

アンペレーナ百道

入居契約 兼 特定施設等利用契約

重要事項説明書



西部ガスライフサポート株式会社

平成 18 年 9 月 作成

令和 2 年 4 月 改訂

重要事項説明書

記入年月日	令和2年 4月 1日
記入者名	野見山 博吉
所属・職名	アンペレーナ百道館長

1. 事業主体概要

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) さいぶがすらいふさぼーとかぶしきがいしゃ 西部ガスライフサポート株式会社	
主たる事務所の所在地	〒815-0083 福岡県福岡市南区高宮五丁目3番12号	
連絡先	電話番号	092-534-1126
	FAX番号	092-534-1127
	メールアドレス	—
	ホームページアドレス	http://www.saibugasls.co.jp
代表者	氏名	井上 健一
	職名	代表取締役社長
設立年月日	昭和・平成・令和 17年 6月 23日	
主な実施事業	老人福祉法に基づく有料老人ホームの経営 介護保険法に基づく居宅サービス事業および居宅介護支援事業 ※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) あんぺれーなもち アンペレーナ百道	
所在地	〒814-0001 福岡県福岡市早良区百道浜三丁目9番17号	
主な利用交通手段	最寄駅	福岡市営地下鉄 西新駅
	交通手段と所要時間	①地下鉄利用の場合 福岡市営地下鉄「西新駅」1番出口から1.2km (徒歩約15分) ②バス利用の場合 西鉄バス「天神高速バスターミナル前」から 乗車18分、 「福岡タワー南口」で下車100m(徒歩約2分) ③自動車利用の場合 福岡都市高速「百道ランプ」から700m (約1分)
連絡先	電話番号	092-823-4126
	FAX番号	092-823-4121
	ホームページアドレス	http://www.anperena.jp
管理者	氏名	野見山 博吉
	職名	館長
建物の竣工日		昭和・平成・令和 20年 2月 20日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成・令和 20年 5月 1日

(類型)【表示事項】

<input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 3 住宅型 <input type="checkbox"/> 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（介護予防）特定施設入居者生活介護事業所 第4071402509号
	指定した自治体名	福岡県（市）
	事業所の指定日	昭和・平成・令和 20年 5月 1日
	指定の更新日（直近）	昭和・平成・令和 26年 5月 1日

3. 建物概要

土地	敷地面積	3,199.65 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 (平成20年3月1日～令和20年2月28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	16,145.66 m ² (地下1階・地上24階)			
		うち、老人ホーム部分	16,145.66 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				
		抵当権の設定	1 あり	2 なし		
		契約期間	1 あり (平成25年10月1日～令和20年9月30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*
	タイプ1	有/無	有/無	43.51 m ²	12	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	46.62 m ²	12	一般居室個室
	タイプ3・4	有/無	有/無	47.68 m ²	8	一般居室個室
	タイプ5	有/無	有/無	48.75 m ²	12	一般居室個室
	タイプ6・7	有/無	有/無	55.51 m ²	24	一般居室個室

	タイプ8	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	62.21 m ²	12	一般居室個室
	タイプ9	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	65.79 m ²	2	一般居室個室
	タイプ10	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	66.92 m ²	4	一般居室個室
	タイプ11	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	68.13 m ²	3	一般居室個室
	タイプ12	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	19.83 m ²	31 2	介護居室個室 一時介護室
	その他	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	69.52～ 123.03 m ²	33	一般居室個室

※「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	15ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	3ヶ所
			うち車椅子等の対応が可能な便房	9ヶ所
	共用浴室	8ヶ所	個室（介護浴槽）	6ヶ所
			大浴場	2ヶ所
	共用浴室における 介護浴槽	6ヶ所	チェアー浴	2ヶ所
			リフト浴	0ヶ所
			ストレッチャー浴	1ヶ所
			その他（個浴）	3ヶ所
	食堂	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
入居者や家族が利 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） <input checked="" type="checkbox"/> 2 あり（ストレッチャー対応） <input type="checkbox"/> 3 あり（上記1・2に該当しない） <input type="checkbox"/> 4 なし			
消防用設備 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	<p>エントランスホール、フロント、応接室、特別応接室、多目的ホール、ホワイエ、 <u>リラクゼーションルーム</u>、<u>理美容室</u>、ゲームルーム、カラオケ・AVルーム、ラウンジ、 リビングダイニング、機能訓練室、健康管理室、健康相談室、面談室、デイリビング、 和室兼<u>ゲストルーム</u>、サークルルーム、フィットネスルーム、 スカイラウンジ、来訪者用駐車場、<u>地下駐車場</u>、<u>駐輪場</u></p> <p>※下線部の施設は使用料が必要（リラクゼーション、理美容はご利用代金が別途必要です）</p>			

