

別表2 居宅サービス事業所選択に関する説明についての確認

- (1) 説明に使用した文章(以下に○をつけて下さい)
- ①居宅介護支援事業所で作成した説明資料
 - ②各サービス事業所のパンフレット
 - ③その他()
- (2) 説明日 令和 年 月 日
- (3) 説明者 かぬき居宅介護支援事業所 氏名 _____
- (4) 私は、上記居宅サービス事業所の提供を受けるにあたり、当該サービスの事業者情報に関して、(1)の資料により説明を受け、比較検討した結果、下記理由から下記居宅サービス事業所によるサービス提供を受けることを希望します。

事業所名 _____

選択理由

別表3 ケアマネジメントの公正中立性の確保

下記の期間において事業所が作成したケアプランに位置づけたサービスを説明すると共に介護サービス情報公表制度において公表いたします。

①前6ヶ月に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスの利用割合

訪問介護	35	%	地域密着型通所介護	21	%
通所介護	32	%	福祉用具貸与	71	%

②前6ヶ月に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスごとの、同一事業者によって提供されたものの割合

訪問介護		通所介護		地域密着型通所介護		福祉用具貸与	
かぬきホームヘルプサービス	31 %	かぬきデイサービス	37 %	和みの郷	19 %	フロンティア静岡営業所	32 %
ツクイ沼津下香貫	9 %	ケアステーションあさひ沼津香貫	13 %	レコードブック沼津吉田	19 %	(株)ヤマシタ	23 %
ニチケアセンター沼津中央	8 %	ツクイ沼津下香貫	13 %	千本テラスLei	14 %	ベルメディカルケア	8 %

R7.9時点

判定期間 ☒ 前期(3月1日から8月末日)
令和7年度 ☐ 後期(9月1日から2月末日)