【別紙様式２】

**重要事項説明書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 記入年月日 | 2025年4月1日 |
|  | 記入者名 | 今村　博文 |
| 所属・職名 | 管理者 |
| 被災確認事業所番号 | 4013092007026 |

※　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　えす・えす・かんぱにー  株式会社 エス・エス・カンパニー | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒851－0103　長崎県長崎市中里町96番地 | |
| 連絡先 | 電話番号 | ０９５－８３９－２０５１ |
| FAX番号 | ０９５－８３７－１２３０ |
| メールアドレス | happygarden＠fukuoka-wajinkai-hp.or.jp |
| ホームページアドレス | http://www.fukuoka-wajinkai-hp.or.jp/  happygdn/index.html |
| 代表者 | 氏名 | 臼井　富美子 |
| 職名 | 代表取締役社長 |
| 設立年月日 | 昭和・平成・令和　50　年　10　月　14　日 | |
| 主な実施事業 | 介護保険事業  ※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） いきのまつばらはっぴーがーでん  生の松原ハッピーガーデン | |
| 所在地 | 〒819－0055　　福岡市西区生の松原1丁目33番地1号 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | 下山門駅 |
| 交通手段と所要時間 | 下山門駅から徒歩15分、もしくは福岡和仁会病院運行のシャトルバス(地下鉄姪浜駅―下山門駅経由―病院(西館)間)を利用して8分  他の交通手段   1. 福岡和仁会病院運行のシャトルバス(地下鉄姪浜駅―病院(西館)間)を利用の場合   福岡地下鉄姪浜駅より15分   1. 姪浜タクシーバス(今宿姪浜線)を利用の場合   姪浜駅北口より12分(260円Ｒ2.2月現在)大谷バス停 下車、徒歩0分   1. 施設見学ご希望時はご連絡下さい。 |
| 連絡先 | 電話番号 | ０９２－８９５－３１０１ |
| FAX番号 | ０９２－８９５－３１２５ |
| ホームページアドレス | http://www.fukuoka-wajinkai-hp.or.jp/happygdn/  index.html |
| 管理者 | 氏名 | 今村　博文 |
| 職名 | 施設長 |
| 建物の竣工日 | | 昭和・平成・令和１６年　１月２５日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 昭和・平成・令和１６年　２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に該当する  場合 | 介護保険事業者番号 | ４０７１２００９３７ |
| 指定した自治体名 | 福岡県（市） |
| 事業所の指定日 | 平成１６年 ２月１日 |
| 指定の更新日（直近） | 令和 ４年 ２月１日 |

**３．建物概要**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 土地 | 敷地面積 | ４，７１８．８㎡ | | | | | | | | | | |
| 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  (令和１年10月１日～令和40年9月30日)  ２　なし | | | | | |
| 契約の自動更新 | | | １　あり　　２　なし | | | | | |
| 建物 | 延床面積 | 全体 | | | | | ７，３０３．８㎡ | | | | | |
| うち、老人ホーム部分 | | | | | ４，５６３．５㎡ | | | | | |
| 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 | | | | | |
| 契約の自動更新 | | | | １　あり　　２　なし | | | | | |
| 居室の状況 | 居室区分  【表示事項】 | １　全室個室 | | | | | | | | | | |
| ２　相部屋あり | | | | | | | | | | |
|  | | 最少 | | | | 人部屋 | | | | |
| 最大 | | | | 人部屋 | | | | |
|  | トイレ | | | 浴室 | | | | 面積 | 戸数・室数 | | 区分※ |
| Ａタイプ  (２ＬＤＫ） | 有／無 | | | 有／無 | | | | ５４㎡ | ４室 | | 一般居室個室  (２人入居可) |
| Ｂタイプ  (１ＬＤＫ) | 有／無 | | | 有／無 | | | | ３６㎡ | ３４室 | | 一般居室個室  (２人入居可) |
| Ｃタイプ  (１ルーム) | 有／無 | | | 有／無 | | | | １８㎡ | ３２室 | | 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」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。 | | | | | | | | | | | | |
| 共用施設 | 共用便所における便房 | | | ４ヶ所 | | うち男女別の対応が可能な便房 | | | | | ４ヶ所 | |
| うち車椅子等の対応が可能な便房 | | | | | １ヶ所 | |
| 共用浴室 | | | ３ヶ所 | | 個室 | | | | | ヶ所 | |
| 大浴場 | | | | | １ヶ所 | |
|  | | | 一般居室入居者用大浴場  (介助等が必要な方は利用できません) | | | | | ２ヶ所  (男女各１) | |
| 共用浴室における介護浴槽 | | | ２ヶ所 | | チェアー浴 | | | | | ヶ所 | |
| リフト浴 | | | | | １ヶ所 | |
| ストレッチャー浴 | | | | | ヶ所 | |
| その他（　個　浴　　） | | | | | 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  ※一般居室にはミニキッチン完備 | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | |
| その他 | カルチャールーム(カラオケ、麻雀)、理美容室、レストラン、トランクルーム等  (別途、使用料が必要です。)  建物内には次の施設が併設してあります。  疾病予防施設：ＭＦＣ和仁会（（医)和仁会運営、利用料は施設負担)  通所施設：福岡和仁会デイケアセンター（（医)和仁会運営、利用料は自己負担)  生の松原デイサービスセンター((株)ｴｽ･ｴｽ･ｶﾝﾊﾟﾆｰ運営、利用料は自己負担)  調剤薬局：ニック調剤薬局((株)ニック運営、薬代等は自己負担) | | | | | | | | | | | |

