

## 重要事項説明書

|       |           |
|-------|-----------|
| 記入年月日 | 令和6年10月1日 |
| 記入者名  | 後藤 真由美    |
| 所属・職名 | 施設 長      |

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成 23 年 10 月 7 日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙 5 の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の 1 から 3 まで及び 6 の内容については、別紙 5 の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

## 1. 事業主体概要

|            |                                                                 |                               |
|------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| 種類         | 個人／ <span style="border: 1px solid black;">法人</span>            |                               |
|            | ※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 あびたしおん<br>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                                                            | 092-272-1165                  |
|            | FAX番号                                                           | 092-272-4165                  |
|            | メールアドレス                                                         | info@habitation.co.jp         |
|            | ホームページアドレス                                                      | https://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      | <span style="border: 1px solid black;">昭和</span> ・平成 57年 8月 10日 |                               |
| 主な実施事業     | 有料老人ホーム事業<br>※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) ういるまーくかしいはま<br>ウィルマーク香椎浜       |                                                                                                                   |
| 所在地           | 〒813-0016<br>福岡県福岡市東区香椎浜 3 丁目 2 番 1 号 |                                                                                                                   |
| 主な利用交通手段      | 最寄駅                                   | 西鉄貝塚線 JR 鹿児島本線「千早」駅                                                                                               |
|               | 交通手段と所要時間                             | ① バス利用の場合<br>西鉄貝塚線「香椎」駅より西鉄バス「香椎浜 3 丁目」下車(所要時間約 11 分)、バス停より 70m(徒歩 1 分)<br>② 自動車利用の場合<br>福岡都市高速「香椎浜ランプ」出口から車で 1 分 |
| 連絡先           | 電話番号                                  | 092-674-2918                                                                                                      |
|               | FAX番号                                 | 092-674-2919                                                                                                      |
|               | ホームページアドレス                            | <a href="http://www.will-mark.com">http://www.will-mark.com</a>                                                   |
| 管理者           | 氏名                                    | 後藤 真由美                                                                                                            |
|               | 職名                                    | 施設長                                                                                                               |
| 建物の竣工日        |                                       | 昭和・平成・令和 17年9月12日                                                                                                 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 |                                       | 昭和・平成・令和 17年11月3日                                                                                                 |

### (類型)【表示事項】

|                                                                                                                                                                                                                         |            |                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------------------------------------------------------|
| <div> <div>1</div> <div>介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合）</div> </div> <div> <div>2</div> <div>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）</div> </div> <div> <div>3</div> <div>住宅型</div> </div> <div> <div>4</div> <div>健康型</div> </div> |            |                                                                      |
| 1 又は 2 に該当する場合                                                                                                                                                                                                          | 介護保険事業者番号  | 特定施設入居者生活介護 福岡市指定 4070806072 号<br>介護予防特定施設入居者生活介護 福岡市指定 4070806072 号 |
|                                                                                                                                                                                                                         | 指定した自治体名   | 福岡県（市）                                                               |
|                                                                                                                                                                                                                         | 事業所の指定日    | 令和 5 年 10 月 1 日                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                         | 指定の更新日（直近） | 令和 5 年 10 月 1 日                                                      |

### 3. 建物概要

|         |         |                                           |                                        |                      |       |        |
|---------|---------|-------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------|-------|--------|
| 土地      | 敷地面積    | 7,298.41 m <sup>2</sup>                   |                                        |                      |       |        |
|         | 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<br>(令和3年6月30日～令和23年6月30日)<br>2 なし |                      |       |        |
|         | 契約の自動更新 | 1 あり 2 なし                                 |                                        |                      |       |        |
| 建物      | 延床面積    | 全体                                        | 14,168.56 m <sup>2</sup>               |                      |       |        |
|         |         | うち、老人ホーム部分                                | 14,168.56 m <sup>2</sup>               |                      |       |        |
|         | 耐火構造    | 1 耐火建築物<br>2 準耐火建築物<br>3 その他 ( )          |                                        |                      |       |        |
|         | 構造      | 1 鉄筋コンクリート造<br>2 鉄骨造<br>3 木造<br>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<br>(令和3年6月30日～令和23年6月30日)<br>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<br>【表示事項】                            | 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    |         | 有/無                                       | 有/無                                    | 80.16 m <sup>2</sup> | 1     | 一般居室個室 |
| タイプ2    |         | 有/無                                       | 有/無                                    | 80.1 m <sup>2</sup>  | 1     | 一般居室個室 |
| タイプ3    |         | 有/無                                       | 有/無                                    | 71.39 m <sup>2</sup> | 10    | 一般居室個室 |
| タイプ4    |         | 有/無                                       | 有/無                                    | 70.98 m <sup>2</sup> | 6     | 一般居室個室 |
| タイプ5    |         | 有/無                                       | 有/無                                    | 70.87 m <sup>2</sup> | 2     | 一般居室個室 |
| タイプ6    |         | 有/無                                       | 有/無                                    | 60.5 m <sup>2</sup>  | 33    | 一般居室個室 |
| タイプ7    |         | 有/無                                       | 有/無                                    | 60.22 m <sup>2</sup> | 18    | 一般居室個室 |

