

重要事項説明書

記入年月日	令和 年 月 日
記入者名	中 島 和 子
所属・職名	有料老人ホーム 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) かぶしきがいしゃ さわらいず 株式会社 サワライズ	
主たる事務所の所在地	〒819-0001 福岡市西区小戸2丁目3-18	
連 絡 先	電 話 番 号	092-881-0531
	F A X 番 号	092-881-0641
	ホームページアドレス	http://www.sawarise.co.jp
代 表 者	氏 名	柴 田 耕 治
	職 名	代 表 取 締 役
設 立 年 月 日	昭 和 3 5 年 6 月 7 日	
主 な 実 施 事 業	製造業、不動産業、教習所、医療・介護事業他 ※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) じゅうたくがたゆうりょうろうじんほむ てらしすおうか 住宅型有料老人ホーム テラシス桜花	
所在地	〒819-0002 福岡市西区姪の浜2丁目28-43	
主な利用交通手段	最寄駅	福岡市営地下鉄 姪浜駅
	交通手段と所要時間	西鉄バス「愛宕神社入り口」下車、徒歩1分 福岡市営地下鉄「姪浜駅」下車、徒歩15分 福岡都市高速「愛宕ランプ」より車3分
連絡先	電話番号	092-883-6122
	FAX番号	092-883-6119
	ホームページアドレス	http://terrasis-ohka.jp
管理者	氏名	中 島 和 子
	職名	施 設 長
建物の竣工日		平成 2 6 年 1 月 1 0 日
有料老人ホーム事業の開始日		平成 2 6 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）		
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	県（市）
	事業所の指定日	令和 年 月 日
	指定の更新日（直近）	令和 年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	5,774.21 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 (年 月 日～ 年 月 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	4,421.04 m ²			
		うち、老人ホーム部分	(専用) 3,513.77 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				
		2 鉄骨造				
		3 木造				
		4 その他 ()				
	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						
抵当権の設定		1 あり 2 なし				
契約期間		1 あり (年 月 日～ 年 月 日) 2 なし				
契約の自動更新		1 あり 2 なし				
居室の状況	居室区分 【表示事項】	① 全室個室				
		2 相部屋なし				
		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/無	有/無	18.39 m ²	5 9 室	
	タイプ2	有/無	有/無	18.40 m ²	6 室	
	タイプ3	有/無	有/無	18.54 m ²	4 室	
	タイプ4	有/無	有/無	18.40 m ²	1 室	
	タイプ5	有/無	有/無	19.82 m ²	8 室	
	タイプ6	有/無	有/無	18.79 m ²	2 室	
	タイプ7	有/無	有/無	20.11 m ²	2 室	

