



医療法人
仁寿会

重要事項説明書



有料老人ホーム 竹すずめ

大阪府高槻市郡家本町 7 番 14 号
TEL : 072-668-1570
FAX : 072-668-1571

令和 6 年 6 月 1 日版

重要事項説明書

記入年月日	2024年2月6日
記入者名	久井 隆
所属・職名	事務長

※ 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）」の別紙4の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の1から3まで及び6の内容については、別紙4の記載内容で説明されているものとみなし、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 type="checkbox"/> 法人 <input checked="" type="checkbox"/>	
	※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 じんじゅかい 医療法人 仁寿会	
主たる事務所の所在地	〒569-0802 大阪府高槻市北園町13番19号	
連絡先	電話番号	072-684-3377
	FAX番号	072-684-2266
	メールアドレス	hisai-jinjyu@siren.ocn.ne.jp
	ホームページアドレス	https://jinjyu-kai.jp
代表者	氏名	明平 圭司
	職名	理事長
設立年月日	2000年12月14日	
主な実施事業	※別添1（別の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) ゆうりょうろうじんほーむ たけすずめ 有料老人ホーム 竹すずめ	
所在地	〒569-1131 大阪府高槻市郡家本町7番14号	
主な利用交通手段	最寄駅	摂津富田駅
	交通手段と所要時間	JR 摂津富田駅より高槻市営バスに乗車7分、二中西で下車、徒歩3分
連絡先	電話番号	072-668-1570
	FAX番号	072-668-1571
	メールアドレス	horii@jinjyu-kai.jp
	ホームページアドレス	https://jinjyu-kai.jp
管理者	氏名	堀井幸恵
	職名	施設長
建物の竣工日	2024年2月15日	
有料老人ホーム事業の開始日	2024年3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	2790900902
	指定した自治体名	高槻市
	事業所の指定日	2024年3月1日
	指定の更新日（直近）	年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1754㎡	
	所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する土地	
		<input type="checkbox"/> 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	1367.38 m ²			
		うち、老人ホーム部分	1367.38 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 ()				
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する建物 <input 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 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】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室 (縁故者居室を含む) <input type="checkbox"/> 2 相部屋あり				
		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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	15.12 m ²	29	介護居室個室
	タイプ2	有 / 無	有 / 無	m ²		
	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	9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	6ヶ所		
	共用浴室	3ヶ所	個室	3ヶ所		
			大浴場	ヶ所		
	共用浴室における介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴	1ヶ所		
			リフト浴	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 type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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
緊急通報装置等	居室	1 あり 2 一部あり 3 なし
	便所	1 あり 2 一部あり 3 なし
	浴室	1 あり 2 一部あり 3 なし
	その他（ ）	1 あり 2 一部あり 3 なし
その他		

4. サービス等の内容

（全体の方針）

運営に関する方針	快適で健康な暮らしを支え、充実した人生を過ごしていただけるよう、介護面、医療面の充実を図ります。
サービスの提供内容に関する特色	医療機関と緊密な連携をとり、医療面で手厚いサポートが受けられます。
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

（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体制の有無の対象となるサービスの加算	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（Ⅰ）	1 あり 2 なし
	個別機能訓練加算（Ⅱ）	1 あり 2 なし
	夜間看護体制加算（Ⅱ）	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
	協力医療連携加算（Ⅱ）	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	<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	
	高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし	
	科学的介護推進体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	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
	介護職員処遇改善加算	(Ⅰ)	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
		(Ⅱ)	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
		(Ⅲ)	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
		(Ⅳ)	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
		(Ⅴ)	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) 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 ()
協力医療機関	1	名称	仁寿会郡家クリニック
		住所	大阪府高槻市郡家本町 6 番 5 号
		診療科目	内科・外科・整形外科・リハビリテーション科
		協力科目	内科・外科・整形外科・リハビリテーション科
		協力内容	緊急時の外来受付
	2	名称	仁寿会あけの診療所
		住所	大阪府高槻市明野町 17 番 1 号
		診療科目	内科・外科・整形外科・肛門科・麻酔科
		協力科目	内科・外科
		協力内容	緊急時の外来受付及び往診
協力歯科医療機関	名称	仁寿会歯科クリニック	
	住所	大阪府高槻市大畑町 22 番 4 号ドロメンス・カセ 3 番館 2 階	
	協力内容	緊急時の外来受付及び往診	

