

重要事項説明書

記入年月日	平成29年7月1日
記入者名	沖縄 琉二
所属・職名	事務部長
ホームページ公開	<input checked="" type="radio"/> 可 <input type="radio"/> 不可

※ 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 <input checked="" type="radio"/> 法人 <input type="radio"/>	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) (かぶしきかいしゃ あいらんどかいご) 株式会社 アイランド介護	
主たる事務所の所在地	〒900-8570 沖縄県那覇市泉崎1丁目2番2	
連絡先	電話番号	098-866-2214
	FAX番号	098-862-6325
	ホームページアドレス	http://www.pref.okinawa.lg.jp
	メールアドレス	Shisetsu-fukushi@pref.okinawa.lg.jp
代表者	氏名	沖縄 琉栄
	職名	代表取締役社長
設立年月日	昭和・平成 <input checked="" type="radio"/> 25年 4月 1日	
主な実施事業	有料老人ホーム事業、不動産事業、介護保険事業	

記入要領

記入年月日、記入者、所属・職名

所属・職名には、記入者の職名(例:施設長や事務長)を記入。

ホームページ公開

当重要事項説明書を県ホームページで公開不可の場合は、「不可」を○または□で囲む。「可」が明示的に選択されていた場合および、記入がない場合には、公開する。

【1 事業主体概要】種類、名称、主たる事業所の所在地

・個人、法人を○あるいは□で囲む。

＊有料老人ホームの運営は個人ではなく、法人である必要がありますので、個人運営の場合には、早急に法人化いただく必要があります。

・種類は、株式会社、有限会社、合同会社、社会福祉法人、特定非営利活動法人等を記入。

・主たる事業所の所在地は、法人の本社所在地を記入。〒番号も忘れずに記入。

【1 事業主体概要】連絡先

・電話番号、FAX番号を記入。FAXが無い場合は、「なし」と記入。

・ホームページが有る場合は、URLを記入。無い場合は、「なし」と記入。

・メールアドレスを記入。

＊県からの連絡にも使用させていただきますので、常時使用されているアドレスを記入してください。

【1 事業主体概要】代表者

・代表者の氏名および役職名(例:代表取締役社長、理事長など)を記入

【1 事業主体概要】設立年月日、主な実施事業

・設立年月日は、登記事項との整合性を図る。

・主な実施事業については、有料老人ホーム事業にくわえて、法人が運営する事業を記入例(不動産業、クリニック(医院)、介護保険事業) なお、介護保険事業を記入した場合は、実施している介護保険事業を、重要事項説明書 別添1の該当するサービスに○を付けて実施している事業所名称と住所も別添1に記入する。

記入要領

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) (じゅうたくがたゆうりょうろうじんほむ ひがししなかい) 住宅型有料老人ホーム 東シナ海	
所在地	〒900-8570 沖縄県那覇市泉崎1丁目20番20	
主な利用交通手段	最寄駅	モノレール県庁前駅 (バス停も県庁前)
	交通手段と所要時間	駅から 200m(徒歩約 4分) バス利用の場合 ・那覇バスターミナル行きバスで県庁前停留所下車、徒歩 1分
連絡先	電話番号	098-866-0000
	FAX番号	098-866-0000
	ホームページアドレス	http://www.pref.okinawa.lg.jp
	メールアドレス	shisetsu-fukushi@pref.okinawa.lg.jp
管理者	氏名	沖縄 琉一 (おきなわ りゅういち)
	職名	施設長
建物の竣工日		昭和 <u>平成</u> 29年 6月 15日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和 <u>平成</u> 29年 8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)		
<u>3</u> 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

【2 有料老人ホーム事業の概要】 名称、所在地

- ・名称、所在地は、設置届に記載した正式名称を記載(情報開示一覧の名称とも合致させる)
- ・〒番号も忘れずに記入。

【2 有料老人ホーム事業の概要】 主な利用交通機関

- ・最寄駅は、モノレール駅、バス停留所名を記入。
- ・交通手段と所要時間は、最寄駅やバス停からの距離を記入し、徒歩による所要時間の場合は道路距離80mを1分として(1分未満は切り上げ)記入。
バスの路線が限定される場合は、バス番号(例 11番安岡宇栄原線 XX停留所下車 徒歩5分)を含めて記入。
- ・最寄駅から徒歩圏外の場合は、XX停留所下車 2.5kmと、道路距離のみを記入。
- ・離島等で、公共交通機関が利用不可の場合は、XX役場から10kmなどと、目印となる地点からの距離を記入

