

(別 紙)

別紙様式

重要事項説明書

		記入年月目	平成26年7月1日
記入者名	藤間 昌子	所属・職名	介護付有料老人ホーム アクラス五条施設長

1. 事業主体概要

事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先

事業主体の名称	法人等の種類	なし	(あり)	株式会社
	名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃ せいしん 株式会社 誠心		
事業主体の主たる 事務所の所在地	〒818-0125	福岡県太宰府市五条2-18-45		
事業主体の連絡先	電話番号	092-921-7717		
	FAX番号	092-921-8000		
	ホームページ アドレス	なし		
		あり: http://aclass-seishin.jp/		
事業主体の代表者の 氏名及び職名	氏名	吉 松 泰 子		
	職名	代表取締役		
事業主体の設立年月日	平成17年9月1日			

事業主体が当該都道府県内で実施する他の介護サービス					
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	訪問介護事業所 ウイング	福岡県太宰府市五条2－18－16	
訪問入浴介護	あり	なし			
訪問看護	あり	なし	アクラス訪問看護ステーション	福岡県太宰府市五条2－18－16	
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	デイサービスアクラスサロン	福岡県太宰府市五条2－18－45	
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	介護付有料老人ホームアクラス五条	福岡県太宰府市五条2－18－45	
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＞					
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			
居宅介護支援	あり	なし	アクラスケアプランサービス	福岡県太宰府市五条2－18－16	
＜居宅介護予防サービス＞					
介護予防訪問介護	あり	なし	訪問介護事業所 ウイング	福岡県太宰府市五条2－18－16	
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	アクラス訪問看護ステーション	福岡県太宰府市五条2－18－16	
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			
介護予防通所介護	あり	なし	デイサービスアクラスサロン	福岡県太宰府市五条2－18－45	
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	介護付有料老人ホームアクラス五条	福岡県太宰府市五条2－18－45	
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	アクラスケアプランサービス	福岡県太宰府市五条2－18－16	
＜地域密着型介護予防サービス＞					
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			

2. 施設概要

施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先		
施設の名称	(ふりがな) かいごつきゆうりょうろうじんほーむ あくらすごじょう 介護付有料老人ホーム アクラス五条	
施設の所在地	〒818-0125 福岡県太宰府市五条2-18-45	
施設の連絡先	電話番号	092-921-7717
	FAX番号	092-921-8000
	ホームページアドレス	なし
		あり: http://aclass-seishin.jp/
施設の開設年月日		平成17年9月1日 (老人福祉法第30条第1項の規定に基づく県知事への届出年月日: 平成17年8月10日)
施設の管理者の氏名及び職名	氏名	藤間 昌子
	職名	施設長
施設までの主な利用交通手段		
西鉄電車 五条駅より徒歩10分(850m)、西鉄バス五条バス停より徒歩10分(850m)		
施設の類型及び表示事項	●類型: 特定施設入居者生活介護 ●居住の権利形態: 利用権方式 ●利用料の支払い方式: 月払い方式と一時金方式を選択いただけます。 ●入居時要件: 要支援・要介護のいずれか ●介護保険: 福岡県指定特定施設(一般型特定施設) ●居室区分: 全室個室 ●一般型特定施設である有料老人ホームの介護にかかわる職員体制: 1. 5: 1	
介護保険事業所番号	●特定施設入居者生活介護事業所番号: 4073400535号 ●介護予防特定施設入居者生活介護事業所番号: 4073400535号	
特定施設入居者生活介護の事業の開始年月日又は開始予定年月日、指定又は許可を受けた年月日(指定又は許可の更新を受けた場合にはその年月日) ()内は介護予防特定施設		
事業の開始(予定)年月日	平成17年9月1日(平成17年9月1日)	
指定の年月日	平成17年9月1日(平成17年9月1日)	
指定の更新年月日	平成23年9月1日(平成17年9月1日)	

3. 従業者に関する事項

職種別の従業者の人数及びその勤務形態						
有料老人ホームの人数及びその勤務形態						
実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数
	専従	非専従	専従	非専従		
施設長						
生活相談員						
看護職員						
介護職員						
機能訓練指導員						
計画作成担当者						
栄養士						
調理員						
事務員						
その他従業者						
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数						
※ 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。						
従業者である介護職員が有している資格						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
社会福祉士						
介護福祉士						
介護職員基礎研修						
訪問介護員1級						
2級						
3級						
介護支援専門員						
従業者である機能訓練指導員が有している資格						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
理学療法士						
作業療法士						
言語聴覚士						
看護師及び准看護師						
柔道整復士						
あん摩マッサージ指圧師						
夜勤を行う看護職員及び介護職員 の人数	最小時の人数(宿直の従事者を除いた人数)					
	平均時の人数					