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	<p>1. 経営理念 私たちは、常に真心をもって、人間の尊厳を 重んじる企業でありつづけることを経営理念とします。</p> <p>2. 行動指針 一、私たちは、感謝の心、誇る心、幸福を願う心を持ち、人と人との繋がりを大切にします。 一、私たちは、いかなる時も、人を尊び、人を敬い、その人らしさを尊重し、行動します。 一、私たちは、日々自らを反省し、日々前進に努めます。</p>
サービスの提供内容に関する特色	<p>看護スタッフが24時間体制で常駐し、嘱託医、総合病院および近隣のクリニックゾーンとの連携により、充実した日常の健康管理に加え緊急時にも対応いたします。</p> <p>また、公的介護保険基準の2倍にあたる、要介護者3人に対して介護スタッフ2人以上を配置し、手厚い介護サービスをご提供いたします。</p>
入浴、排せつ又は食事の介護	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 3 なし
健康管理の供与	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input type="checkbox"/> 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の加算の対象となるサービスの体制の有無	入居時継続支援加算	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	生活機能向上連携加算	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	個別機能訓練加算	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	夜間看護体制加算	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	若年性認知症入居者受入加算	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	医療機関連携加算	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	口腔衛生管理体制加算	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	栄養スクリーニング加算	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	退院・退所時連携加算	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	看取り介護加算	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	認知症専門ケア加算 (I)・(II)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	サービス提供体制強化加算 (I) イ	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	(I) ロ・(II)・(III)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	<input type="checkbox"/> 1 あり	(介護・看護職員の配置率) 1.5 : 1 以上
	2 なし	

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		<input type="checkbox"/> 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 通院介助 <input type="checkbox"/> その他（訪問診療医の確保、協力医療機関に入院中のお見舞い）	
協力医療機関	1	名称	嘱託医 相良 春樹（井上内科医院 院長）
		住所	—
		診療・協力科目	内科
		協力内容	定期健康診断（年1回）、健康相談、緊急時の対応 ※医療費その他の費用は入居者の自己負担
	2	名称	白十字病院
		住所	福岡市西区石丸 3-2-1
		診療・協力科目	内科、糖尿病内科、脳血管内科、消化器内科、 肝臓内科、腎臓内科、循環器内科、内分泌内科、 外科、乳腺外科、整形外科、形成外科、 泌尿器科、脳神経外科、心臓血管外科、眼科、 放射線科、歯科口腔外科、精神神経科、 臨床検査科、麻酔科、リハビリテーション科
		協力内容	定期健康診断（年1回）、診療、入院 ※医療費その他の費用は入居者の自己負担
	3	名称	しばおクリニック
		住所	福岡市早良区百道浜 4-13-4
		診療・協力科目	循環器科、内科
		協力内容	診療、往診、訪問診療 ※医療費その他の費用は入居者の自己負担
	4	名称	くろだクリニック
		住所	福岡市早良区百道浜 4-13-2
		診療・協力科目	消化器内科、外科
		協力内容	診療、往診 ※医療費その他の費用は入居者の自己負担
	5	名称	きよさわ眼科クリニック
		住所	福岡市早良区百道浜 4-13-1
		診療・協力科目	眼科
		協力内容	診療、往診 ※医療費その他の費用は入居者の自己負担
	6	名称	KMペインクリニック
		住所	福岡市早良区百道浜 4-1-4
		診療・協力科目	麻酔科、ペインクリニック科、リハビリテーション科
		協力内容	診療 ※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	飯田デンタルオフィス	
	住所	福岡市早良区百道浜 2-3-2	
	協力内容	診療 ※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)