【2 有料老人ホーム事業の概要】 建物の竣工日

- ・建物の竣工日は、増改築にかかわらず、当初の建物竣工日を記入。

【2 有料老人ホーム事業の概要】 有料老人ホーム事業の開始日

- ・ホームの開設日を記入。(予定の場合は、予定日を記入)
- ・他社から事業継承した場合は、事業継承後の開設日を記入し、当初に事業開始日も付記する
例: 平成29年3月1日(当初開設日 平成23年8月1日)
- ・建物の建て替えや住所変更を伴う移転があった場合は、移転日等を付記する
例: 平成20年1月1日(新施設移転日:平成28年11月1日)

【2 有料老人ホーム事業の概要】 (類型)表示事項

- ・介護付は、介護付有料老人ホームとして認可された施設のみ選択する。
- ・介護付有料老人ホームの場合は、介護保険事業者情報も記入

土地	敷地面積	330㎡				
	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29年1月1日～平成38年12月31日			
	契約の自動更新	1 あり	2 なし			
建物	延床面積	全体	420㎡ (地上4階、地下1階建)			
		うち、有料老人ホーム部分	301㎡ (1階部分を除く)			
	耐火構造	1 耐火建築物				
		2 準耐火建築物				
		3 その他 ()				
		4 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29年1月1日～平成38年12月31日			
	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 (親族使用可能二人室 2室有)				
		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	10.80㎡	20	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	12.50㎡	3	一般居室個室
	タイプ3	有/無	有/無	22.65㎡	2	一般居室個室 (親族入居可)
	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	㎡			

記入要領

【3 建物概要】 土地

- ・敷地面積は、建築確認済証等で確認して記入。
- ・建物の部分賃貸等で土地の賃貸契約が無い場合は、所有関係の1, 2を○で囲まず、2の右横に以下の例にならない記入
例： 2 事業者が賃借する土地 (土地賃貸契約に該当しない)

【3 建物概要】 建物

- ・延べ床面積は、建築確認済証等で確認して記入。
- ・建物の階高を面積右に () 下記で付記。
- ・建物の一部のみを有料老人ホームで使用する場合は、該当する床面積と何階部分を除くかを付記。
- ・耐火構造、構造は建築確認済証、建物設計書等で確認して記入
- ・建物の部分賃貸等で土地の賃貸契約が無い場合は、所有関係の1, 2を○で囲まず、2の右横に以下の例にならない記入
例： 2 事業者が賃借する土地 (土地賃貸契約に該当しない)

【3 建物概要】 居室の状況

- ・居室区分の全室個室は、1人入居および夫婦、親族で入居可能な2人部屋も個室と扱う
親族入居可能部屋がある場合には、タイプ分け記入表の区分欄に(親族入居可)と付記すること。
- ・相部屋ありは、他人同士が2人以上入居する部屋がある場合に該当。天井まで達していない
界壁ではない壁や、パーティションで区切られた部屋も相部屋に該当する。
- ・面積は内法面積(壁芯面積の場合は、面積欄に(壁芯)と付記すること。
- ・区分の「介護居室」「一時介護室」については、住宅型、健康型では該当しない。介護付有料
老人ホームにおいて使用する区分。

記入要領

※「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	7ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	5ヶ所
			うち車椅子等の対応が可能な便房	7ヶ所
	共用浴室	2ヶ所	個室	0ヶ所
			大浴場	2ヶ所
	共用浴室における介護浴室	1ヶ所	チェアー浴	1ヶ所
			リフト浴	0ヶ所
			ストレッチャー浴	0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			
	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			
消防用施設等	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 (119番直通連動)		
	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				