特定施設入居者生活介護の提供に当たる従業者の人数及びその勤務形態						
実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数
	専従	非専従	専従	非専従		
生活相談員	1				1	1
看護職員	1				1	1
介護職員	13	2	1		16	14.5
機能訓練指導員	1				1	1
計画作成担当者	1				1	1
その他従業者		4			4	2
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 40時間						
※ 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。						
従業者である介護職員が有している資格						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
社会福祉士						
介護福祉士	2	1				
介護職員基礎研修	2					
訪問介護員1級	1					
2級	11	1				
3級						
介護支援専門員	1	1				
従業者である機能訓練指導員が有している資格						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
理学療法士						
作業療法士						
言語聴覚士						
看護師及び准看護師	2					
柔道整復士						
あん摩マッサージ指圧師						
管理者の他の職務との兼務の有無						なし
管理者が有している当該業務に係る資格等	なし	あり	資格等の名称 介護支援専門員			
特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護職員及び介護職員の常勤換算方法による人数の割合						1.5: 1

従業者の当該介護サービスに係る業務に従事した経験年数等

	看護職員		介護職員		生活相談員	
	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	1					
前年度1年間の退職者数	1					
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数	1		2		1	
1年以上3年未満の者の人数			4	1		
3年以上5年未満の者の人数			5			
5年以上10年未満の者の人数			4			
10年以上の者の人数						
	機能訓練指導員		計画作成担当者			
	常勤	非常勤	常勤	非常勤		
前年度1年間の採用者数						
前年度1年間の退職者数						
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数					1	
1年以上3年未満の者の人数	1					
3年以上5年未満の者の人数						
5年以上10年未満の者の人数						
10年以上の者の人数						
従業者の健康診断の実施状況				なし	(あり)	

4. サービスの内容

施設の運営に関する方針		
高齢でも身体が不自由でも認知症でも、御本人としてありのままで生きて頂きたい。そして人として自信を持ち、自由に伸び伸びと暮らし、毎日が100%幸せと感じていただけるような暮らしを提供する。		
個別機能訓練の実施(介護報酬の加算)の有無	なし	<u>あり</u>
夜間看護体制加算(介護報酬の加算)の有無	なし	<u>あり</u>
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	なし	<u>あり</u>
利用者の個別的な選択による介護サービスの実施状況	別紙	
協力医療機関の名称	○原外科医院 院長 原文昭先生 福岡県大野城市白木原5丁目3番11号 TEL092-921-2122	
	○良永医院 院長 良永智彦先生 福岡県筑紫野市若江187 TEL092-926-2903	
	○喜多村クリニック 院長 喜多村邦弘先生 福岡県大野城市錦町4-3-8 TEL092-581-6640	
	※入居者様の健康管理、相談、受診、治療に協力するとともに、 診断の結果、入院加療が必要とされる場合には、本人の同意のもと、 連携病院へ搬送します。	
	○福岡愛歯科医院 TEL092-512-6698 福岡県福岡市南区向野2丁目12-30グランドミュール大橋1 2F	
	○上田眼科 院長 上田朗裕先生 福岡県太宰府市通古賀3-11-21-1F TEL092-400-6970	
	要介護時における居室の住み替えに関する事項	
	要介護時に介護を行う場所	
	同じ居室で行う。住み替えはなし。	

入居後に居室を住み替える場合		
一時介護室へ移る場合		
判断基準・手続について (その内容)		
追加的費用の有無	なし	あり
居室利用権の取扱い (その内容)		
入居一時金償却の調整の有無	なし	あり
従前の居室からの面積の増減の有無	なし	あり
従前居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	なし	あり
浴室の変更の有無	なし	あり
洗面所の変更の有無	なし	あり
台所の有無	なし	あり
その他の変更の有無 (その内容)	なし	あり
介護居室へ移る場合		
判断基準・手続について (その内容)		
追加的費用の有無	なし	あり
居室利用権の取扱い (その内容)		
入居一時金償却の調整の有無	なし	あり
従前の居室からの面積の増減の有無	なし	あり
従前居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	なし	あり
浴室の変更の有無	なし	あり
洗面所の変更の有無	なし	あり
台所の有無	なし	あり
その他の変更の有無 (その内容)	なし	あり

			その他	なし	あり	
			判断基準・手続について (その内容)			
			追加的費用の有無	なし	あり	
			居室利用権の取扱い (その内容)			
			入居一時金償却の調整の有無	なし	あり	
			従前の居室からの面積の増減の有無	なし	あり	
			従前居室との仕様の変更			
			便所の変更の有無	なし	あり	
			浴室の変更の有無	なし	あり	
			洗面所の変更の有無	なし	あり	
			台所の有無	なし	あり	
			その他の変更の有無 (その内容)	なし	あり	
			施設の入居に関する要件			
			自立している者を対象	なし	あり	
			要支援の者を対象	なし	あり	
			要介護の者を対象	なし	あり	
			留意事項 ① 身元引受人は1名以上の選出が必要。 ② 身元引受人は入居者の契約上の義務と責務の連帯保証や身柄引き取りの責任がある。			
			契約の解除の内容	①入居者が、ご逝去した場合		
				②入居者が解約した場合(30日の予告期間が必要)		
				③事業者が解約した場合(90日の予告期間が必要)		
				主な解除理由		
				a.入居契約等の重要書類に虚偽の内容を記載する等の不正により入居した時。		
				b.月払い利用料その他の支払を正当な理由なく、しばしば遅滞するとき。		
				c.建物、付属設備、共用施設及び敷地を故意または重大な過失により破損、滅失した時。		
d.施設に無断で第3者を同居させた時。						
体験入居の内容	e.行動が他の入居者の生活または健康に影響を及ぼす時、又は他の入居者の生命に危険を及ぼす恐れがあり、かつ通常の介護ではこれを防止出来ない時。					
	あり					
入居定員	30人					
その他						

