

重要事項説明書

記入年月日	令和4年10月1日
記入者名	奥村 雅史
所属・職名	施設長

※ 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	医療法人
名称	(ふりがな) いりょうほうじん せいしんかい 医療法人 青心会	
主たる事務所の所在地	〒639-1136 奈良県大和郡山市本庄町1番地1	
連絡先	電話番号	0743-56-8000
	FAX番号	0743-59-0022
	ホームページアドレス	http://www.seiran.or.jp
代表者	氏名	野中 家久
	職名	理事長
設立年月日	平成 元 年 3 月 6 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ーむ せいらんのさと 介護付有料老人ホーム 青藍の郷	
所在地	〒639-1136 奈良県大和郡山市本庄町 312 番地 1	
主な利用交通手段	最寄駅	①近鉄橿原線 近鉄郡山駅 ② J R 大和路線 郡山駅
	交通手段と所要時間	①駅前よりタクシーで約 5 分 徒歩で約 15 分 ②駅前よりバス・タクシーで約 5 分 徒歩で約 15 分
連絡先	電話番号	0743-56-8003
	FAX番号	0743-56-8111
	ホームページアドレス	http://seiran-sato.com/
管理者	氏名	奥村 雅史
	職名	施設長
建物の竣工日	平成 28 年 11 月 1 日	
有料老人ホーム事業の開始日	平成 28 年 12 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)	
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	○特定施設入居者生活介護 奈良県指定第 2970301616 号 ○介護予防特定施設入居者生活介護 奈良県指定第 2970301616 号
	指定した自治体名	奈良県
	事業所の指定日	○特定施設入居者生活介護 平成 28 年 12 月 1 日 ○介護予防特定施設入居者生活介護 平成 28 年 12 月 1 日
	指定の更新日 (直近)	令和 4 年 11 月 30 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1434.35 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 (開設日 ~ 30年間)	2	なし	
	契約の自動更新	1	あり	2	なし	
建物	延床面積	全体	2091.72 m ² (地上3階建)			
		うち、老人ホーム部分	1925.51 m ² (1階の一部を除く)			
	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 (開設日 ~ 30年間)	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			2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		有/無	有/無	18 m ²	44	介護居室個室
タイプ2		有/無	有/無	36 m ²	2	介護居室相部屋
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	13ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	6ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房	7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	2ヶ所	
			リフト浴	ヶ所	
			ストレッチャー浴	1ヶ所	
			その他（ ）	ヶ所	
	食堂	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	入居者や家族が利 用できる調理設備	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
エレベーター	<input type="checkbox"/> 1	あり（車椅子対応）	<input checked="" type="checkbox"/> 2	あり（ストレッチャー対応）	
	<input type="checkbox"/> 3	あり（上記1・2に該当しない）	<input type="checkbox"/> 4	なし	
	<input type="checkbox"/> 4	なし			
消防用設備 等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
その他	レクリエーションルーム、多目的ホール、屋外テラス等				

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	安心して過ごして頂ける穏やかな生活環境の提供を目指し、可能な限りその有する能力に応じて自立した生活と心身ともに快適な生活を営むことができるように努める。また隣接する医療機関・介護施設との三位一体運営により円滑に在宅を支える仕組みを構築し、医療・介護・予防・生活支援を一体的に提供し、地域貢献に寄与することを目指す。
サービスの提供内容に関する特色	当ホームに隣接する医療機関・介護施設と連携し、介護予防及び予防医学へ積極的に取り組み、入居者の尊厳や自尊心を最大限守る。
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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	医療機関連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	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
		(Ⅲ)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	退院・退所時連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	口腔衛生管理体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	口腔診査・栄養スクリーニング加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	介護職員処遇改善加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	介護職員等特定処遇改善加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
介護職員等ベースアップ等支援加算	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(介護・看護職員の配置率)	2. 5 : 1	
	2 なし			

