

重要事項説明書

| | |
|-------|-------------|
| 記入年月日 | 2020年 7月 1日 |
| 記入者名 | 平良 久美 |
| 所属・職名 | 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 | 個人 : <u>法人</u> |
| | ※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 おきなわとくしゅうかい 医療法人 沖縄徳洲会 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 906-0417 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 098-998-3221 |
| | FAX番号 | 098-998-3220 |
| | ホームページアドレス | http:// |
| | メールアドレス | tokuteimiyatoku@miyatoku.jp |
| 代表者 | 氏名 | 安富祖 久明 |
| | 職名 | 理事長 |
| 設立年月日 | 昭和・平成 53 年 06 月 10 日 | |
| 主な実施事業 | ※別添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) とくていしせつ みやとく 特定施設 みやとく | |
| 所在地 | 〒 906-0014 沖縄県宮古島市平良字松原552-2 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | 駅 |
| | 交通手段と所要時間 | ① 自動車利用の場合 ・宮古空港より乗車約10分 |
| 連絡先 | 電話番号 | 0980-74-2826 |
| | FAX番号 | 0980-74-2527 |
| | ホームページアドレス | http:// |
| | メールアドレス | tokuteimiyatoku@miyatoku.jp |
| 管理者 | 氏名 | 平良 久美 |
| | 職名 | 施設長 |
| 建物の竣工日 | | 昭和・平成 21 年 12 月 15 日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 昭和・平成 22 年 01 月 04 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 | 4775500244 |
| | 指定した自治体名 | 沖縄県 |
| | 事業所の指定日 | 平成 22 年 04 月 01 日 |
| | 指定の更新日(直近) | 平成 28 年 04 月 01 日 |

3. 建物概要

| | | | | | | |
|----------|--|---------------------------------|---------------------------------|--------|-------|--------|
| 土地 | 敷地面積 | 3622.85㎡ | | | | |
| | 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 (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 | ㎡ | | | |
| | | うち、有料老人ホーム部分 | ㎡ | | | |
| | 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 (年 月 日～ 年 月 日) 2 なし | | | | |
| | 契約の自動更新 | | | | | |
| 居室の状況 | 居室区分 【表示事項】 | ① 全室個室 (うち親族使用可能部屋 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 | 18.00㎡ | 50 | 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 | 5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 | 5ヶ所 |
| | 共用浴室 | 4ヶ所 | 個室 | 2ヶ所 |
| | | | 大浴場 | 2ヶ所 |
| | 共用浴室における 介護浴槽 | ヶ所 | チェアー浴 | ヶ所 |
| | | | リフト浴 | ヶ所 |
| | | | ストレッチャー浴 | ヶ所 |
| | | | その他() | 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 | ① あり 2 なし | | |
| | 火災通報設備 | ① あり 2 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 | <p>1. 事業者は利用者の要支援又は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に踏まえて、日常生活に必要な援助を計画的に行う。</p> <p>2. 利用者の置かれている環境、現に抱えている問題、利用者及び家族の意向を踏まえ、作成されたサービス計画に基づき、他の従業者との連携及び介護サービス以外に関する事項も含め支援を行うものとし、漫然かつ画一的なものとならないように配慮して行う。</p> <p>3. 特定施設の介護提供に当たっては、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、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行う。</p> <p>4. 特定施設の介護の提供に当たっては、当該利用者又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。</p> <p>5. 事業者は、自らその提供する特定施設の介護の質の評価を行い、常にその改善を図るものとする。</p> |
| サービスの提供内容に関する特色 | 敷地内に総合病院が隣接、医療機関との連携により医療度の高い入居者の受け入れや、24時間看護師の対応が可能。 |
| 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、掃除等の家事の供与 | 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 | | 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 |
| | 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 |
| | 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) | |
| | 2 なし | 3 : 1 | |

(医療連携の内容)

| | | | |
|--------|---|------------|--------------------|
| 医療支援 | | ① 救急車の手配 | |
| ※複数選択可 | | 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 | 医療法人沖縄徳洲会 宮古島徳洲会病院 |
| | | 住所 | 宮古島市平良字松原552-1 |
| | | 診療科目 | 内科・外科・整形外科・泌尿器科・救急 |

| | | | |
|----------|---|------|--|
| | 2 | 協力内容 | |
| | | 名称 | |
| | | 住所 | |
| | | 診療科目 | |
| | | 協力内容 | |
| 協力歯科医療機関 | | 名称 | |
| | | 住所 | |
| | | 協力内容 | |

