

重要事項説明書

記入年月日	2021年4月1日
記入者名	和田典子
所属・職名	管理者

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)かぶしきがいしゃふるらいふけあ 株式会社フルライフケア	
主たる事務所の所在地	〒541-0054 大阪府中央区南本町1丁目2番6号	
連絡先	電話番号	06-6260-3939
	FAX番号	06-6260-3355
	ホームページアドレス	https://fulllifecare.jp/
代表者	氏名	徳山善雄
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・ <input checked="" type="checkbox"/> 平成 23年 8月 8日	
主な実施事業	高齢者住宅事業(有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅等) 介護保険事業 ※別添1(別々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)ふいおれ・しにあれじでんすかんまき フィオレ・シニアレジデンス上牧	
所在地	〒639-0201 奈良県北葛城郡上牧町片岡台2丁目6番12号	
主な利用交通手段	最寄駅	近鉄田原本本線「大輪田」駅
	交通手段と所要時間	駅から徒歩12分
連絡先	電話番号	0745-34-0055
	FAX番号	0745-34-0060
	ホームページアドレス	https://fulllifecare.jp/
管理者	氏名	和田典子
	職名	管理者
建物の竣工日	昭和・ <input checked="" type="checkbox"/> 平成 24年7月23日	
有料老人ホーム事業の開始日	昭和・ <input checked="" type="checkbox"/> 平成 24年9月15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	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	689.50 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
建物	延床面積	全体	1803.67 m ²	
		うち、老人ホーム部分	1803.67 m ²	
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他()		
建物	構造	<input checked="" type="checkbox"/> 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		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室 2 相部屋あり		
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (2012年 9月 19日～ 2042年 9月 18日) 2 なし	
		契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	

		最少		人部屋		
		最大		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 m ²	48	一般居室個室	
タイプ2	有/無	有/無	36 m ²	6	一般居室個室	
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	5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	5ヶ所
	共用浴室	5ヶ所	個室	5ヶ所
			大浴場	0ヶ所
	共用浴室における介護浴槽	5ヶ所	チェアー浴	4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	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		
その他				

4. サービスの内容(全体の方針)

運営に関する方針	地域福祉と地域医療との密接な関係を築き、地域に根付いたサービスを実現します。
サービスの提供内容に関する特色	訪問看護事業所との連携により、看護師 24 時間配置を行い、医療サポートを行う。
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 3 なし
食事の提供	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	1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 3 なし
健康管理の供与	1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 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 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"/> 救急車の手配 <input checked="" type="checkbox"/> 入退院の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> 通院介助 4 その他()		
協力医療機関	1	名称	医療法人浩清会 ナワタクリニック
		住所	大阪府藤井寺市藤ヶ丘 2-10-13
		診療科目	内科・消化器科・在宅診療
		協力内容	各種診療・治療行為の協力 入院加療が必要とされた場合の病院との連携紹介

協力医療機関	2	名称	きずなクリニック
		住所	大阪府羽曳野市島泉 8-14-6
		診療科目	内科・訪問診療
		協力内容	各種診療・治療行為の協力 入院加療が必要とされた場合の病院との連携紹介
	3	名称	医療法人 佳真会 さざなみクリニック
		住所	大阪府東大阪市加納 2-12-7 さざなみ壺番館 1 階
		診療科目	内科・外科・在宅診療
協力内容		各種診療・治療行為の協力 入院加療が必要とされた場合の病院との連携紹介	
協力歯科医療機関		名称	北山歯科クリニック
		住所	大阪府羽曳野市はびきの 2-7-36
		協力内容	診療・治療行為の協力

(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
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 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
留意事項		

契約の解除の内容		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	賃貸借契約書第 15 条
	解約予告期間	
入居者からの解約予告期間	1 ヶ月	
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> あり(内容:7,700 円/日(税込)) <input type="checkbox"/> なし	
入居定員	59 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	0	
生活相談員	0	0	0	
直接処遇職員	25	0	25	
介護職員	25	0	25	
看護職員	0	0	0	
機能訓練指導員	0	0	0	
計画作成担当者	0	0	0	
栄養士	0	0	0	
調理員	0	0	0	
事務員	1	1	0	
その他職員	3	0	4	
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	0	0	0

介護福祉士	11	0	11
実務者研修の修了者	1	0	1
初任者研修の修了者	13	0	13
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			
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(20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	2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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし					
	業務に係る資格等					<input checked="" type="checkbox"/> 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		0	0	0	6	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数		0	0	0	7	0	0	0	0	0	0
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0
	1年以上3年未満	0	0	1	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	0	0	7	11	0	0	0	0	0	0
	10年以上	0	0	13	12	0	0	0	0	0	0
従業者の健康診断の実施状況					<input checked="" type="checkbox"/> 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 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 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"/> 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	
	手続き	

(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	5	1	
	年齢	80歳	84歳	
居室の状況	床面積	18㎡	18㎡	
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無	
	浴室	<input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無	
	台所	<input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無	
入居時点で必要な費用	前払金	0円	0円	
	敷金	300,000円	300,000円	
月額費用の合計		146,960円	146,960円	
家賃		65,000円	65,000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	45,360円	45,360円
		共益費	8,000円	8,000円
		介護費用	円	円
		光熱水費	14,850円	14,850円
		その他	13,750円	13,750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	建物の賃借料等を基礎として、1室あたりの家賃を算出
敷金	家賃の4.6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
共益費	建物内の階段・廊下・エントランス・エレベーター等の共用部分及び敷地内の共用設備の維持管理に必要な点検費、修繕費、清掃費等
食費	厨房維持費、厨房水道光熱費、1日3食を提供する為の費用。30日計算
光熱水費	専有部及び共用部の電気・ガス・水道利用料
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:生活支援サービスの人件費・事務費