|                                                  |                  |                            |                            |                         |     |        |  |
|--------------------------------------------------|------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------------|-----|--------|--|
|                                                  | タイプ 8            | <div><div></div>有</div> ／無 | <div><div></div>有</div> ／無 | 60.21 m <sup>2</sup>    | 7   | 一般居室個室 |  |
|                                                  | タイプ 9            | <div><div></div>有</div> ／無 | <div><div></div>有</div> ／無 | 48.4 m <sup>2</sup>     | 9   | 一般居室個室 |  |
|                                                  | タイプ 1 0          | <div><div></div>有</div> ／無 | <div><div></div>有</div> ／無 | 48.31 m <sup>2</sup>    | 18  | 一般居室個室 |  |
|                                                  | タイプ 1 1          | <div><div></div>有</div> ／無 | 有／ <div><div></div>無</div> | 24 m <sup>2</sup>       | 51  | 介護居室個室 |  |
|                                                  | タイプ 1 2          | <div><div></div>有</div> ／無 | 有／ <div><div></div>無</div> | 24 m <sup>2</sup>       | 3   | 一時介護室  |  |
| ※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「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       | 12ヶ所                       | うち男女別の対応が可能な便房             |                         | 3ヶ所 |        |  |
|                                                  |                  |                            | うち車椅子等の対応が可能な便房            |                         | 9ヶ所 |        |  |
|                                                  | 共用浴室             | 7ヶ所                        | 個室                         |                         | 5ヶ所 |        |  |
|                                                  |                  |                            | 大浴場                        |                         | 2ヶ所 |        |  |
|                                                  | 共用浴室における介護浴槽     | 10ヶ所                       | チェアー浴                      |                         | 0ヶ所 |        |  |
|                                                  |                  |                            | リフト浴                       |                         | 4ヶ所 |        |  |
|                                                  |                  |                            | ストレッチャー浴                   |                         | 1ヶ所 |        |  |
|                                                  |                  |                            | その他（個浴）                    |                         | 5ヶ所 |        |  |
|                                                  | 食堂               | <div><div></div>1</div>    | あり                         | <div><div></div>2</div> | なし  |        |  |
|                                                  | 入居者や家族が利用できる調理設備 | 1                          | あり                         | <div><div></div>2</div> | なし  |        |  |
| エレベーター                                           | 1                | あり（車椅子対応）                  | <div><div></div>2</div>    | 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              | <div><div></div>1</div>    | あり                         | <div><div></div>2</div> | なし  |        |  |
|                                                  | 自動火災報知設備         | <div><div></div>1</div>    | あり                         | <div><div></div>2</div> | なし  |        |  |
|                                                  | 火災通報設備           | <div><div></div>1</div>    | あり                         | <div><div></div>2</div> | なし  |        |  |
|                                                  | スプリンクラー          | <div><div></div>1</div>    | あり                         | <div><div></div>2</div> | なし  |        |  |
|                                                  | 防火管理者            | <div><div></div>1</div>    | あり                         | <div><div></div>2</div> | なし  |        |  |
|                                                  | 防災計画             | <div><div></div>1</div>    | あり                         | <div><div></div>2</div> | 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        | 入居者の意思及び人格を尊重し、常に入居者の立場に立ったサービス提供に努める。                                                                   |
| サービスの提供内容に関する特色 | 施設の運営管理は当社社員が担当、今までの豊富な経験と実績に基づいた介護サービスを提供。職員も人員配置基準の2倍を配置。又、建物内にクリニックがあり、嘱託医として提携、介護職員と連携しながら医療面をサポート。介 |

|                |                                       |      |                                          |      |
|----------------|---------------------------------------|------|------------------------------------------|------|
|                | 護・医療両面において充実した体制を敷いている。               |      |                                          |      |
| 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          | 1                                     | 自ら実施 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 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       | (Ⅰ) | 1 あり                                         | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
|                                |                | (Ⅱ) | 1 あり                                         | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
|                                | 生活機能向上連携加算     | (Ⅰ) | 1 あり                                         | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
|                                |                | (Ⅱ) | 1 あり                                         | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
|                                | ADL 維持等加算      | (Ⅰ) | 1 あり                                         | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
|                                |                | (Ⅱ) | 1 あり                                         | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
|                                | 個別機能訓練加算       | (Ⅰ) | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり     | 2 なし                                     |
|                                |                | (Ⅱ) | 1 あり                                         | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
|                                | 夜間看護体制加算       | (Ⅰ) | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり     | 2 なし                                     |
|                                |                | (Ⅱ) | 1 あり                                         | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
|                                | 協力医療機関連携加算     | (Ⅰ) | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり     | 2 なし                                     |
|                                |                | (Ⅱ) | 1 あり                                         | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
|                                | 若年性認知症入居者受入加算  |     | 1 あり                                         | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
|                                | 口腔・栄養スクリーニング加算 |     | 1 あり                                         | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
|                                | 科学的介護推進体制加算    |     | 1 あり                                         | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
|                                | 退院・退所時連携加算     |     | 1 あり                                         | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
|                                | 退居時情報提供加算      |     | 1 あり                                         | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
|                                | 看取り介護加算        | (Ⅰ) | 1 あり                                         | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
|                                |                | (Ⅱ) | <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 |
|                                | 高齢者施設等感染対策向上   | (Ⅰ) | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり     | 2 なし                                     |
|                                |                | (Ⅱ) | 1 あり                                         | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
|                                | 新興感染症等施設療養費    |     | 1 あり                                         | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
|                                | 生産性向上推進体制加算    | (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) <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 2 なし                                     |

|                      |                            |                                   |                            |    |                            |    |
|----------------------|----------------------------|-----------------------------------|----------------------------|----|----------------------------|----|
|                      |                            | (Ⅱ)                               | 1                          | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
|                      |                            | (Ⅲ)                               | 1                          | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
|                      | 身体拘束廃止未実施減算                |                                   | 1                          | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
|                      | 高齢者虐待防止措置未実施               |                                   | 1                          | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
|                      | 業務継続計画（BCP）未策定事業所          |                                   | 1                          | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
|                      | 介護職員等処遇改善加算                | (Ⅰ)                               | <input type="checkbox"/> 1 | あり | 2                          | なし |
|                      |                            | (Ⅱ)                               | 1                          | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
|                      |                            | (Ⅲ)                               | 1                          | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
|                      |                            | (Ⅳ)                               | 1                          | あり | <input 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 type="checkbox"/> 1 | あり<br>(介護・看護職員の配置率)<br>1.5 : 1 以上 |                            |    |                            |    |
|                      | 2                          | なし                                |                            |    |                            |    |

