

重要事項説明書

| | | |
|------|-------|-----------|
| | 記入年月日 | 平成26年7月1日 |
| 記入者名 | 山元 由紀 | 所属・職名 |
| | | 施設長 |

1. 事業主体概要

| | | |
|----------------------------|-----------------------|--|
| 名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先 | | |
| 名 称 | 法人等の種類 | なし <input checked="" type="checkbox"/> あり 営利法人 |
| | (ふりがな) | かぶしきがいしゃ あびたしおん 株式会社 アビタシオン |
| 主たる事務所の 所 在 地 | 〒812-0863 | |
| | 福岡県福岡市博多区金の隈3丁目23番10号 | |
| 連 絡 先 | 電話番号 | 092-503-4480 |
| | FAX番号 | 092-503-8878 |
| | メールアドレス | info@habitation.co.jp |
| | ホームページ アドレス | なし <input checked="" type="checkbox"/> : http:// www.habitation.co.jp |
| 代表者の氏名及び職名 | 氏 名 | 豊澤 賢士 |
| | 職 名 | 代表取締役社長 |
| 設立年月日 | 昭和57年8月10日 | |
| 主な事業等 | | |

| 事業主体が福岡市内で実施する他の介護サービス | | | | | |
|------------------------|-----|-----------|-----|---------------|------------------|
| 介護サービスの種類 | か所数 | 主な事業所等の名称 | 所在地 | | |
| ＜居室サービス＞ | | | | | |
| 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 | | | |
| 通所介護 | あり | なし | | | |
| 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 | 2 | アビタシオン博多 I II | 福岡市博多区金の隈3-23-10 |
| 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 | | | |
| 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 | | | |
| 複合型サービス | あり | なし | | | |
| 居宅介護支援 | あり | なし | | | |
| ＜居室介護予防サービス＞ | | | | | |
| 介護予防訪問介護 | あり | なし | | | |
| 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 | | | |
| 介護予防通所介護 | 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 | 2 | アビタシオン博多 I II | 福岡市博多区金の隈3-23-10 |
| 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 | | | |
| 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 | | | |
| ＜地域密着型介護予防サービス＞ | | | | | |
| 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 | | | |

2. 施設概要

| 施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先 | |
|--|---|
| 名称 | (ふりがな) あびたしおん じょうすい アビタシオン浄水 |
| | |
| 所在地 | 〒810-0022 福岡市中央区薬院4丁目1番26号 薬院大通センタービル貳番館 |
| | |
| 連絡先 | 電話番号 092-522-1220 |
| | FAX番号 092-522-1206 |
| | ホームページ なし |
| | アドレス あり http://www.habitation.co.jp |
| 開設年月日 | 平成17年4月29日 |
| 管理者の氏名及び職名 | 氏名 山元 由紀 |
| | 職名 施設長 |
| 施設までの主な利用交通手段 | |
| 地下鉄 薬院大通駅より 60m(徒歩1分) 西鉄バス 薬院大通りバス停より 80m(徒歩1分) | |
| 施設の類型及び表示事項 | |
| 類型 | 介護付有料老人ホーム(一般型特定施設入居者生活介護) |
| 居住の権利形態 | 利用権方式 |
| 利用料の支払方式 | 一時金方式 |
| 入居時の要件 | 自立、要支援、要介護 |
| 介護保険の利用 | 福岡県指定介護保険特定施設(一般型特定施設) 福岡県指定介護予防保険特定施設 |
| 専用居室区分 | 全室個室 |
| 介護に関わる職員体制 | 2:1以上 (常勤勤務時間38.75時間/週で換算) |
| その他 | |
| 介護保険事業所番号 | 特定施設入居者生活介護 福岡県指定4071001459号 介護予防特定施設入居者生活介護 福岡県指定4071001459号 |
| 特定施設入居者生活介護の事業の開始(予定)年月日、指定を受けた年月日 (指定の更新を受けた場合にはその年月日) | |
| 事業の開始(予定)年月日 | 平成17年4月29日 |
| 指定の年月日 | 平成17年5月1日 |
| 指定の更新年月日 | 平成23年5月1日 |

3. 従業者に関する事項

職種別の従業者の人数及びその勤務形態

① 有料老人ホームの人数及びその勤務形態

| 職 種 | 実人数 | 常 勤 | | 非常勤 | | 合 計 | 常勤換算 人 数 |
|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--|
| | | 専 従 | 非専従 | 専 従 | 非専従 | | |
| 施設長 | | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 生活相談員 | | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 看護職員 | | 10 | 0 | 3 | 0 | 13 | 11.3 (内、自立者 対応 1名) |
| 介護職員 | | 14 | 0 | 1 | 0 | 15 | 14.7 (内、自立者 対応1名、 個別選択 サービス対応 2名) |
| 機能訓練指導員 | | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 |
| 計画作成担当者 | | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 栄養士 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 委託 |
| 調理員 | | 5 | 0 | 2 | 0 | 7 | 6.1 |
| 事務員 | | 5 | 0 | 0 | 0 | 5 | 5 |
| その他従業者 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