入居者の状況							
入居者の人数(報告に関する計画の基準日の前月末日)							
		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
	65歳未満						
	65歳以上75歳未満						
	75歳以上85歳未満	1	4			1	6
	85歳以上	5	5	5	5	2	22
		自立	要支援1	要支援2	経過的要介護		合計
	65歳未満						
	65歳以上75歳未満						
	75歳以上85歳未満						
	85歳以上		2				2
入居者の平均年齢		87.4歳					
入居者の男女別人数		男性	8人		女性	22人	
入居率(一時的に不在となっている者を含む。)						100%	
前年度の有料老人ホームを退居した者の人数 9人							
		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
	自宅等				1		1
	社会福祉施設						
	医療機関						
	死亡者			1		1	2
	その他				3	3	6
		自立	要支援1	要支援2	経過的要介護		合計
	自宅等						
	社会福祉施設						
	医療機関						
	死亡者						
	その他						
入居者の入居期間							
入居期間		6ヶ月未満	6ヶ月以上 1年未満	1年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上 15年未満	15年以上
入居者数		6	3	11	10		

施設、設備等の状況									
建物の構造	建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物				なし	あり			
	建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物				なし	あり			
居室の状況	区分			客室	人数	1の居室の床面積			
	一般居室個室	あり	なし						
	一般居室相部屋	あり	なし			m ²			
						m ²			
						m ²			
	介護居室個室	あり	なし	30	13.12~13.76	m ²			
	介護居室相部屋	あり	なし			m ²			
						m ²			
一時介護室	あり	なし			m ²				
					m ²				
共用便所の設置数	うち男女別の対応が可能な数				8				
	うち車椅子等の対応が可能な数				8				
個室の便所の設置数	個室における便所の設置割合				0				
	うち車椅子等の対応が可能な数				0				
浴室の設備状況	浴室の数	個浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴				
		1	1		1				
その他、浴室の設備に関する事項									
食堂の設備状況									
入居者等が調理を行う設備状況				なし	あり				
その他、共用施設の設備状況									
なし				あり	(その内容) リビング、浴室、食堂及び機能訓練室、カフェ				
バリアフリーの対応状況									
(その内容) 全館バリアフリー対応									
緊急通報装置の設置状況		なし	一部あり	各居室内にあり					
外線電話回線の設置状況		なし	一部あり	各居室内にあり					
テレビ回線の設置状況		なし	一部あり	各居室内にあり					
施設の敷地に関する事項									
敷地の面積 1381.28m ²									
事業所を運営する法人が所有		なし	一部あり	あり					
抵当権の設定			なし	あり					
貸借(借地)									
なし	あり	契約期間	始	終					
契約の自動更新				なし	あり				
施設の建物に関する事項									
建物の延床面積									
事業所を運営する法人が所有		なし	一部あり	あり					
抵当権の設定			なし	あり					
貸借(借家)									
なし	あり	契約期間	始	終					
契約の自動更新				なし	あり				

利用者からの苦情に対応する窓口等の状況				
事業主体や施設に設置している利用者からの苦情に対応する窓口				
窓口の名称		介護付有料老人ホームアクラス五条		
電話番号		092-921-7717		
対応している時間		平日	24時間	
		土曜	24時間	
		日曜・祝日	24時間	
定休日等		なし		
上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等				
窓口の名称		福岡県高齢者支援課		
電話番号		092-643-3250		
対応している時間		平日	午前8時30分～午後5時00分	
		土曜	休み	
		日曜・祝日	休み	
定休日等				
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				
なし		☒	(その内容) 介護上の事故(人身、物損)	
その他、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に関すること				
☒		あり	(その内容)	
サービスの提供内容に関する特色等				
(その内容)				
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				
☒		あり	実施した年月日	
			当該結果の開示状況	なし あり
第三者による評価の実施状況				
☒		あり	実施した年月日	
			実施した評価機関の名称	
			当該結果の開示状況	なし あり

