

**ニューソフィアコート龍ヶ崎**  
**重要事項説明書**

|       |                |
|-------|----------------|
| 記入年月日 | 令和 6 年 7 月 1 日 |
| 記入者名  | 木間塚 健司         |
| 所属・職名 | 総務部            |

**1. 事業主体概要**

|            |                                              |                                                                 |
|------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 種類         | 法人                                           |                                                                 |
|            | ※法人の場合、その種類                                  | 株式会社                                                            |
| 名称         | (ふりがな) ぶるめりあほうもんかいごかぶしきがいしゃ<br>プルメリア訪問介護株式会社 |                                                                 |
| 主たる事務所の所在地 | 〒300-0048 茨城県土浦市田中 3-8-28                    |                                                                 |
| 連絡先        | 電話番号                                         | 029-835-3003                                                    |
|            | FAX番号                                        | 029-835-3033                                                    |
|            | ホームページアドレス                                   | <a href="http://plumeria-care.jp/">http://plumeria-care.jp/</a> |
| 代表者        | 氏名                                           | 廣瀬 徹隆                                                           |
|            | 職名                                           | 代表取締役                                                           |
| 設立年月日      | 平成 20 年 11 月 28 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) にゅーそふいあこーとりゅうがさき<br>ニューソフィアコート龍ヶ崎 |                                                                  |
| 所在地      | 〒301-0001<br>茨城県龍ヶ崎市久保台 3-7-3            |                                                                  |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅                                      | 常磐線佐貫駅                                                           |
|          | 交通手段と所要時間                                | バスで 15 分 降車後徒歩 2 分                                               |
| 連絡先      | 電話番号                                     | 0297-85-3951                                                     |
|          | FAX番号                                    | 0297-85-3952                                                     |
|          | ホームページアドレス                               | <a href="http://plumeria-care.jp/">http:// plumeria-care.jp/</a> |





|     |          |                                       |    |   |    |
|-----|----------|---------------------------------------|----|---|----|
| 等   | 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 |
| その他 |          |                                       |    |   |    |

#### 4. サービスの内容

##### (全体の方針)

|                 |                                                                                                                                                                                                                             |      |   |    |                                          |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---|----|------------------------------------------|
| 運営に関する方針        | 当住宅では、基本サービスとして日中、食事や外出等の機会を利用して、毎日 9 時・15 時に本人の状況把握サービス（安否確認）を行います。（夜間は宿直職員が対応）各居室にはコール装置が設置され、通報に対し速やかに駆け付けます。生活相談サービスとして、食事、健康、趣味、人間関係、その他の相談に対して施設管理者が助言させていただきます。（専門的な内容には、専門家・専門機関をご紹介します。）その他のサービスとして、食事提供サービスを行います。 |      |   |    |                                          |
| サービスの提供内容に関する特色 | 利用者の尊厳を守り、安全に配慮しながら穏やかに暮らせる高齢者向け住宅です。また、ご家族、地域及び関係機関と協力し、安心して自立した生活が過ごせるように総合的に支援します。                                                                                                                                       |      |   |    |                                          |
| 入浴、排せつ又は食事の介護   | 1                                                                                                                                                                                                                           | 自ら実施 | 2 | 委託 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | 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                                     |

##### (医療連携の内容)

|                |  |                       |  |
|----------------|--|-----------------------|--|
| 医療支援<br>※複数選択可 |  | <div>1</div> 救急車の手配   |  |
|                |  | <div>2</div> 入退院の付き添い |  |
|                |  | 3 通院介助                |  |
|                |  | 4 その他（                |  |

|          |   |      |                  |
|----------|---|------|------------------|
|          |   | 診療科目 | 内科               |
|          |   | 協力内容 | 訪問診療・健康診断・病変時の相談 |
|          | 2 | 名称   |                  |
|          |   | 住所   |                  |
|          |   | 診療科目 |                  |
| 協力歯科医療機関 |   | 協力内容 |                  |
|          |   | 名称   |                  |
|          |   | 住所   |                  |
|          |   | 協力内容 |                  |

(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 <span style="border: 1px solid black;">2</span> なし    |
|                    | 要支援の者                                 | <span style="border: 1px solid black;">1</span> あり    2    なし |
|                    | 要介護の者                                 | <span style="border: 1px solid black;">1</span> あり    2    なし |
| 留意事項               | 医療的管理が必要な方は要相談                        |                                                               |
| 契約の解除の内容           | ①入居者が死亡した場合    ②入居者、または事業者から解約した場合、等。 |                                                               |
| 事業主体から解約を求める場合     | 解約条項                                  | 入居契約書第 11 条                                                   |
|                    | 解約予告期間                                | 相当期間（90日以上前）                                                  |
| 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：                           |                                                               |

