

重要事項説明書

| | |
|-------|-----------------|
| 記入年月日 | 2026年3月1日 |
| 記入者名 | 吉田 一樹 |
| 所属・職名 | 生活倶楽部ウイズ長丘Ⅱ 施設長 |

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) かぶしきがいしゃういずぐるーぷ 株式会社ウイズグループ | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒810-0041 福岡市中央区大名2丁目4番30号 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 092-712-0306 |
| | FAX番号 | 092-712-0318 |
| | メールアドレス | |
| | ホームページアドレス | https://www.with-g.com/ |
| 代表者 | 氏名 | 前川 裕貴 |
| | 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | 2001年4月12日 | |
| 主な実施事業 | ※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) せいかつくらぶういずながおかつー 生活倶楽部ウイズ長丘Ⅱ | |
| 所在地 | 〒815-0075 福岡市南区長丘3丁目21番5号 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | 西鉄高宮駅 |
| | 交通手段と所要時間 | ・『下長尾』バス停下車、徒歩10分。 ・『長丘3丁目』バス停下車、徒歩10分。 ・『長丘五丁目1区』バス停下車、徒歩3分。 |
| 連絡先 | 電話番号 | 092-554-8865 |
| | FAX番号 | 092-554-8867 |
| | ホームページアドレス | https://www.with-g.com/ |
| 管理者 | 氏名 | 肥川 知幸 |
| | 職名 | 管理者 |
| 建物の竣工日 | | 2010年12月20日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 2011年3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） | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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 | 県（市） |
| | 事業所の指定日 | 年 月 日 |
| | 指定の更新日（直近） | 年 月 日 |

3. 建物概要

| | | | | | | |
|---------|---|--|---|----------------------|--------|--------|
| 土地 | 敷地面積 | 1332.56 m ² | | | | |
| | 所有関係 | 1 事業者が自ら所有する土地 | | | | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地 | | | | |
| | | 抵当権の有無 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | | | |
| | | 契約期間 | 1 あり (2011年2月1日～2041年7月31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 | 1761.78 m ² (地上6階建) | | | |
| | | うち、老人ホーム部分 | 1126.95 m ² (1階と2階、3階の一部を除く) | | | |
| | 耐火構造 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他 () | | | | |
| | 構造 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | | | | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物 | | | | |
| | | 抵当権の設定 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | | | |
| | | 契約期間 | 1 あり (2011年2月1日～2041年7月31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】 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 18.21 m ² | 7室 | 一般居室個室 |
| タイプ2 | | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 18.36 m ² | 6室 | 一般居室個室 |
| タイプ3 | | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 18.44 m ² | 1室 | 一般居室個室 |
| タイプ4 | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 18.63 m ² | 1室 | 一般居室個室 | |
| タイプ5 | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 18.77 m ² | 3室 | 一般居室個室 | |
| タイプ6 | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 18.91 m ² | 1室 | 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 | 1ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便房 | 0ヶ所 | |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | 1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 | 2ヶ所 | チェアー浴 | 0ヶ所 | |
| | | | リフト浴 | 0ヶ所 | |
| | | | ストレッチャー浴 | 0ヶ所 | |
| | | | その他（介護浴槽） | 2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 checked="" 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 | 浴室の設備に関する事項 大浴場と介護浴槽については、利用時間設定あり。 利用状況および保安確認の補助のため、共用部分および居室にカメラを設置することがあります。 | | | | |

4. サービスの内容

（全体の方針）

| | | | |
|-----------------|---|------|--|
| 運営に関する方針 | 快適で心身ともに充実、安定した生活を営むことに資するとともに、施設での良好な生活環境を確保する | | |
| サービスの提供内容に関する特色 | 多世代が同じ瞬間・想いを共有しながら一緒に暮らし、生活の中に新しい楽しみを見つける | | |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | <input type="checkbox"/> 1 | 自ら実施 | <input type="checkbox"/> 2 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 3 なし |
| 食事の提供 | <input type="checkbox"/> 1 | 自ら実施 | <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 なし |
| 健康管理の供与 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | 自ら実施 | <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし |
| 安否確認又は状況把握サービス | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | 自ら実施 | <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし |
| 生活相談サービス | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | 自ら実施 | <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし |

(医療連携の内容)

| | | | |
|----------|------|---|---|
| 医療支援 | | <input type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 <input type="checkbox"/> 4 その他（訪問診療医の確保） | |
| ※複数選択可 | | | |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | もとむらクリニック(ホームから4km) |
| | | 住所 | 福岡市城南区干隈2丁目8-28 |
| | | 診療科目 | 内科・胃腸内科 |
| | | 協力内容 | 定期的な健康診断及び健康相談、身体状態により上記医療機関に受診、または、主治医による往診、緊急時には119番通報による対応 |
| | 2 | 名称 | 博愛会病院 |
| | | 住所 | 福岡市中央区笹丘1丁目28-25 |
| | | 診療科目 | 内科・整形外科 |
| | | 協力内容 | 定期的な健康診断及び健康相談、身体状態により上記医療機関に受診、または、主治医による往診、緊急時には119番通報による対応 |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | 前田歯科(ホームから3.3km) | |
| | 住所 | 福岡市中央区六本松4丁目9-12 | |
| | 協力内容 | 施設の入居者が診療を必要とした場合、緊密な協力・連携のもとに診察を行うものとし年末年始等において緊急事態が生じた場合でも、可能な限り協力し、診察を行う | |

(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 | | <input type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 3 その他（一般居室個室） | | |
| ※複数選択可 | | | | |
| 判断基準の内容 | | 状態に応じて住み替えをお願いすることがあります | | |
| 手続きの内容 | | 本人・身元引受人の同意を得る 居室変更届を提出 | | |
| 追加的費用の有無 | | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし | | |
| 居室利用権の取扱い | | 従前居室より継承する | | |
| 前払金償却の調整の有無 | | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし | | |
| 従前の居室との 仕様の変更 | 面積の増減 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし | | |
| | 便所の変更 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし | | |
| | 浴室の変更 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし | | |
| | 洗面所の変更 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし | | |
| | 台所の変更 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし | | |
| | その他の変更 | <input type="checkbox"/> 1 あり | (変更内容) | |
| | | <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 | 原則として65歳以上の方。介護を必要としており、当施設では医療機関ではないため常時の加療を必要とされる方や重度の認知症により、自傷行為、または他人に危害を与える恐れのある方は要相談。 | | |
| 契約の解除の内容 | 入居者が死亡した場合 入居者又は事業者から解約した場合 | | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 入居者の行動が、他の利用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場合、等 | |
| | 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 | 1 あり | (内容: 1泊2日からあり) | 2 なし |
| 入居定員 | 29人 | | |
| その他 | | | |

5. 職員体制

(職種別の職員数) ※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記載する必要はありません)。

| | 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 | 0 | |
| 生活相談員 | 0 | 0 | 0 | |
| 直接処遇職員 | 5 | 3 | 2 | |
| 介護職員 | 2 | 0 | 2 | |
| 看護職員 | 0 | 0 | 0 | |
| 機能訓練指導員 | 0 | 0 | 0 | |
| 計画作成担当者 | 0 | 0 | 0 | |
| 栄養士 | 0 | 0 | 0 | |
| 調理員 | 0 | 0 | 0 | |
| 事務員 | 1 | 1 | 0 | |
| その他職員 | 0 | 0 | 0 | |
| 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 | 0 | 0 |
| 介護福祉士 | 3 | 3 | 0 |
| 実務者研修の修了者 | 0 | 0 | 0 |
| 初任者研修の修了者 | 0 | 0 | 0 |
| 介護支援専門員 | 1 | 0 | 1 |

(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 | 0 | 0 |
| 理学療法士 | 0 | 0 | 0 |
| 作業療法士 | 0 | 0 | 0 |
| 言語聴覚士 | 0 | 0 | 0 |
| 柔道整復士 | 0 | 0 | 0 |
| あん摩マッサージ指圧師 | 0 | 0 | 0 |

(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20分) | | |
|------------------------|------|-----------------|
| | 平均人数 | 最少時人数 (休憩者等を除く) |
| 看護職員 | 0人 | 0人 |
| 介護職員 | 1人 | 1人 |

(職員の状況)

| | | | | | | | | | | |
|-----------------|-----------|---|--|-------|----|---------|----|---------|----|-----|
| 管理者 | 他の職務との兼務 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | | | | | | | | |
| | 業務に係る資格等 | 1 あり | | | | | | | | |
| | | 資格等の名称 | | | | | | | | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 前年度1年間の退職者数 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 経験年数に応じた業務に従事した | 1年未満 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 1年以上3年未満 | 0 | 0 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 3年以上5年未満 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 5年以上10年未満 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 10年以上 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 従業者の健康診断の実施状況 | | | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | | | | | | | |

(利用料金の算定根拠)

| 費目 | 算定根拠 |
|----------------------|--|
| 家賃 | 長丘周辺の賃貸マンション等の価格を参考 |
| 敷金 | 家賃の約4ヶ月分 |
| 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 | 建物維持・管理費、居室・共用部分等の水光熱費、 事務処理に係る人件(通信)費、生活サービスに係る(間接)人件費、 外部委託費(清掃・産廃・リネン・その他設備管理費) |
| 食費 | 一日3食を提供する為の費用 |
| 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(提供するサービスの一覧表) |

