

重要事項説明書

| | |
|-------|----------|
| 記入年月日 | 令和 年 月 日 |
| 記入者名 | 伊藤 隆行 |
| 所属・職名 | 管理者 |

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) かぶしきがいしゃ こうしんしゃ 株式会社 公信社 | | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒820-1104 | 福岡県鞍手郡小竹町大字勝野3964番地35 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 0949-66-8005 | |
| | FAX番号 | 0949-66-8006 | |
| | ホームページアドレス | https://kohshinsha-mizuki.com/ | |
| 代表者 | 氏名 | 西部 公太郎 | |
| | 職名 | 代表取締役 | |
| 設立年月日 | 令和 3年 8月 24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) かいごつきゆうりょうろうじんほーむやまみずき 介護付有料老人ホーム山家みずき | | |
| 所在地 | 〒820-1104 | 福岡県筑紫野市大字山家2784番地1 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | JR山家 駅 | |
| | 最寄駅からの交通手段と所要時間 | 山家駅から徒歩20分 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 092-403-5580 | |
| | FAX番号 | 092-403-5581 | |
| | ホームページアドレス | | |
| | メールアドレス | yamae.mizuki@gmail.com | |
| 管理者 | 氏名 | 伊藤 隆行 | |
| | 職名 | 管理者 | |
| 建物の竣工日 | 令和 8年 5月 日 | | |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | 令和 8年 6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 | 令和 年 月 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 | | |
| | 指定した自治体名 | 福岡県 | |
| | 事業所の指定日 | 令和 8年 6月 1日 (予定) | |
| | 指定の更新日（直近） | 令和 年 月 日 | |

3. 建物概要

| | | | | | |
|-----------|------|--|----------------------------------|-----------------------|--|
| 土地 | 敷地面積 | | | m ² | |
| | 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 | 有 (年 月 日 ~ 年 月 日) / 無 | | |
| 契約の自動更新 | | 有 / 無 | | | |
| 建物 | 規模 | 2階建 | | 1棟 | |
| | | 延床面積 | 全体 | 993.810m ² | |
| | | | うち、有料老人ホーム部分 | m ² | |
| | 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 / 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 | 14.850m ² | 29室 | 介護居室個室 |
| | タイプ2 | 有/無 | 有/無 | 有/無 | m ² | | |
| | タイプ3 | 有/無 | 有/無 | 有/無 | m ² | | |
| タイプ4 | 有/無 | 有/無 | 有/無 | m ² | | | |
| タイプ5 | 有/無 | 有/無 | 有/無 | m ² | | | |
| ※「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 | | | 0か所 | |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | | | 4か所 | |
| | 共用浴室 | 2か所 | 個室 | | | 2か所 | |
| | | | 大浴場 | | | 0か所 | |
| | 共用浴室に設置された介助浴槽 | 0か所 | チェアー浴 | | | 0か所 | |
| | | | リフト浴 | | | 0か所 | |
| | | | ストレッチャー浴 | | | 0か所 | |
| その他 () | | | 0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 | | | | | | | |

4 サービスの内容

(全体の方針)

| | |
|-----------------|--|
| 運営の方針 | ご入居者の方々に、今日を楽しく明日への希望を持って頂き、みずきでの生活をご家族と共に満足して頂く。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 入居者様の尊厳に配慮し、安全に考慮しながら食事・入浴・排泄・洗濯・その他生活に必要なお世話を行います。また、レク活動や個人の趣味を活かした生きがいのある生活をご支援します。 |
| 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 | : 1 | |

(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 () | |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | どい内科クリニック |
| | | 住所 | 福岡県筑紫野市光が丘4-5-3 |
| | | 診療科目 | 内科 |
| | | 協力内容 | 定期往診、年一回の健康診断等 |
| | 2 | 名称 | |
| | | 住所 | |
| | | 診療科目 | |
| | | 協力内容 | |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | スマイル歯科 | |
| | 住所 | 福岡県筑紫野市立明寺434-1 イオンモール筑紫野内 | |
| | 協力内容 | 歯科治療 | |