② 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 38.75時間

※ 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。

③ 従業員の資格

従業者である介護職員が有している資格

| 資 格 | 延べ人数 | 常 勤 | | 非常勤 | |
|-----------|------|-----|-----|-----|-----|
| | | 専 従 | 非専従 | 専 従 | 非専従 |
| 社会福祉士 | | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 介護福祉士 | | 6 | 0 | 1 | 0 |
| 実務者研修 | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 介護職員初任者研修 | | 13 | 0 | 1 | 0 |
| | | | | | |
| 介護支援専門員 | | 2 | 0 | 0 | 0 |
| 資格なし | | 1 | 0 | 0 | 0 |

従業者である機能訓練指導員が有している資格(看護職員が兼務)

| 延べ人数 | 常 勤 | | 非常勤 | |
|-------------|-----|-----|-----|-----|
| | 専 従 | 非専従 | 専 従 | 非専従 |
| 理学療法士 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| 作業療法士 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 言語聴覚士 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 看護師及び准看護師 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 柔道整復士 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| あん摩マッサージ指圧師 | 0 | 0 | 0 | 0 |

④ 夜勤を行う看護職員及び介護職員の人数

| 人数 | 夜勤帯平均人数 (16時30分 ~ 9時) | 最少時人数 (休憩者等を除く) |
|------|----------------------------|--------------------|
| 看護職員 | 1 | 0 |
| 介護職員 | 2 | 2 |

| ⑤ 特定施設入居者生活介護の提供に当たる従業者の人数及びその勤務形態 | | | | | | | |
|---|-----|-----|-----|-------------------------|-----|--------------------|--------|
| 職 種 | 実人数 | 常 勤 | | 非 常 勤 | | 合計 | 常勤換算人数 |
| | | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | |
| 生活相談員 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 看護職員 | 9 | 0 | 3 | 0 | 0 | 12 | 10.3 |
| 介護職員 | 11 | 0 | 1 | 0 | 0 | 13 | 11.7 |
| 機能訓練指導員 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 計画作成担当者 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| その他従業者 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ⑥ 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 | | | | | | 38.75時間 | |
| ※ 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。 | | | | | | | |
| ⑦ 従業員の資格 | | | | | | | |
| 従業者である介護職員が有している資格 | | | | | | | |
| 資 格 | 延人数 | 常 勤 | | 非 常 勤 | | | |
| | | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | |
| 社会福祉士 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 介護福祉士 | 6 | 0 | 1 | 0 | 0 | | |
| 実務者研修 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 介護職員初任者研修 | 12 | 0 | 1 | 0 | 0 | | |
| | | | | | | | |
| 介護支援専門員 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 資格なし | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 従業者である機能訓練指導員が有している資格(看護職員が兼務) | | | | | | | |
| 資 格 | 延人数 | 常 勤 | | 非 常 勤 | | | |
| | | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | |
| 理学療法士 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 作業療法士 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 言語聴覚士 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 看護師及び准看護師 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 柔道整復士 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| あん摩マッサージ指圧師 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| ⑧ 管理者の他の職務との兼務の有無 | | | | | | あり | なし |
| 管理者が有している当該業務に係る資格等 | | なし | あり | 資格等の名称 介護支援専門員、介護福祉士 | | | |
| ⑨ 特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護職員及び介護職員の常勤換算方法による人数の割合 | | | | | | 59.1% (1.7:1) | |

従業者の当該介護サービスに係る業務に従事した経験年数等

| 区 分 | 職 種 | 看護職員 | | 介護職員 | | 生活相談員 | |
|-------------------|-----|---------|-----|------------------|-----|-------|-----|
| | | 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 | | 1 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 |
| 前年度1年間の退職者数 | | 4 | 1 | 8 | 1 | 0 | 0 |
| 業務に従事した経験年数 | | | | | | | |
| 1年未満の者の人数 | | 8 | 3 | 6 | 0 | 0 | 0 |
| 1年以上3年未満の者の人数 | | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| 3年以上5年未満の者の人数 | | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 5年以上10年未満の者の人数 | | 1 | 0 | 3 | 1 | 1 | 0 |
| 10年以上の者の人数 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 区 分 | 職 種 | 機能訓練指導員 | | 計画作成担当者 | | | |
| | | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | | |
| 前年度1年間の採用者数 | | 1 | 0 | 0 | 0 | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 業務に従事した経験年数 | | | | | | | |
| 1年未満の者の人数 | | 2 | 0 | 0 | 0 | | |
| 1年以上3年未満の者の人数 | | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 3年以上5年未満の者の人数 | | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 5年以上10年未満の者の人数 | | 0 | 0 | 1 | 0 | | |
| 10年以上の者の人数 | | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 従業者の健康診断の実施状況 | | なし | あり | 直近実施日：平成26年2月13日 | | | |
| 従業者研修の実施状況(直近1年間) | | | | | | | |
| (その内容) | | | | | | | |

