

【別紙様式】

## 重要事項説明書

記入年月日	2025年12月19日
記入者名	松尾 加代子
所属・職名	施設長

### 1. 事業主体概要

種類	個人 / <input checked="" type="checkbox"/> 法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃ あびたしおん 株式会社 アビタシオン	
法人番号	9290001013823	
主たる事務所の所在地	〒812-0863 福岡県福岡市博多区金の隈3丁目23番10号	
連絡先	電話番号	092-272-1165
	FAX番号	092-272-4165
	メールアドレス	info@habitation.co.jp
	ホームページアドレス	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	1982年 8月 10日	
主な実施事業	※別添1 (事業主体が福岡市内で実施する他の介護サービス一覧表)	

## 2. 有料老人ホーム事業の概要

### (住まいの概要)

名称	(ふりがな) あびたしおん はかた さんごうかん アビタシオン博多Ⅲ号館	
所在地	〒812-0863 福岡市博多区金の隈3丁目23番30号	
主な利用交通手段	最寄駅	西鉄バス「金隈病院入口」停
	交通手段と所要時間	① 西鉄大牟田線「桜並木」駅より2.3km (車で10分) ② 西鉄バス「金隈病院入口」停より300m (徒歩4分) ③ 福岡空港より6km(車で10分) ④ JR南福岡駅より3.5km(車で12分) ⑤ JR博多駅より9km(車で25分)
連絡先	電話番号	092-503-4483
	FAX番号	092-503-4498
	ホームページアドレス	<a href="https://www.habitation.co.jp/hakata/">https://www.habitation.co.jp/hakata/</a>
管理者	氏名	松尾 加代子
	職名	施設長
建物の竣工日		Ⅲ号館：2003年10月22日
有料老人ホーム事業の開始日		Ⅲ号館：2003年10月22日

### (類型)【表示事項】

<input type="checkbox"/> 1 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合） <input type="checkbox"/> 2 介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合） <input type="checkbox"/> 3 住宅型 <input type="checkbox"/> 4 健康型			
1又は2に 該当する場 合	介護保険事業者番号	特定施設入居者生活介護	福岡市指定 4070901345号
		介護予防特定施設入居者生活介護	福岡市指定 4070901345号
	指定した自治体名	福岡市	
	事業所の指定日	2003年10月22日	
	指定の更新日（直近）	2021年10月22日	

### 3. 建物概要

土地	敷地面積	1,668.00 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 (2013年12月20日～2033年12月20日)		
	2 なし				
	契約の自動更新	1 あり	2 なし		
建物	延床面積	全体	2,442.11 m <sup>2</sup> (地上3階建)		
		うち、老人ホーム部分	2,442.11 m <sup>2</sup>		
	耐火構造	1 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他 ( )			
	構造	1 鉄筋コンクリート造 2 鉄骨造 3 木造 4 その他 ( )			
	所有関係	1 事業者が自ら所有する建物			
		2 事業者が賃借する建物			
		抵当権の設定	1 あり	2 なし	
契約期間		1 あり (2013年12月20日～2033年12月20日)			
	2 なし				
	契約の自動更新	1 あり	2 なし		
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室			
		2 相部屋あり			
		最少	人部屋		
	最大	人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数
タイプ1	有/無	有/無	18.00～ 18.83 m <sup>2</sup>	50	介護居室個室
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。					
共用施設	共用便所における便房	7ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	4ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房	3ヶ所	
	共用浴室	6ヶ所	個室	4ヶ所	
			大浴場	2ヶ所	