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		<input type="checkbox"/> 1 救急車の手配	<input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い
		<input type="checkbox"/> 3 通院介助	<input type="checkbox"/> 4 その他 (訪問診療医の確保)
協力医療機関	1	名称	郡山青藍病院
		住所	奈良県大和郡山市本庄町 1-1 (ホームから 100m 程度)
		診療科目	内科・循環器科・整形外科・脳外科等
		協力内容	○ 通院による入居者の健康診断 (年 1 回) ○ 緊急増悪時 (発熱、転倒骨折時等) の受診および緊急入院・検査等の手配 ○ 職員の健康診断等の実施 (希望者を対象とする)
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称	川井歯科医院	
	住所	奈良県奈良市東向北町 19 (ホームから 9.5km 程度)	
	協力内容	○ 外来診療 ○ 訪問歯科診療 ○ 口腔ケア指導	

(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	<input type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合
	3 その他 ()	
判断基準の内容	常時介護が必要となった場合に別の介護居室への住み替えを求めた場合があります。	
手続きの内容	① ホームが指定する医師の意見を聴く。 ② 一定期間の観察期間を置く。 ③ 本人及び身元保証人の同意を得る。	
追加的費用の有無	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
居室利用権の取扱い	住み替え後の居室に移行	
前払金償却の調整の有無	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
従前の居室との仕様の 変更	面積の増減	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	便所の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	浴室の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	洗面所の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	台所の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	その他の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり
	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 2 なし
	要支援の者	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし

	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項	入居時概ね60歳以上の方で日常生活に介護が必要な方。 療養管理については応相談。	
契約の解除の内容	① 入居者が死亡した場合 ② 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	① 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場合 ② 月払いの利用料その他支払いを正当な理由無く、2ヶ月以上延滞した場合 ③ 契約書第20条の規定に違反した場合 ④ 入居者の行動が、他の入居者又は職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、かつ施設における通常の接遇方法等ではこれを防止することが困難と判断した場合 ⑤ 天災事変その他やむを得ない事由により施設が滅失し、あるいは施設の利用が不可能な状態となった場合
	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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり（内容：空室がある場合、1泊3食付5,313円（税込） 2 なし	
入居定員	48人	
その他	身元引受人が認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
生活相談員	1	1		1
直接処遇職員	25	17	8	19
介護職員	20	14	6	16
看護職員	5	3	2	3
機能訓練指導員	2	2		1
計画作成担当者	3	0	3	1.2
栄養士	1	1		1
調理員	7	2	5	2.5
事務員	1	1		1
その他職員	1		1	0.2
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				36.25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	8	6	2
実務者研修の修了者	3	2	1
初任者研修の修了者	6	4	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	2	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 (17 時～ 9 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	3～4 人	2 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)	2. 2 : 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	社会福祉主事任用資格							
	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	1	2	4	2			1		1	1
前年度1年間の退職者数		3	1	3					1	
数に応じた業務に従事した職員の経験年数	1年未満			2						
	1年以上3年未満		1	1						
	3年以上5年未満				2					1
	5年以上10年未満									
	10年以上	1	1	1				1		1
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 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定		1 あり 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		1 減額なし（食費、特定施設入居者生活介護の費用を除く） 2 日割り計算で減額 3 不在期間が60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	施設が所在する自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を観察し、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	要支援2	要介護2
	年齢	60歳以上	60歳以上
居室の状況	床面積	18㎡	18㎡
	便所	1 有 2 無	1 有 2 無
	浴室	1 有 2 無	1 有 2 無
	台所	1 有 2 無	1 有 2 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		197,586円	228,998円
家賃		70,000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	11,459円	22,871円
	食費	60,210円	60,210円
	管理費	55,917円	55,917円
	介護費用	管理費に含む	管理費に含む
	光熱水費	管理費に含む	管理費に含む
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	建物の貸借料、設備備品費、借入利息等を基礎として1室当たりを算出。
食費	厨房維持費、及び1日3食提供するための費用。
管理費	共用施設の維持管理・修繕費。事務管理部門・生活支援サービスの人件費・事務費。光熱水費。
介護費用	-
光熱水費	管理費に含む
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	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。	

