

# 九電ケアタウン

## 重要事項説明書

有料老人ホーム入居契約書兼指定施設等利用  
契約

介護居室

重要事項説明書

記入年月日	2020年7月1日
記入者名	荒尾 公一
所属・職名	代表取締役支配人

1. 設置者概要

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) かぶしきかいしゃきゅうでんぐつどらいふひがしふくおか 株式会社キューデン・グッドライフ東福岡		
主たる事務所の所在地	〒811-3214	福岡県福津市花見が丘3丁目28番2号	
連絡先	電話番号	0940-35-8045	
	FAX番号	0940-35-8046	
	ホームページアドレス	http:// www.kyuden-goodlife.co.jp	
代表者	氏 名	荒尾 公一	
	職 名	代表取締役支配人	
設立年月日	2000年12月20日		
主な実施事業	※ 別添1 (別に実施する介護サービス一覧表)		

2. 有料老人ホーム事業の概要

名 称	(ふりがな) ゆうりょうろうじんほーむ きゅうでんけあたうん 有料老人ホーム 九電ケアタウン		
所在地	〒811-3214	福岡県福津市花見が丘3丁目28番2号	
主な利用 交通手段	最寄駅	鹿児島本線 福間駅または千鳥駅	
	最寄駅からの交通 手段と所要時間	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 福間駅から西鉄バス乗換 5分</li> <li>「花見が丘3丁目」下車、徒歩 3分(約200m)</li> <li>・ 千鳥駅から徒歩 10分(約800m)</li> </ul>	
連絡先	電話番号	0940-35-8045	
	FAX番号	0940-35-8046	
	ホームページアドレス	http:// www.kyuden-goodlife.co.jp	
	メールアドレス	voice-29@kyuden-goodlife.co.jp	
管理者	氏 名	荒尾 公一	
	職 名	代表取締役支配人	
建物の竣工日		2002年 9月 13日	
有料老人ホーム事業の開始日		2002年 10月 1日	
※同一建物で有料老人ホーム事業を行っていた場合、当初開始日		2002年 10月 1日	

(類型)【表示事項】

1	① 介護付 (一般型特定施設入居者生活介護の指定を受けている場合)	
2	介護付 (外部サービス利用型特定施設入居者生活介護の指定を受けている場合)	
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事業所福岡県指定第 4074500267 号 ・介護予防特定施設入居者生活介護事業所福岡県指定第 4074500267 号
	指定した自治体名	福岡県
	事業所の指定日	2002 年 10 月 1 日 介護予防特定施設 (2002 年 10 月 1 日)
	指定の更新日 (直近)	2014 年 10 月 1 日

3. 建物概要

土 地	敷地面積	26,637.54 m <sup>2</sup>	
	所有関係	1 設置者が自ら全てを所有する土地	
		2 設置者が自ら一部を所有・一部を賃借する土地	
		③ 設置者が賃借する土地	
		※ 1 又は 2 に該当する場合	
		抵当権の有無	有 / 無
※ 2 又は 3 に該当する場合			
契約期間	① (2001 年 10 月 1 日 ~ 2032 年 9 月 30 日) / 無		
契約の自動更新	① / 無		
建 物	規 模	9 階建 1 棟	
		2 階建 1 棟	
		延床面積	全体 12,005.00 m <sup>2</sup> うち、有料老人ホーム部分 12,005.00 m <sup>2</sup>
	構 造	① 鉄筋コンクリート造	
		2 鉄骨造	
		3 木造	
		4 その他 ( )	
	耐火構造	① 耐火建築物	
		2 準耐火建築物	
		3 その他 ( )	
所有関係	① 設置者が自ら所有する建物		
	2 設置者が賃借する建物		
	※ 1 に該当する場合		
	抵当権の有無	有 / ① 無	
	※ 2 に該当する場合		
契約期間	有 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) / 無		
契約の自動更新	有 / 無		