	共用浴室における介護浴槽	2ヶ所	チェアー浴	0ヶ所
			リフト浴	1ヶ所
			ストレッチャー浴	1ヶ所
			その他（ ）	0ヶ所
	食堂	<input checked="" type="checkbox"/> あり      2 なし		
入居者や家族が利用できる調理設備	1 あり（LDダイルーム又は居室内を使用） <input checked="" type="checkbox"/> なし			
エレベーター	1 あり（車椅子対応） <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり      2 なし		
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり      2 なし		
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり      2 なし		
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> あり      2 なし		
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> あり      2 なし		
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> あり      2 なし		
緊急通報装置等	居室	<input checked="" type="checkbox"/> 全ての居室にあり    2 一部居室にあり    3 なし		
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 全ての便所にあり    2 一部便所にあり    3 なし		
	浴室	<input checked="" type="checkbox"/> 全ての浴室にあり    2 一部浴室にあり    3 なし		
その他	1階 ロビー、機能訓練室 2階 LDダイルーム×3、浴室×1 3階 LDダイルーム×3、浴室×1 屋上 屋上広場			

#### 4. サービスの内容

##### （全体の方針）

運営に関する方針	一人ひとりにジャストサービス		
サービスの提供内容に関する特色	自立支援を最大の目的とした介護サービスを提供する。		
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施	2 委託	3 なし
食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施	2 委託	3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施（一部）	<input checked="" type="checkbox"/> 委託（一部）	3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 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"/> 自ら実施	2 委託	3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施	2 委託	3 なし

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

特定施設入居者生活介護 の加算の対象となるサー ビスの体制の有無	入居継続支援加算	(I)	1	あり	2	なし	
		(II)	1	あり	2	なし	
	生活機能向上連携加算	(I)	1	あり	2	なし	
		(II)	1	あり	2	なし	
	ADL 維持等加算	(I)	1	あり	2	なし	
		(II)	1	あり	2	なし	
	個別機能訓練加算	(I)	1	あり	2	なし	
		(II)	1	あり	2	なし	
	夜間看護体制加算	(I)	1	あり	2	なし	
		(II)	1	あり	2	なし	
	協力医療機関連携加算	(I)	1	あり	2	なし	
		(II)	1	あり	2	なし	
	若年性認知症入居者受入加算			1	あり	2	なし
	口腔・栄養スクリーニング加算			1	あり	2	なし
	科学的介護推進体制加算			1	あり	2	なし
	退院・退所時連携加算			1	あり	2	なし
	退居時情報提供加算			1	あり	2	なし
	看取り介護加算	(I)	1	あり	2	なし	
		(II)	1	あり	2	なし	
	認知症専門ケア加算	(I)	1	あり	2	なし	
		(II)	1	あり	2	なし	
	高齢者施設等感染対策向上	(I)	1	あり	2	なし	
		(II)	1	あり	2	なし	
	新興感染症等施設療養費			1	あり	2	なし
	生産性向上推進体制加算	(I)	1	あり	2	なし	
		(II)	1	あり	2	なし	
	サービス提供体制強化加算	(I)	1	あり	2	なし	
		(II)	1	あり	2	なし	
		(III)	1	あり	2	なし	
	身体拘束廃止未実施減算			1	あり	2	なし
高齢者虐待防止措置未実施減算			1	あり	2	なし	
業務継続計画 (BCP) 未策定事業所減算			1	あり	2	なし	
介護職員等処遇改善加算	(I)	1	あり	2	なし		
	(II)	1	あり	2	なし		
	(III)	1	あり	2	なし		
	(IV)	1	あり	2	なし		

人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	<input type="checkbox"/> 1 あり	(介護・看護職員の配置率) 1.5 : 1 以上
	<input type="checkbox"/> 2 なし	

