

重要事項説明書（情報公表システム取込様式）

Ver 1.0

| | |
|-----------|----------------|
| 記入年月日 | 2021 年 7 月 1 日 |
| 記入者名 | 岩本 由紀子 |
| 所属・職名 | 施設長 |
| 取込種別 | 1 追加 |
| 被災確認事業所番号 | |

1 事業主体概要

| | | |
|------------|--|------------------------------|
| 種類 | 2 法人 | |
| | ※法人の場合、その種類 | 5 営利法人 |
| 名称 | かぶしきがいしゃあびたしおん (ふりがな) 株式会社アビタシオン | |
| 法人番号 | 法人番号有無 | 1 有 |
| | 法人番号 | 9290001013823 |
| 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 - 272 - 1165 |
| | FAX番号 | 092 - 272 - 4165 |
| | メールアドレス | info @ habitation.co.jp |
| | ホームページ有無 | 1 有 |
| | ホームページアドレス | http:// www.habitation.co.jp |
| 代表者 | 氏名 | 井坂 奨吾 |
| | 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | 1982 年 8 月 10 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) あびたしおんはかたさんごうかん | | | | |
| | アビタシオン博多Ⅲ号館 | | | | |
| 所在地 | 〒 | 812 | - | 0863 | |
| | 福岡県福岡市博多区金の隈3丁目23番30号 | | | | |
| 所在地 (建物名等) | | | | | |
| 市区町村コード | 都道府県 | 福岡県 | 市区町村 | 401307 福岡市 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | 西鉄バス 金隈病院入口 駅 | | | |
| | 交通手段と所要時間 | ①西鉄大牟田線「雑餉隈」駅より3km (車で10分) ②西鉄バス「金隈病院入口」停より300m (徒歩4分) ③福岡空港より6km (車で15分) ④JR南福岡駅より3.5km (車で12分) ⑤JR博多駅より9km (車で25分) | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | 092 | - | 503 | - 4483 |
| | FAX番号 | 092 | - | 503 | - 8878 |
| | メールアドレス | @ | | | |
| | ホームページ有無 | 1 有 | | | |
| | ホームページアドレス | http:// | www.habitation.co.jp/hakata/ | | |
| 管理者 | 氏名 | 岩本 由紀子 | | | |
| | 職名 | 施設長 | | | |
| 建物の竣工日 | | 2003 | 年 | 10 | 月 22 日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 2003 | 年 | 10 | 月 22 日 |

(類型) 【表示事項】

| | | | | | |
|--------------------|------------------------------|------------|---|----|--------|
| 類型 | 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） | | | | |
| 1 又は 2 に該当する 場合 | 介護保険事業者番号 | 4070901345 | | | |
| | 指定した自治体名 | 福岡市 | | | |
| | 事業所の指定日 | 2003 | 年 | 10 | 月 22 日 |
| | 指定の更新日（直近） | 2015 | 年 | 10 | 月 22 日 |

3 建物概要

| | | | | |
|---------|------|-----------------|-------------------------|------------------|
| 土地 | 敷地面積 | 1,668.00 | m ² | |
| | 所有関係 | 2 事業者が賃借する土地 | | |
| | | 2 事業者が賃借する土地の場合 | | |
| | | 賃貸の種別 | 1 普通貸借 | |
| | | 抵当権の有無 | | |
| | | 契約期間 | 1 あり | |
| | | | 開始 | 2013 年 12 月 20 日 |
| | | | 終了 | 2033 年 12 月 20 日 |
| 契約の自動更新 | 1 あり | | | |
| 建物 | 延床面積 | 全体 | 2,442.11 m ² | |
| | | うち、老人ホーム部分 | 2,442.11 m ² | |
| | 耐火構造 | 1 耐火建築物 | | |
| | | 3 その他の場合 | | |
| | 構造 | 1 鉄筋コンクリート造 | | |
| | | 4 その他の場合 | | |

