

## 重要事項説明書

|       |           |
|-------|-----------|
| 記入年月日 | 令和5年7月 1日 |
| 記入者名  | 大木 健太郎    |
| 所属・職名 | 施設長       |

## 1. 事業主体概要

|            |                                       |              |
|------------|---------------------------------------|--------------|
| 種類         | 個人／法人                                 |              |
|            | ※法人の場合、その種類                           | 有限会社         |
| 名称         | (ふりがな) ユウゲンガイシャ オオキヤッキョク<br>有限会社 大木薬局 |              |
| 主たる事務所の所在地 | 〒300-441 茨城県桜川市真壁町田 143-4             |              |
| 連絡先        | 電話番号                                  | 0296-55-2109 |
|            | FAX番号                                 | 0296-55-0701 |
|            | ホームページアドレス                            | 無し           |
| 代表者        | 氏名                                    | 大木 しづ子       |
|            | 職名                                    | 代表取締役        |
| 設立年月日      | 平成4年12月3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) ツクシ<br>筑紫                |              |
| 所在地           | 〒300-4424<br>茨城県桜川市真壁町源法寺 653-1 |              |
| 主な利用交通手段      | 最寄駅                             | JR 水戸線 岩瀬駅   |
|               | 交通手段と所要時間                       | 岩瀬駅より車で30分   |
| 連絡先           | 電話番号                            | 0296-55-5505 |
| 管理者           | 氏名                              | 大木 健太郎       |
|               | 職名                              | 施設長          |
| 建物の竣工日        |                                 | 平成25年5月1日    |
| 有料老人ホーム事業の開始日 |                                 | 平成25年6月1日    |

(類型)【表示事項】

|     |
|-----|
| 住宅型 |
|-----|

3. 建物概要

|       |                |   |                      |                      |                       |        |
|-------|----------------|---|----------------------|----------------------|-----------------------|--------|
| 土地    | 敷地面積           | 875.02 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  |                      |                      | 495.72 m <sup>2</sup> |        |
|       |                | うち、老人ホーム部分                                |                      |                      | 495.72 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 ( 建築基準適合 )   |                      |                      |                       |        |
|       | 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                                       |                      |                      |                       |        |
|       |                | トイレ                                       | 浴室                   | 面積                   | 戸数・室数                 | 区分*    |
|       | タイプ1           | 有   | 無                    | 18.36 m <sup>2</sup> | 3室                    | 一般居室個室 |
| タイプ2  | 有              | 無   | 19.60 m <sup>2</sup> | 12室                  | 一般居室個室                |        |
| 共用施設  | 共用便所における<br>便房 | ヶ所  | うち男女別の対応が可能な便房       |                      | 0ヶ所                   |        |
|       |                |   | うち車椅子等の対応が可能な便房      |                      | 2ヶ所                   |        |
|       | 共用浴室           | ヶ所  | 個室                   | 2ヶ所                  |                       |        |

|                      |   |      |          |     |
|----------------------|---|------|----------|-----|
|                      |   |      | 大浴場      | 0ヶ所 |
|                      | 共用浴室における<br>介護浴槽  | ヶ所   | チェアー浴    | 0ヶ所 |
|                      |   |      | リフト浴     | 0ヶ所 |
|                      |   |      | ストレッチャー浴 | 0ヶ所 |
|                      |   |      | その他（ ）   | 0ヶ所 |
| 食堂                   | ① あり  | 2 なし |          |     |
| 入居者や家族が利<br>用できる調理設備 | ① あり  | 2 なし |          |     |
| エレベーター               | 1 あり（車椅子対応）<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     |     |
| その他                  |   |      |          |     |

#### 4. サービスの内容

##### （全体の方針）

|                 |  |
|-----------------|--|
| 運営に関する方針        | イ. 入居者の希望並びに心身の状況に応じ、安定かつ適切なサービスを提供します。<br>ロ. 必要に応じ、福祉・医療機関との連携を行います。<br>ハ. サービスの内容、提供方法、費用負担など、書面でわかりやすく説明をいたします。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 夜間帯にも介護職員がいるためか急な介護や介助が適切なタイミングで行えます。  |
| 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   |

