

# グランガーデン福岡浄水

## 重要事項説明書

|       |           |
|-------|-----------|
| 記入年月日 | 2022年4月1日 |
| 記入者名  | 石橋 雅代     |
| 所属・職名 | 代表取締役支配人  |

※ 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) かぶしきがいしゃ きゅーでん・ぐっどらいふふくおかじょうすい<br>株式会社 キューデン・グッドライフ福岡浄水 |   |
| 主たる事務所の所在地 | 〒810-0022 福岡市中央区薬院四丁目13番17号                                    |   |
| 連絡先        | 電話番号   | 092-524-0010  |
|            | FAX番号  | 092-524-0080  |
|            | メールアドレス  | なし  |
|            | ホームページアドレス   | <a href="http://www.kyuden-gl.co.jp">http://www.kyuden-gl.co.jp</a> |
| 代表者        | 氏名   | 石橋 雅代   |
|            | 職名   | 代表取締役支配人  |
| 設立年月日      | 昭和・平成 19年7月9日  |   |
| 主な実施事業     | 有料老人ホーム事業<br>※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) ぐらんがーでんふくおかじょうすい<br>グランガーデン福岡浄水 |  |
| 所在地           | 〒810-0022<br>福岡市中央区薬院四丁目 13 番 17 号     |  |
| 主な利用交通手段      | 最寄駅                                    | 福岡市営地下鉄七隈線薬院大通駅  |
|               | 交通手段と所要時間                              | ① バス利用の場合<br>・博多駅博多口の KITTE 博多前バス停 B 乗場から「桧原営業所」行きにて約 15 分（距離約 2.8km）、「薬院交番前」バス停下車、徒歩約 3 分（距離約 220m）<br>② 地下鉄利用の場合<br>・福岡市営地下鉄七隈線「天神南」駅から約 4 分、「薬院大通」駅下車、徒歩約 5 分（距離約 390m）<br>③ 車利用の場合<br>・福岡都市高速「天神北」出口から車で約 15 分（距離 3.3km） |
| 連絡先           | 電話番号                                   | 092-524-0010   |
|               | FAX番号                                  | 092-524-0080   |
|               | ホームページアドレス                             | <a href="http://www.kyuden-gl.co.jp">http://www.kyuden-gl.co.jp</a>  |
| 管理者           | 氏名                                     | 石橋 雅代  |
|               | 職名                                     | 代表取締役支配人   |
| 建物の竣工日        |  | 昭和・平成 22年3月31日   |
| 有料老人ホーム事業の開始日 |  | 昭和・平成 22年5月1日  |

### (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<br>該当する場<br>合             | 介護保険事業者番号  | — |
|                                    | 指定した自治体名   | — |
|                                    | 事業所の指定日    | — |
|                                    | 指定の更新日（直近） | — |

### 3. 建物概要

|  |           |   |                                       |                      |        |        |
|--|-----------|---|---------------------------------------|----------------------|--------|--------|
| 土地   | 敷地面積      | 9,202.02 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 (平成20年11月10日～平成52年3月31日)<br>2 なし |                      |        |        |
| 契約の自動更新  | 1 あり 2 なし |   |                                       |                      |        |        |
| 建物   | 延床面積      | 全体  | 17,702.55 m <sup>2</sup> (地上11階建)     |                      |        |        |
|  |           | うち、老人ホーム部分  | 17,702.55 m <sup>2</sup>              |                      |        |        |
|  | 耐火構造      | 1 耐火建築物<br>2 準耐火建築物<br>3 その他 ( )                  |                                       |                      |        |        |
|  | 構造        | 1 鉄筋コンクリート造 (一部鉄骨造)<br>2 鉄骨造<br>3 木造<br>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<br>( 年 月 日～ 年 月 日)<br>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<br>【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/無   | 有/無                                   | 44.55 m <sup>2</sup> | 11     | 一般居室個室 |
| タイプ2   |           | 有/無   | 有/無                                   | 74.41 m <sup>2</sup> | 8      | 〃      |
| タイプ3   | 有/無       | 有/無   | 21.35 m <sup>2</sup>                  | 19                   | 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<br>便房   | 9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               | 5ヶ所 |
|                      | 共用浴室   | 2ヶ所                                      | 個室                            | 0ヶ所 |
|                      |  |  | 大浴場                           | 2ヶ所 |
|                      | 共用浴室における<br>介護浴槽   | 2ヶ所                                      | チェアー浴                         | 1ヶ所 |
|                      |  |  | リフト浴                          | 1ヶ所 |
|                      |  |  | ストレッチャー浴                      | 0ヶ所 |
|                      |  |  | その他                           | 0ヶ所 |
| 食堂                   | <input checked="" type="checkbox"/> あり   | <input type="checkbox"/> 2 なし            |                               |     |
| 入居者や家族が利<br>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)<br><input checked="" type="checkbox"/> 2 あり (ストレッチャー対応)<br><input type="checkbox"/> 3 あり (上記1・2に該当しない)<br><input type="checkbox"/> 4 なし  |  |                               |     |
| 消防用設備<br>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                  | 屋外 アプローチガーデン、フォレストガーデン、ウォーターガーデン、スモールガーデン、駐車場・駐輪場(有料)<br>1階 メインエントランス、サブエントランス、フロント、ライブラリー、ホール、ロビーラウンジ、ウインターガーデン、レストラン、プライベートダイニング、テララウンジ、コミュニティガーデン(中庭)<br>2階 エクササイズルーム、シアタールーム、ゲームルーム、カルチャールーム、アトリエ<br>3階 一時静養室、健康管理室、ケアステーション、ダイニング、多目的室、アクティビティラウンジ、カンファレンス室、介護浴室(個室浴室、機械浴室)、理美容室(理美容料金は有料)、ルーフガーデン<br>4階 大浴場(男湯、女湯)、ラウンジ、ルーフガーデン<br>各階 クリーンルーム(ごみ置場)<br>棟内 ゲストルーム(有料) |  |                               |     |

