

重要事項説明書

記入年月日	R 5 . 1 2 . 1
記入者名	古淵秀博
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	営利法人
名称	(ふりがな) かぶしきかいしゃ さんけあわじろ 株式会社 サンケア和白	
主たる事務所の所在地	〒811-0202 福岡県福岡市東区和白 2 丁目 1 6 番 3 号	
連絡先	電話番号	092-606-6755
	FAX番号	092-606-6756
	メールアドレス	info@suncare-wajiro.com
	ホームページアドレス	http://www.suncare-wajiro.com
代表者	氏名	瀬尾 幸太郎
	職名	代表取締役
設立年月日	平成 2 9 年 1 2 月 1 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) ぐらんどほーむ さんけあわじろ グランドホーム サンケア和白	
所在地	〒811-0202 福岡県福岡市東区和白2丁目16番3号	
主な利用交通手段	最寄駅	J R 和白駅・西鉄和白駅
	交通手段と所要時間	①バス利用の場合 ・西鉄バス『和白バス停』で下車、徒歩3分 ②電車利用の場合 ・J R 香椎線『和白駅』下車、徒歩5分 ・西鉄貝塚線『西鉄和白駅』で下車、徒歩5分
連絡先	電話番号	092-606-6755
	FAX番号	092-606-6756
	ホームページアドレス	http://www.suncare-wajiro.com
管理者	氏名	古淵 秀博
	職名	施設長
建物の竣工日		昭和60年9月15日
有料老人ホーム事業の開始日		平成15年7月1日
備考欄		平成29年12月1日より事業主体変更

(類型)【表示事項】

1	介護付 (一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合)	
2	介護付 (外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合)	
3	住宅型	
4	健康型	
1 又は 2 に該当する場合	介護保険事業者番号	特定施設入居者生活介護 第4070805017号 介護予防特定施設入居者生活介護 第4070805017号
	指定した自治体名	福岡市
	事業所の指定日	平成29年12月1日
	指定の更新日 (直近)	令和5年12月1日

3. 建物概要

土地	敷地面積	18,662.72 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			
建物	延床面積	全体	3棟		11,774.06 m ²	
		うち老人ホーム部分	8,984.31 m ²			
	耐火構造	1 耐火建築物				
		2 準耐火建築物				
3 その他 ()						
構造	1 鉄筋コンクリート造					
	2 鉄骨造					
	3 木造					
	4 その他 ()					
所有関係	1 事業者が自ら所有する建物					
	2 事業者が賃借する建物					
	抵当権の設定	1 あり 2 なし				
	契約期間	1 あり (年 月 日 ~ 年 月 日) 2 なし				
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1	有	有	59.58~63.84 m ²	65	一般居室個室
	タイプ2	有	無	17.25 m ²	1	介護居室個室
	タイプ3	有	無	18.42 m ²	1	介護居室個室
	タイプ4	有	無	17.87 m ²	1	介護居室個室
	タイプ5	有	無	19.91 m ²	1	介護居室個室
タイプ6	無	無	17.12 m ²	1	介護居室個室	
タイプ7	無	無	19.84 m ²	1	介護居室個室	
タイプ8	無	無	37.92 m ²	1	一時介護室	

	タイプ9	無	無	34.41 m ²	1	一時介護室
	タイプ10	無	無	26.57 m ²	1	一時介護室
	タイプ11	有	無	27.47 m ²	2	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	11ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	8ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	3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	2ヶ所	チェアー浴	0ヶ所		
			リフト浴	0ヶ所		
			ストレッチャー浴（ミスト浴）	1ヶ所		
			その他（個浴型介護浴槽）	1ヶ所		
食堂	1 あり	2 なし				
入居者や家族が利用 できる調理設備	1 あり	2 なし				
エレベーター	1 あり（車椅子対応） 2 あり（ストレッチャー対応） 3 あり（上記1・2に該当しない） 4 なし					
消防用設備等	消火器	1 あり	2 なし			
	自動火災報知設備	1 あり	2 なし			
	火災通報設備	1 あり	2 なし			
	スプリンクラー	1 あり	2 なし			
	防火管理者	1 あり	2 なし			
	防災計画	1 あり	2 なし			
防犯用設備等	防犯カメラ	館内において、防犯カメラを1階に6ヶ所、2階に10ヶ所、3階～6階の各フロアに5ヶ所の合計36ヶ所を設置しています。				
その他	上記以外の共有施設として、ロビー、多目的室、テラス、健康相談室、集会室、シアター ルーム、応接室、洗濯場（各階）、トランクルーム（有料）、菜園、芝生広場、庭園（東屋 付遊歩道）、駐車場（有料）があります。					

