

重要事項説明書

記入年月日	令和 2年 7月 1日
記入者名	木下 和巳
所属・職名	かていな赤坂・施設長

1. 事業主体概要

種類	個人 / <input checked="" type="checkbox"/> 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 たいしんやつきよく 株式会社 大信薬局	
主たる事務所の所在地	〒 802-0072 北九州市小倉北区東篠崎1丁目11-5	
連絡先	電話番号	093-931-7088
	FAX番号	093-931-7089
	ホームページアドレス	http://www.taishinph.co.jp
代表者	氏名	吉村 企右
	職名	代表取締役社長
設立年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 / 平成 35年4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

(住まいの概要)

名称	(ふりがな) かいごつきゆうりょうろうじんほーむ たいしん かていなあかさか 介護付有料老人ホーム たいしん かていな赤坂		
所在地	〒802-0032 北九州市小倉北区赤坂1丁目2-32		
主な利用交通手段	最寄駅	西鉄バス 赤坂バス停	
	手段と所要時間	西鉄バス利用の場合 ・JR小倉駅から西鉄バスで乗車10分、赤坂バス停留所で下車、徒歩2分	
連絡先	電話番号	093-533-2025	
	FAX番号	093-533-2064	
	ホームページアドレス	http://www.taishinph.co.jp	
管理者	氏名	木下 和巳	
	職名	施設長	
建物の竣工日	昭和 / <input checked="" type="checkbox"/> 平成	17年10月31日	
有料老人ホーム事業の開始日	昭和 / <input checked="" type="checkbox"/> 平成	30年12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	4070405354
	指定した自治体名	福岡県（北九州市）
	事業所の指定日	平成30年12月1日
	指定の更新日（直近）	平成36年11月30日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1,334.86 m ²				
	所有関係	1	事業者が自ら所有する土地			
		2	事業者が賃借する土地			
		抵当権の有無	1	あり	2	なし
		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	
建物	延床面積	全体	2,244.59 m ²			
		うち、老人ホーム部分	2,244.59 m ²			
	耐火構造	1	耐火建築物			
		2	準耐火建築物			
		3	その他 ()			
	構造	1	鉄筋コンクリート造			
		2	鉄骨造			
3		木造				
4		その他 ()				
所有関係	1	事業者が自ら所有する建物				
	2	事業者が賃借する建物				
	抵当権の有無	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	1 <input type="checkbox"/> 全室個室				
	【表示事項】	2 相部屋あり				
		最小		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	<input type="checkbox"/> 有 / 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	18.44 m ²	55	介護居室個室
	タイプ2	有 / 無	有 / 無	m ²		
タイプ3	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		2ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房		2ヶ所	
	共用浴室	4ヶ所	個室		3ヶ所	
			大浴場		1ヶ所	
	共用浴室における介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴		ヶ所	
			リフト浴		ヶ所	
			ストレッチャー浴		1ヶ所	
			その他 ()		ヶ所	
食堂	1	<input type="checkbox"/> あり	2	なし		
入居者や家族が利用できる調理設備	1	<input type="checkbox"/> あり	2	なし		
エレベーター	1	あり (車椅子対応)	2	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり	2	なし	
その他						

4 サービスの内容 (全体の方針)

運営に関する方針	<p>居宅であることを踏まえ、高齢者の特性に配慮した住みよい住居を提供し、利用者の介護予防に資するよう、また要介護状態の軽減または悪化の防止に資するよう配慮するものとする。</p> <p>当該事業者は、利用者または他の入居者の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束は行わないものとする。</p> <p>職員は利用者または家族に対し、サービスの提供方法についてわかりやすく説明するものとする。</p>
----------	--

