

重要事項説明書

記入年月日	2015年7月1日
記入者名	江島 裕子
所属・職名	施設長

1. 事業主体概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) ぐりーんらいふかぶしきがいしゃ グリーンライフ株式会社	
主たる事務所の所在地	〒565-0853 大阪府吹田市春日三丁目 20 番 3 号	
連絡先	電話番号	06-6369-0121
	FAX番号	06-6369-1063
	メールアドレス	jigyohonbu@greenlife-inc.co.jp
	ホームページアドレス	http://www.greenlife-inc.co.jp/
代表者	氏名	山林 範雄
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成6年5月16日	
主な実施事業	※別添 1 (事業主体が福岡市内で実施する他の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) はびねふくおかのけ はびね福岡野芥	
所在地	〒814-0171 福岡県福岡市早良区野芥四丁目 35 番 9 号	
主な利用交通手段	最寄駅	福岡市地下鉄七隈線 野芥駅
	交通手段と所要時間	福岡市地下鉄七隈線 野芥駅から徒歩 15 分 (約 1.2 km)

連絡先	電話番号	092-866-1717
	FAX番号	092-866-1721
	ホームページアドレス	http://www.greenlife-inc.co.jp/
管理者	氏名	江島裕子
	職名	施設長
建物の竣工日		昭和・平成18年6月1日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成18年7月1日（当初開設日）

(類型)【表示事項】

<input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 3 住宅型 <input type="checkbox"/> 4 健康型		
1又は2に 該当する場 合	介護保険事業者番号	第4071403333号
	指定した自治体名	福岡県（福岡市）
	事業所の指定日	平成25年5月1日
	指定の更新日（直近）	

3. 建物概要

土地	敷地面積	1,396.12 m ²	
	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18年4月1日～38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	2,974.43 m ²
		うち、老人ホーム部分	2,974.43 m ²
	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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 鉄骨造 地上5階建 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	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし			
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (平成18年4月1日～38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			
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	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.0 m ²	64 室	介護居室個室
	タイプ2	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ3	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ4	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ5	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ6	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
タイプ7	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ8	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ9	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ10	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²			
※「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	5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	4ヶ所		
	共用浴室	8ヶ所	個室	8ヶ所		
			大浴場	0ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	2ヶ所	チェアー浴	1ヶ所		
			リフト浴	ヶ所		
ストレッチャー浴			1ヶ所			

			その他 ()	ヶ所
	食堂	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり 2 なし	
			2階 58.21㎡ 13席、3階 58.78㎡ 17席、4階 58.78㎡ 17席、5階 58.78㎡ 17席	
	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 type="checkbox"/> 1	あり (車椅子対応)	
		<input checked="" 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	
消防用設備等	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	要介護状態（介護予防にあつては要支援状態）にある高齢者に対し、適正な特定施設入居者生活介護及び介護予防特定施設入居者生活介護を提供することを目的とします。
サービスの提供内容に関する特色	「はびね福岡野芥」の特徴を一言で言えば、尊厳ある生活をして頂くため日々努力邁進している施設です。皆様の人生の貴重な時間を共に過ごさせて頂くわけですので、悔いのない生活であつてほしいと願っております。
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<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	個別機能訓練加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	夜間看護体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	医療機関連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	看取り介護加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	認知症専門ケア加算	(Ⅰ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)イ	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
		(Ⅰ)ロ	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
(Ⅱ)		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
(Ⅲ)		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(介護・看護職員の配置率) 2.0 : 1	
	2 なし		

(医療連携の内容)

医療支援	<input checked="" type="checkbox"/> 救急車の手配 <input checked="" type="checkbox"/> 入退院の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> 通院介助 4 その他 ()		
協力医療機関	1	名称	医療法人 案浦クリニック
		住所	福岡県福岡市早良区原五丁目 22-13 はびね福岡野芥より車で約 15 分(約 4000m)
		診療科目	内科・循環器内科・神経内科
		協力内容	希望者への隔週 1 回の訪問診療 (内科・循環器内科・神経内科) ※医療費その他費用は実費負担
	2	名称	医療法人 へのさかクリニック
		住所	福岡県福岡市早良区野芥四丁目 19-34 はびね福岡野芥より車で約 3 分(約 500m)
		診療科目	内科
		協力内容	希望者への隔週 1 回の訪問診療 (内科) ※医療費その他費用は実費負担
	3	名称	医療法人 HCUたけとみクリニック
		住所	福岡県福岡市中央区輝国二丁目 11-13 101 はびね福岡野芥より車で約 20 分(約 5500m)
		診療科目	内科
		協力内容	希望者への隔週 1 回の訪問診療 (内科)

