

## 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、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成23年10月7日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙4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、別紙4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) かぶしきがいしゃ そら 株式会社 空	
主たる事務所の所在地	〒693-0021 島根県出雲市塩冶町2078番地1	
連絡先	電話番号	0853-25-7919
	FAX番号	0853-25-7929
	ホームページアドレス	<a href="http://www13.plala.or.jp/hidamarisou">http://www13.plala.or.jp/hidamarisou</a>
代表者	氏名	可児 勢津子
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・ <input checked="" type="checkbox"/> 平成 23年11月15日	
主な実施事業	医療、福祉及び介護に関するコンサルタント業務 ※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) ひだまりそう 陽だまり荘	
所在地	〒693-0021 島根県出雲市塩冶町520番1	
主な利用交通手段	最寄駅	山陰本線 出雲市 駅
	交通手段と所要時間	自動車に乗車 約10分
連絡先	電話番号	0853-25-8233
	FAX番号	0853-25-8235
	ホームページアドレス	http://www13.plala.or.jp/hidamarisou/
住宅管理者	氏名	三浦康二郎
	職名	施設長
建物の竣工日		昭和・平成 24年11月14日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 25年 1月18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	県(市)
	事業所の指定日	平成 年 月 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	854㎡00	
	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	
		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 (2012年11月1日~2042年10月31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	748㎡00 (地上2階建)			
		うち、老人ホーム部分	<del>_____</del> m <sup>2</sup>			
	耐火構造	1 耐火建築物				
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 準耐火建築物				
	構造	3 その他 ( )				
		1 鉄筋コンクリート造				
		2 鉄骨造				
<input checked="" type="checkbox"/> 3 木造						
所有関係	4 その他 ( )					
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし				
	契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (2012年11月1日～2042年10月31日)	2 なし			
	契約の自動更新	<del>1 あり 2 なし</del>				
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	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.02 m <sup>2</sup>	18 戸	一般居室個室
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.23 m <sup>2</sup>	1 戸	一般居室個室
	タイプ3	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ4	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ5	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ6	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ7	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ8	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ9	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
タイプ10	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 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	4 ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	0 ヶ所		

	便房		うち車椅子等の対応が可能な便房	4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 介護浴槽	0ヶ所	チェアー浴	2ヶ所	
			リフト浴	0ヶ所	
			ストレッチャー浴	0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 checked="" 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 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	本事業は高齢者の居住の安定の確保に関する基本的な方針及び島根県高齢者居住安定確保計画に照らして適切に行うことを誓約いたします。					
サービスの提供内容に関する特色	施設長及び職員のほか、 <del>コンシェルジュ1名と看護師1名</del> を配置し、 <del>ライフスタイルを満喫できる</del> ようにサポートしています。					
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	
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
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
健康管理の供与	<input type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input type="checkbox"/> 2	委託	<input checked="" type="checkbox"/> 3	なし
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
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

(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	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	
	医療機関連携加算	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		

(医療連携の内容)

医療支援	※複数選択可	<input 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（訪問診療医の確保）	
協力医療機関	1	名称	朝山医院（当施設から 4.5km）
		住所	出雲市松寄下 1 0 9 7
		診療科目	内科
		協力内容	外来・往診 （医療費その他の費用は入居者の自己負担）
	2	名称	三原医院（当施設から 2.9km）
		住所	出雲市今市町 1 6 0 5
		診療科目	内科
		協力内容	外来・往診 （医療費その他の費用は入居者の自己負担）
協力歯科医療機関	名称	川田歯科	
	住所	出雲市塩冶町 7 6 6 - 5（当施設から 0.6km）	
	協力内容	外来・往診 （医療費その他の費用は入居者の自己負担）	

**(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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 その他 ( 階数の変更 )	
判断基準の内容	健康上の問題で2階への階段の上り下りが困難となった場合には1階居室への住み替えを行う場合があります。	
手続きの内容	① 当施設が指定する医師の意見を聞く ② 概ね3か月間の観察期間を置く ③ 本人・身元引受人の同意を得る	
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	住み替え後の居室に移行	
前払金償却の調整の有無	<del>1 あり 2 なし</del>	
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 ※居室タイプによる
	便所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	浴室の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	洗面所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 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	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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	入居時40歳以上	
契約の解除の内容	① 入居者が死亡した場合 ② 入居者、又は事業者から解約した場合	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	・賃料及び各種サービス料金の滞納 ・入居者の行動が、他の入居者・職員の生命に危害を及ぼすかその恐れがあり、通常の介護方法。接遇方法では防止できない、等
	解約予告期間	3 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：空室がある場合 一泊食事付 3000円～) 2 なし	

入居定員	19 人
その他	身元引受人が設定できない場合は応相談。

## 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	0 人	
生活相談員	1 人	0 人	1 人	
直接処遇職員	7 人	4 人	2 人	
介護職員	6 人	4 人	2 人	
看護職員	0 人	0 人	1 人	
機能訓練指導員	0 人	0 人	0 人	
計画作成担当者	0 人	0 人	0 人	
栄養士	0 人	0 人	0 人	
調理員	4 人	0 人	4 人	
事務員	0 人	0 人	0 人	
その他職員	5 人	0 人	5 人	
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 人	0 人	0 人
介護福祉士	4 人	3 人	1 人
実務者研修の修了者	2 人	1 人	1 人
初任者研修の修了者	1 人	0 人	1 人
介護支援専門員	0 人	0 人	0 人