**(医療連携の内容)**

医療支援 ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 1 救急車の手配				
	<input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い				
	<input type="checkbox"/> 3 通院介助				
	<input type="checkbox"/> 4 その他 ( 訪問診療医の確保 )				
協力医療機関	1	名称	医療法人健康長寿会 薬院浄水クリニック		
		住所	福岡県福岡市中央区薬院 4-10-40 (当ホームから 10.3 km)		
		診療科目	内科・循環器科・呼吸器科・消化器科・アレルギー科		
		協力科目	・入居者が診療・治療等を要する場合の受入れ ・他の医療機関等にて診察・入院等が必要になった場合の紹介、斡旋 ・往診・訪問診療 ※医療費その他の費用は入居者の自己負担		
		協力内容	入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
			診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	2	名称	中道眼科クリニック		
		住所	福岡県糟屋郡宇美町大字宇美 4-1-3 (当ホームから 5 km)		
		診療科目	眼科		
		協力内容	・入居者が診療・治療等を要する場合の受入れ ・他の医療機関等にて診察・入院等が必要になった場合の紹介、斡旋 ・訪問診療 ※医療費その他の費用は入居者の自己負担		
		協力内容	入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
			診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	3	名称	樋口皮膚泌尿器科医院		
		住所	福岡県春日市春日原北町 3-39		
		診療科目	皮膚科 泌尿器科		
協力内容		・入居者が診療・治療等を要する場合の受入れ ・他の医療機関等にて診察・入院等が必要になった場合の紹介、斡旋 ※医療費その他の費用は入居者の自己負担			
協力内容		入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
		診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	

4	名称	医療法人相生会 金隈病院		
	住所	福岡県福岡市博多区金隈 3-24-16 (当ホームから 50m)		
	診療科目	内科・リハビリテーション科・歯科		
	協力内容	・入居者が診療・治療等を要する場合の受入れ ・他の医療機関等にて診察・入院等が必要になった場合の紹介、斡旋 ※医療費その他の費用は入居者の自己負担		
	協力内容	入所者の病状の急変時等において 相談対応を行う体制を常時確保	1	あり 2 なし
		診療の求めがあった場合において 診療を行う体制を常時確保	1	あり 2 なし
	新興感染症発生時 に対応を行う医療 機関との連携	1		あり
医療機関の 名称		医療法人健康長寿会 薬院浄水クリニック		
医療機関の 住所		福岡県福岡市中央区薬院 4-10-40		
2		なし		
協力歯科医療機関	名称	医療法人翔生会 山口こうたろう歯科医院		
	住所	福岡県福岡市早良区南庄 5 丁目 11-15		
	協力内容	歯科往診・訪問診療 ※医療費その他の費用は入居者の自己負担		

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	1 あり	2 なし
	要支援の者	1 あり	2 なし
	要介護の者	1 あり	2 なし
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入居時、年齢が満 65 歳以上であること。</li> <li>・公的介護保険制度における「要支援 1」以上の認定を受けていること。</li> <li>・健康保険に加入されていること。</li> <li>・身元引受人、連帯保証人、返還金受取人をたてられること。(身元引受人、連帯保証人、返還金受取人がいない場合はご相談に応じます。)</li> <li>・その他ホームが認めた方であること。</li> </ul>		
契約の解除の内容	① 入居者が死亡した場合 ② 入居者、又は事業者から解約した場合		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第 26 条	
	解約予告期間	30 日間	
入居者からの解約予告期間	30 日間		
入居定員	50 人		
体験入居の内容	1 あり	2 なし	
その他			

5. 職員体制 【2025年8月1日現在】

※有料老人ホームの職員について記載すること（同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません）。

（職種別の職員数）

	職員数（実人数）			常勤換算人数 <sup>※1※2</sup>
	合計			
		常勤	非常勤	
管理者	1	1	0	0.5
生活相談員	1	1	0	1
直接処遇職員	34	26	8	29.84
介護職員	24	17	7	19.89
看護職員	10	9	1	9.95
機能訓練指導員	1	1	0	1
計画作成担当者	1	1	0	1
栄養士	0	0	0	0
調理員	0	0	0	0
事務員	0	0	0	0
その他職員	0	0	0	0
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 <sup>※2</sup>				38.75時間
※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。				
※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。				

（資格を有している介護職員の人数）

	合計		
		常勤	非常勤
社会福祉士	1	1	0
介護福祉士	14	7	7
実務者研修の修了者	4	4	0
初任者研修の修了者	5	5	0
介護支援専門員	1	1	0

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計		
		常勤	非常勤
看護師又は准看護師	0	0	0
理学療法士	0	0	0
作業療法士	1	1	0
言語聴覚士	0	0	0
柔道整復士	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0
はり師	0	0	0
きゅう師	0	0	0

