

## 重要事項説明書

記入年月日	令和2年7月1日
記入者名	
所属・職名	

## 1 事業主体概要

種類	個人 / <input checked="" type="checkbox"/> 法人	
	※法人の場合、その種類	医療法人
名称	(ふりがな) ちょうせいかい 長生会	
主たる事務所の所在地	〒840-0861 佐賀県佐賀市嘉瀬町大字中原1973番地1	
連絡先	電話番号	0952-23-5805
	FAX番号	0952-23-0535
	ホームページアドレス	<a href="http://www.shimada.or.jp/">http://www.shimada.or.jp/</a>
	メールアドレス	
代表者	氏名	島田 利平
	職名	
設立年月日	昭和・ <input checked="" type="checkbox"/> 平成・令和 5年 3月 5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) けあはいつでんえん ケアハイツ田園	
所在地	〒840-0861 佐賀県佐賀市嘉瀬町大字中原2050番地12	
主な利用交通手段	最寄駅	鍋島駅
	交通手段と所要時間	①鍋島駅より 直通バスなし。車利用の場合、乗車10分。 ②佐賀駅より 1. バス利用の場合 佐賀駅より乗車15分、嘉瀬元町停留所で下車し 徒歩3分。 2. 車の場合 乗車15分
連絡先	電話番号	0952-20-1165
	FAX番号	0952-23-0535
	ホームページアドレス	
	メールアドレス	
管理者	氏名	副島 光明
	職名	
建物の竣工日		昭和・平成・令和 22年 9月 15日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成・令和 22年 9月 15日

### (類型) 【表示事項】

<ol style="list-style-type: none"> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>3 住宅型</li> <li>4 健康型</li> </ol>		
1又は2に該当する場合	介護保険事業者番号	4170101770
	指定した自治体名	佐賀県
	事業所の指定日	平成・令和 22年 9月 15日
	指定の更新日（直近）	平成・令和 28年 9月 15日

### 3 建物概要

土地	敷地面積	3713.68㎡				
	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 (H21年10月5日～H51年10月4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	999.60㎡			
		うち、有料老人ホーム部分	999.60㎡			
	耐火構造	1 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 其他(火災に係る利用者の安全性の確保対策あり)				
	構造	1 鉄筋コンクリート造 2 鉄骨造 3 木造 4 其他( )				
	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 (H22年9月15日～H52年9月14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	18.9㎡	24	介護居室 個室
タイプ2		有/無	有/無	21.0㎡	1	介護居室 個室
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	3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	3ヶ所	
	共用浴室	1ヶ所	個室	0ヶ所	
			大浴場	1ヶ所	
	共用浴室における介護浴室	1ヶ所	チェアー浴	1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	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1	あり（車椅子対応）	<input type="checkbox"/> 2	あり（ストレッチャー対応）	
	<input type="checkbox"/> 3	あり（上記1・2に該当しない）	<input checked="" type="checkbox"/> 4	なし	
消防用施設等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 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	<p>障害を持っても居宅での生活を希望する方を対象に24時間ホーム内でホームの職員による介護を提供できる体制を整え、入居者の有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるようにする。</p> <p>入居者の意志及び人格を尊重し、常に入居者の立場に立って施設サービスの提供に努める。</p>
サービスの提供内容に関する特色	<p>入居者の意志と人格を尊重し、明るく家庭的な雰囲気のもと個人の望む生活、なじみのある生活をしていただく為、入居者やその家族の意向を取り入れながら、安心して暮らすことができる居室の環境づくりを行います。さらに協力医療機関や他の医療機</p>

	関との連携により安心して過ごしていただける環境を提供していきます。			
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	島田病院
		住所	佐賀県佐賀市嘉瀬町大字中原1679番地1
		診療科目	内科、リハビリテーション科、消化器科
		協力内容	入居者の療養について医療上必要なことが生じた時は、休日・夜間を問わず、

			入院を含めた速やかな対応をする。 ※医療費その他の費用は、入居者の自己負担。
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	島田病院 歯科・歯科口腔外科
		住所	佐賀県佐賀市嘉瀬町大字中原1679番地1
		協力内容	入居者の歯科医療上必要なことが生じた時は、速やかな対応をする。 ※医療費その他の費用は、入居者の自己負担。