【3 建物概要】 共用施設

- ・数記入において、ゼロの場合は0を記入。
 - ・便所の男女を区分している場合は「うち男女別の対応が可能な便房」の数を記入
 - ・共用浴室の個室は、居室内にユニットバス等を設置した居室がある場合には、該当数(居室数)を記入。
 - ・入居者や家族が利用できる調理施設は、居室内のミニキッチン等ではなく、共用施設内にて、対応可能な調理設備の「あり」「なし」に○。
 - ・その他には、入居者が利用可能な共有設備を記入。(例：サークル室、機能訓練室、シアタールーム)
- ただし、利用に費用のかかる施設や外部の方も利用可能な施設については、景品表示法指定告示に従って、その旨を付記すること。

【3 建物概要】 消防用施設等

- ・「自動火災報知設備」は、火災により発生する熱や煙を自動的に感知し、受信機、音響装置等を鳴動させて建物内に火災が発生したことを知らせることにより避難と初期消火を促す設備。
当設備は、消防へ通報機能を有していない装置のため、消防への通報装置は、火災通報装置の「あり」「なし」にチェックすること。
- ・「火災通報設備」は、施設から消防への直通の通報装置。
職員がボタンを押したり、受話器を取り上げたりすることにより消防に通報される設備と、人を介さないで、「自動火災報知設備」と連動した、自動火災報知設備がある。
連動した 「自動火災報知設備」を設備している場合には、(119番直通連動)を付記すること

* スプリンクラーと連動した「自動火災報知設備」は、既存建物であっても、平成30年4月1日以降は設備必須となります。

- ・防火管理者は、防火管理責任者の「あり」、「なし」に○
- ・防災計画は、防火管理責任者が作成した防災計画の「あり」、「なし」に○
ただし、入居者、職員を含め10名未満の施設で、防火管理責任者が必須でない場合において、防火管理責任者以外の者が防災計画を作成した場合も「あり」とする。

4 サービスの内容
(全体の方針)

運営に関する方針	施設の運営方針を自由に記入。 入居者へのアピール箇所ですので、記入をお願いします。		
サービスの提供内容に関する特色	提供するサービスの特色を自由に記入。 入居者へのアピール箇所ですので、記入をお願いします。		
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の加算の対象となるサービスの体制の有無	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	
	医療機関連携加算	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		① 救急車の手配 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	
		住所	
		診療科目	
	2	協力内容	
		名称	
		住所	
協力歯科医療機関		診療科目	
		協力内容	
		名称	
		住所	
		協力内容	

記入要領

【4 サービスの内容 (全体の方針)】 運営に関する方針、サービスの提供内容に関する特色
・ 入居希望者、ご家族へのアピールとなる箇所ですので、ホームの方針、提供サービスの特色を自由に記入する。
記入内容は、届出書類の施設の運営方針(自由様式)の内容を齟齬がないようにすること。

【4 サービスの内容 (個別サービスの提供主体)】
・ 各サービスの提供主体に○あるいは□で囲む
*重要事項説明書の別添2(有料老人ホーム・サービス付き高齢者住宅が提供するサービスの一覧表)と齟齬がないようにすること。
「自ら実施」:施設自身が提供する場合
「委託」:業者等に委託する場合。例:清掃や食事の提供を外部業者に委託している場合
「なし」:提供しない場合

【4 サービスの内容 (介護サービスの内容)】
・ 介護付有料老人ホーム(特定施設入居者生活介護)の記入項目。
住宅型、健康型は記載不可です。未記入のままか、斜線を引く。

【4 サービスの内容 (医療支援)】
・ ホームとして入居者に行う医療支援の該当項目を○あるいは□で囲む。(複数選択可能)
費用が発生する場合は、*重要事項説明書の別添2(有料老人ホーム・サービス付き高齢者住宅が提供するサービスの一覧表)に、金額等を記入すること。

【4 サービスの内容 (医療連携の内容)】
・ 協力(提携)医療機関、協力(提携)歯科医療機関がある場合は、記入
*管理規程、入居契約書にて、医療機関連携を明記している場合には、提携先を必ず記入すること。