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<br>※1※2 |
|--------|----------|----|-----|----------------|
|        | 合計       |    |     |                |
|        |          | 常勤 | 非常勤 |                |
| 管理者    | 1        | 1  |     | 1              |
| 生活相談員  |          |    |     |                |
| 直接処遇職員 |          |    |     |                |

|                                                                                                                                    |         |   |   |   |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---|---|---|-----|
|                                                                                                                                    | 介護職員    | 8 | 2 | 6 | 2.9 |
|                                                                                                                                    | 看護職員    |   |   |   |     |
|                                                                                                                                    | 機能訓練指導員 |   |   |   |     |
|                                                                                                                                    | 計画作成担当者 |   |   |   |     |
|                                                                                                                                    | 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。<br>※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 | 勤務状況 |     |
|-----------|----|------|-----|
|           |    | 常勤   | 非常勤 |
| 社会福祉士     |    |      |     |
| 介護福祉士     | 3  | 1    | 2   |
| 実務者研修の修了者 |    |      |     |
| 初任者研修の修了者 | 5  | 1    | 4   |
| 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 | 勤務状況 |     |
|-------------|----|------|-----|
|             |    | 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（19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   | 0人             |

(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    |     | 初任者研修     |     |         |     |         |     |
|                          |       |          |     | 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              |       |          |     |           |     |           |     |         |     |         |     |
| 前年度1年間の退職者数              |       |          |     | 1         |     |           |     |         |     |         |     |
| 応じた業務に従事した経験年数に<br>職員の人数 | 1年未満  |          |     |           | 1   |           |     |         |     |         |     |
|                          | 1年以上  |          |     |           | 1   |           |     |         |     |         |     |
|                          | 3年未満  |          |     |           |     |           |     |         |     |         |     |
|                          | 3年以上  |          |     | 1         | 2   |           |     |         |     |         |     |
|                          | 5年未満  |          |     |           |     |           |     |         |     |         |     |
|                          | 5年以上  |          |     |           | 2   |           |     |         |     |         |     |
|                          | 10年未満 |          |     |           |     |           |     |         |     |         |     |
| 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<br>【表示事項】    | 1 利用権方式<br>2 建物賃貸借方式<br>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 |

|                                |                                                                                        |                                          |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
|                                |                                                                                        | 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<br>利用料金（月払い）の取扱い | 1 減額なし<br><input checked="" type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額<br>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<br>の改定                    | 条件<br>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                          |         | 要介護度 3                  | 要介護度 5         |
|                | 年齢                            |         | 7 0 歳                   | 6 5 歳          |
| 居室の状況          | 床面積                           |         | 19.04 m <sup>2</sup>    | m <sup>2</sup> |
|                | 便所                            |         | <div>1</div> 有      2 無 | 1 有      2 無   |
|                | 浴室                            |         | 1 有 <div>2</div> 無      | 1 有      2 無   |
|                | 台所                            |         | 1 有 <div>2</div> 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                            |         | 1 5 0 ,   0 0 0 円       | 円              |
| 月額費用の合計        |                               |         | 9 5 ,   0 0 0 円         | 円              |
| 家賃             |                               |         | 3 5 ,   0 0 0 円         | 円              |
| サービス費用         | 特定施設入居者生活介護※ <sup>1</sup> の費用 |         | 円                       | 円              |
|                | 介護保険外<br>※ <sup>2</sup>       | 食費      | 2 7 ,   0 0 0 円         | 円              |
|                |                               | 管理費・共益費 | 2 2 ,   0 0 0 円         | 円              |
|                |                               | 介護費用    | 円                       | 円              |
|                |                               | 光熱水費    | 円                       | 円              |
|                |                               | その他     | 1 1 ,   0 0 0 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      | 月額35,000円             |
| 敷金      | 家賃の約4.3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・共益費 | 月額22,000円（税込）         |



|                      |                                              |
|----------------------|----------------------------------------------|
| 食費                   | 月額 27,000 円（朝 270 円、昼 270 円、夜 360 円 30 日分）税込 |
| 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          | 状況把握、生活相談サービス 月額 11,000 円（税込）                |

## 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            | 10 人 |
| 年齢別   | 65 歳未満        | 1 人  |
|       | 65 歳以上 75 歳未満 | 4 人  |
|       | 75 歳以上 85 歳未満 | 6 人  |
|       | 85 歳以上        | 6 人  |
| 要介護度別 | 自立            | 0 人  |
|       | 要支援 1         | 0 人  |
|       | 要支援 2         | 0 人  |
|       | 要介護 1         | 6 人  |
|       | 要介護 2         | 4 人  |
|       | 要介護 3         | 0 人  |
|       | 要介護 4         | 2 人  |
|       | 要介護 5         | 5 人  |
| 入居期間別 | 6 ヶ月未満        | 0 人  |
|       | 6 ヶ月以上 1 年未満  | 1 人  |
|       | 1 年以上 5 年未満   | 11 人 |
|       | 5 年以上 10 年未満  | 5 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                                            | 81.8 歳 |
| 入居者数の合計                                         | 17 人   |
| 入居率※                                            | 89 %   |
| ※ 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     | 0 人      |
|         | 死亡者      | 2 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 | 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    |       | 苦情受付窓口                  |
| 電話番号     |       | 0 2 9 - 8 3 5 - 3 0 0 3 |
| 対応している時間 | 平日    | 9 時 0 0 分 ~ 1 8 時 0 0 分 |
|          | 土曜    |                         |
|          | 日曜・祝日 |                         |
| 定休日      |       | 土曜日、日曜日、祝日              |