(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() | |
| 判断基準の内容 | 状態悪化により看護での観察が必要な場合。御家族希望時 | |
| 手続きの内容 | 書面にてご家族より居室移動同意書を記入有 | |
| 追加的費用の有無 | 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 | 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 | 自立している者 | 1 あり ② なし |
| 【表示事項】 | 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>1. 認知症の方々についての対応は、他の入居者との区別はなく、特別な見守り、付添いは行えません。特別な対応が必要な場合は、甲乙協議の上、転居していただく場合があります。</p> <p>2. 入居中に認知症を発症し、施設において入居者の安全確保や対応が難しいと判断した場合には、甲乙協議の上、転居していただく場合があります。</p> <p>3. 入居者の緊急時には、家族及び連帯保証人に連絡する事になりますので、お知らせいただく緊急連絡先は速やかに連絡が取れる電話番号を記載してください。</p> <p>4. 入居者の過失、故意によって生じた施設内における損害については、賠償していただくことになります。また、他の入居者に対しての損害についても同じ扱いになります。</p> <p>5. 次の事項については連絡・承認事項となりますので注意してください。 1) 外出又は外泊する場合には連絡してください。 2) 連帯保証人に連絡が取りづらくなる場合(入院・旅行等)には連絡してください。 3) 入居者への差し入れについては、健康管理の関わりから職員が把握する必要がありますのでご連絡ください。 4) 消灯後の居室訪問は事前に承認が必要になりますので、あらかじめ訪問日時をご連絡ください。 5) 消灯後の供用部分(台所・食堂・浴室等)を使用する場合には事前に承認が必要になりますので、あらかじめ使用日時をご連絡ください。 6) 他の入居者に感染の可能性がある疾病を罹患された場合は、ご家族及び関係者と連携を図り、早急に医療機関に受診していただき、医師による治療又は処置の指示を受けるものとします。また、医師が完治したと判断するまでは、施設供用部分の使用を控えていただきますようお願いいたします。</p> | |
| 契約の解除の内容 | 入居者の認知症を発症、入居者の安全確保、対応が困難とした時、甲乙協議の上、転居して頂く場合があります。 | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 入居契約書第9条 |
| | 解約予告期間 | 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：） ② なし |
| 入居定員 | 50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 | | 1 |
| 生活相談員 | 1 | 1 | | 1 |
| 直接処遇職員 | | | | |
| 介護職員 | 18 | 18 | | 18 |
| 看護職員 | 6 | 6 | | 6 |
| 機能訓練指導員 | 1 | 1 | | 1 |
| 計画作成担当者 | 1 | 1 | | 1 |
| 栄養士 | | | | |
| 調理員 | 3 | 3 | | 3 |
| 事務員 | 1 | 1 | | 1 |
| その他職員 | | | | |
| 従業員1人あたりの利用者数 (利用者数/職員数(実人数)合計) | | | | 1.5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 | | | |
| 介護福祉士 | 12 | 12 | |
| 実務者研修の修了者 | 2 | 2 | |
| 初任者研修の修了者 | 2 | 2 | |
| 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 | 6 | 6 | |
| 理学療法士 | | | |
| 作業療法士 | | | |
| 言語聴覚士 | | | |
| 柔道整復士 | 1 | 1 | |
| 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(16:30～9:30) | | |
|----------------------|------|----------------|
| | 平均人数 | 最少時人数(休憩者等を除く) |
| 看護職員 | 2人 | 1人 |
| 介護職員 | 2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※ 【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) | 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 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 | | | | 3 | | | | | | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | | | 1 | | | | | | | | | |
| 業務に応じた事職したの経験年数 | 1年未満 | | | 2 | | 1 | | | | | | | |
| | 1年以上3年未満 | | | 4 | | | | 1 | | | | | |
| | 3年以上5年未満 | 1 | | 3 | | | | | | | | | |
| | 5年以上10年未満 | 4 | | 4 | | | | | | 1 | | | |
| | 10年以上 | 1 | | 5 | | | | | | | | | |
| | 従業者の健康診断の実施状況 | | | | | | | | | | | ① あり 2 なし | |
| | 従業者に対する教育訓練等、資質向上に向けた取組の実施状況 | | | | | | | | | | | 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 |
|----------------------------|---------------------------|---------|-------------------|------------------|
| 入居者の 状況 | 要介護度 | | 要介護3 | 要介護4 |
| | 年齢 | | 89 歳 | # 歳 |
| 居室の状況 | 床面積 | | 18 m ² | # 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 | | 0 円 | 0 円 |
| | 敷金 | | 20,000 円 | 20,000 円 |
| 月額費用の合計 | | | 119,625 円 | 123,208 円 |
| 家賃 | | | 36,000 円 | 36,000 円 |
| サ ー ビ ス 費 用 | 特定施設入居者生活介護(※1)の費用 | | 40,260 円 | 44,100 円 |
| | (※2) 介護 保 険 外 | 食費 | 30,000 円 | 30,000 円 |
| | | 管理費 | 9,000 円 | 9,000 円 |
| | | 介護費用 | 円 | 円 |
| | | 光熱水費 | 円 | 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、本欄には記入しない。)

