

重要事項説明書

記入年月日	平成 29 年 4 月 1 日
記入者名	奥山英代
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の場合は、重要事項説明書の 1 から 3 まで及び 6 の項目については、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成 23 年 10 月 7 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）」で示されている「登録事項等についての説明」をもってこれに代えることができます。その場合、1 から 3 まで及び 6 の項目については、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) かぶしきがいしやおくやま・たいあっぷこーぼれーしょん 株式会社オクヤマ・タイアップ CP	
主たる事務所の所在地	〒639-0243 奈良県香芝市藤山2丁目1220番地1	
連絡先	電話番号	0745-71-5416
	FAX番号	0745-71-5417
	ホームページアドレス	http://
代表者	氏名	奥山英代
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・ <input checked="" type="checkbox"/> 平成 19 年 7 月 19 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) かいごつきゆうりょうろうじんほ一むこうじゅのおか 介護付有料老人ホーム倅寿の丘	
所在地	〒639-0243 奈良県香芝市藤山2丁目1220番地1	
主な利用交通手段	最寄駅	JR 香芝駅(駅から750m)
	交通手段と所要時間	JR 香芝駅下車、徒歩で約10分 (0.75km) 自動車利用の場合：乗車4分
連絡先	電話番号	0745-71-5416
	FAX番号	0745-71-5417
	ホームページアドレス	http://
管理者	氏名	奥山英代
	職名	管理者
建物の竣工日	昭和・平成	29年1月30日
有料老人ホーム事業の開始日	昭和・平成	29年4月1日

(類型)【表示事項】

<input checked="" type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 3 住宅型 <input type="checkbox"/> 4 健康型		
1又は2に該当する場合	介護保険事業者番号	特定施設入居者生活介護事業所 奈良県指定第2971001306号 介護予防特定施設入居者生活介護事業所 奈良県指定第2971001306号
	指定した自治体名	奈良県
	事業所の指定日	平成29年 4月 1日
	指定の更新日(直近)	平成29年 4月 1日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1, 787. 06 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				
		抵当権の有無	1	あり	2	なし
契約期間		1	あり (平成28年3月1日～平成57年2月28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	1, 414. 32 m ²			
		うち、老人ホーム部分	1, 110. 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				
		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			
2 相部屋あり						
最少			人部屋			
最大		人部屋				
		便所	浴室	面積	戸数・室数	区分*
タイプ1		有/無	有/無	19.24 m ²	16	介護居室個室
タイプ2		有/無	有/無	19.51 m ²	16	介護居室個室
タイプ3		有/無	有/無	m ²		
タイプ4		有/無	有/無	m ²		
タイプ5		有/無	有/無	m ²		
タイプ6		有/無	有/無	m ²		
タイプ7		有/無	有/無	m ²		
タイプ8		有/無	有/無	m ²		
タイプ9		有/無	有/無	m ²		
タイプ10	有/無	有/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	7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	4ヶ所	
			大浴場	ヶ所	
	共用浴室における 介護浴槽	3ヶ所	チェアー浴	1ヶ所	
			リフト浴	2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	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
エレベーター	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
その他					

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	<ul style="list-style-type: none"> ・「人が幸せに寿（とし）を重ねることができるように貢献いたします」という理念のもと、「家族とともに住み慣れた地域で暮らしたい」という願いを大切に、ご利用者様とご家族に満足していただけるよう質の高い環境の提供とサービスに努めます。 ・ご利用者様がご家族や地域との絆を体感しながら、これまでの日常と変わらないと感じていただけるような「安心・安らぎ・思いやり・笑顔」のある暮らしを提供することを目的とします。
サービスの提供内容に関する特色	訪問介護事業を設立以来約8年の運営実績がありますので、経験豊富な介護職員を配置し、質の高いサービスを提供します。移動には当社の介護タクシーを利用していただけます。
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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	夜間看護体制加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	医療機関連携加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	看取り介護加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	認知症専門ケア加算	(Ⅰ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)イ	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
(Ⅰ)ロ		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
(Ⅱ)		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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) 3 : 1	
	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> 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	医療法人藤井会 香芝生喜病院
		住所	奈良県香芝市穴虫1056-1
		診療科目	内科・外科・小児科・整形外科・リハビリテーション科等

		協力内容	内科医の訪問診療、年1回の健康診断実施。(医療費その他の費用は入居者の自己負担。以下同。)
	2	名称	医療法人博友会みちのクリニック
		住所	奈良県香芝市下田西一丁目6番12号
		診療科目	整形外科・内科・外科・小児科・リウマチ科・リハビリテーション科
		協力内容	内科医の訪問診療、年1回の健康診断実施。(医療費その他の費用は入居者の自己負担。以下同。)
協力歯科医療機関		名称	医療法人涼風会宮崎歯科医院
		住所	奈良県香芝市西真美1丁目5-1プラザ西真美3階
		協力内容	訪問歯科診療

