

## 重要事項説明書

記入年月日	令和 5 年 7 月 1 日
記入者名	竹原久嗣
所属・職名	本部長

## 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) かぶしきかいしゃ さにーおーく 株式会社 サニーオーク	
主たる事務所の所在地	〒634-0004 奈良県橿原市木原町 26-1 サニーオーク 2 階 100 号室	
連絡先	電話番号	0744-20-2200
	FAX番号	0744-20-2233
	ホームページアドレス	http://
代表者	氏名	田谷 憲正
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・ <input checked="" type="checkbox"/> 平成 1 4 年 6 月 5 日	
主な実施事業	高齢者向け賃貸住宅の運営、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	(ふりがな) さーびすつきこうれいしゃむけじゅうたく さら・はうすつー サービス付き高齢者向け住宅 サラ・ハウスⅡ	
所在地	〒633-0067 奈良県桜井市大福 702-1	
主な利用交通手段	最寄駅	近鉄大阪線 大福駅
	交通手段と所要時間	駅から 800m (徒歩 10 分)
連絡先	電話番号	0744-45-0088
	FAX番号	0744-45-0990
	ホームページアドレス	http://
管理者	氏名	竹原 久嗣
	職名	本部長
建物の竣工日	昭和・ <input checked="" type="checkbox"/> 平成 2 4 年 3 月 3 1 日	
有料老人ホーム事業の開始日	昭和・ <input checked="" type="checkbox"/> 平成 2 4 年 4 月 1 5 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	平成	年	月	日
	指定の更新日（直近）	平成	年	月	日

**3. 建物概要**

土地	敷地面積	495.56 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				
		抵当権の有無	1 あり	2 なし		
		契約期間	1 あり（2015年8月1日～2035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				777.67 m <sup>2</sup>
		うち、老人ホーム部分				628.77 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						
抵当権の設定		1 あり	2 なし			
契約期間		1 あり（2015年8月1日～2035年7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				
		2 相部屋あり				
		最少	1 人部屋			
		最大	1 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 type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	18.13 m <sup>2</sup>	4	一般居室個室
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	18.25 m <sup>2</sup>	2	一般居室個室

	タイプ3	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.81 m <sup>2</sup>	4	一般居室個室	
	タイプ4	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.83 m <sup>2</sup>	4	一般居室個室	
	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		ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房		3ヶ所		
	共用浴室	2ヶ所	個室		2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	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	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	<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	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	<input checked="" 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	要介護状態の高齢者の方のも安心して暮らせる住宅として、バリアフリー化に安否確認・コール対応・生活相談サービスの提供を行う。また、医療・介護サービスの連携により、入居者の人身状態を常に把握して適切なサービスが即応できる体制を図る。
サービスの提供内容に関する特色	入居者の方々の状況に応じ、日中の余暇を楽しく過ごしてもらえる施設として連携を図る。 具体的には、介護の重度化の防止や回復、さらに認知症の予防や進行防止として、居室での引きこもりをなくす。また重度化された場合であっても対応できるサービス体制で取り組む。
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施    2 委託    3 なし
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	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <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    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	個別機能訓練加算	1 あり    2 なし	
	夜間看護体制加算	1 あり    2 なし	
	医療機関連携加算	1 あり    2 なし	
	看取り介護加算	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
	サービス提 供体制強化 加算	(Ⅰ)イ	1 あり    2 なし
		(Ⅰ)ロ	1 あり    2 なし
(Ⅱ)		1 あり    2 なし	
(Ⅲ)		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"/> 1 救急車の手配    2 入退院の付き添い 3 通院介助 <input checked="" type="checkbox"/> 4 その他（訪問診療医の確保）		
協力医療機関	1	名称	杉本クリニック
		住所	奈良県桜井市市谷 306-2
		診療科目	外科、内科、消化器科、肛門科
		協力内容	訪問診療（医療費その他の費用は入居者の自己負担）
	2	名称	

	住所	
	診療科目	
	協力内容	
協力歯科医療機関	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	入居者、又は事業者から解約した場合等、入居契約書の契約解除に準じます	
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、通常の介護方法・接遇方法では防止できない他傷・自傷の恐れがある場合、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：空室がある場合、1泊食事付 5,000円) 2 なし	
入居定員		14人
その他	身元引受人が設定できない場合は要相談。	

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				
介護職員	3		3	
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				
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			
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	3		3
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			

**(夜勤を行う看護・介護職員の人数)**

夜勤帯の設定時間 ( 17 時～ 9 時)		
	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
	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)	c 2.5 : 1 以上	d 3 : 1 以上
※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									
		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											
業務に従事した職員の経験年数に 応じた 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	<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	
		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	租税その他物価変動により、賃料が不相応になった場合。		
	手続き	賃貸契約書に沿って協議のうえ改定。		

