

重要事項説明書

| | |
|-------|----------|
| 記入年月日 | 令和2年7月1日 |
| 記入者名 | 仲程 翼 |
| 所属・職名 | 事務 |

※ サービス付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4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4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 | 医療法人 |
| 名称 | (ふりがな) いりょうほうじん あいめいかい 医療法人 愛明会 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒807-0072 北九州市八幡西区上上津役二丁目14番17号 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 093-611-5335 |
| | FAX番号 | 093-611-5885 |
| | ホームページアドレス | https://morizononaika.com/ |
| 代表者 | 氏名 | 森園 茂明 |
| | 職名 | 理事長 |
| 設立年月日 | 昭和・(平成) 18年 11月 22日 | |
| 主な実施事業 | ※別紙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) こうじゃくのもり こうじゃくの杜 | |
| 所在地 | 〒807-0072 北九州市八幡西区上上津役五丁目15番27号 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | 黒崎 駅 |
| | 交通手段と所要時間 | 西鉄バス 黒崎駅前ふれあい通り→向原 所要時間 約20分 向原停留所下車徒歩1分 |
| 連絡先 | 電話番号 | 093-613-6661 |
| | FAX番号 | 093-613-6671 |
| | ホームページアドレス | http:// |
| 管理者 | 氏名 | 津田 征子 |
| | 職名 | 施設長 |
| 建物の竣工日 | | 昭和・平成 27年 3月 9日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 昭和・平成 27年 4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 | 4070706538 |
| | 指定した自治体名 | 北九州市 |
| | 事業所の指定日 | 平成 27年 4月 1日 |
| | 指定の更新日(直近) | 平成 年 月 日 |

3 建物概要

| | | | | | | |
|--|----------------|--|----------|-------------|-------|--------|
| 土地 | 敷地面積 | 2021.64㎡ | | | | |
| | 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 | | |
| 所有関係 | 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 | 2606.52㎡ | | | |
| | | うち、老人ホーム部分 | 2606.52㎡ | | | |
| | 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 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 | | | |
| 所有関係 | 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 | 有/無 | 有/無 | 13.2~15.38㎡ | 65 | 介護居室個室 |
| | タイプ2 | 有/無 | 有/無 | ㎡ | | |
| | タイプ3 | 有/無 | 有/無 | ㎡ | | |
| | タイプ4 | 有/無 | 有/無 | ㎡ | | |
| | タイプ5 | 有/無 | 有/無 | ㎡ | | |
| | タイプ6 | 有/無 | 有/無 | ㎡ | | |
| | タイプ7 | 有/無 | 有/無 | ㎡ | | |
| タイプ8 | 有/無 | 有/無 | ㎡ | | | |
| タイプ9 | 有/無 | 有/無 | ㎡ | | | |
| タイプ10 | 有/無 | 有/無 | ㎡ | | | |
| ※「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」「一次介護室」の別を記入。 | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---------------------------|------------------|-----------|-----------------|---------------|----|-----------------|---|----|
| 共用施設 | 共用便所における 便房 | 6ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便房 | 6ヶ所 | | | | |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | 6ヶ所 | | | | |
| | 共用浴室 | 5ヶ所 | 個室 | 5ヶ所 | | | | |
| | | | 大浴場 | 0ヶ所 | | | | |
| | 共用浴室における 介護浴槽 | 2ヶ所 | チェアー浴 | 1ヶ所 | | | | |
| | | | リフト浴 | 0ヶ所 | | | | |
| | | | ストレッチャー浴 | 1ヶ所 | | | | |
| その他（ ） | | | 0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 | | | | |
| 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 （A） | ① | あり | 2 | なし | | | |
| | 火災通報設備（B） | ① | あり | 2 | なし | | | |
| | A，Bの連動 | ① | あり | 3 | 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 | | | | | | | | |

