

## 重要事項説明書

記入年月日

令和2年7月1日

## 1. 事業主体概要

種類	個人 <input type="checkbox"/> 法人 <input checked="" type="checkbox"/>	
	※法人の場合、その種類	一般社団法人
名称	(ふりがな) いっぱんしゃだんほうじん いちごいちえ 一般社団法人 一期一会	
主たる事務所の所在地	〒 379-2211 伊勢崎市市場町二丁目 1 1 4 7 - 2	
連絡先	電話番号	0270-40-0705
	FAX番号	0270-40-0706
	ホームページアドレス	
	メールアドレス	i-chi-go@aozora2003.com
代表者	氏名	山守 美紀
	職名	代表理事
設立年月日	平成 2 4 年 8 月 2 8 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) ふれあいほーむひだまりのさと ふれあいホーム陽だまりの里	
所在地	〒 379-2211 伊勢崎市市場町2丁目1147-2	
主な利用交通手段	最寄駅	JR国定駅
	交通手段と所要時間	最寄駅から 自動車にて乗車約10分
連絡先	電話番号	0270-40-0705
	FAX番号	0270-40-0706
	ホームページアドレス	
	メールアドレス	i-chi-go@aozora2003.com
管理者	氏名	山守 美紀
	職名	管理者
	建物の竣工日	平成18年 2月 1日
	有料老人ホーム事業の開始日	平成24年11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	
	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

(特記事項)

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 <input type="checkbox"/> 2 なし <input checked="" type="checkbox"/>
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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input type="checkbox"/> 3 不要*
※ 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	

(併設介護保険事業所等の概要) ※併設する介護保険事業所等がない場合は省略可能

併設介護 保険事業 所等	1	施設の名称	デイホーム一期一會
		サービスの類型	地域密着型通所介護
		事業所番号	1070402902
		事業所の場所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 同一の建物 <input type="checkbox"/> 2 同一の敷地 <input type="checkbox"/> 3 隣接する土地
	2	施設の名称	デイホーム人生ロマン
		サービスの類型	地域密着型通所介護
		事業所番号	1070402910
		事業所の場所	<input type="checkbox"/> 1 同一の建物 <input checked="" type="checkbox"/> 2 同一の敷地 <input type="checkbox"/> 3 隣接する土地
	3	施設の名称	介護サービス虹心
		サービスの類型	福祉用具貸与
		事業所番号	1070403678
		事業所の場所	<input type="checkbox"/> 1 同一の建物 <input checked="" type="checkbox"/> 2 同一の敷地 <input type="checkbox"/> 3 隣接する土地
	4	施設の名称	
		サービスの類型	
		事業所番号	
		事業所の場所	<input type="checkbox"/> 1 同一の建物 <input type="checkbox"/> 2 同一の敷地 <input type="checkbox"/> 3 隣接する土地
	5	施設の名称	
		サービスの類型	
		事業所番号	
		事業所の場所	<input type="checkbox"/> 1 同一の建物 <input type="checkbox"/> 2 同一の敷地 <input type="checkbox"/> 3 隣接する土地

### 3. 建物概要

土地	敷地面積	1,968.00 m <sup>2</sup>				
	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				
		借地権の種類	1 普通借地権	2 定期借地権		
		抵当権の有無	1 あり	2 なし		
契約期間		1 あり (H31年2月1日～ R4年1月31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	503.26 m <sup>2</sup>			
		うち有料老人ホーム部分	350.82 m <sup>2</sup>			
	耐火構造	1 耐火建築物（建築基準法第2条第9号の2）				
		2 準耐火建築物（建築基準法第2条第9号の3）				
		3 その他（ ）				
	構造	1 鉄筋コンクリート造				
		2 鉄骨造				
3 木造						
4 その他（ ）						
建物階数	1階建て（うち有料老人ホーム部分 1階）					
所有関係	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 (H30年11月1日～ R3年10月31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】	1 全室個室				
		2 相部屋あり				
		最少				1人部屋
	最大				2人部屋	
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分*
	タイプ1	無	無	9.94 m <sup>2</sup>	15	一般居室個室
	タイプ2	無	無	16.56 m <sup>2</sup>	1	一般居室個室
	タイプ3	無	無	13.25 m <sup>2</sup>	2	一般居室相部屋
	タイプ4	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ5	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		