**４．サービスの内容**

**（全体の方針）**

|  |  |
| --- | --- |
| 運営に関する方針 | 1. 入居者が快適で心身ともに充実、安定した生活を営むことができるよう、良好な生活環境の保持に努める。 2. 入居者の意思及び人格を尊重し、常に入居者の立場に立って、入居者に提供するサービスの質の向上に努める。 3. 入居者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、入居者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが総合的かつ効率的に提供されるように努める。 4. 入居者が要介護状態になった場合においても、可能な限りその有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう配慮する。   ⑤　本事業者の運営にあたっては、関係市町村、在宅介護支援センター及び各関係機関等との連携に努める。 |
| サービスの提供内容に関する  特色 | 24時間、常に看護師を配置するとともに、隣接する福岡和仁会病院との連携を活かし、医療及び介護の充実を図っている。また、同一建物内に疾病予防施設ＭＦＣ和仁会や福岡和仁会デイケアセンター、生の松原デイサービスセンターを併設しており、健康増進や機能維持に利用できる。 |
| 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 | ＬＩＦＥへの登録 | | | | １　あり　２　なし |
| 入居継続支援加算 | | | (Ⅰ) | １　あり　２　なし |
| (Ⅱ) | １　あり　２　なし |
| 生活機能向上連携加算 | | | (Ⅰ) | １　あり　２　なし |
| (Ⅱ) | １　あり　２　なし |
| 個別機能訓練加算 | | | (Ⅰ) | １　あり　２　なし |
| (Ⅱ) | １　あり　２　なし |
| 科学的介護推進体制加算 | | | | １　あり　２　なし |
| ＡＤＬ維持等加算 | | | | １　あり　２　なし |
| 夜間看護体制加算（Ⅰ） | | | | １　あり　２　なし |
| 夜間看護体制加算(Ⅱ) | | | | 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 |
| 協力医療機関連携加算 | | | | １　あり　２　なし |
| 口腔・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 |
| 高齢者施設等感染対策向上加算 | （Ⅰ） | | | １　あり　２　なし |
| （Ⅱ） | | | １　あり　２　なし |
| 生産性向上推進体制加算 | （Ⅰ） | | | １　あり　２　なし |
| （Ⅱ） | | | １　あり　２　なし |
| 新興感染症等施設療養費 | | | | １　あり　２　なし |
| 退去時情報提供加算 | | | | １　あり　２　なし |
| 看取り介護加算 | | | (Ⅰ) | １　あり　２　なし |
| (Ⅱ) | 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) | | １　あり　２　なし |
| (Ⅱ) | | １　あり　２　なし |
| (Ⅲ) | | １　あり　２　なし |
| 福祉・介護職員等処遇改善加算 | | (Ⅰ) | | １　あり　２　なし |
| (Ⅱ) | | １　あり　２　なし |
| (Ⅲ) | | １　あり　２　なし |
| (Ⅳ) | | 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）  ２：１ | | |
| 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（**夜間緊急時における福岡和仁会病院との連携**） | |
| 協力医療機関 | １ | 名称 | 医療法人和仁会　福岡和仁会病院 |
| 住所 | 福岡市西区生の松原1丁目33－18 |
| 診療科目 | 内科・循環器内科・消化器内科・糖尿病内科・人工透析内科・外科・整形外科・脳神経内科・リハビリテーション科・泌尿器科・皮膚科 |
| 協力内容 | 診療・訪問診察(健康管理)、年2回の定期健康診断、健康や栄養に関する相談等  (医療費その他の費用は入居者の自己負担) |
| ２ | 名称 |  |
| 住所 |  |
| 診療科目 |  |
| 協力内容 |  |
| 協力歯科医療機関 | | 名称 | デンタルサポート株式会社 |
| 住所 | 福岡市博多区千代1－19－13 |
| 協力内容 | 訪問歯科診療、口腔ケア等  (医療費その他の費用は入居者の自己負担) |
| 新興感染症発生時に対応を　行う医療機関との連携 | | １　あり　　２　なし | |
| 名称 | 医療法人和仁会　福岡和仁会病院 |
| 住所 | 福岡市西区生の松原1丁目33－18 |