4 サービスの内容

(全体の方針)

| | |
|-----------------|---|
| 運営に関する方針 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 事業者は利用者の要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、認知症の状況等利用者の心身の状況を踏まえて、日常生活に必要な援助を計画的に行う。 2. 特定施設サービス計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して行う。 3. 指定特定施設入居者生活介護の提供にあたっては、懇切丁寧を旨とし、利用者又はその家族から求められたときはサービスに提供方法等について、理解しやすいように説明を行う。 4. 指定特定施設入居者生活介護の提供にあたっては、当該利用者または他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行わない。 5. 事業者は、自らその提供する指定特定施設入居者生活介護の質の評価を行い、常にその改善を図るものとする。 6. 事業に実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 24時間看護師駐在の為、様々な状況に対応出来る |
| 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、掃除等の家事に供与 | 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

| | | | |
|--------------------------------|----------------|----------------------|----------------|
| 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 | |
| | 夜間看護体制加算 | 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 | |
| | 看取り介護加算 | 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) 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 | |
| 特定施設職員処遇改善加算 II | 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) : 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 () | |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | 医療法人愛明会 もりぞの内科 |
| | | 住所 | 北九州市八幡西区上上津役2丁目14番17号 |
| | | 診療科目 | 内科 糖尿病治療 |
| | | 協力内容 | 健康診断、健康相談、緊急時の往診 |
| | 2 | 名称 | 社会医療法人 製鉄記念八幡病院 |
| | | 住所 | 北九州市八幡東区春の町一丁目1番1号 |
| | | 診療科目 | 総合 |
| | | 協力内容 | 緊急時の受け入れ |
| | 3 | 名称 | |
| | | 住所 | |
| | | 診療科目 | |
| | | 協力内容 | |
| 協力歯科医療機関 | | 名称 | 医療法人博真会 のぞみ歯科直方 |
| | | 住所 | 福岡県直方市湯野原2丁目1番1号イオンモール直方1階 |
| | | 協力内容 | 口腔ケア、緊急時の往診 |

(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 (介護居室から介護居室へ) | |
| 判断基準の内容 | | 心身状態の変化に伴う環境整備、見守り強化の必要性 | |
| 手続きの内容 | | なし (入居者本人、ご家族との相談のみ) ※ご家族ご希望の場合、清掃代必要 | |
| 追加的費用の有無 | | ① あり ② なし (ご家族ご希望の場合清掃代) | |
| 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 | |
| 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) |
| 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 | | |
| 契約の解除の内容 | 1. 利用者の要介護認定区分が自立（非該当）と認定されたとき。 2. 利用者が死亡したとき。 3. 利用者の所在が2週間以上不明となったとき。 4. 利用者と事業者の間で、施設利用契約が終了した場合。 | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 入居契約書 第11条 |
| | 解約予告期間 | 3ヶ月 |
| 入居者からの解約予告期間 | 30日 | |
| 体験入居の内容 | 1 あり（内容： ） ② なし ※食事の体験は実施（無料） | |
| 入居定員 | 65 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 | 1.00人 | 1.00人 | 0.00人 | 0.50人 |
| 生活相談員 | 1.00人 | 1.00人 | 0.00人 | 1.00人 |
| 直接処遇職員 | 29.00人 | 27.00人 | 2.00人 | 28.15人 |
| 介護職員 | 23.00人 | 21.00人 | 2.00人 | 22.15人 |
| 看護職員 | 6.00人 | 6.00人 | 0.00人 | 6.00人 |
| 機能訓練指導員 | 1.00人 | 1.00人 | 0.00人 | 1.00人 |
| 計画作成担当者 | 1.00人 | 1.00人 | 0.00人 | 0.50人 |
| 栄養士 | 0.00人 | 0.00人 | 0.00人 | 0.00人 |
| 調理員 | 0.00人 | 0.00人 | 0.00人 | 0.00人 |
| 事務員 | 1.00人 | 1.00人 | 0.00人 | 1.00人 |
| その他職員 | 0.00人 | 0.00人 | 0.00人 | 0.00人 |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 ※2 | | | | 37.5 |
| ※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 | 0.00人 | 0.00人 | 0.00人 |
| 介護福祉士 | 8.00人 | 8.00人 | 0.00人 |
| 実務者研修の修了者 | 3.00人 | 2.00人 | 1.00人 |
| 初任者研修の修了者 | 3.00人 | 3.00人 | 0.00人 |
| 介護支援専門員 | 0.00人 | 0.00人 | 0.00人 |

