

重要事項説明書

記入年月日	令和1年6月30日
記入者名	[REDACTED]
所属・職名	管理者

※ 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 (法入)	
	※法人の場合、その種類	有限会社
名称	(ふりがな) ゆうげんがいしゃ よしのめでいかる	
	有限会社 吉野メディカル	
主たる事務所の所在地	〒892-0875	
連絡先	電話番号	099-243-0063
	FAX番号	099-213-9447
	ホームページアドレス	http://yoshino-medical.com/
代表者	氏名	小牧 文夫
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・ (平成) 12年 3月 3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) ゆうりょうろうじんほむ なんしゅうのもり	
	有料老人ホーム 南洲の社	

所在地	〒892-0805 鹿児島市大竜町7番35号	
主な利用交通手段	最寄駅	鹿児島中央駅
	交通手段と所要時間	例：①バス利用の場合 ・市営バスで乗車20分、たてばば停留所又は南洲公園入口停留所で下車、徒歩2分 ②自動車利用の場合 ・乗車25分
連絡先	電話番号	099-295-3303
	FAX番号	099-248-1600
	ホームページアドレス	http://yoshino-medical.com/aged/index.html
管理者	氏名	■■■■■
	職名	管理者兼生活相談員
建物の竣工日		昭和○平成 23年 3月 28日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和○平成 23年 4月 11日

(類型) 【表示事項】

1 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合） 2 介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合） ③ 住宅型 4 健康型		
1又は2に 該当する場 合	介護保険事業者番号	
	指定した自治体名	
	事業所の指定日	平成 年 月 日
	指定の更新日（直近）	平成 年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	493.66㎡	
	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 (平成23年4月1日～平成48年3月31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	1000.82㎡
		うち、老人ホーム部分	492.92㎡

	耐火構造	① 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他()																						
	構造	① 鉄筋コンクリート造 2 鉄骨造 3 木造 4 その他()																						
	所有関係	1 事業者が自ら所有する建物																						
		② 事業者が賃借する建物																						
<table border="1"> <tr> <td>抵当権の設定</td> <td>1 あり</td> <td>② なし</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>契約期間</td> <td>① あり</td> <td colspan="3">(平成23年4月1日～平成48年3月31日)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2 なし</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>契約の自動更新</td> <td>① あり</td> <td>2 なし</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>		抵当権の設定	1 あり	② なし			契約期間	① あり	(平成23年4月1日～平成48年3月31日)				2 なし				契約の自動更新	① あり	2 なし					
抵当権の設定	1 あり	② なし																						
契約期間	① あり	(平成23年4月1日～平成48年3月31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】	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	有/無	11.80㎡	16	一般居室個室																		
	タイプ2	有/無	有/無	㎡																				
	タイプ3	有/無	有/無	㎡																				
	タイプ4	有/無	有/無	㎡																				
	タイプ5	有/無	有/無	㎡																				
	タイプ6	有/無	有/無	㎡																				
タイプ7	有/無	有/無	㎡																					
タイプ8	有/無	有/無	㎡																					
タイプ9	有/無	有/無	㎡																					
タイプ10	有/無	有/無	㎡																					
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「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	1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	1ヶ所																				
	共用浴室	1ヶ所	個室	1ヶ所																				
			大浴場	0ヶ所																				
共用浴室における	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	〇ヶ所
			その他()	〇ヶ所
	食堂	① あり	2 なし	
	入居者や家族が利用できる調理設備	1 あり	② なし	
	エレベーター	1 あり(車椅子対応) 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	
その他				

4. サービスの内容 (全体の方針)

運営に関する方針	1.真心をもって対応し、穏やかでゆったりとした生活をしていただく。 2.地域と連携して、入居者にとってより良い環境の形成に努める。
サービスの提供内容に関する特色	医療と介護等外部サービスと連携を図りながら安心して過ごせる「住まい」を提供致します。
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加算の対象となるサービスの体制の有無	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	1 あり 2 なし
	夜間看護体制加算	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	
	医療機関連携加算	1	あり	2	なし	
	口腔衛生管理体制加算	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	1	あり	2	なし	
	看取り介護加算	1	あり	2	なし	
	認知症専門 ケア加算	(I)	1	あり	2	なし
		(II)	1	あり	2	なし
	サービス提 供体制強化 加算	(I)イ	1	あり	2	なし
		(I)ロ	1	あり	2	なし
(II)		1	あり	2	なし	
	(III)	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) : 1			
	2	なし				

