

【別紙様式】

重要事項説明書

記入年月日	令和6年9月1日
記入者名	近藤 和治
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/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	
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	昭和・平成57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 じょうすい アビタシオン浄水	
所在地	〒810-0022 福岡市中央区薬院4丁目1番26号 薬院大通センタービル貳番館	
主な利用交通手段	最寄駅	地下鉄「薬院大通」駅
	交通手段と所要時間	① 地下鉄 薬院大通駅より 60m(徒歩1分) ② 西鉄バス 薬院大通りバス停より 80m(徒歩1分)
連絡先	電話番号	092-522-1220
	FAX番号	092-522-1206
	ホームページアドレス	https://www.habitation.co.jp/jyousui/
管理者	氏名	近藤 和治
	職名	施設長
建物の竣工日		昭和・平成17年 3月 31日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成17年 4月 29日

(類型)【表示事項】

<ol style="list-style-type: none"> 1 介護付 (一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合) 2 介護付 (外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合) 3 住宅型 4 健康型 			
1又は2に該当する場合	介護保険事業者番号	特定施設入居者生活介護 介護予防特定施設入居者生活介護	福岡市指定 4071001459号 福岡市指定 4071001459号
	指定した自治体名	福岡市	
	事業所の指定日	平成17年 5月 1日	
	指定の更新日(直近)	令和5年 5月 1日	

3. 建物概要

土地	敷地面積	3,259.07 m ²				
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地				
		2 事業者が賃借する土地				
		抵当権の有無	1 あり	2 なし		
		契約期間	1 あり (平成26年5月29日～令和16年5月29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	6075.95 m ² (地上13階建うち3～13階部分)			
		うち、老人ホーム部分	6075.95 m ²			
	耐火構造	1 耐火建築物				
		2 準耐火建築物				
		3 その他 ()				
		4 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 (平成26年5月29日～令和16年5月29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	区分*
	タイプA	有/無	有/無	91.94 m ²	9	一般居室個室
	タイプB	有/無	有/無	55.20 m ²	9	一般居室個室
	タイプC	有/無	有/無	77.66 m ²	9	一般居室個室
	タイプD	有/無	有/無	67.87 m ²	9	一般居室個室
	タイプE	有/無	有/無	58.97 m ²	8	一般居室個室
タイプF	有/無	有/無	58.97 m ²	7	一般居室個室	

タイプ G	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	58.97 m ²	1	一般居室個室
タイプ H	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	40.23 m ²	5	一般居室個室
タイプ I	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	20.80～ 24.50 m ²	13	介護居室個室
タイプ J	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	24.30～ 28.09 m ²	4	介護居室個室
タイプ K	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	22.85～ 31.35 m ²	12	介護居室個室
タイプ L	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	15.50 m ²	1	一時介護室
タイプ M	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	21.50 m ²	1	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	4ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	2ヶ所
			うち車椅子等の対応が可能な便房	1ヶ所
	共用浴室	3ヶ所	個室	1ヶ所
			大浴場	2ヶ所
	共用浴室における介護浴槽	3ヶ所	チェア浴	1ヶ所
			リフト浴	0ヶ所
			ストレッチャー浴	2ヶ所
その他 ()			0ヶ所	
食堂	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし		
入居者や家族が利用できる調理設備	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		
エレベーター	<input type="checkbox"/> 1 あり (車椅子対応) <input checked="" type="checkbox"/> 2 あり (ストレッチャー対応) <input type="checkbox"/> 3 あり (上記1・2に該当しない) <input type="checkbox"/> 4 なし			
消防用設備等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
その他				

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	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"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 1 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"/> 1 自ら実施 (一部) <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 (一部) 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	<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		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	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		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	退居時情報提供加算		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	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 type="checkbox"/> 2 なし
	サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅲ)	<input type="checkbox"/> 1 あり	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)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> 1 あり	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	(介護・看護職員の配置率) 2:1以上		
	2 なし			
短期利用の設定（短期利用特定施設入居者生活介護の届出がある）	<input type="checkbox"/> 1 あり			
	2 なし			

(医療連携の内容)