(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 | 0.00人 | 0.00人 | 0.00人 |
| 理学療法士 | 1.00人 | 1.00人 | 0.00人 |
| 作業療法士 | 0.00人 | 0.00人 | 0.00人 |
| 言語聴覚士 | 0.00人 | 0.00人 | 0.00人 |
| 柔道整復士 | 0.00人 | 0.00人 | 0.00人 |
| あん摩マッサージ指圧師 | 0.00人 | 0.00人 | 0.00人 |
| はり師 | 0.00人 | 0.00人 | 0.00人 |
| きゅう師 | 0.00人 | 0.00人 | 0.00人 |

(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 | 1.00人 | 1.00人 |
| 介護職員 | 2.00人 | 2.00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 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) | 2.5 : 1以上 |
| ※公告、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 | | 介護支援専門員・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 | | 1 | 0 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 前年度1年間の退職者数 | | 1 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 業務に 応じた 従事 した 職員 の 経験 年 数 | 1年未満 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 1年以上 3年未満 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 3年以上 5年未満 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 5年以上 10年未満 | 0 | 0 | 11 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| | 10年以上 | 6 | 0 | 7 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 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 |
| 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 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 | 介護保険給付対象サービスの利用料金については、介護給付費体系の変更があった場合は当該サービスの利用料金を変更することができます。介護給付対象外のサービス利用料金については、経済状況の変化その他やむを得ない事由がある場合は、入居者に対して変更を行う1ヶ月前までに説明をし、同意を得たうえで利用料金を変更することができます。 |
| | 手続き | 同意 |

(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 | 3(1割負担) | 3(2割負担) | |
| | 年齢 | 85歳 | 85歳 | |
| 居室の状況 | 床面積 | 15㎡ | 15㎡ | |
| | 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 | 0円 | 0円 | |
| | 敷金 | 0円 | 0円 | |
| 月額費用の合計 | | 128,236円 | 150,672円 | |
| 家賃 | | 33,000円 | 33,000円 | |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護の費用 ※1 | | 22,436円 | 44,872円 |
| | 介護保険外 ※2 | 食費 | 48,600円 | 48,600円 |
| | | 管理費 | 22,000円 | 22,000円 |
| | | 介護費用 | 0円 | 0円 |
| | | 光熱水費 | 0円 | 0円 |
| | | その他 | 2,200円 | 2,200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)

| 費用 | 算定根拠 |
|----------------------|--|
| 家賃 | 事務費、施設維持費、減価償却費等を根拠に近隣施設の家賃相場を参考とした。 |
| 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。 |
| 管理費 | 共用施設の維持管理費、事務管理部門の人件費、入居者に対する生活支援サービス提供等に係る人件費、備品、消耗品等、光熱水費等により想定。 |
| 食費 | 委託管理費、給食材料費、水道光熱費及び近隣施設の相場を参考とした。 朝食：432円、昼食：648円、夕食：540円 |
| 光熱水費 | 管理費に含む。 |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 別添2 |
| その他のサービス利用料 | リネン費：2,200円 |
| 注意事項 | NHK受信料は入居者とNHK間の個別契約になります。 この場合、受信料はホームの利用料に含まれません。 |