	タイプ6	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ7	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ8	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ9	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ10	有/無	有/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 便房	4ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	4ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	4ヶ所		
	共用浴室	ヶ所	個室	ヶ所		
			大浴場	ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	ヶ所	チェアー浴	ヶ所		
			リフト浴	ヶ所		
			ストレッチャー浴	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	<input checked="" type="checkbox"/> 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) <input checked="" type="checkbox"/> 3 あり (上記1・2に該当しない) <input checked="" 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	「親のように子のように接する気持ちを大切に」を基本精神とし、尊敬と慈悲の気持ちをもって利用者と向き合う生活支援を目指す。
サービスの提供内容に関する特色	家庭的な雰囲気重視して、今まで住んでいた自宅と変わらぬ気持ちで生活していただけるよう細やかな支援を行う。
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	1 自ら実施 2 委託 3 なし
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
生活相談サービス	1 自ら実施 2 委託 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	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) (II) なし
	サービス提供体制強化加算	(I)イ (I)ロ (II) (III) なし
	介護職員処遇改善加算	(I) (II) (III) (IV) (V) 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		<input type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 <input type="checkbox"/> 4 その他 ( )	
協力医療機関	1	名称	群馬県立精神医療センター
		住所	伊勢崎市国定町二丁目 2 3 7 4
		診療科目	精神科・神経科、内科、外科
		協力内容	受診協力、予防接種、健康相談
	2	名称	諏訪内科医院
		住所	伊勢崎市国定町二丁目 1 8 3 5 - 2
		診療科目	内科
		協力内容	受診協力、予防接種、健康相談
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		<input type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 3 その他 ( 一般居室から一般居室への移動 )	
※複数選択可			
判断基準の内容		空き室が発生した場合、利用者から住み替えの希望が事前にあった場合	
手続の内容		事前の意思確認、経済状況等の確認	
追加的費用の有無		<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
居室利用権の取扱い		新たに居住する居室について権利を得る	
前払金償却の調整の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	便所の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	浴室の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	洗面所の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	台所の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	その他の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	(変更内容) 住み替え後の居室条件による

(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
入居対象となる者の年齢	65 歳以上		
留意事項	入居時自立の方でも、認定を受けて要介護状態等となる見込みのある場合には、入居可。		
契約の解除の内容	入居契約書第 27 条、第 28 条、第 29 条のとおり		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第 28 条	
	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	1 あり (内容：適宜入居体験希望者と相談し定めるとおり ) 2 なし		
体験入居の費用	5,000/日 (1泊2日)		
入居定員	20 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（併設介護保険事業所等など同一法人が運営する他の事業所の職員については記載しないでください。）。

（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	
管理者	1（1）	1	
生活相談員	1（1）	1	
直接処遇職員			
介護職員	10		10
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	
	常勤	非常勤
社会福祉士		
介護福祉士	4	4
実務者研修の修了者		
初任者研修の修了者		
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 ( 22 時～ 翌 7 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							
	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				3						
前年度1年間の退職者数			1							
応じた業務に従事した経験年数に 職員の数	1年未満									
	1年以上				5					
	3年未満									
	3年以上									
	5年未満									
	5年以上				2 (1)	1 (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】	<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	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	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	入居契約書第26条第2項のとおり
	手続	入居契約書第26条第3項のとおり

(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	1	1	
	年齢	65 歳	65 歳	
居室の状況	床面積	9.94 m <sup>2</sup>	13.25 m <sup>2</sup>	
	便所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
	浴室	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
	台所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
入居時点で 必要な費用	前払金	0 円	0 円	
	敷金	50,000 円	50,000 円	
月額費用の合計		115,500 円	95,500 円	
家賃		40,000 円	20,000 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	34,500 円	34,500 円
		管理費	28,000 円	28,000 円
		介護費用	0 円	0 円
		光熱水費（4月～10月）	13,000 円	13,000 円
光熱水費（11月～3月）		17,000 円	17,000 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	近隣の老人ホームの家賃の平均額
敷金	家賃の2.5ヶ月分
介護費用	
管理費	共用部分の維持・管理、人件費その他の費用
食費	朝食 350 円 昼食 350 円 夕食 350 円 おやつ 100 円 30 日分で算定
光熱水費	水道光熱費（冬期においては 4,000 円を加算）
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	居室にてテレビをご覧になる場合、NHK受信料は、直接NHKにお支払ってください。

**(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	9人
	女性	14人
年齢別	60歳未満	1人
	60歳以上 65歳未満	1人
	65歳以上 75歳未満	6人
	75歳以上 85歳未満	11人
	85歳以上 90歳未満	3人
	90歳以上 95歳未満	1人
	95歳以上 100歳未満	人
	100歳以上	人
要介護度別	自立	人
	要支援1	2人
	要支援2	人
	要介護1	5人
	要介護2	5人
	要介護3	9人
	要介護4	1人
	要介護5	1人
入居期間別	6ヶ月未満	2人
	6ヶ月以上 1年未満	1人
	1年以上 5年未満	9人
	5年以上 10年未満	4人
	10年以上 15年未満	7人
	15年以上	人
入居時の住所地	市内	16人
	県内の他の市町村	6人
	県外	1人

(入居者の属性)

平均年齢	77歳
入居者数の合計	23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		3人
生前解約の状況	施設側の申出		人
		(解約事由の例)	
	入居者側の申出		3人
		(解約事由の例) 他施設へ入所、健康状態の悪化による入院など	

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		相談室
電話番号		0270-40-0705
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		群馬県県庁介護高齢課 (公的機関)
電話番号		027-223-1111
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土曜、日曜、祝日、年末年始 (12/29-1/3)

