

:【別紙様式2】

## 重要事項説明書

記入年月日	2024年4月1日
記入者名	田中 巧真
所属・職名	生活倶楽部ウィズ南片江 施設長

※ 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	営利法人
名称	(ふりがな) かぶしきがいしやういずぐるーぷ 株式会社ウィズグループ	
主たる事務所の所在地	〒810-0041 福岡市中央区大名二丁目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	なし
	ホームページアドレス	<a href="https://www.with-g.com/">https://www.with-g.com/</a>
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みなみかたえ 生活倶楽部ウイズ南片江	
所在地	〒814-0143 福岡市城南区南片江六丁目 25 番 1 号	
主な利用交通手段	最寄駅	駅
	交通手段と所要時間	博多バスターミナル 1 階又は天神地区 (天神協和ビル前) から 12 番 (片江、桧原営業所行き)、「西片江一丁目」バス停下車、徒歩 7 分。福岡市営地下鉄七隈線「福大前」駅下、徒歩 15 分。
連絡先	電話番号	092-866-0065
	FAX番号	092-866-0001
	ホームページアドレス	<a href="https://www.with-g.com/">https://www.with-g.com/</a>
管理者	氏名	田中 巧真
	職名	施設長
建物の竣工日		2004年5月1日
有料老人ホーム事業の開始日		2004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	4071300703
	指定した自治体名	福岡県 (市)
	事業所の指定日	2004年5月1日
	指定の更新日 (直近)	2022年5月1日

### 3. 建物概要

土地	敷地面積	4902.18 m <sup>2</sup>				
	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 (2004年5月 ~ 2024年4月) 2 なし				
	契約の自動更新	1 あり 2 なし				
建物	延床面積	全体	3919.27 m <sup>2</sup> (地上3階建)			
		うち、老人ホーム部分	3919.27 m <sup>2</sup>			
	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 (2004年5月 ~ 2024年4月) 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	1 人部屋			
	最大	2 人部屋				
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分*
	タイプ1	有/無	有/無	18.3 m <sup>2</sup>	83	介護居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	28.7 m <sup>2</sup>	6	介護居室相部屋
	タイプ3	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ4	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ5	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
タイプ6	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			

※「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	14ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	1ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房	8ヶ所	
	共用浴室	7ヶ所	個室	6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	1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	<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	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	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 私たちは生活の質の向上に配慮し、懇切丁寧なサービスを提供します。</li> <li>2. 私たちは個々に合った介護計画を作成し、理解できるよう説明しサービスを提供します。</li> <li>3. 私たちは「その人がその人らしく生活出来る」サービスを提供します。</li> <li>4. 私たちは個々の言動を尊重し個々の行動を制御する行為はしません。</li> <li>5. 私たちは地域の保健、福祉、医療サービスと綿密な連携を図りサービスを提供します。</li> </ol>
サービスの提供内容に関する特色	季節ごとの行事やクラブ活動の充実、地域との交流などを通し、生きがい作りに力を入れたサービス提供
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 checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input 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	2 委託	3 なし
健康管理の供与	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	2 委託	3 なし
生活相談サービス	<input checked="" 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Ⅰ	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	入居継続支援加算Ⅱ	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	生活機能向上連携加算Ⅰ	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	生活機能向上連携加算Ⅱ	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	個別機能訓練加算Ⅰ	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	個別機能訓練加算Ⅱ	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	夜間看護体制加算Ⅰ	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	夜間看護体制加算Ⅱ	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	協力医療機関連携加算Ⅰ	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	協力医療機関連携加算Ⅱ	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	退院・退所時連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	退居時情報提供加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	新興感染症等施設療養費	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	生産性向上推進体制加算Ⅰ	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	生産性向上推進体制加算Ⅱ	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	ADL維持等加算Ⅰ	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	ADL維持等加算Ⅱ	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	若年性認知症入居者受入加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	看取り介護加算Ⅰ	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	看取り介護加算Ⅱ	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	科学的介護推進体制加算	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	認知症専門	(Ⅰ)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	ケア加算	(Ⅱ)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	サービス提	(Ⅰ)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	供体制強化	(Ⅱ)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし

	加算	(Ⅲ)	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	介護職員等処遇改善加算	(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> 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	
	<input type="checkbox"/> 2 なし		

