

## 重要事項説明書

記入年月日	2024年7月1日
記入者名	宇山 香
所属・職名	施設長

※ 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 / <input checked="" type="checkbox"/> 法人	
	※法人の場合その種類	株式会社
名称	(かぶしきがいしゃ にほんえむ・えー・しー) 株式会社 日本エム・エー・シー	
主たる事務所の所在地	〒581-0013 大阪府八尾市山本町南四丁目3番21号	
連絡先	電話番号	072-928-2551
	FAX番号	072-928-2538
	メールアドレス	なし
	ホームページアドレス	なし
代表者	氏名	室家 大介
	職名	代表取締役
設立年月日	平成19年3月12日	
主な実施事業	有料老人ホーム事業、介護保険事業 ※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	(リーがるしにあいこま) リーガルシニア生駒	
所在地	〒630-0222 奈良県生駒市壺分町328番地1	
主な利用交通手段	最寄駅	①近鉄奈良線「生駒駅」 ②近鉄奈良線「東生駒駅」 ③近鉄王寺線「壺分駅」
	交通手段と所要時間	①生駒駅からバス「小瀬保健福祉ゾーン行き」(乗車14分)⇒壺分バス停車(徒歩5分) ②東生駒駅からバス「小瀬保健福祉ゾーン行き」または「翠光台行き」(乗車8分)⇒壺分バス停車(徒歩5分) ③壺分駅から徒歩13分 ④自動車利用の場合：第二阪奈道路壺分インターから2分
連絡先	電話番号	0743-77-0370
	FAX番号	0743-77-0371
	メールアドレス	regalsenior-ikoma@jeans.ocn.ne.jp
	ホームページアドレス	なし
管理者	氏名	宇山 香
	職名	施設長
建物の竣工日	平成28年12月14日	
有料老人ホーム事業の開始日	平成24年8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	
	事業所の指定日	
	指定の更新日 (直近)	

### 3. 建物概要

土地	敷地面積	3856.00㎡（不動産登記面積による）				
	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（2024年1月1日～2024年12月31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	1999.97㎡（建築確認による）			
		うち、老人ホーム部分	1969.70㎡（1階の一部を除く）			
	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（2024年1月1日～2024年12月31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※
夫婦Sタイプ		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	18.45㎡	1	一般居室個室（夫婦部屋）
夫婦Aタイプ		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	17.10㎡	2	一般居室個室（夫婦部屋）
夫婦Bタイプ		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	15.75㎡	1	一般居室個室（夫婦部屋）
夫婦Cタイプ		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	15.75㎡	1	一般居室個室（夫婦部屋）
夫婦C2タイプ		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	15.75㎡	1	一般居室個室（夫婦部屋）
個室Sタイプ		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	15.75㎡	3	一般居室個室
個室Aタイプ		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	15.75㎡	6	一般居室個室
個室Bタイプ		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	15.75㎡	23	一般居室個室
個室Cタイプ	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	15.75㎡	21	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	0ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房	1ヶ所	
	共用浴室	1ヶ所	個室	1ヶ所	
			大浴場	0ヶ所	
	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴	0ヶ所	
			リフト浴	0ヶ所	
			ストレッチャー浴	0ヶ所	
			その他（機械浴）	1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	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし	
エレベーター	<input checked="" 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）	
	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	<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
緊急通報装置 (ナースコール)	居室	便所	浴室	その他（食堂）	
	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 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	受付フロント、談話スペース、汚物処理室、洗濯室、駐車場、駐輪場など				

#### 4. サービスの内容

##### （全体の方針）

運営に関する方針	入居者が誇りや尊厳を感じることができるよう、一人一人の個性や心身の特性に十分配慮し、入居者がその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう努めます。					
サービスの提供内容に関する特色	集合住宅の利点を生かして、効率的で密度の高い在宅サービスが受けられるシステムを構築していきます。					
入浴、排せつ又は食事の介護	1	自ら実施	2	委託 <input checked="" type="checkbox"/> 3	なし(介護保険のサービスを利用)	
食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 3	なし(介護保険のサービスを利用)	
健康管理の供与	1	自ら実施	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 2	委託	3	なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 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)	
	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) : 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	<input type="checkbox"/> 4 その他（往診・訪問診療の確保）		
協力医療機関	1	名称	室家あったかクリニック	
		住所	大阪府八尾市山本町南四丁目3番21号	
		診療科目	内科	
		協力科目	内科	
		協力内容	入所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	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
			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	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	2	名称		
		住所		
		診療科目		
		協力科目		
		協力内容	入所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	1 あり 2 なし
			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
	3	名称		
		住所		
		診療科目		
		協力科目		
		協力内容	入所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	1 あり 2 なし
			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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	医療機関の名称	室家あったかクリニック	
		医療機関の住所	大阪府八尾市山本町南四丁目3番21号	
	<input type="checkbox"/> 2 なし			
協力歯科医療機関	1	名称	志紀ファミリー歯科	
		住所	大阪府八尾市志紀町3-10	
		協力内容	歯科医師の訪問診療	
	2	名称		
		住所		
		協力内容		



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（施設長）	1	1	0	1
生活相談員	0	0	0	0
直接処遇職員	12	0	12	4.2
介護職員	12	0	12	4.2
看護職員	0	0	0	0
機能訓練指導員	0	0	0	0
計画作成担当者	0	0	0	0
栄養士	0	0	0	0
調理員	0	0	0	0
事務員	0	0	0	0
その他職員	0	0	0	0
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
※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	0	0	0
介護福祉士	2	0	2
実務者研修の修了者	4	0	4
初任者研修の修了者	6	0	6
介護支援専門員	0	0	0



