

重要事項説明書

1. 事業主体概要

種類	個人／法人 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 タイズ 株式会社 ties	
主たる事務所の所在地	〒471-0849	
連絡先	電話番号	0565-85-0788
	FAX番号	0565-85-0755
	ホームページアドレス	http://
代表者	氏名	吉野義訓
	職名	代表取締役
設立年月日	平成29年09月29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) でいじーとよた 住宅型有料老人ホーム デイジーとよた	
所在地	〒 471-0849 豊田市美山町1丁目45番地1	
主な利用交通手段	最寄駅	名鉄バス 美山町
	交通手段と所要時間	① バス利用の場合 ・名鉄バスで豊田西市内線 美山町バス停留所で下車、徒歩5分 ② 自動車利用の場合 ・東名高速 豊田IC 下りて直ぐ
連絡先	電話番号	0565-85-0788
	FAX番号	0565-85-0755
	ホームページアドレス	http://
管理者	氏名	吉野義訓
	職名	管理者
建物の竣工日		昭和・平成 年 月 日
有料老人ホーム事業の開始日		平成29年10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）		
<input 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	622.42 m ²	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		<input type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
		契約期間	<input type="checkbox"/> 1 あり (平成 29 年 10 月 1 日～平成 59 年 9 月 30 日) <input type="checkbox"/> 2 なし
契約の自動更新	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
建物	延床面積	全体	617.73 m ²
		うち、老人ホーム部分	617.73 m ²
	耐火構造	<input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> 3 木造			
4 その他 ()			
所有関係	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 2 なし	
	契約期間	<input type="checkbox"/> 1 あり (平成 29 年 10 月 1 日～平成 59 年 9 月 30 日) <input type="checkbox"/> 2 なし	

			契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 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				
		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	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.2 m ²	16	一般居室個室
	タイプ2	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		一般居室個室
	タイプ3	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		一般居室個室
タイプ4	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		一般居室個室	
タイプ5	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		一般居室個室	
タイプ6	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		一般居室個室	
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「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	3ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	3ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	3ヶ所		
	共用浴室	2ヶ所	個室	2ヶ所		
			大浴場	ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴	1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 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	スローライフ・・・ゆったりとした空間で生活する。人と人とのふれあいを大切に、その人らしい生活を、安心した時間を、心休まる時間を、すごして頂けるように、努力してまいります。
サービスの提供内容に関する特色	(その内容) 食事・・・利用者の状態に合わせて、普通食・きざみ食・流動食と個別に対応しております 排泄・・・利用者の状態に合わせて、定期的に介助致します 入浴・・・週2回入浴して頂いております 掃除・・・毎日実施致しております 洗濯・・・毎日実施致しております 買い物・・・原則は家族をお願いをしておりますが、簡単なものなどはスタッフが対応致します 外出通院・・・原則は家族をお願いをしておりますが、やむを得ないときはスタッフが有償にて対応させていただきます
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	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 4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	ライフケアクリニック
		住所	〒465-0025 名古屋市名東区上社4丁目131番
		診療科目	内科・泌尿器科・糖尿病内科・在宅訪問診療
		協力内容	往診・日常の健康相談。看護・介護指導。 ※ただし医療費その他の費用は入居者の自己負担
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	中町歯科クリニック
		住所	〒473-0904 豊田市中町中郷144-9
		協力内容	往診・入れ歯の調節、虫歯の治療。口腔ケア指導 ※ただし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		<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 ()		
判断基準の内容				
手続きの内容				
追加的費用の有無		1 あり 2 なし		
居室利用権の取扱い				
前払金償却の調整の有無		1 あり 2 なし		
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	1 あり 2 なし		
	便所の変更	1 あり 2 なし		
	浴室の変更	1 あり 2 なし		
	洗面所の変更	1 あり 2 なし		
	台所の変更	1 あり 2 なし		
	その他の変更	1 あり	(変更内容)	
		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	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	① 介護保険の要支援1～2 要介護1～5の認定を受けている方。 ② 少人数による共同生活を営むことに支障のない方		
契約の解除の内容	事業者は利用者および利用者代理人に対し、次の各号に該当する 場合においては、適切な予告期間においてこの契約を解除する事 が出来ます。ただし、事業者は、解除通告するに当たっては、次 の第2号を除き利用者および利用代理人に十分な弁明の機会を、 設けるものとします。 ① 正当な理由なく利用料その他の自己の支払うべき費用を3 ヶ月滞納した時 ② 伝染病疾患により他の利用者の生活又は健康に重大な影響 を及ぼす恐れがあると医者が認め、かつ利用者の退去の必要 がある時 ③ 利用者の行動が他の利用者の生活又は健康に重大な影響を 及ぼす恐れがあり、かつ利用者に対する通常の介護方法では これを防止することができないと事業者が判断した時 ④ 利用者又は利用者代理人が、故意に法令その他本契約の各項 に重大な違反をし、改善の見込みがない時 ⑤ 契約者が連続して1ヵ月を超えて病院又は診療所に入院す ると見込まれる場合、もしくは入院した場合		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	利用契約書 第10条	
	解約予告期間	1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: 1泊2日 10,000円) 2 なし		
入居定員	16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と兼務する職員については、有料老人ホームの職員として勤務する部分についてのみ記載すること）。