#### 4. サービスの内容

##### (全体の方針)

|                 |  |
|-----------------|--|
| 運営に関する方針        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス利用者である入居者の意思及び人格を尊重して、常に入居者の立場に立ったサービスの提供に努めます。</li> <li>・施設のスタッフは、入居者が安心・快適に生活できるようお手伝いします。また、高齢者の心身の特性を踏まえて、自立した日常生活を営むことができるよう、必要に応じて、サービス計画に基づき、日常生活上の援助、機能訓練及び療養上の援助を行います。</li> <li>・地域社会の役割と責任を自覚し、地域社会や医療・介護機関等と綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。</li> <li>・事業の運営にあたっては、健全で安定した経営に努めます。</li> </ul> |
| サービスの提供内容に関する特色 | <p>フロント：宅配便・郵便物等の不在時取次ぎ、来訪者の取次ぎ、タクシー等の手配、生活相談など</p> <p>緊急対応：緊急通報対応、避難誘導など</p> <p>健康管理：年 2 回の定期健康相談推奨(医療機関で実施)など</p> <p>環境設備：共用部の清掃、ごみ処理など</p> <p>生活支援：体調不良等の家事支援など</p>   |
| 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   | 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   | 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            |                        |
|                          | 口腔衛生管理体制加算           | 1 あり 2 なし            |                        |
|                          | 栄養スクリーニング加算          | 1 あり 2 なし            |                        |
|                          | 退院・退所時連携加算           | 1 あり 2 なし            |                        |
|                          | 看取り介護加算              | 1 あり 2 なし            |                        |
|                          | 認知症専門<br>ケア加算        | (I)<br>(II)          | 1 あり 2 なし<br>1 あり 2 なし |
|                          | サービス提<br>供体制強化<br>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            |                        |
| (III)                    |                      | 1 あり 2 なし            |                        |
| 人員配置が手厚い介護サービスの<br>実施の有無 | 1 あり                 | (介護・看護職員の配置率)<br>: 1 |                        |
|                          | 2 なし                 |                      |                        |

**(医療連携の内容)**

|        |        |  |  |
|--------|--------|--|--|
| 医療支援   | ※複数選択可 | 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（訪問診療医の確保）  |
| 協力医療機関 | 1      | 名称   | 福岡中央病院(距離約 500m)   |
|        |        | 住所   | 福岡市中央区薬院 2-6-11  |
|        |        | 診療科目   | 内科、循環器内科、消化器内科、外科、整形外科、<br>婦人科、小児科、眼科、皮膚科、耳鼻咽喉科、麻酔<br>科、放射線科、糖尿病・内分泌内科、血液内科、呼<br>吸器内科、感染症内科、リウマチ科、脳神経内科、<br>心療内科 |
|        | 協力内容   | 休日・夜間を含め、入居者の緊急時の受診及びこれ<br>に伴う治療、入院受入に協力します。<br>ただし、医療費等は、入居者の自己負担となります。 |  |
|        | 2      | 名称   | 医療法人 AGIH 秋本病院(距離約 870m)   |
|        |        | 住所   | 福岡市中央区警固 1-8-3   |
| 診療科目   |        | 外科(消化器外科)、内科、胃腸科、肛門科、心臓血<br>管外科、整形外科、脳神経外科、放射線科                          |  |