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input checked="" type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 3 その他 ()	
判断基準の内容	1. 一時介護室に移る場合 体調不良時や退院直後などで、一時的に介護サービスの提供を必要とし、かつ居住している住戸においてその提供・享受が困難な場合には、看護スタッフの判断により、ご利用していただくことができます。 (原則として1回につき1週間程度のご利用となります。) 2. 介護住戸に移る場合 原則として要介護状態区分Ⅲ以上に認定された場合、一般住戸から介護住戸へ住み替えていただくことがあります。	
手続きの内容	事業者は下記の手続きを経て、ご入居者または身元引受人と、住み替えに係る同意書を締結いたします。 ① 事業者の指定する医師またはご入居者の主治医の意見を聴く ② ご入居者または身元引受人の意見を聴く ③ 事業者とご入居者、あるいは身元引受人とで定める一定の観察・判定期間を経る(3ヶ月程度、緊急時は除く) ④ ご入居者および身元引受人に、介護住戸および提供サービス内容、権利および費用等の変動を含む重要事項を説明する	
追加的費用の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
居室利用権の取扱い	住み替えた住戸に移行します。	
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) 室内全体の仕様が異なります。 <input type="checkbox"/> 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	<p>○入居時の年齢 一般住戸（自立・要支援） 満60歳以上の方 介護住戸（要介護） 満65歳以上の方</p> <p>○健康保険および介護保険にご加入の方</p> <p>○原則として身元引受人を定められる方</p> <p>○連帯保証人を定められる方（一般住戸(月払いプラン)・介護住戸)</p> <p>※一般住戸のみ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・お2人入居の場合、続柄が夫婦、親子、血族の兄弟姉妹の方 ・ご本人にご入居の意志のある方 ・他のご入居者と事業者に対し、過大な不安感、不快感や迷惑を与える、あるいは危害を加えることがない方 ・他のご入居者と協調してコミュニケーションがとれる方 ・「アンペレーナ百道」の運営にご理解いただける方で「アンペレーナ百道」が認めた方 	
契約の解除の内容	<p>1. ご入居者が逝去した場合 (お2人入居は、当初お1人が契約を終了し残るお1人が逝去された場合)</p> <p>2. ご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"> ・入居契約書等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 ・月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく3ヶ月分遅滞するとき ・入居契約書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 ・ご入居者の行動が、他のご入居者または職員の生命に危害を及ぼし、または、その恐れがあり、かつ有料老人ホームにおける通常の介護方法および接遇方法ではこれを防止することができないとき
	解約予告期間	3ヶ月（90日）
入居者からの解約予告期間	1ヶ月（30日）	
体験入居の内容	<p>① あり（内容：一般7,700円・介護20,000円／1泊・食事付）</p> <p>2 なし</p>	
入居定員	190人（うち、一般住戸159名・介護住戸31名）	
その他	<p>ご入居者は、身元引受人・連帯保証人を定めるものとします。</p> <p>1. 一般住戸</p> <p>○標準プラン・バランスプランの場合 身元引受人には、利用料等の支払いに関する金銭面の連帯債務は一切ありません。連帯保証人を定める必要もありません。</p> <p>○月払いプランの場合 連帯保証人は、ご入居者と連帯して月払いの利用料、その他の費用等の支払いについて債務を負っていただきます。</p> <p>2. 介護住戸</p> <ul style="list-style-type: none"> ・身元引受人は、ご入居者と連帯して入居契約上の義務を負うほか、ご入居者が逝去または入居契約を解約された場合、ご入居者の身柄を引き取っていただきます。 ・連帯保証人は、ご入居者と連帯して月払いの利用料、その他の費用等の支払いについて債務を負っていただきます。 	

5. 職員体制

(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	4	4		3
直接処遇職員	43	32	11	35.1 (内、自立者対応3名)
介護職員	31	23	8	25.2 (内、自立者対応2名)
看護職員	12	9	3	9.9 (内、自立者対応1名)
機能訓練指導員	1	1		1 (理学療法士)
計画作成担当者	2	2		1
栄養士	(2)	(2)		(2) 外部委託
調理員	(14)	(10)	(4)	(11.9) 外部委託
事務員	16	11	5	12.7
その他職員	(32)	(17)	(15)	(25) 外部委託
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				38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います。 ※2 特定施設入居者生活介護等を提供に係る職員以外の職員も記載しています。				

