

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 8 月 18 日
記入者名	古淵秀博
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	かぶしきかいしゃ さんけあわじろ (ふりがな)	
	株式会社 サンケア和白	
法人番号	法人番号有無	1 有
	法人番号	2290001079895
主たる事務所の所在地	〒 811 - 0202	
	福岡県福岡市東区和白2丁目16番3号	
連絡先	電話番号	092 - 606 - 6755
	FAX番号	092 - 606 - 6756
	メールアドレス	info @ suncare-wajiro.co
	ホームページ有無	1 有
	ホームページアドレス	http:// www.suncare-wajiro.com
代表者	氏名	瀬尾 幸太郎
	職名	代表取締役
設立年月日	2017 年 12 月 1 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) ぐらんどほーむ さんけあわじろ			
	グランドホーム サンケア和白			
所在地	〒	811	-	0202
	福岡県福岡市東区和白2丁目16番3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	J R 和白駅・西鉄和白 駅		
	交通手段と所要時間	<p>①バス利用の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> 西鉄バスで天神（福岡中央郵便局前）より乗車、所要約30分。『和白バス停』で下車、徒歩約3分。（距離約200m） <p>②電車利用の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> J R 香椎線『和白駅』または西鉄貝塚線『西鉄和白駅』で下車、徒歩約5分。（距離約300m） 		
連絡先	電話番号	092	-	606 - 6755
	FAX番号	092	-	606 - 6756
	メールアドレス	info @ suncare-wajiro. cc		
	ホームページ有無	1 有		
	ホームページアドレス	http://	www. suncare-wajiro. com	
管理者	氏名	古淵秀博		
	職名	施設長		
建物の竣工日		1985	年	9 月 15 日
有料老人ホーム事業の開始日		2003	年	7 月 1 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	4070805017					
	指定した自治体名	福岡市					
	事業所の指定日	2017	年	12	月	1	日
	指定の更新日（直近）		年		月		日

3 建物概要

土地	敷地面積	18,662.72	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の場合				
		賃貸の種別				
		抵当権の有無				
		契約期間	開始			
				年	月	日
			終了			
	年	月	日			
契約の自動更新						
建物	延床面積	全体	11,774.06	m ²		
		うち、老人ホーム部分	8,984.31	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				

	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の場合				
		賃貸の種別				
		抵当権の有無				
		契約期間		開始		
				年	月	日
				終了		
		年	月	日		
		契約の自動更新				
		居室の状況	居室区分 【表示事項】	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		1 有	59.58 m ²	65	1 一般居室個室
タイプ2	1 有		2 無	17.25 m ²	1	3 介護居室個室
タイプ3	1 有		2 無	18.42 m ²	1	3 介護居室個室
タイプ4	1 有		2 無	17.87 m ²	1	3 介護居室個室
タイプ5	1 有		2 無	19.91 m ²	1	3 介護居室個室
タイプ6	2 無		2 無	17.12 m ²	1	3 介護居室個室
タイプ7	2 無	2 無	19.84 m ²	1	3 介護居室個室	
タイプ8	1 有	2 無	37.92 m ²	1	4 介護居室相部屋	
タイプ9	2 無	2 無	21.96 m ²	2	4 介護居室相部屋	
タイプ10	1 有	2 無	27.47 m ²	2	4 介護居室相部屋	

共用施設	共用便所における 便房	11	ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	8	ヶ所
				うち車椅子等の対応が可能な便房	3	ヶ所
	共用浴室	3	ヶ所	個室	1	ヶ所
				大浴場	2	ヶ所
	共用浴室における 介護浴槽	3	ヶ所	チェアー浴		ヶ所
				リフト浴	1	ヶ所
				ストレッチャー浴		ヶ所
				その他	ミスト浴 (特殊浴)	2
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	1	あり	(車椅子対応)			
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			防犯カメラ・・・館内において1階に6ヶ所、2階に10ヶ所、3～6階の各フロアに5ヶ所の合計36ヶ所設置しています。		
その他	上記以外の共有施設として、ロビー、多目的室、テラス、健康相談室、リハビリ室、集会室、シアタールーム、応接室、洗濯場（各階）、トランクルーム（有料）、菜園、芝生広場、庭園（東屋付遊歩道）、駐車場（有料）があります。					

