

重要事項説明書

記入年月日	2024年7月25日
記入者名	猪口 かおる
所属・職名	入居相談担当

※ 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、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について」の一部改正について（令和4年8月18日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙3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、別紙3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 けんとめでいかるけあ 株式会社 ケントメディカルケア	
主たる事務所の所在地	〒542-0086 大阪府大阪市中央区西心斎橋 2-2-3 A-PLACE 心斎橋ビル 11 階	
連絡先	電話番号	06-6211-0040
	FAX番号	06-6211-1771
	メールアドレス	inokuchi@kent-medical.com
	ホームページアドレス	http://www.kent-medical.com
代表者	氏名	福井 勝利
	職名	代表取締役
設立年月日	平成23年10月20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) かいごつきゆうりょうろうじんほーむ じゅふくのさとやまとやかだ 介護付き有料老人ホーム 寿福の郷 大和高田	
所在地	〒635-0033 奈良県大和高田市南今里町 1-30 番地	
主な利用交通手段	最寄駅	近鉄南大阪線 高田市駅
	交通手段と所要時間	徒歩 12分
連絡先	電話番号	0745-51-0900
	FAX番号	0745-43-9111
	メールアドレス	inokuchi@kent-medical.com
	ホームページアドレス	http://www.kent-medical.com
管理者	氏名	猪口 かおる
	職名	施設長
建物の竣工日	平成29年5月30日	
有料老人ホーム事業の開始日	平成29年7月1日	

(類型)【表示事項】

<p>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)</p> <p>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)</p> <p>3 住宅型</p> <p>4 健康型</p>		
1 又は 2 に 該当する場 合	介護保険事業者番号	指定 2970201527
	指定した自治体名	奈良県長寿社会課
	事業所の指定日	平成 29 年 7 月 1 日
	指定の更新日 (直近)	令和 5 年 7 月 1 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1537.82 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（年月日～年月日）	2	なし	
契約の自動更新	1	あり	2	なし		
2	全体					1832.70 m ²
		うち、老人ホーム部分				
	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（年月日～年月日）	2	なし	
契約の自動更新	1	あり	2	なし		
2	① 全室個室（縁故者居室を含む）					
		2 相部屋あり				
		最少				
	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	19.05 m ²	46	介護居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	22.22 m ²	4	介護居室個室
	タイプ3	有/無	有/無	m ²		
	タイプ4	有/無	有/無	m ²		
	タイプ5	有/無	有/無	m ²		
	タイプ6	有/無	有/無	m ²		
	タイプ7	有/無	有/無	m ²		
	タイプ8	有/無	有/無	m ²		
	タイプ9	有/無	有/無	m ²		
タイプ10	有/無	有/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	うち車椅子等の対応が可能な便房	1ヶ所
	共用浴室	4ヶ所	個室	4ヶ所
			大浴場	ヶ所
	共用浴室における 介護浴槽	2ヶ所	チェアー浴	ヶ所
			リフト浴	1ヶ所
			ストレッチャー浴	1ヶ所
			その他 ()	ヶ所
	食堂	① あり	2 なし	
入居者や家族が利 用できる調理設備	① あり	2 なし		
エレベーター	① あり (車椅子対応) 2 あり (ストレッチャー対応) 3 あり (上記1・2に該当しない) 4 なし			
消防用設備 等	消火器	① あり	2 なし	
	自動火災報知設備	① あり	2 なし	
	火災通報設備	① あり	2 なし	
	スプリンクラー	① あり	2 なし	
	防火管理者	① あり	2 なし	
	防災計画	① あり	2 なし	
緊急通報装 置	居室	便所	浴室	その他 (事務所)
	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	<p>当社の経営理念に「人として正しい道を歩む、可能性を信じる」というものがあります。この元、当社は入居者様の尊厳を守り、入居者様の可能性を信じ、出来る限り自分で行えるよう支援すると共に、ご家族様、入居者様が意見を言い易い環境を整えて参ります。入居者様、ご家族様の絆を深める事を大事にしながら、運営していきます。</p> <p>入居者様が要介護状態となった場合において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活の世話、機能訓練及び療養上の世話をを行います。</p>
サービスの提供内容に関する特色	<p>入居者様、ご家族様としっかり話し合い、提携医療機関とも密に連携を取り、少しでも出来る事が維持出来ているよう、掃除、入浴など本人の目標を明確に支援します。具体的には入浴で背中を自分で洗えるようになりたいのであれば、毎回の入浴を工夫、用具を使用し行うなど、入居者様のご状態に合わせた介護を実施します。</p>
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 ※「地域密着型特定施設入居者生活介護」の指定を受けている場合。	入居継続支援加算	(I)	1 あり ② なし
		(II)	
	生活機能向上連携加算	(I)	1 あり ② なし
		(II)	
	個別機能訓練加算	(I)	1 あり ② なし
		(II)	
	夜間看護体制加算	(I)	1 あり 2 なし
		(II)	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
	協力医療機関連携加算	(I)	① あり 2 なし
		(II)	
	口腔衛生管理体制加算 (※)		1 あり ② なし
口腔・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	

