

重要事項説明書

記入年月日	令和5年7月1日
記入者名	古澤 雄子
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、「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 / <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) かぶしきがいしやふあーすとなーす 株式会社ファーストナース	
主たる事務所の所在地	〒105-0004 東京都港区新橋二丁目12番16号	
連絡先	電話番号	03-5472-7665
	FAX 番号	03-3433-8060
	ホームページアドレス	https://firstnurse.co.jp
代表者	氏名	橋本 真奈歩
	職名	代表取締役
設立年月日	平成 22 年 8 月 30 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) あやめのさと かみとまつり あやめの郷 上戸祭	
所在地	〒320-0051 栃木県宇都宮市上戸祭町字北原 124 番地 4	
主な利用交通手段	最寄駅	東武鉄道 東武宇都宮線 東武宇都宮駅
	交通手段と所要時間	①東武鉄道 東武宇都宮線 東武宇都宮駅より車で約 15 分 ②東北自動車道「宇都宮 I C」より約 10 分
連絡先	電話番号	028-600-4530
	FAX 番号	028-600-4532
	ホームページアドレス	https://firstnurse.co.jp
管理者	氏名	古澤 雄子
	職名	管理者
建物の竣工日	令和 5 年 3 月 25 日	
有料老人ホーム事業の開始日	令和 5 年 5 月 1 日	

(類型)【表示事項】

<input checked="" type="checkbox"/> 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)	
<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 3	住宅型	
<input type="checkbox"/> 4	健康型	
1 又は 2 に該当する場合	介護保険事業者番号	0970108833
	指定した自治体名	宇都宮市
	事業所の指定日	令和 5 年 5 月 1 日
	指定の更新日 (直近)	年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	2,593.95 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 (<input checked="" type="checkbox"/> 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	1 あり (2023 年 5 月 1 日~2053 年 4 月 30 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	1,665.97 m ²

		うち、老人ホーム部分	1,665.97 m ²			
耐火構造	1 耐火建築物 <input 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 3 木造 <input checked="" type="checkbox"/> 4 その他 (軽量鉄骨造)					
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 (<input checked="" type="checkbox"/> 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 (2023年5月1日~2053年4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 (縁故者居室を含む)				
		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 checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	16.94 m ²	38	介護居室個室
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	17.11 m ²	3	介護居室個室
	タイプ3	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	17.09 m ²	2	介護居室個室
タイプ4	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	16.95 m ²	1	介護居室個室	
タイプ5	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	17.10 m ²	1	介護居室個室	
タイプ6	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ7	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input 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	4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		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	4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)		3ヶ所		

	食堂	<input 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 type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	自動火災報知設備	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	火災通報設備	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	スプリンクラー	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	防火管理者	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	防災計画	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
緊急通報装置等	居室	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	一部あり
		<input type="checkbox"/> 2	一部あり	<input type="checkbox"/> 3	なし
	便所	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	一部あり
		<input type="checkbox"/> 2	一部あり	<input type="checkbox"/> 3	なし
	浴室	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	一部あり
		<input type="checkbox"/> 2	一部あり	<input type="checkbox"/> 3	なし
	その他（ ）	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	一部あり
		<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	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して過ごすことにより、本人のADL・生活能力を維持することを支援します。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。
サービスの提供内容に関する特色	第二の家族となり、ホスピタリティーにあふれる介護
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
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 type="checkbox"/> 3 なし 24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 24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 type="checkbox"/> 3 なし 24人
健康管理の供与	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし 24人
安否確認又は状況把握サービス	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし 24人
生活相談サービス	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし 24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	
介護職員等特定処遇改善加算	(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		<input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配 2 入退院の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> 3 通院介助 4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	栃木アーバンクリニック
		住所	栃木県宇都宮市今泉町 59-10 グローバル錦パーク 1-102
		診療科目	内科、精神科、皮膚科
		協力科目	内科、精神科、皮膚科
		協力内容	定期的な往診
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	
		住所	
		協力内容	