| | | | | | | | | | |
|-----------------|----------------|-----------------|-----|-------------------|-------|----------|---|----|---|
| 居室の状況 | 居室区分 【表示事項】 | 2 事業者が賃借する建物 | | | | | | | |
| | | 2 事業者が賃借する建物の場合 | | | | | | | |
| | | 賃貸の種別 | | 1 普通貸借 | | | | | |
| | | 抵当権の有無 | | | | | | | |
| | | 契約期間 | | 1 あり | | | | | |
| | | | | 開始 | | | | | |
| | | | | 2013 | 年 | 12 | 月 | 20 | 日 |
| | | | | 終了 | | | | | |
| | | | | 2033 | 年 | 12 | 月 | 20 | 日 |
| | | 契約の自動更新 | | 1 あり | | | | | |
| 1 全室個室（縁故者個室含む） | | | | | | | | | |
| 2 相部屋ありの場合 | | | | | | | | | |
| | | 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 | | 1 有 | 2 無 | 18 m ² | 50 | 3 介護居室個室 | | | |
| タイプ2 | | | | m ² | | | | | |
| タイプ3 | | | | m ² | | | | | |
| タイプ4 | | | | m ² | | | | | |
| タイプ5 | | | | m ² | | | | | |
| タイプ6 | | | | m ² | | | | | |
| タイプ7 | | | | m ² | | | | | |
| タイプ8 | | | | m ² | | | | | |
| タイプ9 | | | | m ² | | | | | |
| タイプ10 | | | | m ² | | | | | |

| | | | | | | |
|----------------------|--|----------------|---------|-----------------|---|----|
| 共用施設 | 共用便所における 便房 | 7 | 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 | 6 | ヶ所 | 個室 | 4 | ヶ所 |
| | | | | 大浴場 | 2 | ヶ所 |
| | 共用浴室における 介護浴槽 | 2 | ヶ所 | チェアー浴 | 0 | ヶ所 |
| | | | | リフト浴 | 2 | ヶ所 |
| | | | | ストレッチャー浴 | 0 | ヶ所 |
| | | | | その他 | | ヶ所 |
| 食堂 | 1 | あり | | | | |
| 入居者や家族が利用 できる調理設備 | 2 | なし | | | | |
| エレベーター | 2 | あり (ストレッチャー対応) | | | | |
| 消防用設備 等 | 消火器 | 1 | あり | | | |
| | 自動火災報知設備 | 1 | あり | | | |
| | 火災通報設備 | 1 | あり | | | |
| | スプリンクラー | 1 | あり | | | |
| | 防火管理者 | 1 | あり | | | |
| | 防災計画 | 1 | あり | | | |
| 緊急通報装置 等 | 居室 | 1 | 全ての居室あり | | | |
| | 便所 | 1 | 全ての便所あり | | | |
| | 浴室 | 1 | 全ての浴室あり | | | |
| | その他 | | | | | |
| その他 | ※居室状況の居室面積は18㎡～18.82㎡です。 1階：ロビー、機能訓練室 2階：LDダイニング×3、浴室×1 3階：LDダイニング×3、浴室×1 屋上：屋上広場 | | | | | |

4 サービスの内容

(全体の方針)

| | |
|-----------------|--------------------------|
| 運営に関する方針 | 一人ひとりにジャストサービス |
| サービスの提供内容に関する特色 | 自立支援を最大の目的とした介護サービスを提供する |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | 1 自ら実施 |
| 食事の提供 | 1 自ら実施 |
| 洗濯・掃除等の家事の供与 | 1 自ら実施 |
| 健康管理の供与 | 1 自ら実施 |
| 安否確認又は状況把握サービス | 1 自ら実施 |
| 生活相談サービス | 1 自ら実施 |

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護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 | 2 | なし | |
| | 生活機能向上連携加算 | 2 | なし | |
| | 個別機能訓練加算 | 1 | あり | |
| | 夜間看護体制加算 | 1 | あり | |
| | 若年性認知症入居者受入加算 | 1 | あり | |
| | 医療機関連携加算 | 1 | あり | |
| | 口腔衛生管理体制加算 | 1 | あり | |
| | 栄養スクリーニング加算 | 2 | なし | |
| | 退院・退所時連携加算 | 1 | あり | |
| | 看取り介護加算 | 1 | あり | |
| | 認知症専門ケア加算 | (Ⅰ) | 2 | なし |
| | | (Ⅱ) | 2 | なし |
| | サービス提供体制強化加算 | (Ⅰ)イ | 1 | あり |
| | | (Ⅰ)ロ | 2 | なし |
| (Ⅱ) | | 2 | なし | |
| (Ⅲ) | | 2 | なし | |