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 ( 16時30分 ~ 翌9時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	1人	0人
介護職員	3人	2人

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	契約上の職員配置比率*	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 d 3 : 1 以上
	【表示事項】 実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数)	1.3 : 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		正看護師						
			2 なし								
	看護職員		介護職員		生活相談員		機能訓練指導員		計画作成担当者		
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	
前年度1年間の採用者数	4	0	3	1	0	0	0	0	1	0	
前年度1年間の退職者数	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	
応じた業務に従事した職員の人数 業務に従事した経験年数に	1年未満	0	0	2	6	0	0	0	0	0	
	1年以上	1	0	2	0	1	0	0	0	0	
	3年未満										
	3年以上	0	0	3	0	0	0	0	0	0	
	5年未満										
	5年以上	1	0	3	0	0	0	0	0	0	
	10年未満										
10年以上	7	1	7	0	0	0	1	0	1	0	
従業者の健康診断の実施状況				1 あり		2 なし					

6. 利用料金 (利用料金の支払い方法)

居住の権利形態 【表示事項】	1 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式
利用料金の支払い方式 【表示事項】	1 全額前払い方式
	2 一部前払い・一部月払い方式
	3 月払い方式
	4 選択方式 ※該当する方式を全て選択
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利用料金(月払い)の取扱い	1 減額なし 2 日割り計算で減額(食費のみ。ただし固定費相当額を請求) 3 胃ろうや入院(3ヶ月以降)など、長期にわたり食事をとることができない場合に限り、請求しない(食費のみ)

利用料金の改定	条件	改定にあたっては、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案し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	要介護3	要介護3
	年齢	65歳以上	65歳以上
居室の状況	床面積	18.00㎡	18.00㎡
	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	9,150,000円	0円
	敷金	0円	270,000円
月額費用の合計		189,807円	311,807円
家賃		0円	45,000円
サービス費用	特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用		21,287円
	介護保険外 <sup>※2</sup>	食費	64,020円
		管理費	82,500円
		生活支援費	0円
		光熱水費	22,000円
その他		円	

※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。

※2 有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない）

**(利用料金の算定根拠)**

費目	算定根拠
家賃	借地料、建設費、借入利息等を基礎とし、平均余命等を勘案した想定居住期間の家賃相当額。
敷金	家賃の 6 ヶ月分
生活支援費	長期推計に基づき、要介護者等 1.5 人に対し週 38.75 時間換算で介護・看護職員を 1 人以上配置するための費用。 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	事務・管理部門の人件費および事務費、日常生活支援サービスに係る人件費、共用施設等の維持管理、健康相談及び定期健康診断費用。
食費	朝食：442 円(税込) 昼食：691 円(税込) 夕食：1,001 円(税込) 喫食分を請求する。月の喫食額が 22,000 円(税込)に満たない場合は、固定費相当として 22,000 円(税込)を請求。 なお、上記の料金プランは、「1 日 3 食 30 日喫食」した場合の金額。 ※朝食・昼食については軽減税率対象 8%、夕食その他の飲食及び固定費相当については軽減税率対象外 10%です。
光熱水費	消耗品費に含む
消耗品費	介護居室で使用する水光熱費、介護に必要なオムツ代・リネン一式代、洗濯用洗剤代。 目的施設を利用した日数分費用として 1 日当たり 733 円(税込)を請求する。 月額 22,000 円(税込) / 月 (ひと月 30 日の場合)
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 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 長期推計に基づき、要介護者等 1.5 人に対し週 38.75 時間換算で介護・看護職員を 1 人以上配置するための費用として、介護保険給付及び利用者負担によって賄えない額に充当するものとして合理的な積算根拠に基づく。</p>
想定居住期間 (償却年月数)	<p>■入居一時金 5年(60ヶ月)</p> <p>■生活支援費 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 入居一時金に初期償却率を乗じた金額。</p> <p>■生活支援費 生活支援費に初期償却率を乗じた金額。</p>
初期償却率	■入居一時金 20% ■生活支援費 20%
返還金の算定方法	<p>入居後 3 月以内の契約終了</p> <p>入居日の翌日から三月以内の契約解除の場合は又は死亡による契約終了の場合は、受領済みの前払金を全額返金する。ただし、利用期間に係る利用料を下記算定方法に基づき受領する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・算定方法 前払金×0.8÷想定居住期間÷30×入居日から契約終了日までの実日数</li> <li>・「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費用」は、全額返金する。</li> </ul> <p>※月払い利用料については日割り計算を行う。 ※必要な原状回復費用があれば受領する。</p>
	<p>入居後 3 月を超えた契約終了</p> <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する。期間終了後は、返還金はなくなるが、追加の入居金は不要。</p>