医療支援		<input type="checkbox"/> 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 通院介助 <input type="checkbox"/> その他（訪問診療医の確保）	
協力医療機関	1	名称	医療法人佐田厚生会 佐田病院
		住所	福岡市中央区渡辺通2-4-28 当ホームから1km
		診療科目	内科・外科・整形外科・呼吸器外科・胃腸科・放射線科・緩和ケア科・リハビリテーション科・麻酔科
		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
	2	名称	迫内科循環器科クリニック
		住所	福岡中央区薬院4-1-26-2F 当ホームビル内
		診療科目	内科・循環器科
		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、往診 ※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 150m
	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 ・往診 ※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	名称	医療法人翔生会 山口こうたろう歯科
	住所	福岡市早良区南庄 5 丁目 11-15
	協力内容	歯科往診 ※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	名称	的野歯科医院
	住所	福岡市中央区薬院 4-6-4
	協力内容	歯科往診 ※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) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 3 その他 ()									
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一般居室の利用権を介護居室の利用権へと移行し、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>									
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、入居者また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一定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、居室の専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もしくは身元引受人等に説明を行う</p>									
追加的費用の有無	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし									
居室利用権の取扱い	居室の利用権が移行する。									
前払金償却の調整の有無	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし									
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし								
	便所の変更	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし								
	浴室の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし								
	洗面所の変更	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし								
	台所の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし								
	その他の変更	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 40%;">(変更内容)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 あり</td> <td></td> <td>一般居室から介護居室への住み替えの場合は居室全体の仕様が異なる。</td> </tr> <tr> <td>2 なし</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			(変更内容)	<input type="checkbox"/> 1 あり		一般居室から介護居室への住み替えの場合は居室全体の仕様が異なる。	2 なし	
		(変更内容)								
<input type="checkbox"/> 1 あり		一般居室から介護居室への住み替えの場合は居室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 【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>【一般居室】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入居時、ご自分で身の回りのことができる程度に健康であること。または、公的介護保険制度における「要支援1」「要支援2」の認定をお持ちであること。 ・入居時、年齢が満65歳以上であること。 ・ご夫婦で入居の場合、どちらも満65歳以上であること。 ・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。 <p>【介護居室】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 <p>【その他】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入居後に管理費や食費、一般居室の水道光熱費、当ホームの定める月額費用を負担できること。 ・健康保険に加入されていること。 ・身元引受人をたてられること。(身元引受人がない場合はご相談に応じます。) ・当ホームの運営主旨をご理解いただき、ご協力を約束できること。 ・その他ホームが認めた方。 	
契約の解除の内容	<p>① 入居者が死亡した場合</p> <p>② 入居者、又は事業者から解約した場合</p>	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居者の行動が、他の入居者又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	<p>1 あり (内容：)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 2 なし</p>	
入居定員	129人	
その他		

5. 職員体制

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

（職種別の職員数）

	職員数（実人数）			常勤換算人数 ※1※2
	合計			
		常勤	非常勤	
管理者	1	1	0	1
生活相談員	1	1	0	1
直接処遇職員	38	26	12	29.8
介護職員	30	18	12	21.8
看護職員	8	8	0	8
機能訓練指導員	3	3	0	2.4
計画作成担当者	1	1	0	1
栄養士	2	2	0	2
調理員	4	1	3	1.7
事務員	2	2	0	2
その他職員	5	1	4	2.43
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				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	0	0	0
介護福祉士	19	11	8
実務者研修の修了者	4	4	0
初任者研修の修了者	4	2	2
介護支援専門員	2	2	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	3	3	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	2人	1人

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	契約上の職員配置比率※ 【表示事項】	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 d 3 : 1 以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数)	2 : 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	
	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	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	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	
前年度1年間の退職者数	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0	
応じた業務に従事した経験年数に 職員の人数	1年未満	0	0	4	1	0	0	0	0	0	
	1年以上	0	0	3	1	0	0	0	0	0	
	3年未満										
	3年以上	0	0	5	0	0	0	2	0	0	
	5年未満										
	5年以上	1	0	3	3	1	0	0	0	1	0
	10年未満										
10年以上	7	0	3	7	0	0	1	0	0	0	
従業者の健康診断の実施状況				<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 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】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式	
	<input checked="" type="checkbox"/> 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input checked="" type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 減額なし <input checked="" type="checkbox"/> 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） <input checked="" type="checkbox"/> 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職員の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2	自立	
	年齢	80歳	80歳	
居室の状況	床面積	17.50㎡	58.97㎡	
	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	(入居一時金)15,500,000円	(入居一時金)31,780,000円 (生活支援費)2,950,000円	
	敷金	0円	0円	
月額費用の合計		285,045円	183,430円	
家賃		0円	0円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	19,093円	0円	
	介護保険外 ^{※2}	食費	72,330円	72,330円
		管理費	111,100円	111,100円
		介護費用	55,000円	0円
		光熱水費	下記「消耗品費」に含む	実費
その他	27,522円	円		
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※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）</p>				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃相当額（非課税）	-
敷金（非課税）	-
介護費用（標準課税） （名称：生活支援費）	下記「一時金 ■生活支援費」と同じ。 ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 生活支援費を一時金で支払う場合は不要。
管理費（標準課税）	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：軽減税率対象 昼夕：標準課税）	朝食：486円 昼食：825円 夕食：1,100円(税込) 喫食分を請求する。月の喫食額が25,300円(税込)に満たない場合は、固定費相当として25,300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。
光熱水費	個別の外部契約による実費負担（介護居室は消耗品費に含むため不要）

<p>一時金 (入居一時金：非課税 生活支援費：標準課税)</p>	<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。 二人入居の場合、「追加入居一時金」として600万円(非課税)(自立プランは640万円(非課税))が加算される。</p> <p>■生活支援費 長期推計に基づき、要介護者等2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。</p>
<p>利用者の個別的な選択によるサービス利用料</p>	<p>別添2 (提供するサービスの一覧表)</p>
<p>消耗品費 (標準課税)</p>	<p>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917円(税込)を請求する。 月額 27,522円(税込・ひと月30日の場合)</p>

