

重要事項説明書

記入年月日	令和5年7月25日
記入者名	施設長
所属・職名	大坪 純一

※ 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/法人	
	※法人の場合その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃ るぴなす 株式会社 ルピナス	
主たる事務所の所在地	〒590-0434 大阪府泉南郡熊取町小谷北一丁目18番32号	
連絡先	電話番号	072(453)6282
	FAX番号	072(453)6282
	メールアドレス	rupinasu@rupinasu-inc.co.jp
	ホームページアドレス	http://www.rupinasu-inc.co.jp
代表者	氏名	田中 仁
	職名	代表取締役
設立年月日	平成20年7月23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) りはけあはうするびなす せや リハケアハウスルピナス勢野	
所在地	〒636-0815 奈良県生駒郡三郷町勢野北4丁目5番10号	
主な利用交通手段	最寄駅	近鉄信貴山下駅もしくはJR王寺駅
	交通手段と所要時間	近鉄生駒線 信貴山下駅からバスで5分。降車後徒歩5分。もしくはJR王寺駅から車で10分。
連絡先	電話番号	0745-34-1881
	FAX番号	0745-34-1881
	メールアドレス	seya@rupinasu-inc.co.jp
	ホームページアドレス	http://www.rupinasu-inc.co.jp
管理者	氏名	大坪 純一
	職名	施設長
建物の竣工日	平成23年7月	
有料老人ホーム事業の開始日	平成29年2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)		
<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	1,136.29 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（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（年月日～年月日）	2	なし
契約の自動更新	1	あり	2	なし		
建物	延床面積	全体	989.54 m ² （地上3階建て）			
		うち、老人ホーム部分	546.34 m ² （1階の一部を除く）			
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
	構造	<input type="checkbox"/> 鉄筋コンクリート造 <input checked="" type="checkbox"/> 鉄骨造 <input type="checkbox"/> 木造 <input type="checkbox"/> 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（平成29年2月1日～令和 年 月 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（縁故者居室を含む）			
<input checked="" type="checkbox"/> 2 相部屋あり						
最少			1人部屋			
		最大	2人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
タイプ1		<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.84 m ²	27	一般居室個室
タイプ2		<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	37.68 m ²	1	一般居室相部屋
タイプ3		<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
タイプ4		<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
タイプ5		<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
タイプ6		<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
タイプ7		<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
タイプ8		<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
タイプ9		<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
タイプ10	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 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	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	1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	1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	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）			
	<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
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	
その他					

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	高齢者の方が、介護が必要になっても安全で安心して暮らせる住宅の提供を目指しております。一人一人のプライバシーが守られる部屋には、エアコン、給湯器、トイレを備え付け安心して快適な生活をお過ごし頂けるようにしています。
サービスの提供内容に関する特色	食堂兼談話室で、他の入居者の方々と一緒に食事をして頂き、希望の方は居室で召し上がる事もできます。 入居者の方の日常生活に於ける時間が「いつも幸せ」を感じ、安心感を持って過ごして頂ける事を基本理念としています。希望者は訪問診療などの医療支援、介護を望まれる方への相談やお手伝いもいたします。
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施 2 <input checked="" type="checkbox"/> 委託 3 なし
食事の提供	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 委託 3 なし
健康管理の供与	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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	入居継続支援加算	1 あり 2 なし	
	生活機能向上連携加算	1 あり 2 なし	
	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	
	若年性認知症入居者受入加算	1 あり 2 なし	
	医療機関連携加算	1 あり 2 なし	
	口腔衛生管理体制加算	1 あり 2 なし	
	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	
	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
	介護職員処 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 あり 2 なし
	介護職員等 特定処遇改 善加算	(I)	1 あり 2 なし
		(II)	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		1 救急車の手配	2 入退院の付き添い
		3 通院介助	4 その他 ()
協力医療機関	1	名称	やわらぎクリニック(施設から約 2.5km。車で約 5 分)
		住所	奈良県生駒郡三郷町立野南 2-8-12
		診療科目	総合診療科・内科・外科・整形外科・肛門外来・胃腸内科等
		協力科目	上記科目
		協力内容	入居者の受診、訪問診療、治療に協力を実施する。
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力科目	
		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	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要支援の者	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要介護の者	<input type="checkbox"/> 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	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	・入居者が賃料その他の支払いを2ヶ月以上遅滞したとき ・入居者が住まい以外の目的に使用したときなど(その他は入居契約書参照)
	解約予告期間	3ヶ月
入居者からの解約予告期間	1ヶ月	
体験入居の内容	<input type="checkbox"/> 1 あり (内容:一泊二日4食で12,000円) <input type="checkbox"/> 2 なし	
入居定員	29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		1.0
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員				
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員	5		5	2.0
事務員	2		2	1.0
その他職員	5		5	1.5
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	4	1	3
実務者研修の修了者			
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			
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00分 ~ 8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	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				2						
前年度1年間の退職者数				1						
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						
	1年以上3年未満									
	3年以上5年未満			1						
	5年以上10年未満				4					
	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 type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	公租公課の引き上げ、経済情勢、物価指数の変動、法令上に定められた事由が生じた場合等により改定する場合がある。
	手続き	運営懇談会の意見を聴く。