5. 利用料金

年齢により一時金の料金が異なる場合		(なし)	あり
一時金に関する費用			
①居室に要する一時金(一般居室や介護居室、共用部分の利用のための家賃相当額に充当されるもの)		(なし)	あり
②利用者の選定による介護サービス利用料 (人員配置が手厚い場合の介護サービス)		(なし)	あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料) 「あり」の場合、介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない額に充当するものとしての合理的な積算根拠			
名称 介護一時金		なし	あり
一時金の償却に関する事項			
償却開始	入居をした月	なし	あり
	サービス提供を開始した月	なし	あり
	上記以外	(その内容)	
初期償却率(%)			
償却年月数			
解約時返還金の算定方法			
保全措置の実施状況		なし	あり (その内容)

③利用者の個別的な選択による介護サービス利用料		(なし)	あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			
名称			
一時金の償却に関する事項			
償却開始	入居をした月	なし	あり
	サービス提供を開始した月	なし	あり
	上記以外	(その内容)	
初期償却(%)			
償却年月数			
解約時返還金の算定方法			
保全措置の実施状況			
なし	あり	(「あり」の場合、その内容)	
④その他に要する一時金		(なし)	あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			
別紙参照			
名称			
解約時返還金の算定方法			
保全措置の実施状況			
(なし)	あり	(「あり」の場合、その内容)	
一時金に対する留意事項等			
(なし)	あり	(「あり」の場合、その内容)	

介護保険給付以外のサービスに要する費用			
月額の場合の利用料の額			
共益費	なし	(あり)	60,000円
(「あり」の場合、その使途)			
共用施設等の維持・管理・清掃・補修・水道光熱費代			
食費	なし	(あり)	40,000円
(「あり」の場合、その内容)			
キャンセルの場合、実費の差し引きを行う。			
光熱水費	なし	(あり)	居室電気代実費徴収
利用者の個別的な選択による介護サービス利用料			
人員配置が手厚い場合の介護サービス	なし	(あり)	
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			
介護費として、120,000円(消費税別)			
「あり」の場合、介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない額に充当するものとしての合理的な積算根拠			
	なし	(あり)	
入居者の人数に対する直接的処遇職員の人数の割合が1.5:1と手厚い体制となっているため。			
個別的な選択による介護サービス	(なし)	あり	
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			
家賃相当額	なし	(あり)	40,000円
その他に必要な月額利用料			
	(なし)	あり	
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			
その他、一時金及び利用料以外に必要な利用料			
	なし	(あり)	
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			
・介護保険の利用分の1割負担			

添付書類:「介護サービス等の一覧表」

※ _____ 様

説明年月日 平成 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

介護サービス等の一覧表

		特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス		特定施設入居者生活介護費、各種一時金、月額の利用料等で、実施するサービス		別途利用料を徴収した上で、実施するサービス		備考
介護サービス								
	食事介助	なし	あり	なし	あり	なし	あり	食事の都度介助 その都度介助 実費分 週3回以上(週3回以上入浴されても実費負担はありません。) 週3回以上(週3回以上入浴されても実費負担はありません。) その都度介助 身体状況に応じた訓練(毎日) 協力病院の通院介助 協力病院以外 1時間1,000円
	排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	おむつ代	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	入浴(一般浴)介助・清拭	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	特浴介助	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	身辺介助(移動・着替え等)	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	機能訓練	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	通院介助(協力医療機関)	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
生活サービス								
	居室清掃	なし	あり	なし	あり	なし	あり	必要時 週1回以上(汚染時には、適宜交換)、リネンはレンタルあり 週3回、1ヵ月13袋(1袋は2k入用)までは施設サービス内。 14～19袋以上は2,000円、20～26以上は3,000円 その都度 実費分 実費分 実費分 週2回 左記以外 1回 1,000円 1時間 1,000円(税別)にて、1人のスタッフが付き添います。 月1回 左記以外 1回 1,000円
	リネン交換	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	おやつ	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	理美容師による理美容サービス	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	買い物代行(通常の利用区域)	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	買い物代行(上記以外の区域)	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
健康管理サービス								
	定期健康診断	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	健康相談	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	服薬支援	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	生活のリズムの記録(睡眠・排便等)	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
入退院時・入院中のサービス								
	移送サービス	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	入退院時の同行(協力医療機関)	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	入退院時の同行(協力医療機関以外)	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり	なし	あり	

(別 紙)

別紙様式

重要事項説明書

		記入年月目	平成26年7月1日
記入者名	藤間 昌子	所属・職名	介護付有料老人ホーム アクラス五条施設長

1. 事業主体概要

事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先

事業主体の名称	法人等の種類	なし	(あり)	株式会社
	名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃ せいしん 株式会社 誠心		
事業主体の主たる 事務所の所在地	〒818-0125	福岡県太宰府市五条2-18-45		
事業主体の連絡先	電話番号	092-921-7717		
	FAX番号	092-921-8000		
	ホームページ アドレス	なし		
		あり: http://aclass-seishin.jp/		
事業主体の代表者の 氏名及び職名	氏名	吉 松 泰 子		
	職名	代表取締役		
事業主体の設立年月目	平成17年9月1日			