(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	上記利用料金欄に記載
<p>想定居住期間 (償却年月数)</p>	<p>【一般居室】</p>
	<p>76歳以下 8年 (96ヶ月)</p>
	<p>77歳 7年 (84ヶ月)</p>
	<p>78歳 6年 (72ヶ月)</p>
	<p>79歳 5年 (60ヶ月)</p>
	<p>80歳以上 4年 (48ヶ月)</p>

		<p>【介護居室】</p> <p>3階介護居室 5年 (60ヶ月)</p> <p>2分割居室 4年 (48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 入居一時金ごとに異なる。</p> <p>■生活支援費 生活支援費ごとに異なる</p>
初期償却率		20% (自立プランは25%)
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、受領済みの一時金を全額返金する。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> <p>・算定方法 入居一時金×0.8 (自立プランのみ:0.75) ÷ 想定居住期間÷30×入居日から契約終了日までの実日数</p> <p>・「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。</p> <p>※月払い利用料については日割り計算を行う。</p> <p>※必要な原状回復費用があれば受領する。</p>
	入居後3月を超えた契約終了	<p>一時金の80% (自立プランのみ75%) 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 (入居者が1人の場合であって契約が終了した場合)</p> $\text{返還金} = \frac{\text{入居一時金} \times 80\% \text{ (【一般居室・自立プラン】のみ75\%)} \times (\text{償却日数} - \text{経過日数})}{\text{償却日数}}$ <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> $\text{返還金} = \frac{(\text{入居一時金} + \text{追加入居一時金}) \times 80\% \text{ (【一般居室・自立プラン】のみ75\%)} \times (\text{償却日数} - \text{経過日数})}{\text{償却日数}}$

		■生活支援費 返還金 = 生活支援費 × 80% (【一般居室・自立プラン】のみ 75%) × $\frac{\text{償却日数} - \text{経過日数}}{\text{償却日数}}$
前払金の保全先	1 連帯保証を行う銀行等の名称	株式会社みずほ銀行
	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

(入居者の人数)

性別	男性	26 人
	女性	68 人
年齢別	65 歳未満	1 人
	65 歳以上 75 歳未満	3 人
	75 歳以上 85 歳未満	20 人
	85 歳以上	70 人
要介護度別	自立	18 人
	要支援 1	15 人
	要支援 2	12 人
	要介護 1	21 人
	要介護 2	10 人
	要介護 3	7 人
	要介護 4	5 人
	要介護 5	6 人
入居期間別	6 ヶ月未満	9 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	4 人
	1 年以上 5 年未満	35 人
	5 年以上 10 年未満	23 人
	10 年以上 15 年未満	16 人
	15 年以上	6 人

(入居者の属性)

平均年齢	87.4 歳
入居者数の合計	94 人
入居率※	72.9% (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	1 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	0 人
	死亡者	7 人
	その他	1 人
生前解約の状況	施設側の申し出	1 人
		(解約事由の例) 入居契約書規定に基づく
	入居者側の申し出	1 人
(解約事由の例) ご自宅へ転居		
※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		苦情相談窓口及び意見箱 担当：施設長
電話番号		092-522-1220
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 8 時 45 分～午後 5 時
	土曜	休
	日曜・祝日	休
定休日		土曜・日曜・祝日
窓口の名称 3		福岡市中央区福祉・介護保険課
電話番号		092-718-1102

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

（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	平成26年3月6日
		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	平成23年12月22日
		評価機関名称	株式会社アール・ツーエス
	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 type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input 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 type="checkbox"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input type="checkbox"/> 1 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
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 あり (提携ホーム名:) <input 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 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 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 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 (提供するサービスの一覧表)

※ _____ 様

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名 _____

※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

別添1 事業主体が福岡市内で実施する他の介護サービス一覧表

介護サービスの種類			事業所の名称	所在地
<居宅サービス>				
訪問介護	あり	なし		
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3-23-10
			アビタシオン博多Ⅲ	福岡市博多区金の隈3-23-30
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>				
介護予防訪問介護	あり	なし		
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		
介護予防通所介護	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
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】

	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)				備考
			包含※2	都度※2	料金(税込)※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	○	○	右記
入浴(一般浴)介助・清拭	なし	あり	なし	あり	○	○	550円/15分
特浴介助	なし	あり	なし	あり	○	○	550円/15分
身辺介助(移動・着替え等)	なし	あり	なし	あり	○		
機能訓練	なし	あり	なし	あり	○		
通院介助(協力医療機関)	なし	あり	なし	あり	○		
通院介助(協力医療機関以外)	なし	あり	なし	あり	○	○	550円/15分
生活サービス							
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(敷地内 薬院パリュール大賀薬局)
買い物代行(上記以外の区域)	なし	あり	なし	あり		○	550円/15分
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
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
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			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
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり		○	右記
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり	○	○	右記
その他のサービス※4							

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割又は2割又は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。