		<p>■入居一時金</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>■生活支援費</p> $\text{返還金} = \text{生活支援費} \times 80\% \times \frac{(\text{償却日数} - \text{経過日数})}{\text{償却日数}}$
前払金の 保全先	1 連帯保証を行う銀行等の 名称	
	2 信託契約を行う信託会社 等の名称	
	3 保証保険を行う保険会社 の名称	
	<input type="checkbox"/> 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【2025年11月1日現在】

### (入居者の人数)

性別	男性	10人
	女性	34人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	0人
	75歳以上 85歳未満	9人
	85歳以上	35人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	0人
	要支援2	0人
	要介護1	8人
	要介護2	11人
	要介護3	7人
	要介護4	7人
	要介護5	11人
入居期間別	6ヶ月未満	11人
	6ヶ月以上1年未満	5人
	1年以上5年未満	21人
	5年以上10年未満	6人
	10年以上15年未満	0人
	15年以上	1人

### (入居者の属性)

平均年齢	90.4歳
入居者数の合計	44人
入居率*	88%
※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	0人
	社会福祉施設	0人
	医療機関	0人
	死亡者	19人
	その他	0人

生前解約の状況	施設側の申し出	0人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	0人
		(解約事由の例)

## 8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況) ※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

窓口の名称 1		苦情相談窓口及び意見箱 担当：松尾 加代子
電話番号		092-503-4480
対応している時間	平日	午前 8 時 45 分～午後 5 時 30 分
	土曜	午前 8 時 45 分～午後 5 時 30 分
	日曜・祝日	午前 8 時 45 分～午後 5 時 30 分
定休日		なし
窓口の名称 2		福岡市博多区福祉・介護保険課
電話番号		092-419-1078
対応している時間	平日	午前 8 時 45 分～午後 6 時
	土曜	休
	日曜・祝日	休
定休日		土曜・日曜・祝日・年末年始
窓口の名称 3		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	午前 9 時～午後 5 時
	土曜	休
	日曜・祝日	休
定休日		土曜・日曜・祝日・年末年始
窓口の名称 4 (虐待通報窓口)		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	午前 8 時 45 分～午後 6 時
	土曜	休
	日曜・祝日	休
定休日		土曜・日曜・祝日・年末年始

(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) 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	意見箱設置により随時実施
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 なし
2 なし			
第三者による評価の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	2011年12月6日
		評価機関名称	株式会社アーバンマトリックス
		結果の開示	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
2 なし			

9. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	1 入居希望者に公開 <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"/> あり	(開催頻度) 年 2 回				
	2 なし					
	<input type="checkbox"/> 1 代替措置あり	(内容)				
	2 代替措置なし					
高齢者虐待防止のための取組の状況	高齢者虐待防止対策検討委員会の定期的な開催	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし			
	指針の整備	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし			
	研修の定期的な実施	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし			
	担当者の配置	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし			
身体的拘束等廃止のための取組の状況	身体拘束適正化委員会の開催	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし			
	指針の整備	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし			
	研修の実施	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし			
	緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為(身体的拘束)	1 あり				
		1 ありの場合	<table border="1"> <tr> <td>身体的拘束を行う場合の態様、及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録</td> <td>1 あり</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2 なし</td> </tr> </table>	身体的拘束を行う場合の態様、及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録	1 あり	
	身体的拘束を行う場合の態様、及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録	1 あり				
	2 なし					
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし					
業務継続計画の策定状況等	感染症に関する業務継続計画 (BCP)	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし			
	災害に関する業務継続計画 (BCP)	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし			
	従業員に対する周知の実施	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし			
	定期的な研修の実施	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし			
	定期的な訓練の実施	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし			
	定期的な見直し	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし			
提携ホームへの移行 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし					
有料老人ホーム設置時の老人福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 なし 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要					