(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 | 介護報酬の告示上の額の1割、2割又は3割。 |
| 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) | 算定していない。 |
| ※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 | 前払い金を受領していない為省略。 | |
| 想定居住期間(償却年月数) | | ヵ月 |
| 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月を超えた契約終了 | |
| 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)

※人数は単位の記入不要

| | | |
|-------|------------|-----|
| 性別 | 男性 | 21人 |
| | 女性 | 44人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 6人 |
| | 65歳以上75歳未満 | 6人 |
| | 75歳以上85歳未満 | 16人 |
| | 85歳以上 | 41人 |
| 要介護度別 | 自立 | 0人 |
| | 要支援1 | 0人 |
| | 要支援2 | 0人 |
| | 要介護1 | 6人 |
| | 要介護2 | 16人 |
| | 要介護3 | 21人 |
| | 要介護4 | 12人 |
| | 要介護5 | 10人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 2人 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | 6人 |
| | 1年以上5年未満 | 38人 |
| | 5年以上10年未満 | 19人 |
| | 10年以上15年未満 | 0人 |
| | 15年以上 | 0人 |

(入居者の属性)

※単位の記入不要

| | |
|--|---------|
| 平均年齢 | 85.6歳 |
| 入居者数の合計 | 65人 |
| 入居率※ | 100.00% |
| ※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)

※人数は単位の記入不要

| | | |
|---------|----------|------------------------------|
| 退去先別の人数 | 自宅等 | 0人 |
| | 社会福祉施設 | 1人 |
| | 医療機関 | 2人 |
| | 死亡者 | 5人 |
| | その他 | 1人 |
| 生前解約の状況 | | 0人 |
| | 施設側の申し出 | (解約事由の例) なし |
| | | 4人 |
| | 入居者側の申し出 | (解約事由の例) 特養が空いた、入院が長引きそう等 |

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 | | 施設長又は生活相談員 |
| | 電話番号 | | 093-613-6661 |
| | 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(祝日のみ) |
| 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保険相談窓口 |
| | 電話番号 | | 092-642-7859 |
| | 対応している時間 | 平日 | 9:00~17:00 |
| | | 土曜 | 休 |
| | | 日曜・祝日 | 休 |
| 定休日 | | 12月29日~1月3日 | |
| 3 | 窓口の名称 | | 門司区役所保険福祉課高齢者・障害者相談コーナー(介護保険担当) |
| | 電話番号 | | 093-331-1881(内線472) |
| | 対応している時間 | 平日 | 8:30~17:15 |
| | | 土曜 | 休 |
| | | 日曜・祝日 | 休 |
| 定休日 | | 12月29日~1月3日 | |
| 4 | 窓口の名称 | | 小倉北区役所保険福祉課高齢者・障害者相談コーナー(介護保険担当) |
| | 電話番号 | | 093-582-3433(直通) |
| | 対応している時間 | 平日 | 8:30~17:15 |
| | | 土曜 | 休 |
| | | 日曜・祝日 | 休 |
| 定休日 | | 12月29日~1月3日 | |
| 5 | 窓口の名称 | | 小倉南区役所保険福祉課高齢者・障害者相談コーナー(介護保険担当) |
| | 電話番号 | | 093-951-4111(内線472) |
| | 対応している時間 | 平日 | 8:30~17:15 |
| | | 土曜 | 休 |
| | | 日曜・祝日 | 休 |
| 定休日 | | 12月29日~1月3日 | |
| 6 | 窓口の名称 | | 若松区役所保険福祉課高齢者・障害者相談コーナー(介護保険担当) |
| | 電話番号 | | 093-761-5321(内線472) |
| | 対応している時間 | 平日 | 8:30~17:15 |
| | | 土曜 | 休 |
| | | 日曜・祝日 | 休 |
| 定休日 | | 12月29日~1月3日 | |

