

## 重要事項説明書

### 1. 事業主体概要

|            |                                   |                           |
|------------|-----------------------------------|---------------------------|
| 種類         | 法人                                |                           |
|            | ※法人の場合その種類                        | 医療法人                      |
| 名称         | (いりょうほうじん わこうかい)<br>医療法人 和光会      |                           |
| 主たる事務所の所在地 | 〒632-0063<br>奈良県天理市西長柄町 4 4 9 - 2 |                           |
| 連絡先        | 電話番号                              | 0743-62-6528              |
|            | FAX番号                             | 0743-62-6535              |
|            | ホームページアドレス                        | http:// kamuchikara.or.jp |
| 代表者        | 氏名                                | 諸井英二                      |
|            | 職名                                | 理事長                       |
| 設立年月日      | 平成 5 年 3 月 8 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            | (じゅうたくがたゆうりょうろうじんほ一むてんしょう)<br>住宅型有料老人ホーム天翔 |                           |
| 所在地           | 〒632-0077<br>奈良県天理市平等坊町 2 0 - 3            |                           |
| 主な利用交通手段      | 最寄駅                                        | 近鉄前栽駅                     |
|               | 交通手段と所要時間                                  | 徒歩 6 分                    |
| 連絡先           | 電話番号                                       | 0743-62-2886              |
|               | FAX番号                                      | 0743-62-2887              |
|               | ホームページアドレス                                 | http:// kamuchikara.or.jp |
| 管理者           | 氏名                                         | 米田育代                      |
|               | 職名                                         | 施設長                       |
| 建物の竣工日        | 平成 2 3 年 1 0 月 2 8 日                       |                           |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | 平成 2 3 年 1 1 月 1 日                         |                           |

|                                     |           |          |
|-------------------------------------|-----------|----------|
| 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<br>該当する場<br>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 |

### 3. 建物概要

|         |         |                                           |                        |                   |       |        |
|---------|---------|-------------------------------------------|------------------------|-------------------|-------|--------|
| 土地      | 敷地面積    | 608.31 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 ( 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                                        | 1102.61 m <sup>2</sup> |                   |       |        |
|         |         | うち、老人ホーム部分                                | 1102.61 m <sup>2</sup> |                   |       |        |
|         | 耐火構造    | ① 耐火建築物<br>2 準耐火建築物<br>3 その他 ( )          |                        |                   |       |        |
|         | 構造      | 1 鉄筋コンクリート造<br>② 鉄骨造<br>3 木造<br>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<br>【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    |         | ③有／無                                      | 有／③無                   | 18 m <sup>2</sup> | 30    | 一般居室個室 |
| タイプ2    |         | 有／無                                       | 有／無                    | m <sup>2</sup>    |       |        |
| タイプ3    |         | 有／無                                       | 有／無                    | m <sup>2</sup>    |       |        |
| タイプ4    |         | 有／無                                       | 有／無                    | m <sup>2</sup>    |       |        |
| 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<br>便房                                              | 2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        | 2ヶ所                    |
|            | 共用浴室                                                        | 3ヶ所                    | 個室                     | 3ヶ所                    |
|            |                                                             |                        | 大浴場                    | ヶ所                     |
|            | 共用浴室における<br>介護浴槽                                            | 1ヶ所                    | チェアー浴                  | 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                                                          | ① あり      2 なし         |                        |                        |
|            | 入居者や家族が利用<br>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）<br>② あり（ストレッチャー対応）<br>3 あり（上記1・2に該当しない）<br>4 なし |                        |                        |                        |
| 消防用設備<br>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         |                        |                        |
| 緊急通報装<br>置 | 居室                                                          | 便所                     | 浴室                     | その他（ ）                 |
|            | ① あり<br>2 一部あり<br>3 なし                                      | ① あり<br>2 一部あり<br>3 なし | ① あり<br>2 一部あり<br>3 なし | 1 あり<br>2 一部あり<br>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        | 私ども「和光会」は、食べることの支援、誤嚥性肺炎の予防を大きな柱とし、訪問歯科診療に早くから取り組んでまいりました。ようやく最近になって口腔ケアの重要性がよばれてまいりましたが「いつまでも、ずうっとお口から」を合言葉に培ってまいりましたノウハウを生かし、戦後の混乱期を乗り越え、今日の繁栄を築いていただいた方々に、自立した安心して暮らせる為の支援をさせていただきたいと考えております。「親を思う子の気持」「子を思う親の気持」この気持ちを介護させていただくことが私たちの信念と心に納め、精一杯努めさせていただきます。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 入居者様を中心としてご家族、関係機関、また当法人内事業、歯科、訪問介護、訪問看護、デイサービスが情報を共有・連携し、「食べること」にこだわったサービス。                                                                                                                                                                                      |
| 入浴、排せつ又は食事の介護   | 1 自ら実施 (2) 委託 3 なし                                                                                                                                                                                                                                                |
| 食事の提供           | (1) 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) 委託 3 なし                                                                                                                                                                                                                                                |
| 健康管理の供与         | 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  | 1 自ら実施 (2) 委託 3 なし                                                                                                                                                                                                                                                |
| 生活相談サービス        | (1) 自ら実施 2 委託 3 なし                                                                                                                                                                                                                                                |