(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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項	<p>① ご自身の意思で入居を希望される方</p> <p>② 満年齢が60歳以上の方</p> <p>③ 健康保険を有している方</p> <p>④ 敷金その他、入居者が支払うべき費用を負担できる方。</p> <p>⑤ 入居契約書・運営管理規程等を守ることでできる方</p> <p>⑥ 入居資格審査に合格され、入居手続きをすべて終了された方。</p>	
契約の解除の内容	<p>次の各号のいずれかに該当する場合に、本契約は終了するものとします。</p> <p>一 入居者が死亡したとき</p> <p>二 事業者が事業者からの契約解除に基づき契約の解除を通告し、予告期間が満了したとき</p> <p>三 入居者が入居者からの解約に基づき解約を行ったとき</p>	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	<p>(事業者からの契約解除)</p> <p>事業者は、入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことにより本契約をこれ以上将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合に、次の第2項及び第3項に規定した条件の下に、本契約を解除することがあります。</p> <p>一 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</p> <p>二 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞するとき</p>

		<p>三 入居契約書（目的施設の終身利用権契約）の規定に違反したとき</p> <p>四 入居契約書（禁止または制限される行為）に違反したとき</p> <p>五 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できないとき</p> <p>2 前項の規定に基づく契約の解除の場合は、事業者は書面にて次の各号に掲げる手続きを行います。</p> <p>一 契約解除の通告について90日の予告期間をおく</p> <p>二 前号の通告に先立ち、入居者及び身元引受人等に弁明の機会を設ける</p> <p>三 解除通告に伴う予告期間中に、入居者の移転先の有無について確認し、移転先がない場合には入居者や身元引受人等、その他関係者・関係機関と協議し、移転先の確保について協力する</p> <p>3 上記第1項第五号によって契約を解除する場合には、事業者は書面にて前項に加えて次の第一号及び第二号に掲げる手続きを行います。</p> <p>一 医師の意見を聴く</p> <p>二 一定の観察期間をおく</p> <p>4 事業者は、入居者及び身元引受人等が次の各号のいずれかに該当した場合には、本条前項までの定めに関わらず、催告することなく本契約を解除することができます。</p> <p>一 入居契約書（反社会的勢力の排除の確認）の各号の確約に反する事実が判明したとき</p> <p>二 入居契約締結後に反社会的勢力に該当したとき</p> <p>三 入居契約書（禁止または制限される行為）の各号に掲げる行為を行ったとき</p> <p>5 入居日の翌日から3月以内において、前項の</p>
--	--	--

		契約解除を行う場合は、短期解約特例を適用するものとします。
	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	<input type="checkbox"/> あり（内容：1泊2日5,000円税抜き。最長6泊7日まで。食事代は実費負担ねがいます。） <input type="checkbox"/> なし	
入居定員		32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		1.0
生活相談員	1	1		1.0
直接処遇職員				
介護職員	9	5	4	7.0
看護職員	3	1	2	2.0
機能訓練指導員	1	1		1.0
計画作成担当者	1	1		1
栄養士				
調理員				
事務員	1	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				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	3	3	0
実務者研修の修了者	3	1	2
初任者研修の修了者	3	1	2
介護支援専門員	1	1	

（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	1	1	
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 (18時～ 10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

(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*	a 1.5 : 1以上	b 2 : 1以上
	【表示事項】	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)	3 : 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	介護支援専門員 訪問介護員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										
数に応じた業務に従事した経年経験者の人数	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】	<input type="checkbox"/> 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	
	<input 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 type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり <input 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 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	奈良県が発表する消費者物価指数及び人件費を勘案し費用を改定することがあります。
	手続き	入居契約書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。改定にあたっては、事業者は入居者及び身元引受人等へ事前に通知します。

(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	自立	要介護3	
	年齢			
居室の状況	床面積	19.24㎡	19.51㎡	
	便所	<input type="checkbox"/> 1 有 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 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	円	円	
	敷金	450,000円	450,000円	
月額費用の合計		203,540円	224,540円	
家賃		78,000円	78,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※ ¹ の費用		0円 26,000円	
	介護保険外※ ²	食費	57,840円 (朝食408円 昼食760円 夕食760円) 喫食実績が1日3食30日の場合)	57,840円 (朝食408円 昼食760円 夕食760円) 喫食実績が1日3食30日の場合)
		管理費	51,200円	51,200円
		介護費用	0円	0円