### (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	自立～要介護		
	年齢	60歳以上		
居室の状況	床面積	18.83 m <sup>2</sup>		
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input 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	0円		
	敷金	90,000円		
月額費用の合計		96,000円		
家賃		35,000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	
	介護保険外※ <sup>2</sup>	食費	39,000円	
		管理費(共益費)	21,000円	
		生活相談サービス費	1,000円	
		光熱水費	実費	
		その他	同居者1名追加の場合 ・食費 78,000円/2人分 ・共益費 31,000円/2人分 ・生活相談サービス 2,000円/2人分	
		桜井市生活保護対象		

※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	
敷金	家賃の 2.6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	
食費	
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	

費目	算定根拠
敷金	家賃の2.6ヶ月分
家賃	建物の賃借料、設備備品費、借入利息、等を基礎として1室あたりの家賃を算出した。(ただし桜井市生保者の場合は、33,000円)
食費	1日3食で1,300円。月30日で算出(税込み)
管理費	共益費として、共用部の水光熱費・設備維持管理保全費・居室のゴミ廃棄代他、として21,000円。(ただし桜井市生保者の場合は、23,000円)
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	実費
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	生活相談サービス費 1,000円(税込み)

**(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(土乗せサービス)	
※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	
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	9 人
	女性	5 人
年齢別	65 歳未満	4 人
	65 歳以上 75 歳未満	2 人
	75 歳以上 85 歳未満	5 人
	85 歳以上	3 人
要介護度別	自立	0 人
	要支援 1	1 人
	要支援 2	2 人
	要介護 1	1 人
	要介護 2	3 人
	要介護 3	5 人
	要介護 4	1 人
	要介護 5	1 人
入居期間別	6 ヶ月未満	1 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	2 人
	1 年以上 5 年未満	9 人
	5 年以上 10 年未満	2 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	80 歳
入居者数の合計	14 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	0人
	社会福祉施設	2人
	医療機関	0人
	死亡者	1人
	その他	1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) ・認知症が重くなり、介護施設であるグループホームに入所 ・介護度が重くなり、特別養護老人ホームに入所

**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		サラ・ハウス 事務所
電話番号		0744-44-1220
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	9:00~17:00
	日曜・祝日	—
定休日		日曜日

窓口の名称		(株)サニーオーク 管理室
電話番号		0744-23-6886
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜	9:00~18:00
	日曜・祝日	—
定休日		日曜日

窓口の名称		奈良県長寿社会課施設整備係
電話番号		0742-27-8534
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土・日曜日、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	(その内容) 対人1億円。対物1,000万円
	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) 対人1億円。対物1,000万円
	<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	意見箱を常時設置、毎月開封し把握
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	<input type="checkbox"/> 2 なし		
第三者による評価の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	<input type="checkbox"/> 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 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 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
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
	<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 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	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 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 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 令和 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			事業所の名称	所在地
＜居宅サービス＞				
訪問介護	あり	なし	訪問介護ステーションはなみず木	橿原市醍醐町131-1
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし	訪問看護ステーションはなみず木	桜井市上之宮9-1
訪問リハビリテーション	あり	なし		
居宅療養管理指導	あり	なし		
通所介護	あり	なし	デイサービスセンターエクサ	橿原市醍醐町131-1
通所リハビリテーション	あり	なし		
短期入所生活介護	あり	なし		
短期入所療養介護	あり	なし		
特定施設入居者生活介護	あり	なし		
福祉用具貸与	あり	なし		
特定福祉用具販売	あり	なし		
＜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		
夜間対応型訪問介護	あり	なし		
認知症対応型通所介護	あり	なし	デイサービスセンターサラ	桜井市大福700
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	小規模多機能型事業所サラ	桜井市大福700
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	グループホームエル	桜井市上之宮9-1
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
居宅介護支援	あり	なし	訪問介護ステーションはなみず木	橿原市醍醐町131-1
＜居宅介護予防サービス＞				
介護予防訪問介護	あり	なし	訪問介護ステーションはなみず木	橿原市醍醐町131-1
介護予防訪問入浴介護	あり	なし		
介護予防訪問看護	あり	なし	訪問看護ステーションはなみず木	桜井市上之宮9-1
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし		
介護予防通所介護	あり	なし	デイサービスセンターエクサ	橿原市醍醐町131-1
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし		
＜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	デイサービスセンターサラ	桜井市大福700
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	小規模多機能型事業所サラ	桜井市大福700
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	グループホームエル	桜井市上之宮9-1
介護予防支援	あり	なし		
＜介護保険施設＞				
介護老人福祉施設	あり	なし		
介護老人保健施設	あり	なし		
介護療養型医療施設	あり	なし		
＜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			○	200円	10分200円。10分で1日3回の場合600円/日
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり			○	200円	10分200円。10分で1日3回の場合600円/日
おむつ代			なし	あり					
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					※付添いができる範囲を明確化すること
<b>生活サービス</b>									
居室清掃	なし	あり	なし	あり			○	300円	10分300円
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			○	300円	10分300円
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					
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					
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					※回数（年○回など）を明記すること
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			○	100円	1日100円。月30日の場合3,000円
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					※付添いができる範囲を明確化すること
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割又は2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、月額の利用料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。