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	尊厳ある自立した老後の生活を支援致します。
サービスの提供内容に関する特色	長年の実績に培われたきめ細やかな心づかいで一人一人の悠々自適の生活をお手伝い致します。サンケア和自の主人公はご入居者自身です。スタッフの仕事は、一人一人の毎日がより心地よいものになるようお手伝いすることです。そのために介護や看護、食事のお世話や清掃などのサービスが、ご入居者の方の心に届くものとなるよう目配りや気配りを大切に、和やかでアットホームな雰囲気づくりを心がけています。
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	1 自ら実施 2 委託 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	1 自ら実施 2 委託 3 なし

(介護サービスの内容)

特定施設入居者生活介護の 加算の対象となるサービスの 体制の有無	短期利用特定入居者生活介護費	1 あり 2 なし
	入居継続支援加算	1 あり 2 なし
	生活機能向上連携加算	1 あり 2 なし
	個別機能訓練加算Ⅰ	1 あり 2 なし
	個別機能訓練加算Ⅱ	1 あり 2 なし
	夜間看護体制加算	1 あり 2 なし
	若年性認知症入居者受入加算	1 あり 2 なし
	医療機関連携加算	1 あり 2 なし
	退院・退所時連携加算	1 あり 2 なし
	介護職員処遇改善加算Ⅱ	1 あり 2 なし
	介護職員特定処遇改善加算Ⅱ	1 あり 2 なし
	科学的介護推進体制加算	1 あり 2 なし
	看取り介護加算	1 あり 2 なし
	認知症専門 ケア加算	(Ⅰ) 1 あり 2 なし (Ⅱ) 1 あり 2 なし
	サービス提供体 制強化加算	(Ⅰ)イ 1 あり 2 なし (Ⅰ)ロ 1 あり 2 なし (Ⅱ) 1 あり 2 なし

	制強化加算	(Ⅲ)	1 あり	2 なし
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	1 あり	(介護・看護職員の配置率) 1.56 : 1		
	2 なし			

(医療連携の内容)

医療支援		1 救急車の手配	
		2 入退院の付き添い	
		3 通院介助	
		4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	医療法人 榎本内科医院
		住所	福岡市東区和白5-9-7 (ホームから約0.9 km)
		診療科目	内科・循環器科・胃腸科
		協力内容	週1回の健康相談、急患発生時の嘱託医の派遣、外来での診療対応
	2	名称	医療法人 相生会 新吉塚病院
		住所	福岡市博多区吉塚7-6-29 (ホームから約10 km)
		診療科目	内科・神経内科・リハビリテーション科
		協力内容	月2回の嘱託医による健康相談、外来での診療対応
協力歯科医療機関	名称	おかだ歯科クリニック	
	住所	福岡市東区和白3-2-32-101 (ホームから0.5 km)	
	協力内容	週1回の口腔ケア指導、外来での診療対応、急患発生時の嘱託医の派遣	

(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	1 一時介護室へ移る場合
	2 介護居室へ移る場合
	3 その他 ()
判断基準の内容	◆一時介護室へ移る場合 短期間、24時間の頻繁な介護が必要となった場合 ◆介護居室へ移る場合 長期にわたり24時間の頻繁な介護が必要となった場合 また経過観察後、継続的に介護居室での介護が必要と判断される場合
手続きの内容	◆一時介護室へ移る場合 医師の意見を踏まえ、本人の意思を確認し入居契約における身元引受人の意見を聞いた上で一時介護室で介護致します。