(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 (一般居室どうしの住み替え有り)	
判断基準の内容	・事業者からにより、入居室(階)を移ることを求める場合があります。 ・入居者、身元引受人の希望による居室変更の場合、客観的条件の許す範囲で事業者が同意する場合に居室を変更することができます。	
手続きの内容	①ホームが指定する医師の意見を聞く ②本人およびキーパーソンの同意 ③入居者からの申し出の場合は、事業者側の同意	
追加的費用の有無	① あり 2 なし	
居室利用権の取扱い	住み替え後の居室に移行	
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 【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	嗜痰吸引等医療行為の必要者は入居不可	
契約の解除の内容	①入居者が死亡した場合 ②入居者、また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、他の入居者・職員の生命に危害をおよぼす恐れがあり、通常の介護方法・接遇方法では防止できない場合等。
	解約予告期間	3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: 空室がある場合。1泊食事付き (3,000円+消費税) 2 なし	
入居定員	27人	
その他	身元引受人が設定できない場合は要相談	

記入要領

【4 サービスの内容(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(利用中の居室の移動)
一般居室から一次会後居室や介護居室(またはその逆)への住み替えがある場合には、○または□で囲む。
一般居室どうしや、介護居室どうしでの住み替えを行う場合には、3その他を選択して内容を()に記入すること。
- ・入居後に居室を住み替える場合判断記入の内容、手続きの内容
住み替えを事業者から入居者に求める場合の条件(基準)および、手続きの内容(同意等)を記入

【4 サービスの内容(入居後に居室を住み替える場合の変更内容等)】

- ・住み替える場合、変更の可能性のある事項を選択。

【4 サービスの内容(入居に関する要件)】

- ・入居対象となる者
「情報開示一覧」入居時要件と齟齬がないこと。
- ・留意事項
入居対象となる者に記載した介護度要件に合致するが、入居をお断りする等の条件があれば記載すること。入居後に特定の療養管理や処置が必要となった場合は、一般住宅と同様に、医療保険を利用して入居を継続できるが、ホームの看護職員で対応出来ない処置等があれば、入居後のトラブル防止の観点から記入しておくことが望ましい。(入居者は、外部からの医療を受給できる権利を有することには留意)
また、要介護の者を選択した場合でも、要介護1, 2に限定する場合などの条件があればここに記載する。
- ・契約の解除の内容、事業主体から解約を求める場合、予告期間
該当の条件等を記載。有期限契約の場合は、「契約期間が満了した場合」もここに記入。
事業主体からの解除条件では、ここに記載するのは特徴的な条件であり、他の条件もあることが多い。そのような場合には、「等」を付けること。
- ・体験入居を受け入れる場合には、ありを選択して料金等を記入する
- ・入居定員
情報開示一覧、重要事項説明書(建物概要(部屋数)、入居者の状況)と整合性をとること。届出内容に合致すること。

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	0	0	0	0
直接処遇職員	15	5	10	10
介護職員	13	5	8	9
看護職員	2	0	2	1
機能訓練指導員	0	0	0	0
計画作成担当者	0	0	0	0
栄養士	1	0	1	0.2(委託)
調理員	3	1	2	2(委託)
事務員	1	0	1	0.5
その他職員	0	0	0	0
1週間のうち、常勤の従事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	1	1	0
実務者研修の修了者	3	2	1
初任者研修の修了者	7	2	5
介護支援専門員	0	0	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	1	2
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

記入要領

【5 職員体制】 職種別の職員数

- ・有料老人ホームの職員数を記載。
- ・居宅介護を利用している場合、居宅介護事業所の職員として有料老人ホーム入居者の介護に従事している場合は、人数にふくめない。有料老人ホーム職員(非常勤)と居宅介護事業所の職員(非常勤)を兼務している場合は、非常勤人数には1人追加、常勤換算は、平均的な勤務時間を考慮して換算する。
(有料老人ホーム職員として勤務する実人数を正しく表し、あたかも実際より多くの人数が勤務しているような誤解を与えないように注意する)
- ・外部委託している職種があれば(委託)と追記する。
- ・新設の場合は、運営開始時の職員配置予定を記入すること。既に運営している場合は、記入時の職員配置を記入すること。(以下職員関係数についても同様)