			※医療費その他費用は実費負担
協力歯科医療機関	4	名称	医療法人 福西会 福西会病院
		住所	福岡県福岡市早良区野芥一丁目 2-36 はびね福岡野芥より車で約 7 分(約 1400m)
		診療科目	内科・外科・神経内科・消化器科 他
		協力内容	外来での診察対応 (内科・外科・神経内科・消化器科 他) ※医療費その他費用は実費負担
	5	名称	社会医療法人財団 白十字会 白十字病院
		住所	福岡県福岡市西区石丸三丁目 2-1 はびね福岡野芥より車で約 20 分(約 6100m)
		診療科目	内科・外科・整形外科・形成外科 他
		協力内容	外来での診察対応 (内科・外科・整形外科・形成外科 他) ※医療費その他費用は実費負担
	6	名称	医療法人財団 華林会 村上華林堂病院
		住所	福岡県福岡市西区戸切二丁目 14-45 はびね福岡野芥より車で約 18 分(約 4800m)
		診療科目	内科・消化器外科・一般外科・整形外科・眼科
		協力内容	外来での診察対応 (内科・消化器外科・一般外科・整形外科・眼科) ※医療費その他費用は実費負担
協力歯科医療機関	名称	藤村歯科医院	
	住所	福岡県福岡市早良区原五丁目 2-2 はびね福岡野芥より車で約 1 3 分 (約 3800m)	
	協力内容	希望者への隔週 1 回の訪問診療 (歯科) ※医療費その他費用は実費負担	

(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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 その他 (全室介護居室であるため、原則として住み替えはありません。ただし、入居者の身体の状況により介護を合理的に実施することを目的に住み替えを勧める場合がございます。)
判断基準の内容	介護居室から他の介護居室の住み替え、入居者の身体状況の変化等により事業者が介護を合理的に実行する為に必要とみなされる場合に限り居室の移動を行います。
手続きの内容	医師の意見を聴き入居者の意思を確認し身元引受人等の意見を聴き同意の上、住み替えて頂きます。
追加的費用の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし

居室利用権の取扱い	介護居室を利用する権利は継続します。	
前払金償却の調整の有無	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	便所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	浴室の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	洗面所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	台所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	その他の変更	1 あり
	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	概ね 65 歳以上で、介護保険の要支援 1、2 及び要介護 1 から 5 の認定を受けている方	
契約の解除の内容	入居契約書 第 29 条 (本契約の終了)、第 30 条 (事業者による契約解除)、第 31 条 (入居者からの解約) の内容に準じる。	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書 第 30 条
	解約予告期間	原則 90 日間
入居者からの解約予告期間	原則 30 日間	
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 内容：1 泊 10,800 円 (食事込み/内消費税 800 円) 最長 6 泊 7 日 2 なし	
入居定員	64 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		0.8
生活相談員	1	1		1
直接処遇職員	32	32		31.2
介護職員	28	28		27.2
看護職員	4	4		4
機能訓練指導員				
計画作成担当者	3	3		1
栄養士				外部委託
調理員				外部委託
事務員	1		1	0.6
その他職員	3		3	1.4
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				37.5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			
介護福祉士	23	23	
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	12	12	
介護支援専門員	5	5	

(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	4	4	
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 (20 時～ 17 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	3.7 人	3 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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)	2.0 : 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし							
	業務に係る資格等		<input checked="" type="checkbox"/> あり							
	資格等の名称	介護福祉士、介護支援専門員、社会福祉主事								
	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	1		4							
前年度1年間の退職者数	1		5							
応じた業務に従事した経歴年数に の人数	1年未満	1		1						
	1年以上			1						
	3年未満									
	3年以上			3						
	5年未満									
	5年以上			15		1		1		
10年未満										
10年以上	3		6						3	
従業者の健康診断の実施状況			<input checked="" type="checkbox"/> 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	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	<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	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 <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 type="checkbox"/> 1 減額なし <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 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	物価上昇、経済情勢の変動、管理運営費用の増加、環境維持費用の増加、公共料金の値上げ、その他相当事由のある場合。
	手続き	運営懇談会の意見を聴いた上で、利用料金の改定を行います。