(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	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	入居に関し、連帯保証人兼身元引受人がいること。		
契約解除の内容	いかなる理由でも解除できる。		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第9条2、3、4項	
	解約予告期間	2ヶ月	
入居者からの解約予告期間	1ヶ月		
体験入居の内容	1 あり (内容: 1泊2日5,000円にて期間は3泊4日を限度とする。介護保険の適用はありません) 2 なし		
入居定員	29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		

直接処遇職員				
介護職員	17	5	12	10.9
看護職員	2	2		2.0
機能訓練指導員	1	1		
計画作成担当者	1		1	
栄養士				
調理員				
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				40

※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	5	3	2
実務者研修の修了者	2		2
初任者研修の修了者	6	2	4
介護支援専門員	2	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	3	2	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			
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 (22時00分～5時30分)		
	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	2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※ 【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)	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		5	12	1		1			1
前年度1年間の退職者数										
人数 業務に従事した経験年数に応じた職員の	1年未満			7						
	1年以上3年未満			1	3					
	3年以上5年未満			1	2					
	5年以上10年未満	2		2				1		1
	10年以上			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 <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	1 減額なし <input checked="" type="checkbox"/> 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	自治体が発表する物価指数及び人件費等を勘案し検討する。
	手続き	運営懇談会を開催し、入居者及び家族の同意を得た上で改定する。

(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1の場合	要介護2の場合	
	年齢	80歳	85歳	
居室の状況	床面積	15.12㎡	15.12㎡	
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
	浴室	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
	台所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
入居時点で必要な費用	前払金	円	円	
	敷金	300,000円	300,000円	
月額費用の合計		244,740円	247,140円	
サービス費用	家賃	60,000円	60,000円	
	介護保険外※ ₂	特定施設入居者生活介護※ ₁ の費用	19,770円	22,140円
		食費	60,000円	60,000円
		管理費	75,000円	75,000円
		介護費用	円	円
		光熱水費	30,000円	30,000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	建築工事費-補助金=対象経費 対象経費÷20年=対象経費/年 対象経費/年÷年間利用者数(80%)÷12か月=家賃
敷金	家賃の5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	共用部の維持管理、事務、生活サービスに係る費用
食費	業務委託料(1か月)÷利用者数(100%)=業務委託料/1人 食事代(30日分)+業務委託料/1人
光熱水費	1,000円/1日×30日
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	通院及び入退院の付添及び送迎 片道1,500円

（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）	
※ 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		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	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		人
	その他		人
生前解約の状況	施設側の申し出	(解約事由の例)	人
	入居者側の申し出	(解約事由の例)	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		医療法人仁寿会 総務部
電話番号		072-684-3377
対応している時間	平日	午前9時～午後5時
	土曜	午前9時～午後12時
	日曜・祝日	
定休日		日曜・祝日・年末年始
窓口の名称		高槻市 健康福祉部 福祉指導課
電話番号		072-674-7821
対応している時間	平日	午前8時45分～午後5時15分
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土曜。日曜・祝日・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	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	損保ジャパン(株) ウォームハート
	<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	賠償責任保険普通保険約款に基づく
	<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
			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 checked="" type="checkbox"/> 1	あり	実施日	未定
			評価機関名称	未定
	<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 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 checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付

	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 2 入居希望者に交付 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) <input type="checkbox"/> 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 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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
合致しない事項がある場合の内容	トイレ、収納、洗面台を含まない場合、介護居室面積 13㎡未満
「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	なし
不適合事項がある場合の内容	