4 サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	尊厳ある自立した老後の生活を支援致します。
サービスの提供内容に関する特色	長年の実績に培われたきめ細やかな心遣いでお一人お一人の悠々自適の生活をお手伝い致します。サンケア和臼の主人公であるご入居者の毎日がより心地良いものになるよう、スタッフは和やかでアットホームな雰囲気づくりを心がけています。
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施
食事の提供	2 委託
洗濯・掃除等の家事の供与	1 自ら実施
健康管理の供与	2 委託
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	2	なし	
	医療機関連携加算	1	あり	
	口腔衛生管理体制加算	2	なし	
	栄養スクリーニング加算	2	なし	
	退院・退所時連携加算	2	なし	
	看取り介護加算	2	なし	
	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	2	なし
		(Ⅰ)ロ	2	なし
(Ⅱ)		2	なし	
(Ⅲ)		1	あり	

	介護職員処遇改善加算	(I)	2	なし
		(II)	1	あり
		(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)	2	なし
		(II)	1	あり
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)	1.76	: 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		
1	名称	医療法人 榎本内科医院		
	住所	福岡市東区和白5-9-7 (ホームより車で約3~4分。距離0.9km)		
	診療科目	内科・循環器科・胃腸科		
	協力科目			
	協力内容	週1回の健康相談、急患発生時の嘱託医の派遣、 外来での診療対応、ご入居者の定期健康診断		

協力医療機関	2	名称	医療法人 相生会 新吉塚病院
		住所	福岡市博多区吉塚7-6-29 (ホームより車で約25分。距離約10km)
		診療科目	内科・神経内科・リハビリテーション科
		協力科目	
		協力内容	月2回の嘱託医による健康相談、外来での診療対応
	3	名称	医療法人 相生会 福岡みらい病院 (ホームより車で約20分。距離約8km)
		住所	福岡市東区香椎照葉3-5-1
		診療科目	内科・リハビリテーション科・循環器内科・神経内科・整形外科・リウマチ科・脳神経外科・外科
協力科目			
協力内容		ご入居者及びホーム職員の定期健康診断(人間ドック健診)、外来での診療対応	
協力歯科医療機関	1	名称	おかだ歯科クリニック
		住所	福岡市東区和白3-2-32-101 (ホームより徒歩約5分。距離0.5km)
		協力内容	週1回の口腔ケア指導、外来での診療対応、急患発生時の嘱託医の派遣。
	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	長期にわたり24時間の頻繁な介護が必要となった場合。また経過観察後、継続的に介護居室での介護が必要と判断された場合。			
手続きの内容	医師の意見を踏まえ、本人の意思を確認し入居契約における身元引受人の意見を聴いた上で介護居室で介護を致します。概ね6ヶ月の介護居室での経過観察期間を設け、上記判断基準に基づき本人及び身元引受人の同意の上、一般居室から介護居室への住み替えを行います。			
追加的費用の有無	2	なし		
居室利用権の取扱い	一般居室の利用権を消滅させ、新たに介護居室及びトランクルーム(1室)の利用権を設定致します。また、介護居室での光熱費の負担はありません。			
前払金償却の調整の有無	2	なし		
従前の居室との仕様の 変更	面積の増減	1	あり	
	便所の変更	1	あり	
	浴室の変更	1	あり	
	洗面所の変更	1	あり	
	台所の変更	1	あり	
	その他の変更	1	あり	
		1	ありの場合	
	(変更内容)	室内全体の仕様が異なる。		