(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
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	20人
	女性	33人
年齢別	65歳未満	2人
	65歳以上 75歳未満	5人
	75歳以上 85歳未満	29人
	85歳以上	17人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	0人
	要支援2	1人
	要介護1	9人
	要介護2	8人

	要介護3	7人
	要介護4	13人
	要介護5	15人
入居期間別	6ヶ月未満	8人
	6ヶ月以上1年未満	23人
	1年以上5年未満	15人
	5年以上10年未満	8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	82.2歳
入居者数の合計	53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	2人
	社会福祉施設	4人
	医療機関	2人
	死亡者	13人
	その他	0人
生前解約の状況	施設側の申し出	(解約事由の例) 0人
	入居者側の申し出	(解約事由の例)死亡・他施設入居・転院 21人

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		フィオレ・シニアレジデンス上牧
電話番号		0745-34-0055
対応している時間	平日	9:00～18:00
	土曜	9:00～18:00
	日曜・祝日	9:00～18:00
定休日		なし

(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) 東京海上日動火災保険株式会社の「介護事業者賠償責任保険」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) 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	
		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	
	<input type="checkbox"/> 2 なし	結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <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 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
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 type="checkbox"/> 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 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	
	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 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 type="checkbox"/> 2 なし	
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		
不適合事項がある場合の内容		

添付書類:別添1(別の実施する介護サービス一覧表)

別添2(個別選択による介護サービス一覧表)

_____様

説明年月日 年 月 日

説明者署名_____印

被説明者署名※_____印

※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 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市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	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	訪問介護事業所 フルライフケア上牧	北葛城郡上牧町 片岡台2-13-26-304
訪問入浴介護	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
訪問看護	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
訪問リハビリテーション	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
居宅療養管理指導	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
通所介護	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
通所リハビリテーション	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
短期入所生活介護	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
短期入所療養介護	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
特定施設入居者生活介護	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
福祉用具貸与	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
特定福祉用具販売	あり <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> なし		
夜間対応型訪問介護	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
認知症対応型通所介護	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
小規模多機能型居宅介護	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
認知症対応型共同生活介護	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
看護小規模多機能型居宅介護	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
居宅介護支援	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	訪問介護事業所 フルライフケア上牧	北葛城郡上牧町 片岡台2-13-26-304
<居宅介護予防サービス>			
介護予防訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	訪問介護事業所 フルライフケア上牧	北葛城郡上牧町 片岡台2-13-26-304
介護予防訪問入浴介護	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
介護予防訪問看護	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
介護予防訪問リハビリテーション	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
介護予防居宅療養管理指導	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
介護予防通所介護	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
介護予防通所リハビリテーション	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		

介護予防短期入所生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防短期入所療養介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防福祉用具貸与	あり	<input type="checkbox"/> なし		
特定介護予防福祉用具販売	あり	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防支援	あり	<input type="checkbox"/> なし		
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護老人保健施設	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護療養型医療施設	あり	<input type="checkbox"/> 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		
	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
	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		○	1回 1100円	必要に応じ居室からの移動・食事介助
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり		○	1回 220円	※おむつ代別途
おむつ代			なし	あり		○	サイズで異なる	必要に応じ1袋毎販売
入浴(一般浴)介助・清拭	なし	あり	なし	あり		○	1回 2200円	必要に応じ準備・片付け・入浴介助
特浴介助	なし	あり	なし	あり		○	同上	同上
身辺介助(移動・着替え等)	なし	あり	なし	あり		○	1回 550円	必要に応じ更衣・口腔ケア・整容
機能訓練	なし	あり	なし	あり				
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	30分 1100円	必要に応じ施設病院間を送迎 ※院内介助可能
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○	1回 1100円	必要に応じ居室の掃除
リネン交換	なし	あり	なし	あり		○	1回 330円	必要に応じ寝具のシーツ・カバー交換
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	1回 1100円	必要に応じ衣類の洗濯
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり		○	1回 220円	必要に応じ居室への配膳 ※体調不良時は除く
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	<input checked="" type="checkbox"/>		○	内容により異なる	必要に応じ毎週水曜日実施 ※提携理美容
買い物代行	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>		○	30分 1100円	必要に応じ1キロ圏内の近隣商業施設対象
役所手続き代行	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>		○	30分 1100円	必要に応じ奈良県内の各役所 ※交通費別途
金銭・貯金管理			なし	<input checked="" type="checkbox"/>		○	3300円/月	必要に応じ金銭の金庫保管・出納帳記入
健康管理サービス								
定期健康診断			<input type="checkbox"/>	あり				
健康相談	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	○			協力医療機関より適宜実施
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	○			協力医療機関より適宜実施
服薬支援	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	○			適宜実施
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	○			3時間毎の巡視・記録実施
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>		○	30分 1100円	施設病院間の往復は座位が保てれば可能。 ※ストレッチャーが必要であれば介護タクシー手配 ※交通費別途
入退院時の同行	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>		○	同上	緊急搬送時は家族が到着するまで可能。 退院時は座位が保てれば送迎可能。 ※交通費別途
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>		○	同上	入院先までの往復時間と洗濯機使用時間を合算 ※交通費別途
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	○			適宜実施。

※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。