【5 職員体制】 資格を有している介護職員の人数、機能訓練指導員の人数

- ・職種別の職員数の常勤・非常勤の区分に従って、有資格者の状況を記載する。
- ・1名で複数の資格を有している場合には、重複した記入を可能とする。

記入要領

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (19時～ 7時)		
	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	4人	3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	2 なし						
	資格等の名称		看護師							
	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	1	1	2	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
応じた業務に従事した経験年数に 業務に従事した経験年数に	1年未満	0	0	1	3	0	0	0	0	0
	1年以上 3年未満	0	0	0	3	0	0	0	0	0
	3年以上 5年未満	0	1	2	2	0	0	0	0	0
	5年以上 10年未満	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	10年以上	0	1	1	1	0	0	0	0	0
	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0
従業者の健康診断の実施状況		1 あり (夜勤者も年1度のみ)		2 なし						

【5 職員体制】 夜勤を行う看護・介護職員の人数

- ・宿直者を除き、夜勤者数と最小時人数を記入。最小時人数は、夜勤帯でもっとも手薄になる時間帯の職員数を記入する。例では4人の夜勤者でひとりずつ休憩を取るとし、最小時人数が3人となっている。2人の休憩時間帯が重なる場合は、最小時人数は2人となる。

【5 職員体制】 夜勤を行う看護・介護職員の人数

- ・介護付有料老人ホーム(特定施設入居者生活介護)の記入項目。住宅型、健康型は記載不可です。未記入のままか、斜線を引く。

【5 職員体制】 職員の状況

- ・管理者
有料老人ホーム管理者について、専任か兼任か。有している資格を記入
- ・各職種職員についての昨年度の退職、採用状況を記入。
- ・各職種職員についての経験人数を記入。
* 職種別の職員数と齟齬がないように注意すること。
- ・従業員の健康診断
定期的な健康診断を実施している場合にはありを選択。
夜勤者については6か月毎の健康診断が義務づけられているが、夜勤者について6か月毎の健康診断が実施出来ていない場合は、ありを選択して(夜勤者も年1回のみ)と付記すること。

記入要領

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法 【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
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 物価、人件費上昇により、2年に1回改訂する場合がある。 手続き 運営懇談会にて意見を伺う。

(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3	
	年齢	80歳	80歳	
居室の状況	床面積	12.50㎡	22.65㎡	
	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	35,000円	60,000円	
月額費用の合計		0円	0円	
家賃		35,000円	30,000円 (親族等2人利用の場合の1人当りの料金。サービス費用も同様)	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用	110,000円	97,500円	
	介護保険外※2	食費	30,000円	30,000円
		管理費	15,000円	10,000円
		介護費用	20,000円	20,000円
		光熱水費	10,000円	7,500円
その他	0円	0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する介護費用は、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。)

【6 利用料金】 利用料金の支払い方法

- ・居住の形態:入居後の部屋移動がある場合など、多くの有料老人ホームの場合は、「利用権方式」となる。施設の状況に応じて記入すること。
- ・入院等による不在時の取り扱い:長期不在時の減額について有無と内容を記入する。
- ・利用料金の改定:入居契約書の規程と整合性を図ること。

【6 利用料金】 利用料金のプラン

- ・プラン:代表的なプランを2つ、事業者側で選定して記入する。例では、親族利用の個室(2人入居)の1人当たりの費用をプラン2に記入している。3プラン以上記入する必要はない。他にプランがあっても、ここでは代表的な2プランのみを記載刷ること。
- ・入居時点で必要な費用:前払金には、入居一時金や介護一時金、健康管理一時金など複数の費用が含まれるホームもある。この場合は景品表示法上、本項目内で金額を書き分ける必要がある。
- ・利用料金プランが一つしかない場合は、プラン1のみの記入でよい。

記入要領

(利用料金の算定根拠)