**(医療連携の内容)**

|        |   |                                                                                                                                                                |                                                                                                            |  |  |
|--------|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 医療支援   |   | <input type="checkbox"/> 1 救急車の手配<br><input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い<br><input type="checkbox"/> 3 通院介助<br><input type="checkbox"/> 4 その他（協力医療機関に入院中のお見舞い） |                                                                                                            |  |  |
| ※複数選択可 |   |                                                                                                                                                                |                                                                                                            |  |  |
| 協力医療機関 | 1 | 名称                                                                                                                                                             | 医療法人かわさき内科循環器科クリニック                                                                                        |  |  |
|        |   | 住所                                                                                                                                                             | 福岡市東区香椎浜 3-2-1                                                                                             |  |  |
|        |   | 診療科目                                                                                                                                                           | 一般内科・循環器科                                                                                                  |  |  |
|        |   | 協力内容                                                                                                                                                           | ホーム嘱託医として連携。原則年2回の定期健康診断の実施、定期来館によりホーム看護職員への指示、入居者の健康管理・健康相談。<br>※医療費その他の費用は入居者の自己負担。                      |  |  |
|        | 2 | 名称                                                                                                                                                             | 社会医療法人 原土井病院                                                                                               |  |  |
|        |   | 住所                                                                                                                                                             | 福岡市東区青葉 6-40-8                                                                                             |  |  |
|        |   | 診療科目                                                                                                                                                           | 内科・整形外科・循環器内科、診療内科他                                                                                        |  |  |
|        |   | 協力内容                                                                                                                                                           | 急病時や入院加療、高度専門医療が必要となった場合のホーム職員・嘱託医との緊密な連携。専門職員（理学療法士・作業療法士等）が定期来館。その他必要に応じた医療サービス。<br>※医療費その他の費用は入居者の自己負担。 |  |  |
|        | 3 | 名称                                                                                                                                                             | 医療法人輝栄会 福岡輝栄会病院                                                                                            |  |  |
|        |   | 住所                                                                                                                                                             | 福岡市東区千早 4-14-40                                                                                            |  |  |
|        |   | 診療科目                                                                                                                                                           | 脳神経外科・外科・整形外科・内科他                                                                                          |  |  |
|        |   | 協力内容                                                                                                                                                           | 急病時や入院加療、高度専門医療が必要となった場                                                                                    |  |  |

|          |   |      |                                                                                    |
|----------|---|------|------------------------------------------------------------------------------------|
|          |   |      | 合のホーム職員・嘱託医との緊密な連携。その他必要に応じた医療サービス。<br>※医療費その他の費用は入居者の自己負担。                        |
|          | 4 | 名称   | 社会医療法人財団 池友会 福岡和白病院                                                                |
|          |   | 住所   | 福岡市東区和白丘 2-2-75                                                                    |
|          |   | 診療科目 | 脳神経外科・内科・循環器内科・外科他                                                                 |
|          |   | 協力内容 | 急病時や入院加療、高度専門医療が必要となった場合のホーム職員・嘱託医との緊密な連携。その他必要に応じた医療サービス。<br>※医療費その他の費用は入居者の自己負担。 |
|          | 5 | 名称   | 医療法人相生会 福岡みらい病院                                                                    |
|          |   | 住所   | 福岡市東区香椎照葉 3-5-1                                                                    |
|          |   | 診療科目 | 整形外科、リハビリテーション科、内科他                                                                |
|          |   | 協力内容 | ホーム看護職員・主治医及び本ホーム嘱託医との緊密な連携。<br>※医療費その他の費用は入居者の自己負担。                               |
|          | 6 | 名称   | 響クリニック心療内科・精神科                                                                     |
|          |   | 住所   | 福岡市東区香椎浜 3-2-5                                                                     |
|          |   | 診療科目 | 心療内科・精神科                                                                           |
|          |   | 協力内容 | ホーム看護職員・主治医及び本ホーム嘱託医との緊密な連携。<br>※医療費その他の費用は入居者の自己負担。                               |
|          | 7 | 名称   | 医療法人うだ脳神経外科クリニック                                                                   |
|          |   | 住所   | 福岡市東区香椎浜 3-2-6                                                                     |
|          |   | 診療科目 | 脳神経外科                                                                              |
|          |   | 協力内容 | ホーム看護職員・主治医及び本ホーム嘱託医との緊密な連携。<br>※医療費その他の費用は入居者の自己負担。                               |
|          | 8 | 名称   | タカハラ整形外科クリニック                                                                      |
|          |   | 住所   | 福岡市東区香椎浜 3-2-8                                                                     |
|          |   | 診療科目 | 整形外科                                                                               |
|          |   | 協力内容 | ホーム看護職員・主治医及び本ホーム嘱託医との緊密な連携。<br>※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 | 1 | 名称   | 医療法人あおき歯科・矯正歯科クリニック                                                                |
|          |   | 住所   | 福岡市東区香椎浜 3-2-7                                                                     |
|          |   | 協力内容 | ホーム看護職員・主治医及び本ホーム嘱託医との緊                                                            |

|  |   |      |                                                                                           |
|--|---|------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |   |      | 密な連携。<br>※医療費その他の費用は入居者の自己負担。                                                             |
|  | 2 | 名称   | 医療法人社団 桜香 あんざい歯科クリニック                                                                     |
|  |   | 住所   | 福岡市東区香椎浜 4-1-8-103                                                                        |
|  |   | 協力内容 | 介護棟入居者の診療及び口腔ケアのため適宜来館。<br>歯科疾病予防・口腔ケア等の講話を適時開催。（健<br>常棟入居者も参加可能）<br>※医療費その他の費用は入居者の自己負担。 |