|          |   |      |   |
|----------|---|------|---|
|          |   | 協力内容 | 休日・夜間を含め、入居者の緊急時の受診及びこれに伴う治療、入院受入に協力します。<br>ただし、医療費等は、入居者の自己負担となります。                            |
|          | 3 | 名称   | 医療法人佐田厚生会佐田病院(距離約 1.2km)  |
|          |   | 住所   | 福岡市中央区渡辺通 2-4-28  |
|          |   | 診療科目 | 外科、消化器内科、整形外科、内科、循環器科   |
|          |   | 協力内容 | 休日・夜間を含め、入居者の緊急時の受診及びこれに伴う治療、入院受入に協力します。<br>ただし、医療費等は、入居者の自己負担となります。                            |
|          | 4 | 名称   | 医療法人 HCU たけとみクリニック(距離約 3.3km)   |
|          |   | 住所   | 福岡市中央区輝国 2-11-13-101  |
|          |   | 診療科目 | 在宅療養支援診療所(内科)   |
|          |   | 協力内容 | 施設内での健康相談、体調急変時における施設の看護スタッフへの指示及び往診、在宅医療同意書を交わしてから定期的訪問診察などに協力します。<br>ただし、医療費等は、入居者の自己負担となります。 |
|          | 5 | 名称   | 医療法人ひのでクリニック(距離約 4.2km)   |
|          |   | 住所   | 福岡市南区大橋 3-25-32   |
|          |   | 診療科目 | 在宅療養支援診療所(外科、消化器外科)   |
|          |   | 協力内容 | 施設内での健康相談、体調急変時における施設の看護スタッフへの指示及び往診、在宅医療同意書を交わしてから定期的訪問診察などに協力します。<br>ただし、医療費等は、入居者の自己負担となります。 |
|          | 6 | 名称   | 医療法人すずらん会たろうクリニック (距離約 9.8km)   |
|          |   | 住所   | 福岡市東区名島 1-1-31  |
|          |   | 診療科目 | 在宅療養支援診療所(内科、心療内科、精神科、ペインクリニック、緩和ケア科)   |
|          |   | 協力内容 | 施設内での健康相談、在宅医療同意書を交わしてから定期的訪問診察などに協力します。ただし、医療費等は、入居者の自己負担となります。                                |
| 協力歯科医療機関 | 1 | 名称   | 医療法人尚歯会的野歯科医院(距離約 370m)   |
|          |   | 住所   | 福岡市中央区薬院 4-6-4  |
|          |   | 協力内容 | 一般歯科、小児歯科、審美歯科、矯正歯科   |
|          | 2 | 名称   | 医療法人五洋会前田歯科クリニック(距離約 2.4km)   |
|          |   | 住所   | 福岡市中央区六本松 4-9-12  |
|          |   | 協力内容 | 歯科、小児歯科   |

(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<br>※複数選択可 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 一時静養室へ移る場合<br><input checked="" type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合<br>3 その他 ( )   |   |
| (一時静養室へ移る場合)             |  |   |
| 判断基準の内容                  | (ア)風邪などの比較的軽い一時的な疾病の方、術後の療養の必要の方、急病の方などは、入居者の希望に基づき、看護スタッフの判断のもと、一時静養室をご利用していただく場合があります。<br>(イ) 入居者の心身の状態により、健康管理委員会において、一般居室で受けることができる生活支援サービス(「生活支援サービス一覧表」に記載の「生活サービス」)に加え、介護居室における生活支援サービス(「生活支援サービス一覧表」に記載の「介護サービス」)が必要であると判断した場合は、一時的に介護居室に移っていただく場合があります。 |   |
| 手続きの内容                   | (ア)の場合手続きは特になし。<br>(イ)の場合以下の手続きを行います。<br>a. 事業者の指定する医師の意見を聴く<br>b. 入居者の意思を確認する<br>c. 身元引受人等の意見を聴く  |   |
| 追加的費用の有無                 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 なし<br>・希望者は、おやつ代として1日110円(税込)が加算   |   |
| 居室利用権の取扱い                | (その内容)<br>一時的な利用であり、一般居室の利用権に変更はありません。   |   |
| 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    (変更内容)<br>○室内全体の仕様が異なります。<br>2 なし |
| (介護居室へ移る場合)              |  |   |
| 判断基準の内容                  | 介護居室での一時的な介護が、原則として通算6ヵ月以上におよび、健康管理委員会において、将来にわたり一般居室に戻ることが困難と判断した場合、一般居室から介護居室へ住み替えていた  |   |