	退去時情報提供加算	1 あり ② なし
看取り介護加算	(I)	① あり 2 なし
	(II)	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
高齢者施設等感染対策向上加算	(I)	1 あり ② なし
	(II)	1 あり ② なし
生産性向上推進体制加算	(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)	1 あり ② なし
	(II)	1 あり ② なし
	(III)	1 あり ② なし
介護職員等処遇改善加算	(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)	1 あり ② なし
	(V) (2)	1 あり ② なし
	(V) (3)	1 あり ② なし
	(V) (4)	1 あり ② なし
	(V) (5)	1 あり ② なし
	(V) (6)	1 あり ② なし
	(V) (7)	1 あり ② なし
	(V) (8)	1 あり ② なし
	(V) (9)	1 あり ② なし
	(V) (10)	1 あり ② なし
	(V) (11)	1 あり ② なし
(V) (12)	1 あり ② なし	
(V) (13)	1 あり ② なし	
(V) (14)	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) 3 : 1
	2 なし	

			相談対応を行う体制を常時確保	
			診療の求めがあった場合において 診療を行う体制を常時確保	① あり 2 なし
新興感染症発生時に連携する医療機関	1	あり		
		医療機関の名称		
		医療機関の住所		
	②	なし		
協力歯科医療機関	1	名称	やすえデンタルクリニック	
		住所	奈良県大和高田市藤森 171-7	
		協力内容	訪問歯科	
	2	名称		
		住所		
		協力内容		

(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	
	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	概ね 60 歳以上で、要介護 1 から 5 の方		
契約の解除の内容	入居者は、事業者に対して、少なくとも 30 日前に解約の申し入れを行うことにより、入居契約を解約する事ができます。解約の申し入れは事業者の定める退居届出書を事業者に届け出るものとします。月途中での申し出の場合、翌月一か月部分はお支払い頂きます。ただ、入居者が退居届出書を提出しないで居室を退居した場合には、事業者が入居者の退居の事実を知った日の翌日		

	から起算して 30 日目をもって、本契約は解約されたものと推定します。但し、入居日より 3 か月以内の解約の場合は、退居届出書を提出した日より 30 日目をもって日割り計算とします。また、死亡退居の場合は、居室荷物を撤去した日までの日割り計算とします。
事業主体から解約を求める場合	<p>事業者は入居者が次の事項のいずれかに該当し、かつ、そのことが本契約をこれ以上将来にわたって維持する事が社会通常上著しく困難と認められる場合に、本契約を解除する場合があります。信頼関係を著しく失墜させるものである場合及び次の場合</p> <p>① 入居申込書に虚偽の事項を記載するなど不正手段により入居した時。</p> <p>利用料その他費用の支払いを 3 か月以上滞納した時。③利用料その他費用の支払いを再三にわたり滞納した時。④事業者の承諾を得ないで契約内容及び管理規定に違反する行為を行った時。⑤建物及びその付属設備又は敷地を故意又は重大な過失により汚損、破損又は滅失させた時。⑥入居者の身体的変化により、他の入居者の生命に危険を及ぼす時、又は通常の介護方法では、入居者の生活に支障が生じた時は、一定の観察期間を設置した上で、状況の変化が認められない時。主治医等の意見を聞いて契約解除を行います。⑦他の入居者及び職員に対しての暴力行為やそれに準ずる行為があった時。</p>
	<p>解約条項</p> <p>解約予告期間 1 ヶ月</p>
入居者からの解約予告期間	1 ヶ月
体験入居の内容	<p>① あり（内容：最大 1 週間、入居を前提として 1 泊 8000 円、食事代、サービス料込み）</p> <p>2 なし</p>
入居定員	50 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
生活相談員	1	1		1
直接処遇職員				
介護職員	17	11	6	11.9
看護職員	4	2	2	2.8
機能訓練指導員	2		2	1
計画作成担当者	1	1		1
栄養士				
調理員				
事務員				
その他職員	1		1	1
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				40
<p>※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。</p> <p>※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。</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	8	4	4
実務者研修の修了者	2	2	2
初任者研修の修了者	6	4	2
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	4	2	2
理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士	1		1
柔道整復士	1		1
あん摩マッサージ指圧師	1		1
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 (17 時 00 分～ 9 時 00 分)		
	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		3		5	7					1	
前年度1年間の退職者数		3	2	3	5						
数に応じた 業務に従事した 職員の人数 の経験年	1年未満			5	3						
	1年以上3年未満			2	2						
	3年以上5年未満			3							
	5年以上10年未満			2	1						
	10年以上	2	2	5	2				2	1	
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	1	1	
	年齢	65歳	65歳	
居室の状況	床面積	19.05 m ²	22.22 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	212,000円	292,000円	
月額費用の合計		140,500円	160,500円	
家賃		50,000円	70,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	円	円	
	介護保険外 ^{※2}	食費	49,500円	49,500円
		管理費	30,000円	30,000円
		介護費用	円	円
		光熱水費	円	円
その他	11,000円	11,000円		
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※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）</p>				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	50,000～70,000円 部屋の向き、m ² により異なります。
敷金	家賃の4ヶ月分 基本的には退居時返金。 退居時の原状回復費として徴収します。残りの金額は退居時に未収があった際の相殺分を差し引き返金いたします。 尚、状態の変化により居室を変更した際は、入居時に頂いたままとする
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	30,000円 共有部の水光熱費及び建物の維持、管理費、営繕日
食費	49,500円（朝440円 昼550円 夕660円）30日計算
光熱水費	居室内の電気料金は個別徴収
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	リネン、日用品、おやつ、レクリエーション費を含んでおります。