添付書類：別添 1（別を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）

※（利用者）

_____ 様

（代理人）

_____ 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等

介護サービス等の種類			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	高槻南仁寿会訪問介護サービス	高槻市城南町2-46-205
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	仁寿会訪問看護ステーション	高槻市北柳川町2-6
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	仁寿会郡家クリニック	高槻市郡家本町6-5
通所介護	あり	なし	併設・隣接	デイサービスセンター円珠の森	高槻市北柳川町2-6
通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接	郡家クリニックデイケアセンター	高槻市郡家本町6-5
	あり	なし	併設・隣接	すぎもとデイケアセンター	高槻市城南町2-46-26
	あり	なし	併設・隣接	あけの診療所デイケアセンター	高槻市明野町17-1
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	リハビリデイサービス大塚円珠の森	高槻市大塚町1-11-10
	あり	なし	併設・隣接	リハビリデイサービス大塚円珠の森PLUS	高槻市大塚町1-11-10
	あり	なし	併設・隣接	リハビリデイサービス大蔵司円珠の森	高槻市大蔵司3-20-10
	あり	なし	併設・隣接	高槻南リハビリデイサービスセンター	高槻市栄町2-19-9
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	小規模多機能ホーム円珠の里	高槻市北柳川町2-6
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接	グループホーム円珠荘	高槻市北柳川町2-6
	あり	なし	併設・隣接	グループホーム円珠の丘	高槻市北柳川町2-6
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	高槻南仁寿会ケアプランセンター	高槻市北柳川町2-6
	あり	なし	併設・隣接	高槻北仁寿会ケアプランセンター	高槻市寺谷町19-5
<居宅介護予防サービス>					

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	仁寿会訪問看護ステーション	高槻市北柳川町2-6
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	仁寿会郡家クリニック	高槻市郡家本町6-5
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接	郡家クリニックデイケアセンター	高槻市郡家本町6-5
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	小規模多機能ホーム円珠の里	高槻市北柳川町2-6
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接	グループホーム円珠荘	高槻市北柳川町2-6
	あり	なし	併設・隣接	グループホーム円珠の丘	高槻市北柳川町2-6
介護予防支援	あり	なし	併設・隣接	高槻南仁寿会ケアプランセンター	高槻市北柳川町2-6
	あり	なし	併設・隣接	高槻北仁寿会ケアプランセンター	高槻市寺谷町19-5
＜介護保険施設＞					
介護老人福祉施設	あり	なし	併設・隣接		
介護老人保健施設	あり	なし	併設・隣接		
介護療養型医療施設	あり	なし	併設・隣接		
介護医療院	あり	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	あり	なし	併設・隣接	高槻南仁寿会訪問介護サービス	高槻市城南町2-46-26-205
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接	デイサービスセンター円珠の森	高槻市北柳川町2-6
その他の生活支援サービス	あり	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		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				
介護サービス									
食事介助	なし	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>							
排泄介助・おむつ交換	なし	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>							
おむつ代									
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>							
特浴介助	なし	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>							
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>							
機能訓練	なし	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>							
通院介助	なし	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>		○					原則、高槻市内の通院、入退院の付き添い及び送迎
生活サービス									
居室清掃	なし	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>							
リネン交換	なし	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>							
日常の洗濯	なし	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>							
居室配膳・下膳	なし	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>							
入居者の嗜好に応じた特別な食事									
おやつ									
理美容師による理美容サービス			なし	あり <input type="checkbox"/>	○	実費			希望者のみ
買い物代行	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>							
役所手続き代行	なし	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>							
金銭・貯金管理			なし	あり <input type="checkbox"/> ○					希望者のみ
健康管理サービス									
定期健康診断			なし	あり <input type="checkbox"/>	○	実費			希望者のみ
健康相談	なし	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>							
生活指導・栄養指導	なし	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>							
服薬支援	なし	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>							
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>							
入退院時・入院中のサービス									
入退院時の同行	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>							
入院中の洗濯物交換・買い物	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>							
入院中の見舞い訪問	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>							

※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、月額サービスの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。