4. サービスの内容

| | | |
|---|------|--|
| 施設の運営に関する方針 | | |
| 一人ひとりにジャストサービス | | |
| 介護サービスの内容、利用定員等 | | |
| 個別機能訓練の実施(介護報酬の加算)の有無 | なし | あり |
| 夜間看護体制加算(介護報酬の加算)の有無 | なし | あり |
| 医療機関連携加算(介護報酬の加算)の有無 | なし | あり |
| 看取り介護加算(介護報酬の加算)の有無 | なし | あり |
| 介護職員処遇改善加算(介護報酬の加算)の有無 | なし | あり |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無 | なし | あり |
| 利用者の個別的な選択による介護サービスの実施状況 | 別紙 | |
| 協力医療機関(1) | 名称 | 医療法人佐田厚生会 佐田病院 |
| | 所在地 | 福岡市中央区渡辺通2-4-28 当ホームから1km |
| | 診療科目 | 内科・外科・整形外科・呼吸器外科・胃腸科・放射線科・緩和ケア科・リハビリテーション科・麻酔科 |
| (協力の内容) ・入居者が診療・治療等を要する場合の受入れ ・他の医療機関等にて診察・入院等が必要になった場合の紹介、斡旋 ・往診 ※医療費その他の費用は入居者の自己負担 | | |
| 協力医療機関(2) | 名称 | 迫内科循環器科クリニック |
| | 所在地 | 福岡中央区薬院4-1-26-2F 当ホームビル内 |
| | 診療科目 | 内科・循環器科 |
| (協力の内容) ・入居者が診療・治療等を要する場合の受入れ ・他の医療機関等にて診察・入院等が必要になった場合の紹介、斡旋、往診 ※医療費その他の費用は入居者の自己負担 | | |
| 協力医療機関(3) | 名称 | 医療法人健康長寿会 薬院浄水クリニック |
| | 所在地 | 福岡県福岡市中央区薬院4-10-40 当ホームから150m |
| | 診療科目 | 内科・循環器科・呼吸器科・消化器科・アレルギー科 |
| (協力の内容) ・入居者が診療・治療等を要する場合の受入れ ・他の医療機関等にて診察・入院等が必要になった場合の紹介、斡旋 ・往診 ※医療費その他の費用は入居者の自己負担 | | |
| 協力歯科医療機関 | なし | あり |
| | 名称 | 的野歯科医院 |
| | 所在地 | 福岡市中央区薬院4-6-4 |
| (協力の内容) 歯科往診 ※医療費その他の費用は入居者の自己負担 | | |
| 要介護時における居室の住み替えに関する事項 | | |
| 要介護時に介護を行う場所 | | |
| 【一般居室】 | | |
| ・原則として一般居室内において介護を行う。 | | |
| ・一時的な介護が必要な場合は、一時介護室において介護を行う。 | | |
| 【介護居室】 | | |
| ・介護居室内、又は3階共用部において介護を行う。 | | |

| | | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 入居後に居室を住み替える場合 | | |
| 一時介護室へ移る場合 | | |
| 判断基準・手続について | | |
| (その内容) | | |
| ①事業者の指定する医師の意見を聴く。 ②入居者の意見を確認する。 ③身元引受人等の意見を聴く。 ※利用期間は概ね3ヶ月間を限度とする。 | | |
| 追加的費用の有無 | なし | <input checked="" type="radio"/> あり |
| (その内容) | | |
| 一時介護室を利用する場合の室料は、当初の入居金に含まれており、追加費用負担はないが、消耗品費ならびに、自立の方が利用される場合は、介護保険外費用として一時的な介護サービス利用料が必要となる。 | | |
| 【自立の方】 | | |
| ・一時的な介護サービス利用料 (2,160円/1日) ・消耗品費として(875円/1日) | | |
| 【要介護認定をお持ちの方】 | | |
| ・消耗品費として(875円/1日) | | |
| 居室利用権の取扱い | | |
| (その内容) | | |
| 追加の費用はなし。 一時介護室の利用期間中、一般居室の利用権は継続する。 | | |
| 入居一時金償却の調整の有無 | <input checked="" type="radio"/> なし | <input type="radio"/> あり |
| 従前の居室からの面積の増減の有無 | なし | <input checked="" type="radio"/> あり |
| 従前居室との仕様の変更 | | |
| 便所の変更の有無 | なし | <input checked="" type="radio"/> あり |
| 浴室の変更の有無 | なし | <input checked="" type="radio"/> あり |
| 洗面所の変更の有無 | なし | <input checked="" type="radio"/> あり |
| 台所の有無 | <input checked="" type="radio"/> なし | <input type="radio"/> あり |
| その他の変更の有無 | なし | <input checked="" type="radio"/> あり |
| (その内容) | | |
| 居室全体の仕様が異なる。 | | |
| 介護居室へ移る場合 | | |
| 判断基準・手続について | | |
| (その内容) | | |
| 【判断基準】 | | |
| 入居者が、日常的に介護サービスを必要とし、且つそのサービスの提供が一般居室において著しく困難と判断される場合、介護居室に住み替えていただく場合がある。 住み替えは※「住み替え検討委員会」の判断ならびに、入居者本人又は、身元引受人の意思を確認し同意を得た上で住み替えを行う。 | | |
| 【手続き】 | | |
| 介護居室の住み替えの決定については、下記の①～⑦の事項を経て総合的に判断し、事業者が指定する文書にて契約手続きを行う。 | | |
| ①「住み替え評価基準及び評価表」作成。 | | |
| ②事業者の指定する医師の意見を聴く。 | | |
| ③入居者の意思を確認する。 | | |
| ④入居者の身元引受人等の意見を聴く。 | | |