(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 2 介護居室へ移る場合 ③ その他 (介護居室の交換) | |
| 判断基準の内容 | | 随時の見守りが必要と施設が判断した時。 | |
| 手続きの内容 | | 居室交換の同意書に署名・押印いただきます。 | |
| 追加的費用の有無 | | 有 / ④無 | |
| 居室利用権の取扱い | | 無 | |
| 前払金償却の調整の有無 | | 有 / ④無 | |
| 従前の居室との仕様の変更 | 面積の増減 | 有 / ④無 | |
| | 便所の変更 | 有 / ④無 | |
| | 浴室の変更 | 有 / ④無 | |
| | 洗面所の変更 | 有 / ④無 | |
| | 台所の変更 | 有 / ④無 | |
| | その他の変更 | 有 / ④無 | |
| | ※ 有の場合、変更内容 | | |

(入居に関する要件)

| | | | |
|------------------------------|---|----------------------|---------------|
| 入居対象となる者 【表示事項】 ※複数選択可 | 1 自立している者 2 要支援の者 ③ 要介護の者 | | |
| 留意事項 | 65歳以上の方 | | |
| 契約の解除の内容 | ① 入居者様が逝去した場合。 ② 入居者様から契約解除が行われた場合 ③ 事業者から契約解除が行われた場合 | | |
| 設置者から解約を求める場合 | 解約条項 | 入居契約書第29条 事業者からの契約解除 | |
| | 解約予告期間 | 30日 | |
| 入居者からの解約予告期間 | 30日 | | |
| 体験入居 | ④ / 無 | | |
| | ※ 有の場合、内容 | 一泊二日 | 1,000円 (食事代別) |
| 入居定員 | 29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。(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 | | 0.5 |
| 生活相談員 | 1 | 1 | | 0.5 |
| 直接処遇職員 | 21 | 13 | 9 | 15.5 |
| うち介護職員 | 20 | 11 | 9 | 14.0 |
| うち看護職員 | 2 | 1 | 1 | 1.5 |
| 機能訓練指導員 | 1 | 1 | | 0.5 |
| 計画作成担当者 | 1 | 1 | | 0.5 |
| 栄養士 | | | | |
| 調理員 | | | | |
| 事務員 | 1 | 1 | | |
| その他職員 | | | | |
| 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 | | | |
| 介護福祉士 | | | |
| 実務者研修の修了者 | | | |
| 初任者研修の修了者 | | | |
| 介護支援専門員 | 2 | 1 | 1 |

(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 | 2 | 1 | 1 |
| 理学療法士 | | | |
| 作業療法士 | | | |
| 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 | 22時～ 6時 | |
|----------|---------|-----------------|
| | 平均人数 | 最小時人数 (休憩者等を除く) |
| 看護職員 | 人 | 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 1.5 : 1 以上 2 2 : 1 以上 3 2.5 : 1 以上 ④ 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) | |

※ 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 | | | | | | | | | ① / 無 | |
| | 業務に係る資格等 | | | | | | | | | ① / 無 | |
| | ※ 有の場合、資格等の名称 | | | | | | 介護支援専門員 | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | | | | | | | | | | |
| の人数 業務に従事した経験年数に応じた職員 | 1年未満 | | | | | | | | | | |
| | 1年以上 3年未満 | | | | | | | | | | |
| | 3年以上 5年未満 | | | | | | | | | | |
| | 5年以上 10年未満 | | | | | | | | | | |
| | 10年以上 | | | | | | | | | | |
| | 従業者の健康診断の実施状況 | | | | | | | | | | ① / 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 / ① | |
| 要介護状態に応じた金額設定 | 有 / ① | |
| 入院等による不在等における | ① 減額なし | |

| | | |
|---------------|-----|--|
| 利用料金（月払い）の取扱い | | 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 | 消費者物価指数及び人件費等の上昇及び運営懇談会の意見聴取 |
| | 手続き | 同意書に署名、押印 |

(利用料金のプラン)