サービスの提供内容に関する特色	季節の風物詩や季節ごとの行事に重点を置き、年間を通して四季折々の行事・レクリエーション・食事を行って参ります。また、医療機関との連携を深め、看護・機能訓練の充実を図ります。		
入浴、排せつ又は食事の介護	1 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施	2 委託	3 なし
食事の提供	1 自ら実施	2 <input checked="" type="checkbox"/> 委託	3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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	個別機能訓練加算	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし	
	夜間看護体制加算	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし	
	医療機関連携加算	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし	
	看取り介護加算	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし	
	若年性認知症入居者受入加算	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし	
	認知症専門ケア加算	(I)	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
		(II)	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	サービス提供体制強化加算	(I) イ	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
		(I) ロ	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
		(II)	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし
		(III)	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	退院・退所時連携加算	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし	
	入居継続支援加算	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし	
	口腔衛生管理体制加算	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし	
	栄養スクリーニング加算	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし	
生活機能向上連携加算	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし		
介護職員処遇改善加算	(I)	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし	
	(II)	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし	
	(III)	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし	
	(IV)	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし	
	(V)	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	1 あり	(介護・看護職員の配置率) : 1		
	2 <input checked="" type="checkbox"/> 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 ()		
協力医療機関	1	名称	北九州小倉病院
		住所	北九州市小倉北区上富野3-19-1
		診療科目	内科、消化器科、循環器科、リハビリ科等
		協力内容	外来受診、救急医療等の対応。(医療費その他の費用は入居者の自己負担)
	2	名称	新小文字病院
		住所	北九州市門司区大里新町2-5
		診療科目	内科、リハビリ科、外科、整形・形成外科等
		協力内容	外来受診、救急医療等の対応。(医療費その他の費用は入居者の自己負担)
	3	名称	JR九州病院
		住所	北九州市門司区高田2-1-1
		診療科目	内科、循環器内科、消化器内科等
		協力内容	外来受診、救急医療等の対応。(医療費その他の費用は入居者の自己負担)
	4	名称	かもめ医院
		住所	北九州市小倉北区赤坂1-8-7
		診療科目	内科
		協力内容	訪問診療、健康管理・健康診断、休日・夜間等緊急時対応。(医療費その他の費用は入居者の自己負担)
協力歯科医療機関	名称	木本歯科クリニック	
	住所	北九州市小倉北区紺屋町13-1	
	協力内容	訪問歯科診療、その他口腔ケア等の指導・援助(希望者のみ)。(医療費その他の費用は入居者の自己負担)	

(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	
手続きの内容	
追加的費用の有無	1 あり 2 なし
居室利用権の取扱い	
前払金償却の調整の有無	1 あり 2 なし
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) 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 <input type="checkbox"/> なし
	要支援の者	1 <input type="checkbox"/> あり	2 なし
	要介護の者	1 <input type="checkbox"/> あり	2 なし
留意事項	<p>概ね65歳以上で、要支援及び要介護の方。</p> <p>伝染病疾患や精神的疾患等を有せず、かつ問題行動を伴わない方で、共同生活に適応できる方。</p> <p>特定施設入居者生活介護等を利用することにより、日常生活が送れる方で、所定の利用料を負担できる方。</p>		
契約の解除の内容	<p>① 入居者が死亡した場合</p> <p>② 入居者から契約解除が行われた場合</p> <p>③ 事業者から契約解除が行われた場合</p>		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	<ul style="list-style-type: none"> ・入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき ・月額の利用料その他の費用の支払いを正当な利用なく、しばしば延滞するとき ・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 ・入居者の行動が、他の入居者の生命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 ・長期の入院もしくは長期の外出（3ヶ月を限度とする）をするとき 	
	解約予告期間	90日	
入居者からの解約予告期間	30日		
体験入居の内容	<p>1 <input type="checkbox"/> あり（内容：1泊2日（3食付）5,000円税別）</p> <p>2 なし</p>		
入居定員	55人		
その他	<p>【身元引受人の条件及び義務等】</p> <p>身元引受人は原則として親族に限る。また、本契約に基づく入居者の事業者に対する債務について、入居者と連帯して履行の責を負います。また、必要な時には、入居者の身柄を引き取ります。</p>		

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		1.0
生活相談員	1	1		1.0
直接処遇職員	28	20		22.5
介護職員	24	16	8	18.1
看護職員	5	5		4.4
機能訓練指導員				
計画作成担当者	1	1		1.0
栄養士				
調理員				
事務員	1	1		1.0
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総数）

