

## 重要事項説明書

記入年月日	令和6年7月1日
記入者名	瓜阪 康裕
所属・職名	ホーム長

※ 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、「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) でじたるわーくす かぶしきがいしゃ デジタルワークス株式会社	
主たる事務所の所在地	〒542-0076 大阪府大阪市中央区難波三丁目6番11号	
連絡先	電話番号	06-6634-1588
	FAX番号	06-6634-1589
	メールアドレス	info@yell-maria.com
	ホームページアドレス	https://www.mariavilla.co.jp/
代表者	氏名	高山 廣之
	職名	代表取締役
設立年月日	平成29年 4月 7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) まりあぐいらてんり マリアヴィラ天理		
所在地	〒632-0016 奈良県天理市川原城町 272-5		
主な利用交通手段	最寄駅	JR 桜井線 天理駅	
	交通手段と所要時間	最寄り駅より徒歩5分	
連絡先	電話番号	0743-69-5581	
	FAX番号	0743-69-5582	
	メールアドレス	tenri@yell-maria.com	
	ホームページアドレス	https://www.mariavilla.co.jp/	
管理者	氏名	瓜阪 康裕	
	職名	ホーム長	
建物の竣工日	令和 6年 2月 1日		
有料老人ホーム事業の開始日	令和 6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)			
<input checked="" 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	年	月 日
	指定の更新日 (直近)	年	月 日

### 3. 建物概要

土地	敷地面積	653.93 m <sup>2</sup>				
	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		
建物	延床面積	全体	1,726.00 m <sup>2</sup>			
		うち、老人ホーム部分	1,726.00 m <sup>2</sup>			
	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	
	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			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	13.77 m <sup>2</sup>	4	一般居室個室
タイプ2		<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	14.19 m <sup>2</sup>	16	一般居室個室
タイプ3		<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	14.30 m <sup>2</sup>	8	一般居室個室
タイプ4		<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	14.31 m <sup>2</sup>	4	一般居室個室
タイプ5		<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	14.45 m <sup>2</sup>	4	一般居室個室
タイプ6		<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	14.57 m <sup>2</sup>	8	一般居室個室
タイプ7		<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	14.65 m <sup>2</sup>	4	一般居室個室
タイプ8		<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	14.96 m <sup>2</sup>	4	一般居室個室
タイプ9		<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	15.12 m <sup>2</sup>	4	一般居室個室
タイプ10	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	15.39 m <sup>2</sup>	4	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	2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	1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	3ヶ所	チェアー浴	1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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			
入居者や家族が利 用できる調理設備	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし			
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> あり（車椅子対応） <input type="checkbox"/> あり（ストレッチャー対応） <input type="checkbox"/> あり（上記1・2に該当しない） <input type="checkbox"/> なし				
消防用設備 等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
緊急通報装 置	居室	便所	浴室	その他（ ）	
	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	
	<input type="checkbox"/> 一部あり	<input type="checkbox"/> 一部あり	<input type="checkbox"/> 一部あり	<input type="checkbox"/> 一部あり	
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 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	入居者様に対して、より良い住環境を提供し、外部の介護サービス、食事サービス、医療機関連携を行います。また利便性の高い立地を活かし、地域の中での生活を可能な限り自立した生活が出来るよう支援する。
サービスの提供内容に関する特色	医療連携、巡回サービス、緊急時対応等
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

##### (医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可	1 救急車の手配 2 入退院の付き添い 3 通院介助 4 その他 ( )		
協力医療機関	1	名称	医療法人 まつおかクリニック みやけ分院
		住所	奈良県磯城郡三宅町伴堂 418-1-1
		診療科目	内科
		協力科目	内科
		協力内容	入居者の病状の急変時等において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	医療法人 まつおかクリニック みやけ分院
		医療機関の住所	奈良県磯城郡三宅町伴堂 418-1-1
	2	なし	
協力歯科医療機関	1	名称	たいよう歯科
		住所	奈良県磯城郡田原本町阪手 187-6
		協力内容	入居者様に対する歯科治療、急変時対応

##### (連携及び協力している高齢者居宅生活支援事業者)

事業所名称	デジタルワークス天理
主たる事務所の所在地	奈良県天理市川原城町 272-5
事務者名	デジタルワークス株式会社
連携内容	入浴、排せつ又は食事の介護（その他介護保険外サービス等）

(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	下記の方は基本的に入居の対象とはなりません。 ○常時医療行為の必要な方   ○自傷他傷行為のある方 ○集団生活に馴染めない方		
契約の解除の内容	別途契約書参照		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書 第 25 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 ) 2 なし		
入居定員	60 人		
その他	障害支援区分認定を受けている者		

