

重要事項説明書

記入年月日	2024年7月1日
記入者名	久保 吉伸
所属・職名	代表取締役

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) けあてらすかぶしきがいしゃ ケアテラス株式会社	
主たる事務所の所在地	〒631-0072 奈良県奈良市二名三丁目 952-1	
連絡先	電話番号	0742-52-6570
	FAX番号	0742-52-6560
	メールアドレス	info@careterrace.co.jp
	ホームページアドレス	http://careterrace.co.jp
代表者	氏名	久保 吉伸
	職名	代表取締役
設立年月日	平成11年 4月 15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) とういんくるかしば トゥインクル香芝	
所在地	〒639-0225 奈良県香芝市瓦口 40-1 の一部、40-9 の一部、43-1、46-3 の一部	
主な利用交通手段	最寄駅	近鉄大阪線 五位堂駅
	交通手段と所要時間	近鉄大阪線 五位堂駅より徒歩3分
連絡先	電話番号	0745-71-1650
	FAX番号	0745-71-1651
	メールアドレス	tw-kashiba@careterrace.co.jp
	ホームページアドレス	http://careterrace.co.jp
管理者	氏名	田中 大
	職名	管理者
建物の竣工日	2022年 2月 1日	
有料老人ホーム事業の開始日	2022年 4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）		
3 <input checked="" type="checkbox"/> 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	1,818.11 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 (<input checked="" type="checkbox"/> 普通賃借 ・ 定期賃借)	
		抵当権の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> あり (2022年2月1日～2047年1月31日) 2 なし
契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし		
建物	延床面積	全体	1,466.69 m ²
		うち、老人ホーム部 分	1,280.80 m ²
	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 (<input checked="" type="checkbox"/> 普通賃借 ・ 定期賃借)			
抵当権の設定		<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし	
契約期間		<input checked="" type="checkbox"/> あり (2022年2月1日～2047年1月31日) 2 なし	
契約の自動更新		<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし	
居室の状況 1	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	1 人部屋
		最大	2 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	15.0 m ²	17	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	13.9 m ²	11	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	15.2 m ²	4	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	28.8 m ²	2	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	14.0 m ²	2	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	15.5 m ²	1	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	15.4 m ²	1	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	15.3 m ²	1	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	14.1 m ²	1	一般居室個室
タイプ10	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 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	3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	3ヶ所
	共用浴室	4ヶ所	個室	3ヶ所
			大浴場	1ヶ所
	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴	ヶ所
			リフト浴	1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 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 (2 人部屋には居室内にキッチンあり)			
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 2 なし		
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
緊急通報装 置	居室	便所	浴室	その他 ()
	<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				

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	<p>1) 入居者が快適で心身とも充実、安定した生活を営むことに資するとともに、ホームの良好な生活環境を確保するように努めます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ご入居者様間の交流やご家族、ご友人等のご面会にも配慮をし、3食のお食事は1階の食堂にお集まりいただきます。また、食堂スペース及び2階共有部に談話コーナーを設けております。 ・スロープ付きの大浴場1ヶ所と介護対応個人浴3ヶ所設置しております。 ・必要な方には通院や往診の可能な協力医療機関や多種多様な介護サービス事業者の紹介も積極的に行います。 ・24時間365日緊急時の対応も含め、常駐するスタッフが皆様に安心・安全・快適な生活の継続をきめ細かなサービスでサポートするよう努めます（基本的に職員は施設内に常駐しておりますが、業務の都合により一時的に不在となる場合があります）。 <p>2) 事業の実施に当たっては、関係市町村・地域の保健・医療・福祉サービス機関との綿密な連携に努めます。</p> <p>3) 周辺の地域の皆様のご支援をいただき、皆様に愛され、お気軽にお立ち寄り頂ける施設となるよう努めます。</p>
サービスの提供内容に関する特色	軽度の方から重度の方まで、入居者様の状態に合わせ、医療・看護・介護サービス機関等と連携を図り、適切なサービスを提供いたします。
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 ※「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	(I)	1 あり 2 なし