	合計		
	常勤	非常勤	
社会福祉士			
介護福祉士	9	7	2
実務者研修の修了者		4	
初任者研修の修了者	6	6	
介護支援専門員			

（資格を有している機能訓練指導員の総数）

	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			
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～翌日9時30分)		
	平均人数	最小時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0人	0人
介護職員	3人	2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 <input type="text" value="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)	2.13 : 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 <input type="text" value="あり"/> 2 なし								
	業務に係る資格等	1 <input type="text" value="あり"/>									
		資格等の名称	介護福祉士								
		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		3		15	11			4		1	
前年度1年間の退職者数		1		14	8	1		4		1	
た業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満			2	2						
	1年以上 3年未満			4							
	3年以上 5年未満			4							
	5年以上 10年未満			3	3					1	
	10年以上	4		3	3	3					
	従業者の健康診断の実施状況				1 <input type="text" value="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 <input type="checkbox"/> 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払方法 【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 <input type="checkbox"/> 月払い方式	
	4 選択方式 ※該当する方式は全て選択	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 <input type="checkbox"/> なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり 2 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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	入居契約書第27条（費用の改定）の規定に基づき、ホームが所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案する。
	手続き	運営懇談会の意見を聴いて改定しますが、その際事業者は入居者及び身元引受人等へ事前に通知します。

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1	プラン2	
入居者の状況	要介護度	要介護1	要介護5	
	年齢	80歳	80歳	
居室の状況	床面積	18.4㎡	18.4㎡	
	便所	1 <input type="checkbox"/> 有 2 <input type="checkbox"/> 無	1 <input type="checkbox"/> 有 2 <input type="checkbox"/> 無	
	浴室	1 <input type="checkbox"/> 有 2 <input type="checkbox"/> 無	1 <input type="checkbox"/> 有 2 <input type="checkbox"/> 無	
	台所	1 <input type="checkbox"/> 有 2 <input type="checkbox"/> 無	1 <input type="checkbox"/> 有 2 <input type="checkbox"/> 無	
入居時点で必要な費用	前払金	0円	0円	
	敷金	100,000円	100,000円	
月額費用の合計		151,164～183,652円	159,256～207,928円	
家賃		50,000円	50,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護等の費用※1	16,244～48,732円	24,336～73,008円	
	介護保険外※2	食費	48,600円	48,600円
		管理費	31,320円	31,320円
		介護費用	円	円
		光熱水費	5,000円	5,000円
	その他	円	円	

※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。

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

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃 (非課税)	施設の整備に要した費用、修繕費、管理事務費、地代に相当する額等を基礎として合理的に算定。近傍同種の住宅の家賃から算定される額を大幅に上回らない事とする。
修繕預り金	家賃の2.0ヵ月分 クロス張替え、清掃一式、その他補修を要する部分等、居室の補修費を精算し、残金を返還。
介護費用	※ 介護保険サービスの自己負担額は含まない
管理費	事務管理、共用施設の維持管理費及び共用部分の備品、消耗品費、光熱水費。
食費	1日1,620円、30日で48,600円。1日3食提供、おやつ含む。 [食費内訳] ・給食材料費：24,300円 (うち消費税等1,800円) ・厨房管理費：24,300円 (うち消費税等1,800円) ※3日前の正午までにお申し出いただければ、欠食時には一食あたり次のとおり返金いたします。 ・朝食 216円 (うち消費税等16円) ・昼食 324円 (うち消費税等24円) ・夕食 270円 (うち消費税等20円) ※厨房管理費は、業務委託料及び維持管理費、設備・備品代に充当するため欠食があっても返金されません。
光熱水費	居室で使用する電気、水道、ガス料金であり、月定額5,000円。
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2 寝具リース料：1日100円 (1週間に1回、シーツ・毛布・枕カバー洗濯) 汚染時は随時交換。 ランドリー使用料：洗濯機・乾燥機使用料共に1回100円 ※クリーニング業者利用の場合は月額3,000円 外出介助：1時間2,000円 (個別に行われる買い物・旅行等の外出介助及び協力医療機関以外の通院・入退院の際の通院介助) 個別的な買い物等の代行：1時間2,000円 (詳細は添付の別添2「サービスの一覧表」を参照)
その他のサービス利用料	おむつ代：テープ止めタイプ1,701円、パンツタイプ1,764円、パッド735円、1,008円、1,281円、1,425円、3,225円等。 電話料：NTT等の料金規定及び支払方法により各戸でお支払下さい。 放送受信料：NHK等の料金規定及び支払方法により各戸でお支払下さい。