**（入居後に居室を住み替える場合）※住み替えを行っていない場合は省略可能**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 入居後に居室を住み替える場合  ※複数選択可 | | 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 | | 長期にわたり介護を受けながら日常生活を営むことが必要となった場合 | |
| 手続きの内容 | | 1. 事業所の指定する医師の意見を聴く 2. 緊急やむを得ない場合を除いて一定の観察期間を設ける 3. 変更先の概要、介護の内容、費用負担などについて入居者及び身元引受人等に説明を行なう 4. 身元引受人等の意見を聴く   ⑤ 入居者本人の意思を確認し居室変更の同意を得る | |
| 追加的費用の有無 | | １　あり　　２　なし | |
| 居室利用権の取扱い | | 一般居室の利用権を本人の同意を得て消滅させ、新たに介護居室の利用権を設定する。 | |
| 前払金償却の調整の有無 | | １　あり　　２　なし | |
| 従前の居室との仕様の変更 | 面積の増減 | １　あり　　２　なし | |
| 便所の変更 | １　あり　　２　なし | |
| 浴室の変更 | １　あり　　２　なし | |
| 洗面所の変更 | １　あり　　２　なし | |
| 台所の変更 | １　あり　　２　なし | |
| その他の変更 | １　あり | （変更内容）  居室玄関鍵無し  電動ベッド・床頭台・寝具セット有り |
| 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 | １　あり　　２　なし |
| 要支援の者 | １　あり　　２　なし |
| 要介護の者 | １　あり　　２　なし |
| 留意事項 | 入居時に  一般居室…概ね65歳以上で自分の身の回りの事ができる程度の健康状態にあること  ご夫婦で入居の場合は、どちらか一方が概ね65歳以上であること  ご夫婦以外の場合は、両者とも65歳以上で3親等以内の関係にあり、且つ当社が認めた方であること  介護居室…要介護認定を受けており概ね70歳以上であること  ※医療依存度が高い方は、要相談  その他……健康保険に加入していること  身元引受人および返還金受取人を立てること  施設の運営主旨を理解し、協力できること | |
| 契約の解除の内容 | 1. 入居者が死亡（２人入居の場合は両者とも死亡）したとき 2. 事業者から入居契約第29条（事業者からの契約解除）に基づき解除を通告し、予告期間が満了したとき 3. 入居者が入居契約第30条（入居者からの解約）、第45条（返還金について）に基づき解約を行ったとき | |
|  |  | |
| 事業主体から解約を求める  場合 | 解約条項 | 1. 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 2. 月額利用料その他の費用の支払いを正当な理由なくしばしば延滞するとき 3. 入居契約書第20条（禁止又は制限される行為）の規定に違反したとき 4. 入居者の行動が、他の入居者の生命及び心身に危害を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができないとき 5. 利用者又は利用者の家族等からの職員に対する身体的暴力、精神的暴力又はセクシャルハラスメントにより、職員の心身に危害が生じ、又は生ずる恐れのある場合であって、その危害の発生又は再発生を防止することが著しく困難である等によリ、利用者に対して介護サービスを提供することが著しく困難になったとき、等 |
| 解約予告期間 | ３ ヶ月 |
| 介護現場における  ハラスメント対策 | サービス利用に関する留意事項 | 利用者及び利用者の家族等の禁止行為   1. 職員に対する身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為）   　例：コップを投げつける／蹴る／唾を吐く   1. 職員に対する精神的暴力（個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為）   例：大声を発する／怒鳴る／特定の職員に嫌がらせをする／「この程度できて当然」と理不尽なサービスを要求する   1. 職員に対するセクシャルハラスメント（意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的な嫌がらせ行為   例：必要もなく手や腕を触る／抱きしめる／あからさまに性的な話しをする |
| 入居者からの解約予告期間 | １ ヶ月 | |
| 体験入居の内容 | １　あり  （内容：１泊２食付7,700円/人/日～、空室が有る場合のみ）  ２　なし | |
| 入居定員 | ７４人 | |
| その他 |  | |

**５．職員体制**

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

**（職種別の職員数）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 職員数（実人数） | | | 常勤換算人数※１※２ |
| 合計 | | |
|  | | |
|  | 常勤 | 非常勤 |
| 管理者 | | １ | １ |  | １ |
| 生活相談員 | | ２ | ２ |  | １ |
| 直接処遇職員 | | ２２ | １８ | ２ | １９ |
|  | 介護職員 | １５ | １３ | ２ | １２ |
|  | 看護職員 | ７ | ７ | ０ | ７ |
| 機能訓練指導員 | | １ | １ | ０ | １ |
| 計画作成担当者 | | ２ | ２ | ０ | １ |
| 栄養士 | | １ | １ |  | １ |
| 調理員 | |  |  |  |  |
| 事務員 | | ４ | ３ | １ | ３．９ |
| 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※２ | | | | | 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 |  |
| 介護福祉士 | １１ | １１ |  |
| 実務者研修の修了者 |  |  |  |
| 初任者研修の修了者 | １ | １ |  |
| 介護支援専門員 | ２ | ２ |  |