事業主体が当該都道府県内で実施する他の介護サービス					
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	訪問介護事業所 ウイング	福岡県太宰府市五条2－18－16	
訪問入浴介護	あり	なし			
訪問看護	あり	なし	アクラス訪問看護ステーション	福岡県太宰府市五条2－18－16	
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	デイサービスアクラスサロン	福岡県太宰府市五条2－18－45	
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	介護付有料老人ホームアクラス五条	福岡県太宰府市五条2－18－45	
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＞					
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			
居宅介護支援	あり	なし	アクラスケアプランサービス	福岡県太宰府市五条2－18－16	
＜居宅介護予防サービス＞					
介護予防訪問介護	あり	なし	訪問介護事業所 ウイング	福岡県太宰府市五条2－18－16	
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	アクラス訪問看護ステーション	福岡県太宰府市五条2－18－16	
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			
介護予防通所介護	あり	なし	デイサービスアクラスサロン	福岡県太宰府市五条2－18－45	
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	介護付有料老人ホームアクラス五条	福岡県太宰府市五条2－18－45	
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	アクラスケアプランサービス	福岡県太宰府市五条2－18－16	
＜地域密着型介護予防サービス＞					
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			

2. 施設概要

施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先	
施設の名称	(ふりがな) かいごつきゆうりょうろうじんほーむ あくらすごじょう 介護付有料老人ホーム アクラス五条
施設の所在地	〒818-0125 福岡県太宰府市五条2-18-45
施設の連絡先	電話番号 092-921-7717
	FAX番号 092-921-8000
	ホームページ アドレス なし
	あり: http://aclass-seishin.jp/
施設の開設年月日 平成17年9月1日 (老人福祉法第30条第1項の規定に基づく県知事への届出年月日: 平成17年8月10日)	
施設の管理者の氏名 及び職名	氏名 藤間 昌子 職名 施設長
施設までの主な利用交通手段	
西鉄電車 五条駅より徒歩10分(850m)、西鉄バス五条バス停より徒歩10分(850m)	
施設の類型及び表示事項	●類型: 特定施設入居者生活介護 ●居住の権利形態: 利用権方式 ●利用料の支払い方式: 月払い方式と一時金方式を選択いただけます。 ●入居時要件: 要支援・要介護のいずれか ●介護保険: 福岡県指定特定施設(一般型特定施設) ●居室区分: 全室個室 ●一般型特定施設である有料老人ホームの介護にかかわる職員体制: 1. 5: 1
介護保険事業所番号	●特定施設入居者生活介護事業所番号: 4073400535号 ●介護予防特定施設入居者生活介護事業所番号: 4073400535号
特定施設入居者生活介護の事業の開始年月日又は開始予定年月日、指定又は許可を受けた年月日 (指定又は許可の更新を受けた場合にはその年月日) ()内は介護予防特定施設	
事業の開始(予定)年月日	平成17年9月1日(平成17年9月1日)
指定の年月日	平成17年9月1日(平成17年9月1日)
指定の更新年月日	平成23年9月1日(平成17年9月1日)

3. 従業者に関する事項

職種別の従業者の人数及びその勤務形態						
有料老人ホームの人数及びその勤務形態						
実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数
	専従	非専従	専従	非専従		
施設長						
生活相談員						
看護職員						
介護職員						
機能訓練指導員						
計画作成担当者						
栄養士						
調理員						
事務員						
その他従業者						
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数						
※ 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。						
従業者である介護職員が有している資格						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
社会福祉士						
介護福祉士						
介護職員基礎研修						
訪問介護員1級						
2級						
3級						
介護支援専門員						
従業者である機能訓練指導員が有している資格						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
理学療法士						
作業療法士						
言語聴覚士						
看護師及び准看護師						
柔道整復士						
あん摩マッサージ指圧師						
夜勤を行う看護職員及び介護職員 の人数	最小時の人数(宿直の従事者を除いた人数)					
	平均時の人数					

特定施設入居者生活介護の提供に当たる従業者の人数及びその勤務形態						
実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数
	専従	非専従	専従	非専従		
生活相談員	1				1	1
看護職員	1				1	1
介護職員	13	2	1		16	14.5
機能訓練指導員	1				1	1
計画作成担当者	1				1	1
その他従業者		4			4	2
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 40時間						
※ 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。						
従業者である介護職員が有している資格						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
社会福祉士						
介護福祉士	2	1				
介護職員基礎研修	2					
訪問介護員1級	1					
2級	11	1				
3級						
介護支援専門員	1	1				
従業者である機能訓練指導員が有している資格						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
理学療法士						
作業療法士						
言語聴覚士						
看護師及び准看護師	2					
柔道整復士						
あん摩マッサージ指圧師						
管理者の他の職務との兼務の有無						なし
管理者が有している当該業務に係る資格等	なし	あり	資格等の名称 介護支援専門員			
特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護職員及び介護職員の常勤換算方法による人数の割合						1.5: 1