(利用料金の算定根拠)

| 費目 | 算定根拠 |
|----------------------|---|
| 家賃 | 近隣同種の住宅の家賃を考慮から算定 |
| 敷金 | 原状回復に掛かる費用 |
| 介護費用 | (※介護保険サービスの自己負担額は含めないで記入) |
| 管理費 | 共用施設の維持管理 |
| 食費 | 1日3食を提供する為の費用 |
| 光熱水費 | 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 |
| その他のサービス利用料 | 1. 個別的な外出介助(利用者の特別な希望により、個別に行われる買い物・旅行等外出介助、協力医療機関等以外の通院・入退院の際の介助 150円/10分 2. 個別的な買い物等の代行 150円/10分 3. 標準的な回数を超えた入浴を行った場合の介助 200円/回(30分未満) 4. 全身シャンプー代(希望者のみ) 250円/300ml 5. 洗濯代(希望者のみ) 2,000円/月 6. その他日常生活において通常必要となる費用で利用者が負担することが妥当と認められる費用 実費 |

(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 | 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) | |
| ※ 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 | 16 人 |
| | 女性 | 31 人 |
| 年齢別 | 65 歳未満 | 3 人 |
| | 65 歳以上 75 歳未満 | 3 人 |
| | 75 歳以上 85 歳未満 | 13 人 |
| | 85 歳以上 | 28 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 | 2 人 |
| | 要介護2 | 4 人 |
| | 要介護3 | 6 人 |
| | 要介護4 | 25 人 |
| | 要介護5 | 10 人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 3 人 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | 1 人 |
| | 1年以上5年未満 | 29 人 |
| | 5年以上 10 年未満 | 15 人 |
| | 10 年以上 15 年未満 | 0 人 |
| | 15 年以上 | 0 人 |

(入居者の属性)

| | |
|---|------|
| 平均年齢 | 85 歳 |
| 入居者数の合計 | 47 人 |
| 入居率 (※) | 94 % |
| (※) 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 |
| | 社会福祉施設 | 1 人 |
| | 医療機関 | 1 人 |
| | 死亡者 | 4 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 | 0 人 |
| | | (解約事由の例) |

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 | | 特定施設 みやとく |
| 電話番号 | | 0980-74-2826 |
| 対応している時間 | 平日 | 8:30～17:00 |
| | 土曜 | 対応なし |
| | 日曜・祝日 | 対応なし |
| 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 | (その内容) |
| | 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 |
| 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 | 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 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 | 1 あり (提携ホーム名:) | |
| 【表示事項】 | 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 届出あり 2 届出なし | |
| | 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 登録あり 2 登録なし | |
| 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 不適合事項あり 2 不適合事項なし | |
| 合致しない事項がある場合の内容 | <input type="checkbox"/> 居室が個室ではない(<input type="checkbox"/> 全室・ <input type="checkbox"/> 居室の一部) <input type="checkbox"/> 一般居室が1人当たり床面積が10.65㎡未満 (<input type="checkbox"/> 全室・ <input type="checkbox"/> 居室の一部) <input type="checkbox"/> 消防法等に定める設備等の設置なし (<input type="checkbox"/> スプリンクラー全室 <input type="checkbox"/> 自動火災報知設備 <input type="checkbox"/> 火災通報装置) <input type="checkbox"/> その他(具体的に) | |
| 「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(代替措置を実施) | |
| | 2 適合している(将来の改善計画を策定している) | |
| | 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 | 1 指導事項あり(過去1年以内に改善) | |
| | 2 指導事項あり(未改善のまま、指導から1年経過) | |
| | ③ 指導事項なし | |
| 1又は2の場合、不適合事項の内容 | | |

