

重要事項説明書

記入年月日	2023年7月1日
記入者名	佐藤 雄一
所属・職名	あずみ苑グランデ宇都宮 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、「宇都宮市サービス付き高齢者向け住宅事業登録制度実施要綱」の様式第 18 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、様式第 18 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/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 れおぱれすにじゅういち 株式会社 レオパレス 21	
主たる事務所の所在地	〒164-8622 東京都中野区本町二丁目54番11号	
連絡先	電話番号	03-5350-0124
	FAX 番号	03-5350-0125
	ホームページアドレス	http:// www. leopalace21. co. jp/
代表者	氏名	宮尾 文也
	職名	代表取締役
設立年月日	1973年8月17日	
主な実施事業	アパート・マンション・住宅等の建築・賃貸管理及び販売 リゾート施設の開発・運営 ブロードバンド通信事業 介護事業、他 ※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) あずみえん ぐらんでうつのみや あずみ苑 グランデ宇都宮	
所在地	〒320-0075 栃木県宇都宮市宝木本町1239番地1号	
主な利用交通手段	最寄駅	JR 宇都宮線 宇都宮駅
	交通手段と所要時間	①電車利用の場合 ・JR 宇都宮線「宇都宮」駅より〔ろまんち つく村〕行関東バス約28分〔宝木本町 上〕バス停より徒歩約3分(約200m) ②車利用の場合 ・東北自動車道宇都宮 IC から約7分
連絡先	電話番号	028-666-3141
	FAX 番号	028-666-3142
	ホームページアドレス	http:// www.azumien.jp/
管理者	氏名	佐藤 雄一
	職名	施設長
建物の竣工日		2008年1月19日
有料老人ホーム事業の開始日		2008年3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	第0970104287号
	指定した自治体名	宇都宮市
	事業所の指定日	2008年3月1日
	指定の更新日(直近)	2021年3月1日

3. 建物概要

土地	敷地面積	4,661.41 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 (普通賃借 ・ 定期賃借)				
		抵当権の有無	1 あり	2 なし		
	契約期間	1 あり (2008年1月19日~2038年1月18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		1,743.59 m ²		
		うち、老人ホーム部分		1,743.59 m ²		
	耐火構造	1 耐火建築物 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 3 木造 4 その他 ()				
	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 (普通賃借 ・ 定期賃借)				
		抵当権の設定	1 あり	2 なし		
		契約期間	1 あり (2008年1月19日~2038年1月18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 (縁故者居室を含む)				
		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	有/無	有/無	14.61 m ²	4	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	14.65 m ²	3	一般居室個室
	タイプ3	有/無	有/無	14.66 m ²	2	一般居室個室
	タイプ4	有/無	有/無	14.86 m ²	5	一般居室個室
	タイプ5	有/無	有/無	14.89 m ²	25	一般居室個室
タイプ6	有/無	有/無	14.99 m ²	4	一般居室個室	
タイプ7	有/無	有/無	15.38 m ²	1	一般居室個室	

	タイプ8	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	15.66 m ²	1	一般居室個室
	タイプ9	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ10	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 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	7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		7ヶ所	
	共用浴室	7ヶ所	個室		7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		1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 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			
緊急通報装置等	居室	便所		浴室		その他 ()
	1 あり	1 あり		1 あり		1 あり
	2 一部あり	2 一部あり		2 一部あり		2 一部あり
	3 なし	3 なし		3 なし		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	心をひとつにお客様に快適で豊かなシニアライフの提案を行います。 ・お客様が快適な生活を送るための気配りを常に心がけること。 ・日本の老後をより豊かにする為に自分達が出来ることが何かを考えること。
サービスの提供内容に関する特色	「人生を楽しむコミュニティの構築」をコンセプトに安心と豊かさに溢れる社会づくりを目指し、サービスを提供して参ります。
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
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施 2 委託 3 なし 0人
食事の提供	1 自ら実施 2 委託 3 なし 41人
洗濯、掃除等の家事の供与	1 自ら実施 2 委託 3 なし 0人
健康管理の供与	1 自ら実施 2 委託 3 なし 41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 41人
生活相談サービス	1 自ら実施 2 委託 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	(I)	1 あり 2 なし	