(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		

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 ( 20時～ 7時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0 人	1 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		介護福祉士	
		資格等の名称			
		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	1	0	0	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
応じた業務に従事した経験年数に 職員の人数	1年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	1年以上 3年未満	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	3年以上 5年未満	0	0	2	1	0	1	0	0	0	0
	5年以上 10年未満	0	0	3	1	0	1	0	0	0	0
	10年以上	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
	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	
利用料金の改定	条件	近隣との相場、物価の変動により改定する場合があります。
	手続き	事前協議をいたします。

(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	要介護	
	年齢	40歳以上	40歳以上	
居室の状況	床面積	18.02 m <sup>2</sup>	18.23 m <sup>2</sup>	
	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	0 円	0 円	
	敷金	111,000 円	150,000 円	
月額費用の合計		85,000 円	115,500 円	
家賃		37,000 円	50,000 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	46,200 円	46,200 円
		共益費	5,000 円	10,000 円
		介護費用(別途)	円	円
		光熱水費	実費	実費
		生活支援費	10,000 円	17,000 円
維持管理費	3,000 円	4,500 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、設備部品費、借入利息、等を基礎として1室あたりの家賃を算出しております。
敷金	家賃の3ヶ月分として設定しております。修繕費、未払費用、ハウスクリーニング代、処分費等
維持管理費	各備品、設備などのメンテナンス費用
共益費	共用部分の水道、ガス、電気代。
食費	厨房維持費、及び1日3食を提供するための費用。
光熱水費	利用者負担
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2
生活支援費及びその他の	夜間宿直員の人件費、安否確認、緊急対応、状況把握サービス及び生活

サービス利用料	相談サービスの人件費・事務費。
---------	-----------------

**(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	3 人
	女性	8 人
年齢別	65歳未満	3 人
	65歳以上 75歳未満	2 人
	75歳以上 85歳未満	4 人
	85歳以上	2 人
要介護度別	自立	0 人
	要支援1	0 人

	要支援 2	0 人
	要介護 1	4 人
	要介護 2	4 人
	要介護 3	2 人
	要介護 4	1 人
	要介護 5	0 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	5 人
	5年以上10年未満	3 人
	10年以上15年未満	1 人
	15年以上	0 人

**(入居者の属性)**

平均年齢	82 歳
入居者数の合計	11 人
入居率*	78 %
※ 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	2 人
	死亡者	0 人
	その他	0 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	4 人
	(解約事由の例)	ADL 低下及び病院に入院することになったため

**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		陽だまり荘事務所
電話番号		0853-25-8233
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土日祝祭日
窓口の名称		出雲市高齢福祉課
電話番号		0853-21-6972
対応している時間	平日	9:00~17:30
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土日祝祭日

窓口の名称		島根県国民健康保険団体連合会
電話番号		0852-21-2113
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土日祝祭日

**(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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 施設賠償保険
	<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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 事故対応マニュアルによる
	<input 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

**(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
	<input checked="" type="checkbox"/> 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
	<input checked="" 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 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「5.規模及び構造設備」	1 あり 2 なし	

に合致しない事項	
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（別の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

## 事業者が運営する介護サービス事業一覧表

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・ステーション ピース	島根県出雲市塩冶町 2078-1A/102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		
居宅介護支援	あり	なし		
＜居宅介護予防サービス＞				
介護予防訪問介護	あり	なし	ケア・ステーション ピース	島根県出雲市塩冶町 2078-1A/102号
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		
＜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		



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（入居者の個別選択によるサービス一覧表）

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
	なし	あり	なし	あり	なし				
<b>介護サービス</b>									
食事介助	なし	あり	なし	あり	○			在宅サービスを利用	
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	○			在宅サービスを利用	
おむつ代			なし	あり	○			外部業者提供可（実費取引）	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	○			在宅サービスを利用	
特浴介助	なし	あり	なし	あり				外部サービス利用可	
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり	○			在宅サービスを利用	
機能訓練	なし	あり	なし	あり				外部委託	
通院介助	なし	あり	なし	あり	○			相談・外部サービス	
<b>生活サービス</b>									
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○			在宅サービスを利用	
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○			外部サービス利用可	
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○			在宅サービスを利用	
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	○			在宅サービスを利用	
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり	○			福祉食有り（アレルギー・減塩など）	
おやつ			なし	あり	○			持ち込み自由	
理美容師による理美容サービス			なし	あり	○			外部サービス利用可	
買い物代行	なし	あり	なし	あり	○			在宅サービスを利用	
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	○			サービス利用料の範囲内	
金銭・貯金管理			なし	あり				原則なし（特別な場合は検討可）	
<b>健康管理サービス</b>									
定期健康診断			なし	あり	○			希望者年2回 実費負担	
健康相談	なし	あり	なし	あり	○			適宜実施	
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○			適宜実施	
服薬支援	なし	あり	なし	あり	○			適宜実施	
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり	○			適宜実施	
<b>入退院時・入院中のサービス</b>									
移送サービス	なし	あり	なし	なし	○			要相談	
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり	○			サービス利用料の範囲内	
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり	○			サービス利用料の範囲内	
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり	○			サービス利用料の範囲内	

※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。