※アンペレーナ百道の職員のみ表記しています。(同一法人が運営する他の事業所の職員は含みません)

(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	22	19	3
実務者研修の修了者	4	3	1
初任者研修の修了者	18	11	7
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 (18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	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*	<input type="checkbox"/> a 1.5 : 1 以上 <input type="checkbox"/> b 2 : 1 以上 <input type="checkbox"/> c 2.5 : 1 以上 <input type="checkbox"/> d 3 : 1 以上
	【表示事項】 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)	1.5 : 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	—
	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		4	2							
前年度1年間の退職者数		1		4	3							
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年以上 3年未満											
	3年以上 5年未満	1		3	2					1		
	5年以上 10年未満			8	4	1		1		1		
	10年以上	8	3	12	2	3						
	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】	<input type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	<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	
	<input type="checkbox"/> 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	<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 利用料金（月払い）の取扱い	<input type="checkbox"/> 1 減額なし <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <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	1. アンペレーナ百道が所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数および人件費等を勘案し、運営懇談会の意見を聴いた上で改定する場合 2. 消費税率が変更された場合
	手続き	ご入居者およ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 (一般住戸907号室・ 標準プランの場合)	プラン2 (介護住戸・Bプラン の場合)	
入居者の状況	要介護度	自立	要介護	
	年齢	80歳未満	90歳未満	
居室の状況	床面積	55.51 m ²	19.83 m ²	
	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	43,900,000円 (内訳) 入居一時金(前払金) 39,500,000円 介護一時金①②(前払金) 4,400,000円	19,514,286円 (内訳) 入居一時金(前払金) 17,000,000円 一時払いの介護費(前払金) 2,514,286円	
	※お2人入居の場合は、 追加の前払金が必要です。			
	敷金	—	—	
月額費用の合計		176,500円	176,500円	
家賃		—	—	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用		—	24,209円 (要介護3・自己負担1割)
	介護保険外 ^{※2}	食費	72,000円	72,000円
		管理費	104,500円	104,500円
		介護費用	—	—
		光熱水費	(実費)	(管理費に含みます)
		その他	都度払いサービス有	都度払いサービス有
<p>※1 介護予防の場合を含む。</p> <p>※2 有料老人ホーム事業として受領する費用(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ません)</p>				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	土地・建物賃借料、修繕費、管理事務費等を基礎とし、近傍家賃を参照して算出した額。
敷金	なし
介護費用	①長期推計に基づき、要介護者等3人に対し週38時間換算で介護・看護スタッフを2人以上配置するための費用として、介護保険給付および利用者負担によって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いて算出した額。 ②(自立の場合のみ)要支援者および要介護者以外の入居者に対する、一時的な介護サービス利用料。 ※介護保険サービスの自己負担額は含みません。 ※介護用品等の消耗品は別途実費をご負担いただきます。
管理費	・共用施設等(ダイニングは除く)の維持管理費、水道光熱費、清掃費 ・日常の生活支援サービス等の提供のための人件費、事務費、健康管理費 ・事務管理費に係る人件費、事務費
食費	人件費等の諸経費、食材費に基づく費用。 (朝食のみ軽減税率の適用対象となります。)
光熱水費	一般住戸 実費 介護住戸 管理費に含みます
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)

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	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※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)	前掲
※ 介護予防の場合を含む。	

(前払金の受領)