| | | | |
|-----|----------|-------------|----------------------------------|
| 7 | 窓口の名称 | | 八幡東区役所保険福祉課高齢者・障害者相談コーナー(介護保険担当) |
| | 電話番号 | | 093-671-0801(内線472) |
| | 対応している時間 | 平日 | 8:30~17:15 |
| | | 土曜 | 休 |
| | | 日曜・祝日 | 休 |
| 定休日 | | 12月29日~1月3日 | |
| 8 | 窓口の名称 | | 八幡西区役所保険福祉課高齢者・障害者相談コーナー(介護保険担当) |
| | 電話番号 | | 093-642-1441(内線472) |
| | 対応している時間 | 平日 | 8:30~17:15 |
| | | 土曜 | 休 |
| | | 日曜・祝日 | 休 |
| 定休日 | | 12月29日~1月3日 | |
| 9 | 窓口の名称 | | 戸畑区役所保険福祉課高齢者・障害者相談コーナー(介護保険担当) |
| | 電話番号 | | 093-871-1501(内線472) |
| | 対応している時間 | 平日 | 8:30~17:15 |
| | | 土曜 | 休 |
| | | 日曜・祝日 | 休 |
| 定休日 | | 12月29日~1月3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 | (その内容) 施設所有者賠償責任保険に加入しており(三井住友海上保険株式会社)、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、不可抗力を除き賠償される。 |
| | 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 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 | |
| | | 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 | <ul style="list-style-type: none"> 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 | <ul style="list-style-type: none"> 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 | <ul style="list-style-type: none"> 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 | <ul style="list-style-type: none"> 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 | <ul style="list-style-type: none"> 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 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 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 | |
| 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 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 | | なし。 |
| 不適合事項がある場合の内容 | | |

添付書類 別添1(事業主体が北九州市内で実施する他の介護サービス)

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)

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。

説明を受けた者の署名 _____

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 | もりぞの内科 | 北九州市八幡西区上上津役二丁目14番17号 |
| 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 | こうじゃくの杜 | 北九州市八幡西区上上津役五丁目15番27号 |
| 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 | 愛明会ケアプランセンター | 北九州市八幡西区上上津役二丁目14番17号 |
| ＜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 | もりぞの内科 | 北九州市八幡西区上上津役二丁目14番17号 |
| 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 | こうじゃくの杜 | 北九州市八幡西区上上津役五丁目15番27号 |
| 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 | | | | |
| ＜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) | | 含有 ※2 | 都度 ※2 | 料金※3 | 備 考 |
| | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 介護サービス | | | | | | | | |
| 食事介助 | なし | あり | なし | あり | | | | 必要に応じ実施 |
| 排泄介助・おむつ交換 | なし | あり | なし | あり | | | | 同上 |
| おむつ代 | | | なし | あり | | ○ | 種類による | 実費負担 |
| 入浴(一般浴)介助・清拭 | なし | あり | なし | あり | | | | 必要に応じ実施 |
| 特浴介助 | なし | あり | なし | あり | | | | 同上 |
| 身辺介助(移動・着替え等) | なし | あり | なし | あり | | | | 必要に応じ実施 |
| 機能訓練 | なし | あり | なし | あり | | | | 同上 |
| 通院介助 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 1100円～ | 必要に応じ実施 交通費実費 |
| 生活サービス | | | | | | | | |
| 居室清掃 | なし | あり | なし | あり | | | | 必要に応じ実施 |
| リネン交換 | なし | あり | なし | あり | | | | 同上 |
| 日常の洗濯 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | 同上 |
| 居室配膳・下膳 | なし | あり | 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 | | ○ | 種類による | 実費負担 |
| おやつ | | | なし | あり | | ○ | 種類による | 同上 |
| 理美容師による理美容サービス | | | なし | あり | | ○ | 1700円～ | 同上 |
| 買い物代行 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 1100円～ | 必要に応じ実施 交通費実費 |
| 役所手続き代行 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 1100円～ | 必要に応じ実施 週2回実費 |
| 金銭・貯金管理 | | | なし | あり | ○ | | | 必要に応じ実施 |
| 健康管理サービス | | | | | | | | |
| 定期健康診断 | | | なし | あり | | | | 年2回 |
| 健康相談 | なし | あり | なし | あり | | | | 必要に応じ実施 |
| 生活指導・栄養指導 | なし | あり | なし | あり | | | | 同上 |
| 服薬支援 | なし | あり | なし | あり | | | | 必要に応じ適時実施 |
| 生活のリズムの記録(排便・睡眠等) | なし | あり | なし | あり | | | | 同上 |
| 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 | | ○ | 1100円～ | 必要に応じ実施 交通費実費 |
| 入退院時の同行 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 1100円～ | 同上 |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 1100円～ | 同上 |
| 入院中の見舞い訪問 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 1100円～ | 同上 |