(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		
契約の解除の内容	入居契約書 第 29 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 30 条による
	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	
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (内容: 1泊 5,500円 (税込) 【食費別】) 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		0.8
生活相談員	1	1		1.0
直接処遇職員				
介護職員	11	4	7	7.4
看護職員	3	3		2.8
機能訓練指導員	1	1		0.2
計画作成担当者	1	1		1.0
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				40時間
<p>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。</p> <p>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。</p>				

（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	3	5
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	1	2	3
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 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		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		4	7	1		1		1	
前年度1年間の退職者数											
業務に 応じた 従事し た職員 の経験 年数に 応じた 人数	1年未満	3		4	7	1		1		1	
	1年以上 3年未満										
	3年以上 5年未満										
	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				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	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
	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	
居室の状況	床面積	16.94~17.11 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		円	
	敷金		円	
月額費用の合計		160,960 円	円	
家賃		58,000 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	53,460 円	円
		管理費	49,500 円	円
		介護費用		円
		光熱水費	管理費に含む	円
		その他		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	58,000 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。
管理費	49,500 円（税込） 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 55 円（税込）を請求させていただきます。

食費	53,460円(税込) (朝食 594円、昼食 540円、夕食 648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 54円(税込) ※食事以外にもトロミ剤を使用する場合は、別途日額 108円(税込)
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	原則的には「都度払い」になります。月にまとめて支払うことも可能です。詳しくは重要事項説明書添付の別添2をご確認ください。
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	介護報酬告示上の額に対し、介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額
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	12人
	女性	12人
年齢別	65歳未満	4人
	65歳以上 75歳未満	8人
	75歳以上 85歳未満	5人
	85歳以上	7人
要介護度別	自立	人
	要支援1	人
	要支援2	人
	要介護1	8人
	要介護2	4人
	要介護3	7人
	要介護4	3人
	要介護5	2人
入居期間別	6ヶ月未満	24人
	6ヶ月以上 1年未満	人
	1年以上 5年未満	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	76.0歳
入居者数の合計	24人
入居率*	53.3%
*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	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	あやめの郷 上戸祭	
電話番号	028-600-4530	
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	株式会社ファーストナース	
電話番号	03-5472-7665	
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日	日曜、祝日、年末年始	

窓口の名称	宇都宮市 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	8:30~19:00
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日	土曜、日曜、祝日、年末年始	

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、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)
	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) 事故対応マニュアルによる
	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
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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <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 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:) <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 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）
別添 3（おむつ価格表、日用品価格表）

※ _____ 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	訪問看護ステーション あやめ宇都宮 訪問看護ステーション あやめゆいの杜 訪問看護ステーション あやめ宇都宮北 訪問看護ステーション あやめ宇都宮東 訪問看護ステーション あやめ宇都宮南	宇都宮市鶴田町 3389-5 メゾン・ド・ベル滝の原 106 号 宇都宮市ゆいの杜 5-6-21-2F 宇都宮市下岡本町 3760-11 岡本英明ハイツ 101 号室 宇都宮市陽東 3 丁目 22-20 あさひレジデンス 202 宇都宮市江曾島 3 丁目 1103-3 コーポエイチアイ B202
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	デイサービス あやめの郷 ゆいの杜	宇都宮市ゆいの杜 5 丁目 12 番 45 号
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	あやめの郷 上戸祭	宇都宮市上戸祭町字北原 124 番地 4
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	訪問看護ステーション あやめ宇都宮 訪問看護ステーション あやめゆいの杜 訪問看護ステーション あやめ宇都宮北 訪問看護ステーション あやめ宇都宮東 訪問看護ステーション あやめ宇都宮南	宇都宮市鶴田町 3389-5 メゾン・ド・ベル滝の原 106 号 宇都宮市ゆいの杜 5-6-21-2F 宇都宮市下岡本町 3760-11 岡本英明ハイツ 101 号室 宇都宮市陽東 3 丁目 22-20 あさひレジデンス 202 宇都宮市江曾島 3 丁目 1103-3 コーポエイチアイ B102
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	あやめの郷 上戸祭	宇都宮市上戸祭町字北原 124 番地 4
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		
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・サービスマン・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 （利用者全額負担）	包含※2		都度※2	料金※3	備考
	包含※2	都度※2			
介護サービス					
食事介助	なし	あり			
排泄介助・おむつ交換	なし	あり			
おむつ代	なし	あり	○		別添4参照
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	○		週4回以上 1,100円（税込）/回
特浴介助	なし	あり	○		週3回以上 1,650円（税込）/回
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり			
機能訓練	なし	あり			
通院介助	なし	あり	○		協力医療機関外：60分以上 550円（税込）/30分
生活サービス					
居室清掃	なし	あり			
リネン交換	なし	あり			
日常の洗濯	なし	あり			
居室配膳・下膳	なし	あり			
入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし	あり	○		1,080円（税込）~/食
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	○		
役所手続き代行	なし	あり	○		
金銭・貯金管理	なし	あり	○		通常の利用区域：指定日外 550円（税込）/30分 指定日外、市外 550円（税込）/30分 希望者のみ
健康管理サービス					
定期健康診断	なし	あり	○		実費
健康相談	なし	あり			
生活指導・栄養指導	なし	あり			
服薬支援	なし	あり			
生活リズムの記録（排便・睡眠）	なし	あり			
入退院時・入院中のサービス					
入退院時の同行	なし	あり	○		60分以上 550円（税込）/30分
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	○		60分以上 550円（税込）/30分
入院中の見舞い訪問	なし	あり	○		必要に応じ実施 60分以上 550円（税込）/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、月額サービスの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。