(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"> <li>・入居後、利用料その他の費用の負担ができること。</li> <li>・入院加療を要する状態でないこと。</li> <li>・他の入居者に伝染する疾患がないこと。</li> <li>・自傷・他害の恐れがないこと。</li> <li>・健康保険・介護保険に加入していること。</li> <li>・確実な身元引受人を立てることができること。</li> <li>・当施設の運営方針をご理解いただいて他の入居者と協調した生活ができること。</li> </ul>	
契約の解除の内容	入居者からの契約解除：入居契約書第29条に基づく。	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第28条
	解約予告期間	60日間
入居者からの解約予告期間	30日前	
体験入居の内容	1 あり (内容：1泊2日可能。1泊2日10,000円。3食付) 2 なし	
入居定員	25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	0.4
生活相談員	1	1	0	1.0
直接処遇職員	14	8	6	7.6
介護職員	13	7	6	6.6
看護職員	1	1	0	1.0
機能訓練指導員	1	0	1	0.2
計画作成担当者	1	1	0	0.4
栄養士	1	1	0	1.0
調理員	3	3	0	3.0
事務員	0	0	0	0
その他職員	1	0	1	0.4
1週間のうち、常勤の従事者が勤務すべき時間数※2				40時間
※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	9	7	2
実務者研修の修了者	0	0	0
初任者研修の修了者	2	0	2
介護支援専門員	3	2	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	0	0	0
理学療法士	0	0	0
作業療法士	1	0	1
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～翌8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	17:30～19:00(3人) 19:00～23:00(2人) 23:00～翌7:00(1人) 7:00～8:00(3人) 8:00～8:30(2人) 平均 1.63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)	2.6:1
※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		2 なし						
	資格等の名称										
	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	1	0	0	0	0	0	0	0	
業務に従事した経験年数	1年未満	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0
	1年以上 3年未満	0	0	1	2	0	0	0	1	0	0
	3年以上 5年未満	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0
	5年以上 10年未満	1	0	3	0	1	0	0	0	1	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				

## 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法 【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	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	日割り計算で減額する項目あり		
		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	入居契約第26条の規定に基づき、ホームが所在する地域の自治体が発表する消費者物件指数及び人件費等を勘案の上、運営懇談会の意見を聞いて規定する。			
	手続き	入居者及び身元引受人等へ事前に通知し、同意を得る。			

### (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	要支援2	要介護3	
	年齢	79歳	94歳	
居室の状況	床面積	18.9㎡	18.9㎡	
	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		107,733円	119,776円	
家賃		55,000円	55,000円	
用サー ビス 費	特定施設入居者生活介護※1の費用	10,733円	22,776円	
	険介 外護 ※保	食費	36,000円	36,000円
		管理費	0円	0円
	介護費用	0円	0円	

	光熱水費	6,000円	6,000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)**

費用	算定根拠
家賃	専用居室、共用部分の利用のための費用
敷金	なし
介護費用	なし※介護保険サービスの自己負担金額は含まない。
管理費	なし
食費	朝食300円、昼食500円、夕食400円
光熱水費	居室部分の水道光熱費相当 ※10月～3月 冬季加算2,000円
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2
その他のサービス利用料	オムツ代、リネンリース代等の実費あり

**(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**

費用	算定根拠
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担	介護報酬の告示上の額とし、特定施設入居者生活介護及び介護予防特定施設入居者介護が法定代理受領サービスであるときは、介護保険負担割合証に記載された割合の額
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）	なし
※ 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	



退去先別の人数	自宅等	1人
	社会福祉施設	1人
	医療機関	1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	4人
	(解約事由の例) 入院期間が長くなった為。 在宅へ退居、他施設入居の為。	

## 8 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対する窓口等の状況)※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		0952-20-1165
対応している時間	平日	8時30分～17時30分
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		

(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) 居宅介護事業者補償制度加入
	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時の対応	1	あり	(その内容) 居宅介護事業者補償制度加入
	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	常時意見箱設置
			結果の開示	1 あり 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	公表していない

管理規程	<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 type="checkbox"/> 3 公表していない
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 type="checkbox"/> 3 公表していない
財務諸表の要旨	<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 type="checkbox"/> 3 公表していない
財務諸表の原本	<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 type="checkbox"/> 3 公表していない

## 10 その他

運営懇談会	<input type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年1回
	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 2 なし	
有料老人ホーム設置時の 老人福祉法29条第1項に 規定する届出	<input 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 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 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		
「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 令和 年 月 日

説明者署名 \_\_\_\_\_

説明を受けた者署名 \_\_\_\_\_

※契約を前提とした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 事業主体が県内で実施する他の介護サービス