**（入居後に居室を住み替える場合）**

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                  |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 入居後に居室を住み替える場合<br>※複数選択可 | <div>1</div> <div>2</div> <div>3</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <div>1</div> 一時介護室へ移る場合<br><div>2</div> 介護居室へ移る場合<br><div>3</div> その他（介護居室間の住替え） |
| 判断基準の内容                  | <p>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には介護居室に住み替えていただく場合がある。</p> <p>住み替えの判断はおよそ以下の状態を基準として検討する。</p> <p>① 入居者の判断能力が著しく低下し一般居室での生活では危険な状態である場合</p> <p>② ①以外で要介護状態と認定された方で、入居者本人又は身元引受人が住み替えを希望する場合</p> <p>③ 入居者の心身状態に大きな変化が見られ、介護居室間での住み替えが必要とホームが判断した場合</p>                                             |                                                                                  |
| 手続きの内容                   | <p>介護居室への住み替えの決定については、下記の①～④の事項を経て総合的に判断し、入居者又は身元引受人等の同意を得た後、事業者が指定する文書にて契約手続きを行う。</p> <p>① 事業者が指定する医師の意見を聞く</p> <p>② 入居者もしくは家族・身元引受人等の同意を得る</p> <p>③ 緊急やむを得ない場合を除いて3ヶ月間の観察期間を設ける</p> <p>④ 入居者の権利や入居一時金又は家賃相当額の額等に関し本契約に重大な変更が生じる場合は、住み替え後の居室及び権利の変動、居室の占有面積の変更に伴う費用負担の増減又は費用調整の有無、提供する介護等の変更内容等について入居者及び身元引受人等に説明を行う</p> |                                                                                  |
| 追加的費用の有無                 | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | あり      2    なし                                                                  |
| 居室利用権の取扱い                | 住み替えた住戸に移行する。                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                  |
| 前払金償却の調整の有無              | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | あり      2    なし                                                                  |

|                  |        |                                       |    |                                              |    |
|------------------|--------|---------------------------------------|----|----------------------------------------------|----|
| 従前の居室との<br>仕様の変更 | 面積の増減  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 2                                            | なし |
|                  | 便所の変更  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 2                                            | なし |
|                  | 浴室の変更  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 2                                            | なし |
|                  | 洗面所の変更 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 2                                            | なし |
|                  | 台所の変更  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 2                                            | なし |
|                  | その他の変更 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | (変更内容)<br>一般居室から介護居室への住替えの場合<br>室内全体の仕様が異なる。 |    |
|                  |        | 2                                     | なし |                                              |    |

### (入居に関する要件)

|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                 |    |   |    |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---|----|
| 入居対象となる者<br>【表示事項】 | 自立している者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> 1                                                           | あり | 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               | <p>入居時、年齢が満 65 歳以上であること【二人入居の場合】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ご夫婦で入居の場合、どちらも満 65 歳以上であること。</li> <li>・ 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 65 歳以上であること。</li> </ul> <p>【介護棟居室】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> </ul> <p>【その他】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 入居後に管理費や食費、一般居室の光熱水費、当ホームの定める月額費用などを負担できる方。</li> <li>・ 健康保険に加入されている方。</li> <li>・ 身元引受人を立てることのできる方。</li> <li>・ 当ホームの運営趣旨をご理解いただき、ご協力を約束出来る方。</li> <li>・ その他ホームが認めた方。</li> </ul> |                                                                                                 |    |   |    |
| 契約の解除の内容           | <p>① 入居者をご逝去した場合（2 名の場合はどちらともご逝去した場合）</p> <p>② 入居者から契約の解除が行われた場合</p> <p>③ 事業者から契約解除が行われた場合</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                 |    |   |    |
| 事業主体から解約を求める場合     | 解約条項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <p>入居者の行動が、他の入居者また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</p> |    |   |    |

|              |                                                                       |         |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------|---------|
|              |                                                                       | ないとき、等。 |
|              | 解約予告期間                                                                | 30 日間   |
| 入居者からの解約予告期間 | 30 日間                                                                 |         |
| 体験入居の内容      | <div>1</div> あり（内容：一般 7,700 円/泊・朝夕食事付(税込)、介護 対応不可）<br><div>2</div> なし |         |
| 入居定員         | 198 名（うち、一般住戸 147 名、介護居室 51 名）                                        |         |
| その他          |                                                                       |         |