居室の状況	居室区分	① 全室個室 2 相部屋あり					
	【表示事項】	※2に該当する場合					
		最小	人部屋		最大	人部屋	
		便所	浴室	台所	面積	室数・戸数	区分※
	タイプ1	有/無	有/無	有/無	46.9 m <sup>2</sup>	65	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	有/無	58.1~59.8 m <sup>2</sup>	28	〃
	タイプ3	有/無	有/無	有/無	69.3~71.2 m <sup>2</sup>	6	〃
タイプ4	有/無	有/無	有/無	19.2~33.5 m <sup>2</sup>	36	介護居室個室	
タイプ5	有/無	有/無	有/無	17.5, 20.1 m <sup>2</sup>	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」のいずれかを記入。							
共用施設	共用便所における便房	10 か所	うち男女別の対応が可能な便房		6 か所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房		4 か所		
	共用浴室	3 か所	個室		か所		
			大浴場		3 か所		
	共用浴室に設置された介助浴槽	2 か所	チェアー浴		1 か所		
			リフト浴		か所		
			ストレッチャー浴		か所		
			その他 (仰臥位入浴装置)		1 か所		
食堂	有 / 無						
入居者や家族が利用できる調理設備	有 / 無						
エレベーター ※複数選択可	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					有 / 無	
	自動火災報知設備					有 / 無	
	火災通報設備					有 / 無	
	スプリンクラー					有 / 無	
	防火管理者					有 / 無	
	防災計画					有 / 無	
その他	<u>一般居室</u> エレベーター、売店、レストラン、ファミリーイング、ラウンジ、多目的ホール、大浴場 (男女)、娯楽室 1・2、カラオケ (AV ルーム)、カルチャールーム、理美容室、洗濯室、ゴミ置場、棟内トランクルーム、スカイラウンジ、応接室						
	<u>介護居室</u> エレベーター、健康相談室、娯楽室、食堂 (談話室)、洗濯室、入浴室 敷地内：駐車場、家庭菜園、遊歩道、ゴルフ練習場、棟外トランクルーム						

4 サービスの内容

(全体の方針)

運営の方針	当事業は要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対し、適正な介護サービスを提供し自立した日常生活を営むことができるようにすることを目的とする。事業の実施に当たっては関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。
サービスの提供内容に関する特色	広大な敷地(面積 8,000 坪)で庭園・菜園を楽しみながら、サービス計画に基づいた生活援助、機能訓練及び療養上の援助を行ないます。また、お買物や通院での利用、外出レクリエーションの送迎にも活用できる巡回マイクロバスを配備。入居者さまに安心して快適に過ごしていただけますようにサポートしてまいります。
入浴、排せつ又は食事の介護	① サービスの提供あり (設置者が実施) ② サービスの提供あり (設置者以外が実施) ③ サービスの提供なし
食事の提供	① サービスの提供あり (設置者が実施) ② サービスの提供あり (設置者以外が実施) ③ サービスの提供なし
洗濯、掃除等の家事の供与	① サービスの提供あり (設置者が実施) ② サービスの提供あり (設置者以外が実施) ③ サービスの提供なし
健康管理の供与	① サービスの提供あり (設置者が実施) ② サービスの提供あり (設置者以外が実施) ③ サービスの提供なし
安否確認又は状況把握サービス	① サービスの提供あり (設置者が実施) ② サービスの提供あり (設置者以外が実施) ③ サービスの提供なし
生活相談サービス	① サービスの提供あり (設置者が実施) ② サービスの提供あり (設置者以外が実施) ③ サービスの提供なし

(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	個別機能訓練加算	有 / 無	
	夜間看護体制加算	有 / 無	
	医療機関連携加算	有 / 無	
	看取り介護加算	有 / 無	
	認知症専門ケア加算	(I)	有 / 無
		(II)	有 / 無
	サービス提供体制強化加算	(I) イ	有 / 無
		(I) ロ	有 / 無
		(II)	有 / 無
	(III)	有 / 無	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無		有 / 無	
※有の場合、介護・看護職員の配置率		2 : 1	

