

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	社会福祉法人
名称	(ふりがな) しゃかいふくしほうじん ないすらんどきたがた 社会福祉法人 ナイスランド北方	
主たる事務所の所在地	〒849-2201 佐賀県武雄市北方町志久4641-26	
連絡先	電話番号	0954-36-5350
	FAX番号	0954-36-5119
	ホームページアドレス	https://kyokaen.wixsite.com/nicelandkitagata
	メールアドレス	kyoukaen@mx21.tiki.ne.jp
代表者	氏名	寺元真治
	職名	理事長
設立年月日		昭和・平成・令和 61年 10月 15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) あんずのき サービス付き高齢者向け住宅 杏の樹	
所在地	〒840-0021 佐賀県佐賀市鬼丸町15-38	
主な利用交通手段	最寄駅	佐賀駅
	交通手段と所要時間	電車：長崎線佐賀駅から市営バス20分 佐大裏バス停下車 徒歩5分
連絡先	電話番号	0952-40-1101
	FAX番号	0952-27-0811
	ホームページアドレス	http://kyokaen.wixsite.com/nicelandkitagata
	メールアドレス	anzunoki@wind.ocn.ne.jp
管理者	氏名	原岡 昌子
	職名	管理者
建物の竣工日		昭和・平成・令和 25年 10月 31日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成・令和 25年 11月 1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	県（市）
	事業所の指定日	平成・令和 年 月 日
	指定の更新日（直近）	平成・令和 年 月 日

3 建物概要

土地	敷地面積	1,682.9㎡				
	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				㎡
		うち、有料老人ホーム部分				㎡
	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					
	抵当権の設定	1 あり 2 なし				
	契約期間	1 あり (年 月 日～ 年 月 日) 2 なし				
	契約の自動更新	1 あり 2 なし				
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室				
		2 相部屋あり				
		最少	1人部屋			
		最大	2人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
タイプ1		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	19.06㎡	22	一般居室個室
タイプ2		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	27.06㎡	4	一般居室相部屋
タイプ3		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	31.98㎡	1	一般居室相部屋
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	2ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房	ヶ所	
	共用浴室	2ヶ所	個室	ヶ所	
			大浴場	ヶ所	
	共用浴室における介護浴室	2ヶ所	チェアー浴	ヶ所	
			リフト浴	ヶ所	
			ストレッチャー浴	ヶ所	
その他 ()			ヶ所		
食堂	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし	
入居者や家族が利用できる調理設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし	
エレベーター	<input checked="" 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 type="checkbox"/> 4	なし	
消防用施設等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	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	入居者が安全かつ安心して主体的に生活を継続できる住まいの充実を図ることができるよう支援する。					
サービスの提供内容に関する特色	24時間365日、専門のスタッフが常駐し、安否確認、生活相談、緊急時の対応等を行い、希望に応じて服薬管理・食事サービスの提供を行う。					
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	1	自ら実施	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 3	なし	
健康管理の供与	1	自ら実施	2	委託 <input checked="" type="checkbox"/> 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

(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	医療法人前山メディカル前山医院	
		住所	佐賀市川原町5-17	
		診療科目	内科・胃腸科	
		協力内容	スムーズな受診及び受診終了の連絡、往診等	
	2	名称	医療法人信愛整形外科医院	
		住所	佐賀市川原町4-8	
		診療科目	整形外科	
		協力内容	スムーズな受診及び受診終了の連絡、往診等	
	3	名称	医療法人みぞかみ耳鼻咽喉科	
		住所	佐賀市与賀町4-21	
		診療科目	耳鼻咽喉科	
		協力内容	スムーズな受診及び受診終了の連絡、往診等	
	4	名称	医療法人明雄会深町眼科医院	
		住所	佐賀市与賀町2-69	
		診療科目	眼科	
		協力内容	スムーズな受診及び受診終了の連絡、往診等	

協力歯科医療機関	名称	嘉村壽人歯科医院
	住所	佐賀市川原町1-24
	協力内容	スムーズな受診及び受診終了の連絡、往診等

(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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項	2人部屋の同居人は配偶者、60歳以上の親族、介護認定を受けている60歳未満の親族とする。	
契約の解除の内容	支払義務違反、遵守事項・禁止事項・制限事項違反、反社会的勢力への該当	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	第14条
	解約予告期間	事業主体が定める相当期間
入居者からの解約予告期間	1ヶ月	
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (内容 :) 2 なし	
入居定員	32人	
その他		

5 職員体制

※有料老人ホームの職員について記載すること（同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません）。

（職種別の職員数）

	職員数（実人数）			常勤換算人数 ※1※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1		1
生活相談員				
直接処遇職員	4	3	1	3.4
介護職員	4	3	1	3.4
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			
介護福祉士	1	1	
実務者研修の修了者	1	1	
初任者研修の修了者	2	1	1
介護支援専門員	1	1	

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計	
	常勤	非常勤
看護師又は准看護師		
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 (時～ 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	人	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)	: 1
※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択		
外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制 (外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名称	
	通所介護事業所の名称	