(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
	要支援の者	1 あり
	要介護の者	1 あり
留意事項	<p>・入居時、ご入居者の年齢が原則満60歳以上であること。・ご夫婦以外で2名で入居される場合、3親等以内の関係にあたるかもしくは弊社が認めた方であること。・入居後に毎月の諸費用（管理費や食費、水道光熱費）をお支払いできること。・円満な共同生活を営むことができること。・当ホールの運営方針にご理解をいただき、ご協力をお願いいたします。</p>	
契約解除の内容	<p>・入居者が死亡したとき。（入居者が2名の場合は両者とも死亡したとき）・事業者が入居契約書第29条に基づき解除を通告し、予告期間が満了したとき。・入居者が入居契約書第30条に基づき解除を行ったとき。</p>	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	<p>・入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき。・月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なくしばしば遅延するとき。・入居契約書第20条の規定に違反したとき。・入居者の行動</p>
	解約予告期間	3 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3食付：おひとり様5,000円（税別）
入居定員	90	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	1
生活相談員	1	1	0	1
直接処遇職員	25	20	5	23.75
介護職員	20	16	4	19
看護職員	5	4	1	4.75
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	2	2	0	2
その他職員	3	3	0	3
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	0	0	0
介護福祉士	11	8	3
実務者研修の修了者	1	1	0
初任者研修の修了者	7	6	1
介護支援専門員	1	1	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	5	4	1
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	(17 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	2	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】	b 2 : 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)	1.7 : 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	2 なし									
		1 ありの場合									
	資格等の名称										
	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	4	0	0	0	0	0	0	0	
前年度1年間の退職者数	1	0	2	0	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	2	0	0	0	1	0	0	0
	1年以上 3年未満	1	1	10	1	0	0	0	0	0	0
	3年以上 5年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	5年以上 10年未満	2	0	2	0	1	0	1	0	0	0
	10年以上	0	0	2	3	0	0	0	0	1	0
従業者の健康診断の実施状況		1 あり									

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	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	4 選択方式	
	4 選択方式の場合、該当する方式を全て選択	
	<input type="radio"/>	全額前払い方式
	<input type="radio"/>	一部前払い・一部月払い方式
		月払い方式
年齢に応じた金額設定	1 あり	
要介護状態に応じた金額設定	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	3 不在期間が○日以上の場合に限り、日割り計算で減額	
	3 不在期間が○日以上の場合に限り、日割り計算で減額の場合	
		不在期間が 30 日以上
利用料金の改定	条件	所在する地方自治体が発表する消費者物価指数及び人件費を勘案し、改定することがある。
	手続き	運営懇談会の意見を聴いた上で改定するものとする。

(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	自立・要支援・要介護	自立・要支援・要介護
	年齢	85 歳	85 歳
居室の状況	床面積	59.68 m ²	59.68 m ²
	便所	1 有	1 有
	浴室	1 有	1 有
	台所	1 有	1 有
入居時点で必要な費用	前払金	15,200,000 円	9,200,000 円
	敷金	0 円	0 円
月額費用の合計		156,200 円	206,200 円
家賃		0 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	
介護保険外※2	食費	79,200 円	79,200 円
	管理費	77,000 円	77,000 円
	介護費用	0 円	0 円
	光熱水費	0 円	0 円
	その他	0 円	0 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	ホームの整備に要した費用、修繕費、管理事務費、土地代に相当する額等を基礎として合理的に算定したもので、近傍同種住宅の家賃から算定される額を大幅に上回らない内容。
敷金	家賃の 0 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。	