|              |        |   |                           |
|--------------|--------|---|---------------------------|
|              |        | だく場合があります。  |                           |
| 手続きの内容       |        | a. 事業者の指定する医師の意見を聴く<br>b. 変更先の場所の概要、生活支援サービスの内容、費用負担等について入居者及び連帯保証人、身元引受人等に説明を行う<br>c. 入居者又は身元引受人等の同意を得る  |                           |
| 追加的費用の有無     |        | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 なし<br><基本プラン・80歳以上プラン><br>・食費[希望者は、おやつ代として1日110円(税込)が加算]<br><月払いプラン><br>・家賃相当額[189,200円/月に変更]<br>・生活支援費月額利用料[76,230円(税込)/月に変更]<br>・食費[希望者は、おやつ代として1日110円(税込)が加算]<br><併用方式><br>・生活支援費月額利用料[76,230円(税込)/月に変更]<br>・食費[希望者は、おやつ代として1日110円(税込)が加算] |                           |
| 居室利用権の取扱い    |        | (その内容)<br>一般居室の利用権は、介護居室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"/> 1 あり    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  | (変更内容)<br>○室内全体の仕様が異なります。 |
|              |        | 2 なし  |                           |

**(入居に関する要件)**

|                    |   |  |
|--------------------|---|--|
| 入居対象となる者<br>【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   | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし    |
|                    | 要介護の者   | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし    |
| 留意事項               | ○入居時の年齢が満60歳以上である方<br>○二人入居の場合は両者とも満60歳以上であり、両者の関係が、原則、夫婦もしくは三親等以内の血族、または一親等以内の姻族である方 |  |

|                       |   |   |
|-----------------------|---|---|
|                       | <p>○入居時において、通常の日常生活をご自身で営むことが出来る健康状態にある方</p> <p>○健康保険及び介護保険に加入されている方</p> <p>○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生活ができる方</p> <p>○原則として、連帯保証人及び身元引受人を1人以上定められる方</p> |   |
| <p>契約の解除の内容</p>       | <p>① 入居者が逝去したとき(入居者が2人の場合は両者とも逝去したとき)</p> <p>② 事業者からの契約解除</p> <p>③ 入居者からの解約</p> <p>④ 契約期間満了(月払いの場合)</p>   |   |
| <p>事業主体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、そのことが入居契約を将来にわたり維持することが、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。</p> <p>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</p> <p>b. 月額利用料、その他の支払いを正当な理由なく、しばしば滞納するとき</p> <p>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</p> <p>d. 入居契約に定める禁止または制限される行為の規定に違反したとき</p> <p>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</p> <p>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</p> |