	遇改善加算	(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
	介護職員等 特定処遇改 善加算	(Ⅰ)	1 あり 2 なし
(Ⅱ)		<input checked="" type="checkbox"/> 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	
	<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	
		<input checked="" type="checkbox"/> 4 その他（健康診断）	
協力医療機関	1	名称	医療法人中山会 宇都宮記念病院
		住所	栃木県宇都宮市大通り 1-3-16
		診療科目	総合診療科、消化器内科、循環器内科、内分泌代謝内科、神経内科、小児科、心療内科、消化器外科、大腸肛門外科、乳腺外来、脳神経外科、呼吸器外科、整形外科、救急科、歯科、泌尿器科、眼科、皮膚科、麻酔科、リハビリテーション科
		協力科目	
		協力内容	診察、健康相談及び健康診断の協力
	2	名称	医療法人賛永会さつきホームクリニック
		住所	栃木県宇都宮市花園町 17 番 1
		診療科目	内科、外科
		協力科目	
		協力内容	診察、健康相談
	3	名称	豊郷台クリニック
		住所	栃木県宇都宮市豊郷台 2-21-3
		診療科目	内科、小児科、循環器科、呼吸器科、アレルギー科
		協力科目	
		協力内容	診察、健康相談及び健康診断の協力

	4	名称	医療法人社団コンパス 健診事業部
		住所	東京都北区志茂 2-39-9 ペアシティ秀華一番館 1-B 号室
		診療科目	健康診断
		協力科目	
		協力内容	健康相談及び健康診断の協力
協力歯科 医療機関	1	名称	さかい歯科クリニック
		住所	栃木県宇都宮市宝木本町 1141-118
		協力内容	受診及び治療
	2	名称	きさくデンタルクリニック
		住所	栃木県下都賀郡壬生町壬生丁 217-85
		協力内容	受診及び治療

(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 ()	
判断基準の内容	事業者が適切な介護を提供するために必要と判断する場合。	
手続きの内容	変更を行う場合、次の手続きを書面にて行うものとする。 一 事業者の指定する医師の意見を聴取する。 二 入居者の意見を確認する。 三 入居者の身元引受人の意見を確認する。 また、居室の変更により入居者の権利や利用料金等に重大な変更が生じる場合は、上記の手続きとあわせ、次の手続きを書面で行うものとする。 一 緊急やむを得ない場合を除いて一定の観察期間を設ける。 二 住み替え後の居室の概要、費用負担の増減等について、入居者及び身元引受人等に説明を行う。 三 入居者の同意を得る。	
追加的費用の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 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	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	便所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	浴室の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(変更内容) クローゼットの有無
	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	概ね 65 歳以上	
契約の解除の内容	一 入居者が死亡したとき 二 事業者が解除の意思表示をなし、かつ、催告期間中に解除原因が解消しなかったとき 三 入居者が解約を行ったとき	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	一 入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき 二 月払い利用料その他の支払いを正当な理由なく、3ヶ月遅滞するとき 三 長期不在に関する届出を行わずに6ヶ月以上不在にしたとき 四 入居契約書第19条に記載の「禁止又は制限される行為」の規定に違反したとき 五 入居者の行動が、他の入居者又は職員に危害を及ぼし、又は、その危害の切迫した恐れがあり、かつ施設における通常の介護方法又は接遇方法等ではこれを防止することができないとき 六 共同生活の秩序を乱す行為があったとき 七 入居者の健康状態が悪化し、継続的に医療行為が必要となり、施設で対応が困難であると判断したとき
	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: 1泊2日3食付 5,500円 ※最大6泊7日) 2 なし	
入居定員	45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	1.0
生活相談員	2	2	0	1.2
直接処遇職員	17	15	1	16.3
介護職員	14	13	1	13.5
看護職員	3	2	1	2.8
機能訓練指導員	1	0	1	0.1
計画作成担当者	1	1	0	1.0
栄養士	1	0	1	0.1
調理員	0	0	0	0
事務員	0	0	0	0
その他職員	0	0	0	0
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	7	7	0
実務者研修の修了者	0	0	0
初任者研修の修了者	3	3	0
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	3	2	1
理学療法士	0	0	0