(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) 死亡、傷病、財産の損失について (上限1億円)
	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) 上記の損害賠償責任保険で対応
	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
重要事項説明書	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
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 <input checked="" type="checkbox"/> あり	(開催頻度) 随時
	2 <input type="checkbox"/> なし	
	1 <input type="checkbox"/> 代替措置あり	(内容)
	2 <input type="checkbox"/> 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 <input type="checkbox"/> あり (提携ホーム名: )	
	2 <input checked="" type="checkbox"/> 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」 に合致しない事項	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり    2 <input type="checkbox"/> なし	
合致しない事項がある場合 の内容	・一部の居室の広さが指針の通りでない	
「6.既存建築物等の活用 の場合等の特例」への適合 性	1 <input type="checkbox"/> 適合している (代替措置) 2 <input type="checkbox"/> 適合している (将来の改善計画) 3 <input 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	なし	
不適合事項がある場合の内 容		
(公社)全国有料老人ホーム 協会への加入	1 <input type="checkbox"/> あり    2 <input checked="" type="checkbox"/> なし	

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
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>			
訪問介護		なし	
訪問入浴介護		なし	
訪問看護		なし	
訪問リハビリテーション		なし	
居宅療養管理指導		なし	
通所介護		なし	
通所リハビリテーション		なし	
短期入所生活介護		なし	
短期入所療養介護		なし	
特定施設入居者生活介護		なし	
福祉用具貸与		なし	
特定福祉用具販売		なし	
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>			
定期巡回・随時対応型訪問介護看護		なし	
夜間対応型訪問介護		なし	
地域密着型通所介護	あり	デイホーム-期-會	伊勢崎市市場町2-1147-2
認知症対応型通所介護		なし	
小規模多機能型居宅介護		なし	
認知症対応型共同生活介護		なし	
地域密着型特定施設入居者生活介護		なし	
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護		なし	
看護小規模多機能型居宅介護		なし	
居宅介護支援		なし	
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>			
介護予防訪問介護		なし	
介護予防訪問入浴介護		なし	
介護予防訪問看護		なし	
介護予防訪問リハビリテーション		なし	
介護予防居宅療養管理指導		なし	
介護予防通所介護		なし	
介護予防通所リハビリテーション		なし	
介護予防短期入所生活介護		なし	
介護予防短期入所療養介護		なし	
介護予防特定施設入居者生活介護		なし	
介護予防福祉用具貸与		なし	
特定介護予防福祉用具販売		なし	
<b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b>			
介護予防認知症対応型通所介護		なし	
介護予防小規模多機能型居宅介護		なし	
介護予防認知症対応型共同生活介護		なし	
介護予防支援		なし	
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>			
介護老人福祉施設		なし	
介護老人保健施設		なし	
介護療養型医療施設		なし	
介護医療院		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		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 <sup>※1</sup>	都度 <sup>※2</sup>	料金 <sup>※3</sup>	備考
特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者が一部負担 <sup>※1</sup> ）	あり	なし	あり	あり	○		あり
介護サービス							
食事介助	あり	なし	あり	あり	○		月額利用料を含む
排泄介助・おむつ交換	あり	なし	あり	あり	○		月額利用料を含む
おむつ代					○	*	*A: 月1000, 月A: 月1500, BP1600, 月A: 月3000, 7/1: P1400
入浴（一般浴）介助・清拭	あり	なし	あり	あり	○	500	
特介介助	あり	なし	あり	あり	○		月額利用料を含む
身辺介助（移動・着替え等）	あり	なし	あり	あり	○		月額利用料を含む
機能訓練	あり	なし	あり	あり	○		1h以内 / 伊勢崎市
通院介助	あり	なし	あり	あり	○	1500	
生活サービス							
居室清掃	あり	なし	あり	あり	○		
リネン交換	あり	なし	あり	あり	○		
日常の洗濯	あり	なし	あり	あり	○		
居室配膳・下膳	あり	なし	あり	あり	○		
入居者の嗜好に応じた特別な食事	あり	なし	あり	あり	○		
おやつ	あり	なし	あり	あり	○	100	
理美容師による理美容サービス	あり	なし	あり	あり	○		
買物代行	あり	なし	あり	あり	○	1500	1500/1h（伊勢崎市内）
役所手続代行	あり	なし	あり	あり	○	0	外出の際は買物代行に準じた料金が発生
金銭・貯金管理	あり	なし	あり	あり	○	0	外出の際は買物代行に準じた料金が発生
健康管理サービス							
定期健康診断	あり	なし	あり	あり	○		
健康相談	あり	なし	あり	あり	○		
生活指導・栄養指導	あり	なし	あり	あり	○		
服薬支援	あり	なし	あり	あり	○		
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	あり	なし	あり	あり	○		
入退院時・入院中のサービス							
移送サービス	あり	なし	あり	あり	○	1500	買物代行に準じた料金が発生
入退院時の同行	あり	なし	あり	あり	○	1500	買物代行に準じた料金が発生
入院中の洗濯物交換・買い物	あり	なし	あり	あり	○	1500	買物代行に準じた料金が発生
入院中の見舞い訪問	あり	なし	あり	あり	○	1500	買物代行に準じた料金が発生

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割から3割までの利用者負担）。

※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於いて、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。