| | | | | |
|----------------------|---------------|-----|-----|----|
| | 介護職員処遇改善加算 | (Ⅰ) | 1 | あり |
| | | (Ⅱ) | 2 | なし |
| | | (Ⅲ) | 2 | なし |
| | | (Ⅳ) | 2 | なし |
| | | (Ⅴ) | 2 | なし |
| | 介護職員等特定処遇改善加算 | (Ⅰ) | 1 | あり |
| | | (Ⅱ) | 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 | | | |
| | 1 ありの場合 | | | |
| | (介護・看護職員の配置率) | 1.5 | : 1 | |

(医療連携の内容)

| | | | | |
|----------------|-----------------------|--|----------|--|
| 医療支援 ※複数選択可 | <input type="radio"/> | 救急車の手配 | | |
| | <input type="radio"/> | 入退院の付き添い | | |
| | <input type="radio"/> | 通院介助 | | |
| | <input type="radio"/> | その他 | 訪問診療医の確保 | |
| 1 | 名称 | 医療法人健康長寿会 薬院浄水クリニック | | |
| | 住所 | 福岡県福岡市中央区薬院 4-10-40 (当ホームから10.3km) | | |
| | 診療科目 | 内科・循環器科・呼吸器科・消化器科・アレルギー科 | | |
| | 協力科目 | 同上 | | |
| | 協力内容 | <ul style="list-style-type: none"> ・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 | | |

| | | | |
|----------|---|------|--|
| 協力医療機関 | 2 | 名称 | かなえ整形外科 |
| | | 住所 | 福岡県大野城市大城 2-1-32 (当ホームから 4 km) |
| | | 診療科目 | 整形外科 |
| | | 協力科目 | 同上 |
| | | 協力内容 | <ul style="list-style-type: none"> ・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 |
| | 3 | 名称 | 中道眼科クリニック |
| | | 住所 | 福岡県糟屋郡宇美町大字宇美 4-1-3 (当ホームから 5 km) |
| | | 診療科目 | 眼科 |
| | | 協力科目 | 同上 |
| | | 協力内容 | <ul style="list-style-type: none"> ・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 |
| 協力歯科医療機関 | 1 | 名称 | 医療法人翔生会 山口こうたろう歯科医院 |
| | | 住所 | 福岡県福岡市早良区南庄 5 丁目 11-15 |
| | | 協力内容 | 歯科往診・訪問診療 ※医療費その他の費用は入居者の自己負担 |
| | 2 | 名称 | |
| | | 住所 | |
| | | 協力内容 | |

(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 | | 一時介護室へ移る場合 | |
| | | 介護居室へ移る場合 | |
| | | その他 | |
| 判断基準の内容 | | | |
| 手続きの内容 | | | |
| 追加的費用の有無 | | | |
| 居室利用権の取扱い | | | |
| 前払金償却の調整の有無 | | | |
| 従前の居室との仕様の変更 | 面積の増減 | | |
| | 便所の変更 | | |
| | 浴室の変更 | | |
| | 洗面所の変更 | | |
| | 台所の変更 | | |
| | その他の変更 | 1 ありの場合 | |
| | (変更内容) | | |

(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 | 2 なし |
| | 要支援の者 | 1 あり |
| | 要介護の者 | 1 あり |
| 留意事項 | <ul style="list-style-type: none"> ・入居時、年齢が満 65 歳以上であること。 ・公的介護保険制度における「要支援 1」以上の認定を受けていること。 ・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こと。(身元引受人がない場合はご相談) | |
| 契約解除の内容 | <ul style="list-style-type: none"> ① 入居者が死亡した場合 ② 入居者、又は事業者から解約した場合 | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 入居者の行動が、他の入居者又は従業員の生命に危害を及ぼし、又は、その危害の切迫した恐れがあり、かつ有料老人ホームにおける通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止することができないとき 等 |
| | 解約予告期間 | 1 ヶ月 |
| 入居者からの解約予告期間 | 1 ヶ月 | |
| 体験入居の内容 | 1 あり | |
| | 1 ありの場合 | |
| | (内容) | 1 泊 2 日、3 食付 7,700 円(税込) / 1 人 |
| 入居定員 | 50 人 | |
| その他 | ※解約予告期間 1 ヶ月 = 30 日間 | |