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		<input checked="" type="checkbox"/> ① 救急車の手配 <input checked="" type="checkbox"/> ② 入退院の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> ③ 通院介助 4 その他 ( )	
協力医療機関	1	名称	医療法人中須賀内科循環器内科
		住所	福津市花見が丘 1-5-15
		診療科目	内科、胃腸内科、循環器内科、呼吸器内科
		協力内容	月 2 回の健康相談、年 2 回の定期健康診断の実施 及び健康管理、身体急変時の助言、援助、措置
	2	名称	医療法人豊資会 加野クリニック
		住所	古賀市花見南 1-2-15
		診療科目	泌尿器科、人工透析、通所リハビリ
		協力内容	診療における通院・往診治療、夜間・入院対応
協力歯科医療機関		名称	医療法人宝歯会 古賀スマイル歯科医院
		住所	古賀市花見東 4-13-27
		協力内容	歯科診療における通院治療、往診治療、夜間対応

(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 ※複数選択可		1 一時介護室へ移る場合 <input checked="" type="checkbox"/> ② 介護居室へ移る場合 3 その他 ( )	
判断基準の内容		要介護 3 以上を目安にテンダネスふくまに住み替えをしていただきます。その場合、本人の同意の上で、本人及び身元引受人と、医師、当社（看護師、支配人等）により話し合いを行いながら決定します。	
手続きの内容		最長 6 ヶ月間の状態観察により決定。	
追加的費用の有無		有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無 但し、1号室(31.2㎡)、2号室(33.5㎡)、32号室(31.3㎡)希望の場合は追加費用(1.2号室 250万円、32号室 350万円)が必要です	
居室利用権の取扱い		一般居室(ナイスデイふくま)の利用権は、介護居室(テンダネスふくま)の利用権に移行します。	
前払金償却の調整の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	
	便所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	
	浴室の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	
	洗面所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	
	台所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	
	その他の変更	※有の場合、 変更内容	室内全体の仕様が異なります。

(入居に関する要件)

<p>入居対象となる者 【表示事項】 ※複数選択</p>	<p>① 自立している者 ② 要支援の者 ③ 要介護の者</p>	
<p>留意事項</p>	<p>・入居時において年齢が満65歳以上の方。 ・公的介護保険制度において要支援1から要介護5までの認定を受けている方。 ・施設の運営趣旨をご理解いただき、他のご入居者と協調した円満な生活ができる方。 ・連帯保証人、身元引受人又は成年後見人を1名以上定めていただける方。</p>	
<p>契約の解除の内容</p>	<p>①入居者が死亡したとき ②事業者からの契約解除(入居契約書第29条) ③入居者からの解約(入居契約書第30条) ④契約期間が満了(月払いプランの場合)</p>	
<p>設置者から解約を求める場合</p>	<p>解約条項</p>	<p>①事業者は、入居者が次のいずれかに該当し、そのことにより入居契約を将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合に、90日間の予告期間において、契約を解除することがあります。 a. 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 b. 月額の利用料その他の支払を正当な理由なく、しばしば延滞するとき c. 入居契約に定める目的施設の終身利用権の規定に違反したとき d. 入居契約に定める禁止又は制限される行為の規定に違反したとき e. 入居者の行動が、他の入居者または役職員の生命・身体・健康・財産(事業者の財産を含む)に危害を及ぼし、または、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 ②事業者は、入居者またはその家族・連帯保証人・身元引受人・返還金受取人等による、事業者の役職員や他の入居者等に対するハラスメントにより、入居者との信頼関係が著しく害され事業の継続に重大な支障が及んだときに、90日間の予告期間において、本契約を解除することがあります。 ③事業者は、入居者・連帯保証人及び身元引受人等が、反社会的勢力の排除の確約に反するなど入居契約に定める即時解約要件に該当した場合には、①、②の定めに関わらず、催告することなく、契約を解除することができます。</p>
<p>入居者からの解約予告期間</p>	<p>30日</p>	<p>①、②は90日、③は予告期間なし</p>

	(有) / 無	
体験入居	※有の場合、内容	3泊4日～10泊11日以内の日程で可能です。 テンダネスふくま 1泊2日 (1人あたり3食含)20,900円(税込)
入居定員	介護居室・・・36名	
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。(同一法人が運営する他の事業所と有料老人ホームを兼業する職員も記載することがある。)

(職種別の職員数)