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1 (要支援1・1割負担の場合)	プラン2 (要介護5・1割負担の場合)	
入居者の状 況	要介護度	要支援1	要介護5	
	年齢	65歳以上	65歳以上	
居室の状況	床面積	18.0 m ²	18.0 m ²	
	便所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	浴室	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	台所	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
入居時点で 必要な費用	前払金	0円	0円	
	敷金	170,000円	170,000円	
月額費用の合計		211,872円	231,278円	
家賃		88,000円	88,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	5,612円	25,018円	
	介護保険外 ^{※2}	食費（30日の場合）	53,460円	53,460円
		管理費（水道代含む）	43,200円	43,200円
		手厚い介護費	21,600円	21,600円
		光熱水費 （水道のみ管理費に含む）	電気代実費	電気代実費
	その他	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	地代、建設費、修繕費、借入利息、管理事務費等を基礎とし、近傍家賃を参照して算出
敷金	家賃の約2ヶ月分
手厚い介護費	手厚い介護に係わる人件費とは介護保険基準を上回る人員体制(要介護

	<p>認定者 2.5 名に対して週 37.5 時間換算で常勤換算 1 名以上の職員)により介護を行っています。</p> <p>※介護保険サービスの自己負担額は含まない。</p>
管理費	共用施設の維持管理、事務費用、居室で使用する水道費用
食費	<p>食材料費：食材料費に基づく費用。</p> <p>1 日 788 円（内消費税 58 円）</p> <p>【内訳】朝食 162 円（内消費税 12 円） 昼食 313 円（内消費税 23 円） 夕食 313 円（内消費税 23 円）</p> <p>※欠食実績に基づき精算するものとします。尚、特別食が必要となる場合には、本契約で定める食費の設定ではなく、別途定められる費用での提供となります。</p> <p>厨房維持費：厨房における人件費・設備維持管理費用に充当</p> <p>1 日 994 円（内消費税 74 円）</p>
光熱水費	水道代は管理費に含む、電気料金は実費負担。
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添 2（提供するサービスの一覧表）

（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	介護保険負担割合証の記載に準じた額
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）	<p>手厚い介護に係わる人件費</p> <p>※手厚い介護に係わる人件費とは介護保険基準を上回る人員体制(要介護認定者 2.0 名に対して週 37.5 時間換算で常勤換算 1 名以上の職員)により介護を行っています。</p>
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

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	15 人
	女性	35 人
年齢別	65 歳未満	3 人
	65 歳以上 75 歳未満	3 人
	75 歳以上 85 歳未満	14 人
	85 歳以上	30 人

要介護度別	自立	0人
	要支援1	5人
	要支援2	0人
	要介護1	12人
	要介護2	7人
	要介護3	4人
	要介護4	11人
	要介護5	11人
入居期間別	6ヶ月未満	5人
	6ヶ月以上1年未満	7人
	1年以上5年未満	12人
	5年以上10年未満	26人
	10年以上15年未満	0人
	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	84.4歳
入居者数の合計	50人
入居率*	78%
※ 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を含む。	

(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
	他の有料老人ホーム	3人
	介護保険施設 (※)	0人
	その他の社会福祉施設	1人
	医療機関	2人
	死亡者	14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)		

※介護保険施設・・・介護老人福祉施設（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

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1		はびね福岡野芥 苦情処理窓口 苦情解決責任者 江島裕子 苦情受付責任者 小田隆則
電話番号		092-866-1717
対応している時間	平日	9時～17時30分
	土曜	9時～17時30分
	日曜・祝日	9時～17時30分
定休日		なし
窓口の名称2		福岡市早良区福祉 ・介護保険課
電話番号		092-833-4355
対応している時間	平日	8時45分～17時15分
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし
定休日		土曜、日曜、祝日
窓口の名称3		福岡市東区福祉 ・介護保険課
電話番号		092-645-1069
対応している時間	平日	8時45分～17時15分
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし
定休日		土曜、日曜、祝日
窓口の名称4		福岡市博多区福祉 ・介護保険課
電話番号		092-419-1081
対応している時間	平日	8時45分～17時15分
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし
定休日		土曜、日曜、祝日
窓口の名称5		福岡市中央区福祉 ・介護保険課
電話番号		092-718-1102
対応している時間	平日	8時45分～17時15分
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし

定休日		土曜、日曜、祝日
窓口の名称6		福岡市南区福祉 ・ 介護保険課
電話番号		092-559-5125
対応している時間	平日	8時45分～17時15分
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし
定休日		土曜、日曜、祝日
窓口の名称7		福岡市城南区福祉 ・ 介護保険課
電話番号		092-833-4105
対応している時間	平日	8時45分～17時15分
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし
定休日		土曜、日曜、祝日
窓口の名称8		福岡市西区福祉 ・ 介護保険課
電話番号		092-895-7066
対応している時間	平日	8時45分～17時15分
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし
定休日		土曜、日曜、祝日
窓口の名称9		福岡県国民健康保険団体連合会
電話番号		092-642-7879
対応している時間	平日	9時～17時
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし
定休日		土曜、日曜、祝日
窓口の名称10		福岡県 運営適正化委員会
電話番号		092-915-3511
対応している時間	平日	9時～17時
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし
定休日		土曜、日曜、祝日
窓口の名称11		公益社団法人 全国有料老人ホーム協会
電話番号		03-3272-3781
対応している時間	平日	10時～16時
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし

定休日	土曜、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"/> 1 あり	(その内容) あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
	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) 事業者は、本契約に基づくサービスの提供に当って、万が一事故が発生し入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、不可抗力による場合を除き、速やかに入居者に対して損害の賠償を行います。但し、入居者側に重大な過失がある場合には賠償額を減ずる事があります。
	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 26 年 11 月
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
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	平成 26 年 12 月 10 日
		評価機関名称	福岡県介護サービス情報公表センター
		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 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 公開していない
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 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input type="checkbox"/> 1 あり (開催頻度) 年 2 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第 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
福岡市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
福岡市有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
不適合事項がある場合の内容	

添付書類：別添 1 (事業主体が福岡市内で実施する他の介護サービス一覧表)

別添2（提供するサービスの一覧表）

※ _____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 1 事業主体が福岡市内で実施する他の介護サービス一覧表

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		
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		
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		
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		
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		
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		
＜介護保険施設＞				
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		

別添 2

提供するサービスの一覧表【介護付有料老人ホーム】

	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）			都度※2	料金※3	備 考
	なし	あり	なし	あり	包含※2			
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり	○			
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		○		おむつ代、実費負担。
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	○	○	※備考	週3回を超えての入浴(清拭)1回 540円(税込)
特浴介助	なし	あり	なし	あり	○	○	※備考	週2回を超えての入浴1回 1,080円(税込)2名
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（協力医療機関）	なし	あり	なし	あり	○			
通院介助（協力医療機関以外）	なし	あり	なし	あり		○	※備考	同行1時間 1,080円(税込)
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○	○	※備考	週1回を超えての希望1回 324円(税込)
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	○	○	※備考	クリーニング(はびね 4,752円、外部 4,644円)
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		○	※備考	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		○	※備考	実費負担
買い物代行（通常の利用区域）	なし	あり	なし	あり	○	○		
買い物代行（上記以外の区域）	なし	あり	なし	あり		○	※備考	購入に要する時間算定1時間 1,080円(税込)
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	※備考	介護保険代行申請の場合1回 2,160円(税込)
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		○	※備考	年2回希望に応じ受診できるよう支援(実費負)
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				
入退院時の同行（協力医療機関）	なし	あり	なし	あり	○			
入退院時の同行（協力医療機関以外）	なし	あり	なし	あり		○	※備考	同行1時間 1,080円(税込)
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				
その他のサービス※4	レクリエーション・サークル(材料費等は実費負担 ※学習療法 2,160円/個別的な外出・介助 同行1時間 1080円(内消費税80円)/買物付添い 同行1時間 1080円(内消費税80円)							

※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。

※4：その他のサービス欄は、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。