算定根拠	老人福祉法等に基づき、(公社)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 (償却年月数)	一般住戸 180 ヶ月 (79 歳以下) 144 ヶ月 (80 歳以上) 介護住戸 60 ヶ月 (65 歳以上 89 歳以下) 48 ヶ月 (90 歳以上)	
償却の開始日	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 (初期償却額)	一時金 (前払金) に対する初期償却額 $\text{一時金 (前払金)} \times \text{初期償却率}$ ○プラン 1 の場合 6,585,000 円 入居一時金 (前払金) 5,925,000 円 介護一時金①② (前払金) 660,000 円 ○プラン 2 の場合 3,902,857 円 入居一時金 (前払金) 3,400,000 円 介護一時金① (前払金) 502,857 円 ※ご入居時の年齢、要介護度、契約住戸により異なります。	
初期償却率	一般住戸 15% 介護住戸 20% (65 歳以上 89 歳以下) 18% (90 歳以上)	
返還金の算定方法	入居後 3 月以内の契約終了	$\text{前払金}^* - (\text{前払金}^* - \text{初期償却額}) \div \text{想定居住月数} \div 30$ $\times (\text{入居日から契約終了日までの日数})$ ・初期償却額は、全額無利息で返還します。 ・月額利用料については日割り計算で受領します。
	入居後 3 月を超えた契約終了	$(\text{前払金}^* - \text{初期償却額}) \times (\text{契約終了日から想定居住期間満了日までの日数})$ $\div (\text{入居日の翌日から想定居住期間満了日までの日数})$
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 公益社団法人 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	51 人
	女性	107 人
年齢別	65 歳未満	4 人
	65 歳以上 75 歳未満	16 人
	75 歳以上 85 歳未満	57 人
	85 歳以上	81 人
要介護度別	自立	98 人
	要支援 1	17 人
	要支援 2	6 人
	要介護 1	11 人
	要介護 2	7 人
	要介護 3	9 人
	要介護 4	9 人
	要介護 5	1 人
入居期間別	6 ヶ月未満	13 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	10 人
	1 年以上 5 年未満	60 人
	5 年以上 10 年未満	45 人
	10 年以上 15 年未満	30 人
	15 年以上	0 人

(入居者の属性)

平均年齢	83.8 歳
入居者数の合計	158 人
入居率*	83.15%
※ 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	5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)
	入居者側の申し出	2人
		(解約事由) ・ 自宅へ転居
※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および介護医療院		

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)

窓口の名称1		アンペレーナ百道苦情相談窓口 : 生活相談員 アンペレーナ百道苦情処理担当責任者 : 館長
電話番号		092-823-4126
対応している時間	平日	10:00～17:00
	土曜	10:00～17:00
	日曜・祝日	10:00～17:00
定休日		なし
窓口の名称2		福岡市 保健福祉局 高齢社会部 事業者指導課 施設指導係
電話番号		092-711-4319
対応している時間	平日	8:45～17:00
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土曜・日曜日、祝祭日、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		03-3548-1077
対応している時間	平日	月曜・水曜・金曜日・10:00～17:00
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		火曜・木曜・土曜・日曜日、祝祭日、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	1 あり	(その内容) 保険の名称: 有料老人ホーム賠償責任保険 保険会社名: 損害保険ジャパン 日本興亜株式会社 (公社) 全国有料老人ホーム協会の 「有料老人ホーム損害賠償責任保険」 に加入しており、サービス提供上の事 故によりご入居者の生命・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。
	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) 緊急時対応マニュアルに基づきます。
	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	平成 31 年 1 月 24 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	平成 24 年 1 月 27 日
		評価機関名称	(公社) 全国有料老人ホーム協会 サービス第三者評価
		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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 2 回以上
	2 なし	
	<input type="checkbox"/> 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:)	
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 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	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)

※ _____ 印

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名 _____ 印

※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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	ウエストライフヘルパーステーション	福岡市城南区南片江六丁目12番1号
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	ウエストライフ訪問看護ステーション	福岡市城南区南片江六丁目12番1号
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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	ウエストライフ南片江デイサービスセンター	福岡市城南区南片江六丁目12番1号
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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	ウエストライフ巡回ケアステーション	福岡市城南区南片江六丁目12番1号
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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	ウエストライフケアプランセンター	福岡市城南区南片江六丁目12番1号
＜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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	ウエストライフ訪問看護ステーション	福岡市城南区南片江六丁目12番1号
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		
＜介護予防・日常生活支援総合事業サービス＞				
介護予防型訪問サービス	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	ウエストライフヘルパーステーション	福岡市城南区南片江六丁目12番1号
介護予防型通所サービス	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	ウエストライフ南片江デイサービスセンター	福岡市城南区南片江六丁目12番1号