	タイプ 8	☒ 有 / ☐ 無	有 / ☒ 無	20.03 m ²	2 室		
	タイプ 9	有 / ☐ 無	有 / ☐ 無	m ²			
	タイプ 10	有 / ☐ 無	有 / ☐ 無	m ²			
「一般居室個室」							
共用施設	共用便所における 便房	1 1ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		各 2ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房		7ヶ所		
	共用浴室	6ヶ所	個室		6ヶ所		
			中浴場		0ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	3ヶ所	チェアー浴		2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	☒ 1	あり	☐ 2	なし		
	入居者や家族が利 用できる調理設備	☐ 1	あり	☒ 2	なし		
エレベーター	☐ 1	あり (車椅子対応)	☒ 2	あり (ストレッチャー対応)	☐ 3	あり (上記 1・2 に該当しない)	
	☐ 4	なし					
消防用設備 等	消火器	☒ 1	あり	☐ 2	なし		
	自動火災報知設備	☒ 1	あり	☐ 2	なし		
	火災通報設備	☒ 1	あり	☐ 2	なし		
	スプリンクラー	☒ 1	あり	☐ 2	なし		
	防火管理者	☒ 1	あり	☐ 2	なし		
	防災計画	☒ 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	・ 老後のより良い生活をサポートし終の棲家として穏やかに安心して過ごしていただける環境とサービスの提供に努めます。 ・ 三食（朝、昼、夜）の食事提供により栄養管理を行います。 ・ 個人の生活環境を大切に、プライバシー保護に努めます（完全個室） ・ 地域とのコミュニケーションができるオープンな施設とし地域との交流に努めます。			
サービスの提供内容に関する特色	・ 協力医療機関と連携し健康管理、医療サポートします。			
入浴、排せつ又は食事の介護	① 自ら実施	② 委託	3 なし	
食事の提供	1 自ら実施	② 委託	3 なし	
洗濯、掃除等の家事の供与	① 自ら実施	② 委託	3 なし	
健康管理の供与	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	① 自ら実施	2 委託	3 なし	
生活相談サービス	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	入居継続支援加算		1 あり	2 なし
	生活機能向上連携加算		1 あり	2 なし
	個別機能訓練加算		1 あり	2 なし
	夜間看護体制加算		1 あり	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		① 救急車の手配 ※複数選択可 ② 入退院の付き添い 自費負担 (別添2参照) ③ 通院介助 自費負担 (別添2参照) ④ その他 (服薬管理)	
協力医療機関	1	名称	早良病院
		住所	福岡市西区姪浜2丁目2番50号
		診療科目	総合内科・整形外科・リハビリテーション科
		協力内容	入居者の健康に関する相談及び助言を行うとともに、体調等の不調を訴えた場合は、通院受診及び検査処置、入院等の必要措置を講じる
	2	名称	医療法人すずらん会 たろうクリニック
		住所	福岡市東区名島1-1-31
		診療科目	内科、心療内科、精神科、ペインクリニック(痛みの治療)、緩和ケア科
		協力内容	入居者の健康に関する相談及び助言を行うとともに、体調等の不調を訴え、施設内での診療が必要な場合に24時間365日体制で往診し、必要な措置を講じる
	3	名称	医療法人 武田内科
		住所	福岡市早良区室見1-10-8
		診療科目	内科
		協力内容	入居者の健康に関する相談及び助言を行うとともに、体調等の不調を訴え、施設内での診療が必要となった場合に往診して処置及び治療を行う
	4	名称	福岡記念病院
		住所	福岡市早良区西新1丁目1-35
		診療科目	総合病院
		協力内容	入居者の健康に関する相談及び助言を行うとともに、体調等の不調を訴えた場合は、通院受診及び検査処置、入院等の必要措置を講じる
	5	名称	田北メモリーメンタルクリニック
		住所	福岡市早良区室見5-13-8
		診療科目	精神科
		協力内容	認知症についての指導及び助言を行うとともに、認知症の入居者が体調の不調があった場合は、受診し治療を行う

	6	名称	まことクリニック
		住所	福岡市早良区昭代3-7-40
		診療科目	内科, 腎臓内科・外科, 糖尿病内科
		協力内容	入居者の健康に関する相談及び助言を行うとともに、体調等の不調を訴え、施設内での診療が必要な場合に24時間365日体制で往診し、必要な措置を講じる
協力歯科医療機関		名称	医療法人孝明会 箱崎ふ頭歯科
		住所	福岡市東区箱崎ふ頭1-4-61 サンセットタワー2F
		協力内容	施設職員に口腔機能管理の技術的指導及び助言を行うとともに、入居者が口腔機能の不調を訴え、施設内での診療が必要となった場合に訪問して処置及び治療を行う

(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	1 あり	(変更内容)
		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		
契約の解除の内容	【事業者からの契約解除】 ①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 ②月額の利用料その他の支払いを正当な理由なく、2ヶ月以上遅滞したとき ③第19条（禁止又は制限される行為）の規定に違反したとき ④入居者の行動が、他の入居者またはその家族の生命、身体または財産に危害を及ぼす恐れがあるとき ⑤入居者またはご家族による職員・施設に対する暴言、暴行、誹謗、中傷、過剰なサービス等通常の介護サービスを超越するサービスの要求、その他の事由等により信頼関係の構築が難しく、介護サービスの提供が困難と判断したとき ⑥入居者の行動が、自傷行為等により入居者本人の生命、身体に危害を及ぼす恐れがありかつ入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止することが困難と判断されるとき 【入居者からの解約】 入居者は事業者に対して、少なくとも30日前に解約の申し入れを行うことにより、本契約を解約することができます。	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書 第28条
	解約予告期間	3ヶ月
入居者からの解約予告期間	1ヶ月 (短期入居の場合は14日)	
体験入居の内容	(1) あり 原則、1週間まで 内 容 : 1泊2日（食事付） 5,000円（別途消費税） 2泊3日（食事付） 10,000円（別途消費税） 3泊4日（食事付） 15,000円（別途消費税） 4泊5日（食事付） 20,000円（別途消費税） 5泊6日（食事付） 25,000円（別途消費税） 6泊7日（食事付） 30,000円（別途消費税） 2 なし	
入居定員	84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）