- ⑤緊急時や、やむを得ない場合を除き、事業者と入居者あるいは身元引受人とで定める一定(3ヶ月)の観察期間を設ける。
- ⑥住み替え後の居室及び介護等の内容、権利の変動、占有面積の変更に伴う費用負担の増減等について、入居者及び身元引受人等に説明を行う。
- ⑦入居者本人、身元引受人等の同意を得る。

※移り住み時の介護居室の入居一時金は1,700万円とする。

※「移り住み検討委員会」とは、施設長、介護支援専門員、看介護リーダー、その他看介護スタッフで構成されており、入居者の状況に基づき、住み替えを必要に応じ判定する。

| | | |
|-----------------------------------|----|----|
| 追加的費用の有無 | なし | あり |
| 居室利用権の取扱い (その内容) | | |
| 入居一時金償却の調整の有無 | なし | あり |
| 従前の居室からの面積の増減の有無 | なし | あり |
| 従前居室との仕様の変更 | | |
| 便所の変更の有無 | なし | あり |
| 浴室の変更の有無 | なし | あり |
| 洗面所の変更の有無 | なし | あり |
| 台所の有無 | なし | あり |
| その他の変更の有無 (その内容) | なし | あり |
| 一般居室から介護居室への住み替えの場合は居室内全体の仕様が異なる。 | | |

| | | |
|---|--|----|
| その他へ移る場合() | なし | あり |
| 判断基準・手続について (その内容) | | |
| 追加的費用の有無 | なし | あり |
| 居室利用権の取扱い (その内容) | | |
| 入居一時金償却の調整の有無 | なし | あり |
| 従前の居室からの面積の増減の有無 | なし | あり |
| 従前居室との仕様の変更 | | |
| 便所の変更の有無 | なし | あり |
| 浴室の変更の有無 | なし | あり |
| 洗面所の変更の有無 | なし | あり |
| 台所の有無 | なし | あり |
| その他の変更の有無 (その内容) | なし | あり |
| 施設の入居に関する要件 | | |
| 自立している者を対象 | なし | あり |
| 要支援の者を対象 | なし | あり |
| 要介護の者を対象 | なし | あり |
| 留意事項 | | |
| 【一般居室】 | | |
| <ul style="list-style-type: none"> 入居時、ご自分で身の回りのことができる程度に健康である方。または、公的介護保険制度における「要支援1」「要支援2」の認定をお持ちの方。 入居時、年齢が満60歳以上であること。 ご夫婦で入居の場合、どちらも満60歳以上であること。 ご夫婦以外の場合は、2親等以内の関係であって、且つ2人とも満60歳以上であること。 | | |
| 【介護居室】 | | |
| <ul style="list-style-type: none"> 原則、入居時年齢が満65歳以上で、公的介護保険制度における「要支援1」以上の認定をお持ちの方。 | | |
| 【その他】 | | |
| <ul style="list-style-type: none"> 入居後に管理費や食費、一般居室の水道光熱費、当ホームの定める月額費用を負担できること。 健康保険に加入されていること。 身元引受人をたてられる方。(身元引受人がいない場合はご相談に応じます。) 当ホームの運営主旨をご理解いただき、ご協力を約束できること。 その他ホームが認めた方。 | | |
| 契約の解除の内容 | <p>【事業者からの契約解除】</p> <p>入居者が以下の各号に該当する場合、90日間の予告期間において、契約を解除することがある。</p> <p>①入居申込書や入居契約書等に虚偽の記載をし、不正に入居したとき</p> <p>②管理費、その他の費用の支払いをしばしば滞納するとき</p> <p>③建物、付帯設備または、敷地を故意又は重大な過失により汚損、破損または滅失したとき</p> <p>④行動が他の入居者の生活又は健康に重大な影響を及ぼすとき</p> <p>【入居者からの契約解除】</p> <p>入居者は事業者に対して、少なくとも30日前に事業者の定める解約届けによって解約の申し入れを行うことにより、契約を解除することができる。</p> | |
| 体験入居の内容 | 1泊2日、2食(夕食と翌日の朝食)付 5,400円(税込)/1人 | |
| 入居定員 | 129人(一般居室116名 介護居室13名) | |
| その他 | | |