(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	※要介護度および各利用者の負担割合に応じた額を徴収する。(1単位10.14円)			
	区分	介護給付費の単位	30日分の目安	自己負担額
	要支援1	180単位/日	54,756円	5,475円、10,951円、16,426円/月
	要支援2	309単位/日	93,997円	9,399円、18,799円、28,199円/月
	要介護1	534単位/日	162,442円	16,244円、32,488円、48,732円/月
	要介護2	599単位/日	182,215円	18,221円、36,443円、54,664円/月
	要介護3	668単位/日	203,205円	20,320円、40,641円、60,961円/月
	要介護4	732単位/日	222,674円	22,267円、44,534円、66,802円/月
	要介護5	800単位/日	243,360円	24,336円、48,672円、73,008円/月
	加算区分	介護給付費の単位	30日分の目安	自己負担額
	個別機能訓練加算	12単位/日	3,650円	365円、730円、1,095円/月
	夜間看護体制加算	10単位/日	3,042円	304円、608円、912円/月
	医療機関連携加算	80単位/月	811円	81円、162円、243円/月
	看取り介護加算(最大)	6,528単位/月	66,193円	6,619円、13,238円、19,857円/月
	退院・退所時連携加算	30単位/日	9,126円	912円、1,825円、2,737円/月
入居継続支援加算	36単位/日	10,951円	1,095円、2,190円、3,285円/月	
生活機能向上連携加算	200単位/月	2,028円	202円、405円、608円/月	
若年性認知症入居者受入加算	120単位/日	36,504円	3,650円、7,300円、10,951円/月	
口腔衛生管理体制加算	30単位/月	304円	30円、60円、91円/月	
栄養スクリーニング加算	5単位/半年	円	5円、10円、15円/月	
加算区分	介護給付費の単位	30日分の目安	自己負担額	
認知症専門ケア加算(I)	3単位/日	912円	91円、182円、273円/月	
認知症専門ケア加算(II)	4単位/日	1,216円	121円、243円、364円/月	
加算区分	介護給付費の単位	30日分の目安	自己負担額	
サービス提供体制強化加算(I)イ	18単位/日	5,475円	547円、1,095円、1,642円/月	
サービス提供体制強化加算(I)ロ	12単位/日	3,650円	365円、730円、1,095円/月	
サービス提供体制強化加算(II)	6単位/日	1,825円	182円、365円、547円/月	
サービス提供体制強化加算(III)	6単位/日	1,825円	182円、365円、547円/月	
<p>※看取り介護加算については、最大額を記載しています。</p> <p>※夜間看護体制加算、看取り介護加算、入居継続支援加算、退院・退所時連携加算については、要支援1、2は除く。</p> <p>※上記に加え、「介護職員処遇改善加算」として「介護給付費及び加算給付費の合計額に対し、最大で8.2%の金額」に対して各利用者の負担割合に応じた額をご負担いただきます。</p>				
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) ※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)		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)		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 (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	8 人
	女性	4 1 人
年齢別	65 歳未満	1 人
	65 歳以上 75 歳未満	2 人
	75 歳以上 85 歳未満	6 人
	85 歳以上	4 0 人
要介護度別	自立	0 人
	要支援 1	0 人
	要支援 2	1 人
	要介護 1	1 2 人
	要介護 2	1 3 人
	要介護 3	9 人
	要介護 4	9 人
	要介護 5	5 人
入居期間別	6 か月未満	1 3 人
	6 か月以上 1 年未満	1 0 人
	1 年以上 5 年未満	2 2 人
	5 年以上 10 年未満	2 人
	10 年以上 15 年未満	2 人
	15 年以上	0 人

(入居者の属性)

平均年齢	8 8 . 9 歳
入居者数の合計	4 9 人
入居率※	8 9 . 1 %

※ 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		人
	社会福祉施設		1人
	医療機関		7人
	死亡者		6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		8人
		(解約事由の例) 24時間医療処置が必要等。	

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。

1	窓口の名称		たいしん かていな赤坂 苦情相談窓口
	電話番号		093-533-2025
	対応して いる時間	平日	9:00~18:00
		土曜	9:00~18:00
		日曜・祝日	9:00~18:00
定休日		なし	
2	窓口の名称		福岡県国民健康保険団体連合会 (介護サービス相談窓口)
	電話番号		092-642-7859
	対応して いる時間	平日	9:00~16:00
		土曜	定休
		日曜・祝日	定休
定休日		土・日・祝日	
3	窓口の名称		門司区役所保健福祉課 (介護保険担当)
	電話番号		093-331-1894 (直通)
	対応して いる時間	平日	8:30~17:15
		土曜	定休
		日曜・祝日	定休
定休日		土・日・祝日	
4	窓口の名称		八幡西区役所保健福祉課 (介護保険担当)
	電話番号		092-642-1446 (直通)
	対応して いる時間	平日	8:30~17:15
		土曜	定休
		日曜・祝日	定休
定休日		土・日・祝日	
5	窓口の名称		若松区役所保健福祉課 (介護保険担当)
	電話番号		092-761-5321
	対応して いる時間	平日	8:30~17:15
		土曜	定休
		日曜・祝日	定休
定休日		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 <input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) あいおいニッセイ同和損保賠償責任保険 (1名あたり5千万円、1事故あたり5億円)
	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	(その内容)
	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし	
事故対応及びその予防のための指針	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 公開していない