##### (医療連携の内容)

|          |      |                       |                        |                          |  |  |
|----------|------|-----------------------|------------------------|--------------------------|--|--|
| 医療支援     |      | (1) 救急車の手配            |                        | (2) 入退院の付き添い             |  |  |
| ※複数選択可   |      | (3) 通院介助              |                        | (4) その他（ 退院前カンファレンス参加等 ） |  |  |
| 協力医療機関   | 1    | 名称                    | 坂根医院                   |                          |  |  |
|          |      | 住所                    | 奈良県磯城郡田原本町矢部 3 3 7 - 1 |                          |  |  |
|          |      | 診療科目                  | 内科・呼吸器内科・アレルギー科・リハビリ科  |                          |  |  |
|          |      | 協力内容                  | 慢性疾患又は罹患時の受診・往診・治療の協力  |                          |  |  |
|          | 2    | 名称                    |                        |                          |  |  |
|          |      | 住所                    |                        |                          |  |  |
|          |      | 診療科目                  |                        |                          |  |  |
|          |      | 協力内容                  |                        |                          |  |  |
| 協力歯科医療機関 | 名称   | 天理駅前歯科診療所             |                        |                          |  |  |
|          | 住所   | 奈良県天理市川原城町 8 4 1      |                        |                          |  |  |
|          | 協力内容 | 歯科疾患又は罹患時の受診・往診・治療の協力 |                        |                          |  |  |

(入居に関する要件)

|                    |                                                        |                |
|--------------------|--------------------------------------------------------|----------------|
| 入居対象となる者<br>【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               | 概ね60歳以上の方で、日常生活上介護の必要な方<br>身元引受人を定めることができる方            |                |
| 契約の解除の内容           | 第21条の規定に従い居室を原状に復したうえ、明け渡さなければなりません。その原状回復費用は乙の負担とします。 |                |
| 事業主体から解約を求める場合     | 解約条項                                                   | 天翔入居契約 第31条    |
|                    | 解約予告期間                                                 | 14日以上          |
| 入居者からの解約予告期間       | 14日間                                                   |                |
| 入居定員               | 30人                                                    |                |

5. 職員体制

(職種別の職員数)

|                                                                                                  | 職員数（実人数） |    |     |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----|-----|--|
|                                                                                                  | 合計       | 常勤 | 非常勤 |  |
| 管理者                                                                                              | 1        | 1  |     |  |
| 生活相談員                                                                                            | 1        |    | 1   |  |
| 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                                                                                              | 10       |    | 10  |  |
| 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。                                                                   |          |    |     |  |

(夜勤を行う職員の人数)

| 夜勤帯の設定時間（22時～7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             |
| 警備職員             | 1人   | 1人             |

## 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<br>【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<br>※該当する方式を全て選択                            | 1 全額前払い方式<br>2 一部前払い・一部月払い方式<br>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<br>利用料金（月払い）の取扱い |     | 1 減額なし<br>2 日割り計算で減額<br>③ 不在期間が 8 日以上で申請された方は減額あり |                                         |
| 利用料金の改定                        | 条件  | 経済状況の著しい変化や消費者物価指数の高騰                             |                                         |
|                                | 手続き | 運営懇談会への諮問                                         |                                         |