	職員数 (実人数)			常勤換算人数※
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1	0	1.0
生活相談員	1.5	1.5	0	1.5
直接処遇職員	34.5	27.5	7	29.1
うち介護職員	23	17	6	19.3
うち看護職員	11.5	10.5	1	9.8
機能訓練指導員	1	1	0	1.0
計画作成担当者	1	1	0	1.0
栄養士	1	1	0	1.0(委託)
調理員	3	3	0	3.0(委託)
事務員	5	4	1	4.2
その他職員	20	6	14	15.0
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。				

(介護職員が有している資格の総数)

	合計		
	常勤	非常勤	
社会福祉士	0	0	0
介護福祉士	17	15	2
実務者研修の修了者	0	0	0
初任者研修の修了者	7	4	3
介護支援専門員	4	4	0



(機能訓練指導員が有している資格の総数)

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

(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～翌朝9時30分	
	平均人数	最小時人数(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】	1 ② 3 4	1.5 : 1以上 2 : 1以上 2.5 : 1以上 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)	1.3 : 1	

※ 広告、パンフレット等における記載内容と合致すること

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)	有料老人ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名所	
	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									有 / (無)	
	業務に係る資格等		(有) / 無								
	※ 有の場合、資格等の名称						ホームヘルパー 2 級				
	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 年間の採用数	1		2								
前年度 1 年間の退職者数				1							
業務に 従事した 職員の 経験年 数に応じた 人数	1 年未満								1		
	1 年以上 3 年未満										
	3 年以上 5 年未満				1						
	5 年以上 10 年未満			5	1						
	10 年以上	11	1	12	4	2		1			
従業者の健康診断の実施状況									(有) / 無		

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	
	※ 4 の場合 複数選択可	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
年齢に応じた金額設定	有 / (無)	
要介護状態に応じた金額設定	有 / (無)	
入院等による不在等における 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 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額	
利用料金の改定	条件	物価変動、人件費上昇により改定することがある。
	手続き	運営懇談会にて意見を聴く

(利用料金のプラン)

\*この他に月払いプランがあります。

(税込)

		プラン1 (基本プラン)	プラン2 (併用プラン)
入居者の 状 況	要介護度	要支援1～要介護5	要支援1～要介護5
	年齢	65歳以上	65歳以上
居室の状況		タイプ	タイプ
床面積		19.2㎡～22.7㎡	19.2㎡～22.7㎡
便 所		有 / 無	有 / 無
浴 室		有 / 無	有 / 無
台 所		有 / 無	有 / 無
入居時 点 で 必 要 な 費 用	前払金※3	入居一時金 1,020万円 健康管理一時金 473万円(税込)	入居一時金 1,020万円
	敷 金	0円	0円

月額費用の合計		142,710円(税込)	202,110円(税込)	
家 賃		入居一時金含む	入居一時金含む	
サービス 費用	特定施設入居者生活介護等の費用※1	介護保険法に定める負担割合を徴収します。	介護保険法に定める負担割合を徴収します。	
	介護 保 険 外 ※ 2	食 費	43,710円(税込)	43,710円(税込)
		管理費	99,000円(税込)	99,000円(税込)
		介 護 費 用	健康管理一時金に含む	59,400円(税込)
		光熱水費	管理費に含む	管理費に含む
	その他	有料サービス有	有料サービス有	
都度払いとなるサービス		有 / 無	有 / 無	
<p>※1 介護度に応じた費用</p> <p>※2 有料老人ホーム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> <p>※3 1号室(31.2㎡)、2号室(33.5㎡)、32号室(31.3㎡)をご希望の場合は追加費用(1,2号室250万円、32号室350万円)が必要です。</p>				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃相当額	(月払いプランの場合) 算定根拠は入居一時金に準じます。
敷金	家賃の6か月分 (月払いプランの場合)
介護費用	(併用プラン・月払いプランの場合) 算定根拠は健康管理一時金に準じます。
管理費	事務管理・生活サービスに係る人件費、共用施設の維持管理費、行事関係費用、備品、消耗品等 *管理費以外の実費徴収サービスは添付の介護サービス等の一覧参照
食費	一般居室(ナイスディふくま) 1食あたり:朝食 432円(8%税込)、昼食 648円(8%税込)、夕食 990円(10%税込)  介護居室(テンダネスふくま) 1食あたり:朝食 302円(8%税込)、昼食 464円(8%税込)、夕食 691円(8%税込) *ソフト食の場合:朝食 464円(8%税込)、昼食 626円(8%税込)、夕食 869円(10%税込)
光熱水費	管理費に含む
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2参照
その他のサービス利用料	ゲストルーム利用料、ランドリー一式、理美容利用料他は実費負担

