

## 重要事項説明書

記入年月日	2024年8月14日
記入者名	岡本 智
所属・職名	住宅型有料老人ホーム宝の看護 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／法人	
	※法人の場合その種類	株式会社
名称	(ふりがな) めでいかるともかぶしきがいしゃ メディカル朋株式会社	
主たる事務所の所在地	〒541-0056 大阪府中央区久太郎町3丁目3丁目1番11号	
連絡先	電話番号	06-6616-9899
	FAX番号	06-6252-2638
	メールアドレス	takara.kango@medical-tomo.com
	ホームページアドレス	http://medical-tomo.com
代表者	氏名	杉野天人
	職名	代表取締役
設立年月日	平成30年2月23日	
主な実施事業	※別添1（別の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) じゅうたくがたゆうりょうろうじんほーむたからのかんご 住宅型有料老人ホーム宝の看護	
所在地	〒636-0822 奈良県生駒郡三郷町立野南1丁目10番21号	
主な利用交通手段	最寄駅	JR 関西本線 三郷駅
	交通手段と所要時間	JR 関西本線 三郷駅より徒歩 15 分
連絡先	電話番号	0745-72-6449
	FAX番号	0745-72-3800
	メールアドレス	takara.kanngo@medicai-tomo.com
	ホームページアドレス	http://medical-tomo.com
管理者	氏名	岡本 智
	職名	施設長
建物の竣工日	平成28年9月30日	
有料老人ホーム事業の開始日	令和4年7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 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	831.32 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 (2022年7月1日～2045年3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				1521.85 m <sup>2</sup>
		うち、老人ホーム部分				1521.85 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 (2022年7月1日～2045年3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				1 人部屋
		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	18.00 m <sup>2</sup>	38	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	18.65 m <sup>2</sup>	2	一般居室個室
	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	4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	3ヶ所	
	共用浴室	3ヶ所	個室	2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	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（ ）	
	1 あり			1 あり	1 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
その他					

#### 4. サービスの内容

##### (全体の方針)

運営に関する方針	入居者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことが出来るように、また入居者の社会的孤立感の解消と心身機能の維持ならびにご家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るための支援をいたします。
サービスの提供内容に関する特色	入居者生活支援の提供に当たり、事業所の生活相談員等は、個別ケアを重視し、サービス計画に基づき、入浴、排泄、食事等の日常生活を営むことができるよう援助を行います。また、事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。
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				



			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	竹口クリニック	
		医療機関の住所	大阪府藤井寺市小山 1-1-1 エストエムビル 1 階	
	2	なし		
協力歯科医療機関	1	名称	吉村ファミリー歯科	
		住所	奈良県香芝市真美ヶ丘 1-5-11	
		協力内容	訪問診察	
	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	自立の方および介護保険の要支援もしくは要介護の認定を受けている方。		
契約の解除の内容	事業主体は、下記の場合において、解約予告期間を定め契約を解除することが出来ます。但し、契約の解除においては、利用者の事情を斟酌し、身元保証人を含めた協議の上で決定することとします。 ①入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居		

	したとき。 ②月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅延するとき。 ③入居契約書第 19 条の規定に違反したとき。 ④入居者の行動が、他の入居者又は従業員の生命に危害を及ぼし、又はその危害の切迫した恐れがあり、かつ有料老人ホームにおける通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止することが出来ないとき。	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	解約条項なし（但し、解除条項あり）
	解約予告期間	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	40 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	3	3		3.0
生活相談員	3	3		3.0
直接処遇職員				
介護職員	15	13	2	14.5
看護職員	3	2	1	2.7
機能訓練指導員	3	2	1	2.7
計画作成担当者	4	4	0	4.0
栄養士	0	0	0	
調理員	2	2	0	2.0
事務員	1	1	0	1.0
その他職員	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	7	7	
実務者研修の修了者	3	2	1
初任者研修の修了者	4	3	1
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	3	2	1
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 ( 16 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	0 人	0 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		社会福祉主事任用					
		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		0	0	5	0	2	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数		0	0	3	0	1	0	0	0	0	0
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	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
	1年以上3年未満	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0
	3年以上5年未満	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
	5年以上10年未満		1	4	0	0	0	0	0	1	0
	10年以上	2	0	5	0	3	0	2	1	3	0
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				1 全額前払い方式	
		※該当する方式を全て選択				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	物価変動、関係法令の改正、人件費上昇などにより、改定する場合があります。					
	手続き	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ホーム所在地の自治体が発表する消費者物価指数、人件費等、関係法令などの改正及び運営懇談会の意見を勘案して決定します。</li> <li>・改定時期にあつては、お客様及び身元引受人に対して事前に通知するものとします。</li> </ul>					