従業者の当該介護サービスに係る業務に従事した経験年数等

	看護職員		介護職員		生活相談員	
	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	1					
前年度1年間の退職者数	1					
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数	1		2		1	
1年以上3年未満の者の人数			4	1		
3年以上5年未満の者の人数			5			
5年以上10年未満の者の人数			4			
10年以上の者の人数						
	機能訓練指導員		計画作成担当者			
	常勤	非常勤	常勤	非常勤		
前年度1年間の採用者数						
前年度1年間の退職者数						
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数					1	
1年以上3年未満の者の人数	1					
3年以上5年未満の者の人数						
5年以上10年未満の者の人数						
10年以上の者の人数						
従業者の健康診断の実施状況				なし	(あり)	

4. サービスの内容

施設の運営に関する方針		
高齢でも身体が不自由でも認知症でも、御本人としてありのままで生きて頂きたい。そして人として自信を持ち、自由に伸び伸びと暮らし、毎日が100%幸せと感じていただけるような暮らしを提供する。		
個別機能訓練の実施(介護報酬の加算)の有無	なし	<u>あり</u>
夜間看護体制加算(介護報酬の加算)の有無	なし	<u>あり</u>
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	なし	<u>あり</u>
利用者の個別的な選択による介護サービスの実施状況	別紙	
協力医療機関の名称	○原外科医院 院長 原文昭先生	
	福岡県大野城市白木原5丁目3番11号 TEL092-921-2122	
	○良永医院 院長 良永智彦先生	
	福岡県筑紫野市若江187 TEL092-926-2903	
	○喜多村クリニック 院長 喜多村邦弘先生	
	福岡県大野城市錦町4-3-8 TEL092-581-6640	
	※入居者様の健康管理、相談、受診、治療に協力するとともに、	
	診断の結果、入院加療が必要とされる場合には、本人の同意のもと、	
	連携病院へ搬送します。	
	○福岡愛歯科医院 TEL092-512-6698	
福岡県福岡市南区向野2丁目12-30グランドミュール大橋1 2F		
○上田眼科 院長 上田朗裕先生		
福岡県太宰府市通古賀3-11-21-1F TEL092-400-6970		
要介護時における居室の住み替えに関する事項		
要介護時に介護を行う場所		
同じ居室で行う。住み替えはなし。		

入居後に居室を住み替える場合		
一時介護室へ移る場合		
判断基準・手続について (その内容)		
追加的費用の有無	なし	あり
居室利用権の取扱い (その内容)		
入居一時金償却の調整の有無	なし	あり
従前の居室からの面積の増減の有無	なし	あり
従前居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	なし	あり
浴室の変更の有無	なし	あり
洗面所の変更の有無	なし	あり
台所の有無	なし	あり
その他の変更の有無 (その内容)	なし	あり
介護居室へ移る場合		
判断基準・手続について (その内容)		
追加的費用の有無	なし	あり
居室利用権の取扱い (その内容)		
入居一時金償却の調整の有無	なし	あり
従前の居室からの面積の増減の有無	なし	あり
従前居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	なし	あり
浴室の変更の有無	なし	あり
洗面所の変更の有無	なし	あり
台所の有無	なし	あり
その他の変更の有無 (その内容)	なし	あり

			その他	なし	あり	
			判断基準・手続について (その内容)			
			追加的費用の有無	なし	あり	
			居室利用権の取扱い (その内容)			
			入居一時金償却の調整の有無	なし	あり	
			従前の居室からの面積の増減の有無	なし	あり	
			従前居室との仕様の変更			
			便所の変更の有無	なし	あり	
			浴室の変更の有無	なし	あり	
			洗面所の変更の有無	なし	あり	
			台所の有無	なし	あり	
			その他の変更の有無 (その内容)	なし	あり	
			施設の入居に関する要件			
			自立している者を対象	なし	あり	
			要支援の者を対象	なし	あり	
			要介護の者を対象	なし	あり	
			留意事項 ① 身元引受人は1名以上の選出が必要。 ② 身元引受人は入居者の契約上の義務と責務の連帯保証や身柄引き取りの責任がある。			
			契約の解除の内容	①入居者が、ご逝去した場合		
				②入居者が解約した場合(30日の予告期間が必要)		
				③事業者が解約した場合(90日の予告期間が必要)		
				主な解除理由		
				a.入居契約等の重要書類に虚偽の内容を記載する等の不正により入居した時。		
				b.月払い利用料その他の支払を正当な理由なく、しばしば遅滞するとき。		
				c.建物、付属設備、共用施設及び敷地を故意または重大な過失により破損、滅失した時。		
d.施設に無断で第3者を同居させた時。						
e.行動が他の入居者の生活または健康に影響を及ぼす時、又は他の入居者の生命に危険を及ぼす恐れがあり、かつ通常の介護ではこれを防止出来ない時。						
体験入居の内容	あり					
入居定員	30人					
その他						