|              |  |   |
|--------------|--|---|
|              |  | <p>重大な支障が及んだときに、90 日間の予告期間をおいて、本契約を解除することができます。</p> <p>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> |
|              | 解約予告期間   | ①、②は 90 日、③は予告期間なし  |
| 入居者からの解約予告期間 | 30 日   |   |
| 体験入居の内容      | <p>1 あり（内容：1 泊 2 日 5,500 円(税込)/人 * 食事代は実費）</p> <p>2 なし</p> |   |
| 入居定員         | 209 人(一般居室 190 名、介護居室 19 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<br>※1※2 |
|---------------------------------------|----------|----|-----|----------------|
|                                       | 合計       | 常勤 | 非常勤 |                |
| 管理者                                   | 1        | 1  | 0   | 1              |
| 生活相談員                                 | 0        | 0  | 0   | 0              |
| 直接処遇職員                                | 20       | 20 | 0   | 19.8           |
| 介護職員                                  | 12       | 12 | 0   | 11.8           |
| 看護職員                                  | 8        | 8  | 0   | 8              |
| 機能訓練指導員                               | 0        | 0  | 0   | 0              |
| 計画作成担当者                               | 0        | 0  | 0   | 0              |
| 栄養士                                   | 0        | 0  | 0   | 0              |
| 調理員                                   | 0        | 0  | 0   | 0              |
| 事務員                                   | 7        | 6  | 1   | 6.2            |
| その他職員                                 | 20       | 11 | 9   | 16.4           |
| 1 週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 <sup>※2</sup> |          |    |     | 40 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     | 12 | 12  | 0 |
| 実務者研修の修了者 | 0  | 0   | 0 |
| 初任者研修の修了者 | 0  | 0   | 0 |
| 介護支援専門員   | 0  | 0   | 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       | 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 (16:30~9:30) |      |                 |
|-----------------------|------|-----------------|
|                       | 平均人数 | 最少時人数 (休憩者等を除く) |
| 看護職員                  | 1人   | 看護職員、介護職員いずれか1人 |
| 介護職員                  | 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<br>(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*<br>【表示事項】              | a 1.5 : 1 以上<br>b 2 : 1 以上<br>c 2.5 : 1 以上<br>d 3 : 1 以上 |
|  | 実際の配置比率<br>(記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数) | : 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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                     | 1             | 0  | 2   | 0   | 0     | 0   | 0       | 0   | 0       | 0   |
| 前年度1年間の退職者数                     | 1             | 0  | 1   | 1   | 0     | 0   | 0       | 0   | 0       | 0   |
| 応じた業務に従事した職員の人数<br>業務に従事した経験年数に | 1年未満          | 2  | 0   | 3   | 0     | 0   | 0       | 0   | 0       | 0   |
|                                 | 1年以上<br>3年未満  | 0  | 0   | 0   | 0     | 1   | 0       | 0   | 0       | 0   |
|                                 | 3年以上<br>5年未満  | 0  | 0   | 1   | 0     | 0   | 0       | 0   | 0       | 0   |
|                                 | 5年以上<br>10年未満 | 1  | 0   | 3   | 0     | 0   | 0       | 0   | 0       | 0   |
|                                 | 10年以上         | 5  | 0   | 5   | 0     | 0   | 0       | 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<br>【表示事項】                        | <input type="checkbox"/> 1 利用権方式<br><input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式<br><input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式  |                                    |  |
| 利用料金の支払い方式<br>【表示事項】                     | <input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式<br><input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式<br><input type="checkbox"/> 3 月払い方式  |                                    |  |
|  | <input type="checkbox"/> 4 選択方式<br>※該当する方式を全て選択 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3 月払い方式</td> </tr> </table> | <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"/> 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<br>利用料金（月払い）の取扱い           | <input type="checkbox"/> 1 減額なし<br><input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額<br><input type="checkbox"/> 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、改定する場合がある。           |  |
|  | 手続き   | 運営懇談会の意見を聴いた上で決定します。               |  |

### (利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

|             |                               | 80歳以上プラン  | 80歳以上プラン  |                |
|-------------|-------------------------------|---|---|----------------|
| 入居者の状況      | 要介護度                          | 入居時自立   | 入居時自立   |                |
|             | 年齢                            | 80歳以上   | 80歳以上   |                |
| 居室の状況       | 床面積                           | 44.55 m <sup>2</sup>                                      | 74.41 m <sup>2</sup>                                      |                |
|             | 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  | 入居一時金                         | 22,880,000円   | 46,420,000円   |                |
|             | 生活支援費(税込)                     | 6,050,000円  | 6,050,000円  |                |
|             | 敷金                            | 0円  | 0円  |                |
| 月額費用の合計(税込) |                               | 182,420円  | 182,420円  |                |
| 家賃          |                               | 入居一時金に含む  | 入居一時金に含む  |                |
| サービス費用      | 特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用 | 0円  | 0円  |                |
|             | 介護保険外 <sup>※2</sup>           | 食費(税込) <sup>※3</sup>                                      | 72,420円   | 72,420円        |
|             |                               | 管理費(税込)   | (一人入居)110,000円  | (一人入居)110,000円 |
|             |                               | 介護費用  | 生活支援費に含む  | 生活支援費に含む       |
|             |                               | 光熱水費  | 実費  | 実費             |
| その他         | 都度払い費用有                       | 都度払い費用有   |   |                |

- ※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 1日3食30日（夕食はA,Bを選択の場合）お召し上がりになられた場合の金額（厨房管理料と喫食実績分の合計）

**（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)                     | ・算定根拠は入居一時金に準ずる。   |
| 敷金(月払いプラン)                        | ・家賃の6ヵ月分。  |
| 介護費用(生活支援費月額利用料)<br>(月払いプラン・併用方式) | ・算定根拠は生活支援費に準ずる。<br>※介護保険サービスの自己負担額は含まない。  |
| 管理費                               | ・事務管理及び生活サービスに係る人件費、行事関係費、備品及び消耗品費等の運営諸経費、共用施設の維持管理費   |
| 食費                                | ・食材費、栄養士他食事部門の人件費、設備、備品代(調理具、食器等)<br>・厨房管理料 26,400円/月(税込)<br>・1食あたりの食費:朝食 302円(税込)、昼食 462円(税込)、夕食A,B 770円(税込)、夕食C 924円(税込) |
| 光熱水費                              | 個別の外部契約による実費負担   |
| 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）  |

**（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                       |      |
| 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） |      |
| ※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。                        |      |