(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	別紙料金表参照
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		
想定居住期間（償却年月数）		ヶ月
償却の開始日		入居日の翌日
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）		円
初期償却率		%
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	
	入居後3月を超えた契約終了	
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	
	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	32 人
年齢別	65 歳未満	人
	65 歳以上 75 歳未満	1 人
	75 歳以上 85 歳未満	5 人
	85 歳以上	39 人
要介護度別	自立	人
	要支援 1	人
	要支援 2	人
	要介護 1	4 人
	要介護 2	12 人
	要介護 3	9 人
	要介護 4	17 人
	要介護 5	3 人
入居期間別	6 ヶ月未満	7 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	8 人
	1 年以上 5 年未満	24 人
	5 年以上 10 年未満	6 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	89 歳
入居者数の合計	45 人
入居率※	90%
※ 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	1人
	社会福祉施設	2人
	医療機関	1人
	死亡	9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	4人
		(解約事由の例) 他施設への入所、病院への転院、自宅へ帰られる

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	寿福の郷 大和高田	
電話番号	0745-51-0900	
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	

(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) 保険会社名 損害保険ジャパン日本興亜株式会社 保険名：介護保険・社会福祉事業者総合保険 保障の概要：介護サービス等の提供にあたり、事故が発生し利用者の生命、身体、財産に障害が生じた場合は、地震・津波等の天災、戦争・暴動等、利用者の故意によるもの等を除いて速やかに損害を賠償する。ただし、利用者に重大な過失がある場合には、賠償を減ずる事がある。
	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) 利用者に対する指定訪問介護(指定介護予防訪問介護)の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者(介護予防支援事業者)等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、利用者に対する指定訪問介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。
	2 なし	
事故対応及びその予防のため	① あり	2 なし

の指針	<p>日頃より、ヒヤリハット報告を記載し、起こりうる状況の把握に努め、毎月安全対策委員会を開催し、ヒヤリハット報告から想定される事故事例の検討を行い、予防に努めます。</p> <p>万が一、事故が発生した際は、入居者様の心理、職員の心理、仕事面の影響など様々な角度から検証を行い、対応策を講じます。対応策があっているか経過観察し記録に落とします。あっていない時は再度話し合い、対応を講じます。</p>
-----	--

(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 あり	(開催頻度) 年 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	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 2 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 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、当該規定対象外	
合致しない事項がある場合の内容		
「6.既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合	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)	

性	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（事業主体が奈良県で実施する他の介護サービス）

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）

※_____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 事業主体が奈良県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	ケント訪 問介護サ ービス樫 原	奈良県樫原市法 花寺町54-1
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	ケント訪 問看護ス テーショ ン樫原	奈良県樫原市法 花寺町54-1
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		
地域密着型通所介護	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		
居宅介護支援	あり	なし	併設・隣接		
<居宅介護予防サービス>					
介護予防訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
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		
介護予防通所介護	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		
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
	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)			備考	
			包含*2	都度*2	料金*3		
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		実費	
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		送り迎えのみ可能 協力医療機関以外は 1,600 円/30 分	
口腔衛生管理	なし	あり	なし	あり			
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		実費	
理美容師による理美容サービス			なし	あり		実費	
買い物代行	なし	あり	なし	あり		週1回、要望に応じて要相談	
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		無料	
健康管理サービス							
定期健康診断			なし	あり		年1回	
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		主に救急対応	
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		退院時のお迎えのみ可能	
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			

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割～3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。