**（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 |  |  |  |
| 理学療法士 | 1 | １ |  |
| 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 |  |  |  |
| はり師 |  |  |  |
| きゅう師 |  |  |  |

**（夜勤を行う看護・介護職員の人数）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 夜勤帯の設定時間（17時　～　9時） | | |
|  | 平均人数 | 最少時人数（休憩者等を除く） |
| 看護職員 | 1人 | 1人 |
| 介護職員 | 1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） | | | 28：１7.6 |
| ※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 | | 1 | 0 | 1 | | 0 | | 0 | 0 | | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 前年度１年間の退職者数 | | 0 | 0 | 0 | | 0 | | 1 | 0 | | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 業務に従事した経験年数に応じた職員の人数 | １年未満 | 1 |  | 1 | |  | |  |  | | |  |  |  |  |
| １年以上３年未満 | 3 |  |  | | 3 | |  |  | | | 1 |  |  |  |
| ３年以上５年未満 |  |  | 3 | |  | |  |  | | |  |  |  |  |
| ５年以上10年未満 | 1 |  | 3 | |  | | 1 |  | | |  |  |  |  |
| 10年以上 | 3 |  | 5 | |  | | 1 |  | | |  |  | 2 |  |
| 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】 | | 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  ※該当する方式を全て選択 | 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 | | １　あり　　２　なし | |
| 要介護状態に応じた金額設定 | | １　あり　　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 | | １　減額なし  ２　日割り計算で減額  ３　不在期間が1月間以上の場合に限り、日割り計算で管理費の  減額  　 （在室がある月は規定の月額管理料を徴収する。） | |
| 利用料金の改定 | 条件 | 地域の消費者物価指数および人件費の上昇、等 | |
| 手続き | 1. 運営懇談会の意見を聴き、料金改定の承諾を受ける   入居者および身元引受人等への事前の通知と説明を行う | |

**（利用料金のプラン【代表的なプランを２例】）**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | プラン１  一般居室（Ｂタイプ） | プラン２  介護居室（Ｃタイプ） |
| 入居者の状況 | | | 要介護度 | | 自立 | 要介護２ |
| 年齢 | | ８０歳 | ８５歳 |
| 居室の状況 | | | 床面積 | | ３６㎡ | １８㎡ |
| 便所 | | １　有　　２　無 | １　有　　２　無 |
| 浴室 | | １　有　　２　無 | １　有　　２　無 |
| 台所 | | １　有　　２　無 | １　有　　２　無 |
| 入居時点で必要な費用 | | | 前払金 | | 13,000,000円 | 6,500,000円 |
| 敷金 | | 0円 | 0円 |
| 月額費用の合計 | | | | | 144,180円 | 169,464円 |
|  | 家賃 | | | | 前払金に含む | 前払い金に含む |
|  | サービス費用 | 特定施設入居者生活介護※１の費用 | | | 0円 | 22,964円  (要介護2　１割負担の場合) |
|  | 介護保険外※２ | | 食費 | 68,280円 | 58,500円 |
|  | 管理費 | 80,520円 | 93,280円 |
|  | 介護費用 | 0円 | 前払金に含む |
|  | 光熱水費 | 実費 | 管理費に含む |
|  | その他 | 都度払いサービス有 | 都度払いサービス有 |
| ※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） | | | | | | |

