

## 重要事項説明書

記入年月日	2024. 07. 16
記入者名	大西敦子
所属・職名	合同会社トゥルースハート代表社員

※ 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	合同会社
名称	(ふりがな) ごうどうがいしやとうるーすはーと 合同会社トゥルースハート	
主たる事務所の所在地	〒639-0236 奈良県香芝市磯壁6丁目452-1	
連絡先	電話番号	0745-43-7555
	FAX番号	0745-43-7592
	メールアドレス	Kango-en2014@hb.tp1.jp
	ホームページアドレス	http://kango-en.com
代表者	氏名	大西敦子
	職名	代表社員
設立年月日	H26年 3月 13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) えんのいえ えんの家	
所在地	〒639-0236 奈良県香芝市磯壁6丁目452-1	
主な利用交通手段	最寄駅	近鉄下田駅
	交通手段と所要時間	近鉄下田駅より徒歩13分
連絡先	電話番号	0745-43-7555
	FAX番号	0745-43-7592
	メールアドレス	Kango-en2014@hb.tp1.jp
	ホームページアドレス	http://
管理者	氏名	本田尚美
	職名	介護職員
建物の竣工日	年 月 日	
有料老人ホーム事業の開始日	2023年 10月 23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	657.58 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 (2023年7月1日~2053年7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				324.41 m <sup>2</sup>
		うち、老人ホーム部分				324.41 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	有/無	有/無	13.25 m <sup>2</sup>	13	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	13.04 m <sup>2</sup>	2	
	タイプ3	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ4	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ5	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ6	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ7	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ8	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ9	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ10	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
※ 「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	1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	0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	0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（ ）	0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	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
エレベーター	<input type="checkbox"/> 1	あり（車椅子対応）	<input type="checkbox"/> 2	あり（ストレッチャー対応）	
	<input type="checkbox"/> 3	あり（上記1・2に該当しない）	<input checked="" type="checkbox"/> 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	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	
	<input type="checkbox"/> 2 一部あり	<input type="checkbox"/> 2 一部あり	<input type="checkbox"/> 2 一部あり	<input type="checkbox"/> 2 一部あり	
	<input type="checkbox"/> 3 なし	<input type="checkbox"/> 3 なし	<input type="checkbox"/> 3 なし	<input type="checkbox"/> 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	家庭的な雰囲気の入居者が笑顔で楽しく安心して過ごせる施設を目指します。ご家族や地域の方との交流の拠点とし、孤立することなく、入居者が有する能力に応じた自立した日常生活を過ごせるよう支援します。
サービスの提供内容に関する特色	看護師の運営で医療的ケアの必要な方も対応可能です。予防の視点からの健康管理にも配慮します。人生の最期の看取りにも尊厳をもって対応します。
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	(I)	1 あり 2 なし	

	制加算	(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"/> 救急車の手配	<input type="checkbox"/> 入退院の付き添い	
		<input type="checkbox"/> 通院介助	<input type="checkbox"/> その他（ 訪問診療医の確保 ）	
協力医療機関	1	名称	和田クリニック	
		住所	奈良県香芝市下田西1丁目10番17号アバンギャルド1階	
		診療科目	内科・循環器科・呼吸器科・外科・心臓血管外科	
		協力科目	訪問診療・健康診断	
		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"/> 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"/> あり 2 なし
	2	名称	ふゆひろクリニック	
		住所	奈良県香芝市磯壁3丁目94-1	
		診療科目	消化器科・整形外科・内科・外科・リハビリテーション科	
		協力科目	訪問診療・健康診断	
		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"/> 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"/> 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
	4	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
	5	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	1 あり 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	岡本歯科	
		住所	奈良県香芝市下田西 2-10-10	
		協力内容	訪問診療	
	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		
契約の解除の内容	① 入居者が死亡した場合 ② 入居者又は事業者から解約した場合	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居者の行動が、他の入居者・職員の生命に危害を及ぼすかその恐れがあり、通常の介護方法・接遇方法では防止できな



