

住宅型有料老人ホーム 医伸館田原本  
重要事項説明書

記入年月日	令和6年7月1日
記入者名	田中 英俊
所属・職名	代表取締役

※ 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	(ふりがな) かぶしきがいしやてい・ぶれーん 株式会社ティー・ブレーン	
主たる事務所の所在地	〒633-0007 奈良県桜井市大字外山1661番地	
連絡先	電話番号	0744-42-1600
	FAX番号	0744-42-1600
	ホームページアドレス	<a href="http://www.spirit-care.jp">http://www.spirit-care.jp</a>
代表者	氏名	田中英俊
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・ <input checked="" type="checkbox"/> 平成 27年4月21日	
主な実施事業	有料老人ホーム業 ※別添1（別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いしんかんたわらもと 住宅型有料老人ホーム 医伸館田原本	
所在地	〒636-0246 奈良県磯城郡田原本町千代818番地1	
主な利用交通手段	最寄駅	近鉄「笠縫」駅
	交通手段と所要時間	① 徒歩15分
連絡先	電話番号	0744-48-0082
	FAX番号	0744-48-0083
	ホームページアドレス	http://www.spirit-care.co.jp
管理者	氏名	秦 妙美
	職名	施設長
建物の竣工日	令和6年 1月31日	
有料老人ホーム事業の開始日	令和6年 2月16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	944.71 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 (令和6年1月1日~令和35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	915.82 m <sup>2</sup>
		うち、老人ホーム部分	232.381 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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				
		<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし			
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (令和6年1月1日～令和35年12月31日) 2 なし			
		契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし			
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室				
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 相部屋あり				
		最少	1 人部屋			
		最大	2 人部屋			
		便所	浴室	面積	戸数・室数	区分※
	タイプ1	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	7.875 m <sup>2</sup>	5 室	一般居室個室
	タイプ2	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	7.875 m <sup>2</sup>	1 室	〃
	タイプ3	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	11.025 m <sup>2</sup>	1 室	〃
	タイプ4	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ5	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ6	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
タイプ7	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>			
タイプ8	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>			
タイプ9	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>			
タイプ10	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 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	3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	0ヶ所	個室	0ヶ所		
			大浴場	0ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	2ヶ所	チェアー浴	0ヶ所		
リフト浴			1ヶ所			
ストレッチャー浴			1ヶ所			
その他 ( )			0ヶ所			
食堂	1 あり <input checked="" 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	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)
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 type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 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	①	あり		
	②	一部あり			
	③	なし			
	便所	1	あり		
	2	一部あり			
	③	なし			
	浴室	1	あり		
	2	一部あり			
	③	なし			
	その他 ( )	1	あり		
	2	一部あり			
	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	地域における高齢者向けの住まいとしての役割を果たしていく。					
サービスの提供内容に関する特色	個々人の容態やニーズを的確に把握し、個々に合わせた介護サービスを提供します。介護を受ける本人の満足度を高めることはもとより、家族の介護軽減にも配慮し、家族の満足度を高めることを目標としています。低価格で最高の介護を提供することを運営方針とします。					
入浴、排せつ又は食事の介護	<input type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input type="checkbox"/> 2	委託	<input checked="" type="checkbox"/> 3	なし
食事の提供	<input type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input type="checkbox"/> 2	委託	<input checked="" type="checkbox"/> 3	なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input type="checkbox"/> 2	委託	<input checked="" type="checkbox"/> 3	なし
健康管理の供与	<input type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input type="checkbox"/> 2	委託	<input checked="" type="checkbox"/> 3	なし
安否確認又は状況把握サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input type="checkbox"/> 2	委託	<input type="checkbox"/> 3	なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input type="checkbox"/> 2	委託	<input type="checkbox"/> 3	なし

##### (医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可	<input checked="" type="checkbox"/> 1	救急車の手配	<input checked="" type="checkbox"/> 2	入退院の付き添い	
	<input checked="" type="checkbox"/> 3	通院介助	4	その他 ( )	
協力医療機関	1	名称	みないち循環器内科・外科		
		住所	奈良県天理市川原城町759		
		診療科目	内科		

		協力科目	健康管理及び緊急医療		
		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	
	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			
	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	みないち循環器内科・外科			
	医療機関の住所	奈良県天理市川原城町759			
	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. 入居者が死亡したとき 2. 事業者が利用契約書第26条に基づき契約の解除を通告し、予告期間が満了した時 3. 入居者が第27条に基づき解約を行ったとき等		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	利用契約書第26条	
	解約予告期間	90日	
入居者からの解約予告期間	30日		
体験入居の内容	1 あり (内容: 1泊2日4000円(税抜)) 2 なし		

入居定員	8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	11	2	9	
介護職員	8	2	6	
看護職員	3		3	
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
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	1	1	2
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			

**（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	3
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 ( 19時～7時)		
	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

**(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		ヘルパー 2 級						
		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										
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満									
	1年以上3年未満				1					
	3年以上5年未満			2	4					
	5年以上10年未満		3		1					
	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 <input type="checkbox"/> 2 なし <input checked="" type="checkbox"/>	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input checked="" type="checkbox"/>	
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 checked="" 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	ホームが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を勘案します。
	手続き	管理規程第8条に定める運営懇談会の意見を聞いた上で改定するものとします。