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		
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員				
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
事務員	1		1	
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				
※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	1	1	
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者			
介護支援専門員			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 ( 18時 00分～ 09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	- 人	- 人

(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										
前年度1年間の退職者数										
数に 業務に に応じた 従事した 職員の 経験年 の人数	1年未満									
	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】		<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】		1 全額前払い方式	
		2 一部前払い・一部月払い方式	
		<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定		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		1 減額なし <input type="checkbox"/> 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	物価の変動、人件費の上昇、消費税率改定等により改定の可能性あり。	
	手続き	適宜ホームの定める時期あるいは法の改正時期に協議の上改定する。	

### (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	要介護度もしくはは障がい区分	要介護 1～5、区分 1～6	要介護 1～5、区分 1～6	
	年齢	- 歳	- 歳	
居室の状況	床面積	13.77 m <sup>2</sup>	15.39 m <sup>2</sup>	
	便所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	浴室	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	台所	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
入居時点で必要な費用	前払金	- 円	- 円	
	敷金	100,000 円	100,000 円	
月額費用の合計		118,490 円	124,490 円	
家賃		42,000 円	48,000 円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用	- 円	- 円	
	介護保険外 <sup>※2</sup>	食費	46,490 円	46,490 円
		管理費	10,000 円	10,000 円
		介護費用	11,000 円	11,000 円
		光熱水費	9,000 円	9,000 円
その他		- 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	ホームの整備に要した費用、修繕費、管理事務費、地代に相当する額等を基礎として合理的に算定したもの
敷金	家賃の2か月分相当
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	事務管理費、共用施設の維持管理費など
食費	朝食 190 円、昼食 300 円、夕食 300 円及び委託管理費 22,000 円
光熱水費	夏季・冬季の冷暖房費を考慮した金額
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	-

**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	4人
	女性	5人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	2人
	75歳以上 85歳未満	2人
	85歳以上	5人
要介護度別	自立	0人
	要支援 1	0人
	要支援 2	0人
	要介護 1	4人
	要介護 2	0人
	要介護 3	3人
	要介護 4	1人
	要介護 5	1人
入居期間別	6ヶ月未満	9人
	6ヶ月以上 1年未満	0人
	1年以上 5年未満	0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	84 歳
入居者数の合計	9 人
入居率※	15%
※ 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	1 人
	医療機関	0 人
	死亡	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		マリアヴィラ天理 ホーム長
電話番号		0743-69-5581
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		-

窓口の名称		デジタルワークス株式会社
電話番号		06-6634-1588
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜	-
	日曜・祝日	-
定休日		土曜日・日曜日・祝祭日・年末年始

窓口の名称		奈良県庁介護保険課
電話番号		0742-27-8534
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	-
	日曜・祝日	-
定休日		土曜日・日曜日・祝祭日・年末年始等

窓口の名称		天理市役所介護福祉課
電話番号		0743-63-1001
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	-
	日曜・祝日	-
定休日		土曜日・日曜日・祝祭日・年末年始等

**(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	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	(その内容) 損害賠償責任加入(日新火災海上保険株式会社)
	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	(その内容) 外部介護事業者による
	<input type="checkbox"/> 2	なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	実施日	運営懇談会
			結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
第三者による評価の実施状況	<input type="checkbox"/> 1	あり	実施日	
			評価機関名称	
			結果の開示	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1	入居希望者に公開
	<input type="checkbox"/> 2	入居希望者に交付
	<input type="checkbox"/> 3	公開していない
管理規程	<input checked="" type="checkbox"/> 1	入居希望者に公開
	<input type="checkbox"/> 2	入居希望者に交付
	<input type="checkbox"/> 3	公開していない
事業収支計画書	<input type="checkbox"/> 1	入居希望者に公開
	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1	入居希望者に公開
	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1	入居希望者に公開
	<input type="checkbox"/> 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	
	<input type="checkbox"/> 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】	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2 なし	
	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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「5.規模及び構造設備」に合致しない事項	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	<input type="checkbox"/> 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」への適合性	<input checked="" type="checkbox"/> 1 適合している (代替措置)	
	<input type="checkbox"/> 2 適合している (将来の改善計画)	
	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	夜間時の人員配置
不適合事項がある場合の内容	施設職員としては、夜間時の人員配置は行っておりません。	
代替措置等の内容	夜間緊急時には訪問介護事業員との連携により対応します。	

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)  
(入居者)

※ \_\_\_\_\_ 様  
(代理人・代筆者)

※ \_\_\_\_\_ 様

入居者との続柄： \_\_\_\_\_ 説明年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

代筆理由： \_\_\_\_\_ 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	デジタルワークス天理 奈良県天理市川原城町272-5
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	
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）			包含※2	都度※2	料金※3	備 考
			なし	あり	なし				
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					
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					
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					
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					
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					
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					
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。