(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等に対する自己負担	基本報酬、P4の記載する加算の利用者負担分
特定施設入居者生活介護等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)

(前払金の受領)

※ 前払金を受領していない場合は、省略可能

入居一時金	
算定根拠	老人福祉法令等に基づき、全国特定施設事業者協議会の試算プログラムにより算定。
想定居住期間(償却期間)	基本プラン 5年(60か月) 併用プラン 5年(60か月)
償却の開始日(償却起算日)	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)	基本プラン 入居一時金×30%相当額 併用プラン 入居一時金×30%相当額
初期償却率	基本プラン-----30% 併用プラン-----30%

返算金の方法	入居後3月以内の契約終了	入居一時金－(入居一時金－初期償却額)÷償却期間月数÷30×(入居日から契約終了日までの日数) *初期償却額は無利息で全額返還します。
	入居後3月を越えた契約終了	(入居一時金－初期償却額)×(契約終了日から償却期間満了日までの日数)÷(入居日の翌日から償却期間満了日までの日数)
健康管理一時金		
算定根拠		・(要支援・要介護)上乗せ介護費：長期推定に基づき、要介護者等2人に対し週40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。
想定居住期間(償却期間)		基本プラン 5年(60か月)
償却の開始日(償却起算日)		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)		基本プラン 健康管理一時金×30%相当額
初期償却率		基本プラン 30%
返算金の方法	入居後3月以内の契約終了	健康管理一時金－(健康管理一時金－初期償却額)÷償却期間月数÷30×(入居日から契約終了日までの日数) *初期償却額は無利息で全額返還します。
	入居後3月を越えた契約終了	(健康管理一時金－初期償却額)×(契約終了日から償却期間満了日までの日数)÷(入居日の翌日から償却期間満了日までの日数)
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 ( )	

## 7. 入居者の状況

(入居者の人数)

性別	男性	41人	女性	88人
年齢別	65歳未満	0人	65歳以上75歳未満	7人
	75歳以上85歳未満	49人	85歳以上	73人
要介護度別	自立	76人	要支援1	8人
	要支援2	5人	要介護1	11人
	要介護2	9人	要介護3	7人
	要介護4	6人	要介護5	7人
入居期間別	6か月未満	7人	6か月以上1年未満	5人
	1年以上5年未満	47人	5年以上10年未満	19人
	10年以上15年未満	24人	15年以上	27人

(入居者の属性)

平均年齢	85.5歳
入居者数の合計	129人
入居率※	81.1%

※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られる割合。  
 なお、一時的に不在となっている者も入居者に含みます。

(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	社会福祉施設	1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)		
生前解約の状況	入居者側の申し出	2人		
		(解約事由の例)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族との同居</li> <li>・親族居住地近辺施設への引越し</li> </ul>	

## 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株式会社キューデン・グッドライフ東福岡 ②株式会社キューデン・グッドライフ ③福津市高齢者サービス課 ④福岡県国民健康保険団体連合会 ⑤公益社団法人 全国有料老人ホーム協会
電話番号		① 0940-35-8045      ② 092-524-0051      ③ 0940-43-8191 ④ 092-642-7859      ⑤ 03-3548-1077
対応している時間	平日	①8:30~17:30      ②④9:00~17:00 ③8:30~17:00      ⑤10:00~16:00
	土曜	①9:00~17:30      ②③④⑤休
	日曜・祝日	①9:00~17:30      ②③④⑤休
定休日		①なし    ②③④⑤土、日、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	① 加入済み 2 未加入		
	※1の場合	加入する保険会社の名称	損害保険ジャパン株式会社
		加入する保険の名称	有料老人ホーム賠償責任保険
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	① 対応あり (事故対応及びその予防のための指針あり) 2 対応あり (事故対応及びその予防のための指針なし) 3 対応なし		