費用	算定根拠
家賃	建物の賃借料、設備備品費、借入利息、等を基礎として、1室あたりの家賃を算出した。
敷金	家賃の 1ヶ月分
介護費用	(要支援・要介護)の介護費用：長期推計に基づき、要介護者等2人に対し週40時間換算で介護・看護職員を1人以上配置するための費用として、介護保険給付及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く。
管理費	管理費共用施設の維持管理・修繕費。事務管理部門・生活支援サービスの人件費・事務費。
食費	1日あたり1,000円として30日分(朝食200円、昼食300円、夕食500円)
光熱水費	年間の各居室および共有施設の光熱水費用を100%入居を前提として、12ヵ月按分して計算。季節を問わず固定とする。
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	

【6 利用料金】 利用料金の算定根拠

- ・家賃：家賃の原価構成を記入する。
- ・介護費用：要介護者等の介護費用、自立者への介護サービス費用について、景品表示法指定告示に従って記入する。
- ・管理費：使途を記入する。景品表示法指定告示に従ってすべて記入し、「等」で括らないこと。
- ・その他：例示されている費用以外に月額で受領する費用があれば記入する。

【6 利用料金】 特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠

- ・介護付有料老人ホーム(特定施設入居者生活介護)の記入項目。住宅型、健康型は記載不可です。未記入のままか、斜線を引く。

(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

費用	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。	

【6 利用料金】 前払い金の受領

- 前払い金を受領していない場合は、記入不要
- ・前払金の受領：家賃の算定根拠は老人福祉法、介護サービス費用は景品表示法指定告示にそれぞれ従う。
- ・算定根拠：老人福祉法に基づき算定根拠を概括記載する。なお、居室のタイプ等によって金額に幅がある場合は、欄内で金額の範囲を書き分けることも可能。
- ・想定居住期間「初期償却額」「初期償却率」契約方式によって異なる場合は欄内で書き分けることも可能。
- ・償却の開始日：老人福祉法施行規則に従い「入居日の翌日」とする。
※上記について詳細の書き分けを行わない場合は、重要事項説明書に料金表を添付するなどし、消費者との取引条件をすべて明らかにする必要性が高い。
- ・返還金の算定方法：老人福祉法施行規則に従って記入する。
- ・前払金の保全先：具体的な名称を記入する。全国有料老人ホーム協会会員向けの「入居者生活保証制度」等を利用する倍もある。

(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	10人	
	女性	15人	
年齢別	65歳未満	0人	
	65歳以上75歳未満	5人	
	75歳以上85歳未満	8人	
	85歳以上	12人	
要介護度別	自立	0人	
	要支援 1	0人	
	要支援 2	2人	
	要介護 1	3人	
	要介護 2	5人	
	要介護 3	9人	
要介護度別	要介護 4	6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	2人
		1年以上5年未満	23人
		5年以上10年未満	0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	86.8歳
入居者数の合計	25人
入居率※	93%

※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	0人
	死亡者	1人
	その他	0人
生前解約の状況	施設側の申し出	0人
	入居者側の申し出	1人

(解約事由の例)

(解約事由の例)

- ・特別養護老人ホームへの転居

記入要領

【7 入居者の状況】 入居者の人数

- ・冒頭に期した期日時点での入居者状況を記入する。各項目別の合計人数の整合性を図ること。

【7 入居者の状況】 入居者の属性

- ・入院などで、一時的に施設不在になっているが、居室を確保している者も、入居者人数に含める。
- ・平均年齢: 小数点1桁で記入
- ・入居率: 入居者数の合計を定員で除した割合。小数点以下四捨五入で記入。

【7 入居者の状況】 前年度における退去者の状況

- ・すべての入居契約終了者の状況について記入した上で、事業主体、入居者双方から入居契約を解除した理由を記入する。

8 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対する窓口等の状況)※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		アイランド介護 お客様相談窓口
電話番号		098-866-2214
対応している時間	平日	8:30-17:15
	土曜	-
	日曜・祝日	-
定休日		土日祝祭日、慰霊の日

(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) 全国有料老人ホーム協会の「有料老人ホーム賠償責任保険制度」
	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時の対応	① あり	(その内容) 事故対応マニュアルに基づく
	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29年3月1日
		結果の開示	① あり (身元引受人へ郵送および掲示) 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	
	② なし	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 公表していない
管理規程	① 入居希望者に公開
	2 入居希望者に交付
	3 公表していない
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 公表していない
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 公表していない
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 公表していない