(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1	要介護5	
	年齢	80歳	90歳	
居室の状況	床面積	18.00 m <sup>2</sup>	18.65 m <sup>2</sup>	
	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	0円	0円	
	敷金	100,000円	100,000円	
月額費用の合計		121,800円	121,800円	
家賃		38,000円	38,000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	55,800円	55,800円
		管理費	8,400円	8,400円
		介護費用	0円	0円
		光熱水費	9,600円	9,600円
その他(生活支援費)		10,000円	10,000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	居室利用料として、1か月 38,000円(非課税)
敷金	家賃の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	管理費として、1か月 8,400円(非課税) 事業管理部門の person 費、事務費、要介護者以外の入居者に対する日常生活支援サービス提供のための person 費、共用施設等の維持管理費として使用します。
食費	食費として、1か月 55,800円(30日3食喫食) 【食事内容】 朝食 370円 昼食 720円 夕食 770円 おやつ 0円 1日あたり 1,860円 喫食されなかった分や追加でお召し上がりになった分については、前述にて定める食事毎の料金が加算・減額されます。 キャンセルの際は、提供予定日より起算して7日以上前にお申し出ください。 特別食については、個別の食事料金に次の金額が加算されます。また、

	<p>とろみ剤等の材料については、別途材料費を実費にて頂戴いたします。</p> <p>きざみ食、とろみ食等、一部手を加える場合 1食あたり 55円</p> <p>ソフト食、ミキサー食等、大幅に手を加える場合 1食あたり 220円</p> <p>糖尿病食、腎臓病食等、専門的な食事の場合 別途見積もり</p> <p>入居者の禁忌食もしくは嗜好で食事を置き換える場合 別途見積もり</p>
光熱水費	居室の水道及び電気の使用料として、1か月 9,600円。使用量に応じて、金額の変動はございません。
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	0円

(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	11人
	女性	25人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	4人
	75歳以上 85歳未満	12人
	85歳以上	20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	3人
	要介護 2	10人
	要介護 3	11人
	要介護 4	5人
	要介護 5	3人
入居期間別	6ヶ月未満	8人
	6ヶ月以上 1年未満	6人
	1年以上 5年未満	22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	84.7歳
入居者数の合計	36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	0人
	社会福祉施設	0人
	医療機関	3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	3人 (解約事由の例) 医療依存度が高くなり、施設での暮らしを継続することが無理であると、入院先の担当医が判断された。

**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		宝の看護
電話番号		0745-72-6449
対応している時間	平日	8:30~17:30
	土曜	8:30~17:30
	日曜・祝日	8:30~17:30
定休日		なし
窓口の名称		メディカル朋株式会社 介護事業部
電話番号		06-6616-9899
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土・日・祝・年末年始・お盆期間
窓口の名称		三郷町役場 長寿健康課 介護保険担当
電話番号		0745-43-7323
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土・日・祝 年末年始
窓口の名称		奈良県 介護保険課 介護保険係
電話番号		0742-27-8532
対応している時間	平日	9:00~17:30
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土・日・祝・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	1 あり	(その内容) 東京海上日動・損保ジャパン・三井住友共同保険に加入
	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) ご家族様に連絡の上、保険会社と相談の上で賠償対応。
	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	
	1 代替措置あり	(内容) 感染症まん延時は、書面開催としている。
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	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	朋訪問介護サービス三郷	奈良県生駒郡三郷町立野南1-10-21
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	朋訪問看護ステーション三郷	奈良県生駒郡三郷町立野南2-10-7-604
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	朋デイサービスセンター三郷	奈良県生駒郡三郷町立野南1-10-21
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	備考	
	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					
<b>介護サービス</b>									
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		○		自費	
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				基本家族対応	
口腔衛生管理	なし	あり	なし	あり	○				
<b>生活サービス</b>									
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		○	¥1800	自費	
買い物代行	なし	あり	なし	あり	○			※利用できる範囲を明確化すること	
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	○			基本家族対応	
金銭・貯金管理	/		なし	あり					
<b>健康管理サービス</b>									
定期健康診断	/		なし	あり		1回/年		年1回の機会提供（自費）	
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	○				
<b>入退院時・入院中のサービス</b>									
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				緊急搬送時は対応。	
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。