	<p>◆介護居室へ移る場合</p> <p>医師の意見を踏まえ、本人の意思を確認し入居契約における身元引受人の意見を聴いた上で介護居室で介護致します。</p> <p>概ね6ヶ月の観察期間を設け介護居室で経過観察を行い、上記判断基準に基づき本人及び入居契約における身元引受人の同意の上、一般居室から介護居室への住み替えを行います。</p>		
追加的費用の有無	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
居室利用権の取扱い	<p>◆一時介護室へ移る場合</p> <p>一時的に利用する共用施設であり、費用は当初の入居一時金及び介護サービス費・月額管理料に含まれており、追加費用の負担はありません。</p> <p>また、居室の利用権は継続致します。</p> <p>◆介護居室へ移る場合</p> <p>一般居室の利用権を消滅させ、新たに介護居室及びトランクルーム(1個)の利用権を設定致します。また、介護居室での光熱費の負担はありません。</p>		
前払金償却の調整の有無	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
従前の居室との仕様の変更	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	<p>(変更内容)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・室内全体の仕様が異なる。 ・トランクルーム1部屋の付与
		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	<ul style="list-style-type: none"> ・1人入居の場合：入居時、年齢が原則として満60歳以上であること。 ・2人入居の場合：ご夫婦で入居の場合、原則として2人とも満60歳以上であること。 ・ご夫婦以外の場合、3親等以内の関係にあるか当社が認めた方であること。 ・入居後に管理費や食費、一般居室の水道・電気等のご入居者がお支払いいただくべき費用を負担できること。 		

	<ul style="list-style-type: none"> 健康保険、介護保険に加入されていること。 円満な共同生活を営むことができること。 当施設の運営趣旨をご理解いただき、ご協力をお約束できること。 	
契約の解除の内容	<ul style="list-style-type: none"> 入居者が死亡したとき。（入居者が2名の場合は両者ともに死亡したとき） 事業者が入居契約書第29条に基づき解除を通告し、予告期間が満了したとき。 入居者が入居契約書第30条に基づき解除を行ったとき。 	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	<ul style="list-style-type: none"> 入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき。 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なくしばしば遅延するとき。 入居契約書第20条の規定に違反したとき。 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、且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。
	解約予告期間	90日（3ヶ月）
入居者からの解約予告期間	30日（1ヶ月）	
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> あり 【内容：5,000円（税別）《1泊3食付／1名につき》】 <input type="checkbox"/> なし	
入居定員	90人	
その他		

5. 職員体制

（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	24	21	3	23.6
介護職員	19	17	2	18.7
看護職員	5	4	1	4.8
機能訓練指導員	2	1	1	1.8
計画作成担当者	1	1	0	1
栄養士	0	0	0	0（外部委託）
調理員	0	0	0	0（外部委託）
事務員	2	2	0	2

その他職員	3	2	1	2.8
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 ^{※2}				37.5時間
<p>※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。</p> <p>※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。</p>				

(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	10	10	0
実務者研修の修了者	3	3	0
初任者研修の修了者	4	2	2
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	1	1	0
作業療法士	1	0	1
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 (17時15分～9時15分)		
	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)	1.56 : 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										
	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	3	0	0	0	0	0	1	0	
前年度1年間の退職者数	0	0	1	2	0	0	0	0	1	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	3	0	0	0	0	0	1	0
	1年以上	1	0	2	0	0	0	0	1	0	0
	3年未満										
	3年以上	2	0	8	1	0	0	0	0	0	0
	5年未満										
	5年以上	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	10年未満										
10年以上	0	0	4	1	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 【表示事項】	<input 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 type="checkbox"/> 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	<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
年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input 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 type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 3 不在期間が30日以上の場合に限り、日割り計算で減額	
利用料金の改定	条件	所在する地方自治体が発表する消費者物価指数及び人件費を勘案し、改定をすることがある。
	手続き	運営懇談会の意見を聴いたうえで改定するものとする。

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1	プラン2
入居者の状況	要介護度	自立・要支援・要介護	自立・要支援・要介護
	年齢	85歳	85歳
居室の状況	床面積	59.68㎡	59.68㎡
	便所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
	浴室	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
	台所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
入居時点で必要な費用	前払金	1,520万円 内訳（入居一時金1,300万円 ・介護サービス費220万円）	920万円 内訳（入居一時金700万円 ・介護サービス費220万円）
	敷金	0円	0円
月額費用の合計		156,200円	206,200円
サービス費用	家賃	0円	50,000円
	特定施設入居者生活介護※ ¹ の費用	0円	0円
		介護保険外※ ² 食費※ ³	79,200円