令和3年7月1日現在

	職員数（実人数）			常勤換算人数 ※1※2
	合計			
	4 8	常勤	非常勤	
管理者	1	1		
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員	3 3		3 3	
看護職員	4	4		
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
事務員	9	6	3	
その他職員	1		1	
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				40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		
	3 3	常勤	非常勤
社会福祉士			
准看護師	1		1
介護福祉士	2 7		2 7
実務者研修の修了者	2		2
基礎研修の修了者			
初任者研修の修了者	3		3
介護支援専門員			
社会福祉主事			

(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			
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			
はり師			
きゅう師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (22時 ~ 7時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	人	人
介護職員	4 (2) 人	4 (2) 人

夜勤帯は4名ですが、ヘルパーステーションの業務を兼務しています。

(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)

(R2. 4. 1～R3. 3. 31)

管 理 者		他の職務との兼務				1 あり (2) なし							
		業務に係る資格等		(1) あり									
				資格等の名称		看護師・介護支援専門員							
				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					4								
前年度 1 年間の退職者数					5								
員 業務に従事した経験年数に応じた職 の人数	1 年未満				2								
	1 年以上 3 年未満				2								
	3 年以上 5 年未満				4								
	5 年以上 10 年未満				1 5								
	10 年以上	4			1 0								
従業者の健康診断の実施状況					(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】		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	
		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 ② なし	
要介護状態に応じた金額設定		① あり 2 なし	
入院による不在時における利用料金（月払い）の取扱い		1 減額なし ② 日割り計算で減額 ・減算となるもの 生活サポート費 食費 ・減算とならないもの 家賃 管理費 リネンリース料 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	料金の改定にあたっては、目的施設が所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案し、運営懇談会の意見を聴いたうえで行います。 但し、消費税率が改定された場合は、法に準じて料金を徴収します。 （短期入居の方は運営懇談会の対象とはなりません）	
	手続き	料金改定にあたっては、事業者は入居者及び身元引受人などへ事前に通知し、契約変更の覚書を締結します。	

(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1	要介護5
	年齢		歳	歳
居室の状況	床面積		18.39㎡	18.39㎡
	便所		① 有 2 無	① 有 2 無
	浴室		1 有 ② 無	1 有 ② 無
	台所		1 有 ② 無	1 有 ② 無
入居時点で必要な費用	前払金		0円	0円
	敷金		0円	0円
月額費用の合計			214,000円	239,000円
家賃			80,000円	80,000円
サービス費用	特定施設入居者生活介護※ ¹ の費用		円	円
	介護保険外※ ²	食費	51,000円	51,000円
		管理費	45,000円	45,000円
		サポート費 ※3	35,000円	60,000円
		リネンリース	3,000円	3,000円
			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）

※3 月額サポート費は、要支援1・2は25,000円、要介護1・2は35,000円、要介護3は50,000円、要介護4・5は60,000円、医療および認知症サポートが必要な方は介護度に関係なく60,000円になります。

上記に消費税は含まれておりません。

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	周辺賃貸住宅の家賃相場相当額を参照
生活サポート費	生活支援サービスおよび介護保険超過した介護サービスにかかる費用
管理費	水道光熱費、共用施設の維持管理費 厨房以外の有料老人ホーム従業員の人件費等
食費	1 日 (3 食) 1,700 円 (税抜) ×30 日 朝 520 円 昼 550 円 夜 630 円
リネンリース	リネンリース料および週 1 回シーツ交換 ※基本的にリネンリースをお願いしております。 例外的に、特定の理由によりリネンをリースされない場合は週 1 回のシーツ交換費として、月額 1,852 円 (税抜) をいただきます。
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	
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)	
※ 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	
前払金の保全先	1 連帯保証を行う銀行等の名称	
	2 信託契約を行う信託会社等の名称	
	3 保証保険を行う保険会社の名称	
	4 全国有料老人ホーム協会	
	5 その他（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)

令和3年7月1日現在

性別	男性	19人
	女性	64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	14人
	85歳以上	67人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	2人
	要支援2	3人
	要介護1	30人
	要介護2	9人
	要介護3	15人
	要介護4	11人
	要介護5	13人
入居期間別	6ヶ月未満	6人
	6ヶ月以上 1年未満	9人
	1年以上 5年未満	49人
	5年以上 10年未満	19人
	10年以上 15年未満	人
	15年以上	人