### (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           |     | 3                 | 5                 |
|                                                                                           | 年齢             |     | 85 歳              | 90 歳              |
| 居室の状況                                                                                     | 床面積            |     | 18 m <sup>2</sup> | 18 m <sup>2</sup> |
|                                                                                           | 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<br>必要な費用                                                                            | 前払金            |     | 0 円               | 0 円               |
|                                                                                           | 敷金             |     | 180,000 円         | 180,000 円         |
| 月額費用の合計                                                                                   |                |     | 145,000 円         | 157,000 円         |
| 家賃                                                                                        |                |     | 57,000 円          | 57,000 円          |
| サービス費用                                                                                    | 特定施設入居者生活介護の費用 |     | 円                 | 円                 |
|                                                                                           | 介護保険外<br>※1    | 食費  | 40,200 円          | 45,000 円          |
|                                                                                           |                | 管理費 | 35,000 円          | 35,000 円          |
|                                                                                           |                | 介護費 | 0 円               | 0 円               |
|                                                                                           |                | 光熱費 | 800 円             | 2,000 円           |
|                                                                                           |                | その他 | 12,000 円          | 18,000 円          |
| ※1 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（お預かり金）            | 180,000 円                                                                           |
| 家賃                   | 月額 57,000 円                                                                         |
| 食費                   | 1 日 1,500 円（朝食 300 円 昼食 500 円 夕食 700 円）                                             |
| 管理費                  | 月額 35,000 円                                                                         |
| 介護費用                 | ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。                                                               |
| 光熱費                  | 電気代として月額 2,400 円                                                                    |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 別添 2                                                                                |
| その他の選択できるサービス利用料     | 日用品（150 円/日）寝具（100 円/日）<br>衛生費（おむつ・パット購入実費）カットサービス（実費）<br>立替請求サービス（医療費・処方薬費等前月立替実費） |

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            | 7 人   |
|       | 女性            | 2 3 人 |
| 年齢別   | 65 歳未満        | 1 人   |
|       | 65 歳以上 75 歳未満 | 1 人   |
|       | 75 歳以上 85 歳未満 | 5 人   |
|       | 85 歳以上        | 2 3 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         | 6 人   |
|       | 要介護 2         | 4 人   |
|       | 要介護 3         | 3 人   |
|       | 要介護 4         | 8 人   |
|       | 要介護 5         | 8 人   |
| 入居期間別 | 6 ヶ月未満        | 6 人   |
|       | 6 ヶ月以上 1 年未満  | 3 人   |
|       | 1 年以上 5 年未満   | 9 人   |
|       | 5 年以上 10 年未満  | 1 3 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                                            | 8 8 歳   |
| 入居者数の合計                                         | 3 0 人   |
| 入居率※                                            | 1 0 0 % |
| ※ 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。 |         |

## 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)

|          |       |                                         |
|----------|-------|-----------------------------------------|
| 窓口の名称    |       | 事業者窓口                                   |
|          |       | 行政窓口                                    |
| 電話番号     |       | (事業者窓口：天翔) 0743-62-2886                 |
|          |       | (行政窓口：奈良県長寿社会課) 0742-22-8501            |
| 対応している時間 | 平日    | (事業者窓口) 8:30~17:30<br>(行政窓口) 8:30~17:15 |
|          | 土曜    |                                         |
|          | 日曜・祝日 |                                         |
| 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                 | ① あり           | 《事業活動包括保険》<br>・事故対応費用補償・賠償責任保険                                             |
|                               | 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           | 事故発生の際、安全委員会による調査の実施、原因究明に努める。事故の状況により賠償等の必要性が生じた場合は、当施設の加入する損害賠償保険で対応します。 |
|                               | 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る取組の状況 | ① あり | 実施日    | 意見箱設置。随時対応。    |
|                                  |      | 結果の開示  | ① あり      2 なし |
|                                  | 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 | 1 入居希望者に公開<br>② 入居希望者に交付<br>3 公開していない |
| 管理規程     | ① 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>3 公開していない |
| 事業収支計画書  | 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付              |

|         |                                       |
|---------|---------------------------------------|
|         | ③ 公開していない                             |
| 財務諸表の要旨 | 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>③ 公開していない |
| 財務諸表の原本 | 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>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<br>【表示事項】                              | 1 あり (提携ホーム名: )<br>② なし                                                     |      |
| 有料老人ホーム設置時の老人<br>福祉法第 29 条第 1 項に規定<br>する届出       | ① あり 2 なし<br>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<br>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                                  |                                                                             |      |

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 (有料老人ホーム天翔が提供するサービスの一覧表)

説明年月日 令和 年 月 日

説明者 \_\_\_\_\_

私は本書面において事業者から説明を受け、確認した上同意いたします。

|     |                              |
|-----|------------------------------|
| 氏 名 | 印<br>入居者または代理人の場合 (続柄) _____ |
|-----|------------------------------|