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 | 1 |
| 生活相談員 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| 直接処遇職員 | 35 | 25 | 10 | 32 |
| 介護職員 | 23 | 17 | 6 | 21 |
| 看護職員 | 12 | 8 | 4 | 11 |
| 機能訓練指導員 | 2 | 2 | 0 | 2 |
| 計画作成担当者 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| 栄養士 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 調理員 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 事務員 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| その他職員 | 0 | 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 | | | | 38.75 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 | 0 | 0 | 0 |
| 介護福祉士 | 15 | 12 | 3 |
| 実務者研修の修了者 | 2 | 2 | 0 |
| 初任者研修の修了者 | 3 | 2 | 1 |
| 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 | 1 | 1 | 0 |
| 作業療法士 | 1 | 1 | 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 | (16 時 30 分 ~ 9 時 0 分) | | |
|----------|-------------------------|---|-----------------|
| | 平均人数 | | 最少時人数 (休憩者等を除く) |
| 看護職員 | 1 | 人 | 0 人 |
| 介護職員 | 3 | 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 |
| | 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) | 1.5 : 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 | | 2 なし | | | | | | | | |
| | 業務に係る 資格等 | 1 あり | | | | | | | | | |
| | | 1 ありの場合 | | | | | | | | | |
| | | 資格等の名称 | 看護師 | | | | | | | | |
| | | 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 | | 3 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 前年度1年間の退職者数 | | 1 | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 応業 じ務 たに 従事 のし た人 数 経 験 年 数 に | 1年未満 | 1 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 1年以上 3年未満 | 2 | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| | 3年以上 5年未満 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| | 5年以上 10年未満 | 3 | 0 | 7 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| | 10年以上 | 0 | 1 | 4 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 従業者の健康診断の実施状況 | | 1 あり | | | | | | | | | |

(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 | 要介護3 | | |
| | 年齢 | 83 | 歳 | |
| 居室の状況 | 床面積 | 18 | m ² | |
| | 便所 | 1 | 有 | |
| | 浴室 | 2 | 無 | |
| | 台所 | 2 | 無 | |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金 | 6,392,500 | 円 | |
| | 敷金 | 0 | 円 | |
| 月額費用の合計 | | 174,070 | 円 | |
| 家賃 | | 0 | 円 | |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護※1の費用 | 21,130 | 円 | |
| | 介護保険外※2 | 食費 | 53,940 | 円 |
| | | 管理費 | 77,000 | 円 |
| | | 介護費用 | 0 | 円 |
| | | 光熱水費 | 0 | 円 |
| | | その他 | 22,000 | 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 | 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。 |
| 敷金 | 家賃の6ヶ月分 |
| 介護費用 ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 | 下記「一時金 ■生活支援費」と同じ。 ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 生活支援費を一時金で支払う場合は不要。 |

| | |
|----------------------|---|
| 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、健康相談及び定期健康診断費用。 |
| 食費 | 朝食：378円＋昼食：540円＋夕食：880円＝1,798円（税込）／日 「1日3食30日喫食」の場合の金額。 ※1ヶ月間のお食事代の合計が19,250円（税込）に満たない場合、最低料金の19,250円（税込）／日額を各自負担いただく |
| 光熱水費 | 消耗品費を含む |
| 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 | 消耗品費：介護居室で使用する水光熱費、介護に必要なオムツ代・リネン一式代、洗濯用洗剤代。 目的施設を利用した日数分費用として1日当たり733円（税込）を請求する。 日額：22,000円（税込）／月（7月と20日の場合） |

（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※に対する自己負担額 | 基本報酬、P5に記載する加算の利用者負担分。 |
| 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） | （上掲） |
| ※ 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 | | <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</p> |
| 想定居住期間 (償却年月数) | | <p>■入居一時金 厚生労働省公表の簡易生命表を基に</p> |
| 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) | | <p>■入居一時金 入居一時金ごとに異なる。</p> <p>■生活支援費 110 万円(税込)</p> |
| 初期償却率 | | 20 % |
| 返還金の算定方法 | 入居後 3 月以内の契約終了 | 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 |
| | 入居後 3 月を超えた契約終了 | 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 |
| 前払金の保全先 | 2 連帯保証を行う銀行等 | |
| | 1 全国有料老人ホーム協会以外の場合 | |
| | 名称 | 株式会社みずほ銀行 |