**（利用料金の算定根拠）**

|  |  |
| --- | --- |
| 費目 | 算定根拠 |
| 家賃 | 当該施設の整備に要した費用、設備備品費等を基礎とし算出   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 居室タイプ | | 前払い方式の  月額家賃相当額 | 月払い方式の  月額家賃 | | 一般居室 | Ａタイプ  ２ＬＤＫ | （115,104円）  前払金償却 144ヶ月 | 135,417円 | | Ａタイプ  ２ＬＤＫ  ２人入居 | （153，472円）  前払金償却 144ヶ月 | 180,556円 | | Ｂタイプ  １ＬＤＫ | （76,736円）  前払金償却 144ヶ月 | 90,278円 | |  | Ｂタイプ  １ＬＤＫ  ２人入居 | (115,104円)  前払金償却 144ヶ月 | 135,417円 | | 介護居室 | Ｃタイプ  １ルーム | （41,319円）  前払金償却 72ヶ月 | 48,611円 | |
| 敷金 | なし |
| 介護費用  ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 | 長期推計に基づき、要介護者２名に対し週40時間換算で看護・介護スタッフを１名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で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  前払い方式：(35,416円/月) 前払介護等一時金償却72ヶ月  月払い方式： 41,667円/月 |
| 管理費 | 共用施設等の維持・管理、事務費、生活サービス・健康管理サービス等に係る人件費他、備品・消耗品代等  一般居室 ････ 1人入居の場合 ： 80,520円/月  2人入居の場合 ： 122,430円/月  介護居室 ･･･････････････････ ： 93,280円/月 |
| 食費 | 食材費、栄養士その他食事部門の人件費、設備・部品代(調理具・  食器等) 喫食分のみ請求   |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | 一般居室 | 介護居室 | | 朝食（軽減税率8％込） | 529円 | 421円 | | 昼食（軽減税率8％込） | 680円 | 572円 | | 夕食（税率10％込） | 1,067円 | 957円 | | 一日（3食）の合計 | 2,276円 | 1,950円 | | 一月（30日）喫食  した場合の合計 | 68,280円 | 58,500円 |   ※有料老人ホームにおける軽減税率について  有料老人ホームにおける食費(飲食料品の提供の対価)は、一食につき690円以下であるもの、かつ一日累計額2,070円に達するまでのものは、  軽減税率対象(8％)となる。当施設では、「朝食・昼食」が軽減税率の対象となる。それ以外の飲食料品(夕食及びレストランメニュー)の提供は、軽減税率の対象外となる。 |
| 光熱水費 | 一般居室…実費入居者負担（一月約8,000～10,000円程度） |
| 介護居室…管理費に含まれる |
| 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） |
| その他の利用料 | 介護サービス(一般居室)、衛生材料費、放送受信料、電話代(インターネット通信費含む)、有線テレビ料金、クリーニング代等、入居者の嗜好により個別に利用されたもの |

**（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 | 要介護度に応じて介護費用の1割・2割・3割を徴収する。(介護保険負担割合証による) |
| 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（上乗せサービス） | サービスに係る介護量(時間)と対応する介護職員数を想定し、推定居住期間分の人件費を算出。想定の入居数で除算し、1人あたりの負担額を算出。 |
| ※　介護予防・地域密着型の場合を含む。 | |

**（前払金の受領）※前払金を受領していない場合は省略可能**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 算定根拠 | | (入居一時金)設備費、管理経費などを基礎として想定居住期間を勘案した家賃相当額、及び想定居住期間を超えて入居契約が継続する場合に備えて受領する費用  (介護等一時金)長期推計に基づき、要介護者2人に対し週40時間換算で看護・介護スタッフを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で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（償却年月数） | | 一般居室…１４４ヶ月  介護居室…７２ヶ月 |
| 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） | | |  |  |  | | --- | --- | --- | | 居室タイプ | | 初期償却額 | | 一般居室 | Ａタイプ  ２ＬＤＫ | 2,925,000円 | | Åタイプ  ２ＬＤＫ  ２人入居 | 3,900,000円 | | Ｂタイプ  １ＬＤＫ | 1,950,000円 | | Ｂタイプ  １ＬＤＫ  ２人入居 | 2,925,000円 | | 介護居室 | Ｃタイプ  １ルーム | 975,000円  (入 居 一時金525,000円)  (介護等一時金450,000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 | 受領済みの入居一時金（介護等一時金含む）を全額返還する。返還金は無利息とする。但し、入居期間中の家賃相当額、管理費および個人的に発生した費用等については徴収するものとする。また、退去後のハウスクリーニング費用および居室内での著しい汚れや居室内備品の破損があった場合の修繕費用は別途請求するものとする。 |
| 入居後３月を超えた契約終了 | ① 一般居室/償却期間144ヶ月  ア）1人入居の場合  入居一時金－(月次償却額×利用期間)－(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)  イ）2人入居の場合  a) 1人目が退去した場合  追加入居金－(月次償却額×利用期間)－(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)  b) 2人目が退去した場合  入居一時金－(月次償却額×利用期間)－(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)  ※入居金償却期間を超えて入居契約が継続した場合は、返還金はない。入居金の追加徴収は行なわない。  ② 介護居室/償却期間72ヶ月  入居一時金＋介護等一時金－(月次償却額×利用期間)－(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)  ※入居金償却期間・介護等一時金償却期間を超えて入居契約が継続した場合は、返還金はない。入居金・介護等一時金の追加徴収は行なわない。  ※月途中に契約が開始又は終了した月には、30で除した日割り計算にて算出。 |
| 前払金の保全先 | １　連帯保証を行う銀行等の名称 | 株式会社　佐賀銀行 |
| ２　信託契約を行う信託会社等の名称 |  |
| ３　保証保険を行う保険会社の名称 |  |
| ４　全国有料老人ホーム協会 | |
| ５　その他（名称：　　　　　　　　　　　　　　　） | |