(入居者の属性)

平均年齢	90.1歳
入居者数の合計	83人
入居率※	98.8%
※ 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)

(R2. 4. 1～R3. 3. 31)

退去先別の人数	自宅等	1 人	
	他の有料老人ホーム	2 人	
	介護保険施設（※）	1 人	
	その他の社会福祉施設	1 人	
	医療機関	1 0 人	
	死亡者	3 人	
	その他	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 5 人	
		（解約事由の例）	
		短期入居契約	名
		ご自宅への引越	1 名
		他施設への引越	4 名
入院後、退院の目途が見つからない方	1 0 名		
※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、介護療養型医療施設及び介護医療院			

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		苦情相談窓口 (担当) 中島 和子
電話番号		092-883-6122
対応している時間	平日	午前 8 時 30 分 ~ 午後 5 時 30 分
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		8 月 14 日~15 日 12 月 30 日~1 月 3 日
窓口の名称 2		福岡市保健福祉局 高齢社会部 事業者指導課 施設指導係
電話番号		092-711-4319
対応している時間	平日	午前 8 時 45 分 ~ 午後 6 時 00 分
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		12 月 29 日~1 月 3 日
窓口の名称 3		
電話番号		
対応している時間	平日	
	土曜	
	日曜・祝日	
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	保険の名称：老人介護賠償責任保険 保険会社名：東京海上日動火災保険株式会社 賠償責任限度額： 1 名 : 1 億円 1 事故 : 3 億円 1 請求または 1 保証：3 億円
	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	① あり	ご家族にご連絡するとともに福岡市に報告し、必要に応じ適切な措置を講じます
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	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	① あり	実施日	毎年 11 月入居者アンケート実施
		結果の開示	① あり 2 なし
	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	
		結果の開示	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	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	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	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	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	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	① あり	(開催頻度) 年 1 回 毎年 5 月最終日曜日
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
	2 代替措置なし	
提携ホームへの移行	1 あり (提携ホーム名:)	
【表示事項】	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	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 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	1 あり 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	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	
福岡市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 (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 令和 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	ヘルパーステーションテラシス桜花	福岡市西区姪浜2丁目28-43
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし	訪問看護ステーションテラシス桜花	福岡市西区姪浜2丁目28-43
訪問リハビリテーション	あり	なし	早良病院	福岡市西区姪浜2丁目2-50
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テラシス桜花	福岡市西区姪浜2丁目28-43
通所リハビリテーション	あり	なし	早良病院	福岡市西区姪浜2丁目2-50
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	ケアショップテラシス	福岡市西区姪浜2丁目28-43
特定福祉用具販売	あり	なし	ケアショップテラシス	福岡市西区姪浜2丁目28-43
＜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	グループホームテラシス桜花	福岡市西区愛宕2丁目19-6
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	ケアプランセンターテラシス桜花	福岡市西区姪浜2丁目28-43
＜居宅介護予防サービス＞				
介護予防訪問介護	あり	なし	ヘルパーステーションテラシス桜花	福岡市西区姪浜2丁目28-43
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	訪問看護ステーションテラシス桜花	福岡市西区姪浜2丁目28-43
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	早良病院	福岡市西区姪浜2丁目2-50
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	デイサービスセンターテラシス桜花	福岡市西区姪浜2丁目28-43
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	早良病院	福岡市西区姪浜2丁目2-50
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		

介護医療院	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	グループホーム テラシス桜花	福岡市西区愛宕2丁目19-6
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			備 考	
				(利用者が全額負担)		包含※2		
介護サービス								
食事介助		なし	あり	なし	あり			※付添いができる範囲を明確化すること ※付添いができる範囲を明確化すること
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			
入浴（一般浴）介助・清拭		なし	あり	なし	あり			
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（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			
生活サービス								
居室清掃		なし	あり	なし	あり			※利用できる範囲を明確化すること ※利用できる範囲を明確化すること
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			
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			
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			
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			
役所手続き代行		なし	あり	なし	あり			
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			※回数（年〇回など）を明記すること
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			※付添いができる範囲を明確化すること ※付添いができる範囲を明確化すること
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			
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								