(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	青藍の郷前払金規定による。	
想定居住期間（償却年月数）	48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）	0円	
初期償却率	0%	
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	前払金から退去月までの充当合計額を差し引いた額を返還する。
	入居後3月を超えた契約終了	前払金から退去月までの充当合計額を差し引いた額を返還する。
前払金の保全先	1 連帯保証を行う銀行等の名称	りそな銀行
	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【平成30年10月1日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	10人
	女性	32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	6人
	85歳以上	36人
要介護度別	自立	2人
	要支援1	5人
	要支援2	4人
	要介護1	12人
	要介護2	9人
	要介護3	6人
	要介護4	3人
	要介護5	1人
入居期間別	6ヶ月未満	6人
	6ヶ月以上1年未満	10人
	1年以上5年未満	26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	89.6歳
入居者数の合計	42人
入居率*	91.3%
※ 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	5人
	医療機関	2人
	死亡者	10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		介護付有料老人ホーム青藍の郷
電話番号		0743-56-8003
苦情解決責任者		施設長
苦情受付担当者		生活相談員
対応している時間	平日	8:45～17:00
	土曜	8:45～17:00
	日曜・祝日	8:45～17:00
定休日		なし

窓口の名称		大和郡山市 介護福祉課高齢福祉係
電話番号		0743-53-1151
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(12/29～1/3)

窓口の名称		奈良県国民健康保険団体連合会
電話番号		0744-29-8319
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・祝祭日・年末年始(12/29～1/3)

(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	
	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) 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、意見箱等利用者の意見等を把握す	1	あり	実施日	平成29年6月19日
			結果の開示	1 あり 2 なし

る取組の状況	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
	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	<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
	<input type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名 :) <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	<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
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 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 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	1 あり 2 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	ピュアネス藍	大和郡山市本庄町1-5
居宅療養管理指導	あり	なし		
通所介護	あり	なし		
通所リハビリテーション	あり	なし	ピュアネス藍	大和郡山市本庄町1-5
短期入所生活介護	あり	なし		
短期入所療養介護	あり	なし	ピュアネス藍	大和郡山市本庄町1-5
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		
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	ピュアネス藍	大和郡山市本庄町1-5
＜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	ピュアネス藍	大和郡山市本庄町1-5
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		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	ピュアネス藍	大和郡山市本庄町1-5
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	ピュアネス藍	大和郡山市本庄町1-5
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		
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	ピュアネス藍	大和郡山市本庄町1-5
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	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			必要に応じて食事の都度、一部又は全介助	
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり			必要に応じて見守り、もしくは都度一部又は全面介助	
おむつ代			なし	あり		○	実費負担	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり			必要に応じて見守りもしくは一部又は全面介助	
特浴介助	なし	あり	なし	あり			見守りもしくは一部又は全面介助	
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり			必要に応じて見守りもしくは一部又は全面介助	
機能訓練	なし	あり	なし	あり			随時（施設内）	
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	協力医療機関は管理費に含む。	
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○		週 3～6 回	
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○		週 1 回	
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	コインランドリー別途徴収	
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		○	行事食など別途徴収あり	
おやつ			なし	あり		○	別途徴収	
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	別途徴収	
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	別途徴収	
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	規定エリア内は管理費に含む	
金銭・貯金管理								
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり		○	年 1 回、自己負担。	
健康相談	なし	あり	なし	あり			介護支援専門員、生活相談員等の相談	
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり			介護支援専門員、生活相談員等の相談	
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				
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		○	協力医療機関は管理費に含む	
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○	協力医療機関は管理費に含む	
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり		○	協力医療機関以外は別途徴収	
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり		○	協力医療機関以外は別途徴収	

※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。