介護サービスの種類			事業所の名称	所在地
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>				
訪問介護	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	訪問介護ステーションエバークグリーン	佐賀市嘉瀬町中原1965-1
訪問入浴介護	なし	<input checked="" type="checkbox"/>		
訪問看護	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	嘉瀬訪問看護ステーション	佐賀市嘉瀬町中原1973-1
訪問リハビリテーション	なし	<input checked="" type="checkbox"/>		
居宅療養管理指導	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	島田医院	佐賀市嘉瀬町中原1973-1
通所介護	なし	<input checked="" type="checkbox"/>		
通所リハビリテーション	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	通所リハビリテーションエバークグリーン	佐賀市嘉瀬町中原1965-1
短期入所生活介護	なし	<input checked="" type="checkbox"/>		
短期入所療養介護	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	介護老人保健施設エバークグリーン短期入所療養介護	佐賀市嘉瀬町中原1965-1
特定施設入居者生活介護	なし	<input checked="" type="checkbox"/>		
福祉用具貸与	なし	<input checked="" type="checkbox"/>		
特定福祉用具販売	なし	<input checked="" type="checkbox"/>		
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	なし	<input checked="" type="checkbox"/>		
夜間対応型訪問介護	なし	<input checked="" type="checkbox"/>		
認知症対応型通所介護	なし	<input checked="" type="checkbox"/>		
小規模多機能型居宅介護	なし	<input checked="" type="checkbox"/>		
認知症対応型共同生活介護	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	ケアホームどんぐり ケアホームひょうたん島	佐賀市嘉瀬町中原1676-3 佐賀市久保田町久富2852
地域密着型特定施設入居者生活介護	なし	<input checked="" type="checkbox"/>		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	なし	<input checked="" type="checkbox"/>		
看護小規模多機能型居宅介護	なし	<input checked="" type="checkbox"/>		
居宅介護支援	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	介護支援サービスセンターエバークグリーン	佐賀市嘉瀬町中原1965-1
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>				
介護予防訪問介護	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	訪問介護ステーションエバークグリーン	佐賀市嘉瀬町中原1965-1
介護予防訪問入浴介護	なし	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防訪問看護	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	嘉瀬訪問看護ステーション	佐賀市嘉瀬町中原1973-1
介護予防訪問リハビリテーション	なし	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防居宅療養管理指導	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	島田医院	佐賀市嘉瀬町中原1973-1
介護予防通所介護	なし	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防通所リハビリテーション	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	通所リハビリテーションエバークグリーン	佐賀市嘉瀬町中原1965-1
介護予防短期入所生活介護	なし	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防短期入所療養介護	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	介護老人保健施設エバークグリーン短期入所療養	佐賀市嘉瀬町中原1965-1

			介護	
介護予防特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/>	あり		
介護予防福祉用具貸与	<input type="checkbox"/>	あり		
特定介護予防福祉用具販売	<input type="checkbox"/>	あり		
<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 type="checkbox"/>	あり		
介護予防小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/>	あり		
介護予防認知症対応型共同生活介護	なし	<input type="checkbox"/>	ケアホームどんぐり ケアホームひょうたん島	佐賀市嘉瀬町中原 1676-3 佐賀市久保田町久富 2852
介護予防支援	なし	<input type="checkbox"/>	介護支援サービス センターエバーグリーン	佐賀市嘉瀬町中原 1965-1
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/>	あり		
介護老人保健施設	なし	<input type="checkbox"/>	介護老人保健 施設エバーグリーン	佐賀市嘉瀬町中原 1965-1
介護療養型医療施設	<input type="checkbox"/>	あり		

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					
排せつ介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり					
おむつ代			なし	あり	○		実費		
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	○		300円/回	30分毎に750円	
特浴介助	なし	あり	なし	あり	○		300円/回	30分毎に750円	
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	○			協力医療機関以外は利用者負担あり	
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○				
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○				
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○		実費	業者委託あり (コインランドリーを使用しての洗濯も可能)	
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	○				
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり	○		提供分実費		
おやつ			なし	あり	○			食費に含まれる	
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	1,500円	業者委託あり	
買い物代行	なし	あり	なし	あり				※利用できる範囲を明確化すること	
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				あり	○			年2回	
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	○	○		協力医療機関以外は利用者負担あり	
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり	○	○		協力医療機関以外は利用者負担あり	

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、月額サービス費用に含まれる場合と、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。