

重要事項説明書

記入年月日	平成30年8月1日
記入者名	熊部 和英
所属・職名	住宅型有料老人ホーム新川長寿園 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 けいじんかい	
	社会福祉法人 恵仁会	
主たる事務所の所在地	〒893-0024	
連絡先	電話番号	0994-43-2546
	FAX番号	0994-43-2937
	ホームページアドレス	http://www.kanoya-choujuen.jp/
代表者	氏名	池田 志保子
	職名	理事長
設立年月日	昭和	平成 44年 1月 14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) じゅうたくがたゆうりょうろうじんほーむ しんかわちょうじゅえん	
	住宅型有料老人ホーム 新川長寿園	

所在地	〒893-0015 鹿児島県鹿屋市新川町5385番地4		
主な利用交通手段	最寄駅	駅	
	交通手段と所要時間	①鹿児島交通バスを利用し、寿町バス停前で下車 バス停より、徒歩15分	
連絡先	電話番号	0994-45-5551	
	FAX番号	0994-45-5560	
	ホームページアドレス	http://www.kanoya-choujuen.jp/	
管理者	氏名	領家 裕人	
	職名	管理者	
建物の竣工日		昭和・平成	23年 7月 1日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成	28年 4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）		
<input checked="" type="checkbox"/> 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	423.00㎡	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (平成28年4月1日 ~ 平成57年3月31日) 2なし
契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
建物	延床面積	全体	158.05 ㎡
		うち、老人ホーム部分	158.05 ㎡

	耐火構造	1 耐火建築物 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 木造 4 その他()				
	所有関係	1 事業者が自ら所有する建物 <input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物				
		抵当権の設定	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし		
契約期間		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(平成28年4月1日 ~ 平成57年3月31日)			
	契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし			
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 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/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	7.452㎡	1・1	一般居室個室
	タイプ2	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	7.452㎡	1・1	一般居室個室
	タイプ3	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	7.452㎡	1・1	一般居室個室
	タイプ4	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	7.452㎡	1・1	一般居室個室
	タイプ5	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	7.452㎡	1・1	一般居室個室
	タイプ6	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	8.681㎡	1・1	一般居室個室
タイプ7	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	7.329㎡	1・1	一般居室個室	
タイプ8	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	7.329㎡	1・1	一般居室個室	
タイプ9	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	7.452㎡	1・1	一般居室個室	
タイプ10	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 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	2ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	2ヶ所
	便房		うち車椅子等の対応が可能な便房	1ヶ所
	共用浴室	0ヶ所	個室	0ヶ所
	共用浴室における		大浴場	0ヶ所
		0ヶ所	チェアー浴	0ヶ所

	介護浴槽		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		
消防用設備等	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>①入居者様が安心して生活でき、その中に楽しみや喜びを持ち、ご家族が安心して気軽に来園できる施設である事。同時に恵仁会及び社会の資源を利用し、日常生活の充実及び自立のための支援に努めます。</p> <p>②～入居者様、ご家族、職員、地域の方々、多くの笑顔で愛が溢れる暮らしへ～ 「入居者様の立場に立ち、思いや願いを尊重・理解し、身近な愛で包まれる生活を営む事ができるように支援します。」</p>					
サービスの提供内容に関する特色	<ul style="list-style-type: none"> ・行事が充実している。 ・自立支援の為に取組を行う。 					
入浴、排せつ又は食事の介護	<input type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input type="checkbox"/> 2	委託 <input checked="" type="checkbox"/> 3	なし	
食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input type="checkbox"/> 2	委託	<input type="checkbox"/> 3	なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input type="checkbox"/> 2	委託	<input type="checkbox"/> 3	なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input type="checkbox"/> 2	委託	<input 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	<input type="checkbox"/> 2	委託	<input type="checkbox"/> 3	なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input type="checkbox"/> 2	委託	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	個別機能訓練加算	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	夜間看護体制加算	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 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	医療法人青仁会 池田病院	
		住所	鹿児島県鹿屋市下祓川町1830番地	
		診療科目	内科、整形外科、リウマチ科、腎臓内科、透析内科、神経内科、循環器内科、血液内科、消化器内科、肝臓内科、呼吸器内科、呼吸器外科、糖尿病内科、放射線科、リハビリテーション科、脳神経外科、脳血管内科、乳腺外科、歯科	
		協力内容	入居者の健康管理、緊急医療の対応、他の専門機関への紹介、健康相談	
	2	名称		
		住所		
		診療科目		
		協力内容		
協力歯科医療機関	名称	医療法人青仁会 池田病院歯科		
	住所	鹿児島県鹿屋市下祓川町1830番地		
	協力内容	入居者の口腔管理、治療		

(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			(変更内容)	
	1	あり			
	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	入居中に要支援に変更となった場合は、協議により入居継続可否を判断。				
契約の解除の内容	入居契約書第5章第30条から35条に順ずる。				
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第31条			
	解約予告期間	60日			
入居者からの解約予告期間	30日				
体験入居の内容	1	あり	(内容：1泊の体験入居が可能。1泊：5,500円【食費別途負担】 食費【朝200円・昼400円・夜400円】)		
	2	なし			
入居定員	9名				
その他	緊急利用サービス(但し、空室がある時のみ) 1泊：6,500円(食費込み)				

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	0	0	0	
直接処遇職員	7	6	1	
介護職員	7	6	1	
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	6	5	1
実務者研修の修了者	1	1	0
初任者研修の修了者	0	0	0
介護支援専門員	0	0	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
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 (17 時～ 9 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