記入要領

【8 苦情・事故等に関する窓口】 利用者からの苦情に対応する窓口等の状況
 ・苦情処理細則との整合性を図ること。
 ・複数の窓口がある場合は、列を追加して記入

【8 苦情・事故等に関する窓口】 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等を記入する。
 ・あり、なしは、該当する方を、○あるいは□で囲む

【8 苦情・事故等に関する窓口】 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
 ・あり、なしは、該当する方を、○あるいは□で囲む
 ・それぞれについて直近で実施した内容について記入する。
 ・結果開示が「あり」の場合は、開示方法を追記すること

【9 苦情・事故等に関する窓口】 入居希望者への事前の情報開示
 ・契約前に入居希望者への開示状況の該当箇所を○あるいは□で囲む
 ・入居希望者に公開：法人、施設のHP等で、公開している場合(入居希望者に開示と同意)
 ・入居希望者に交付：希望者からの請求を受けた場合にのみ、しかるべき方法で交付する場合
 * 情報開示一覧は既に県HPにて公開している。重要事項説明書も県HPで公開できるように進めている。

10 その他

運営懇談会	<input type="radio"/> ① あり (開催頻度) 年 1 回 <input type="radio"/> ② なし <input type="checkbox"/> 1 代替措置あり (内容) <input type="radio"/> ② 代替措置なし
提携ホームへの移行 【表示事項】	<input type="radio"/> ① あり (提携ホーム名:) <input type="radio"/> ② なし
有料老人ホーム設置時の老人福祉法29条第1項に規定する届出	<input type="radio"/> ① 届出あり <input type="radio"/> ② 届出なし <input type="radio"/> 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="radio"/> ① 登録あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> ① 不適合事項あり <input type="radio"/> ② 不適合事項なし <input type="checkbox"/> 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 (□全室・□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 (□全室・□居室の一部) <input type="checkbox"/> 消防法等に定める設備等の設置なし (□スプリンクラー全室□自動火災報知設備□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	<input type="radio"/> ① 適合している (代替措置を実施済) <input type="radio"/> ② 適合している (将来の改善計画を策定している。) <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> ① 指導事項あり (過去1年以内に改善) <input type="radio"/> ② 指導事項あり (未改善のまま、指導から1年経過) <input type="radio"/> 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 _____

説明を受けた者署名 _____

※契約を前提とした説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

記入要領

- 【10 その他】運営懇談会
 - ・運営懇談会の「あり」「なし」に○あるいは□で囲む
 - ・「あり」の場合は、頻度を記入すること。
 - ・代替装置：入居定員9名以下の小規模施設で、入居者家族が施設に頻りに訪問されて、有料老人ホーム職員や管理者との会話や連絡の体制が確保されている場合は、個々の会話内容を記録することにより、運営懇談会の代替とできることとする。(「設置運営指導指針8(8)運営懇談会の設置からの解釈)
- 【10 その他】提携ホームへの移行
 - ・同一設置者の運営や提携の介護付有料老人ホームに住み替えて、特定施設入居者生活介護を利用することができる場合には、「あり」を○または□で囲む。
- 【10 その他】届出関係
 - ・老人福祉法第29条第1項に関する届出：届出済みである場合には、「届出あり」を○または□で囲む。
 - ・高齢者の居住の安定確保に関する法律第5条第1項：サービス付き高齢者住宅として登録している場合は、「登録あり」に、そうではない場合(「介護付」「住宅型」「健康型」有料老人ホームである場合は、「登録なし」を○あるいは□で囲む。
- 【10 その他】指導指針との合致しない事項(規模および構造)
 - ・相部屋、面積等で指導指針に適合しない事項があれば「不適合事項あり」を○または□で囲み、合致しない事項の□にレ点をいれるか、■にする(複数選択可)
 - ・既存建物の場合、既存建物の特例に適合しているか否かを選択して○または□で囲、う。
- 【10 その他】指導指針の不適合事項
 - ・県からの立入検査等での指摘事項の有無および改善状況を○または□で囲む。
 - 1, 2の場合には、指摘事項を記載する。指摘事項の例は以下。
 届出(変更届等含む)、定員超過、職員研修、職員健康診断、身体拘束、個人情報管理、避難訓練(防火管理者)、緊急連絡対策(マニュアル等)、非常災害対策、運営懇談会、食事サービス、介護保険サービスとの職員兼務、健康管理サービス(服薬管理)、医療行為、金銭管理、苦情対応、事故対応、衛生管理、契約内容等、広告表示
- 入居者への重要事項説明済み署名
 - ・入居者に説明が済めば、署名を受けること。