		管理費	77,000 円	77,000 円
		介護費用	0 円	0 円
		光熱水費	0 円	0 円
		その他	0 円	0 円

※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。

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

※3 食費については、上記基本料金をもとに『季節変動調整費』を設定。毎月委託業者との協議を実施した上で総合的に価格設定の判断を行う。

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	ホームの整備に要した費用、修繕費、管理事務費、土地代に相当する額等を基礎として合理的に算定したもので、近傍同種住宅の家賃から算定される額を大幅に上回らない内容。
敷金	不要
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	事務管理部門の人件費・事務費、要支援者及び要介護者以外の入居者に対する日常生活支援サービス提供のための人件費、共用施設等の維持管理。
食費	1日3食<基本料金>：2,640 円【朝食：660 円・昼食：880 円・夕食：1,100 円】を30食喫食 ・季節変動調整費適用の場合 変動①1日3食：2,750 円【朝食：682 円・昼食：902 円・夕食：1,166 円】 変動②1日3食：2,860 円【朝食：715 円・昼食：935 円・夕食：1,210 円】 変動③1日3食：2,970 円【朝食：748 円・昼食：968 円・夕食：1,254 円】 ※『季節変動調整費』ですが、上記基本料金をもとに変動①～③の適用については、毎月委託業者との協議を実施した上で総合的に判断を致します。
光熱水費	入居者が居住する居室内の光熱費、電話代等は別途実費負担。
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） 入居者の個人的な希望及び個別選択的な個別介護サービスの利用料。

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠)

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	介護保険法令に基づく利用者負担分
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）	人員を基準以上に配置して提供する介護サービスのうち、介護保険給付（利用者負担分を含む）による収入でカバーできない額に充当するものとして合理的積算根拠に基づく。 （要介護者等1.9名に対して週37.5時間換算で看護・介護職員1名以上）
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

(前払金の受領)

算定根拠	土地代、建設費、修繕費、借入利息、管理事務費等を基礎とし、近傍家賃及び想定居住期間等を勘案し算出。
想定居住期間（償却年月数）	60～180ヶ月
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）	2,280,000円～4,710,000円
初期償却率	15%
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了 【入居一時金—非返還対象分】÷償却期間月数÷30（1日の利用料）×（入居日から契約終了日までの実日数） 入居一時金から、上述により算出した金額を引く。
	入居後3月を超えた契約終了 【入居一時金—非返還対象分】÷（入居日の翌日から償却期間満了日までの実日数） ×（契約終了日から償却期間満了日までの実日数）
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
	4 全国有料老人ホーム協会
	5 その他（名称：_____）

短期利用特定施設入居者生活介護（29泊30日以内）サービス利用料金表

1階介護専用居室(個室) 居室数：6戸(空室利用) 定員：6名

①ご提供サービスの利用料金（自己負担額）

居室面積	17.12～19.91㎡	
居室内設備	寝具(ベッド)、カーテン、洗面台、エアコン、チェスト	
居室使用料	2,620円/日(非課税)※1泊2日分となります。 清掃委託費用・設備管理費用・ごみ全般処理・衛生管理費・修繕費等	
食費	2,860円(税込)＜朝食715円、昼食935円、夕食1,210円、おやつ代含む＞	
寝具代	150円/日(非課税)＜シーツ、布団、枕カバーの衛生管理料含む＞	
その他日常生活費	<ul style="list-style-type: none"> ・受診、外出時の付き添い等 1,650円(税込) / 30分 ・お買物代行、届出代行業務 1,650円(税込) / 30分 ・送迎費用 1,650円(税込) / 30分 ・おむつ代、 ・日用品代、クリーニング代、洗濯代 ・行事参加費 ・医療費、理美容代、 ・洗面セット(歯ブラシ・髭剃り・パジャマ・石鹸等) 	実費(課税) 実費(非課税) 実費(課税) 実費(非課税) 実費(非課税)
自己負担金額	5,630円 + 実費	

※介護専用居室及び共用施設の水道光熱費は居室使用料に含まれます。

②介護保険サービス算定加算の自己負担内容（1日あたりの単位・円）

	要介護度				
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
短期利用特定施設入居者生活介護費	538単位	604単位	674単位	738単位	807単位
夜間看護体制加算	10単位	10単位	10単位	10単位	10単位
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6単位	6単位	6単位	6単位	6単位
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)(※1)	32単位	36単位	41単位	44単位	49単位
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)(※1)	6単位	7単位	8単位	8単位	9単位
ベースアップ等支援加算	8単位	9単位	10単位	11単位	12単位
合計単位数	602単位	673単位	749単位	819単位	894単位
自己負担金額(1割負担)	629円	704円	783円	856円	935円
自己負担金額(2割負担)	1,258円	1,408円	1,566円	1,712円	1,870円
自己負担金額(3割負担)	1,887円	2,112円	2,349円	2,568円	2,805円