(前払金の受領)

|                                      |                 |  |
|--------------------------------------|-----------------|--|
| 入居一時金                                |                 |  |
| 算定根拠                                 |                 | 老人福祉法令等に基づき、全国有料老人ホーム協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 13年(156月)<br>80歳以上プラン 10年(120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（非返還対象額） |                 | 基本プラン:入居一時金(追加入居一時金)×15%相当額<br>80歳以上プラン: 入居一時金(追加入居一時金)×20%相当額   |
| 非返還率                                 |                 | 基本プラン: 入居一時金(追加入居一時金): 15%<br>80歳以上プラン: 入居一時金(追加入居一時金): 20%  |
| 返還金の算定方法                             | 入居後3月以内の契約終了    | <ul style="list-style-type: none"> <li>入居一時金－(入居一時金－非返還対象額)÷償却期間月数÷30×(入居日から契約終了日までの日数)</li> <li>非返還対象額については無利息で全額返還する。</li> <li>※月額利用料については日割計算で受領します。</li> </ul>   |
|                                      | 入居後3月を超えた契約終了   | <ul style="list-style-type: none"> <li>(入居一時金－非返還対象額)×(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)</li> </ul>  |
|                                      | 介護居室へ住替え時の調整返還金 | <ul style="list-style-type: none"> <li>住替え時の返還金－調整返還金の算定基礎額(1,364万円)</li> <li>※但し、調整返還金額がマイナスとなっても追加費用は徴収しません。</li> <li>※追加入居一時金には調整返還金はありません。</li> </ul>  |
|                                      | 介護居室へ住替え後の契約終了  | <ul style="list-style-type: none"> <li>住替え後の入居一時金残高÷住替え日から償却期間満了日までの日数×契約終了日から償却期間満了日までの日数</li> </ul>  |
| 生活支援費                                |                 |  |
| 算定根拠                                 |                 | <p>生活支援費は、介護保険サービス以外で、事業者独自に提供するサービスの費用です。用途は以下のとおりです。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 看護又は介護スタッフの配置費用(24時間365日要員を確保し、生活支援サービスを提供するための費用。要介護者等2名に対し、週40時間換算で介護・看護職員を1名以上配置)</li> <li>② 協力医療機関との連携費用(健康相談、健康管理の費用)</li> <li>③ 簡易健康診断費用(入居時及び年1回、医療機関で実施するための費用)</li> </ol> |



|                                      |   |  |
|--------------------------------------|---|--|
| 想定居住期間（償却期間）                         | 13年(156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（非返還対象額） | 生活支援費×15%   |  |
| 非返還率                                 | 15%   |  |
| 返還金の算定方法                             | 入居後3月以内の契約終了  | <ul style="list-style-type: none"> <li>生活支援費－(生活支援費－非返還対象額)÷償却期間月数÷30×(入居日から契約終了日までの日数)</li> <li>非返還対象額については無利息で全額返還する。</li> <li>※月額利用料については日割計算で受領します。</li> </ul> |
|                                      | 入居後3月を超えた契約終了   | <ul style="list-style-type: none"> <li>(生活支援費－非返還対象額)×(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)</li> </ul>  |
| 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  |  |
|                                      | <b>4</b> 全国有料老人ホーム協会<br>公益法人全国有料老人ホーム協会の入居者生活保証制度に加入。<br>当社倒産等により施設全入居者が退去せざるを得なくなり、入居契約が解除された場合、保証の対象となる。倒産等が入居中の場合は「前払金額に応じて予め定められた保証金額」が、倒産等が入居契約終了後から6か月間の場合は「前払金未償却残高(保証金額を限度)」が、入居契約者へ支払われる。保証に登録する際に必要となる拠出金は、当社が全て負担。 |  |
|                                      | 5 その他(名称: )   |  |

## 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            | 56 人  |
|       | 女性            | 129 人 |
| 年齢別   | 65 歳未満        | 2 人   |
|       | 65 歳以上 75 歳未満 | 33 人  |
|       | 75 歳以上 85 歳未満 | 75 人  |
|       | 85 歳以上        | 75 人  |
| 要介護度別 | 自立            | 119 人 |
|       | 要支援 1         | 22 人  |
|       | 要支援 2         | 6 人   |
|       | 要介護 1         | 19 人  |
|       | 要介護 2         | 5 人   |
|       | 要介護 3         | 4 人   |
|       | 要介護 4         | 7 人   |
|       | 要介護 5         | 3 人   |
| 入居期間別 | 6 ヶ月未満        | 4 人   |
|       | 6 ヶ月以上 1 年未満  | 3 人   |
|       | 1 年以上 5 年未満   | 103 人 |
|       | 5 年以上 10 年未満  | 65 人  |
|       | 10 年以上 15 年未満 | 10 人  |
|       | 15 年以上        | 0 人   |