##### （医療連携の内容）

|      |                        |
|------|------------------------|
| 医療支援 | ① 救急車の手配<br>② 入退院の付き添い |
|------|------------------------|

|        |   |        |             |
|--------|---|--------|-------------|
|        |   | ③ 通院介助 |             |
| 協力医療機関 | 1 | 名称     | 仁保内科医院      |
|        |   | 住所     | 桜川市真壁町真壁 42 |
|        |   | 診療科目   | 内科 循環器科     |
|        |   | 協力内容   | 体調変化による受診等  |

(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   | あり   |
|                    | 要支援の者   | 有り   |
|                    | 要介護の者   | あり   |
| 留意事項               | <p>①外出・帰宅・訪問等<br/>玄関は施錠式になっています。長期外泊の際には職員へご連絡ください。</p> <p>②教養施設の利用について<br/>イ) ホール：指定時間外でのホールのご利用の場合には利用時間を事前にお知らせ下さい。<br/>ロ) 喫煙スペース：館内前漢禁煙となりますので、喫煙は外の灰皿のある場所にてお願いいたします。その際煙草の消し忘れについて、十分ご注意下さい。</p> <p>③ごみ処理について<br/>生活サービスとしてゴミ出しサービスを行っております。各住戸にお伺いします。</p> |  |
| 契約の解除の内容           |   |  |
| 事業主体から解約を求める場合     | 解約条項  | <p>イ) 事業者（甲）は入居者（乙）の行動がたの居住者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ通常的生活支援方法では、これを防止する事ができず、本契約を将来にわたって継続する事が社会通念上著しく困難であると考えられる場合に、本契約を解除する事ができます。</p> <p>ロ) 前項の場合、事業者は次の手続きを行います。</p> <p>Ⅰ. 一定の観察期間をおく。</p> <p>Ⅱ. 主治医及び生活支援サービス提供スタッフ等の意見を聴く</p> <p>Ⅲ. 契約解除の通告について1ヶ月の予告期間をおく。</p> <p>Ⅳ. 前号の通告に先立ち、入居者本人の意思を確認する。</p> <p>ハ) 甲は、乙が正当な理由なく甲に支</p> |

|              |  |  |
|--------------|--|--|
|              |  | 払うべきサービス利用料を3ヶ月以上滞納した場合において乙に対し、相当の期間を定めてもなお期間内に滞納額の全額の市払いがないときは、この契約を解除することがあります。 |
|              | 解約予告期間   | 1ヶ月  |
| 入居者からの解約予告期間 | 入居者は、事業者に対して、1ヶ月の予告期間において文書で通知する事により、本契約を解除する事ができます。                           |  |
| 体験入居の内容      | ① あり（内容：空室がある場合に限り1週間程度の体験入居が可能です。但し、他の入居者の入居日程が迫っている場合にはこの限りではありません。）<br>2 なし |  |
| 入居定員         | 15人  |  |
| その他          |  |  |

## 5. 職員体制

### (資格を有している介護職員の人数)

|           | 合計 |    |     |
|-----------|----|----|-----|
|           |    | 常勤 | 非常勤 |
| 社会福祉士     | 0  | 0  | 0   |
| 介護福祉士     | 1  | 0  | 1   |
| 実務者研修の修了者 | 0  | 0  | 0   |
| 初任者研修の修了者 | 4  | 2  | 2   |
| 介護支援専門員   |    |    |     |