入居者の状況							
入居者の人数(報告に関する計画の基準日の前月末日)							
		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
	65歳未満						
	65歳以上75歳未満						
	75歳以上85歳未満	1	4			1	6
	85歳以上	5	5	5	5	2	22
		自立	要支援1	要支援2	経過的要介護		合計
	65歳未満						
	65歳以上75歳未満						
	75歳以上85歳未満						
	85歳以上		2				2
入居者の平均年齢		87.4歳					
入居者の男女別人数		男性	8人		女性	22人	
入居率(一時的に不在となっている者を含む。)						100%	
前年度の有料老人ホームを退居した者の人数 9人							
		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
	自宅等				1		1
	社会福祉施設						
	医療機関						
	死亡者			1		1	2
	その他				3	3	6
		自立	要支援1	要支援2	経過的要介護		合計
	自宅等						
	社会福祉施設						
	医療機関						
	死亡者						
	その他						
入居者の入居期間							
入居期間		6ヶ月未満	6ヶ月以上 1年未満	1年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上 15年未満	15年以上
入居者数		6	3	11	10		

施設、設備等の状況									
建物の構造	建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物				なし	あり			
	建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物				なし	あり			
居室の状況	区分			客室	人数	1の居室の床面積			
	一般居室個室	あり	なし						
	一般居室相部屋	あり	なし			m ²			
						m ²			
						m ²			
	介護居室個室	あり	なし	30	13.12~13.76	m ²			
	介護居室相部屋	あり	なし			m ²			
						m ²			
一時介護室	あり	なし			m ²				
					m ²				
共用便所の設置数	うち男女別の対応が可能な数				8				
	うち車椅子等の対応が可能な数				8				
個室の便所の設置数	個室における便所の設置割合				0				
	うち車椅子等の対応が可能な数				0				
浴室の設備状況	浴室の数	個浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴				
		1	1		1				
その他、浴室の設備に関する事項									
食堂の設備状況									
入居者等が調理を行う設備状況				なし	あり				
その他、共用施設の設備状況									
なし				あり	(その内容) リビング、浴室、食堂及び機能訓練室、カフェ				
バリアフリーの対応状況									
(その内容) 全館バリアフリー対応									
緊急通報装置の設置状況	なし	一部あり	各居室内にあり						
外線電話回線の設置状況	なし	一部あり	各居室内にあり						
テレビ回線の設置状況	なし	一部あり	各居室内にあり						
施設の敷地に関する事項									
敷地の面積		1381.28m ²							
事業所を運営する法人が所有	なし	一部あり	あり						
抵当権の設定		なし	あり						
貸借(借地)									
なし	あり	契約期間	始		終				
契約の自動更新				なし	あり				
施設の建物に関する事項									
建物の延床面積									
事業所を運営する法人が所有	なし	一部あり	あり						
抵当権の設定		なし	あり						
貸借(借家)									
なし	あり	契約期間	始		終				
契約の自動更新				なし	あり				

利用者からの苦情に対応する窓口等の状況				
事業主体や施設に設置している利用者からの苦情に対応する窓口				
窓口の名称		介護付有料老人ホームアクラス五条		
電話番号		092-921-7717		
対応している時間		平日	24時間	
		土曜	24時間	
		日曜・祝日	24時間	
定休日等		なし		
上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等				
窓口の名称		福岡県高齢者支援課		
電話番号		092-643-3250		
対応している時間		平日	午前8時30分～午後5時00分	
		土曜	休み	
		日曜・祝日	休み	
定休日等				
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				
なし		あり (その内容) 介護上の事故(人身、物損)		
その他、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に関すること				
なし		あり (その内容)		
サービスの提供内容に関する特色等				
(その内容)				
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				
なし		あり	実施した年月日	
			当該結果の開示状況	なし あり
第三者による評価の実施状況				
なし		あり	実施した年月日	
			実施した評価機関の名称	
			当該結果の開示状況	なし あり