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可	<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）		
協力医療機関	1	名称	医療法人社団江頭会 さくら病院
		住所	福岡市城南区南片江四丁目 16 番 15
		診療科目	内科、整形外科
		協力内容	定期的な健康管理及び健康相談、訪問診療、往診、緊急時の対応等
	2	名称	医療法人 HCU たけとみクリニック
		住所	福岡市中央区輝国二丁目 11 番 13-101
		診療科目	内科
		協力内容	定期的な健康管理及び健康相談、訪問診療、往診、緊急時の対応等
	3	名称	医療法人 ATH もとむらクリニック
		住所	福岡市城南区干隈二丁目 8 番 28
		診療科目	内科、胃腸内科
		協力内容	定期的な健康管理及び健康相談、訪問診療、往診、緊急時の対応等
	4	名称	医療法人健貢会 中山整形外科
		住所	福岡市早良区梅林六丁目 10 番 3
		診療科目	整形外科、リウマチ科、リハビリテーション科
		協力内容	定期的な健康管理及び健康相談、訪問診療、往診、緊急時の対応等
協力歯科医療機関	名称	医療法人五洋会 前田歯科クリニック	
	住所	福岡市中央区六本松四丁目 9-12	
	協力内容	施設利用者が診療を必要とした際は、緊密な連携のもとに診察を行なう。休日や夜間などにおいて、緊急時にも可能な限り協力し、診察を行なう。	

**(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 ※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 (2 人部屋から 1 人部屋への移動)	
判断基準の内容	2 人部屋入居者の内 1 人が退居となった場合は 1 人部屋への住み替えにて入居継続	
手続きの内容	居室変更届の提出	
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		
前払金償却の調整の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	洗面所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	台所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	その他の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし (変更内容)

**(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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	原則として 65 歳以上の方で介護を必要としている方。当施設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や他人に危害を与える恐れがある方は相談の上の対応となる。	
契約の解除の内容	① 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 ② 月額の利用料その他の支払いを不当な理由なく、2 ヶ月にわたり遅滞するとき ③ 入居契約書第 21 条 (禁止又は制限される行為) の規定に違反したとき ④ 利用者の行動が、他の利用者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ利用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 ⑤ 利用者の行動が自傷行為により利用者本人の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ利用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 ⑥ 利用者の症状等の理由で入院などが 3 ヶ月以上または、長期にわたり本契約に基づき入居している実績がないとき	

事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第 30 条
	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	<input type="checkbox"/> あり（内容：1泊2日 6,600 円（税込）食事代込） <input type="checkbox"/> なし	
入居定員	95 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	1	0	1
生活相談員	1	1	0	1
直接処遇職員	39	31	8	33.9
介護職員	36	28	8	30.9
看護職員	3	3	0	3
機能訓練指導員	2	2	0	1
計画作成担当者	1	1	0	1
栄養士	0	0	0	1
調理員	3	1	2	1.7
事務員	3	2	1	2.5
その他職員	2	0	2	1.05
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	20	19	1
実務者研修の修了者	2	2	0
初任者研修の修了者	4	4	0
介護支援専門員	3	3	0

(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	3	3	
理学療法士	2	2	
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 ( 17時00分 ~ 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	6人	6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 <input checked="" type="checkbox"/> 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)	3 : 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし							
	業務に係る資格等		<input checked="" type="checkbox"/> 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					1					
前年度1年間の退職者数			4						1	
応じた業務に従事した経験年数に 職員の人数	1年未満		2	1						
	1年以上 3年未満		6				1		1	
	3年以上 5年未満	2		3	1			1		
	5年以上 10年未満			10	5					
	10年以上	1		7	1	1				
	従業者の健康診断の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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 checked="" 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 checked="" 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	入居契約書第 28 条
	手続き	入居契約書第 28 条

### (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 3	
	年齢	歳	歳	
居室の状況	床面積	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	浴室	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
	台所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
入居時点で必要な費用	前払金	0 円	0 円	
	敷金	300,000 円	300,000 円	
月額費用の合計		211,852 円～213,852 円	216,147 円～218,147 円	
家賃		54,000 円～56,000 円	54,000 円～56,000 円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用	16,992 円	21,287 円	
	介護保険外 <sup>※2</sup>	食費	53,460 円	53,460 円
		管理費	59,400 円	59,400 円
		介護費用	円	円
		共益費	28,000 円	28,000 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）**

費目	算定根拠
家賃	周辺地域におけるほぼ同条件の賃貸物件を参考にする。
敷金	家賃の6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	事務通信費、生活サービスにかかる人件費、外部委託費（清掃・洗濯・産廃・リネン・その他設備管理）
食費	1日3食を提供する為の費用
光熱水費	共益費を含む
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）

**（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	介護保険自己負担分
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）	
※ 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)		
償却の開始日		
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)		
初期償却率		
返還金の算定方法	入居後 90 日以内の契約終了	
	入居後 90 日を超えた契約終了	
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	22 人
	女性	63 人
年齢別	65 歳未満	0 人
	65 歳以上 75 歳未満	1 人
	75 歳以上 85 歳未満	15 人
	85 歳以上	69 人
要介護度別	自立	0 人
	要支援 1	14 人
	要支援 2	6 人
	要介護 1	16 人
	要介護 2	13 人
	要介護 3	12 人
	要介護 4	19 人
	要介護 5	5 人