管理費	事務管理部門の人件費・事務費、要支援及び要介護以外の入居者に対する日常生活支援サービス提供のための人件費、共用施設等の維持管理。
食費	基本料金 1日3食:2,400円(税別) 【朝食:600円(税別)・昼食:800円(税別)・夕食:1,000円(税別)】を30日喫食の想定で算出。 ※『季節変動調整費』導入により毎月の価格設定を行う。
光熱水費	入居者が居住する居室内の光熱費、電話代等は別途実費負担。
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2
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	介護保険法令に基づく利用者負担分
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)	人員を基準以上に配置して提供する介護サービスのうち、介護保険給付(利用者負担分を含む)による収入でカバーできない額に充当するものとして合理的積算根拠に基づく。(要介護者2.5名に対して週37.5時間換算で看護・介護職員1名以上)
※ 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		土地代、建設費、修繕費、借入利息、管理事務費等を基礎として、近傍家賃及び想定居住期間等を勘案し算出。	
想定居住期間 (償却年月数)		60~180	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)		2,280,000円~4,710,000	円
初期償却率		15	%
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	【入居一時金-非返還対象分】÷償却期間月数÷30(1日の利用料)×(入居日から契約終了日までの実日数)。入居一時金から、上述により算出した金額を引く。	
	入居後3月を超えた契約終了	【入居一時金-非返還対象分】÷(入居の翌日から償却期間満了日までの実日数)×(契約終了日から償却期間満了日までの実日数)	
前払金の保全先	1 全国有料老人ホーム協会		
	1 全国有料老人ホーム協会以外の場合		
		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	24	人
	女性	53	人
年齢別	65歳未満	0	人
	65歳以上75歳未満	9	人
	75歳以上85歳未満	16	人
	85歳以上	52	人
要介護度別	自立	33	人
	要支援 1	15	人
	要支援 2	10	人
	要介護 1	7	人
	要介護 2	6	人
	要介護 3	0	人
	要介護 4	2	人
	要介護 5	4	人
入居期間別	6ヶ月未満	3	人
	6ヶ月以上1年未満	4	人
	1年以上5年未満	34	人
	5年以上10年未満	20	人
	10年以上15年未満	6	人
	15年以上	10	人

(入居者の属性)

平均年齢	86.29	歳
入居者数の合計	77	人
入居率※	85.5	%
※ 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)

退居先別の人数	自宅等	0	人
	社会福祉施設	0	人
	医療機関	0	人
	死亡	3	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	1	人
		(解約事由の例) 脳梗塞の再発により病院での入院療養となる。意識不明のまま1年以上経過し、回復の見込みはないとの病院の診断を受け、ご家族（福岡市以外在住）との協議の結果、ご家族の自宅そばの病院へ転院されることとなる。	

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	ホーム事務所（苦情処理担当者）を定め体制を整備。入居者からの苦情内容には守秘義務を課し、速やかに対応。苦情申し出による差別的な待遇は一切行わない。
電話番号	092 - 606 - 6755
対応している時間	平日 9 時 0 分 ～ 16 時 0 分
	土曜 9 時 0 分 ～ 16 時 0 分
	日曜・祝日 9 時 0 分 ～ 16 時 0 分
定休日	なし

窓口2													
窓口の名称			公益社団法人 全国有料老人ホーム協会										
電話番号			03		-		3548		-		1077		
対応している時間	平日	10		時	0		分	～	17		時	0	分
	土曜			時			分	～			時		分
	日曜・祝日			時			分	～			時		分
定休日			火曜日・木曜日・土曜日・日曜日・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 介護保険相談窓口										
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・日曜日・祝日・年末年始										
窓口4													
窓口の名称			福岡市保健福祉局 高齢社会部 介護保険課										
電話番号			092		-		711		-		4319		
対応している時間	平日	9		時	0		分	～	17		時	30	分
	土曜			時			分	～			時		分
	日曜・祝日			時			分	～			時		分
定休日			土曜日・日曜日・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	損害保険ジャパン株式会社の『有料老人ホーム賠償責任保険』に加入
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	不可抗力の場合を除き賠償される。
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	随時
	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	2011/2/23
	評価機関名称	福祉経営ネットワーク
	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	1 入居希望者に公開
財務諸表の要旨	1 入居希望者に公開
財務諸表の原本	1 入居希望者に公開