作業療法士	0	0	0
言語聴覚士	0	0	0
柔道整復士	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0
はり師	0	0	0
きゅう師	0	0	0

(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	0 人
介護職員	2 人	2 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 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)	3 : 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	介護福祉士							
	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	4	0	0	0	0	0	0	0

前年度1年間の退職者数	0	0	3	1	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	4	1	0	0	0	0	0	0	
	1年以上	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	
	3年未満											
	3年以上	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	
	5年未満											
	5年以上	2	0	4	1	0	0	0	0	0	1	0
	10年未満											
10年以上	0	1	2	0	1	0	0	0	1	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】	<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 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 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 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 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	施設が所在する自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案した上で改定する場合あり。
	手続き	<input type="checkbox"/> ① 運営懇談会の意見を聴いた上で改定するものとする。 <input type="checkbox"/> ② あらかじめ入居者及び身元引受人等と書面にて合意するものとする。

(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1	要介護1	
	年齢	65歳	65歳	
居室の状況	床面積	14.89㎡	14.89㎡	
	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	3,600,000円	0円	
	敷金	-円	-円	
月額費用の合計		214,593円	289,593円	
家賃		89,000円	164,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用	(介護1) 18,093円	(介護1) 18,093円	
	介護保険外※2	食費	55,500円	55,500円
		管理費	52,000円	52,000円
		介護費用	0円	0円
		水光熱費	10,000円	10,000円
その他		実費円	実費円	
※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	地代、建設費、修繕費、管理事務費等を基礎とし、近傍家賃を参照し、想定居住期間を勘案して算出
敷金	家賃のヶ月分
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	事務管理部門の人件費・事務費、入居者に対する日常生活支援サービス提供のための人件費、共用施設等の維持管理費
食費	食材原価及び人件費等を勘案して算出
光熱水費	施設で取り決めた使用料に応じて算出
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	レクリエーション・行事（材料費等で実費を徴収する場合あり）

(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	基本報酬、P5に記載する加算の利用者負担分
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。	

(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	前払金の一部を月額で受領するもので、算定根拠は家賃に順ずる。	
想定居住期間(償却年月数)	48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)	0円	
初期償却率	0%	
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	前払金を全額返還した上で、次の計算式に基づき計算し、求められた額をお支払いいただきます。 ① 前払金÷前払金償却期間の月数÷30 ② ①×滞在期間(初日参入)
	入居後3月を超えた契約終了	次の計算式に基づき計算し、求められた額を返還します。 前払金÷前払金償却期間の日数×(前払金償却期間の全日数-実際の退去日までの日数(初日参入))
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	株式会社りそな銀行
	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	28人
年齢別	65歳未満	2人
	65歳以上 75歳未満	0人
	75歳以上 85歳未満	5人
	85歳以上	34人

要介護度別	自立	1人
	要支援1	0人
	要支援2	2人
	要介護1	12人
	要介護2	10人
	要介護3	6人
	要介護4	6人
	要介護5	4人
入居期間別	6ヶ月未満	5人
	6ヶ月以上1年未満	4人
	1年以上5年未満	23人
	5年以上10年未満	5人
	10年以上15年未満	4人
	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	88.6歳
入居者数の合計	41人
入居率※	91.1%
※ 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	0人
	医療機関	1人
	死亡者	7人
	その他	1人
生前解約の状況	施設側の申し出	0人
		(解約事由の例) なし
	入居者側の申し出	0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		あずみ苑 グランデ宇都宮
電話番号		028-666-3141
対応している時間	平日	8:30 ~ 17:30
	土曜	8:30 ~ 17:30
	日曜・祝日	8:30 ~ 17:30
定休日		なし
窓口の名称		株式会社レオパレス21
電話番号		03-5350-0124
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		年末年始
窓口の名称		宇都宮市役所 保健福祉部 高齢福祉課
電話番号		028-632-8989
対応している時間	平日	9:00 ~ 17:15
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土、日、祝祭日、年末年始
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	9:00 ~ 17:00
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土、日、祝祭日、年末年始