**(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"/> あり | 介護事業者向け賠償責任保険<br>ウォームハート    |
|                               | <input type="checkbox"/> 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"/> あり | 県又は市に報告のうえ、必要な賠償を行う。        |
|                               | <input type="checkbox"/> なし            |                             |
| 事故対応及びその予防のための指針              | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> 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"/> あり | 実施日   |                                                                    |
|                                  |                                        | 結果の開示 | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
|                                  | <input type="checkbox"/> なし            |       |                                                                    |
| 第三者による評価の実施状況                    | <input checked="" type="checkbox"/> あり | 実施日   |                                                                    |

|   |                                       |        |           |
|---|---------------------------------------|--------|-----------|
| 況 |                                       | 評価機関名称 |           |
|   |                                       | 結果の開示  | 1 あり 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<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><input checked="" type="checkbox"/> 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<br><input checked="" type="checkbox"/> 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><input checked="" type="checkbox"/> 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><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 回                              |
|                                            | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし                                                                        |                                         |
|                                            | <input checked="" type="checkbox"/> 1 代替措置あり                                                                    | (内容)<br>オンライン会議システム等により入居者とその家族の連絡体制を構築 |
|                                            | 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><input checked="" type="checkbox"/> 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><input checked="" 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             | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし                                                                   |                                         |

|                                             |                                                  |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| するサービス付き高齢者向け<br>住宅の登録                      |                                                  |
| 有料老人ホーム設置運営指導<br>指針「5.規模及び構造設備」<br>に合致しない事項 | 1 あり      2 なし                                   |
| 合致しない事項がある場合<br>の内容                         |                                                  |
| 「6.既存建築物等の活用<br>の場合等の特例」への適合<br>性           | 1 適合している（代替措置）<br>2 適合している（将来の改善計画）<br>3 適合していない |
| 有料老人ホーム設置運営指導<br>指針の不適合事項                   |                                                  |
| 不適合事項がある場合の内<br>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）

※\_\_\_\_\_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                 | あり | なし | ブルメリア訪問介護     | 茨城県土浦市田中3-8-28 |
| 訪問入浴介護               | あり | なし |               |                |
| 訪問看護                 | あり | なし | ブルメリア看護ステーション | 茨城県土浦市田中3-8-28 |
| 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 |               |                |
| 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 | ブルメリア福祉サービス   | 茨城県土浦市田中3-8-28 |
| 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 |               |                |
| ＜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 | ブルメリア看護ステーション | 茨城県土浦市田中3-8-28 |
| 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 |               |                |
| 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 | ブルメリア福祉サービス   | 茨城県土浦市田中3-8-28 |
| 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 |               |                |
| 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                              |  |
|----------------------------------|-----------------------------------|----|----------------------------|----|------|------|-------|---------------------------------|--|
|                                  | 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 |      |      |       |                                 |  |
| 排泄介助・おむつ交換                       | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |       |                                 |  |
| おむつ代                             |                                   |    | なし                         | あり |      |      |       |                                 |  |
| 入浴（一般浴）介助・清拭                     | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |       |                                 |  |
| 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 |      |      |       |                                 |  |
| 機能訓練                             | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |       |                                 |  |
| 通院介助                             | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |       |                                 |  |
| 生活サービス                           |                                   |    |                            |    |      |      |       |                                 |  |
| 居室清掃                             | なし                                | あり | なし                         | あり | ○    |      |       | 月に1回（ご予約制）                      |  |
| リネン交換                            | なし                                | あり | なし                         | あり | ○    |      |       | 2週間に1回又は随時（リネン類はご自身でご用意いただきます。） |  |
| 日常の洗濯                            | なし                                | あり | なし                         | あり | ○    |      |       | 2週間に1回（ご予約制）                    |  |
| 居室配膳・下膳                          | なし                                | あり | なし                         | あり | ○    |      |       | その都度お申出ください。                    |  |
| 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 | ○    |      |       | おやつの内容は選べません。                   |  |
| 理美容師による理美容サービス                   |                                   |    | なし                         | あり |      |      |       | 希望される方には、理美容師を紹介します。            |  |
| 買い物代行                            | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |       |                                 |  |
| 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 |      | ○    |       | 健康診断をご希望の方に実施機関を紹介します。          |  |
| 健康相談                             | なし                                | あり | なし                         | あり | ○    |      |       |                                 |  |
| 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 | ○    |      |       |                                 |  |
| 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 |      | ○    | 1,500 | 移送と院内同行1時間ごとに1,500円             |  |
| 入退院時の同行                          | なし                                | あり | なし                         | あり |      | ○    | 1,500 |                                 |  |
| 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、月額の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。