| 入居者の状況 | | | | | | | | |
|---------------------------|-------|---------------|--------------|---------------|----------------|----------|------------|---|
| 入居者の人数(報告に関する計画の基準日の前月末日) | | | | | | | | |
| 年 齢 | 要介護度 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | 合 計 | |
| | 65歳未満 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 65歳以上75歳未満 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 75歳以上85歳未満 | | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 7 | |
| 85歳以上 | | 2 | 4 | 6 | 8 | 3 | 23 | |
| 小 計 | | 3 | 5 | 8 | 10 | 4 | 30 | |
| 年 齢 | 要介護度 | 自 立 | 要支援1 | 要支援2 | | | 合 計 | |
| | 65歳未満 | | 0 | 0 | 0 | | 0 | |
| 65歳以上75歳未満 | | 6 | 0 | 0 | | | 6 | |
| 75歳以上85歳未満 | | 17 | 4 | 0 | | | 21 | |
| 85歳以上 | | 13 | 10 | 3 | | | 26 | |
| 小 計 | | 36 | 14 | 3 | | | 53 | |
| 入居者の平均年齢 | | | | | | | 84.25 | 歳 |
| 入居者の男女別人数 | | 男性 23 人 | | 女性 | | 60 人 | | |
| 入居率(一時的に不在となっている者を含む。) | | | | | | 64.341 % | | |
| 前年度の退居者数とその退所先 | | | | | | | | |
| 退所先 | 要介護度 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | 合 計 | |
| | 自宅等 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 他の有料老人ホーム | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 介護保険施設(※) | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| その他の社会福祉施設 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 医療機関 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 死亡者 | | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | |
| その他 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 小 計 | | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | |
| 退所先 | 要介護度 | 自 立 | 要支援1 | 要支援2 | | | 合 計 | |
| | 自宅等 | 2 | 1 | 0 | | | 3 | |
| 他の有料老人ホーム | | 0 | 0 | 0 | | | 0 | |
| 介護保険施設(※) | | 0 | 0 | 0 | | | 0 | |
| その他の社会福祉施設 | | 0 | 0 | 0 | | | 0 | |
| 医療機関 | | 0 | 0 | 0 | | | 0 | |
| 死亡者 | | 0 | 2 | 0 | | | 2 | |
| その他 | | 0 | 0 | 0 | | | 0 | |
| 小 計 | | 2 | 3 | 0 | | | 5 | |
| 入居者の入居期間 | | | | | | | | |
| 入居期間 | 6ヶ月未満 | 6ヶ月以上 1年未満 | 1年以上 5年未満 | 5年以上 10年未満 | 10年以上 15年未満 | 15年以上 | 合 計 | |
| 入居者数 | 2 | 5 | 26 | 50 | - | - | 83人/定員129人 | |

※ 介護保険施設…特別養護老人ホーム, 介護老人保健施設及び介護療養型医療施設

| 施設、設備等の状況 | | | | | | | |
|--|--|---|-----------------|---------|-------------------------|---------------------------|----|
| 建物の構造 | 建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物 | | | なし | あり | | |
| | 建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物 | | | なし | あり | | |
| 居室の状況 | 区分 | | | 客室 | 人数 | 1の居室の床面積 | |
| | 一般居室個室 | あり | なし | 60 | | 40.23~91.94m ² | |
| | 一般居室相部屋 | あり | なし | | | m ² | |
| | | | | | | m ² | |
| | | | | | | m ² | |
| | 介護居室個室 | あり | なし | 13 | | 20.8~24.5m ² | |
| | 介護居室相部屋 | あり | なし | | | m ² | |
| | | | | | m ² | | |
| | | | | | m ² | | |
| 一時介護室 | あり | なし | 2 | | 15.0~20.0m ² | | |
| | | | | | m ² | | |
| | | | | | m ² | | |
| 共用便所の設置数 | 4 | うち男女別の対応が可能な数 | | | 2 | | |
| | | うち車椅子等の対応が可能な数 | | | 1 | | |
| 個室の便所の設置数 | 73 | 個室における便所の設置割合 | | | 100% | | |
| | | うち車椅子等の対応が可能な数 | | | 73 | | |
| 浴室の設備状況 | 浴室の数 | 個浴 | 大浴槽 | 特殊浴槽 | リフト浴 | | |
| | | 60(一般居室) 1(介護居室) | 2(男女別大浴場) | 2(介護浴室) | 0 | | |
| その他、浴室の設備に関する事項 緊急コールを設置 | | | | | | | |
| 食堂の設備状況 | 自立者用:4階 (150.4m ²) | | | | | | |
| | 要介護者用:3階 (135.6m ²) … 食堂兼機能訓練室 | | | | | | |
| 入居者等が調理を行う設備状況 | | | | なし | あり | | |
| その他、共用施設の設備状況 | | | | | | | |
| なし | あり | (その内容) 食堂兼多目的ホール、要介護者用浴室、一時介護室、機能訓練室兼多目的ホール、スタッフルーム兼事務室、健康相談室、職員休憩室、ダイニングラウンジ兼多目的ホール、男女大浴場、ロビー、、談話・応接室、屋上庭園、駐車場 ※下線部の施設は使用料が必要。 | | | | | |
| バリアフリーの対応状況 | | | | | | | |
| (その内容) 居室、廊下、共有廊下に手摺りを設置。車椅子での移動可能。 | | | | | | | |
| 緊急通報装置の設置状況 | | なし | 一部あり | 各居室内にあり | | | |
| 外線電話回線の設置状況 | | なし | 一部あり | 各居室内にあり | | | |
| テレビ回線の設置状況 | | なし | 一部あり | 各居室内にあり | | | |
| 施設の敷地に関する事項 | | | | | | | |
| 敷地の面積 | | 3,259.07m ² | | | | | |
| 事業所を運営する法人が所有 | | なし | 一部あり | あり | | | |
| 抵当権の設定 | | なし | | | あり | | |
| 貸借(借地) | | | | | | | |
| なし | あり | 契約期間 | 始 | 平成26年5月 | 終 | 平成46年5月 | |
| | | | | | 契約の自動更新 | なし | あり |
| 施設の建物に関する事項 | | | | | | | |
| 建物の構造 | | | 鉄筋コンクリート造地上13階建 | | | | |
| 建物の延床面積 | | 6075.95m ² | | | | | |
| 事業所を運営する法人が所有 | | なし | 一部あり | あり | | | |
| 抵当権の設定 | | なし | | | あり | | |
| 貸借(借家) | | | | | | | |
| なし | あり | 契約期間 | 始 | 平成26年5月 | 終 | 平成46年5月 | |
| | | | | | 契約の自動更新 | なし | あり |