(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) あいおいニッセイ同和損害保険株式会社の介護保険、社会福祉事業者総合保険に加入。
	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) 上記損害賠償責任保険にて対応
	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	2014年10月1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
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 2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：同法人が運営する有料老人ホーム 20ヶ所)
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 <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	なし
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 _____ 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 事業主体が宇都宮市内で実施する他の介護サービス

介護サービスの種類			併設・隣接 の状況	事業所の名称	所在地
<居宅サービス>					
訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
通所介護	あり	なし	併設・隣接		
通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
<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	併設・隣接		
夜間対応型訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
居宅介護支援	あり	なし	併設・隣接		
<居宅介護予防サービス>					
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
<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	併設・隣接		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防支援	あり	なし	併設・隣接		
<介護保険施設>					
介護老人福祉施設	あり	なし	併設・隣接		
介護老人保健施設	あり	なし	併設・隣接		
介護療養型医療施設	あり	なし	併設・隣接		
介護医療院	あり	なし	併設・隣接		
<介護予防・日常生活支援総合事業>					
訪問型サービス	あり	なし	併設・隣接		
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接	あずみ苑宇都宮南	栃木県宇都宮市兵庫塚町281-1
その他の生活支援サービス	あり	なし	併設・隣接		

別添2 有料老人ホーム・サービスマ・サービスマ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）の有無		個別の利用料で、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		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	なし	あり							
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり							規定回数：3回：週（介助・見守り含む）
特浴介助	なし	あり	なし	あり							規定回数：3回：週（介助・見守り含む）
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり							[2時間毎] 体位交換：(要介護) [必要時] ベッドからの移乗・移動介助：(要介護) [必要時] 居室からの移動・誘導：(要介護) [必要時] 衣類の着脱：(要介護) [必要時] 身だしなみ介助：(要支援・要介護) [必要時] 爪切り：(要支援・要介護) [必要時] 口腔などの衛生：(要支援・要介護) [必要時] 髭剃り：(要支援・要介護) [必要時] 洗髪：(要支援・要介護)
機能訓練	なし	あり	なし	あり							
外出支援	なし	あり	なし	あり					30分：786円		※短期利用特定施設入居者生活介護は該当外（緊急時は除く）
通院介助（協力医療機関）	なし	あり	なし	あり					管理費に含む		※短期利用特定施設入居者生活介護は該当外（緊急時は除く）
通院介助（協力医療機関外）	なし	あり	なし	あり					30分：786円		※短期利用特定施設入居者生活介護は該当外（緊急時は除く）

生活サービス	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	備考
	なし	あり	なし	あり				
居室清掃	なし	あり	なし	あり			1回：524円 ※規定回数以上	規定回数：4回/月
リネン交換	なし	あり	なし	あり			1回：262円 ※規定回数以上	規定回数：1回/週
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり			1回：262円 ※規定回数以上	規定回数：2回/週
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	○		管理費を含む	必要時 ※個別対応食 1食：52円
入居者の嗜好に応じた特別な食事 おやつ	なし	あり	なし	あり				
理美容師による理美容サービス	なし	あり	なし	あり			実費	
買い物代行	なし	あり	なし	あり			1回：524円	※短期利用特定施設入居者生活介護は該当外
役所手続き代行 (市町村のみ)	なし	あり	なし	あり			1回：524円	※短期利用特定施設入居者生活介護は該当外
金銭・貯金管理	なし	あり	なし	あり			月：3,300円	※短期利用特定施設入居者生活介護は該当外
健康管理サービス								
定期健康診断	なし	あり	なし	あり			実費 (右記参照)	年2回健康診断を行う機会を提供する ※短期利用特定施設入居者生活介護は該当外
健康相談	なし	あり	なし	あり	○		管理費を含む	
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	○		管理費を含む	
生活リズムの記録 (排便・睡眠等)	なし	あり	なし	あり	○		管理費を含む	
入退院時・入院中のサービス								
入退院時の同行 (協力医療機関)	なし	あり	なし	あり	○		管理費を含む	※短期利用特定施設入居者生活介護は該当外
入退院時の同行 (協力医療機関外)	なし	あり	なし	あり			30分：786円	※短期利用特定施設入居者生活介護は該当外
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり	○		1回：524円	※短期利用特定施設入居者生活介護は該当外
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、各種サービスの取用が、月額のサービスの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依りて、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。