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 | 7 | 人 |
| | 女性 | 41 | 人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 0 | 人 |
| | 65歳以上75歳未満 | 2 | 人 |
| | 75歳以上85歳未満 | 8 | 人 |
| | 85歳以上 | 38 | 人 |
| 要介護度別 | 自立 | 0 | 人 |
| | 要支援 1 | 0 | 人 |
| | 要支援 2 | 0 | 人 |
| | 要介護 1 | 4 | 人 |
| | 要介護 2 | 6 | 人 |
| | 要介護 3 | 8 | 人 |
| | 要介護 4 | 18 | 人 |
| | 要介護 5 | 12 | 人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 6 | 人 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | 10 | 人 |
| | 1年以上5年未満 | 25 | 人 |
| | 5年以上10年未満 | 3 | 人 |
| | 10年以上15年未満 | 3 | 人 |
| | 15年以上 | 1 | 人 |

(入居者の属性)

| | | |
|---|------|---|
| 平均年齢 | 88.3 | 歳 |
| 入居者数の合計 | 48 | 人 |
| 入居率※ | 96 | % |
| ※ 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)

| | | | |
|---------|----------|---------------------|---|
| 退居先別の人数 | 自宅等 | 2 | 人 |
| | 社会福祉施設 | 0 | 人 |
| | 医療機関 | 0 | 人 |
| | 死亡 | 9 | 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 | 2 | 人 |
| | | (解約事由の例) 自宅に戻るため | |

8 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況)

| 窓口1 | |
|----------|----------------------------|
| 窓口の名称 | 苦情相談窓口及び意見箱 担当：岩本 由紀子 |
| 電話番号 | 092 - 503 - 4483 |
| 対応している時間 | 平日 8 時 45 分 ～ 17 時 30 分 |
| | 土曜 8 時 45 分 ～ 17 時 30 分 |
| | 日曜・祝日 8 時 45 分 ～ 17 時 30 分 |
| 定休日 | なし |

| 窓口2 | | | | | | | | | | |
|----------|-------|----------------|---|----|---|-----|----|---|---|------|
| 窓口の名称 | | 福岡市博多区福祉・介護保険課 | | | | | | | | |
| 電話番号 | | 092 | | - | | 419 | | - | | 1078 |
| 対応している時間 | 平日 | 8 | 時 | 45 | 分 | ～ | 18 | 時 | 0 | 分 |
| | 土曜 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| | 日曜・祝日 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| 定休日 | | 土曜・日曜・祝日・年末年始 | | | | | | | | |
| 窓口3 | | | | | | | | | | |
| 窓口の名称 | | 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 | 9 | 時 | 0 | 分 | ～ | 17 | 時 | 0 | 分 |
| | 土曜 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| | 日曜・祝日 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| 定休日 | | 土曜・日曜・祝日・年末年始 | | | | | | | | |
| 窓口4 | | | | | | | | | | |
| 窓口の名称 | | 福岡市保健福祉局 | | | | | | | | |
| 電話番号 | | 092 | | - | | 711 | | - | | 4319 |
| 対応している時間 | 平日 | 8 | 時 | 45 | 分 | ～ | 18 | 時 | 0 | 分 |
| | 土曜 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| | 日曜・祝日 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| 定休日 | | 土曜・日曜・祝日・年末年始 | | | | | | | | |
| 窓口5 | | | | | | | | | | |
| 窓口の名称 | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | | - | | | | - | | |
| 対応している時間 | 平日 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| | 土曜 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| | 日曜・祝日 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| 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 | |
| | 1 ありの場合 | |
| | その内容 | 全国有料老人ホーム協会の賠償責任保険 |
| 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 | 1 あり | |
| | 1 ありの場合 | |
| | その内容 | 事故対応マニュアルに基づく |
| 事故対応及びその予防のための指針 | 1 あり | |