高齢者の居住の安定確保に関する法律第 5 条第 1 項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録	1 あり <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	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 の場合等の特例」への適合性	1 適合している（代替措置） 2 適合している（将来の改善計画） 3 適合していない
福岡市有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	
不適合事項がある場合の内容	

添付書類：別添 1（事業主体が福岡市内で実施する他の介護サービス一覧表）  
別添 2-1（提供するサービスの一覧表【介護付有料老人ホーム】）

※ \_\_\_\_\_ 様

説明年月日（西暦） 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
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>				
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号館 アビタシオン浄水 ウィルマーク香椎浜	福岡市博多区金の隈3-23-10 福岡市中央区薬院4-1-26 薬院大通センタービル式番館 福岡市東区香椎浜3-2-1
福祉用具貸与	あり	なし		
特定福祉用具販売	あり	なし		
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>				
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		
地域密着型通所介護	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		
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>				
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号館 アビタシオン浄水 ウィルマーク香椎浜	福岡市博多区金の隈3-23-10 福岡市中央区薬院4-1-26 薬院大通センタービル式番館 福岡市東区香椎浜3-2-1
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		
<b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b>				
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		
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>				
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		
<b>&lt;介護予防・日常生活支援総合事業&gt;</b>				
訪問型サービス	あり	なし		
通所型サービス	あり	なし		
その他生活支援サービス	あり	なし		

別添 2-1

提供するサービスの一覧表【介護付有料老人ホーム】

	特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス (利用者一部負担※1)		個別の利用料で、実施するサービス (利用者が全額負担)		包含※2	都度※2	料金(税込)※3	備考
	なし	あり	なし	あり				
<b>介護サービス</b>								
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	○	○	右記	【一般居室】実費負担【介護居室】消耗品費に含む
入浴(一般浴)介助・清拭	なし	あり	なし	あり	○	○	330円/10分	料金は基準(週2回)を超える実施
特浴介助	なし	あり	なし	あり	○	○	330円/10分	料金は基準(週2回)を超える実施
身辺介助(移動・着替え等)	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
通院介助(協力医療機関以外)	なし	あり	なし	あり	○	○	330円/10分	交通費実費負担
口腔衛生管理	なし	あり	なし	あり				必要に応じ実施
<b>生活サービス</b>								
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○			必要に応じ実施/清掃スタッフによる月2回の清掃
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○			必要に応じ実施
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		○		実費負担
おやつ			なし	あり		○		実費負担
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	○			必要に応じ実施 アピタシオン売店 週1回 新生堂薬局配達
買い物代行(上記以外の区域)	なし	あり	なし	あり	○	○	330円/10分	交通費実費負担
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	○			必要に応じ実施
金銭・貯金管理			なし	あり	○			必要に応じ実施
<b>健康管理サービス</b>								
定期健康診断			なし	あり	○			年2回実施(管理費に含む)
健康相談	なし	あり	なし	あり	○			必要に応じ適宜実施
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○			必要に応じ適宜実施
服薬支援	なし	あり	なし	あり	○			必要に応じ実施
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	なし	あり	なし	あり	○			必要に応じ実施
<b>入退院時・入院中のサービス</b>								
移送サービス	なし	あり	なし	あり				実施していない
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
入退院時の同行(協力医療機関以外)	なし	あり	なし	あり	○	右記	右記	福岡徳州会病院は必要に応じ実施 その他の医療機関は330円/10分 交通費実費負担
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり	○	○	右記	洗濯:1回330円 買い物:330円/10分
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり	○	○	330円/10分	交通費実費負担
<b>その他のサービス※4</b>								