入居期間別	6ヶ月未満	5人
	6ヶ月以上1年未満	13人
	1年以上5年未満	50人
	5年以上10年未満	15人
	10年以上15年未満	1人
	15年以上	1人

### (入居者の属性)

平均年齢	89.5歳
入居者数の合計	85人
入居率*	89.4%
※ 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 (※)	1人
	その他の社会福祉施設	1人
	医療機関	人
	死亡者	22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	2人
		(解約事由の例) ・費用の負担が少ない特別養護老人ホームへ転居 ・ご家族宅近くの施設への転居
※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及び介護医療院		

## 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) ※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		生活倶楽部ウイズ南片江 施設長 田中 巧真
電話番号		092-866-0065
対応している時間	平日	午前9:00～午後5:00
	土曜	午前9:00～午後5:00
	日曜・祝日	午前9:00～午後5:00
定休日		なし
窓口の名称2		株式会社ウイズグループ 管理本部 総務部 佐藤 祐樹
電話番号		092-712-0306
対応している時間	平日	午前9:00～午後5:00
	土曜	午前9:00～午後5:00
	日曜・祝日	午前9:00～午後5:00
定休日		なし
窓口の名称		【高齢者虐待の相談等】 福岡市福祉局 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	午前9:00～午後5:00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		

(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	保険の名称：介護保険・社会福祉事業者総合保険 保険会社名：あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
	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	身元引受人・連帯保証人と保険者に報告する
	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 2 なし	実施日	2022年12月
		結果の開示	1 あり 2 なし
第三者による評価の実施状況	1 あり 2 なし	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 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	1 あり	(開催頻度) 年1回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容) 書面での運営報告を実施
	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	<input checked="" 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 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	<input type="checkbox"/> 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	<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	
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
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>				
訪問介護	あり	なし	訪問介護ウィズ ステーション福岡	福岡市南区長丘五丁目25-7
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし	訪問看護ウィズナ ーステーション福岡	福岡市南区長丘五丁目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	デイサービスウィズ ランド博多 デイサービスウィズ ランド長丘 デイサービスウィズ ランド長丘Ⅲ	福岡市博多区奈良屋町8-19 福岡市南区長丘三丁目21-5 福岡市南区長丘三丁目4-13
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	生活倶楽部ウィズ長丘 生活倶楽部ウィズ長尾	福岡市南区長丘三丁目24-20 福岡市城南区長尾二丁目14-31
福祉用具貸与	あり	なし		
特定福祉用具販売	あり	なし		
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>				
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	ウィズライフ西新 ウィズライフ別府 ウィズライフ奈良屋	福岡市早良区城西二丁目9-18 福岡市城南区別府三丁目7-18 福岡市博多区奈良屋町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	ウィズケアプランサ ービス	福岡市南区野間4-6-4フェア・ロザムンデ野間 1F
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>				
訪問介護	あり	なし	訪問介護ウィズ ステーション福岡	福岡市南区長丘五丁目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	訪問看護ウィズナ ーステーション福岡	福岡市南区長丘五丁目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	生活倶楽部ウィズ長丘 生活倶楽部ウィズ長尾	福岡市南区長丘三丁目24-20 福岡市城南区長尾二丁目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		
<b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b>				
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	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	福岡市早良区城西二丁目9-18 福岡市城南区別府三丁目7-18 福岡市博多区奈良屋町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		
介護医療院	あり	なし		

## 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	なし				
介護サービス									
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			○		実費負担
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり			○		週4回目以降自己負担1回550円（税込）
特浴介助	なし	あり	なし	あり					
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					
通院介助（協力医療機関以外）	なし	あり	なし	あり			○		1時間1,980円（税込）にて実施
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり					
リネン交換	なし	あり	なし	あり					
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○	○			日常着以外のクリーニング料金自己負担
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり					
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり			○		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			○		実費負担
買い物代行（通常の利用区域）	なし	あり	なし	あり					
買い物代行（上記以外の区域）	なし	あり	なし	あり			○		1時間1,980円（税込）にて実施
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり			○		1時間1,980円（税込）にて実施
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			○		外部専門家にかかる費用は自己負担
健康相談	なし	あり	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	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	なし	あり			○		外部専門家にかかる費用は自己負担
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり			○		外部専門家にかかる費用は自己負担
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					
入退院時の同行（協力医療機関）	なし	あり	なし	あり					
入退院時の同行（協力医療機関以外）	なし	あり	なし	あり			○		1時間1,980円（税込）にて実施
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり			○		1時間1,980円（税込）にて実施
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり			○		1時間1,980円（税込）にて実施
その他のサービス※4									

※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、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。