

重要事項説書

記入年月日	令和2年7月1日
記入者名	相場 清志
所属・職名	管理者

※ 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) かぶしきがいしゃう` あていー 株式会社ヴァティー	
主たる事務所の所在地	〒105-0004 東京都港区新橋三丁目11番1号	
連絡先	電話番号	03-6435-6116
	FAX 番号	03-3433-5351
	ホームページアドレス	http://www.vati.co.jp
代表者	氏名	小林 孝幸
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・ <input checked="" type="checkbox"/> 平成 14年1月18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) ふるさとほーむあしかがわたらせがわ ふるさとホーム足利渡良瀬川	
所在地	〒326-0331 栃木県足利市福富町 1836-1	
主な利用交通手段	最寄駅	東武伊勢崎線 東部和泉駅
	交通手段と所要時間	東武伊勢崎線 東部和泉駅より徒歩 15 分
連絡先	電話番号	0284-74-2110
	FAX 番号	0284-72-7575
	ホームページアドレス	http://www.vati.co.jp
管理者	氏名	相場 清志
	職名	管理者
建物の竣工日	昭和・平成 27 年 2 月 28 日	
有料老人ホーム事業の開始日	昭和・平成 27 年 4 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	0970202941
	指定した自治体名	栃木県
	事業所の指定日	平成 27 年 4 月 1 日
	指定の更新日 (直近)	

3. 建物概要

土地	敷地面積	1,183.59 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	1,131.42 m ²
		うち、老人ホーム部分	1,131.42 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 type="checkbox"/> 2 鉄骨造 <input type="checkbox"/> 3 木造 <input type="checkbox"/> 4 その他 ()				
	所有関係	<input type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する建物 <input type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物				
		抵当権の設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし			
契約期間		<input type="checkbox"/> 1 あり (2015年4月1日～2045年3月31日) <input type="checkbox"/> 2 なし				
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 全室個室				
		<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.00 m ²	30	介護居室個室
	タイプ2	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無			
	タイプ3	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無			
	タイプ4	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無			
	タイプ5	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無			
	タイプ6	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無			
	タイプ7	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無			
タイプ8	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無				
タイプ9	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無				
タイプ10	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無				
※「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	2ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	2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	3ヶ所	チェアー浴	ヶ所			
		リフト浴	ヶ所			

			ストレッチャー浴	1ヶ所
			その他（個浴）	2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 type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" 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
その他				

4. サービスの内容

（全体の方針）

運営に関する方針	<p>利用者が職員や他の利用者との共同生活の中で、ご自分の趣味やレクリエーション・又は手仕事等を楽しみながら過ごすことにより、本人のADL・生活能力を維持することを支援します。</p> <p>また、地域に密着した有料老人ホームの運営をすることにより利用者のご家族の「安心」を得ることを目指します。</p>				
サービスの提供内容に関する特色	第二の家族となり、ホスピタリティーあふれる介護				
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	29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	29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	29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	29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	29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	29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	
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"/> 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 入退院の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> 通院介助 <input type="checkbox"/> その他 ()			
協力医療機関	1	名称	足利赤十字病院	
		住所	栃木県足利市五十町 284-1	
		診療科目	総合	
		協力内容	入院の協力、緊急時の対応	
	2	名称	佐野在宅診療所	
		住所	栃木県佐野市大橋町 1997-23	
		診療科目	内科	
		協力内容	定期的な往診	
協力歯科医療機関	名称	長谷川歯科医院		
	住所	群馬県太田市由良町 294-1		
	協力内容	定期的な往診		

(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					
契約の解除の内容	入居契約書 第 28 条による				
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書 第 29 条による			
	解約予告期間	ヶ月			
入居者からの解約予告期間	30 日				
体験入居の内容	1 あり (内容 : 1 泊 5,500 円 (税込) 【食費別】) 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	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	12	9	3	9.0
看護職員	2	2		1.8
機能訓練指導員	1	1		0.2
計画作成担当者	1	1		0.3
栄養士				
調理員				
事務員	1	1		1.0
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 時間
※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	2	1
実務者研修の修了者		
初任者研修の修了者	5	1
介護支援専門員	1	1

(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	1	1
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 (16時 ~ 10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	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 c 2.5 : 1 以上 <input checked="" 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
※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	
	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	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		3				1			
前年度1年間の退職者数		1			2			1			
業務に従事した経験年数に応じた職員の数	1年未満	1		3				1			
	1年以上 3年未満	1		2	3	2				1	
	3年以上 5年未満			4							
	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		<input checked="" type="checkbox"/> 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 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 type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" 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	目的住宅が所在する自治体が発表する消費者物価指数や人件費等の上昇等
	手続き	料金改定の際には、入居者及び身元引受人等へ事前に通知します。