| 利用者からの苦情に対応する窓口等の状況 | | | |
|---|----------------------------------|---|--|
| 事業主体や施設に設置している利用者からの苦情に対応する窓口 | | | |
| 窓口の名称1 | 苦情相談窓口及び意見箱 担当:山元 由紀 | | |
| 電話番号 | 092-522-1220 | | |
| 対応している時間 | 平日 | 午前8時45分～午後5時30分 | |
| | 土曜 | 午前8時45分～午後5時30分 | |
| | 日曜・祝日 | 午前8時45分～午後5時30分 | |
| 定休日等 | なし | | |
| 上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等 | | | |
| 窓口の名称2 | 福岡県国民健康保険団体連合会 | | |
| 電話番号 | 092-642-7859 | | |
| 対応している時間 | 平日 | 午前8時45分～午後5時 | |
| | 土曜 | 休 | |
| | 日曜・祝日 | 休 | |
| 定休日等 | 土曜・日曜・祝日 | | |
| 上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等 | | | |
| 窓口の名称3 | ①福岡県国民健康保険団体連合会 ②福岡市中央区福祉・介護保険課 | | |
| 電話番号 | ①092-642-7859 | | ②092-718-1102 |
| 対応している時間 | 平日 | 9時～午後5時 | |
| | 土曜 | 休 | |
| | 日曜・祝日 | 休 | |
| 定休日等 | 土曜・日曜・祝日・年末年始 | | |
| 養介護施設等における高齢者虐待等の施設外の通報窓口 | | | |
| 窓口の名称4 | 福岡市保健福祉局 高齢社会部 高齢者サービス支援課 | | |
| 電話番号 | 092-711-4257 | | |
| 対応している時間 | 平日 | 午前8時45分～午後6時 | |
| | 土曜 | 休 | |
| | 日曜・祝日 | 休 | |
| 定休日等 | 土曜・日曜・祝日・年末年始 | | |
| 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 | | | |
| なし | <input checked="" type="radio"/> | 保険の名称:「有料老人ホーム賠償責任保険」 保険会社名: (公社)全国有料老人ホーム協会 | |
| その他、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に関すること | | | |
| <input checked="" type="radio"/> | あり | (その内容) | |
| サービスの提供内容に関する特色等 | | | |
| (その内容) 自立支援を最大の目的とした介護サービスを提供する。 | | | |
| 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 | | | |
| なし | <input checked="" type="radio"/> | 実施した直近の年月日 | 平成26年3月6日 |
| | | 当該結果の開示状況 | なし <input checked="" type="radio"/> |
| 第三者による評価の実施状況 | | | |
| | | 実施した直近の年月日 | 平成23年12月22日 |
| なし | <input checked="" type="radio"/> | 実施した評価機関の名称 | 株式会社アール・ツーエス |
| | | 当該結果の開示状況 | <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり |

5. 利用料金

| 利用料の支払方式 | 一時金方式 | 月払い方式 | 選択方式 | | | | |
|-----------------------|--------------------|---|-------|---|----------|------|----------|
| 敷金 | 円（家賃のヶ月分） | | | | | | |
| A-一時金方式 | | | | | | | |
| 一時金及び月単位で支払う利用料 | | | | | | | |
| 年齢に応じた金額設定 | なし | あり | | | | | |
| 要介護状態に応じた金額設定 | なし | あり | | | | | |
| 料金プラン | | | | | | | |
| プラン名称 | 一時金 | 月額 | (内訳) | | | | |
| | | 計 | 家賃相当額 | 介護費用 | 食費 | 光熱水費 | 管理費 |
| 一人入居の場合 | 3,150万円～6,980万円 | 166,320円～211,680円 | 0 | 要支援1 14,904円 要支援2 ～ 要介護5 45,360円 | 64,800円 | 実費 | 101,520円 |
| 二人入居の場合 | 3,750万円～7,580万円 | 285,120円～375,840円 | 0 | 要支援1 14,904円 要支援2 ～ 要介護5 45,360円 | 129,600円 | 実費 | 155,520円 |
| ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 | | | | | | | |
| 算定根拠 | 家賃相当額 | | | | | | |
| | 介護費用 (名称:生活支援費) | <p>※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 公的介護保険制度における要支援1以上の認定を受け、介護サービスを受ける方が対象となる。内訳は以下のとおり。</p> <p>①【要支援1】12,960円 【要支援2以上】43,200円 長期推計に基づき、要介護者等2人に対し週38.75時間換算で、介護・看護職員を1人以上配置するための費用として、介護保険給付及び利用者負担によって賄えない額に充当するものとして合理的な積算根拠に基づく。</p> <p>②【要支援1】1,944円 【要支援2以上】2,160円 福岡市中央区内の病院及び福岡赤十字病院・福岡大学病院への通院又は入退院の付添い、およびお見舞いサービス費として充当する。</p> | | | | | |
| | 食費 | 朝食:432円 昼食:756円 夕食:972円 喫食分を請求する。月の喫食額が22,680円に満たない場合は、固定費相当として22,680円を請求。なお、上記の料金プランは、「1日3食30日喫食」した場合の金額。 | | | | | |
| | 光熱水費 | 個別の外部契約による実費負担 | | | | | |
| | 管理費 | 事務・管理部門の人件費および事務費、日常生活支援サービスに係る人件費、共用施設等の維持管理・水道光熱費、健康相談及び定期健康診断費用、委託業者による月2回の居室清掃サービス。 | | | | | |

| | | | |
|--|--|---------|--|
| 一時金 | <p>■入居一時金 借地料、建設費、借入利息等を基礎とし、平均余命等を勘案した 想定居住期間の家賃相当額、及び想定居住期間を超えて入居 契約が継続する場合に備えて受領する費用。 二人入居の場合、「追加入居一時金」として600万円が加算され る。</p> | | |
| 一時金の償却に関する事項 | | | |
| 償却開始日の設定 | 入居日 | ○入居日の翌日 | |
| 初期償却率(%) 一時金(入居一時金)の20% | | | |
| 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 | 入居一時金ごとに異なる | | |
| 権利金等(※)の額 | 0円 | | |
| (※)平成24年3月31日までに老人福祉法第29条第1項の規定により届出がされた施設に限る。 | | | |
| 償却年月数(想定居住期間) | <p>【一般居室】 76歳以下 8年(96ヶ月) 77歳 7年(84ヶ月) 78歳 6年(72ヶ月) 79歳 5年(60ヶ月) 80歳以上 4年(48ヶ月)</p> <p>【介護居室】 5年(60ヶ月)</p> | | |
| 契約終了時返還金の算定方法及び返還金の例 | | | |
| <p>一時金の80%を償却月数で均等償却し、この期間内に契約が終了した場合には、 下記の算式に基づき無利息で返還する。 期間終了後は、返還金はなくなるが、追加の入居金は不要。</p> <p>■入居一時金 (入居者が1人の場合であって契約が終了した場合)</p> $\text{返還金} = \text{入居一時金} \times 80\% \times \frac{(\text{償却日数} - \text{経過日数})}{\text{償却日数}}$ <p>(入居者が2人の場合であって契約が終了した場合)</p> $\text{返還金} = (\text{入居一時金} + \text{追加入居一時金}) \times 80\% \times \frac{(\text{償却日数} - \text{経過日数})}{\text{償却日数}}$ <p>(入居者が2人の場合であってそのうち1人が死亡又は退去した場合)</p> $\text{返還金} = \text{追加入居一時金} \times 80\% \times \frac{(\text{償却日数} - \text{経過日数})}{\text{償却日数}}$ | | | |
| 保全措置の実施状況 | なし | ○あり | <p>(保全先)入居者生活保証制度(全国有料 老人ホーム協会) ※当社が協会に個別入居者の拋出金を支 払うことにより、万一倒産等に至り、入居者 のすべてが退去せざるを得なくなり、かつ入 居者から入居契約が解除された場合に、償 却期間終了後でも保証金として500万円が 支払われる。</p> |

| 三月以内の契約終了による返還金について | | |
|--|-----|--------|
| 三月の起算日 | 入居日 | 入居日の翌日 |
| 契約終了日までの利用期間に係る利用料及び原状回復のための費用の算定方法 入居日の翌日から三月以内の契約解除の場合は又は死亡による契約終了の場合は、 受領済みの一時金を全額返金する。ただし、利用期間に係る利用料を下記算定方法に 基づき受領する。 | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・算定方法 <ul style="list-style-type: none"> 入居一時金 × 0.8 ÷ 想定居住期間 ÷ 30 × 入居日から契約終了日までの実日数 ・「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費用」は、全額返金する。 ※月払い利用料については日割り計算を行う。 ※必要な原状回復費用があれば受領する。 | | |
| 一時金の支払方法 | | |
| 入居契約締結日後、1週間以内に振り込む。 | | |

日払方式

月単位で支払う利用料

| | | |
|---------------|----|----|
| 年齢に応じた金額設定 | なし | あり |
| 要介護状態に応じた金額設定 | なし | あり |