**７．入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】**

**（入居者の人数）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 性別 | 男性 | 19人 |
| 女性 | 43人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 0人 |
| 65歳以上75歳未満 | 4人 |
| 75歳以上85歳未満 | 15人 |
| 85歳以上 | 43人 |
| 要介護度別 | 自立 | 14人 |
| 要支援１ | 3人 |
| 要支援２ | 8人 |
| 要介護１ | 13人 |
| 要介護２ | 6人 |
| 要介護３ | 8人 |
| 要介護４ | 5人 |
| 要介護５ | 5人 |
| 入居期間別 | ６ヶ月未満 | 5人 |
| ６ヶ月以上１年未満 | 5人 |
| １年以上５年未満 | 23人 |
| ５年以上10年未満 | 15人 |
| 10年以上15年未満 | 6人 |
| 15年以上 | 8人 |

**（入居者の属性）**

|  |  |
| --- | --- |
| 平均年齢 | 88歳 |
| 入居者数の合計 | 62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 | 1人 |
| 他の有料老人ホーム | 1人 |
| 介護保険施設（※） | 人 |
| その他の社会福祉施設 | 人 |
| 医療機関 | 2人 |
| 死亡者 | 5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 | 4人 |
| （解約事由の例）家族の意向で移動(自宅・他施設)。　　医療依存度が高く施設での生活が困難になった。 |
| ※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 | | 生の松原ハッピーガーデン |
| 電話番号 | | ０９２－８９５－３１０１ |
| 対応している時間 | 平日 | ９：００～１７：３０ |
| 土曜 | ９：００～１７：３０ |
| 日曜・祝日 | ９：００～１７：３０ |
| 定休日 | | なし |
| 窓口の名称２ | | 福岡県国民健康保険団体連合会 |
| 電話番号 | | ０９２－６４２－７８１３ |
| 対応している時間 | 平日 | ９：００～１７：３０ |
| 土曜 |  |
| 日曜・祝日 |  |
| 定休日 | | 土曜、日曜、祝日 |
| 窓口の名称３ | | 福岡和仁会病院　地域連携室 |
| 電話番号 | | ０９２－８９１－７６２１ |
| 対応している時間 | 平日 | ９：００～１７：３０ |
| 土曜 | 第１・３・５土曜日　９：００～１２：３０ |
| 日曜・祝日 |  |
| 定休日 | | 第2・4土曜日、日曜、祝日 |
| 窓口の名称４ | | 福岡市保健福祉局　高齢社会部　事業者指導課 |
| 電話番号 | | ０９２－７１１－４３１９ |
| 対応している時間 | 平日 | ９：００～１７：００ |
| 土曜 |  |
| 日曜・祝日 |  |
| 定休日 | | 土曜、日曜、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　あり | 保険会社名：あいおいニッセイ同和損害保険（株）  保険の名称：介護保険事業者賠償責任保険 |
| ２　なし | |
| 介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応 | １　あり | 万が一事故が発生し入居者の生命、身体、財産に損害が発生した場合は不可抗力による場合を除き、速やかに入居者に対して損害の賠償を行なう。ただし入居者の側に重大な過失 |
|  |  | がある場合には、損害額を減ずることがある。 |
| ２　なし | |
| 事故対応及びその予防のための指針 | 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 | １　あり | 実施日 | 令和６年１２月 |
| 結果の開示 | １　あり ２　なし |
| ２　なし | | |
| 第三者による評価の実施  状況 | １　あり | 実施日 |  |
| 評価機関名称 |  |
| 結果の開示 | 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  ２　入居希望者に交付  ３　公開していない |
| 管理規程 | １　入居希望者に公開  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　あり | | （開催頻度）年　2　　回 | | |
| ２　なし | | | | |
|  | １　代替措置あり | | （内容） | |
| ２　代替措置なし | | | |
| 高齢者虐待防止のための取組の状況 | | 高齢者虐待防止対策検討委員会の定期的な開催 | | | | １　あり ２　なし |
| 指針の整備 | | | | １　あり ２　なし |
| 研修定期的な実施 | | | | １　あり ２　なし |
| 担当者の配置 | | | | １　あり ２　なし |
| 身体的拘束等廃止のための　取組の状況 | | 身体拘束適正化委員会の開催 | | | | １　あり ２　なし |
| 指針の整備 | | | | １　あり ２　なし |
| 研修の実施 | | | | １　あり ２　なし |
| 緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為(身体的拘束等) | | | | １　あり   |  |  | | --- | --- | | 身体的拘束を行う場合の態様、及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の記録 | （内容） | | １　あり ２　なし | | |
| ２　なし |
| 業務継続計画の策定状況 | | 感染症に関する業務継続計画　(BCP) | | | | １　あり ２　なし |
| 災害に関する業務継続計画(BCP) | | | | １　あり ２　なし |
| 従業者に対する周知の実施 | | | | １　あり ２　なし |
| 定期的な研修の実施 | | | | １　あり ２　なし |
| 定期的な訓練の実施 | | | | １　あり ２　なし |
| 定期的な見直し | | | | １　あり ２　なし |
| 提携ホームへの移行  【表示事項】 | | １　あり（提携ホーム名：　　　　　　）  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  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　　２　なし | | | | |
|  | 合致しない事項がある場合の内容 |  | | | | |
| 「６.既存建築物等の活用の場合等の特例｣ への適合性 | １　適合している（代替措置）  ２　適合している（将来の改善計画）  ３　適合していない | | | | |
| 福岡市有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項 | | 無 | | | | |
|  | 不適合事項がある場合の  内容 |  | | | | |