おむつ価格表 (施設内での使用に限ります)

	商品名	入数	枚数単価	1 パック価格
1	リハビリパンツ S	26 枚	110 円	2,860 円
2	リハビリパンツ M	24 枚	115 円	2,760 円
3	リハビリパンツ L	22 枚	130 円	2,860 円
4	リハビリパンツ LL	20 枚	135 円	2,700 円
5	おむつ S	22 枚	110 円	3,420 円
6	おむつ M	30 枚	115 円	3,450 円
7	おむつ L	26 枚	135 円	3,510 円
8	尿取りパッドスーパー	68 枚	40 円	2,720 円
9	パッド (パンツ用)	52 枚	45 円	2,340 円
10	尿取りパッド長時間用	45 枚	60 円	2,700 円
11	パッド (うす型スーパーワイド)	30 枚	70 円	2,100 円
12	パッド (夜型 ナイトロング)	30 枚	80 円	2,400 円
13	フレーヌケアスーパーロング	27 枚	90 円	2,430 円
14	フラットタイプ	30 枚	80 円	2,400 円
15	サルバ吸水シート	50 枚	70 円	3,500 円
16	サルバ尿吸収シート	30 枚	80 円	2,400 円

※1袋単位の販売になります。

※価格には、廃棄費用が含まれております。

※おむつ等を持ち込まれる場合は、廃棄費用を別途徴収いたします。事務員まで申し出てください。

<参考廃棄費用>

テープ止めオムツ、リハビリパンツ 1枚あたり 27円、パッド類 1枚あたり 23円

※経済状況の著しい変化、その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。

日用品価格表

生活日用品	規格	価格（税込）
BOX ティッシュ	1 箱	88 円
トイレットペーパー	1 ロール（シングル 170m）	88 円
ペーパータオル	1 袋	110 円
歯ブラシ	1 本	165 円
歯磨き粉	1 本	275 円
入歯洗浄剤	1 箱（108 錠）	1,100 円
アルカリ乾電池 単 1	1 本	187 円
アルカリ乾電池 単 2	1 本	143 円
アルカリ乾電池 単 3	1 本	55 円
アルカリ乾電池 単 4	1 本	55 円
居室内蛍光灯	1 セット（2 本）	3,850 円
室内電球	1 個	330 円
医療関係	規格	価格（税込）
ネフィード（胃ろう用チューブ）	1 本	231 円
ネフィード リップ（胃ろう用）	1 本	220 円

※税込価格となっております。

※税制の変更、仕入れ価格の変動があった場合は価格を改定させて頂く場合がございますのでご了承ください。