(税込)

| | | プラン1 | プラン2 | プラン3 | プラン4 | プラン5 | |
|-----------------------|-----------------------|----------|----------|----------|---------|-------|---|
| 入居者の状 況※1 | 要介護度 | 1～5 | 要介護1 | 要介護5 | | | |
| | 年齢 | 65歳以上 | 65歳以上 | 65歳以上 | | | |
| 居室の状況※2 | | タイプ | タイプ | タイプ | タイプ | タイプ | |
| 床面積 | | 15㎡ | 15㎡ | 15㎡ | ㎡ | ㎡ | |
| 便所 | | 有 / 無 | 有 / 無 | 有 / 無 | 有 / 無 | 有 / 無 | |
| 浴室 | | 有 / 無 | 有 / 無 | 有 / 無 | 有 / 無 | 有 / 無 | |
| 台所 | | 有 / 無 | 有 / 無 | 有 / 無 | 有 / 無 | 有 / 無 | |
| 入居時点で 必要な費用 | 前払金※3 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | |
| | 敷金 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | |
| 月額費用の合計※4 | | 124,500円 | 140,760円 | 148,890円 | 円 | 円 | |
| 家賃 | | 51,000円 | 51,000円 | 51,000円 | 円 | 円 | |
| ト ビ ク 費 用 | 特定施設入居者生 活介護等の費用 | | 円 | 16,260円 | 24,390円 | 円 | 円 |
| | 介 護 保 険 外 | 食費 | 45,000円 | 45,000円 | 45,000円 | 円 | 円 |
| | | 管理費 | 15,000円 | 15,000円 | 15,000円 | 円 | 円 |
| | | 介護費用※5 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| | | 光熱水費 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| その他 | | 13,500円 | 13,500円 | 13,500円 | 円 | 円 | |
| 都度払いとなるサービス | | 有 / 無 | 有 / 無 | 有 / 無 | 有 / 無 | 有 / 無 | |

※1 入居者の状況に応じて複数の月額プランを設定している場合は、サービス費用が最低価格となるプラン及び最高価格となるプランを含めて記載しています。

※2 居室の状況に応じて複数の月額プランを設定している場合は、家賃が最低価格となるプラン、最高価格となるプラン及び最多室数・戸数となるプランを含めて記載しています。

※3 利用料金の支払い方式が選択方式の場合は、前払金の有無以外の条件が同一となる2つのプランを含めて記載しています。

※4 月ごとの利用日数に応じて月額プランを設定している場合は、利用日数を30日として記載しています。

※5 有料老人ホーム事業として受領する費用のみを記載しています。（訪問介護などの介護保険サービスに係る介護費用は、設置者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ません。）

(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等の費用 | 介護保険法による各加算有 |
| 家賃 | 居室賃料として算定 |
| 敷金 | 無 |
| 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 | 共用施設の消耗品費及び維持管理費として算定 |
| 食費 | 一日三食及びおやつを提供するための費用 |
| 光熱水費 | 入居者様が利用される居室及び共用部分の光熱水費 |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 別添 2 |
| その他のサービス利用料 | おむつ代・理美容代・診療費・薬剤費・リネン費などは実費。 指定医療機関以外の受診介助は1時間1,000円（往復15キロ以内であれば無料） 個人的な外出は1時間1,000円（往復15キロ以内であれば無料） （詳細は添付の「介護サービス一覧表」を参照） |

（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 | 基本報酬及び前掲の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） | 無 |

(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 | | |
| 想定居住期間 (償却年月数) | | か月 |
| 償却の開始日 | | 入居日 |
| 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) | | 円 |
| 初期償却率 | | % |
| 返還金の算定方法 | 入居後 3 月以内の契約終了 | |
| | 入居後 3 月を越えた契約終了 | |
| 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 | 人 | 女性 | 人 |
| 年齢別 | 65 歳未満 | 人 | 65 歳以上 75 歳未満 | 人 |
| | 75 歳以上 85 歳未満 | 人 | 85 歳以上 | 人 |
| 要介護度別 | 自立 | 人 | 要支援 1 | 人 |
| | 要支援 2 | 人 | 要介護 1 | 人 |
| | 要介護 2 | 人 | 要介護 3 | 人 |
| | 要介護 4 | 人 | 要介護 5 | 人 |
| 入居期間別 | 6 か月未満 | 人 | 6 か月以上 1 年未満 | 人 |
| | 1 年以上 5 年未満 | 人 | 5 年以上 10 年未満 | 人 |
| | 10 年以上 15 年未満 | 人 | 15 年以上 | 人 |