(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	0	0	0
理学療法士	0	0	0
作業療法士	0	0	0
言語聴覚士	0	0	0
柔道整復士	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0
はり師	0	0	0
きゅう師	0	0	0

(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～8時00分)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0人	0人
介護職員	1人	0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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし					
	業務に係る資格等	<input checked="" type="checkbox"/> あり		資格等の名称 甲種防火管理者 福祉車両有償運送協力者				
		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
前年度1年間の採用者数	0	0	0	2	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数	0	0	0	0	0	0	0	0
数に 応じた 業務に 従事した 職員の 人数 経験年	1年未満	0	0	0	2	0	0	0
	1年以上3年未満	0	0	0	3	0	0	0
	3年以上5年未満	0	0	0	2	0	0	0
	5年以上10年未満	0	0	0	3	0	0	0
	10年以上	0	0	0	2	0	0	0
従業者の健康診断の実施状況		<input checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 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	
【表示事項】	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり <input checked="" 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	施設が所在する自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を 勘案して、利用料金を改定することがあります。
	手続き	入居者又は身元引受人にあらかじめ文書で通知することにより効 力を生じるものとします。

(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	要介護3	要介護5	
	年齢	75歳	80歳	
居室の状況	床面積	15.75㎡	15.75㎡	
	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			
	敷金	100,000円	100,000円	
月額費用の合計		131,656円	131,656円	
家賃		50,000円	50,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※ <sup>1</sup> の費用			
	介護保険外※ <sup>2</sup>	食費	46,656円	46,656円
		管理費	35,000円	35,000円
		介護費用	(介護保険のサービスを利用)	(介護保険のサービスを利用)
		光熱水費	(管理費に含む)	(管理費に含む)
		その他		
<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	周辺の有料老人ホームの家賃相当額等を基準に算出
敷金	家賃の2ヶ月分
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	有人管理費、居室及び共用部分の光熱水費・共用エレベーター維持使用料・清掃他建物維持管理費
食費	1ヶ月30日の場合46,656円(消費税込み) ※朝食:400円、昼夕食:各520円として、利用された食数分の合計に消費税(軽減税率8%)を乗じて計算します。
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	別添2
その他のサービス利用料	① リネン代、月1,389円(税別/週1回交換の場合) ② 雑費(入浴時の石鹸、シャンプー代、洗濯用洗剤代)が必要です。 ③ 自治会費、NHK受信料、介護用品費は、実費負担です。 ※ 介護保険サービスの自己負担額は含みません。 ※ 別途火災保険(2年更新)への加入が必要です。

(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	
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）	
※ 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	17人
	女性	33人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	8人
	75歳以上 85歳未満	14人
	85歳以上	28人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	2人
	要支援2	2人
	要介護1	7人
	要介護2	9人
	要介護3	11人
	要介護4	12人
	要介護5	7人
入居期間別	6ヶ月未満	7人
	6ヶ月以上 1年未満	5人
	1年以上 5年未満	29人
	5年以上 10年未満	8人
	10年以上 15年未満	1人
	15年以上	0人

### (入居者の属性)

平均年齢	84.5歳
入居者数の合計	50人
入居率*	76.9%

※ 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	1人
	医療機関	3人
	死亡	8人(このうち7人は「看取り」希望者)
	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	5人
		(解約事由の例) リハビリのため療養型施設に移られたため 順番待ちをされていた特養に入所されたため

**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	① リーガルシニア生駒 ② (株)日本エム・エー・シー	
電話番号	① 0743-77-0370	② 072-928-2551
対応している時間	平日	① 9:00~18:00 ② 9:00~18:00
	土曜	① なし ② 9:00~12:00
	日曜・祝日	① なし ② なし
定休日	①② 日祝及び8月13日~15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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 東京海上日動火災保険株式会社「超ビジネス保険(事業活動包括保険)」に加入
	<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) 事故対応マニュアルに基づく
	<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	平成28年12月24日(意見箱の設置)
		結果の開示	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	<input type="checkbox"/> 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 <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 2 入居希望者に交付 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 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <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2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】	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「5.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 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	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	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		
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	日本エム・イー・シー	八尾市山本町南4-3-21
特定福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接	日本エム・イー・シー	八尾市山本町南4-3-21
<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	日本エム・イー・シー	八尾市山本町南4-3-21
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接	日本エム・イー・シー	八尾市山本町南4-3-21
<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	備 考
介護サービス	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	
	なし	あり	なし	あり				
食事介助	なし	あり	なし	あり				介護保険のサービスを利用
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり				介護保険のサービスを利用
おむつ代			なし	あり				各自で購入（自己負担）
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり				介護保険のサービスを利用
特浴介助	なし	あり	なし	あり				介護保険のサービスを利用
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり				介護保険のサービスを利用
機能訓練	なし	あり	なし	あり				介護保険のサービスを利用
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	1,100 円	1時間当たり1,100円（市内または隣接市区町村に限る）
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				介護保険のサービスを利用
リネン交換	なし	あり	なし	あり				介護保険のサービスを利用
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり				介護保険のサービスを利用
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり		○	110 円	1回につき110円（感染症による場合は無料）
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		○	1,500 円	1回1,500円（月1回程度、外部の訪問理容あり）
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	1,100 円	1時間当たり1,100円（市内または隣接市区町村に限る）
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	○			施設長で対応可能な範囲に限る
金銭・貯金管理			なし	あり	○			別途金銭管理契約の締結が必要
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり		○	実費	年2回（希望者のみ）
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	○			市内または隣接市区町村に限る
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	○			適宜実施（市内・隣接市区町村）

※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。