（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		
生活相談員	1	1		
直接処遇職員				
介護職員	5	3	2	
看護職員	4	2	2	
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員	1	1		
事務員	1		1	
その他職員	1		1	
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	2		2
実務者研修の修了者	2	1	1
初任者研修の修了者	2	1	1
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	6	2	4
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 (18時 ~ 翌朝9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	1~2 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)	: 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		ヘルパー2級 介護福祉士実務者研修終了							
			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	2人	4人	3人	5人						
前年度1年間の退職者数	1人	3人		3人						
応じた職員 の人数 業務に従事 した経験 年数に	1年未満									
	1年以上 3年未満			2人						
	3年以上 5年未満			1人	2人					
	5年以上 10年未満				3人					
	10年以上	2人	4人							
	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	
	手続き	

(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	要支援～要介護		
	年齢	歳	歳	
居室の状況	床面積	18.2 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	円	
	敷金	180,000 円	円	
月額費用の合計		127,000 円	円	
家賃 【※非課税】		60,000 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 【※消費税別】	42,000 円	円
		管理費 【※消費税別】	25,000 円	円
		介護費用	0 円	円
		光熱水費	0 円	円
	その他	0 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	近隣の1ルームマンションの同等家賃
敷金	家賃の約3か月分
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	施設人件費・日用品代（トイレトペーパー等の消耗品） 水道光熱費・管理費（施設設備等の修繕など）その他
食費	1日3食（おやつも含む）1,400円×30日 42,000円 朝300円 昼500円 夜500円 おやつ100円
光熱水費	管理費に含まれている為、0円
利用者の個別的な選択に	別添2

よるサービス利用料	
その他のサービス利用料	

7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数) 令和06年07月01日現在

性別	男性	7人
	女性	9人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	7人
	75歳以上85歳未満	3人
	85歳以上	8人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	0人
	要支援2	1人
	要介護1	3人
	要介護2	1人
	要介護3	2人
	要介護4	6人
	要介護5	0人
入居期間別	6ヶ月未満	3人
	6ヶ月以上1年未満	7人
	1年以上5年未満	8人
	5年以上10年未満	0人
	10年以上15年未満	0人
	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	89.6歳
入居者数*の合計	16人
入居率**	100%

※ 入院等で一時的に不在となっている者も入居者に含む。

※※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。

(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	1人
	医療機関	0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	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		株式会社 ties
電話番号		0565-85-0788
対応している時間	平日	受付時間：午前9時00分～午後6時00分
	土曜	受付時間：午前9時00分～午後6時00分
	日曜・祝日	休み
定休日		日曜・祝日・年末年始