		い場合等。
	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 : ) 2 なし	
入居定員		15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				
直接処遇職員	10	5	5	
介護職員	7	4	3	
看護職員	3	1	2	
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員	1		1	
事務員				
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				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			
介護福祉士	4	4	
実務者研修の修了者	1	1	
初任者研修の修了者	2		2
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	3	1	2
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 ( 17時 30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	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										
前年度1年間の退職者数										
数に応じた職員の人数	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】		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	1. 月額施設利用料および有料サービスの単価については、当ホームの所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費などを勘案し、事業の安定的継続の観点から、改定する場合があります。 2. 介護保険給付費については、介護保険の介護給付基準が変更される場合、それに応じて変動します。	

	手続き	入居者及び連帯保証人等への事前通知
--	-----	-------------------

(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	3	2	
	年齢	78歳	80歳	
居室の状況	床面積	13.25㎡	13.04㎡	
	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	0円	円	
	敷金	150000円	150000円	
月額費用の合計		127000円	127000円	
家賃		45000円	45000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	42000円	42000円
		管理費	40000円	40000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	近隣相場による
敷金	家賃の 3.3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	各室の水道料金及び共有施設の電気、ガス、消耗品、備品費用、共用施設の維持管理費、事務管理費、生活サービスの人件費
食費	1400円/日 朝食 300円 昼食 500円 夕食 600円
光熱水費	
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	

**(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	6人
	女性	8人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	1人
	75歳以上 85歳未満	8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	1人
	要介護 1	1人
	要介護 2	2人
	要介護 3	3人
	要介護 4	5人
	要介護 5	2人
入居期間別	6ヶ月未満	1人
	6ヶ月以上 1年未満	13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	82歳
入居者数の合計	14人
入居率*	93%

※ 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	0人
	医療機関	0人
	死亡	1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	合同会社トゥルースハート	
電話番号	0745-43-7555	
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	無
	日曜・祝日	無
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	東京海上日動賠償責任保険
	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	事故マニュアルにより対応
	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	
		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	<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 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	無
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	介護サービスえん	香芝市鎌田362-1
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	訪問ナースえん	香芝市磯壁6-452-1
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	デイサービス縁	香芝市磯壁6-452-1
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	デイサービス縁	香芝市磯壁6-452-1
認知症対応型通所介護		あり	なし	併設・隣接	デイサービス縁	香芝市磯壁6-452-1
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	居宅介護支援センターえん	香芝市鎌田362-1
<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	介護サービスえん	香芝市鎌田362-1
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	訪問ナースえん	香芝市磯壁6-452-1
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	デイサービス縁結び	香芝市鎌田362-1
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	訪問ナース えん	香芝市磯壁 6-452-1
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		○		介護サービスえんにて介護保険サービス実施
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり		○		介護サービスえんにて介護保険サービス実施
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		○		介護サービスえんにて介護保険サービス実施
特浴介助	なし	あり	なし	あり		○		介護サービスえんにて介護保険サービス実施
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり	○			介護サービスえんにて介護保険サービス実施
機能訓練	なし	あり	なし	あり		○		訪問ナースえんにて介護保険サービス実施
通院介助	なし	あり	なし	あり		○		市内又は隣接市区町村に限る
口腔衛生管理	なし	あり	なし	あり		○		介護サービスえんにて介護保険サービス実施
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○		介護サービスえんにて介護保険サービス実施
リネン交換	なし	あり	なし	あり		○		介護サービスえんにて介護保険サービス実施
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○		介護サービスえんにて介護保険サービス実施
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		○	実費	
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	1000円/30分	市内又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		○	1000円/30分	市内又は隣接市区町村に限る
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		○	1000円/30分	市内又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		○	1000円/30分	市内又は隣接市区町村に限る
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり		○	1000円/30分	市内又は隣接市区町村に限る

※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。