添付書類:別添1 (別に実施する介護サービス一覧表)

別添2 (個別選択による介護サービス一覧表)

※ _____ 様

説明年月日 平成 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

(1)事業主体が、沖縄県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 | 宮古島徳洲会病院訪問介護 | 沖縄県宮古島市平良字松原552-1 |
| 訪問入浴介護 | あり | なし | | |
| 訪問看護 | あり | なし | 宮古島徳洲会病院訪問介護 | 沖縄県宮古島市平良字松原552-1 |
| 訪問リハビリテーション | あり | なし | 宮古島徳洲会病院 | 沖縄県宮古島市平良字松原552-2 |
| 居宅療養管理指導 | あり | なし | 宮古島徳洲会病院 | 沖縄県宮古島市平良字松原552-3 |
| 通所介護 | あり | なし | | |
| 通所リハビリテーション | あり | なし | 通所リハビリテーション事業所 | 沖縄県宮古島市平良字松原552-1 |
| 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 | | 沖縄県宮古島市平良字松原552-1 |
| 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 | | |
| 地域密着型通所介護 | あり | なし | | |
| 居宅介護支援 | あり | なし | 居宅介護支援事業所 | 沖縄県宮古島市平良字松原552-1 |
| <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 | あり | なし | 宮古島徳洲会病院 | 沖縄県宮古島市平良字松原552-1 |
| 介護予防訪問リハビリテーション | あり | なし | 宮古島徳洲会病院 | 沖縄県宮古島市平良字松原552-2 |
| 介護予防居宅療養管理指導 | あり | なし | 宮古島徳洲会病院 | 沖縄県宮古島市平良字松原552-3 |
| 介護予防通所リハビリテーション | あり | なし | 宮古島徳洲会病院 | 沖縄県宮古島市平良字松原552-4 |
| 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 | 特定施設みやとく | 沖縄県宮古島市平良字松原552-4 |
| 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 | | |

(2)介護予防・日常生活支援総合事業

| | | | | |
|--------------|----|----|--|--|
| 訪問型サービス | あり | なし | | |
| 通所型サービス | あり | なし | | |
| その他の生活支援サービス | 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) | | 包含 | 都度 | 備考 | | | |
| | | | | ※2 | ※2 | | | | |
| | | | | ※3 料金 | | | | | |
| 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 | | | | | |
| おむつ代 | なし | あり | なし | あり | | | | | |
| 入浴(一般浴)介助・清拭 | なし | あり | なし | あり | | | | | |
| 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 | なし | あり | なし | あり | | | | | ※付添いができる範囲を明確化すること |
| 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 | | | | | |
| 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 | | | | | |
| 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 | | ○ | 1,000 | | 出張サービスによる散髪で1回につき1,000円 |
| 買い物代行 | なし | あり | なし | あり | | | | | ※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 | 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 | | | | | ※回数(年○回など)を明記すること |
| 健康相談 | なし | あり | なし | あり | | | | | |
| 生活指導・栄養指導 | なし | あり | なし | あり | | | | | 希望や必要に応じて行っている |
| 服薬支援 | なし | あり | なし | あり | | | | | |
| 生活リズムの記録(排便・睡眠等) | なし | あり | 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 | なし | あり | | | | | |
| 入退院時の同行 | なし | あり | なし | あり | | | | | ※付添いができる範囲を明確化すること |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | あり | なし | あり | | | | | |
| 入院中の見舞い訪問 | なし | あり | なし | あり | | | | | |

※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、月額の利用料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。