	状況把握・生活相談サービス料	5,000円	
	光熱水費	11,500円	11,500円
	その他	都度払いサービス有	都度払いサービス有

※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
敷金	家賃の5.7ヶ月分
家賃	地代、建設費、借家代等を基礎とし、平均余命を勘案した想定居住期間等に係る家賃相当額
食費	1日3食を提供するための費用。委託会社への委託費(人件費、食材費、その他食堂運営費)
共益費	建物及び共用施設等の維持・管理費、事務管理部門に係る人件費。
状況把握・生活相談サービス料	自立者への状況把握・生活相談サービスにかかる人件費、運営管理費。 (介護予防) 特定入居者生活介護の契約をされた方は介護保険の対象内でサービスします。
光熱水費	介護居室の光熱水費。
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	重要事項説明書 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 参照
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	基本報酬、及び前掲の加算の利用者負担分
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）	(前掲)

※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。

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	人
	女性	人
年齢別	65歳未満	人
	65歳以上 75歳未満	人
	75歳以上 85歳未満	人
	85歳以上	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	人
	要介護 4	人
	要介護 5	人
入居期間別	6ヶ月未満	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	歳
入居者数の合計	人
入居率*	%
※ 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		株式会社オクヤマ・タイアップ CP 担当者：管理者 奥山英代
電話番号		0745-71-5416
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

窓口の名称		①奈良県健康福祉部長寿社会課	②香芝市介護福祉課
電話番号		0742-27-8534	0745-79-7521
対応している時間	平日	8:30-17:15	8:30-17:15
	土曜	—	—
	日・祝日	—	—
定休日		土日、祝祭日、年末年始等	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 介護事業所向け損害賠償保険に加入予定。サービス提供上の事故により入居者の生命・身体・財産に損害が生じた場合、不可抗力による場合を除き賠償します。但し、入居者側に故意又は重大な過失がある場合には賠償額に減ずることがあります。
	<input type="checkbox"/> 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) 事故対応マニュアルに基づく
	<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	随時実施
		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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	<input 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 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 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
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 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 type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 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		
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし		
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 倅寿の丘	奈良県香芝市藤山2丁目 1220番地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	介護付有料 老人ホーム 倅寿の丘	奈良県香芝市藤山2丁目 1220番地1
福祉用具貸与	あり	なし	介護ステーション たいよう	奈良県香芝市藤山2丁目 1220番地1
特定福祉用具販売	あり	なし	介護ステーション たいよう	奈良県香芝市藤山2丁目 1220番地1
<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		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
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	倅寿の丘ケ アプランセ ンター	奈良県香芝市藤山2丁目 1220番地1
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	なし		
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		
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 倅寿の丘	奈良県香芝市藤山2丁目 1220番地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	介護付有料 老人ホーム 倅寿の丘	奈良県香芝市藤山2丁目 1220番地1
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	介護ステーション たいよう	奈良県香芝市藤山2丁目 1220番地1
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	介護ステーション たいよう	奈良県香芝市藤山2丁目 1220番地1

			ションたい よう	1 2 2 0 番地 1
＜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		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
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		

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		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）		包含※ 2	都度※ 2	料金※ 3	備 考	
介護サービス								自立者は初回から個別利用料の負担が必要です。	
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		○	1000円/枚	自己負担	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり		○	3000円/回 介助が必要な方 1500円/回	（介護予防）特定施設入居者生活介護の契約をされた場合、利用者の希望により週3回目以降は左記料金で提供	
特浴介助	なし	あり	なし	あり		○	同上	"	
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		○	1000円 /30分	協力医療機関以外	
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○	1000円/回	（介護予防）特定施設入居者生活介護の契約をされた場合、利用者の希望により週3回目以降は左記料金で提供	
リネン交換	なし	あり	なし	あり		○	実費	週1回の交換は管理費に含む 2回目からの交換は実費	
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		○	200円/セット	インフルエンザ等一時的な体調不良時を除きます。	
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり		○	実費	必要時	
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	外部からの訪問理美容	
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	1000円 /30分	指定場所への買い物代行	
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	1000円 /30分	必要時	
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	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	希望により年1回、自己負担
健康相談	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり			随時（協力医療機関による）
生活指導・栄養指導	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり			
服薬支援	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり			適宜実施
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり			適宜実施
入退院時・入院中のサービス							
移送サービス	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり			
入退院時の同行	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	1000円 130分
入院中の洗濯物交換・買い物	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり			
入院中の見舞い訪問	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 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。