(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		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし							
	業務に係る資格等		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり							
	資格等の名称		介護福祉士、認知症介護実践者研修修了 権利擁護推進員養成研修修了							
	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	1	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	1	0	0	0	0	0	0
	1年以上									
	3年未満	0	0	5	1	0	0	0	0	0
	3年以上									
	5年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	5年以上									
	10年未満	0	0	0	0	0	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			<input checked="" type="checkbox"/> 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】	<input checked="" type="checkbox"/> 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		
	<input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択		
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 利用料金(月払い)の取扱い	<input checked="" type="checkbox"/> 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	入居契約第29条の規程に基づき、ホーム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聴いて改定。	

(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	3		
	年齢	70歳	歳	
居室の状況	床面積	7.452㎡		
	便所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 2 無	
	浴室	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 2 無	
	台所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 2 無	
入居時点で 必要な費用	前払金	0円	円	
	敷金	0円	円	
月額費用の合計		90,000円	円	
家賃		30,000円	円	
サービス費用	※1 特定施設入居者生活介護の費用		0円	
	介護保険外※2	食費	30,000円	円
		管理費	15,000円	円
		介護費用	0円	円
		光熱水費	0円	円

	その他	15,000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	居室利用料として30,000円
敷金	家賃の 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。 外部の在宅介護保険サービス事業所と契約し、自己負担分を介護サービス事業所へお支払いして頂く。
管理費	15,000円 共用施設の維持・管理費・事務管理部門の人件費及び事務費、居室内の電気代、水道料金、共用施設の電気代、共用施設のトイレトーパー等日常生活支援に係る使用料に充当。
食費	朝200円、昼400円、夜400円（あらかじめ欠食の申し出があった場合は、実績に基づき精算。）
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 ※放送受信料等	15,000円 入居者に対する日常生活支援サービス等に関わる人件費

（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（上乗せサービス）	
※ 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	2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	6人
	(解約事由の例)	・体調不良による入院の為。・特別養護老人ホームの入所が決定した為。

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	住宅型有料老人ホーム 新川長寿園	
電話番号	0994-45-5551	
対応している時間	平日	8:30~17:30
	土曜	8:30~17:30
	日曜・祝日	8:30~17:30
定休日	なし	
窓口の名称	鹿児島県くらし保健福祉部 高齢者生き生き推進課	
電話番号	099-286-2703	
対応している時間	平日	8:30~17:15
定休日	土曜, 日曜, 祝日, 12月28日~1月3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"/> 1 あり	(その内容) 介護保険・社会福祉事業保険
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 介護保険・社会福祉事業保険
	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	平成30年3月25日
	2 なし	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	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	結果の開示	1 あり 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 公開していない
管理規程	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 2 回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
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第29条第1項に規定する届出	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
合致しない事項がある場合の内容	<ul style="list-style-type: none"> ・浴室が設置されていない。 入居者の選択により、介護保険サービスを利用して入浴して頂く。 ・入居者一人当たりの床面積が13㎡未満である。
「6.既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	<input checked="" type="checkbox"/> 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 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	・ホームヘルプステーション鹿屋長寿園	・鹿屋市笠之原町45-52-3
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		
通所介護	あり	なし	・デイサービスセンター鹿屋長寿園	・鹿屋市下祓川町1822番地
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	・鹿屋長寿園短期入所生活介護	・鹿屋市下祓川町1800番地
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	・ケアコールセンター鹿屋長寿園 ・ホームヘルプステーション鹿屋長寿園	・鹿屋市下祓川町1801番地1 ・鹿屋市笠之原町45-52-3
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	・小規模多機能ホーム哲ちゃん家 ・小規模多機能ホーム花海家長寿園	・鹿屋市祓川町5204番地3 ・鹿屋市花岡町6268番地
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	・グループホームふれあい ・グループホームあいら	・鹿屋市下祓川町1805番地 ・鹿屋市吾平町上名5324番地2
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	・プライエポーリ優花里	・鹿屋市花岡町6265番地
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	・居宅介護支援事業所鹿屋長寿園 ・介護保険相談センターかのや	・鹿屋市新川町5385番地1 ・鹿屋市下祓川町1800番地
＜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	・ホームヘルプステーション鹿屋長寿園	・鹿屋市笠之原町45-52-3
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	・鹿屋長寿園短期入所生活介護	・鹿屋市下祓川町1800番地
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	・小規模多機能ホーム哲ちゃん家 ・小規模多機能ホーム花海家長寿園	・鹿屋市祓川町5204番地3 ・鹿屋市花岡町6268番地
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	・グループホームふれあい ・グループホームあいら	・鹿屋市下祓川町1805番地 ・鹿屋市吾平町上名5324番地2
介護予防支援	あり	なし	・鹿屋市地域包括支援 下祓川サブセンター	・鹿屋市下祓川町1800番地
＜介護保険施設＞				
介護老人福祉施設	あり	なし	・特別養護老人ホーム鹿屋長寿園	・鹿屋市下祓川町1800番地
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 (月額料金 を含む)	※2 都度払い	※3 料金(円)	備 考
	なし	あり	なし	あり				
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり				入居者の選択により介護サービス等を利用
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				入居者の選択により個別購入
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり				入居者の選択により介護サービス等を利用
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		○	3,000円	鹿屋市内の病院受診を原則とする
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり				入居者の選択により介護サービスを利用
リネン交換	なし	あり	なし	あり		○	2,000円/(月)	衛生管理上、寝具はレンタルとする
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○			家庭用洗濯機で洗濯できる物のみ
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		○	実費負担	
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		○	実費負担	カットの予約等の支援
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	1,000円/ 1時間	1時間以降は、30分毎に500円加算
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	1,000円/ 1時間	1時間以降は、30分毎に500円加算
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		○	実費負担	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				入居者の選択により介護サービス等を利用
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		○	通院と同様	鹿屋市内の病院を入退院する場合を原則とする
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。