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 | 2人 | 女性 | 17人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 0人 | 65歳以上75歳未満 | 0人 |
| | 75歳以上85歳未満 | 2人 | 85歳以上 | 17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 | 8人 |
| | 要介護2 | 5人 | 要介護3 | 3人 |
| | 要介護4 | 1人 | 要介護5 | 0人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 0人 | 6ヶ月以上1年未満 | 1人 |
| | 1年以上5年未満 | 15人 | 5年以上10年未満 | 2人 |
| | 10年以上15年未満 | 1人 | 15年以上 | 0人 |

(入居者の属性)

| | | | | | |
|---|-------|---------|-----|------|------|
| 平均年齢 | 89.2歳 | 入居者数の合計 | 19人 | 入居率※ | 100% |
| ※ 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 | 0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 | 2人 | 死亡者 | 2人 |
| | その他 | 0人 | | |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出 | 0人 | (解約事由の例) | |
| | 入居者側の申し出 | 1人 | (解約事由) 医療機関へ転院 | |
| ※介護保険施設…介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)、介護老人保健施設及び介護療養型医療施設 | | | | |

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 | 生活倶楽部ウィズ長丘Ⅱ 管理者 肥川 知幸 | (株)ウィズグループ 管理本部総務部佐藤祐樹 | 福岡市保健福祉局 事業者指導課施設指導係 |
| 電話番号 | 092-554-8865 | 092-712-0306 | 092-711-4319 |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00～17:00 | 9:00～17:00 |
| | 土曜 | 9:00～17:00 | 9:00～17:00 |
| | 日曜・祝日 | 9:00～17:00 | 9:00～17:00 |
| 定休日 | なし | なし | 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | (その内容) あいおいニッセイ同和損害保険株式会社 「社介護保険・社会福祉事業者総合保険」 |
| | <input type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | (その内容) 事故対応マニュアルに基づく |
| | <input type="checkbox"/> 2 なし | |
| 事故対応及びその予防のための指針 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | <input type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 実施日 | 2025年12月 |
| | | 結果の開示 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
| 第三者による評価の実施状況 | <input type="checkbox"/> 1 あり | 実施日 | |
| | | 評価機関名称 | |
| | 結果の開示 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし | |
| | <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 | <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 | <input type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 管理規程 | <input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 | <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 | <input type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 事業収支計画書 | <input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 | <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 | <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 財務諸表の要旨 | <input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 | <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 | <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 財務諸表の原本 | <input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 | <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 | <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない |

10. その他

| | | |
|--|--|--------------|
| 家族懇親会 | <input type="checkbox"/> 1 あり | (開催頻度) 年 1 回 |
| | <input type="checkbox"/> 2 なし | |
| | <input type="checkbox"/> 1 代替措置あり | (内容) |
| | <input type="checkbox"/> 2 代替措置なし | |
| 提携ホームへの移行【表示事項】 | <input type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名:) <input 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 type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input 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 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input 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 | <input type="checkbox"/> 1 適合している (代替措置) <input type="checkbox"/> 2 適合している (将来の改善計画) <input type="checkbox"/> 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 | 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)