### (資格を有している機能訓練指導員の人数)

|             | 合計 |    |     |
|-------------|----|----|-----|
|             |    | 常勤 | 非常勤 |
| 看護師又は准看護師   | 0  | 0  | 0   |
| 理学療法士       | 0  | 0  | 0   |
| 作業療法士       | 0  | 0  | 0   |
| 言語聴覚士       | 0  | 0  | 0   |
| 柔道整復士       | 0  | 0  | 0   |
| あん摩マッサージ指圧師 | 0  | 0  | 0   |
| はり師         | 0  | 0  | 0   |
| きゅう師        | 0  | 0  | 0   |

### (夜勤を行う看護・介護職員の人数)

| 夜勤帯の設定時間（20時～翌5時） |      |                |
|-------------------|------|----------------|
|                   | 平均人数 | 最少時人数（休憩者等を除く） |
| 看護職員              | 0人   | 0人             |
| 介護職員              | 1人   | 1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          | 0        | 0      | 0         | 1         | 0     | 0   | 0       | 0   | 0       | 0   |   |
| 前年度1年間の退職者数          | 0        | 0      | 0         | 1         | 0     | 0   | 0       | 0   | 0       | 0   |   |
| 業務に従事した経験年数に応じた職員の人数 | 1年未満     | 0      | 0         | 0         | 0     | 0   | 0       | 0   | 0       | 0   |   |
|                      | 1年以上     | 0      | 0         | 0         | 0     | 0   | 0       | 0   | 0       | 0   |   |
|                      | 3年未満     | 0      | 0         | 0         | 0     | 0   | 0       | 0   | 0       | 0   |   |
|                      | 3年以上     | 0      | 0         | 0         | 0     | 0   | 0       | 0   | 0       | 0   |   |
|                      | 5年未満     | 0      | 0         | 0         | 0     | 0   | 0       | 0   | 0       | 0   |   |
|                      | 5年以上     | 0      | 0         | 2         | 3     | 0   | 0       | 0   | 0       | 0   | 0 |
|                      | 10年未満    | 0      | 0         | 0         | 0     | 0   | 0       | 0   | 0       | 0   | 0 |
| 10年以上                | 0        | 0      | 0         | 0         | 0     | 0   | 0       | 0   | 0       | 0   |   |
| 従業者の健康診断の実施状況        |          |        |           | ① あり 2 なし |       |     |         |     |         |     |   |

**（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   |                |
| 生活相談員   | 0        | 0  | 0   |                |
| 直接処遇職員  | 5        | 2  | 3   |                |
| 介護職員    | 5        | 2  | 3   |                |
| 看護職員    | 0        | 0  | 0   |                |
| 機能訓練指導員 | 0        | 0  | 0   |                |
| 計画作成担当者 | 0        | 0  | 0   |                |
| 栄養士     | 0        | 0  | 0   |                |
| 調理員     | 0        | 0  | 0   |                |

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 事務員   | 0 | 0 | 0 | 0 |
| その他職員   | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 <sup>※2</sup>  |   |   |   |   |
| <p>※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。</p> <p>※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。</p> |   |   |   |   |

## 6. 利用料金

### (利用料金の支払い方法)

|                            |     |  |
|----------------------------|-----|--|
| 居住の権利形態                    |     | 利用権方式  |
| 利用料金の支払い方式                 |     | 月払い方式  |
| 年齢に応じた金額設定                 |     | なし   |
| 要介護状態に応じた金額設定              |     | 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<br>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 |
| 利用料金の改定                    | 条件  | 物価変動、人件費等上昇により2年に1回改定する場合がある                       |
|                            | 手続き | ご利用者様の意見を聴く  |