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務						1 あり 2 なし			
	業務に係る資格等						1 あり			
							資格等の名称	介護支援専門員		
						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										
応じた業務に従事した経験年数に あつた職員の人数	1年未満									
	1年以上 3年未満			2						
	3年以上 5年未満			1	1					
	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 ※該当する方式を全て 選択	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	1 あり 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	
	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	要支援2	要介護1	
	年齢	93歳	93歳	
居室の状況	床面積	27.06㎡	19.06㎡	
	便所	<input type="checkbox"/> 1 有 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 2 無	
	浴室	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	台所	<input type="checkbox"/> 1 有 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
入居時点で必要な費用	前払金	円	円	
	敷金	210,000円	150,000円	
月額費用の合計		円	円	
家賃		70,000円	50,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用		円	
	介護保険外※2	食費	45,000円	45,000円
		管理費	25,000円	25,000円
		介護費用	円	円
		光熱水費	3,652円	2,922円
	その他	2,280円	2,280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	Aタイプ50,000円・Bタイプ70,000円・Cタイプ80,000円
敷金	家賃の3ヶ月分
介護費用	※介護保険サービスの自己負担金額は含まない。
管理費	共益費10,000円、生活支援サービス費15,000円
食費	45,000円/月 30日計算の場合（朝:400円、昼:550円、夕:550円）
光熱水費	使用量実費
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2 リネン2,356円、服薬管理3,100円、駐車場使用料3,000円
その他のサービス利用料	

(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	
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	5人
	女性	23人
年齢別	65歳未満	人
	65歳以上75歳未満	1人
	75歳以上85歳未満	4人
	85歳以上	23人
要介護度別	自立	1人
	要支援1	7人
	要支援2	13人
	要介護1	5人
	要介護2	2人

	要介護3	人
	要介護4	人
	要介護5	人
入居期間別	6ヶ月未満	3人
	6ヶ月以上1年未満	2人
	1年以上5年未満	20人
	5年以上10年未満	3人
	10年以上15年未満	人
	15年以上	人

(入居者の属性)

平均年齢	90歳
入居者数の合計	28人
入居率※	87.5%
※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	1人
	社会福祉施設	3人
	医療機関	1人
	死亡者	3人
	その他	人
生前解約の状況	施設側の申し出	1人
	(解約事由の例) 認知症の悪化によるもの	
	入居者側の申し出	7人
	(解約事由の例) 介護付き施設へ転居するため	

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		苦情相談窓口
電話番号		0952-40-1101
対応している時間	平日	8:30~17:30
	土曜	8:30~17:30
	日曜・祝日	定休日
定休日		日曜・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	(その内容) 社会福祉事業者総合保険 (あいおい損保)
	<input type="checkbox"/> なし	

介護サービスの提供により賠償すべき 事故が発生した時の対応	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 損害賠償責任保険にて対応
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

利用者アンケート調査、 意見箱等利用者の意見等 を把握する取組の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
第三者による評価の実施 状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公表していない
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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公表していない
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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公表していない
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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公表していない

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	
	1 代替措置あり	(内容)
	<input checked="" type="checkbox"/> 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:) <input checked="" 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	1 あり 2 なし <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項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" 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	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	
不適合事項がある場合の内容	

添付書類：別添1（別を実施する介護サービス一覧表）
別添2（個別選択による介護サービス一覧表）

※ _____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
<居宅サービス>			
訪問介護	なし <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	杏花苑 杏の樹	武雄市北方町志久4641-26 佐賀市鬼丸町15-38
訪問入浴介護	なし <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> あり		
訪問看護	なし <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> あり		
訪問リハビリテーション	なし <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> あり		
居宅療養管理指導	なし <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> あり		
通所介護	なし <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	杏花苑	武雄市北方町志久4641-26
通所リハビリテーション	なし <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> あり		
短期入所生活介護	なし <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	杏花苑	武雄市北方町志久4641-26
短期入所療養介護	なし <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> あり		
特定施設入居者生活介護	なし <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> あり		
福祉用具貸与	なし <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> あり		
特定福祉用具販売	なし <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> あり		
<地域密着型サービス>			
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	なし <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> あり		
夜間対応型訪問介護	なし <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> あり		
認知症対応型通所介護	なし <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	きたがた	武雄市北方町志久4531-18
小規模多機能型居宅介護	なし <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> あり		
認知症対応型共同生活介護	なし <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	きたがた・湖山亭	武雄市北方町志久4531-18
地域密着型特定施設入居者生活介護	なし <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> あり		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	なし <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	杏花苑	武雄市北方町志久4641-26
看護小規模多機能型居宅介護	なし <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> あり		
居宅介護支援	なし <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	杏花苑 杏の樹	武雄市北方町志久4641-26 佐賀市鬼丸町15-38
<居宅介護予防サービス>			
介護予防訪問介護	なし <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	杏花苑 杏の樹	武雄市北方町志久4641-26 佐賀市鬼丸町15-38
介護予防訪問入浴介護	なし <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> あり		
介護予防訪問看護	なし <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> あり		
介護予防訪問リハビリテーション	なし <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> あり		
介護予防居宅療養管理指導	なし <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> あり		
介護予防通所介護	なし <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	杏花苑 杏の樹	武雄市北方町志久4641-26 佐賀市鬼丸町15-38
介護予防通所リハビリテーション	なし <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> あり		
介護予防短期入所生活介護	なし <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	杏花苑	武雄市北方町志久4641-26
介護予防短期入所療養介護	なし <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> あり		
介護予防特定施設入居者生活介護	なし <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> あり		
介護予防福祉用具貸与	なし <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> あり		
特定介護予防福祉用具販売	なし <input type="checkbox"/> <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	なし <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	きたがた	武雄市北方町志久4531-18
介護予防小規模多機能型居宅介護	なし <input type="checkbox"/> <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"/> <input checked="" type="checkbox"/>	きたがた・湖山亭	武雄市北方町志久4531-18
介護予防支援	なし <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> あり		

<介護保険施設>

介護老人福祉施設	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	杏花苑	武雄市北方町志久4641-26
介護老人保健施設	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり		
介護療養型医療施設	<input checked="" type="checkbox"/> なし	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
			なし	あり					
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					
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	○			協力医療機関への通院のみ送迎実施	
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					
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり		○	配膳 50円 下膳 50円		
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				※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				※回数（年○回など）を明記すること	
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		○	3,100円/月		
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					
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり				※付添いができる範囲を明確化すること	
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。