※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。

持ち込み電化製品料金一覧

| | | |
|---------|-----------|-----------|
| 冷蔵庫 | 小型 200kW位 | 540 円 |
| 電子レンジ | | 30 円 |
| 電気毛布 | | 50 円 |
| 空気清浄機 | | 50 円 |
| 加湿器 | スチーム式 | 2000 円 |
| | ハイブリッド | 540 円 |
| | 気化式 | 50 円 |
| 加湿空気清浄機 | | 300～800 円 |
| 電気ポット | | 1080 円 |
| トースター | | 100～200 円 |
| ラジオ | | 100～200 円 |
| ドライヤー | | 50～200 円 |

重度化した場合における対応に係る指針

(特定施設入居者生活介護・夜間看護体制加算)

1. 当事業所は、同一法人もりぞの内科を協力病院としている。
当事業所の入居者の健康管理を目的として、24 時間体制で居室に設置されたナースコール（緊急通話通報装置）の対等々の業務を行っている。
2. 夜間についても、居室に設置されたナースコール（緊急通話通報装置）、及び電話、訪問等により入居者が直接に体調不良を訴えた場合、又は夜勤の職員の観察により入居者の体調不良が認められた場合は、状況に応じてもりぞの内科医師の往診を行っている。また特に重篤な状態であるともりぞの内科医師が判断した場合には、外部の病院への緊急搬送などの対応を行っている。
3. 入院期間中の食費は欠食分として減産し、提供分の請求とする。ただし、居室代、管理費については定額での請求とする。
 - ① 居室代 定額の請求（33,000 円／月）
 - ② 管理費 定額の請求（22,000 円／月）
 - ③ 食費 提供分の請求

(看取りの指針)

1. 看取り介護を行う事業施設
(介護予防) 特定施設入居者生活介護事業所 医療法人愛明会 こうじゃくの杜
2. ターミナルケアについての基本理念
メンバーの重度化に伴い、終末期を終の住処として看取りの介護を希望された方に対し、看取り介護を行うために必要な助言・サービスを提供し、具体的には、医療連携体制（医療機関とのオンコール）を実施し、適切な身体的および精神的ケアや、痛みや苦痛を緩和する介護技術を獲得した看護・介護職員による看取り介護を、可能な限り住み慣れた施設で受けることができるように最大限に努め、これらを以って尊厳あるターミナルケアを目指します。
3. こうじゃくの杜における看取り介護の具体的支援内容
 - ① 身体状況の変化の把握
各職種からの情報収集により、食事摂取状況や日常生活動作、バイタルサインの

確認などにより早期の発見と対応に努める。

- ② 各職種（介護支援専門員・医師・看護師・介護職・栄養士等）の参加によるカンファレンスを開催して介護・看護についての計画書の修正、あるいは変更を行う。
 - ③ 主治医より、病状の説明を行い、今後の利用方針（インフォームドコンセント）と、希望する終末期をイメージする支援を行う（病院で可能な限りの延命治療をうけたい、もしくは施設において看取り介護を決定する）
- ※ 医療機関に入院することを希望された場合は、入院に向けた支援を行うと同時に、入院期間中における居住費等について説明する。
- ④ ご本人とご家族の意向を踏まえ、ターミナルに向けてプランを作成する。