ご利用者自己負担合計額(上記①+②の合計)

自己負担合計金額(1割負担の方)	6,259円	6,334円	6,413円	6,486円	6,565円
自己負担合計金額(2割負担の方)	6,888円	7,038円	7,196円	7,342円	7,500円
自己負担合計金額(3割負担の方)	7,517円	7,742円	7,979円	8,198円	8,435円

(※1) …処遇改善加算Ⅱは、短期利用特定入居者生活介護費と夜間看護体制加算の合計単位数の6.0%、特定遇改善加算Ⅱは、短期利用特定施設入居者生活介護費と夜間看護体制加算の合計単位数の1.2%で算出します。

7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	26人
	女性	55人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	9人
	75歳以上85歳未満	23人
	85歳以上	49人
要介護度別	自立	44人
	要支援1	2人
	要支援2	8人
	要介護1	10人
	要介護2	6人
	要介護3	2人
	要介護4	5人
	要介護5	4人
入居期間別	6ヶ月未満	7人
	6ヶ月以上1年未満	0人
	1年以上5年未満	32人
	5年以上10年未満	26人
	10年以上15年未満	7人
	15年以上	9人

(入居者の属性)

平均年齢	86.27歳
入居者数の合計	81人
入居率※	90.0%
※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	0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	9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)
※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及び対応

(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・事故発生時の対応方法)		ホーム事務所は『苦情処理担当者』を定め体制を整備。入居者からの苦情内容には守秘義務を課し、速やかに対応を行う。また、事故の状況や事故に際して取った処置について記録するとともに、事故発生の原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じる。苦情申し出による差別的な待遇は一切行わない。
電話番号		092-606-6755
対応している 時間	平日	9:00～16:00
	土曜	9:00～16:00
	日曜・祝日	9:00～16:00
定休日		なし
窓口の名称2		公益社団法人 全国有料老人ホーム協会
電話番号		03-3548-1077
対応している 時間	平日（月・水・金）	10:00～17:00
	火曜・木曜	休み
	土曜・日曜・祝日	休み
定休日		火曜・木曜・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介護保険相談窓口
電話番号		092-642-7859
対応している 時間	平日	9:00～17:00
	土曜	休み
	日曜・祝日	休み
定休日		土曜・日曜・祝日・年末年始
虐待相談・通報窓口の名称		福岡市福祉局 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	9:00～17:30
	土曜	休み
	日曜・祝日	休み
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) 損害保険ジャパン株式会社の『有料老人ホーム賠償責任保険』に加入
	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) 不可抗力の場合を除き賠償される。
	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	随時
			結果の開示
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 2 月 23 日
		評価機関名称	福祉経営ネットワーク
		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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<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	<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

10. その他

運営懇談会	1 <input type="checkbox"/> あり	(開催頻度) 年 1 回 ※臨時開催あり
	2 <input type="checkbox"/> なし	
	1 <input type="checkbox"/> 代替措置あり	(内容)
	2 <input type="checkbox"/> 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 <input type="checkbox"/> あり (提携ホーム名: _____)	
	2 <input type="checkbox"/> なし	
有料老人ホーム設置時の老人福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出	1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 適合している (代替措置)	
	2 <input type="checkbox"/> 適合している (将来の改善計画)	
	3 <input type="checkbox"/> 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	1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし	
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 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	グランドホームサンケア和白	福岡市東区和白2-16-3
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	グランドホームサンケア和白	福岡市東区和白2-16-3
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		