(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	① 取組あり 2 取組なし		
	※1の場合	実施日・開始日	2019年 9月
		結果の開示	① あり (運営懇談会) 2 なし
第三者による評価の実施状況	① 実施済み 2 未実施		
	※1の場合	実施日	2018年 2月 7日
		評価機関名称	京都府認知症グループホーム協議会
		結果の開示	① あり (HP、チラシ) 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	② 入居希望者に交付	3 公開していない
管理規定	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
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	③ 公開していない
財務諸表の要旨	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	③ 公開していない

10. その他

運営懇談会	① 設置済み 2 未設置（代替措置あり） 3 未設置（代替措置なし）
	※ 1の場合、開催頻度 年 2 回
	※ 2の場合、代替措置の内容
提携ホームへの移行【表示事項】	1 移行あり（提携ホーム名： ） ② 移行なし
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 届出あり 2 届出なし（届出義務なし） 3 届出なし（届出義務あり）
有料老人ホーム設置運営指導指針「6. 規模及び構造設備」への適合状況 ※複数選択可	① 不適合事項あり（代替措置を実施済み） 2 不適合事項あり（将来の改善計画策定済み） 3 不適合事項あり（1又は2以外） 4 不適合事項なし 5 有料老人ホーム以外の制度に基づく構造設備
※ 1、2又は3の場合、不適合事項の内容 ※ 該当する項目にチェック	<input type="checkbox"/> 居室が個室ではない（ <input type="checkbox"/> 全室 ・ <input type="checkbox"/> 居室の一部） <input type="checkbox"/> 一般居室の1人当たり床面積が13㎡未満（ <input type="checkbox"/> 全室 ・ <input type="checkbox"/> 居室の一部） <input checked="" type="checkbox"/> 廊下の幅員が基準を満たさない（具体的に） <input type="checkbox"/> 消防法等に定める設備等の設置なし（ <input type="checkbox"/> 自動火災報知設備・ <input type="checkbox"/> 通報装置・ <input type="checkbox"/> スプリンクラー） <input type="checkbox"/> その他（具体的に）
※ 1の場合、代替措置の概要	1階の介護フロアの浴槽前の廊下幅が満たさない箇所が一部あるが、支障がある方に対しては介護職員が介助する。
※ 2の場合、改善計画の概要	
※ 5の場合、構造設備の基準となる制度の名称	1 サービス付き高齢者向け住宅登録制度（登録済み） 2 高齢者専用賃貸住宅登録制度（登録済み）
有料老人ホーム設置運営指導指針に基づく指導の有無 ※複数選択可	1 指導事項あり（過去1年以内に指導） 2 指導事項あり（未改善のまま、指導から1年経過） ③ 指導事項なし
※ 1又は2の場合、指導内容	

添付書類：別添1（別の実施する介護サービス一覧表）

別添2（個別選択による介護サービス一覧表）



私は本書面にに基づき事業者から重要事項の説明を受け同意しました。

※ \_\_\_\_\_様 (印)

※ \_\_\_\_\_様 (印)

※ \_\_\_\_\_様 (印)

※ \_\_\_\_\_様 (印)

※ \_\_\_\_\_様 (印)

説明年月日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

説明者署名 \_\_\_\_\_ (印)

※ 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 設置者が福岡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
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>		
訪問介護	有 / (無)	
訪問入浴介護	有 / (無)	
訪問看護	有 / (無)	
訪問リハビリテーション	有 / (無)	
居宅療養管理指導	有 / (無)	
通所リハビリテーション	有 / (無)	
短期入所生活介護	有 / (無)	
短期入所療養介護	有 / (無)	
特定施設入居者生活介護	有 / (無)	
福祉用具貸与	有 / (無)	
特定福祉用具販売	有 / (無)	
<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	有 / (無)	
夜間対応型訪問介護	有 / (無)	
認知症対応型通所介護	有 / (無)	
小規模多機能型居宅介護	有 / (無)	
認知症対応型共同生活介護	有 / (無)	
地域密着型特定施設入居者生活介護	有 / (無)	
看護小規模多機能型居宅介護	有 / (無)	
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>		
介護予防訪問介護	有 / (無)	
介護予防訪問入浴介護	有 / (無)	
介護予防訪問看護	有 / (無)	
介護予防訪問リハビリテーション	有 / (無)	
介護予防居宅療養管理指導	有 / (無)	
介護予防通所リハビリテーション	有 / (無)	
介護予防短期入所生活介護	有 / (無)	
介護予防短期入所療養介護	有 / (無)	
介護予防特定施設入居者生活介護	有 / (無)	
介護予防福祉用具貸与	有 / (無)	
特定介護予防福祉用具販売	有 / (無)	
<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	有 / (無)	
介護予防小規模多機能型居宅介護	有 / (無)	
介護予防認知症対応型共同生活介護	有 / (無)	
介護予防支援	有 / (無)	
<b>&lt;介護福祉施設&gt;</b>		
介護老人福祉施設	有 / (無)	
介護老人保健施設	有 / (無)	
介護療養型医療施設	有 / (無)	