(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			
	年齢	— 歳	— 歳	
居室の状況	床面積	13.65 m ²	m ²	
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	浴室	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	台所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
入居時点で 必要な費用	前払金	— 円	— 円	
	敷金	— 円	— 円	
月額費用の合計		141,500 円	— 円	
家賃		50,000 円	— 円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※ ¹ の費用		— 円	
	介護保険外※ ²	食費	46,500 円	— 円
		管理費	45,000 円	— 円
		介護費用	— 円	— 円
		光熱費	管理費に含む	— 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	50,000 円（消費税は非課税）
敷金	なし
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
サービス提供費	入居者に対するサービス提供に係る共通人件費
管理費	45,000 円（税別） テレビ、ラジカセ、充電器類、備え付けてあるもの以外の電化製品を使用する場合、1 点につき日額 50 円を請求させていただきます。
食費	46,500 円（税別）（朝食 500 円、昼食 500 円、夕食 550 円） 日単位での清算 ※ご飯については大盛にすることも可能です。その場合は別途 50 円（税別） ※食事以外にもトロミ剤を使用する場合は、別途日額 100 円（税別）
光熱水費	管理費に含む
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	

(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	介護保険法による要介護（要支援）認定の結果に応じて変わります。
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）	なし
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

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	16 人
	女性	13 人
年齢別	65 歳未満	人
	65 歳以上 75 歳未満	6 人
	75 歳以上 85 歳未満	3 人
	85 歳以上	20 人

要介護度別	自立	人
	要支援 1	人
	要支援 2	2 人
	要介護 1	2 人
	要介護 2	5 人
	要介護 3	5 人
	要介護 4	9 人
	要介護 5	6 人
入居期間別	6 ヶ月未満	1 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	4 人
	1 年以上 5 年未満	24 人
	5 年以上 10 年未満	人
	10 年以上 15 年未満	人
	15 年以上	人

(入居者の属性)

平均年齢	84.2 歳
入居者数の合計	29 人
入居率※	96%
※ 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	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		ふるさとホーム足利渡良瀬川
電話番号		0284-74-2110
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		株式会社ヴァティー 介護事業部
電話番号		03-6435-6116
対応している 時間	平日	9:30~18:30
	土曜	11:00~17:00
	日曜・祝日	—
定休日		日曜、祝日、年末年始

窓口の名称		足利市役所 介護保険課
電話番号		0284-20-2136
対応している 時間	平日	8:30~17:15
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		12月29日~翌年1月3日

窓口の名称		栃木県国民健康保険団体連合会 介護福祉課
電話番号		028-643-2220
対応している 時間	平日	9:00~17:00
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土曜、日曜、祝日

(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	1 あり	(その内容) 三井住友海上火災保険株式会社 福祉事業者総合賠償責任保険
	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) 誠意を持って対応します。
	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	平成 27 年 6 月	
		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
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	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" 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	
不適合事項がある場合の内容	

添付書類：別添 1（別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		
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	ケアステーションあさひ 小山 ケアステーションあさひ 鹿沼 ケアステーションあさひ 栃木 ケアステーションあさひ 足利 ケアステーションあさひ 宇都宮鶴田 ケアステーションあさひ 佐野高萩 ケアステーションあさひ 栃木菌部町 ケアステーションあさひ 壬生 ケアステーションあさひ 上三川 ケアステーションあさひ 真岡 ケアステーションあさひ 日光 ケアステーションあさひ 大田原 ケアステーションあさひ ゆいの杜 ケアステーションあさひ さくら ケアステーションあさひ 小山第貳 ケアステーションあさひ 栃木藤岡 ケアステーションあさひ 宇都宮城南 ケアステーションあさひ 雀の宮 ケアステーションあさひ 野木 ケアステーションあさひ 小金井 ケアステーションあさひ 真岡第貳	小山市東城南二丁目 21-14 鹿沼市貝島町 5038-5 栃木市城内町 2 丁目 10 番 13 号 足利市福富町 2178-1 宇都宮市鶴田 2 丁目 19-1 佐野市高萩町 1305-6 栃木市菌部町 4 丁目 1 番 49 号 下都賀郡壬生町中央町 6 番 26 号 河内郡上三川町しらさぎ 一丁目 32-9 真岡市下高間木 1 丁目 30-5 日光市七里 692-3 大田原市美原 3 丁目 3267-1 宇都宮市ゆいの杜 5 丁目 10 番 23 号 さくら市氏家 3245-1 小山市東城南二丁目 24-3 栃木市藤岡町藤岡 4287 番 1 宇都宮市城南 3 丁目 4-11 宇都宮市五代 3 丁目 31-28 下都賀郡野木町丸林 647-3 下野市小金井 3 丁目 1-4 真岡市下高間木 1 丁目 28-2
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	ふるさとホーム 大田原城	大田原市中田原 810-82
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		
＜居宅介護予防サービス＞				
介護予防訪問介護	あり	なし		
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	ふるさとホーム 大田原城	大田原市中田原 810-82
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		

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
	なし	あり	なし	あり				
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		○		
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり			週4回以上 1回1,000円（税別）	
特浴介助	なし	あり	なし	あり			週3回以上 1回1,500円（税別）	
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			60分以上：500円（税別）/30分	
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		○		
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	施設を中心に半径2km以内とする	
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	○			
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり		○		
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			60分以上：500円（税別）/30分	
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり			60分以上：500円（税別）/30分	
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり			60分以上：500円（税別）/30分	
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり			60分以上：500円（税別）/30分	

※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。