### (利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

|            |                               | プラン1   | プラン2       |            |
|------------|-------------------------------|--------|------------|------------|
| 入居者の状況     | 要介護度                          | 自立     | 要介護3       |            |
|            | 年齢                            | 75歳    | 85歳        |            |
| 居室の状況      | 床面積                           | 19.60㎡ | 18.36㎡     |            |
|            | 便所                            | ①有 2無  | ①有 2無      |            |
|            | 浴室                            | 1有 ②無  | 1有 ②無      |            |
|            | 台所                            | 1有 ②無  | 1有 ②無      |            |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金                           | 0円     | 0円         |            |
|            | 敷金                            | 0円     | 0円         |            |
| 月額費用の合計    |                               | 円      | 円          |            |
| 家賃         |                               | 80000円 | 80000円     |            |
| サービス費用     | 特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用 | 0円     | 0円         |            |
|            | 介護保険外 <sup>※2</sup>           | 食費     | 0円         | 0円         |
|            |                               | 管理費    | 0円         | 0円         |
|            |                               | 共益費    | 5,000円     | 5,000円     |
|            |                               | その他    | 都度払いサービス有り | 都度払いサービス有り |
| そ          | 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                   | 建物の賃借料、設備備品費、借入利息、等を基礎として、1室あたりの家賃を算出した |
| 敷金                   | なし                                      |
| 共益費                  | 共用施設の維持管理・修繕費                           |
| 管理費                  | 事務管理部門・生活支援サービスの人件費・事務費                 |
| 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          |   |
|                      |   |
|                      |   |

## 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          | 3人  |
|       | 女性          | 8人  |
| 年齢別   | 65歳未満       | 0人  |
|       | 65歳以上 75歳未満 | 2人  |
|       | 75歳以上 85歳未満 | 1人  |
|       | 85歳以上       | 10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        | 3人  |
|       | 要介護2        | 1人  |
|       | 要介護3        | 4人  |
|       | 要介護4        | 5人  |
|       | 要介護5        | 0人  |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満       | 0人  |
|       | 6ヶ月以上 1年未満  | 2人  |
|       | 1年以上 5年未満   | 7人  |
|       | 5年以上 10年未満  | 4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  | 79歳 |
| 入居者数の合計   | 13人 |
| 入居率※  | 86% |
| ※ 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   | 1人                    |
|         | 医療機関     | 4人                    |
|         | 死亡者      | 0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 | 1人                    |
|         |          | (解約事由の例) 老養への入所が決まった為 |

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    | 筑紫相談窓口                            |            |
| 電話番号     | 0296-20-7702                      |            |
| 対応している時間 | 平日                                | 9:00~16:00 |
|          | 土曜                                | 休み         |
|          | 日曜・祝日                             | 休み         |
| 定休日      | 土曜・日曜・祝祭日・8月13日~8月16日・12月27日~1月5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                 | ① あり | (その内容) 損保ジャパン  |
|                               | 2 なし |  |
| 介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応 | ① あり | (その内容)、サービスの提供に伴って、本住宅の責めに帰すべき事由により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行う。 |
|                               | 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    |                |
|                                  |      | 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 | 入居希望者に公開 |
| 管理規程     | 入居希望者に公開 |
| 事業収支計画書  | 入居希望者に公開 |
| 財務諸表の要旨  | 入居希望者に公開 |
| 財務諸表の原本  | 入居希望者に公開 |

**10. その他**

|  |  |                                  |
|--|--|----------------------------------|
| 運営懇談会  | 1 あり   | (開催頻度) 年 回                       |
|  | ② なし   |                                  |
|  | ① 代替措置あり   | (内容) 家族への電話連絡。<br>面会時の身体等の状態の報告。 |
|  | 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福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出               | 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 | あり   |                                  |
| 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                       |  |
| 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の<br>場合等の特例」への適合性 | 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      | なし   |
| 不適合事項がある場合の内<br>容              | なし   |