## 5. 職員体制【令和 5 年 7 月 1 日現在】

### （職種別の職員数）

|                                                                                                                                    | 職員数（実人数） |    |     | 常勤換算人数<br>※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                                                                                                                             | 47       | 34 | 13  | 41.42          |
| 介護職員                                                                                                                               | 36       | 26 | 10  | 31.84          |
| 看護職員                                                                                                                               | 11       | 8  | 3   | 9.58           |
| 機能訓練指導員                                                                                                                            | 9        | 9  | 0   | 9              |
| 計画作成担当者                                                                                                                            | 2        | 2  | 0   | 2              |
| 栄養士                                                                                                                                | 0        | 0  | 0   | 0              |
| 調理員                                                                                                                                | 0        | 0  | 0   | 0              |
| 事務員                                                                                                                                | 4        | 2  | 2   | 3.04           |
| 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                                                                                                          |          |    |     | 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。<br>※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 | 1  | 1  | 0   |
| 介護福祉士 | 23 | 20 | 3   |

|           |   |   |   |
|-----------|---|---|---|
| 実務者研修の修了者 | 1 | 0 | 1 |
| 初任者研修の修了者 | 7 | 4 | 3 |
| 介護支援専門員   | 4 | 4 | 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   | 11 | 8  | 3   |
| 理学療法士       | 0  | 0  | 0   |
| 作業療法士       | 0  | 0  | 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～ 9 時) |      |                 |  |
|-----------------------|------|-----------------|--|
|                       | 平均人数 | 最少時人数 (休憩者等を除く) |  |
| 看護職員                  | 1 人  | 1 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                                  | 契約上の職員配置比率※<br>【表示事項】              | a 1.5 : 1 以上<br>b 2 : 1 以上<br>c 2.5 : 1 以上<br>d 3 : 1 以上 |
|                                                                | 実際の配置比率<br>(記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数) | 1.4 : 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  |     | 2 なし    |     |         |     |   |
|                          | 業務に係る資格等      |     | 1 あり   |           |       |     |         |     |         |     |   |
|                          |               |     | 資格等の名称 |           | ヘルパー  |     |         |     |         |     |   |
|                          |               |     | 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              |               | 0   | 3      | 4         | 5     | 0   | 0       | 0   | 0       | 0   | 0 |
| 前年度1年間の退職者数              |               | 0   | 0      | 6         | 1     | 0   | 0       | 0   | 0       | 0   | 0 |
| 応じた業務に従事した経験年数に<br>職員の人数 | 1年未満          | 0   | 3      | 4         | 5     | 0   | 0       | 1   | 0       | 0   | 0 |
|                          | 1年以上<br>3年未満  | 3   | 0      | 1         | 0     | 1   | 0       | 3   | 0       | 0   | 0 |
|                          | 3年以上<br>5年未満  | 0   | 0      | 1         | 0     | 0   | 0       | 0   | 0       | 1   | 0 |
|                          | 5年以上<br>10年未満 | 4   | 0      | 7         | 3     | 0   | 0       | 4   | 0       | 1   | 0 |
|                          | 10年以上         | 1   | 0      | 13        | 2     | 0   | 0       | 1   | 0       | 0   | 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<br>【表示事項】              | 1 利用権方式<br>2 建物賃貸借方式<br>3 終身建物賃貸借方式                |                                         |
| 利用料金の支払い方式<br>【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<br>※該当する方式を全て選択                             | 1 全額前払い方式<br>2 一部前払い・一部月払い方式<br>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                                          |                                         |
| 入院等による不在時における<br>利用料金（月払い）の取扱い | 1 減額なし<br>2 日割り計算で減額<br>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                           | 条件                                                 | ホームが所在する自治体の消費者物価指数や人件費等を勘定し改定          |

|     |     |                      |
|-----|-----|----------------------|
| の改定 |     | することがある。             |
|     | 手続き | 入居者及び身元引受人等へ事前に通知する。 |

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

( 税 込 )

|         |                                             |            | プラン 1               |     | プラン 2                |   |              |   |   |   |
|---------|---------------------------------------------|------------|---------------------|-----|----------------------|---|--------------|---|---|---|
| 入居者の状況  |                                             | 要介護度       | 入居時自立               |     | 入居時要介護 1             |   |              |   |   |   |
|         |                                             | 年齢         | 80 歳                |     | 80 歳                 |   |              |   |   |   |
| 居室の状況   |                                             | 床面積        | 80.1 m <sup>2</sup> |     | 24.00 m <sup>2</sup> |   |              |   |   |   |
|         |                                             | 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 | 51,600,000 円         |   | 17,100,000 円 |   |   |   |
| 敷金      | 0 円                                         |            |                     | 0 円 |                      |   |              |   |   |   |
| 月額費用の合計 |                                             |            | 162,140 円           |     | 158,722 円            |   |              |   |   |   |
| 家賃      |                                             |            | 0 円                 |     | 0 円                  |   |              |   |   |   |
| サービス費用  | 特定施設入居者生活介護※ <sup>1</sup> の費用<br>(1 割負担の場合) |            | 0 円                 |     | 16,992 円             |   |              |   |   |   |
|         | 介護保険外<br>※ <sup>2</sup>                     | 食費         | 76,560 円            |     | 78,450 円             |   |              |   |   |   |
|         |                                             | 管理費        | (一人入居) 93,500 円     |     | 55,000 円             |   |              |   |   |   |
|         |                                             | 光熱水費       | 実費                  |     | 管理費に含む               |   |              |   |   |   |
|         |                                             | 消耗品費       | 実費                  |     | 16,500 円             |   |              |   |   |   |
|         |                                             | その他        |                     |     |                      |   |              |   |   |   |