－身体的ケア－

- ・ 医療体制、点滴・酸素吸入が必要とされる場合の確認とその他の医療処置の確認を行う
- ・ 栄養と水分量の確保。（食べる楽しみをどこまで維持できるか）
- ・ 清潔（口腔ケア・入浴・部分浴・清拭・必要な被服の更衣や寝床空間の清潔を含む）
- ・ 排泄（尿意便意のある方に対する適切な排泄ケアと便秘に関する調整など）

－精神的ケア－

- ・ 疼痛ケア
 - ・ コミュニケーション（感情の表出を助ける）を重んじる
 - ・ 環境整備（ご本人の趣味の物を置くなどの生活空間、またはプライバシーの確保・室温空調などに関して配慮する）
- ※ ご家族に対しての支援（精神面や負担感に配慮しながら、十分に看取りの介護に精神面で参加していただけるように支援を行う） 談話室・宿泊や付き添いに関する支援。

- ⑤ 看取り介護の同意と同意書作成（別紙参照）
- ⑥ 看取り介護の取り組みと実施。変化する状態に応じた介護・看護についての計画書の修正と変更を行い、ご家族・ご本人へ説明と同意を得る。（記録の整備）
- ⑦ 臨終時と死後の対応。（エンゼルケアその他死装束などの準備・死亡診断書の作成・葬儀に関する情報提供・遺留品の引渡しについての検討を行う）

4. 看取り介護の開始時期について

看取り介護の開始は、医師により、医学的知見において、回復の見込みがないと判断し、ご家族・ご利用者に病状説明および判断内容についての説明を行い、利用者、

もしくはご利用者の意思を代弁できる者が終末期を当該施設で過ごすことの同意を受けて実施するものとする。

5. こうじゃくの杜における医療連携体制について

24 時間オンコール連絡ルートを明確にし（看護職員との連携体制）それら理解を助ける体制マニュアルを整備する。

6. 全職員が、看取り介護に関する共通認識を持ち、一定の研修を設ける。

- ・ ターミナルケアの実践に係る知識と理解
- ・ 苦痛に関する緩和ケア・精神的ケア
- ・ ターミナル期の介護方法および技術
- ・ 緊急時の対応、および急変時の連絡ルートの理解
- ・ 報告・記録の整備
- ・ インフォームドコンセントについて
- ・ 状態観察（バイタルチェックなど）死の看取り
- ・ エンゼルケア
- ・ 死亡診断書について、手続き等に関する理解
- ・ 儀礼上留意事項
- ・ 葬儀に関する情報提供について
- ・ 遺留品・金品の引渡し事項について

7. 入院・外泊期間中における居室確保と居住費などの取り扱いを文書に記載し、説明する。

8. 責任者を明確にする

総括担当責任者：津田 征子

夜間及び緊急時連絡の責任者：正看護師：森 トモ子

看取り介護についての同意書

私は_____の看取り介護指針についてこうじゃくの杜担当者より十分な説明を受けて、指針が私どもの意向に沿ったものであることを確認しましたので、下記について同意します。

私どもこうじゃくの杜は、看取り介護指針に沿って、ご本人様に苦痛の伴う積極的医療（延命治療）は行わず、最期に至るまで慣れ親しんだ当施設において、安心できる看取り介護を行います。

但し、ご意向に変化があれば、その意向に沿うべく医療機関の受け入れなどの支援に努めます。

こうじゃくの杜

施設長 津田 征子 殿

令和 年 月 日

身元引受人 住所
_____ 氏名 印 (続柄: _____)

同席者 住所
_____ 氏名 印 (続柄: _____)

立会人 氏名 _____ 印 (職種: _____)

医療機関

担当主治医 _____ 印