(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 | |
| | 1 ありの場合 | |
| | 実施日 | 2012/9/30 |
| | 結果の開示 | 1 あり |
| 第三者による評価の実施状況 | 1 あり | |
| | 1 ありの場合 | |
| | 実施日 | 2011/12/6 |
| | 評価機関名称 | 株式会社アーバンマトリックス |
| | 結果の開示 | 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 | 2 入居希望者に交付 |
| 管理規程 | 2 入居希望者に交付 |
| 事業収支計画書 | 3 公開していない |
| 財務諸表の要旨 | 1 入居希望者に公開 |
| 財務諸表の原本 | 3 公開していない |

10 その他

| | | |
|--|--|--------|
| 運営懇談会 | 1 あり | |
| | 1 ありの場合 | |
| | (開催頻度) 年 2 回 | |
| | 2 なしの場合 | |
| | 1 代替措置ありの場合 | (内容) |
| 提携ホームへの移行 【表示事項】 | 2 なし | |
| | 1 ありの場合 | 提携ホーム名 |
| 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 | 1 あり | |
| 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 | 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 | 2 なし | |
| | 1 ありの場合 | |
| | 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 | |
| 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 | |
|--|-------------------|--|

備考

| | |
|---|--|
| <p>4. サービスの内容 (全体の方針) 洗濯、掃除等の家事の供与：一部委託もあり</p> <p>(介護サービスの内容) サービス提供体制強化加算 I</p> <p>(医療連携の内容) 4. 名称：樋口皮膚泌尿器科医院 住所：福岡県春日市春日原北町 3-39 診療科目：皮膚科 泌尿器科 協力内容：・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 ※医療費その他の費用は入居者の自己負担</p> <p>5. 名称：医療法人相生会 金隈病院 住所：福岡県福岡市博多区金隈 3-24-16 (当ホームから 50m) 診療科目：内科・リハビリテーション科・歯科 協力内容：・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</p> | |
|---|--|

添付書類： 別添 1 (別に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 _____ 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等

| 介護サービスの種類 | 有無 | 主な事業所の名称 | 所在地 | 併設 | 隣接 |
|------------------|-----|----------------------------|---|----|----|
| ＜居宅サービス＞ | | | | | |
| 訪問介護 | 2 無 | | | | |
| 訪問入浴介護 | 2 無 | | | | |
| 訪問看護 | 2 無 | | | | |
| 訪問リハビリテーション | 2 無 | | | | |
| 居宅療養管理指導 | 2 無 | | | | |
| 通所介護 | 2 無 | | | | |
| 通所リハビリテーション | 2 無 | | | | |
| 短期入所生活介護 | 2 無 | | | | |
| 短期入所療養介護 | 2 無 | | | | |
| 特定施設入居者生活介護 | 1 有 | ・アビタシオン博多ⅠⅡ号館 ・アビタシオン浄水 | ・福岡市博多区金の隈3-23-10 ・福岡市中央区薬院4-1-26 薬院大通センタービル式番館 | | |
| 福祉用具貸与 | 2 無 | | | | |
| 特定福祉用具販売 | 2 無 | | | | |
| ＜地域密着型サービス＞ | | | | | |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | 2 無 | | | | |
| 夜間対応型訪問介護 | 2 無 | | | | |

| | | | | | |
|----------------------|-----|----------------------------|---|--|--|
| 地域密着型通所介護 | 2 無 | | | | |
| 認知症対応型通所介護 | 2 無 | | | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | 2 無 | | | | |
| 認知症対応型共同生活介護 | 2 無 | | | | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | 2 無 | | | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | 2 無 | | | | |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | 2 無 | | | | |
| 居宅介護支援 | 2 無 | | | | |
| ＜居宅介護予防サービス＞ | | | | | |
| 介護予防訪問入浴介護 | 2 無 | | | | |
| 介護予防訪問看護 | 2 無 | | | | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | 2 無 | | | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | 2 無 | | | | |
| 介護予防通所リハビリテーション | 2 無 | | | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | 2 無 | | | | |
| 介護予防短期入所療養介護 | 2 無 | | | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | 1 有 | ・アビタシオン博多ⅠⅡ号館 ・アビタシオン浄水 | ・福岡市博多区金の隈3-23-10 ・福岡市中央区薬院4-1-26 薬院大通センタービル式番館 | | |

| | | | | | |
|-------------------|-----|--|--|--|--|
| 介護予防福祉用具貸与 | 2 無 | | | | |
| 特定介護予防福祉用具販売 | 2 無 | | | | |
| ＜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 | 2 無 | | | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | 2 無 | | | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | 2 無 | | | | |
| 介護予防支援 | 2 無 | | | | |
| ＜介護保険施設＞ | | | | | |
| 介護老人福祉施設 | 2 無 | | | | |
| 介護老人保健施設 | 2 無 | | | | |
| 介護療養型医療施設 | 2 無 | | | | |
| 介護医療院 | 2 無 | | | | |
| ＜介護予防・日常生活支援総合事業＞ | | | | | |
| 訪問型サービス | 2 無 | | | | |
| 通所型サービス | 2 無 | | | | |
| その他生活支援サービス | 2 無 | | | | |

