	一般居室個室
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	18.09 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	4ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		0ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房		4ヶ所	
	共用浴室	6ヶ所	個室		6ヶ所	
			大浴場		0ヶ所	
共用浴室における	1ヶ所	チェアー浴		0ヶ所		

	介護浴槽		リフト浴	0ヶ所
			ストレッチャー浴	1ヶ所
			その他 ()	0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	<input checked="" 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 checked="" 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 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	
緊急通報装置等	居室	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 一部あり	<input type="checkbox"/> 3 なし
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 一部あり	<input type="checkbox"/> 3 なし
	浴室	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 一部あり	<input type="checkbox"/> 3 なし
	その他 ()	<input checked="" 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	やさしい手シニアリビングやさしえ千渡に安心して住み続けられるよう、在宅サービス及び、在宅医療サービスを複合的に利用いただくためのご支援を行います。
サービスの提供内容に関する特色	個別のアセスメントに基づいた在宅生活支援計画を立案致します

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 type="checkbox"/> 1 自ら実施	<input type="checkbox"/> 2 委託	<input checked="" type="checkbox"/> 3 なし		0 人
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		0 人
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 checked="" type="checkbox"/> 3 なし		0 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		0 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		0 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		0 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
	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	
介護職員特 定処遇改善 加算	(I)	1	あり	2	なし	
	(II)	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	村井クリニック
		住所	栃木県宇都宮市宝木町 1-2589
		診療科目	整形外科・リウマチ科・リハビリテーション科・内科・麻酔科（ペインクリニック）
		協力内容	在宅医療サービスの提供、緊急時対応
	2	名称	御殿山病院
		住所	鹿沼市今宮 1682-2
		診療科目	内科・呼吸器内科・循環器内科・糖尿病内科・腎臓内科・老年内科・外科・整形外科・リウマチ科・リハビリテーション科・ペインクリニック科・内視鏡外科・麻酔科
		協力内容	在宅医療サービスの提供、緊急時対応
	3	名称	さつきホームクリニック
住所		栃木県宇都宮市花園町 17-1	
診療科目		内科・外科・泌尿器科	
協力歯科医療機関	名称	モリシタ 歯科	
	住所	栃木県宇都宮市駅前通り 1-4-6 ララスクエア西口ビル 6 階	
	協力内容	歯科往診	

(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	<p>単身高齢者世帯 (「高齢者」は60歳以上の方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)</p>		
契約の解除の内容	<p>1 入居者(以下、乙)はやさしい手シニアリビングやさしえ千渡(以下、甲)に対して少なくとも30日前に解約の申し入れを行うことにより、本契約を解約することができる。 2 前項の規定にかかわらず、乙は、解約申入れの日から30日分の賃料及び状況把握・生活相談サービス料金(本契約の解約後の賃料相当額及び状況把握・生活相談サービス料金相当額を含む。)を甲に支払うことにより、解約の申入れの日から起算して30日を経過する日までの間、随時に本契約を解約することができる。</p>		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	<p>建物賃貸借契約書第11条に基づき、事業主体が相当の期間を定めて当該義務の履行を催告したにも関わらず、その期間内に当該義務が履行されないときは、本契約を解除することができる。</p>	
	解約予告期間	相当の期間	

入居者からの解約予告期間	30 日前
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり（内容：宿泊、食事） <input type="checkbox"/> 2 なし
入居定員	50 人
その他	株式会社やさしい手の指定する入居保証会社へ加入 ※建物賃貸借契約 第6条2項に記載

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） 16			常勤換算人数 ※1※2
	合計			
		常勤	非常勤	
管理者	1	1		0.5
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員	15	4	11	9.9
看護職員				
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 16人		
		常勤	非常勤
社会福祉士			
介護福祉士	10	2	8
実務者研修の修了者	1	1	0
初任者研修の修了者	5	1	4
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 (時～ 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		初任者研修							
			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	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0
応じた業務に従事した経験年数に 職員の数	1年未満		0	4						
	1年以上		2	6						
	3年未満									
	3年以上			1	2					
	5年未満									
	5年以上			1						
	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 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	
	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 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	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 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 ご入院中も入居契約は継続し、家賃・共益費・基本サービス費をお支払頂きます。食費は利用実績により、お支払い頂きます。	
利用料金の改定	条件	建物賃貸借契約第4条、第5条に基づき、賃料、及び共益費が、不相当となった場合
	手続き	契約書、または覚書による取り交わしによる