記入要領

別添1 設置者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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	アイランド訪問介護 那覇市久茂地1丁目1番地1
訪問入浴介護	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
訪問看護	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
通所介護	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	アイランド通所サービス 那覇市久茂地1丁目1番地1
通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
短期入所生活介護	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
短期入所療養介護	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
福祉用具貸与	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
特定福祉用具販売	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
<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 type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
夜間対応型訪問介護	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
認知症対応型通所介護	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
認知症対応型共同生活介護	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
地域密着型特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
看護小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
居宅介護支援	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
<居宅介護予防サービス>		
介護予防訪問介護	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
介護予防訪問入浴介護	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
介護予防訪問看護	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
介護予防訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
介護予防居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
介護予防通所介護	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
介護予防通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
介護予防短期入所生活介護	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
介護予防短期入所療養介護	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
介護予防特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
介護予防福祉用具貸与	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
特定介護予防福祉用具販売	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
<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	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
介護予防小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
介護予防認知症対応型共同生活介護	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
介護予防支援	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
<介護福祉施設>		
介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
介護療養型医療施設	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	

【別添1】 設置者が沖縄県内で実施する他の介護サービス

- ・該当するサービスがあり、「有」を選択した場合には、事業所名称と事業所所在地を必ず記入すること。

記入要領

【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
住宅型、健康型有料老人ホームは、「無」になる。

住宅型、健康型で提供するサービスは、介護保険対象外となり、全額利用者負担となる。
サービスが「有」の場合は、以下に注意して記入する

- ※2 各種サービスの費用が、月額サービス費用に含まれる場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、該当する欄に「○」を記入する。
- ※3 都度払いの場合は、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。
- ※4 備考欄には、サービスの範囲や条件を明確に記入する。

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						有 / 無
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※4
	(利用者が全額負担)	包含 ※2	都度 ※2	料金※3		
介護サービス						
食事介助		有	○			
排泄介助・おむつ交換		有	○			
おむつ代		有		○	100~300円/枚	種類により異なる
入浴(一般浴)介助・清拭		有	○			
特浴介助		無				
身辺介助(移動・着替え等)		有	○			
機能訓練		無				
通院介助		有		○	2,000円/回	介護タクシー料金は別途必要
生活サービス						
居室清掃		有	○			
リネン交換		有	○			
日常の洗濯		有	○			
居室配膳・下膳		有	○			
入居者の嗜好に応じた特別な食事		無				
おやつ		有		○	50円/回	
理美容師による理美容サービス		有		○	1,000円/回	
買い物代行		無				
役所手続き代行		無				
金銭・貯金管理		無				
健康管理サービス						
定期健康診断		有		○	内容により異なる	見積もり可能
健康相談		有	○			
生活指導・栄養指導		有	○			
服薬支援		有	○			
生活リズムの記録(排便・睡眠等)		有	○			
入退院時・入院中のサービス						
移送サービス		有		○	2,000円/回	介護タクシー料金は別途必要
入退院時の同行		有		○	2,000円/回	介護タクシー料金は別途必要
入院中の洗濯物交換・買い物		無				
入院中の見舞い訪問		無				

※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 「有」の場合は、各種サービスの費用が、月額サービス費用に含まれる場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、該当する欄に「○」を記入する。

※3 都度払いの場合は、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。

※4 備考欄には、サービスの範囲や条件を明確に記入する。