### (入居者の属性)

|   |        |
|---|--------|
| 平均年齢  | 82.1 歳 |
| 入居者数の合計   | 185 人  |
| 入居率※  | 88.5%  |
| ※ 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        | 2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        | 6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   | 2人           |
|   |            | (解約事由の例) 自宅等 |
| ※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) ※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   |       | 株式会社キューデン・グッドライフ福岡浄水                |
| 電話番号     |       | 092-524-0010                        |
| 対応している時間 | 平日    | 9:00~17:00                          |
|          | 土曜    | 9:00~17:00                          |
|          | 日曜・祝日 | 9:00~17:00                          |
| 定休日      |       | なし                                  |
| 窓口の名称2   |       | 株式会社キューデン・グッドライフ(九州電力(株)100%出資の親会社) |
| 電話番号     |       | 092-524-0051                        |
| 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、日曜日、祝日、年末・年始                    |
| 窓口の名称3   |       | 公益社団法人全国有料老人ホーム協会                   |
| 電話番号     |       | 03-3272-3781                        |

|          |       |                           |
|----------|-------|---------------------------|
| 対応している時間 | 平日    | 10:00～16:00               |
|          | 土曜    | 休み                        |
|          | 日曜・祝日 | 休み                        |
| 定休日      |       | 土曜日、日曜日、祝日、年末・年始          |
| 窓口の名称4   |       | 福岡市保健福祉局 高齢社会部 高齢者サービス支援課 |
| 電話番号     |       | 092-711-4319              |
| 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、日曜日、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                 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | (その内容)<br>施設賠償責任保険に加入しており、サービス提供上の事故により、入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合、不可抗力による場合を除き賠償されます。ただし、入居者に重大な過失がある場合は、賠償を減ずるものとします。 |
|                               | 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)<br>事故対策委員会設置に基づき、事故発生時の対応、原因究明、再発防止策を講ずる。  |
|                               | 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    | 2011年4月4日から意見箱を設置し、随時対応                          |
|                                  |  | 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    | 2019年11月29日                                      |
|                                  |  | 評価機関名称 | 公益社団法人全国有料老人ホーム協会                                |
|                                  |  | 結果の開示  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    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<br>2 入居希望者に交付<br>3 公開していない |
| 管理規程     | 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>3 公開していない |
| 事業収支計画書  | 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>3 公開していない |
| 財務諸表の要旨  | 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>3 公開していない |
| 財務諸表の原本  | 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>3 公開していない |

### 10. その他

|  |   |        |      |
|--|---|--------|------|
| 運営懇談会  | 1 あり  | (開催頻度) | 毎月1回 |
|  | 2 なし  |        |      |
|  | 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<br>【表示事項】                          | 1 あり (提携ホーム名： )<br>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               | 1 あり 2 なし<br>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 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<br>の場合等の特例」への適合性          | 1 適合している（代替措置）<br>2 適合している（将来の改善計画）<br>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               | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 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              |
|------------------------------|----|----|---------------------|------------------|
| <b>&lt;居宅サービス&gt;</b>        |    |    |                     |                  |
| 訪問介護                         | あり | なし | グッド・ライフ<br>訪問ケアセンター | 福岡市中央区薬院4丁目13-17 |
| 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 |                     |                  |
| 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 |                     |                  |
| 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>    |    |    |                     |                  |
| 介護予防訪問介護                     | あり | なし | グッド・ライフ<br>訪問ケアセンター | 福岡市中央区薬院4丁目13-17 |
| 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 |                     |                  |
| 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 |                     |                  |