※ 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                                                                                                                                     |
| 生活支援費 | 長期推計に基づき、要介護者等 3 人に対し週 40.0 時間換算で介護・看護職員を 2 人以上配置するための費用。<br>要支援者及び要介護者以外の入居者に対して、緊急、臨時的、又は、一時的に入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話に要する費用。 |

|                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 管理費                  | 介護棟居室内の光熱水費、共用施設の維持管理費・清掃費・光熱水費、介護職員以外の人件費、及び日常の健康管理等に要する費用に充当。                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 食費                   | <p>ダイニングレストランの安定運営のため、月の喫食額が 1 人あたり 23,500 円(税別)に満たない場合は、厨房維持費として差額を請求させていただきます。</p> <p>【健常棟】 朝食 594 円(税別 550 円)、昼食 748 円(税別 680 円)、夕食 1,210 円(税別 1,100 円)</p> <p>【介護棟】 朝食 594 円(税別 550 円)、昼食 748 円(税別 680 円)、夕食 1,155 円(税別 1,050 円)</p> <p>※介護棟でのおやつ代は別途 118 円／1 食(税別 110 円)が必要となります。</p> <p>※朝食・昼食・おやつについては軽減税率 8%、夕食その他の飲食及び食堂維持費については軽減税率対象外 10%です。</p> |
| 消耗品費                 | <p>介護棟で使用する、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 日あたり 550 円(税込)を請求する。</p> <p>月額 16,500 円(税込)／月(ひと月 30 日の場合)</p>                                                                                                                                                                                                                                     |
| 光熱水費                 | 介護棟居室内および共用施設の光熱水費は管理費に含まれる。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 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                       | 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</p> <p>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> |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                     |                 |                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                     |                 | <p>■生活支援費</p> <p>長期推計に基づき、要介護者等 3 人に対し週 40.0 時間換算で介護・看護職員を 2 人以上配置するための費用。</p> <p>要支援者及び要介護者以外の入居者に対して、緊急、臨時的、又は、一時的に入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話に要する費用。</p>                                                                          |
| 想定居住期間（償却年月数）                       |                 | <p>■入居一時金</p> <p>厚生労働省公表の簡易生命表を基に各年齢における想定居住期間を月数に換算。</p> <p>5 年(60 ヶ月) ～20 年 (240 ヶ月)</p> <p>■生活支援費</p> <p>5 年 (60 ヶ月)</p>                                                                                                                     |
| 償却の開始日                              |                 | 入居日の翌日                                                                                                                                                                                                                                          |
| 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</p> <p>入居一時金に初期償却率を乗じた金額。</p> <p>■生活支援費</p> <p>生活支援費に初期償却率を乗じた金額。</p>                                                                                                                                                                 |
| 初期償却率                               |                 | <p>■入居一時金 20%</p> <p>■生活支援費 20%</p>                                                                                                                                                                                                             |
| 返還金の算定方法                            | 入居後 3 月以内の契約終了  | <p>入居日の翌日から 3 月以内の契約解除の場合または死亡による契約終了の場合は、受領済みの前払金を全額返還します。ただし、利用期間に係る利用料を下記算定方法に基づき、受領します。</p> <p>（計算式）</p> <p>前払金×80%（未返還分を控除した比率）÷想定居住期間の月数÷30×（入居日から契約終了日までの実日数）</p> <p>※月払い利用料については、1 月を 30 日とした日割り精算をします。</p> <p>※必要な原状回復費用があれば受領します。</p> |
|                                     | 入居後 3 月を超えた契約終了 | <p>前払金の 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します。期間終了後は、返還金はなくなりますが、追加の入居金は不要です。</p>                                                                                                                                                 |

|             |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|             |                   | <p>■入居一時金</p> <p>(入居者が 1 人の場合であって契約が終了した場合)</p> <p>(入居者が 2 人の場合であって契約が終了した場合)</p> $\text{返還金} = \text{入居一時金} \times 80\% \times \frac{(\text{償却日数} - \text{経過日数})}{\text{償却日数}}$ <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> <p>返還金はありません。</p> <p>■生活支援費</p> $\text{返還金} = \text{生活支援費} \times 80\% \times \frac{(\text{償却日数} - \text{経過日数})}{\text{償却日数}}$ <p>※入居者が 2 人の場合は、それぞれに返還金が発生する。</p> |
| 前払金の<br>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【令和5年7月1日現在】

(入居者の人数)

|       |               |      |               |       |
|-------|---------------|------|---------------|-------|
| 性別    | 男性            | 36 人 | 女性            | 117 人 |
| 年齢別   | 65 歳未満        | 1 人  | 65 歳以上 75 歳未満 | 16 人  |
|       | 75 歳以上 85 歳未満 | 47 人 | 85 歳以上        | 83 人  |
| 要介護度別 | 自立            | 93 人 | 要支援 1         | 9 人   |
|       | 要支援 2         | 5 人  | 要介護 1         | 12 人  |
|       | 要介護 2         | 9 人  | 要介護 3         | 9 人   |
|       | 要介護 4         | 11 人 | 要介護 5         | 5 人   |
| 入居期間別 | 6 ヶ月未満        | 6 人  | 6 ヶ月以上 1 年未満  | 7 人   |
|       | 1 年以上 5 年未満   | 28 人 | 5 年以上 10 年未満  | 43 人  |
|       | 10 年以上 15 年未満 | 28 人 | 15 年以上        | 39 人  |

**(入居者の属性)**

|                                                 |        |
|-------------------------------------------------|--------|
| 平均年齢                                            | 84.8 歳 |
| 入居者数の合計                                         | 153 人  |
| 入居率※                                            | 77.2%  |
| ※ 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)**

|                                                         |            |                    |
|---------------------------------------------------------|------------|--------------------|
| 退去先別の人数                                                 | 自宅等        | 2 人                |
|                                                         | 他の有料老人ホーム  | 0 人                |
|                                                         | 介護保険施設（※）  | 0 人                |
|                                                         | その他の社会福祉施設 | 0 人                |
|                                                         | 医療機関       | 1 人                |
|                                                         | 死亡者        | 11 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） 自宅へ戻られるため |
| ※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)