(入居者の属性)

| | |
|---------|---|
| 平均年齢 | 歳 |
| 入居者数の合計 | 人 |
| 入居率※ | % |

※ 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 | 人 | 社会福祉施設 | 人 | |
| | 医療機関 | 人 | 死亡者 | 人 | |
| | その他 | 人 | | | |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出 | | | | 人 |
| | | (解約事由の例) | | | |
| | 入居者側の申し出 | | | | 人 |
| | | (解約事由の例) | | | |

8. 苦情・事故等に関する体制

| | | | | | |
|--------------|-----------|--------------------|------------|--------------------|------------------|
| 窓口の名称 | | 有料老人ホーム 苦情受付担当者 | (第三者委員) | 福岡県国民健康 保険団体連合会 | 筑紫野市役所 高齢者支援課 |
| 電話番号 | | 092-403-5580 | | 092-642-7859 | 092-923-1111 |
| 対応している 時間 | 平日 | 9:00~18:00 | 8:00~17:00 | 08:00~17:00 | 08:00~17:00 |
| | 土曜 | — | — | — | — |
| | 日曜・ 祝日 | — | — | — | — |
| 定休日 | | 土・日曜日 | — | 土・日・祝日 | 土・日・祝日 |

(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 | 東京海上日動火災保険株式会社 | |
| | | 加入する保険の名称 | 超ビジネス保険 | |
| 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 | 年に2回アンケート送付 | |
| | | 結果の開示 | ① あり (集計後結果を郵送) 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 | 実施日 | 平成 | 年 月 日 |

| | | | |
|--|----|--------|------------------|
| | 場合 | 評価機関名称 | |
| | | 結果の開示 | 1 あり () 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 1 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 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 | | |

| | |
|------------------------------------|--|
| ※ 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（別に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）

※ _____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 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 |
|------------------------------|--|------------------|---------------------|
| <居宅サービス> | | | |
| 訪問介護 | 有 / <input type="radio"/> 無 | | |
| 訪問入浴介護 | 有 / <input type="radio"/> 無 | | |
| 訪問看護 | 有 / <input type="radio"/> 無 | | |
| 訪問リハビリテーション | 有 / <input type="radio"/> 無 | | |
| 居宅療養管理指導 | 有 / <input type="radio"/> 無 | | |
| 通所介護 | <input checked="" type="radio"/> 有 / 無 | デイサービスみずき | 福岡県鞍手郡小竹町勝野 3964-35 |
| 通所リハビリテーション | 有 / <input type="radio"/> 無 | | |
| 短期入所生活介護 | 有 / <input type="radio"/> 無 | | |
| 短期入所療養介護 | 有 / <input type="radio"/> 無 | | |
| 特定施設入居者生活介護 | <input checked="" type="radio"/> 有 / 無 | 住宅型有料老人ホーム みずきの風 | 福岡県鞍手郡小竹町勝野 3694-35 |
| 福祉用具貸与 | 有 / <input type="radio"/> 無 | | |
| 特定福祉用具販売 | 有 / <input type="radio"/> 無 | | |
| <地域密着型サービス> | | | |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | 有 / <input type="radio"/> 無 | | |
| 夜間対応型訪問介護 | 有 / <input type="radio"/> 無 | | |
| 認知症対応型通所介護 | 有 / <input type="radio"/> 無 | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | 有 / <input type="radio"/> 無 | | |
| 認知症対応型共同生活介護 | 有 / <input type="radio"/> 無 | | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | 有 / <input type="radio"/> 無 | | |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | 有 / <input type="radio"/> 無 | | |
| 居宅介護支援 | 有 / <input type="radio"/> 無 | | |
| <居宅介護予防サービス> | | | |
| 介護予防訪問介護 | 有 / <input type="radio"/> 無 | | |
| 介護予防訪問入浴介護 | 有 / <input type="radio"/> 無 | | |
| 介護予防訪問看護 | 有 / <input type="radio"/> 無 | | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | 有 / <input type="radio"/> 無 | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | 有 / <input type="radio"/> 無 | | |
| 介護予防通所介護 | 有 / <input type="radio"/> 無 | | |
| 介護予防通所リハビリテーション | 有 / <input type="radio"/> 無 | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | 有 / <input type="radio"/> 無 | | |
| 介護予防短期入所療養介護 | 有 / <input type="radio"/> 無 | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | 有 / <input type="radio"/> 無 | | |
| 介護予防福祉用具貸与 | 有 / <input type="radio"/> 無 | | |
| 特定介護予防福祉用具販売 | 有 / <input type="radio"/> 無 | | |
| <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 | 有 / <input type="radio"/> 無 | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | 有 / <input type="radio"/> 無 | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | 有 / <input type="radio"/> 無 | | |
| 介護予防支援 | 有 / <input type="radio"/> 無 | | |
| <介護福祉施設> | | | |
| 介護老人福祉施設 | 有 / <input type="radio"/> 無 | | |
| 介護老人保健施設 | 有 / <input type="radio"/> 無 | | |
| 介護療養型医療施設 | 有 / <input type="radio"/> 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