5. 利用料金

年齢により一時金の料金が異なる場合		(なし)	あり	
一時金に関する費用				
①居室に要する一時金(一般居室や介護居室、共用部分の利用のための家賃相当額に充当されるもの)		(なし)	あり	
②利用者の選定による介護サービス利用料 (人員配置が手厚い場合の介護サービス)		なし	(あり)	
(「あり」の場合、その内容及び利用料) 介護費用の一部を前払金として360万円、想定居住期間を超えて契約が継続する場合に事業者が備える額として90万円を、消費税別で受領します。なお本契約の想定居住期間は、60ヶ月です。想定居住期間を経過されても、介護費用が上昇する事はありません				
「あり」の場合、介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない額に充当するものとしての合理的な積算根拠		なし	(あり)	
名称 介護一時金				
一時金の償却に関する事項				
	償却開始	入居をした月	(なし)	あり
		サービス提供を開始した月	なし	(あり)
		上記以外	(その内容)	
	初期償却率(%)	20%		
	償却年月数	60ヶ月		
解約時返還金の算定方法		返還金に関して、①～③の状況に分けて、其々の算定式に基づき算定します。 ①御入居日から90日を経過していない場合 a.介護一時金のうち『想定居住期間(60ヶ月)を超えて契約が継続する場合に備えて事業者が受領する額(消費税別 90万円)』は、全額返金されます。 b.介護一時金のうち『介護に係る費用の一部の前払金(消費税別360万円)』は、以下の式に基づいて返還金が計算されます。 式①: (前払金) - [(償却金) ÷ 30 × (入居の日から契約終了日までの日数)] ②御入居日から90日を経過した場合 a.介護一時金のうち『想定居住期間(60ヶ月)を超えて契約が継続する場合に備えて事業者が受領する額(消費税別 90万円)』は、どのような場合(ご逝去、長期入院、他の入居者との不仲等)であっても、返金されません。 b.介護一時金のうち『介護に係る費用の一部の前払金(消費税別360万円)』は、以下の式に基づいて返還金が計算されます。 式②: (前払金) - [(償却金) × (入居の日から契約終了日までの月数)] - [(償却金) ÷ 30 × (1ヶ月に満たない残日数)] ③想定居住期間を経過した場合 返還金はありません。		
保全措置の実施状況		なし	あり (その内容)	

③利用者の個別的な選択による介護サービス利用料		(なし)	あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			
名称			
一時金の償却に関する事項			
償却開始	入居をした月	なし	あり
	サービス提供を開始した月	なし	あり
	上記以外	(その内容)	
初期償却(%)			
償却年月数			
解約時返還金の算定方法			
保全措置の実施状況			
なし	あり	(「あり」の場合、その内容)	
④その他に要する一時金		(なし)	あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			
別紙参照			
名称			
解約時返還金の算定方法			
保全措置の実施状況			
(なし)	あり	(「あり」の場合、その内容)	
一時金に対する留意事項等			
(なし)	あり	(「あり」の場合、その内容)	

介護保険給付以外のサービスに要する費用			
月額の場合の利用料の額			
共益費	なし	(あり)	60,000円
(「あり」の場合、その用途) 共用施設等の維持・管理・清掃・補修・水道光熱費代			
食費	なし	(あり)	40,000円
(「あり」の場合、その内容) キャンセルの場合、右の金額を差し引く。(朝食:300円 昼:500円 夕食:500円)			
光熱水費	なし	(あり)	居室電気代実費徴収
利用者の個別的な選択による介護サービス利用料			
人員配置が手厚い場合の介護サービス	なし	(あり)	
(「あり」の場合、その内容及び利用料) 介護費として、60,000円			
「あり」の場合、介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない額に充当するものとしての合理的な積算根拠			
入居者の人数に対する直接的処遇職員の人数の割合が1.5:1と手厚い体制となっているため。	なし	(あり)	
個別的な選択による介護サービス	(なし)	あり	
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			
家賃相当額	なし	(あり)	40,000円
その他に必要な月額利用料	(なし)	あり	
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			
その他、一時金及び利用料以外に必要な利用料	なし	(あり)	
(「あり」の場合、その内容及び利用料) ・介護保険の利用分の1割負担			

添付書類:「介護サービス等の一覧表」

※ _____ 様

説明年月日 平成 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

介護サービス等の一覧表

		特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス		特定施設入居者生活介護費、各種一時金、月額の利用料等で、実施するサービス		別途利用料を徴収した上で、実施するサービス		備考
介護サービス								
	食事介助	なし	あり	なし	あり	なし	あり	食事の都度介助 その都度介助 実費分 週3回以上(週3回以上入浴されても実費負担はありません。) 週3回以上(週3回以上入浴されても実費負担はありません。) その都度介助 身体状況に応じた訓練(毎日) 協力病院の通院介助 協力病院以外 1時間1,000円
	排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	おむつ代	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	入浴(一般浴)介助・清拭	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	特浴介助	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	身辺介助(移動・着替え等)	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	機能訓練	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	通院介助(協力医療機関)	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
生活サービス								
	居室清掃	なし	あり	なし	あり	なし	あり	必要時 週1回以上(汚染時には、適宜交換)、リネンはレンタルあり 週3回、1ヵ月13袋(1袋は2k入用)までは施設サービス内。 14～19袋以上は2,000円、20～26以上は3,000円 その都度 実費分 実費分 実費分 週2回 左記以外 1回 1,000円 1時間 1,000円(税別)にて、1人のスタッフが付き添います。 月1回 左記以外 1回 1,000円
	リネン交換	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	おやつ	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	理美容師による理美容サービス	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	買い物代行(通常の利用区域)	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	買い物代行(上記以外の区域)	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
健康管理サービス								
	定期健康診断	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	健康相談	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	服薬支援	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	生活のリズムの記録(睡眠・排便等)	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
入退院時・入院中のサービス								
	移送サービス	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	入退院時の同行(協力医療機関)	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	入退院時の同行(協力医療機関以外)	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり	なし	あり	