(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 2		
	年齢	80 歳		
居室の状況	床面積	18.16 m ²		
	便所	1 有 2 無	1 有 2 無	
	浴室	1 有 2 無	1 有 2 無	
	台所	1 有 2 無	1 有 2 無	
入居時点で必要な費用	前払金（月額費用2ヶ月分）	268,920 円	円	
	敷金	0 円	円	
月額費用の合計		134,460 円	円	
家賃		44,000 円	円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※ ¹ の費用	22,000 円	円	
	介護保険外※ ²	食費	53,460 円	円
		管理費	円	円
		介護費用	円	円
		共益費	15,000 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	建物の賃借料、設備備品費等を基礎として、1室あたりの家賃を算出
敷金	建物賃貸借契約 第6条に基づき、本住宅が指定する入居保証会社と入居保証に関する契約を締結することにより、敷金の支払い義務を免除します。
介護費用	介護保険サービス、又は私費サービスを利用した場合は、別途契約により、費用をご負担頂きます。
共益費（非課税）	階段、廊下等の共用部の維持管理に必要な光熱費、上下水道使用料、共用部のキッチン、洗濯乾燥機、浴室及び浴室に設置される入浴のための設備等の維持管理費、清掃費等の共用部分の維持管理費、各居室にて発生する光熱費及び上下水道使用料より算出

食費	厨房維持費及び人件費を含み、下記に記載した料金の喫食数に応じた金額 朝食：451円 昼食：640円 夕食：691円 (税込)
光熱水費	共益費に含む
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	生活支援サービス費には、生活支援サービス契約書 第2条の通り、管理サービス、状況把握・生活相談サービス等に関わる費用を算出

(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	13人
	女性	29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	8人
	85歳以上	31人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	4人
	要支援2	3人
	要介護1	13人
	要介護2	9人
	要介護3	7人
	要介護4	5人
	要介護5	1人
入居期間別	6ヶ月未満	7人
	6ヶ月以上 1年未満	1人
	1年以上 5年未満	34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	87歳
入居者数の合計	42人
入居率※	84%
※ 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	2人
	社会福祉施設	3人
	医療機関	2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	7人 (解約事由の例) 元気になった、特養・老健が決まった

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	やさしい手シニアリビングやさしえ千渡	
電話番号	0289-74-5036	
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	

(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) 事業活動包括保険
	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) ご入居者に対するサービス提供により事故が発生した場合
	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 (定例会で開示) 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	<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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input checked="" 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
	<input type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名:) <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	<input type="checkbox"/> 1 あり 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
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 checked="" 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 <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 checked="" type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	やさしい手かめま訪問介護事業所	鹿沼市上野町410-1
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	やさしい手かめま居宅介護支援事業所	鹿沼市上野町410-1
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	なし	やさしい手かめま訪問介護事業所	鹿沼市上野町410-1
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		
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		
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	やさしい手かめま居宅介護支援事業所	鹿沼市上野町410-1
<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		
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			備考
	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	
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり				ケアプランにより介護給付
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり				ケアプランにより介護給付
おむつ代			なし	あり				自己負担
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり				ケアプランにより介護給付
特浴介助	なし	あり	なし	あり				ケアプランにより介護給付
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり				ケアプランにより介護給付
機能訓練	なし	あり	なし	あり				ケアプランにより介護給付
通院介助	なし	あり	なし	あり				※付添いができる範囲を明確化すること
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○	550円	エアコンフィルター清掃
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		○	550円	1網毎
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				禁食の対応あり
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				
買い物代行	なし	あり	なし	あり				※利用できる範囲を明確化すること
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		○	550円	お預かりサービス
健康管理サービス								
定期健康診断			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	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				ケアプランにより保険給付
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり	○			心身の状況に応じて必要な場合
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		○	3960円	救急車同乗サービス
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。