10 その他

運営懇談会	1 あり	
	1 ありの場合	
	(開催頻度) 年 1 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	なし	

	不適合事項がある 場合の内容	
--	-------------------	--

備考

--

添付書類： 別添1（別の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	グランドホーム サンケア和白	福岡県福岡市東区和白2丁目 16番3号		
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					
＜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	グランドホーム サンケア和白	福岡県福岡市東区和白2丁目 16番3号		

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)			備 考	
		包含※2	都度※2	料金※3		
介護サービス						
食事介助	1 あり	2 なし	○			必要に応じ特別食対応可及び一部介助
排泄介助・おむつ交換	1 あり	2 なし	○			自立支援介助及び必要に応じて一部介助
おむつ代		1 あり				実費負担
入浴（一般浴）介助・清拭	1 あり	1 あり	○	○	1回につき1,000円(税別)	週2回程度実施。必要に応じ一部介助、状況に応じ特別浴介助、見守り浴あり。週3回以上希望は1回につき費
特浴介助	1 あり	1 あり	○	○	1回につき1,000円(税別)	週2回程度実施。必要に応じ一部介助、状況に応じ特別浴介助、見守り浴あり。週3回以上希望は1回につき費
身辺介助（移動・着替え等）	1 あり	2 なし	○	○	1回につき1,000円(税別)	30分を超える場合：1,000円(税別)/30分
機能訓練	1 あり	2 なし				身体状況に応じ対応。入居者の希望による。（介護保険希望者のみ）
通院介助	1 あり	1 あり	○	○	1,000円(税別)/30分	必要に応じ協力・指定医療機関への付き添い。協力・指定以外は別途費用要。
生活サービス						
居室清掃	1 あり	1 あり	○	○	1回につき1,000円(税別)	週1回程度実施。週2回以上希望の場合は1回につき別途費用要。
リネン交換	1 あり	1 あり	○	○	1回につき1,000円(税別)	週1回程度実施。週2回以上希望の場合は1回につき別途費用要。
日常の洗濯	1 あり	1 あり	○	○	1回につき1,000円(税別)	週2回程度実施。週3回以上希望の場合は1回につき別途費用要。
居室配膳・下膳	1 あり	1 あり	○	○	100円(税別)/回	必要に応じ実施。（体調不良）
入居者の嗜好に応じた特別な食事		2 なし				希望により一部食材の代替あり
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	1 あり	1 あり	○	○	1回につき1,000円(税別)	指定店舗（ハローデイ）にて週2回実施。指定店舗以外は相談に応じ実施で別途費用要
役所手続き代行	1 あり	1 あり	○	○	1回につき1,500円(税別)	月2回指定日に実施。指定日以外を希望の場合は別途費用要。
金銭・貯金管理		2 なし	○			必要に応じ実施
健康管理サービス						
定期健康診断		2 なし	○			年1回実施
健康相談	1 あり	2 なし	○			週2回実施
生活指導・栄養指導	1 あり	2 なし	○			必要に応じ適宜実施
服薬支援	1 あり	1 あり	○	○	1回につき1,000円(税別)	必要に応じ適宜実施。協力・指定機関以外の受取代行は別途費用要。
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	1 あり	2 なし	○			必要に応じ適宜実施
入退院時・入院中のサービス						
入退院時の同行	1 あり	2 なし	○	○	1回につき1,500円(税別)	協力・指定医療機関への移送・同行協力・指定以外は別途費用要。
入院中の洗濯物交換・買い物	1 あり	1 あり	○	○	1回につき1,000円(税別)	協力・指定医療機関へ週2回程度実施協力・指定以外は別途費用要。

入院中の見舞い訪問	1 あり	2 なし	○	○	1回につき 1,000円 (税別)	協力・指定医療機関へ週2回程度実施 協力・指定以外は別途費用要。
-----------	------	------	---	---	-------------------------	-------------------------------------

※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。