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（利用者が全額負担）		包含※2	都度※2	料金※3	備 考	
	なし	あり	なし	あり				◎	◎
介護サービス							※) 介護保険給付+介護費(介護一時金①(前払金)または月払いの介護費)を含む		
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	○	○	(※)	※) にて週3回まで提供、その他は左記料金	◎
特浴介助	なし	あり	なし	あり	○	○	入浴 3,300 円/回 清拭 1,650 円/回		
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					
通院介助（協力医療機関）	なし	あり	なし	あり	○		(※)	定期便以外は交通費実費	◎
通院介助（協力医療機関以外）	なし	あり	なし	あり		○	1,650 円/30 分	福岡市内、交通費実費	
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○	○	(※)880 円/30 分	※) にて週3回まで提供、その他は左記料金	◎
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○	○	(※)880 円/30 分	※) にて週1回まで提供、その他は左記料金	◎
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○	○	(※)880 円/30 分	※) にて週2回まで提供、その他は左記料金	◎
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	○	○	440 円/回	※) にて必要と認められる場合は提供、その他は左記料金	◎
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり		○	実費	要相談	
おやつ			なし	あり	○		(食費を含む)		
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	実費	外部からの訪問理美容	
買い物代行（通常の利用区域）	なし	あり	なし	あり	○		(※)	指定店舗・日時	◎
買い物代行（上記以外の区域）	なし	あり	なし	あり		○	1,650 円/回	福岡市内	
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	1,650 円/30 分	交通費実費	
金銭・貯金管理			なし	あり	○		(介護費を含む)	必要と認められる場合は提供	
健康管理サービス									
定期健康診断			なし	あり	○		(管理費を含む)	年2回	◎
健康相談	なし	あり	なし	あり	○		(※)	適宜実施	◎
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○		(介護費を含む)	適宜実施	◎
服薬支援	なし	あり	なし	あり	○		(※)	適宜実施	◎
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり	○		(※)	適宜実施	◎
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	○		(介護費を含む)		◎
入退院時の同行（協力医療機関）	なし	あり	なし	あり	○		(介護費を含む)		◎
入退院時の同行（協力医療機関以外）	なし	あり	なし	あり	○		(介護費を含む)	必要と認められる場合は提供(福岡市内)	◎
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり	○		(介護費を含む)	週2回（協力医療機関及び指定医療機関）	◎
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり	○		(介護費を含む)	週2回（協力医療機関及び指定医療機関）	◎

※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、前払いまたは月払い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。

※福岡市有料老人ホーム設置運営指導指針の指定項目外のサービスになります。

その他のサービス※4	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		
介護サービス								◎：自立者へ介護一時金②(前払金)で提供する一時的な介護サービス
福祉用具サービス	なし	あり	なし	あり	○		※) 介護保険給付+介護費(介護一時金①(前払金)または月払いの介護費)を含む(介護費を含む)	適宜実施 ◎※5
生活サービス								
その他家事支援	なし	あり	なし	あり		○	880円/30分	
外出同行	なし	あり	なし	あり		○	1,650円/30分	福岡市内、交通費実費(自立者の通院同行を含む)
健康管理サービス								
一時介護室の利用	なし	あり	なし	あり	○		(介護費を含む)	適宜実施 ◎
訪問歯科診療	なし	あり	なし	あり		○	医療費等は実費	◎
緊急時対応	なし	あり	なし	あり	○		(介護費を含む)	適宜実施 ◎

※5：骨折・外傷等により月単位の療養が必要な場合。(最長6ヶ月間)

月払い費用および使用料一覧

項 目	料 金		項 目	料 金	
コピー・FAX使用料	コピー	11円/枚(白黒) 52円/枚(カラー)	ゲストルーム使用料	1泊 お1人	4,400円
	FAX送信	11円/枚	寝具の貸し出し	1泊 1組	1,320円
	プリンター出力	11円/枚(白黒) 52円/枚(カラー)	駐車場使用料	月額	1台 22,000円
ランドリールーム利用料	洗濯	105円/1回	駐輪場使用料	月額	自転車 1台 地上 110円
	乾燥	105円/30分			地下 3,300円
			月額	バイク 1台 1,100円	