## 別添 2

## 提供するサービスの一覧表【住宅型・健康型有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅】

|                   | 個別の利用料で、実施するサービス<br>(利用者が全額負担) |      |      |   | 備考   |
|-------------------|--------------------------------|------|------|---|--|
|                   | 包含※2                           | 都度※2 | 料金※3 |   |  |
| 介護サービス            |                                |      |      |   |  |
| 食事介助              | なし                             | あり   | ○    | ○ | 個別に実施する場合、1,650円(税込)/30分   |
| 排泄介助・おむつ交換        | なし                             | あり   | ○    | ○ | 計画的に実施する場合、1,650円(税込)/30分  |
| おむつ代              | なし                             | あり   |      | ○ | おむつが必要な場合、実費負担   |
| 入浴(一般浴)介助・清拭      | なし                             | あり   | ○    | ○ | 入浴 3,300円(税込)/回(60分まで)、清拭又はシャワー浴 1,100円(税込)/回(20分まで)、超過10分毎 550円(税込)加算 |
| 特浴介助              | なし                             | あり   |      | ○ | 入浴 3,300円(税込)/回(60分まで)   |
| 身辺介助(移動・着替え等)     | なし                             | あり   | ○    | ○ | 計画的に実施する場合、1,650円(税込)/30分  |
| 機能訓練              | なし                             | あり   | ○    |   |  |
| 通院介助(協力医療機関)      | なし                             | あり   | ○    | ○ | 再診以降は、必要に応じ、1,650円(税込)/30分+交通費   |
| 通院介助(協力医療機関以外)    | なし                             | あり   | ○    | ○ | 必要に応じ、1,650円(税込)/30分+交通費   |
| 生活サービス            |                                |      |      |   |  |
| 居室清掃              | なし                             | あり   | ○    | ○ | 必要に応じ実施。詳細は「生活支援サービス一覧表」を参照  |
| リネン交換             | なし                             | あり   | ○    | ○ | 同上   |
| 日常の洗濯             | なし                             | あり   | ○    | ○ | 同上   |
| 居室配膳・下膳           | なし                             | あり   | ○    | ○ | 同上   |
| 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   |      | ○ | 同上   |
| 理美容師による理美容サービス    | なし                             | あり   |      | ○ | 同上   |
| 買い物代行(通常の利用区域)    | なし                             | あり   | ○    | ○ | 必要に応じ実施。詳細は「生活支援サービス一覧表」を参照  |
| 買い物代行(上記以外の区域)    | なし                             | あり   |      | ○ | 同上   |
| 役所手続き代行           | なし                             | あり   |      | ○ | 同上   |
| 金銭・貯金管理           | なし                             | あり   |      |   |  |
| 健康管理サービス          |                                |      |      |   |  |
| 定期健康診断            | なし                             | あり   | ○    | ○ | 人間ドッグは実費(年1回希望者対象)   |
| 健康相談              | なし                             | あり   | ○    |   |  |
| 生活指導・栄養指導         | なし                             | あり   | ○    |   |  |
| 服薬支援              | なし                             | あり   | ○    |   |  |
| 生活リズムの記録(排便・睡眠等)  | 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   |      |   |  |
| 入退院時の同行(協力医療機関)   | なし                             | あり   | ○    |   |  |
| 入退院時の同行(協力医療機関以外) | なし                             | あり   |      | ○ | 協力医療機関以外は、1,650円(税込)/30分+交通費実費   |
| 入院中の洗濯物交換・買い物     | なし                             | あり   | ○    | ○ | 協力医療機関で週1回を超える場合、及び協力医療機関以外は、1,650円(税込)/30分+交通費実費                      |
| 入院中の見舞い訪問         | なし                             | あり   | ○    | ○ | 同上   |
| その他のサービス※4        | 参加任意のイベント・サークル(有料)             |      |      |   |  |



- ※ 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。
- ※ 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。

## 生活支援サービス区分表

| 区分            | サービス提供場所            | 心身の状態  |
|---------------|---------------------|--|
| 生活支援サービス<br>A | 一般居室                | 自立、又は要介護認定を受け、訪問介護等の在宅サービスを受けることで一般居室での生活ができる状態。   |
| 生活支援サービス<br>B |                     | <p>1. 自立、又は要介護認定を受け、訪問介護等の居宅サービスを受けることで一般居室での生活ができる入居者が、風邪などの比較的軽い一時的な疾病にかかったり、退院後の療養が必要な状態で、一般居室で療養する場合。</p> <p>(サービス提供期間：最長 1 か月間)</p> <p>2. 入居時、自立していた入居者が、加齢等により日常生活に一部援助が必要で、要介護認定申請中の状態。</p> <p>(サービス提供期間：介護保険サービスが開始されるまでの期間)</p> |
| 生活支援サービス<br>C | 3階ロイヤルガーデン<br>一時静養室 | 一般居室にて生活している入居者が、風邪などの比較的軽い一時的な疾病にかかったり、退院後の療養が必要な状態で、一時静養室で療養する場合。  |
|               | 介護居室                | <p>1. 要介護認定を受け、訪問介護等の在宅サービスを受けることで一般居室での生活ができていた入居者が、介護度が重くなり、一般居室での生活が困難で、一時的に介護居室で観察が必要となった状態。</p> <p>(サービス提供期間：最長 6 か月間)</p> <p>2. 常時介護が必要で、介護居室に住み替えた状態。</p> <p>(サービス提供期間：必要期間)</p>  |