(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2	要介護1・要介護3	
	年齢	89歳	81・93歳	
居室の状況	床面積	18.84 m ²	37.68 m ²	
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	浴室	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	台所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
入居時点で 必要な費用	前払金	0円	0円	
	敷金	0円	0円	
月額費用の合計		150,000円	250,000円	
家賃		60,000円	70,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※ ¹ の費用	円	円	
	介護保険外※ ²	食費	30,000円	60,000(1人30,000)円
		管理費	10,000円	20,000(1人10,000)円
		介護費用	円	円
		共益費(光熱水費込)	50,000円	100,000(1人50,000)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	近隣賃貸集合住宅(同面積)程度の家賃水準に設定
敷金	ありの場合：家賃の3.3ヶ月分、二人部屋の場合は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	施設の管理運営に掛かる人件費
食費	朝昼夕の食事代
共益費(光熱水費込)	施設の共用部分の維持管理、共用施設の入居者使用に係る費用
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	12人
	女性	17人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	3人
	75歳以上 85歳未満	13人
	85歳以上	13人
要介護度別	自立	1人
	要支援 1	0人
	要支援 2	1人
	要介護 1	3人
	要介護 2	3人
	要介護 3	10人
	要介護 4	5人
	要介護 5	6人
入居期間別	6ヶ月未満	3人
	6ヶ月以上 1年未満	4人
	1年以上 5年未満	8人
	5年以上 10年未満	9人
	10年以上 15年未満	5人
	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	82.6歳
入居者数の合計	29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	0人
	医療機関	2人
	死亡	3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		リハケアハウス ルピナス勢野
電話番号		0745-34-1881
対応している時間	平日	9時00分 ~ 18時00分
	土曜	9時00分 ~ 18時00分
	日曜・祝日	9時00分 ~ 18時00分
定休日		—

(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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 損害保険ジャパン興亜株式会社の損害保険に加入
	<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) 管理規定に基づく
	<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	令和5年6月26日
		結果の開示	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" 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 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 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	1 あり	(開催頻度) 年1回
	2 なし	
	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】	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	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		
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	ヘルパーステーション ルピナス勢野	奈良県生駒郡三郷町 勢野北4-5-10
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	リハビリ訪問看護 ステーションルピナス	奈良市大宮町4-275-5 森村第2ビル303号室
訪問看護	あり	なし	併設・隣接	リハビリ訪問看護 ステーションルピナス郡山	大和郡山市小泉町553-5 リハ・フィールド*205号室
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	リハビリデイサービス ルピナス	奈良市西木辻町200-58
通所介護	あり	なし	併設・隣接	リハビリデイサービス ルピナス朱雀	奈良市朱雀1-8-5
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	ケアプランセンター ルピナス三郷	奈良県生駒郡三郷町立 野南2-3-20 メイブルタウンB103
＜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	リハビリ訪問看護 ステーションルピナス	奈良市大宮町4-275-5 森村第2ビル303号室
介護予防訪問看護	あり	なし	併設・隣接	リハビリ訪問看護 ステーションルピナス郡山	大和郡山市小泉町553-5 リハ・フィールド*205号室
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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・隣接	ケアプランセンター ルピナス三郷	奈良県生駒郡三郷町立 野南2-3-20 メイプルタウンB103
<介護保険施設>					
介護老人福祉施設	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・隣接		
介護老人保健施設	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・隣接		
介護療養型医療施設	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・隣接		
介護医療院	<input checked="" type="checkbox"/>	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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・隣接	ヘルパーステーション ルピナス勢野	奈良県生駒郡三郷町 勢野北4-5-10
通所型サービス	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・隣接	リハビリデイサービス ルピナス	奈良市西木辻町200-58
通所型サービス	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・隣接	リハビリデイサービス ルピナス朱雀	奈良市朱雀1-8-5
その他の生活支援サービス	<input checked="" type="checkbox"/>	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				
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり		○	入居者と委託事業所との契約による	
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		○	個別に準備・購入	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり		○	入居者と委託事業所との契約による	
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		○	入居者と委託事業所との契約による	
機能訓練	なし	あり	なし	あり				
通院介助	なし	あり	なし	あり			救急時など状況に応じて院内付き添い対応	
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○	入居者と委託事業所との契約による	
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	○		希望や体調により対応	
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		○	2000円～ 希望により実施	
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	入居者と委託事業所との契約による	
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				
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり			希望により対応。個別の医療機関と相談。	
健康相談	なし	あり	なし	あり			希望により実施	
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			希望により実施	
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり			希望により実施	
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		1,900円～	緊急時などは付き添い対応	
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。