別添 2 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

※1 利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（介護保険負担割合証の利用者負担割合）。

※2 「有」の場合は、各種サービスの費用が、月額サービスの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、該当する欄に「○」を記入する。

※3 都度払いの場合は、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。

※4 サービスの範囲や条件を明確に記入する。

特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無						(有) / 無
	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				備考※4 *自立者へ「健康管理一時金」で提供する一時的 介護サービス
		(利用者が全額負担)	包含 ※2	都度 ※2	料金(税込)※3	
介護サービス						
食事介助	(有) / 無	(有) / 無	○		一時金に含む	*
排泄介助・おむつ交換	(有) / 無	(有) / 無	○		一時金に含む	*
おむつ代		(有) / 無		○	実費	
入浴（一般浴）介助・清拭	(有) / 無	(有) / 無		○	1,100 円/回	週 3 回までは健康管理一時金に含む
特浴介助	(有) / 無	(有) / 無		○	同上	同上
身辺介助（移動・着替え等）	(有) / 無	(有) / 無	○		一時金に含む	必要に応じ実施
機能訓練	(有) / 無	有 / (無)				*
通院介助（協力・指定医療機関）	(有) / 無	(有) / 無	○		一時金に含む	必要に応じ実施
通院介助（協力・指定医療機関以外）	(有) / 無	(有) / 無		○	825 円/15 分	月 5 回のうち、1 回あたり 60 分又は月 5 回を超えた場合、実費で
生活サービス						
居室清掃	(有) / 無	(有) / 無		○		ケアプランにより週 1 回実施
リネン交換	(有) / 無	(有) / 無		○		必要に応じ実施
日常の洗濯	(有) / 無	(有) / 無		○		必要に応じ実施
居室配膳・下膳	(有) / 無	(有) / 無		○	550 円/回	1 ヶ月を超えた場合、実費負担
入居者の嗜好に応じた特別な食事		(有) / 無		○	実費	
おやつ		(有) / 無		○	実費	
理美容師による理美容サービス		(有) / 無		○	実費	
買い物代行	(有) / 無	(有) / 無		○	550 円/15 分	必要に応じ週 1 回実施。超えた場合、実費負担
役所手続き代行	有 / (無)	有 / (無)		○	550 円/15 分	必要に応じ週 1 回実施。超えた場合、実費負担
金銭・貯金管理		有 / (無)				やむを得ない場合にのみ実施
健康管理サービス						
定期健康診断		(有) / 無	○		管理費に含む	年 2 回実施
健康相談	(有) / 無	(有) / 無	○		一時金に含む	毎月 2 回指定日に実施
生活指導・栄養指導	有 / (無)	(有) / 無	○		一時金に含む	適宜実施
服薬支援	(有) / 無	(有) / 無	○		一時金に含む	必要に応じ実施 個人希望
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	(有) / 無	(有) / 無	○		一時金に含む	*
入退院時・入院中のサービス						
移送サービス	有 / (無)	有 / (無)				
入退院時の同行（協力医療機関）	有 / (無)	(有) / 無	○		一時金に含む	必要に応じ実施
入退院時の同行（協力医療機関以外）	有 / (無)	(有) / 無		○	825 円/15 分	月 1 回を超える場合、実費負担
入院中の洗濯物交換・買い物	有 / (無)	(有) / 無		○		原則週 1 回実施、
入院中の見舞い訪問	有 / (無)	(有) / 無		○		適宜実施