加算	(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 checked="" type="checkbox"/> 救急車の手配 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	かわもとクリニック	
		住所	奈良県香芝市畑3丁目926-1	
		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	<input checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 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			
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		
	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし		
協力歯科医療機関	1	名称		
		住所		
		協力内容		
	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 (居室移動、フロア間移動(2階⇔1階))	
判断基準の内容	入居者様の生活の維持及びホームの運営上支障があり、特別な配慮が必要と認められた場合。	
手続きの内容	・一定の観察期間を設ける(緊急性のある場合を除く)。 ・医師等と連携し、意見を聞く。 ・入居者様及び身元保証人の同意を得る。	
追加的費用の有無	1 あり 2 なし (入居者様のご希望による居室移動については、清掃費用等をご負担いただく場合があります。)	
居室利用権の取扱い	変更なし	
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 (居室タイプにより面積が異なる場合があります。)
	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 (居室タイプにより仕様が異なる場合があります。)
	台所の変更	1 あり 2 なし (居室タイプにより仕様が異なる場合があります。)
	その他の変更	1 あり その他の変更 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		
契約の解除の内容	入居契約書 第30条 (乙の契約解除) 及び第31条 (甲の契約の解除) の通り	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書 第31条
	解約予告期間	3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: 初日1泊 10,000円、2泊目1泊 8,500円 食事代含む(消費税込み) ※最長2泊3日) 2 なし	
入居定員	42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		
生活相談員	2	1	1	
直接処遇職員	9	3	6	
介護職員	9	3	6	
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	2	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	5	3	2
実務者研修の修了者	2	1	1
初任者研修の修了者	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			
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			
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 (16時 30分～ 9時 30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	1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	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			2	8						
前年度1年間の退職者数			0	4						
業務に従事した経験年数に応じた職員の数	1年未満		2	1						
	1年以上3年未満		1	2						
	3年以上5年未満		1	2						
	5年以上10年未満									
	10年以上			1	4					
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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	
	<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 の場合に限り、日割り計算で減額	
利用料金の 改定	条件	<ul style="list-style-type: none"> ・土地又は建物に対する租税その他の負担の増減により、賃料が不相当となった場合。 ・土地又は建物の価格の上昇又は低下その他の経済事情の変動により賃料が不相当となった場合。 ・近傍類似の建物の賃料の変動が生じ、賃料が不相当となった場合。 ・生活扶助が金銭給付の場合で、支給額の減額が決定された場合。
	手続き	<ul style="list-style-type: none"> ・入居者及び身元保証人に対して変更を行う前までに説明を実施。 ・運営懇談会を開く。

(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2	要介護1・要支援1	
	年齢	80歳	78歳・70歳	
居室の状況	床面積	15.0 m ²	28.8 m ²	
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 2 無	
	浴室	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
	台所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 2 無	
入居時点で 必要な費用	円	円	円	
	円	円	円	
月額費用の合計		168,000円	292,000円	
		67,000円	113,000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	30,000円	60,000円(二人分)
		管理費	71,000円	119,000円
		介護費用	円	円
		光熱水費	円	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	建物の賃借料等を基礎として、1室あたりの家賃を算出
敷金	無し。
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(厨房含む)の維持・管理費、水光熱費、共用部の電気料金、状況把握・生活相談等に要する費用。
食費	<ul style="list-style-type: none"> ・毎食 朝食(200円)、昼食(400円)、夕食(400円)付。 ・毎食喫食した場合、月の日数に関わらず 30,000円とします。 ・5日前に欠食を届出た場合は、朝食(200円)、昼食(400円)、夕食(400円)を喫食実績に基づき精算するものとします。
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	冷暖房費:夏季(7~9月)と冬季(12月~2月)のみ 3,000円ご請求致します。

(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	
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	1 連帯保証を行う銀行等の名称

保全先	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	9人
	女性	19人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上 75歳未満	1人
	75歳以上 85歳未満	7人
	85歳以上	19人
要介護度別	自立	1人
	要支援 1	0人
	要支援 2	2人
	要介護 1	3人
	要介護 2	6人
	要介護 3	10人
	要介護 4	3人
	要介護 5	3人
入居期間別	6ヶ月未満	5人
	6ヶ月以上 1年未満	3人
	1年以上 5年未満	21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	82.5歳
入居者数の合計	28人
入居率※	66%
※ 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	2人
	社会福祉施設	2人
	医療機関	0人
	死亡	7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	4人
(解約事由の例) 心身状態が回復され在宅復帰 認知症進行等により、他施設へ入居		

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		トゥインクル香芝 お客様相談窓口
電話番号		0742-52-6570
対応している時間	平日	午前9時から午後5時まで
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし
定休日		土曜、日曜、祝日