料金プラン

| プラン 名称 | 一時金 | 月額 | (内訳) | | | | |
|-----------|-----|----|-----------|----------|----|------|-----|
| | | 計 | 家賃 相当額 | 介護 費用 | 食費 | 光熱水費 | 管理費 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

※介護保険サービスの自己負担額は含まない。

| | | |
|------------------|-------|-----------------------|
| 算 定 根 拠 | 家賃相当額 | |
| | 介護費用 | ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 |
| | 食費 | |
| | 光熱水費 | |
| | 管理費 | |
| | 一時金 | |

一時金方式・月払方式共通

介護保険サービスの自己負担額

| | |
|----|------------------------|
| 内容 | ※要介護度に応じて介護費用の1割を徴収する。 |
|----|------------------------|

| | | |
|-----------------------|----|----|
| 人員配置が手厚い場合の介護サービス(再掲) | なし | あり |
|-----------------------|----|----|

| | |
|------|---|
| 内容 | 長期推計に基づき、要介護者等2人に対し、週38.75時間換算で介護・看護職員を1人以上配置するための費用。 |
| 利用料 | 【要支援1】 12,960円 【要支援2以上】 43,200円 (月額・日額) |
| 算定根拠 | 介護保険給付及び利用者負担によって賄えない額に充当するものとして合理的な積算根拠に基づく。 |
| 支払方法 | 月単位(日割りの有無 あり・なし) |

利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料

| | | |
|-------------------|----|----|
| 個別的な選択による生活支援サービス | なし | あり |
|-------------------|----|----|

| | |
|------|---|
| 算定根拠 | 人件費等を勘案したサービスごとの価格設定。 (介護サービス等の一覧表およびサービス一覧表を参照) |
|------|---|

料金改定の手続

改定にあたっては、ホームが所在する自治体の消費者物価指数や職員の人件費等を勘案し、運営懇談会の意見を聴いたうえで改定する。

6. その他

| | | | |
|------------------------------------|----------------|----|----|
| 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 | | あり | なし |
| 福岡市有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項 | | | |
| なし | | | |
| あり | (その内容) | | |
| | 定員9人以下場合の特例の適合 | 適 | 不適 |

添付書類:「介護サービス等の一覧表」

※ _____ 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

介護サービス等の一覧表

| | 特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス | | 特定施設入居者生活介護費、各種一時金、月額の利用料等で、実施するサービス | | 別途利用料を徴収した上で、実施するサービス | | 備 考 (各サービスの利用金額は必ず記入すること) |
|----------------------|------------------------|----|--------------------------------------|----|-----------------------|----|--|
| | なし | あり | 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 | なし | あり | 必要に応じ実施 |
| 排泄介助・おむつ交換 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 必要に応じ実施 |
| おむつ代 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 実費負担 |
| 入浴(一般浴)介助・清拭 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 基準(週2回)を超える実施 540円/15分 |
| 特浴介助 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 基準(週2回)を超える実施 540円/15分 |
| 身辺介助(移動・着替え等) | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 必要に応じ実施 |
| 機能訓練 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 必要に応じ実施 |
| 通院介助(協力医療機関) | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 必要に応じ実施 |
| 通院介助(協力医療機関以外) | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 指定機関以外540円/15分 交通費実費負担 |
| 生活サービス | | | | | | | |
| 居室清掃 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 清掃業者による月2回の清掃サービス(管理費に含む)【一般居室】 清掃業者による月1回の清掃サービス(管理費に含む)【介護居室】 |
| リネン交換 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 必要に応じ実施 |
| 日常の洗濯 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 必要に応じ実施 |
| 居室配膳・下膳 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 必要に応じ実施 |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 実費負担 |
| おやつ | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 実費負担 |
| 理美容師による理美容サービス | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 実費負担 |
| 買い物代行(通常の利用区域) | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 必要に応じ実施 |
| 買い物代行(上記以外の区域) | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 指定商店以外540円/15分 交通費実費負担 |
| 役所手続き代行 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 必要に応じ実施(管理費に含む) |
| 金銭・貯金管理 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 必要に応じ実施 |
| 健康管理サービス | | | | | | | |
| 定期健康診断 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 年2回実施(管理費に含む) |
| 健康相談 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 必要に応じ適宜実施(管理費に含む) |
| 生活指導・栄養指導 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 必要に応じ適宜実施(管理費に含む) |
| 服薬支援 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 必要に応じ実施 |
| 生活のリズムの記録(睡眠・排便等) | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 必要に応じ実施 |
| 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 | なし | あり | 実施していない |
| 入退院時の同行(協力医療機関) | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 必要に応じ実施 |
| 入退院時の同行(協力医療機関以外) | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 指定機関以外540円/15分 交通費実費負担 |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 洗濯:1回324円 買い物:540円/15分 |
| 入院中の見舞い訪問 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 指定機関以外540円/15分 交通費実費負担 |
| その他サービス | | | | | | | |

※「その他サービス」欄は、上記以外のサービスがある場合に、必要に応じて記入すること。