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<br>センター<br>田部の家   | 天理市田部町524   |
| 訪問入浴介護               | あり | なし |                        |             |
| 訪問看護                 | あり | なし | 訪問看護<br>ステーション<br>あかり  | 天理市川原城町841  |
| 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 | 天理駅前<br>歯科診療所          | 天理市川原城町841  |
| 通所介護                 | あり | なし |                        |             |
| 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＞          |    |    |                        |             |
| 地域密着型通所介護            | あり | なし | デイサービス<br>センター<br>前栽の家 | 天理市平等坊町20-1 |
| 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 |                        |             |
| ＜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<br>センター<br>田部の家   | 天理市田部町524   |
| 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<br>ステーション<br>あかり  | 天理市川原城町841  |
| 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 | 天理駅前<br>歯科診療所          | 天理市川原城町841  |
| 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 |                        |             |
| 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 |                        |             |

## 別添 2

## 住宅型有料老人ホーム天翔が提供するサービスの一覧表

| 特定施設入居者生活介護の指定の有無 |                                   |    |                            |    |      | 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                                              |  |
|                   |                                   |    |                            |    |      |      |               |                                                  |  |
| 介護サービス            |                                   |    |                            |    |      |      |               |                                                  |  |
| 食事介助              | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      | 実費            | 訪問介護サービスに委託                                      |  |
| 排泄介助・おむつ交換        | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      | 実費            | 訪問介護サービスに委託                                      |  |
| おむつ代              |                                   |    | なし                         | あり |      |      | 実費            |                                                  |  |
| 入浴（一般浴）介助・清拭      | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      | 実費            | 訪問介護サービスに委託                                      |  |
| 身体介助（移動・着替え等）     | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      | 実費            | 訪問介護サービスに委託                                      |  |
| 通院介助              | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      | 実費            | 移送サービスと付き添いサービス 別                                |  |
| 生活サービス            |                                   |    |                            |    |      |      |               |                                                  |  |
| 居室清掃              | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      | 実費            | 訪問介護サービスに委託                                      |  |
| リネン交換             | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      | 実費            | 訪問介護サービスに委託                                      |  |
| 不用品の廃棄            | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      | 実費            | 粗大ゴミ 1 点 1 万円（リサイクル料は別途）                         |  |
| 日常の洗濯             | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      | 1 点<br>100 円  | 随時施設洗濯（大型洗濯ラバーシート等 200 円）<br>（月間業者契約は月額 5,000 円） |  |
| 居室配膳・下膳           | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      | 無料            |                                                  |  |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事   |                                   |    | なし                         | あり |      |      | 実費            | 追加食材料費等徴収                                        |  |
| おやつ               |                                   |    | なし                         | あり |      |      | 1 日<br>100 円  | 希望者に対応                                           |  |
| 食事嚥下サポートセット(3 種類) |                                   |    | なし                         | あり |      |      | 1 ヶ月<br>4,000 | ゼラチン・ソフティア・まとめるこ<br>個人の状況により使用材料が変わります。          |  |
| 理美容師による理美容サービス    |                                   |    | なし                         | あり |      |      | 実費            | 提携事業者に委託                                         |  |
| 買い物代行             | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      | 無料            | 天理市内は無料で代行いたします。                                 |  |
| 役所手続き代行           | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      | 実費            | 手続きは無料で代行いたします。 郵送費別途                            |  |
| 金銭・貯金管理           |                                   |    | なし                         | あり |      |      |               | 希望者個別に相談                                         |  |
| 健康管理サービス          |                                   |    |                            |    |      |      |               |                                                  |  |
| 定期健康診断            |                                   |    | なし                         | あり |      |      |               | 個別にかかりつけ医に相談                                     |  |
| 健康相談              | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      | 無料            |                                                  |  |
| 生活指導・栄養指導         | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      | 実費            | 栄養指導は提携事業者に委託                                    |  |
| 服薬支援              | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      | 実費            | 訪問介護・訪問看護へ委託                                     |  |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等）  | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      | 実費            | 訪問介護サービスに委託して記録                                  |  |
| 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 |      |      | 市内片道<br>700 円 | 年末年始、市外又は遠方は割増となります。                             |  |
| 入退院時の同行・付き添い      | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      | 要相談           | 受診付き添い自費サービス(1 時間 1,000 円)                       |  |
| 入院中の洗濯物交換・買い物     | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      | 実費            | 訪問介護サービスに委託                                      |  |
|                   |                                   |    |                            |    |      |      |               |                                                  |  |