**（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	70歳	80歳	
居室の状況	床面積	7.875㎡	11.025㎡	
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 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	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
入居時点で 必要な費用	前払金	円	円	
	敷金	165,000円	100,000円	
月額費用の合計		115,000円	102,000円	
家賃		33,000円	20,000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	0円	0円
		管理費	30,000円	30,000円
		介護費用	円	0円
		光熱水費	円	円
生活支援サービス費		52,000円	52,000円	

介護保険内の介護費用本人負担分を加算して、合計が115,000円となるように、生活支援サービス費で調整する。上記月額費用の合計は介護保険内の介護費用本人負担分を想定し、合計が115,000円となるように生活支援サービス費を調整して記載しました。

※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。）をいう。

**（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5ヶ月分



管理費	事務管理費、共用施設の維持管理費、光熱水費、トイレトペーパーなどの物品購入費
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
光熱水費	居室内の光熱水費は1ヶ月5,000円を加算しています。
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	生活支援サービス、52,000円 内容としては、各種生活相談、日々の安否確認、基本的な健康管理、家族等への連絡や緊急的な対応など

## 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	2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	2人
	85歳以上	4人
要介護度別	自立	人
	要支援1	人
	要支援2	人
	要介護1	人
	要介護2	人
	要介護3	1人
	要介護4	3人
	要介護5	4人
入居期間別	6ヶ月未満	8人
	6ヶ月以上1年未満	人
	1年以上5年未満	人
	5年以上10年未満	人
	10年以上15年未満	人
	15年以上	人

### (入居者の属性)

平均年齢	84歳
入居者数の合計	8人
入居率*	100%
※ 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	人
---------	-----	---

	社会福祉施設	人
	医療機関	人
	死亡者	人
	その他	人
生前解約の状況	施設側の申し出	人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	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		住宅型有料老人ホーム 医伸館田原本 苦情対応責任者：秦 妙美
電話番号		0744-48-0082
対応している時間	平日	9:00-17:00
	土曜	9:00-17:00
	日曜・祝日	9:00-17:00
定休日		なし

窓口の名称		田原本町役場長寿介護課
電話番号		0744-32-2901
対応している時間	平日	8:30-17:15
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土日、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	1 あり	(その内容) 東京海上自動火災保険株式会社の超ビジネス賠償責任保険に加入
	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) 当社の事故対応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	1 あり	実施日	
---------------	------	-----	--

箱等利用者の意見等を把握する取組の状況		結果の開示	1 あり	2 なし
	<input checked="" 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	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 type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input checked="" 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 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
財務諸表の要旨	<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
財務諸表の原本	<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

### 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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム：住宅型有料老人ホームこころらす天理機本)	
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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり    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	居室面積が、一人当たりの13㎡未満であり、スプリンクラー設備やトイレの緊急通報装置がない状態である。
「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 checked="" 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	あり
不適合事項がある場合の内容	スプリンクラー設備については、入居者の火災発生時における安全性を高めるがために必要不可欠な設備である事から、当該建物改装段階において、設置したい旨、土地建物所有者に申入れを行っていたが、スプリンクラー設備専用の受水槽の設置場所や専用水栓の設備や引き込みに関して賛同していただけなかったため、当該施設開設に間に合わずスプリンクラー設備を設置できなかったが、今後も、土地建物所有者と話し合いを重ね、開設後、数年の間にスプリンクラー設備が設置出来るよう努力していきたいと考えています。

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）

※ \_\_\_\_\_ 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
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	
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	なし				
食事介助	なし	あり	なし	あり	○			必要に応じて適宜実施（生活支援サービス費を含む）	
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	○			同上	
おむつ代			なし	あり		○	おむつ1枚 150円(税込)	実費負担 パット1枚あたり 50円（税込）	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	○			必要に応じて適宜実施（生活支援サービス費を含む）	
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	○			必要に応じて適宜実施（生活支援サービス費を含む）	
機能訓練	なし	あり	なし	あり					
通院介助	なし	あり	なし	あり	○		右記のとおり	協力医療機関 1回 2,500円 協力医療機関以外、 田原本町内 1回 2,500円 田原本町外 1回 3,000円 救急搬送の場合は1回につき 10,800円	
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	○			必要に応じて適宜実施（生活支援サービス費を含む）	
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○			同上	
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○			同上	
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		○	1,500円	1回 1,500円	
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	1,000円	1時間 1,000円	
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	1,000円	1時間 1,000円	
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		○		年1回 費用は実費負担	
健康相談	なし	あり	なし	あり	○			必要に応じて適宜実施（生活支援サービス費を含む）	

生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○			同上
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	○			必要に応じて適宜実施（生活支援サービス費を含む）
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		○	右記のとおり	田原本町内 1回 2,500 円 田原本町外 1回 3,000 円 救急搬送の場合は 1回につき 10,800 円
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、月額サービス費用に含まれる場合と、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。