| 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 | |
| | | （利用者が全額負担） | 包含※2 | 都度※2 | 料金※3 | | |
| 介護サービス | | | | | | | |
| 食事介助 | 有 / 無 | 有 / 無 | | | | | |
| 排泄介助・おむつ交換 | 有 | 無 | | | | | |
| おむつ代 | | 有 | | ○ | | | |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | 有 | 有 | | ○ | | 週2回を超える入浴については一回300円 | |
| 特浴介助 | 有 | 有 | | ○ | | 週2回を超える入浴については一回500円 | |
| 身辺介助（移動・着替え等） | 有 | 無 | | | | | |
| 機能訓練 | 有 | 無 | | | | | |
| 通院介助 | 無 | 有 | | ○ | 1,000円～ | 往復15キロ以上のみ（福岡県内）一時間1000円 | |
| 生活サービス | | | | | | | |
| 居室清掃 | 有 | 無 | | | | | |
| リネン交換 | 有 | 無 | | | | | |
| 日常の洗濯 | 有 | 無 | | | | 7kg以上のものは実費にてクリーニング | |
| 居室配膳・下膳 | 有 | 無 | | | | | |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | | 有 | | ○ | | 実費負担 | |
| おやつ | | 有 | ○ | | | 食事代に含む | |
| 理美容師による理美容サービス | | 有 | | ○ | 1,500円～ | カット 1,500円（月一回訪問） | |
| 買い物代行 | 無 | 有 | | ○ | 1,000円～ | 往復15キロ以上のみ（福岡県内）一時間1,000円 | |
| 役所手続き代行 | 有 | 無 | | | | | |
| 金銭・貯金管理 | | 無 | | | | | |
| 健康管理サービス | | | | | | | |
| 定期健康診断 | | 有 | | ○ | | 年一回 | |
| 健康相談 | 有 | 無 | | | | | |
| 生活指導・栄養指導 | 有 | 無 | ○ | | | | |
| 服薬支援 | 有 | 無 | | | | | |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等） | 有 | 無 | | | | | |
| 入退院時・入院中のサービス | | | | | | | |
| 移送サービス | 無 | 有 | | | | | |
| 入退院時の同行 | 無 | 有 | | | 1,000円～ | 往復15キロ以上のみ（福岡県内）一時間1,000円 | |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | 無 | 有 | | | 500円 | 一回500円 | |
| 入院中の見舞い訪問 | 無 | 有 | | | | | |

※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割の利用者負担）。

※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、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。