※ _____ 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。

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 | 訪問介護ウイズ ^ス テーション福岡 | 福岡市南区長丘5-25-7 |
| 訪問入浴介護 | あり | なし | | |
| 訪問看護 | あり | なし | 訪問看護ウイズ ^ナ ーステーション福岡 | 福岡市南区長丘5-25-7 |
| 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 | ウイズランド博多 ウイズランド長丘 ウイズランド長丘Ⅲ | 福岡市博多区奈良屋8-19 福岡市南区長丘3-21-5 福岡市南区長丘3-4-1 |
| 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 | 生活倶楽部ウイズ長丘 生活倶楽部ウイズ南片江 生活倶楽部ウイズ長尾 | 福岡市南区長丘3-24-20 福岡市城南区南片江6-25-1 福岡市城南区長尾2-14-31 |
| 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 | ウイズライフ西新 ウイズライフ別府 ウイズライフ奈良屋 | 福岡市早良区城西2-9-18 福岡市城南区別府3-7-18 福岡市博多区奈良屋8-19 |
| 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 | ウイズライフ西新 ウイズライフ別府 ウイズライフ奈良屋 | 福岡市早良区城西2-9-18 福岡市城南区別府3-7-18 福岡市博多区奈良屋8-19 |
| 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 | ウイズケアプランサービス | 福岡市南区野間4-6-4 フェア・ロザムンデ野間1F |
| <居宅介護予防サービス> | | | | |
| 介護予防訪問介護 | あり | なし | 訪問介護ウイズ ^ス テーション福岡 | 福岡市南区長丘5-25-7 |
| 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 | 訪問看護ウイズ ^ナ ーステーション福岡 | 福岡市南区長丘5-25-7 |
| 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 | ウイズランド博多 ウイズランド長丘 ウイズランド長丘Ⅲ | 福岡市博多区奈良屋8-19 福岡市南区長丘3-21-5 福岡市南区長丘3-4-1 |
| 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 | 生活倶楽部ウイズ長丘 生活倶楽部ウイズ南片江 生活倶楽部ウイズ長尾 | 福岡市南区長丘3-24-20 福岡市城南区南片江6-25-1 福岡市城南区長尾2-14-31 |
| 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 | ウイズライフ西新 ウイズライフ別府 ウイズライフ奈良屋 | 福岡市早良区城西2-9-18 福岡市城南区別府3-7-18 福岡市博多区奈良屋8-19 |
| 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 | ウイズライフ西新 ウイズライフ別府 ウイズライフ奈良屋 | 福岡市早良区城西2-9-18 福岡市城南区別府3-7-18 福岡市博多区奈良屋8-19 |
| 介護予防支援 | あり | なし | ウイズケアプランサービス | 福岡市南区野間4-6-4 フェア・ロザムンデ野間1F |
| <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 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 (利用者が全額負担) | | | 都度※2 | 料金※3 | 備 考 |
|-------------------|--------------------------------|----|---|------|----------------------|--|
| | 包含※2 | | | | | |
| 介護サービス | | | | | | |
| 食事介助 | なし | あり | | ○ | 1,100 円/30 分 (税込) | |
| 排泄介助・おむつ交換 | なし | あり | | ○ | 1,100 円/30 分 (税込) | |
| おむつ代 | なし | あり | | ○ | 個別 | 使用しているオムツの種類によって請求額は異なります |
| 入浴(一般浴)介助・清拭 | なし | あり | | ○ | 1,100 円/30 分 (税込) | |
| 特浴介助 | なし | あり | | ○ | 1,100 円/30 分 (税込) | |
| 身辺介助(移動・着替え等) | なし | あり | | ○ | 1,100 円/30 分 (税込) | |
| 機能訓練 | なし | あり | | | | |
| 通院介助(協力医療機関) | なし | あり | | ○ | 3,520 円/h(税込)※最初の1時間 | 2時間目以降 2,970 円(税込), 交通費自己負担 |
| 通院介助(協力医療機関以外) | なし | あり | | ○ | 3,520 円/h(税込)※最初の1時間 | 2時間目以降 2,970 円(税込), 交通費自己負担 |
| 生活サービス | | | | | | |
| 居室清掃 | なし | あり | | | | 訪問介護サービスにて実施 |
| リネン交換 | なし | あり | | ○ | シーツ代 220 円(税込) | |
| 日常の洗濯 | なし | あり | | ○ | 個別 | 日常着以外のドライクリーニング料金は自己負担 |
| 居室配膳・下膳 | なし | あり | | ○ | 1,100 円/日(税込) | 8日目を以降で実費 |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | なし | あり | | ○ | 個別 | 主治医の指示によるもの以外は別途料金にて実施 |
| おやつ | なし | あり | | | | |
| 理美容師による理美容サービス | なし | あり | | ○ | 個別 | 実費負担 |
| 買い物代行(通常の利用区域) | なし | あり | | ○ | 2,530 円/h(税込)※最初の1時 | 2時間目以降 1,980 円(税込), 交通費自己負担(南区近辺) |
| 買い物代行(上記以外の区域) | なし | あり | | ○ | 2,530 円/h(税込)※最初の1時 | 2時間目以降 1,980 円(税込), 交通費自己負担(福岡市内、その他要相談) |
| 役所手続き代行 | なし | あり | | | | |
| 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 | | ○ | 個別 | 年1回・医療費自己負担 |
| 健康相談 | なし | あり | ○ | | | 外部専門家にかかる費用は自己負担 |
| 生活指導・栄養指導 | なし | あり | ○ | | | 外部専門家にかかる費用は自己負担 |
| 服薬支援 | なし | あり | | | | |
| 生活リズムの記録(排便・睡眠等) | 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 | | ○ | 3,520 円/h(税込)※最初の1時間 | 2時間目以降 2,970 円(税込), 交通費自己負担 |
| 入退院時の同行(協力医療機関) | なし | あり | | ○ | 3,520 円/h(税込)※最初の1時間 | 2時間目以降 2,970 円(税込), 福岡市内で、ご家族が同行できない場合のみ |
| 入退院時の同行(協力医療機関以外) | なし | あり | | ○ | 3,520 円/h(税込)※最初の1時間 | 2時間目以降 2,970 円(税込), 福岡市内で、ご家族が同行できない場合のみ |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | あり | | ○ | 3,520 円/h(税込)※最初の1時間 | 2時間目以降 1,980 円(税込), 交通費自己負担(南区近辺) |
| 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、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。