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 | | | | | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|-------------------|------|----------|--|
| | 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) | 個別の利用料金で、実施するサービス(利用者が全額負担) | 個別の利用料金で、実施するサービス | | | 備 考 |
| | | | 包含※2 | 都度※2 | 料金※3 | |
| 介護サービス | | | | | | |
| 食事介助 | 1 あり | 1 あり | ○ | | | 必要に応じ実施 |
| 排泄介助・おむつ交換 | 1 あり | 1 あり | ○ | | | 必要に応じ実施 |
| おむつ代 | | 1 あり | ○ | ○ | 右記 | 消耗品費に含む |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | 1 あり | 1 あり | ○ | ○ | 330円/10分 | 料金は基準(週2回)を超える実施 |
| 特浴介助 | 1 あり | 1 あり | ○ | ○ | 330円/10分 | 料金は基準(週2回)を超える実施 |
| 身辺介助（移動・着替え等） | 1 あり | 1 あり | ○ | | | 必要に応じ実施 |
| 機能訓練 | 1 あり | 1 あり | ○ | | | 必要に応じ実施 |
| 通院介助 | 1 あり | 1 あり | ○ | ○ | 右記 | 協力医療機関：必要に応じ実施。交通費実費負担 協力医療機関以外：330円/10分 交通費 |
| 生活サービス | | | | | | |
| 居室清掃 | 1 あり | 1 あり | ○ | | | 必要に応じ実施/清掃スタッフによる月2回の清掃 |
| リネン交換 | 1 あり | 1 あり | ○ | | | 必要に応じ実施 |
| 日常の洗濯 | 1 あり | 1 あり | ○ | | | 必要に応じ実施 |
| 居室配膳・下膳 | 1 あり | 1 あり | ○ | | | 必要に応じ実施 |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | | 1 あり | | ○ | | 実費負担 |
| おやつ | | 1 あり | | ○ | | 実費負担 |
| 理美容師による理美容サービス | | 1 あり | | ○ | | 実費負担 |
| 買い物代行 | 2 なし | 1 あり | ○ | ○ | | 通常の利用区域：必要に応じ実施 アピタシオン売店 週1回 新生堂薬局配達 それ以外の区域：330円/10分 交通費実 必要に応じ実施 |
| 役所手続き代行 | 2 なし | 1 あり | ○ | | | |
| 金銭・貯金管理 | | 1 あり | ○ | | | 必要に応じ実施 |
| 健康管理サービス | | | | | | |
| 定期健康診断 | | 1 あり | ○ | | | 年2回実施(管理費に含む) |
| 健康相談 | 1 あり | 1 あり | ○ | | | 必要に応じ適宜実施 |
| 生活指導・栄養指導 | 1 あり | 1 あり | ○ | | | 必要に応じ適宜実施 |
| 服薬支援 | 1 あり | 1 あり | ○ | | | 必要に応じ実施 |
| 生活リズムの記録(排便・睡眠等) | 1 あり | 1 あり | ○ | | | 必要に応じ実施 |
| 入退院時・入院中のサービス | | | | | | |
| 入退院時の同行 | 1 あり | 1 あり | ○ | | 右記 | 協力医療機関：必要に応じ実施。交通費実費負担 協力医療機関以外：福岡徳州会病院は 洗濯：1回330円 買い物：330円/10分 |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | 2 なし | 1 あり | ○ | | 右記 | |

| | | | | | | |
|-----------|------|------|---|--|----------|---------|
| 入院中の見舞い訪問 | 2 なし | 1 あり | ○ | | 330円/10分 | 交通費実費負担 |
|-----------|------|------|---|--|----------|---------|

※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。