(外部の苦情処理機関)

窓口の名称		豊田市役所 介護保険課
電話番号		0565-34-6634
対応している時間	平日	受付時間：午前8時30分～午後5時15分
	土曜	休み
	日曜・祝日	休み
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) あいおいニッセイ同和保険株式会社 介護サービス事業者・介護支援事業者特約包括職業賠償責任保険
	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) 医療機関と連絡をとり適切に処理する 家族及び、身元保証人へ速やかに連絡し 対処方法を相談する
	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
	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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <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 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし	

添付書類：別添 1 (事業者が運営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1 事業者が豊田市内で運営する他の介護サービス事業

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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	ヘルパーステーションties	豊田市美山町1丁目45番地1
訪問入浴介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
訪問看護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	訪問看護ステーションties	豊田市美山町1丁目45番地1
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	<input checked="" type="checkbox"/>		
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	ヘルパーステーションties	豊田市美山町1丁目45番地1
介護予防訪問入浴介護	あり	なし		
介護予防訪問看護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	訪問看護ステーションties	豊田市美山町1丁目45番地1
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^{※1}

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							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 ^{※2} ）		有料老人ホームが実施するサービス（介護保険外のサービス）		月額利用料等を含む ^{※3}	その都度徴収 ^{※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		○	※消耗品料金表参照
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり			
特浴介助	なし	あり	なし	あり			
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			※付添いができる範囲を明確化する事
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 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			※利用できる範囲を明確化すること
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			※回数（年○回など）を明記すること
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			
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり			※付添いができる範囲を明確化すること
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり			
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり			
その他							
巡回	なし	あり	なし	あり			※具体的な頻度を記載
緊急時対応（ナースコール等）	なし	あり	なし	あり			

※1：併設する介護保険事業所等により提供するサービスは記載しない。自立、要支援、要介護で提供するサービスが異なる場合は、それぞれについてサービスの一覧表を作成する。

※2：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）。住宅型有料老人ホーム、健康型有料老人ホームについては「なし」と記載する（項目自体を削除することも可）。

※3：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、前払いまたは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。

※4：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。

上記の契約を証するため、本書 2 通を作成し、契約者、事業所が記名捺印の上、各 1 通を保管するものとします。

令和 年 月 日

入居年月日 令和 06 年 02 月 26 日

事業所 愛知県豊田市美山町1丁目45番地 1
住宅型有料老人ホーム デイジーとよた
株式会社 ties 代表取締役 吉野義訓

契約者 住所 _____

氏名 _____ (印)

身元引受人 住所 _____

氏名 _____ (印)

利用者との関係 ()

契約者は、署名ができないため、契約者本人の意思を確認の上、私が契約者に代わって、その署名を代行いたします。

署名代行者 住所 _____

氏名 _____ (印)

利用者との関係 ()

個人情報使用同意書

私(利用者)、及びその家族の個人情報については、以下に記載するとおり必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1. 使用する目的

- (1) 居宅サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議及び介護支援専門員との連絡調整等において必要な場合
- (2) 利用者が自らの意思によって介護保険施設に入所されることに伴う必要最小限度の情報の提供

2. 使用する事業者の範囲

利用者が提供を受けるすべてのサービス事業者

3. 使用する期間

契約で定める期間

4. 条件

- (1) 個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと
- (2) 個人情報を使用した会議においては、出席者、議事内容等を記録しておくこと

住宅型有料老人ホーム デイジーとよた 御中

令和 年 月 日

<利用者>

住所 _____

氏名 _____ (印)

<家族の代表>

住所 _____

氏名 _____ (印)

利用者は、身体の状態等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者 に代わって、その署名を代筆しました。

<署名代筆者>

住所 _____

氏名 _____ (印)