(医療連携の内容)

医療支援	※複数選択可	① 救急車の手配 ② 入退院の付き添い ③ 通院介助 4 その他()	
協力医療機関	1	名称	内村川上内科
		住所	鹿児島市川上町2750-18
		診療科目	内科・肝臓内科・消化器内科・呼吸器内科・循環器内科・放射線科・代謝内科・糖尿病内科
		協力内容	医療機関と連携し、嘱託医による診察、日常健康相談等の健康管理と救急体制を確保します。 ※医療費は全て実費とし、入居者の自己負担となります。
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称	村岡歯科	
	住所	鹿児島市武2丁目12-2	
	協力内容	上記医療機関と連携し、受診体制を確保します。外来受診ができない場合の往診、緊急時の対応を行います。 ※医療費は全て実費とし、入居者の自己負担となります。	

(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	<ul style="list-style-type: none"> ・満65歳以上で要支援1から要介護5までの認定を受けている方。 ・健康保険に加入されている方。 ・施設の運営主旨をご理解いただき、他のお客様と協調した生活ができる方。 				
契約の解除の内容	次のいずれかに該当する場合に契約が終了します。 入居契約書第26条に記載するとおり。				
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第27条			
	解約予告期間	1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 3,000円、食費は1日当たり1,718円別途必要) 2 なし				
入居定員	16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	0	
生活相談員	1	1	0	
直接処遇職員	4	4	0	
介護職員	4	4	0	
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	
その他職員	0	0	0	
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。				

（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	4	4	0
実務者研修の修了者	0	0	0
初任者研修の修了者	0	0	0
介護支援専門員	1	1	0

（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

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (17時30分～9時30分)

	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

(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)	

※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	
	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		○ 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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
に業務に就いた従事者の経験年数	1年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	1年以上									
	3年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	3年以上									
	5年未満	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	5年以上									
	10年未満	0	0	3	0	1	0	0	0	0
10年以上	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									

前年度1年間の													
退職者数													
に業務に 応じた 従事した 職員の 経験 人数 年数	1年未満												
	1年以上												
	3年未満												
	3年以上												
	5年未満												
	5年以上												
	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 【表示事項】	1 利用権方式 ② 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式		
利用料金の支払い方式 【表示事項】	1 全額前払い方式		
	2 一部前払い・一部月払い方式		
	③ 月払い方式		
年齢に応じた金額設定	4 選択方式	1	全額前払い方式
	※該当する方式を全て選択	2	一部前払い・一部月払い方式
		3	月払い方式
年齢に応じた金額設定	1 あり	② なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり	② なし	
入院等による不在時における 利用料金(月払い)の取扱い	① 減額なし 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	施設が所在する自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案	
	手続き	運営懇談会の意見を聞いた上で改定	

(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	要介護5
	年齢	65歳	85歳
居室の状況	床面積	11.80㎡	11.80㎡

	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	100,000円	100,000円
月額費用の合計		141,540円	141,540円
家賃		50,000円	50,000円
特定施設入居者生活介護※1の費用		0円	0円
介護保険外※2	食費	51,540円	51,540円
	管理費	40,000円	40,000円
	介護費用	0円	0円
	光熱費	0円	0円
	その他	0円	0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	50,000円/月
敷金	家賃の2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	有料老人ホーム維持管理、職員等の人件費等にかかる費用
食費	朝食450円、昼食618円、夕食650円の合計1,718円/日×30日分 ●特別治療食（1食当たり20円） ①脂質異常食 ②高血圧 ③心臓病食 ④胆のう膵臓治療食 ⑤糖尿病食 ⑥脂肪制限食 ⑦透析食 ⑧ミキサー食などの、特別治療食につきましては、1食当たり20円（消費税込）を追加させていただきます。 欠食時の取り扱い：2日前までに欠食届を提出した場合、減額します。
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等	