|                |       |                       |
|----------------|-------|-----------------------|
| 窓口の名称 1        |       | ウィルマーク香椎浜 苦情相談窓口      |
| 電話番号           |       | 092-674-2918          |
| 対応している時間       | 平日    | 9 : 00～18 : 00        |
|                | 土曜    | 9 : 00～18 : 00        |
|                | 日曜・祝日 | 9 : 00～18 : 00        |
| 定休日            |       | なし                    |
| 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    | 8 : 30～17 : 00        |
|                | 土曜    |                       |
|                | 日曜・祝日 |                       |
| 定休日            |       | 土曜・日曜・祝日              |
| 窓口の名称 3        |       | 公益社団法人全国有料老人ホーム協会     |
| 電話番号           |       | 03-3272-3781 (代表)     |
| 対応している時間       | 平日    | 10 : 00～16 : 00       |
|                | 土曜    |                       |
|                | 日曜・祝日 |                       |
| 定休日            |       | 土曜・日曜・祝日              |
| 窓口の名称 4        |       | 福岡市東区福祉・介護保険課 介護サービス係 |
| 電話番号           |       | 092-645-1069          |
| 対応している時間       | 平日    | 9 : 00～17 : 00        |
|                | 土曜    |                       |
|                | 日曜・祝日 |                       |
| 定休日            |       | 土曜・日曜・祝日              |
| 高齢者虐待に関する行政の窓口 |       | 福岡市保健福祉局高齢社会部 事業者指導課  |
| 電話番号           |       | 092-711-4319          |
| 対応している時間       | 平日    | 9 : 00～17 : 00        |
|                | 土曜    |                       |
|                | 日曜・祝日 |                       |
| 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)<br>全国有料老人ホーム協会の賠償責任保険 |
|                               | 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) 事故対応マニュアルに基づく         |
|                               | 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    | 意見箱常設                                              |
|                                  |                                          | 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                    | 1 あり                                     | 実施日    |                                                    |
|                                  |                                          | 評価機関名称 |                                                    |
|                                  |                                          | 結果の開示  | 1 あり      2 なし                                     |
|                                  | <input checked="" type="checkbox"/> 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                                     |
|          | <input checked="" type="checkbox"/> 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                                     |
|          | <input checked="" type="checkbox"/> 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                                     |
|          | <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない  |
| 財務諸表の要旨  | <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                                      |
| 財務諸表の原本  | 1 入居希望者に公開                                     |
|          | 2 入居希望者に交付                                     |
|          | <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない  |

# 10. その他

|                                                  |                                       |                                                              |              |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------|
| 運営懇談会                                            | <input checked="" 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<br>【表示事項】                              | <input type="checkbox"/> 1            | あり (提携ホーム名: )                                                |              |
|                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | なし                                                           |              |
| 有料老人ホーム設置時の老人<br>福祉法第 29 条第 1 項に規定<br>する届出       | <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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<br>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                         |                                       |                                                              |              |
| 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

※ \_\_\_\_\_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 | アビタシオン博多ⅠⅡ | 福岡市博多区金の隈3-23-1                 |
|                      |    |    | アビタシオン博多Ⅲ  | 福岡市博多区金の隈3-23-3                 |
|                      |    |    | アビタシオン浄水   | 福岡市中央区薬院4-1-26<br>薬院大通センタービル式番館 |
| 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 | アビタシオン博多ⅠⅡ | 福岡市博多区金の隈3-23-10                |
|                      |    |    | アビタシオン博多Ⅲ  | 福岡市博多区金の隈3-23-30                |
|                      |    |    | アビタシオン浄水   | 福岡市中央区薬院4-1-26<br>薬院大通センタービル式番館 |
| 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 |  |  |
| 介護医療院     | 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】

介護棟入居者

|                  | 特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス<br>(利用者一部負担※1) |    | 個別の利用料で、実施するサービス<br>(利用者が全額負担) |    |      |      | 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 | 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 | なし                             | あり |      |      |                              | 消耗品費含む                             |  |
| 入浴（一般浴）介助・清拭     | なし                                    | あり | なし                             | あり |      | ○    | 入浴：440円/10分毎<br>清拭：440円/10分毎 | 週2回まで実施、週3回以上は有料<br>(※入浴不可時に清拭を実施) |  |
| 特浴介助             | なし                                    | あり | なし                             | あり |      | ○    | 同上                           | 同上                                 |  |
| 身辺介助（移動・着替え等）    | 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 |      |      |                              | 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 |      |      |                              | 必要に応じ実施、交通費実費                      |  |
| 通院介助（協力医療機関以外）   | なし                                    | あり | なし                             | あり |      | ○    | 440円/10分毎                    | 交通費実費                              |  |
| 生活サービス           |                                       |    |                                |    |      |      |                              |                                    |  |
| 居室清掃             | なし                                    | あり | なし                             | あり |      | ○    | 440円/10分毎<br>(スタッフ1人あたり)     | 週1回実施、週2回以上は有料                     |  |
| リネン交換            | なし                                    | あり | なし                             | あり |      |      |                              | 週1回実施、但し汚れた時は随時交換                  |  |
| 日常の洗濯            | 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 |      |      |                              | 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 |      | ○    |                              | 実費負担                               |  |
| おやつ              | なし                                    | あり | なし                             | あり |      |      |                              | 毎日実施（1日食費内）                        |  |
| 理美容師による理美容サービス   | 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 |      |      |                              | 週1回実施（指定店舗のみ）                      |  |
| 買い物代行（上記以外の区域）   | なし                                    | あり | なし                             | あり |      |      |                              | 実施しない                              |  |
| 役所手続き代行          | なし                                    | あり | なし                             | あり |      | ○    | 2,640円/1件                    | 介護保険・医療保険・障害<br>等を除く行政手続代行         |  |
| 金銭・貯金管理          | なし                                    | あり | なし                             | あり |      |      |                              | 実施しない                              |  |
| 健康管理サービス         |                                       |    |                                |    |      |      |                              |                                    |  |
| 定期健康診断           | なし                                    | あり | なし                             | あり |      |      |                              | 年2回実施（生活支援費内）                      |  |
| 健康相談             | なし                                    | あり | なし                             | あり |      |      |                              | 必要に応じ実施（生活支援費内）                    |  |
| 生活指導・栄養指導        | なし                                    | あり | なし                             | あり |      |      |                              | 必要に応じ実施（生活支援費内）                    |  |
| 服薬支援             | なし                                    | あり | なし                             | あり |      |      |                              | 随時実施（生活支援費内）、薬代実費負担                |  |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等） | なし                                    | あり | なし                             | あり |      |      |                              | 随時実施（生活支援費内）                       |  |