添付書類：別添１（事業主体が福岡市内で実施する他の介護サービス一覧表）

　　　　　別添２（提供するサービスの一覧表）

※　　　　　　　　　　　　　　様

説明年月日　令和　　年　　月　　日

説明者署名

※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

別添１　　事業主体が福岡市内で実施する他の介護サービス一覧表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護サービスの種類 | | | | 事業所の名称 | 所在地 |
| ＜居宅サービス＞ | | | | | |
|  | 訪問介護 | あり | なし |  |  |
| 訪問入浴介護 | あり | なし |  |  |
| 訪問看護 | あり | なし |  |  |
| 訪問リハビリテーション | あり | なし |  |  |
| 居宅療養管理指導 | あり | なし |  |  |
| 通所介護 | あり | なし | 生の松原デイサービスセンター | 福岡市西区生の松原1－33－1 |
| 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 |  |  |
| ＜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 |  |  |
| ＜地域密着型介護予防サービス＞ | | | | | |
|  | 介護予防認知症対応型通所介護 | あり | なし |  |  |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | あり | なし |  |  |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | あり | なし |  |  |
| 介護予防支援 | | あり | なし |  |  |
| ＜介護保険施設＞ | | | | | |
|  | 介護老人福祉施設 | あり | なし |  |  |
| 介護老人保健施設 | あり | なし |  |  |
| 介護療養型医療施設 | あり | なし |  |  |
| 介護医療院 | あり | なし |  |  |

**別添２** 　　　　　　　　　**提供するサービスの一覧表【介護付有料老人ホーム】**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者一部負担※1） | | 個別の利用料で、実施するサービス | | | | | 備　　考 |
| （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 | なし | あり | なし | あり |  |  |  |  |
|  | 排泄介助・おむつ交換 | なし | あり | なし | あり |  |  |  |  |
|  | おむつ代 |  |  | なし | あり |  | ○ | 実費 |  |
|  | 入浴（一般浴）介助・清拭 | なし | あり | なし | あり |  |  |  | ※詳細は添付の「生の松原ハッピーガーデン |
|  | 特浴介助 | なし | あり | なし | あり |  |  |  | 介護サービス一覧表」を参照下さい。 |
|  | 身辺介助（移動・着替え等） | なし | あり | なし | あり |  |  |  |  |
|  | 機能訓練 | なし | あり | なし | あり | ○ |  |  | 介護サービス(個別機能訓練加算) |
|  | 通院介助（協力医療機関） | なし | あり | なし | あり |  |  |  | 福岡和仁会病院 |
|  | 通院介助（協力医療機関以外） | なし | あり | なし | あり |  | 〇 | 880円/30分 | ご相談下さい。可能な限り対応します。 |
|  | 口腔衛生管理 | なし | あり | なし | あり |  |  | 実費  0円/////30分 | 協力歯科医療機関　デンタルサポート |
| 生活サービス | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 居室清掃 | なし | あり | なし | あり |  |  |  |  |
|  | リネン交換 | なし | あり | なし | あり |  |  |  |  |
|  | 日常の洗濯 | なし | あり | なし | あり |  | ○ | 990円/回 |  |
|  | 居室配膳・下膳 | なし | あり | なし | あり | ○ |  |  | ※詳細は添付の「生の松原ハッピーガーデン |
|  | 入居者の嗜好に応じた特別な食事 |  |  | なし | あり |  | ○ | 応相談 | 介護サービス一覧表」を参照下さい。 |
|  | おやつ |  |  | なし | あり |  | ○ | 応相談 |  |
|  | 理美容師による理美容サービス |  |  | なし | あり |  | ○ | 実費 |  |
|  | 買い物代行（通常の利用区域） | なし | あり | なし | あり |  | ○ | 550円/30分 | ※火・金は無料(基本は西区エリア) |
|  | 買い物代行（上記以外の区域） | なし | あり | なし | あり |  | ○ | 550円/30分 | ※火・金は無料(基本は西区エリア) |
|  | 役所手続き代行 | なし | あり | なし | あり |  | ○ | 550円/30分 | ※火・金は無料 |
|  | 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 |  |  |  | ※年2回(5月・11月) |
|  | 健康相談 | なし | あり | なし | あり |  |  |  | ※詳細は添付の「生の松原ハッピーガーデン |
|  | 生活指導・栄養指導 | なし | あり | なし | あり |  |  |  | 介護サービス一覧表」を参照下さい。 |
|  | 服薬支援 | なし | あり | なし | あり |  |  |  |  |
|  | 生活リズムの記録（排便・睡眠等） | なし | あり | 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 | なし | あり |  |  |  |  |
|  | 入退院時の同行（協力医療機関） | なし | あり | なし | あり |  |  |  | 福岡和仁会病院 |
|  | 入退院時の同行（協力医療機関以外） | なし | あり | なし | あり |  | ○ | 880円/30分 | ご相談下さい。可能な限り対応します。 |
|  | 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | あり | なし | あり | ○ | ○ | 990円/回 | 洗濯は1回990円　買い物は30分550円 |
|  | 入院中の見舞い訪問 | なし | あり | なし | あり |  |  |  |  |
| その他のサービス※4 | |  | | | | | | | |