■別紙 2（A 3 横）を御参照下さい。

提供する介護サービスの一覧表【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)				都度※2	料金※3	備 考
			なし	あり	なし	あり			
介護サービス									
食事介助	なし	あり	なし	あり	○			必要に応じ特別食対応及び一部介助	
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	○			自立支援介助及び必要に応じて一部介助	
おむつ代	なし	あり	なし	あり		○		実費負担(おむつ代)	
入浴(一般浴)介助・清拭	なし	あり	なし	あり	○	○	週3回以上実施の場合:入浴介助1回につき1,000円(税別) / 30分 週3回以上実施の場合:清拭1回につき500円(税別) / 15分	入浴介助 / 30分または清拭 / 15分(いずれも週2回実施)	
特浴介助	なし	あり	なし	あり	○	○	週3回以上実施の場合:1回につき1,000円(税別) / 30分	特浴介助 / 30分(週2回実施)	
身辺介助(移動・着替え等)	なし	あり	なし	あり	○	○	30分を超える場合:1,000円(税別) / 30分		
機能訓練	なし	あり	なし	あり				身体状況に応じ対応 入居者の希望による(介護保険者のみ)	
通院介助(協力・指定医療機関)	なし	あり	なし	あり	○			必要に応じ協力・指定医療機関への付添い	
通院介助(協力・指定医療機関以外)	なし	あり	なし	あり		○	協力・指定医療機関以外:1,000円(税別) (注2)夜間時の付添い:1,500円(税別) / 30分		
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○	○	週1回程度。週2回以上の場合1回につき1,000円(税別) / 30分		
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○	○	週1回程度。週2回以上の場合1回につき1,000円(税別)(洗濯込み) ※希望の洗剤は実費		
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○	○	週2回程度。週3回以上の場合一回につき1,000円(税別) / 30分 (注1)		
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	○	○	必要に応じ居室配下膳実施:配下膳100円(税別) / 1回		
入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし	あり	なし	あり				希望により一部食材の代替あり	
おやつ	なし	あり	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	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	○			指定店舗①:週2回程度実施	
買い物代行(上記以外の区域)	なし	あり	なし	あり		○	指定店舗①以外は相談に応じ実施。1,000円(税別) / 30分		
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	○	○	月2回の指定日以外を希望する場合、30分に付1,500円(税別)(注2)	月2回指定日(注3)	
金銭・貯金管理	なし	あり	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	なし	あり	○			年2回実施	
健康相談	なし	あり	なし	あり	○			週1回実施(内科全般)、隔週で月2回実施(整形外科)	
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	○	○	協力・指定医療機関以外への受取代行1,000円(税別) / 30分(注2)	必要に応じ適宜実施 協力・指定医療機関への受取代行	
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	なし	あり	なし	あり	○			必要に応じ適宜実施	
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	○	○		協力・指定医療機関への移送・同行実施	
入退院時の同行(協力及び指定医療機関)	なし	あり	なし	あり	○	○			
入退院時の同行(協力及び指定療機関以外)	なし	あり	なし	あり		○	協力・指定医療機関以外:1,000円(税別) / 30分※但し、急変時は負担なし		
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり	○	○		協力・指定医療機関へ週2回程度実施	
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり	○		協力・指定医療機関以外:1,000円(税別) / 30分 ※洗濯・買物は希望時:1,000円(税別) / 30分		

(注1) ホーム内の洗濯機・乾燥機にて対応できるもの
(注2) 30分毎に1,000円(税別)又は1,500円(税別)

(注3) 役所:福岡市東区管内の行政機関、
銀行:西日本シティ銀行和白支店、福岡銀行新宮支店、上和白郵便局

※1:利用者の所得等に応じて負担割合が変わる(1割・2割・3割の利用者負担)

※2:「あり」を記入したときは、各種サービス費用が、前払い又は月払いのサービス費用に含まれる場合と、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。

付記 ①指定店舗:ハローディ新宮店、ホームワイド和白店

②協力医療機関(榎本内科医院、おかだ歯科クリニック、雁の巣病院、ピーエスクリニック、福岡みらい病院、新吉塚病院)

③指定医療機関(福岡和白病院、香椎丘リハビリテーション病院、福岡輝栄会病院、三善病院、三原クリニック、村上循環器科・内科クリニック、あんのうクリニック、福岡内科総合クリニック、加野病院、秋山とおる整形外科医院、まつもと整形外科クリニック、篠田眼科医院、たけした耳鼻咽喉科、新宮整形外科、西藤皮膚泌尿器科、医療法人和仁会東福岡和仁会病院、千早病院、あんどクリニック 内科 消化器内科)

③重度の老人性認知症等のためにホームでの介護が困難となる場合は、身元引受人とご相談のうえ専門病床を有する医療機関へ入院していただく場合があります

その他、必要な利用料の一覧表

項目	料金	項目	料金
コピー代	10円(税別) / 1枚(白黒) 30円(税別) カラーコピー	レクリエーション等の参加費	実費負担
駐車場使用料	1台につき3,000円(税別) / 月	ゲストルーム使用料	1人につき3,000円(税別)
トランクルーム使用量	1部屋につき3,000円(税別) / 月		