添付書類：別添 1（別の実施する介護サービス一覧表）

別添 2（個別選択による介護サービス一覧表）

※ \_\_\_\_\_ 様

説明年月日 平成 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 |              |                      |
| 訪問入浴介護               | あり | なし |              |                      |
| 訪問看護                 | あり | なし |              |                      |
| 訪問リハビリテーション          | あり | なし |              |                      |
| 居宅療養管理指導             | あり | なし | (有)大木薬局      | 桜川市真壁町田 1 4 3 - 4    |
| 通所介護                 | あり | なし | 筑紫デイサービスセンター | 桜川市真壁町羽鳥 1 1 5 7 - 1 |
| 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＞          |    |    |              |                      |
| 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 | 筑紫小規模多機能センター | 桜川市真壁町羽鳥 1 1 5 7 - 1 |
| 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 | (有)大木薬局      | 桜川市真壁町田 1 4 3 - 4    |
| ＜居宅介護予防サービス＞         |    |    |              |                      |
| 介護予防訪問入浴介護           | あり | なし |              |                      |
| 介護予防訪問看護             | あり | なし |              |                      |
| 介護予防訪問リハビリテーション      | あり | なし |              |                      |
| 介護予防居宅療養管理指導         | 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 |              |                      |
| ＜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 | 筑紫小規模多機能センター | 桜川市真壁町羽鳥 1 1 5 7 - 1 |
| 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 | (有)大木薬局      | 桜川市真壁町田 1 4 3 - 4    |
| ＜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 |              |                      |
| 介護医療院                | 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<br>で、実施するサービス（利用<br>者一部負担※1） |    | 個別の利用料で、実施するサービス<br>（利用者が全額負担） |      |      | 備考     |   |
|                                  |   |    | 包含※2                           | 都度※2 | 料金※3 |        |   |
| 介護サービス                           |   |    |                                |      |      |        |   |
| 食事介助                             | なし  | あり | なし                             | あり   | ○    | 2,300円 | 食事介助職員1名当たり   |
| 排泄介助・おむつ交換                       | なし  | あり | なし                             | あり   | ○    | 2,300円 | 排泄介助職員1名当たり   |
| おむつ代                             |   |    | なし                             | あり   | ○    | 2,700円 | おむつ1パック 2,700円<br>リハビリパンツ 1,600円<br>尿取りパット 500円<br>尿取りパットビック 1,200円 |
| 入浴（一般浴）介助・清拭                     | なし  | あり | なし                             | あり   | ○    | 2,300円 | 入浴職員1名当たり   |
| 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   | ○    | 2,300円 | 介助職員1名当たり   |
| 機能訓練                             | なし  | あり | なし                             | あり   |      |        |   |
| 通院介助                             | なし  | あり | なし                             | あり   | ○    | 3,300円 | 往復1時間程度<br>時間×1000円+1回につき 2,300円                                    |
| 生活サービス                           |   |    |                                |      |      |        |   |
| 居室清掃                             | なし  | あり | なし                             | あり   | ○    | 2,300円 | 職員1名につき   |
| リネン交換                            | なし  | あり | なし                             | あり   | ○    | 2,300円 | 職員1名につき   |
| 日常の洗濯                            | なし  | あり | なし                             | あり   | ○    | 2300円  | 1回につき   |
| 調理代行                             | なし  | あり | なし                             | あり   | ○    | 2300円  | 1回/60分  |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事                  |   |    | なし                             | あり   |      |        |   |
| おやつ                              |   |    | なし                             | あり   |      |        |   |
| 理美容師による理美容サービス                   |   |    | なし                             | あり   |      |        |   |
| 買い物代行                            | なし  | あり | なし                             | あり   | ○    | 3,300円 | 往復1時間程度<br>時間×1000円+1回につき 2,300円                                    |
| 役所手続き代行                          | なし  | あり | なし                             | あり   | ○    | 3,300円 | 往復1時間程度<br>時間×1000円+1回につき 2,300円                                    |
| 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   |      | 無料     |   |
| 服薬支援                             | なし  | あり | なし                             | あり   |      | 無料     |   |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等）                 | なし  | あり | なし                             | あり   |      | 無料     |   |
| 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   |      |        |   |
| 入退院時の同行                          | なし  | あり | なし                             | あり   |      | 3,300円 | 往復1時間程度<br>時間×1000円+1回につき 2,300円                                    |
| 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。