10. その他

運営懇談会	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(開催頻度) 半年に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 【表示事項】	1	あり (提携ホーム名: _____)	
	2	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
有料老人ホーム設置時の老人福祉法第29条第1項に規定する届出	1	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> なし
有料老人ホーム設置運営指導指針「6. 規模及び構造設備」に合致しない事項	1	あり	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
合致しない事項がある場合の内容			
「7. 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	
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項			
不適合事項がある場合の内容			

添付書類：別添1（別を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、本書面に基づいて重要事項の説明を受けた事を確認し同意いたします。

私は医療上、緊急の必要がある場合に、医療機関等に契約者に関する心身の状況等の情報を提供する事ならびにそれに付随して家族の情報を提供する事、また、サービス担当者会議等において事業者が把握している個人情報を用いる事に同意します。

(利用者名) _____様

※ _____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 事業主体が北九州市内で実施する他の介護サービス

介護付有料老人ホーム		かていな赤坂		北九州市小倉北区赤坂 1-2-32	
< 居宅サービス >					
訪問介護	あり	なし			
訪問入浴介護	あり	なし			
訪問看護	あり	なし			
訪問リハビリテーション	あり	なし			
居宅療養管理指導	あり	なし			
通所介護	あり	なし			
通所リハビリテーション	あり	なし			
短期入所生活介護	あり	なし			
短期入所療養介護	あり	なし			
特定施設入居者生活介護	あり	なし			
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					
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし			
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし			
居宅介護支援	あり	なし			
< 居宅介護予防サービス >					
介護予防訪問介護	あり	なし			
介護予防訪問入浴介護	あり	なし			
介護予防訪問看護	あり	なし			
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし			
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし			
介護予防通所介護	あり	なし			
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし			
介護予防短期入所生活介護	あり	なし			
介護予防短期入所療養介護	あり	なし			
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし			
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			

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					なし	あり	
	特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者一部負担※1）		個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担）			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	なし	あり			必要時嚥食介助
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり			必要時、排泄介助又はオムツ交換（夜間は3時間毎3回）
おむつ代			なし	あり		○	実費 入居者の実費負担
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり			週2回実施、必要時清拭
特浴介助	なし	あり	なし	あり			週2回実施、必要時清拭
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり			身体状況に応じて対応
機能訓練	なし	あり	なし	あり			身体状況に応じて対応（9:00～18:00）
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	1時間 2,000円 交通費は全て入居者の実費負担、但し協力医療機関は無料
生活サービス							
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○	週1回実施（ごみ処理は毎日実施）
リネン交換	なし	あり	なし	あり		○	1日 100円 週1回実施、寝具リース料は入居者の自己負担
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	月額 3,240円 外部委託業者利用、週2回収
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり		○	必要時のみ対応
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり			
おやつ			なし	あり		○	毎日提供
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	実費 入居者の実費負担
買物代行	なし	あり	なし	あり		○	1時間 2,000円 個人的な買い物等の代行、月1回無料（カタログ販売）
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	介護保険関係手続きのみ
金銭・貯金管理			なし	あり		○	金額10万円以下の小口現金管理のみ
健康管理サービス							
定期健康診断			なし	あり		○	実費 年1回実施（希望者のみ）、医療費は入居者の実費負担
健康相談	なし	あり	なし	あり			必要に応じ適宜実施、医療費は入居者の実費負担
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり			必要に応じ適宜実施、医療費は入居者の実費負担
服薬支援	なし	あり	なし	あり			必要に応じ適宜実施、医療費は入居者の実費負担
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり			必要に応じ適宜実施、履歴保管
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		○	1時間 2,000円 交通費は全て入居者の実費負担、但し協力医療機関は無料
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○	1時間 2,000円 交通費は全て入居者の実費負担、但し協力医療機関は無料
入退院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり			
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり		○	必要に応じ適宜実施

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

※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、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。