

重要事項説明書

記入年月日	令和 年 月 日
記入者名	山中 誠
所属・職名	事業所長

※ 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	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきがいしや がっけんここふあん 株式会社学研ココファン	
主たる事務所の所在地	〒141-8420 東京都品川区西五反田二丁目 11 番 8 号	
連絡先	電話番号	03-6431-1860
	FAX番号	03-6431-1864
	メールアドレス	co-soudan@cocofump.co.jp
	ホームページアドレス	https://www.cocofump.co.jp/
代表者	氏名	森 猛
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・ 平成 ・令和 20年5月15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) ここふあん ふくおかにしじん ココファン福岡西新
----	------------------------------------

所在地	〒814-0011 福岡県福岡市早良区高取 1-1-49	
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	福岡市営地下鉄空港線 西新駅より徒歩8分
連絡先	電話番号	092-841-8456
	FAX番号	092-841-8457
	ホームページアドレス	https://www.cocofump.co.jp/
管理者	氏名	山中 誠
	職名	事業所長
建物の竣工日		昭和・平成・令和 2年8月31日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成・令和 2年11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	平成 年 月 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	649.95 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (2020年9月1日～2040年8月31日)		
	2 なし		
契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
建物	延床面積	全体	3,271.54 m ²
		うち、老人ホーム部分	2,197.17 m ²
	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"/> 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"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり (2020年9月1日～2040年8月31日) 2 なし			
		契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし			
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.00 m ²	36	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	26.26 m ²	6	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	33.00 m ²	6	一般居室個室
	タイプ4	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ5	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ6	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ7	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
タイプ8	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ9	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ10	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 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	1ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	1ヶ所		
	共用浴室	10ヶ所	個室	10ヶ所		
			大浴場	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			
<input checked="" type="checkbox"/> ストレッチャー浴			1ヶ所			
		その他 ()	ヶ所			
食堂	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし					

	入居者や家族が利用できる調理設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input 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					

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	高齢者の方が、安心して暮らし続けられるためのサービスを提供します。
サービスの提供内容に関する特色	高齢者の尊厳を守り、一人ひとりの心と身体がより良い状態に向かうことを考え行動します。
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input 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 checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input 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

(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	入居継続支援加算	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	個別機能訓練加算	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	夜間看護体制加算	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	若年性認知症入居者受入加算	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	医療機関連携加算	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	口腔衛生管理体制加算	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし

	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	
	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	
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		<input checked="" 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 ()	
協力医療機関	1	名称	薬院内科循環器クリニック
		住所	福岡市中央区渡辺通 2-6-12 八千代ビルYA55 2階
		診療科目	内科、循環器内科
		協力内容	訪問診療など
	2	名称	おおつかクリニック
		住所	福岡市早良区次郎丸 2丁目 10-43 次郎丸クリニック 2F
		診療科目	内科、胃腸科、呼吸器科、リウマチ科、在宅医療他
		協力内容	訪問診療など
協力歯科医療機関	名称	医療法人社団 飛翔会 県庁前デンタルクリニック	
	住所	福岡県福岡市博多区千代 4-1-2 ラクレイス県庁口 1階	
	協力内容	訪問歯科診療など	

(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

		<input checked="" type="checkbox"/> 3	その他（本人・家族の希望等）
判断基準の内容			
手続きの内容			従前契約の解除、及び新契約の締結
追加的費用の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 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
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	1	あり <input checked="" type="checkbox"/> 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	1	あり
		<input checked="" 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり 2 なし
留意事項	60歳以上、事業主体が設定する基準による審査あり		
契約の解除の内容	入居者等に義務不履行があった場合、通知により解除		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	第14条（契約の解除）	
	解約予告期間	6ヶ月	
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： ）	
	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし	
入居定員	54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 32	常勤	非常勤	
管理者	2	2		
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員	12	4	8	
看護職員	10	4	6	
機能訓練指導員	3	2	1	
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
事務員	2		2	
その他職員	3		3	
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	12	4	8
実務者研修の修了者	1	1	
初任者研修の修了者	2	1	1
介護支援専門員	1	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	11	4	7
理学療法士			1
作業療法士	3	2	1
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 (17:00時~9:00時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	人	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)	: 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											
前年度1年間の退職者数											
応じた業務に従事した職員の人数 に 経験年数に	1年未満										
	1年以上										
	3年未満										
	3年以上										
	5年未満										
	5年以上										
	10年未満										
10年以上											
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 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	
	手続き	

(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 (2人入居2人分)
--	------	-------------------