(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	あいおいニッセイ同和損害保険会社(株) 介護事業者総合保険
	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	自社マニュアルに基づく
	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	運営懇談時、意見箱常時設置
		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	<input type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 1 回
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	<input type="checkbox"/> 1 代替措置あり	(内容)
	<input type="checkbox"/> 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 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 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 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 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 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		
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	①. けいはんなヘルパー ステーション香芝 2. けいはんなヘルパー ステーション東生駒 3. けいはんなヘルパー ステーション
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	けいはんな訪問看護 ステーション
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	①. けいはんなデイサー ビスセンター香芝 2. けいはんなデイサー ビスセンター 3. けいはんなデイサー ビスセンター中山町 4. デイサー ビス和 5. 春デイサ ービス
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	けいはんな福祉用具セ ンター
特定福祉用具販売	あり なし	併設・隣接	けいはんな福祉用具セ ンター

＜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	けいはんな定期巡回・随時対応型訪問介護看護	奈良県奈良市二名三丁目952-1	
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	けいはんな居宅介護支援事業所	奈良県奈良市西大寺竜王町1丁目4-74グリーンヒルズ西大寺101号室	
＜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	①. けいはんなヘルパーステーション香芝 2. . けいはんなヘルパーステーション 3. けいはんなヘルパーステーション東生駒	1. 奈良県香芝市瓦口43-1 2. 奈良県奈良市二名三丁目952-1 3. 奈良県生駒市東菜畑二丁目732番地	
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	けいはんな訪問看護ステーション	奈良県奈良市中山町2番	
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	①. けいはんなデイサービスセンター香芝 2. けいはんなデイサービスセンター 3. けいはんなデイサービスセンター中山町 4. デイサービス和 5. 春デイサービス	①. 奈良県香芝市瓦口43-1 2. 奈良県奈良市二名三丁目952-1 3. 奈良県奈良市中山町2番1 4. 奈良県奈良市中山町西三丁目204-1 5. 奈良県奈良市北市町89-2	

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	けいはんな福祉用具センター	奈良県奈良市西大寺竜王町一丁目4番74号グリーンヒルズ西大寺101号室
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接	けいはんな福祉用具センター	奈良県奈良市西大寺竜王町一丁目4番74号グリーンヒルズ西大寺101号室
＜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	①. けいはんなヘルパーステーション香芝 ②. けいはんなヘルパーステーション東生駒 ③. けいはんなヘルパーステーション	1. 奈良県香芝市瓦口43-1 2. 奈良県生駒市東菜畑二丁目732番地 3. 奈良県奈良市二名三丁目952-1
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接	①. けいはんなデイサービスセンター香芝 ②. けいはんなデイサービスセンター ③. けいはんなデイサービスセンター中山町 ④. デイサービス和 ⑤. 春デイサービス	1. 奈良県奈良市二名三丁目952-1 2. 奈良県奈良市中山町2番1 3. 奈良県奈良市中山町西三丁目204-1 4. 奈良県奈良市中山町西三丁目204-1 5. 奈良県奈良市北市町89-2
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		○	個別相談に応じます。例）緊急時や援助が必要と判断されたとき。介護保険単位数が足りないときなど 費用 30 分毎に 1,000 円
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		○	おむつ代は種類による。
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり		○	1時間以内¥2,000、以降 30 分毎に¥1,000 追加。事前に予約必要。
特浴介助	なし	あり	なし	あり		○	1時間以内¥2,000、以降 30 分毎に¥1,000 追加。事前に予約必要。
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり		○	個別相談に応じます。例）緊急時や援助が必要と判断されたとき。介護保険単位数が足りないときなど費用 30 分毎に 1,000 円必要。
機能訓練	なし	あり	なし	あり			
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	1時間以内¥2,000、以降 30 分毎に¥1,000 追加。事前に予約必要。
口腔衛生管理	なし	あり	なし	あり		○	個別相談に応じます。例）緊急時や援助が必要と判断されたとき。介護保険単位数が足りないときなど 費用 30 分毎に 1,000 円
生活サービス							
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○	個別に相談に応じます。例）緊急時や援助が必要と判断されたとき。介護保険単位数が足りないときなど 費用 30 分毎に 1,000 円必要
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		○	配膳 100 円/回 下膳 100 円/回
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり		○	施設内のイベント開催時、必要に応じあり。
おやつ			なし	あり		○	施設内のイベント開催時、必要に応じあり。
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	訪問理美容業者による。
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	個別に相談に応じます。例）緊急時や援助が必要と判断されたとき。介護保険単位数が足りないときなど 費用30分毎に 1,000 円必要。
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	個別相談に応じます。
金銭・貯金管理			なし	あり		○	個別相談に応じます。
健康管理サービス							
定期健康診断			なし	あり			健康診断を受けることができるように相談に応じます。
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		○	服薬保管代 月額¥3,000
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		○	1時間以内¥2,000、以降 30 分毎に¥1,000 追加。事前に予約必要。夜間加算あり。
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり		○	個別相談に応じます。
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。