※１：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（１割又は２割の利用者負担）。

※２：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額のサービス費用に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。

※３：都度払いの場合、１回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。

※４：その他のサービス欄は、上記以外のサービスがある場合に、必要に応じて記入すること。

**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 | | | | | 備　　考 |
| （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 | なし | あり |  | ○ | 550円/回 |  |
|  | 排泄介助・おむつ交換 | なし | あり |  | ○ | 550円/回 |  |
|  | おむつ代 | なし | あり |  |  |  | ※詳細は添付の「生の松原ハッピーガーデン |
|  | 入浴（一般浴）介助・清拭 | なし | あり |  | ○ | 550円～/回 | 介護サービス一覧表」を参照下さい。 |
|  | 特浴介助 | なし | あり |  | ○ | 1,100円/回 |  |
|  | 身辺介助（移動・着替え等） | なし | あり |  | ○ | 330円/回 |  |
|  | 機能訓練 | なし | あり |  |  |  |  |
|  | 通院介助（協力医療機関） | なし | あり |  |  |  | 福岡和仁会病院 |
|  | 通院介助（協力医療機関以外） | なし | あり |  | ○ | 880円/回 | ご相談下さい。可能な限り対応します。 |
| 生活サービス | |  |  |  |  |  |  |
|  | 居室清掃 | なし | あり |  | ○ | 825円/回 |  |
|  | リネン交換 | なし | あり |  | ○ | 550円/回 |  |
|  | 日常の洗濯 | なし | あり |  | ○ | 990円/回回 | ※詳細は添付の「生の松原ハッピーガーデン |
|  | 居室配膳・下膳 | なし | あり |  | ○ | 55円/回 | 介護サービス一覧表」を参照下さい。 |
|  | 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | なし | あり |  | ○ | 応相談 |  |
|  | おやつ | なし | あり |  | ○ | 応相談 |  |
|  | 理美容師による理美容サービス | なし | あり |  | ○ | 実費請求 | 自立の方はご利用できません |
|  | 買い物代行（通常の利用区域） | なし | あり |  | ○ | 550円/30分分 | ※火・金は無料(基本は西区エリア) |
|  | 買い物代行（上記以外の区域） | なし | あり |  | ○ | 550円/30分 | ※火・金は無料(基本は西区エリア) |
|  | 役所手続き代行 | なし | あり |  | ○ | 550円/30分 | ※火・金は無料 |
|  | 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 |  |  |  | ※年2回(5月・11月) |
|  | 健康相談 | なし | あり |  |  |  |  |
|  | 生活指導・栄養指導 | なし | あり |  |  |  | ※詳細は添付の「生の松原ハッピーガーデン |
|  | 服薬支援 | なし | あり |  | ○ | 165円/日 | 介護サービス一覧表」を参照下さい。 |
|  | 生活リズムの記録（排便・睡眠等） | なし | あり |  |  |  | 介護サービス一覧表」を参照下さい。 |
| 入退院時・入院中のサービス | |  |  |  |  |  |  |
|  | 移送サービス | なし | あり |  | ○ | 880円/30分 |  |
|  | 入退院時の同行（協力医療機関） | なし | あり |  |  |  | ※詳細は添付の「生の松原ハッピーガーデン |
|  | 入退院時の同行（協力医療機関以外） | なし | あり |  | ○ | 880円/30分 | 介護サービス一覧表」を参照下さい。 |
|  | 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | あり |  | ○ | 990円/回 | 洗濯は1回990円　買い物は30分550円 |
|  | 入院中の見舞い訪問 | なし | あり |  |  |  |  |
| その他のサービス※4 | |  | | | | | |

※２：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額のサービス費用に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。

※３：都度払いの場合、１回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。

※４：その他のサービス欄は、上記以外のサービスがある場合に、必要に応じて記入すること。