入居者の状況	要介護度			
	年齢	歳	歳	
居室の状況	床面積	18.00 m ²	33.00 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	円	円	
	敷金	円	円	
月額費用の合計		268,880 円	414,560 円	
家賃		125,000 円	194,000 円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	円	円	
	介護保険外 ^{※2}	食費	64,680 円	129,360 円
		共益費	22,000 円	34,000 円
		生活支援サービス費	57,200 円	57,200 円
		光熱水費	共益費に含む	共益費に含む
その他	円	円		
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※2 有料老人ホーム事業として受領する費用（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）</p>				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	近傍家賃相場による
敷金	家賃の2.0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。
生活支援サービス費	緊急時対応、安否確認、生活支援相談などへの職員対応の人員費として
食費	食材費・人員費・厨房維持費。 朝 572 円・昼 814 円・夕 770 円：3食 30 日で 64,680 円（税込）
共益費	施設共用部の光熱水費・維持管理の人員費等による。戸別メーター無し の居室は居室の水光熱費を含む。
光熱水費	戸別メーター無し の居室は共益費に含み、建物全体にかかる光熱水費から 共同利用設備部分で使用する光熱水費を除いた光熱水費に、各専有面 積を各専有部分の合計面積で除した面積按割合を乗じた額。 戸別メーター有りの居室は、戸別メーターによる実費。
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）
その他のサービス利用料	介護サービス、家事サービス等は併設の訪問介護事業所等との契約によ

	り別途料金となる。介護保険適用の場合は介護度に応じた負担額、介護保険適用外の自費サービスは10分440円～。
--	--

(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	
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)

性別	男性	17人
	女性	31人
年齢別	65歳未満	人
	65歳以上 75歳未満	6人
	75歳以上 85歳未満	17人
	85歳以上	25人
要介護度別	自立	14人
	要支援1	7人
	要支援2	2人
	要介護1	9人
	要介護2	9人
	要介護3	3人
	要介護4	3人
	要介護5	1人
入居期間別	6ヶ月未満	10人
	6ヶ月以上 1年未満	6人
	1年以上 5年未満	32人
	5年以上 10年未満	0人
	10年以上 15年未満	人
	15年以上	人

(入居者の属性)

平均年齢	83歳
入居者数の合計	48人
入居率※	88%
※ 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
	他の有料老人ホーム		人
	介護保険施設 (※)		人
	その他の社会福祉施設		人
	医療機関		人
	死亡者		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		人
		(解約事由の例)	
※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・事故等に関する体ワード

(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		(本社) 事業本部長 木村祐介 (現地事業所) 事業所長 山中 誠
電話番号		(本社) 03-6431-1860 (現地事業所) 092-841-8456
対応している時間	平日	9時00分～17時00分
	土曜	原則窓口は休業日
	日曜・祝日	原則窓口は休業日
定休日		土日祝・年末年始
窓口の名称 2		福岡市 保健福祉局 高齢社会部
電話番号		092-711-4257
対応している時間	平日	午前8時45分～午後5時15分
	土曜	休業
	日曜・祝日	休業
定休日		土日祝・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) 損害保険ジャパン日本興亜株式会社「サービス付き高齢者向け住宅賠償責任保険」に加入。事故が発生し、入居者の生命、身体、財産等に損害が生じた場合は、速やかに損害を補償する。
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) マニュアルに沿った対応。ご家族への緊急連絡、病院での受診、通院補助、経過観察。行政への連絡。
	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	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	
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 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
	<input checked="" 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	1 入居希望者に公開 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	1 入居希望者に公開 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	1 入居希望者に公開 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

運営懇談会	1 あり	(開催頻度) 年 回
	<input checked="" type="checkbox"/> 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 :) <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	1 あり 2 なし <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 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 <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		

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	学研ココファン 福岡西新ヘルパーセンター	福岡市早良区高取1-1-49
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし	ココファンナーシング福岡	福岡市早良区高取1-1-49
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	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>				
介護予防訪問介護	あり	なし	学研ココファン 福岡西新ヘルパーセンター	福岡市早良区高取1-1-49
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	ココファンナーシング福岡	福岡市早良区高取1-1-49
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【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			10分/624円	
排泄介助・おむつ交換	なし	あり			同上	
おむつ代	なし	あり			実費	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり			10分/624円	
特浴介助	なし	あり			同上	
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり			同上	
機能訓練	なし	あり				
通院介助（協力医療機関）	なし	あり			10分/624円	通院の付添い、病院内の見守り
通院介助（協力医療機関以外）	なし	あり			同上	同上
生活サービス						
居室清掃	なし	あり			10分/440円	
リネン交換	なし	あり			同上	
日常の洗濯	なし	あり			同上	
居室配膳・下膳	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				
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			実費	
買い物代行（通常の利用区域）	なし	あり			10分/440円	※利用できる範囲を明確化すること
買い物代行（上記以外の区域）	なし	あり			同上	※利用できる範囲を明確化すること
役所手続き代行	なし	あり				
金銭・貯金管理	なし	あり				生活支援サービス費に含む
健康管理サービス						
定期健康診断	なし	あり				※回数（年〇回など）を明記すること
健康相談	なし	あり				
生活指導・栄養指導	なし	あり				
服薬支援	なし	あり			10分/624円	
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	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				
入退院時の同行（協力医療機関）	なし	あり			10分/624円	入退院の付添い、病院内の見守り
入退院時の同行（協力医療機関以外）	なし	あり			同上	同上
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり				
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。