|                   |    |    |    |    |  |   |             |                       |
|-------------------|----|----|----|----|--|---|-------------|-----------------------|
| 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 |  |   |             | 必要に応じ実施（生活支援費内）、交通費実費 |
| 入退院時の同行（協力医療機関）   | なし | あり | なし | あり |  |   |             | 必要に応じ実施（生活支援費内）、交通費実費 |
| 入退院時の同行（協力医療機関以外） | なし | あり | なし | あり |  | ○ | 440 円/10 分毎 | 交通費実費                 |
| 入院中の洗濯物交換・買い物     | なし | あり | なし | あり |  | ○ | 440 円/10 分毎 | 交通費実費                 |
| 入院中の見舞い訪問         | なし | あり | なし | あり |  | ○ | 440 円/10 分毎 | 交通費実費                 |
| その他のサービス※4        |    |    |    |    |  |   |             |                       |

料金は消費税 10% 込表示

※ 1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1 割～3 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、月額の利用サービス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【介護付有料老人ホーム】

健康棟要支援・要介護者、一時的介護サービス等

|                  | 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） |    | 包含※2 |      |                              | 備考                                                |
|------------------|-----------------------------------|----|----------------------------|----|------|------|------------------------------|---------------------------------------------------|
|                  |                                   |    |                            |    | 都度※2 | 料金※3 |                              |                                                   |
| 介護サービス           |                                   |    |                            |    |      |      |                              |                                                   |
| 食事介助             | 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 |      |      |                              | 必要に応じ実施                                           |
| おむつ代             |                                   |    | 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 |      | ○    | 入浴：440円/10分毎<br>清拭：440円/10分毎 | 週2回まで実施、週3回以上は有料<br>（※入浴不可時に清拭を実施）                |
| 特浴介助             | なし                                | あり | なし                         | あり |      | ○    | 同上                           | 同上                                                |
| 身辺介助（移動・着替え等）    | 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 |      |      |                              | 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 |      |      |                              | 必要に応じ実施、交通費実費                                     |
| 通院介助（協力医療機関以外）   | なし                                | あり | なし                         | あり |      | ○    | 440円/10分毎                    | 交通費実費                                             |
| 生活サービス           |                                   |    |                            |    |      |      |                              |                                                   |
| 居室清掃             | なし                                | あり | なし                         | あり |      | ○    | 440円/10分毎<br>（スタッフ1人あたり）     | 週1回実施、週2回以上は有料<br>自立者は有料                          |
| リネン交換            | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |                              | 要介護者（介護居室のみ）に対し必要に応じ実施<br>自立者は介護居室一時利用時に限り必要に応じ実施 |
| 日常の洗濯            | なし                                | あり | なし                         | あり |      | ○    | 440円/10分毎                    | 週1回まで実施（生活支援費内）、2回以上は別途有料                         |
| 居室配膳・下膳          | 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 |      | ○    |                              | 実費負担                                              |
| おやつ              |                                   |    | なし                         | あり |      |      |                              | 介護居室一時利用時のみ提供                                     |
| 理美容師による理美容サービス   |                                   |    | 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 |      | ○    | 1,100円/回                     | 週1回のみ実施（指定店舗のみ）<br>自立者：有料                         |
| 買い物代行（上記以外の区域）   | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |                              | 実施しない                                             |
| 役所手続き代行          | なし                                | あり | なし                         | あり |      | ○    | 2,640円/回                     | 有料                                                |
| 金銭・貯金管理          |                                   |    | なし                         | あり |      |      |                              | 実施しない                                             |
| 健康管理サービス         |                                   |    |                            |    |      |      |                              |                                                   |
| 定期健康診断           |                                   |    | なし                         | あり |      |      |                              | 年2回実施（管理費内）                                       |
| 健康相談             | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |                              | 必要に応じ実施（生活支援費内）                                   |
| 生活指導・栄養指導        | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |                              | 必要に応じ実施（生活支援費内）                                   |
| 服薬支援             | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |                              | 随時実施（生活支援費内）、薬代実費負担                               |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等） | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |                              | 随時実施（生活支援費内）                                      |

|                   |    |    |    |    |   |              |                 |
|-------------------|----|----|----|----|---|--------------|-----------------|
| 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 |   |              | 必要に応じ実施（生活支援費内） |
| 入退院時の同行（協力医療機関）   | なし | あり | なし | あり |   |              | 必要に応じ実施（生活支援費内） |
| 入退院時の同行（協力医療機関以外） | なし | あり | なし | あり | ○ | 440 円/10 分 毎 | 交通費実費           |
| 入院中の洗濯物交換・買い物     | なし | あり | なし | あり | ○ | 440 円/10 分 毎 | 交通費実費           |
| 入院中の見舞い訪問         | なし | あり | なし | あり |   | 440 円/10 分 毎 | 交通費実費           |
| その他のサービス※4        |    |    |    |    |   |              |                 |

料金は消費税 10% 込表示

※ 1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1 割～3 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。