※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。

別添 2

提供するサービスの一覧表【住宅型・健康型有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅】

		個別の利用料で、実施するサービス				備 考
		(利用者が全額負担)	包 含 ※2	都 度 ※2	料 金 ※3	
介護サービス						
食事介助	なし	あり	○			利用者の介護保険を利用いただき、限度額に達した場合は施設サービスで実施
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	○			利用者の介護保険を利用いただき、限度額に達した場合は施設サービスで実施
おむつ代	なし	あり		○	実費	必要に応じて業者発注
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり		○	実費	原則介護保険での利用により1回/2日とする。1時間以内 3,500円 1時間 30分以内 4,000円
特浴介助	なし	あり		○	実費	原則介護保険での利用により1回/2日とする。1時間以内 3,500円 1時間 30分以内 4,000円
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	○			利用者の介護保険を利用いただき、限度額に達した場合は施設サービスで実施
機能訓練	なし	あり				
通院介助（協力医療機関）	なし	あり		○		片道 3 km 以内 1,000円/30分(別途消費税)
通院介助（協力医療機関以外）	なし	あり		○		片道 6 km 以内 1,000円/30分(別途消費税)
生活サービス						
居室清掃	なし	あり		○		利用者の介護保険を利用いただき、限度額に達した場合は実費 1,000円/30分(別途消費税)
リネン交換	なし	あり	○			週 1 回交換
日常の洗濯	なし	あり		○	実費	実費（委託業者紹介）または、1,500円/1回
居室配膳・下膳	なし	あり	○			原則食堂にて喫食していただきますが、体調が悪い場合は居室へ配膳します
入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし	あり		○	実費	
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	理美容師月 2 回訪問
買い物代行（通常の利用区域）	なし	あり		○		姪浜周辺 1,500円/1回(別途消費税)
買い物代行（上記以外の区域）	なし	あり				ご家族での対応となります
役所手続き代行	なし	あり		○		内容は要相談、内容によっては対応できない場合があります。1,000円/30分(別途消費税)
金銭・貯金管理	なし	あり				ご家族での対応となります
健康管理サービス						
定期健康診断	なし	あり		○	実費	定期の医療機関受診をされていない方へ年 1 回の健康診断を勧める 手配は施設で可能
健康相談	なし	あり	○			
生活指導・栄養指導	なし	あり				
専門的医療処置・管理	なし	あり	○			医療サポート、認知症サポートが必要な方は介護度に関係なくサポート費は 50,000円
服薬支援	なし	あり	○			薬の管理・セッティング・配薬・点眼
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	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	○			
入退院時の同行（協力医療機関）	なし	あり	○	○		緊急入院時は包括、緊急以外は事前予約 実費 1,000円/30分(別途消費税)
入退院時の同行（協力医療機関以外）	なし	あり	○	○		
入院中の洗濯物交換 買い物	なし	あり		○		原則ご家族に対応していただきます。ご家族対応が難しい方は 2000円/1回(別途消費税)
入院中の見舞い訪問	なし	あり				

その他のサービス※4	サポート費で行う施設サービス ①緊急時の初期対応 ②24時間緊急コール対応 ③日中・夜間の安否確認 ④服薬管理 ⑤生活・健康相談および健康管理（必要に応じバイタルチェック） ⑥毎日の居室のゴミ収集 ⑦共用部分の清掃（但し浴室は除く） ⑧郵便物・宅配便等の受け渡し ⑨認知症サポート ⑩医療サポート ※認知症サポート・・・・・・・・・・認知症の診断の有無に関係なく、顕著な物忘れや物忘れにより日常生活が困難な状況の方（常に職員の見守りや指示などが必要な状態や介護拒否・暴言・暴行 その他認知症の症状がある場合）で通常の介護では対応できない場合 また入居後、症状が進行し常に職員の見守りや声掛け、頻回な対応が必要な状態が 1カ月以上継続し通常の介護では対応できないと判断した場合 ※医療サポート・・・・・・・・・・看護師による医療処置および準備見守りが必要な方（胃瘻による注入、インシュリン 注射、血糖値測定管理、骨粗しょう症の注射、導尿、在宅酸素管理など） 実費サービス 外出同行（近隣への日用品の買い物、銀行など）1,000円/30分（別途消費税） 居室清掃 1,000円/30分（別途消費税） 施設外代行等 1,000円/30分（別途消費税） その他(要相談) 個別サービス 1,000円/30分（別途消費税） 厨房管理費 お食事が経口摂取できない方（経管栄養・胃瘻） 500円/1日（別途消費税）
-------------------	---

※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。