(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	
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	4人
	女性	11人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	0人
	75歳以上85歳未満	1人
	85歳以上	14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	1人
	要介護2	1人
	要介護3	2人
	要介護4	7人
	要介護5	4人
入居期間別	6ヶ月未満	1人
	6ヶ月以上1年未満	1人
	1年以上5年未満	8人

	5年以上10年未満	5人
	10年以上15年未満	0人
	1年以上5年未満	0人

(入居者の属性)

平均年齢	92.5歳
入居者数の合計	15人
入居率	93.7%
※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	0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		有料老人ホーム南洲の杜 苦情処理相談窓口
電話番号		099-295-3303
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5時
	日曜・祝日	午前9時～午後5時
定休日		管理者が不在の時は、他の職員が受付し、管理者に連絡します。

(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、ウォームハート(代理店 医師協同組合)に加入しており、サービス提供上の事故により、入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合、不可抗力による場合を除き、賠償されます。 ※但し、入居者に重大な過失がある場合は、賠償を減するものとする。
	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) マニュアルに基づき、事故発生時の対応、原因究明、再発防止策を講じる。
	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	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
管理規程	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
事業収支計画書	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
財務諸表の要旨	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
財務諸表の原本	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	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 【表示事項】	1 あり (提携ホーム名： 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	① あり 2 なし 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
合致しない事項がある場合の内容	
「6.既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	1 適合している (代替措置) 2 適合している (将来の改善計画) 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

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	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ヘルパーステーションかんまち	鹿児島市大竜町7-3
訪問入浴介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
訪問看護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	デイサービス笑顔	鹿児島市吉野2丁目17番15号
通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
短期入所生活介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
短期入所療養介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
福祉用具貸与	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
特定福祉用具販売	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
<地域密着型サービス>				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
夜間対応型訪問介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
認知症対応型通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	デイサービス南洲の杜	鹿児島市大竜町7-35
小規模多機能型居宅介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	多機能ホーム南洲の杜	鹿児島市大竜町7-35
認知症対応型共同生活介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
地域密着型特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
看護小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
地域密着型通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	デイサービス喜楽庵	鹿児島市西坂元町12-25
居宅介護支援	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問入浴介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防訪問看護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防短期入所生活介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防短期入所療養介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防福祉用具貸与	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
特定介護予防福祉用具販売	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
<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	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	デイサービス南洲の杜	鹿児島市大竜町7-35
介護予防小規模多機能型居宅介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	多機能ホーム南洲の杜	鹿児島市大竜町7-35
介護予防認知症対応型共同生活介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防支援	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護老人保健施設	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護療養型医療施設	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		

別添2

有料老人ホーム・サービスタ付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧

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	個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担）			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）	包含※2	都度※2	
介護サービス				
食事介助	あり			
排泄介助・おむつ交換	あり			
おむつ代			○	実費
入浴（一般浴）介助・清拭	あり			
特浴介助	あり			
身辺介助（移動・着替え等）	あり			
機能訓練	あり			
通院介助	あり			
生活サービス				定期健康診断は別途実費 3,000円/回
居室清掃	あり			
リネン交換	あり			
日當の洗濯	あり			実費
居室配膳・下膳	あり		○	実費
入居者の嗜好に応じた特別な食事	あり		○	実費
おやつ	あり		○	実費
理美容師による理美容サービス	あり		○	実費
買い物代行	あり			
役所手続き代行	あり			
金銭・貯金管理	あり			
健康管理サービス				
定期健康診断			○	実費
健康相談			○	実費
生活指導・栄養指導				
服薬支援				
生活リズムの記録（排便・睡眠等）				
入退院時・入院中のサービス				
移送サービス	あり			
入退院時の同行	あり		○	3,000円/回
入院中の洗濯物交換・買い物	あり			
入院中の見舞い訪問	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、サービスの都度払いによる場合に、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。