

## 重要事項説明書（宅老所花の里）

記入年月日	平成28年12月1日
記入者名	上原初子
所属・職名	代表者

## 1. 事業主体概要

種類	個人／法人	(個人) : 法人
	※法人の場合、その種類	
名称	(ふりがな) たくろうしょ はなのさと 宅老所 花の里	
主たる事務所の所在地	〒 904-2164	
連絡先	電話番号	098-927-9847
	FAX番号	098-927-9847
	ホームページアドレス	http://
代表者	氏名	上原初子
	職名	代表者
設立年月日	平成 23年 8月 10日	
主な実施事業	※別添1(別の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) タクロウシヨハナノサト 宅老所花の里	
所在地	〒 904-2164 沖縄市大里108番地	
主な利用交通手段	最寄駅	_____ 駅
	交通手段と所要時間	_____
	バス	高原交差点から徒歩で5分程
連絡先	電話番号	098-927-9847
	FAX番号	098-927-9847
	ホームページアドレス	http:// なし
者	氏名	上原加代子
	職名	管理者
	建物の竣工日	平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日
	有料老人ホーム事業の開始日	平成 23年 8月 10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	_____
	指定した自治体名	_____
	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	429 m <sup>2</sup> (130坪)				
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地		なし		
		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			
		2	なし			
	契約の自動更新	あり				
建物	延床面積	全体	106.8m <sup>2</sup>			
		うち、老人ホーム部分	96m <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	( H23年 8月 10日～ H31年 8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】	1 全室個室 (内夫婦部屋 室)				
		② 相部屋あり				
		最少				
	最大					
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分(※)
	タイプ1	有/無	有/無	8.25m <sup>2</sup>	1室(仲田)	一般個室
	タイプ2	有/無	有/無	9.45m <sup>2</sup>	1室(吉田)	相部屋風
	タイプ3	有/無	有/無	8.75m <sup>2</sup>	1室(比嘉)	
	タイプ4	有/無	有/無	9.6m <sup>2</sup>	1室(糸満)	相部屋風
	タイプ5	有/無	有/無	9.6m <sup>2</sup>	1室(島袋)	同
	タイプ6	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ7	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ8	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ9	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
タイプ10	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 うち車椅子等の対応が可能な便房	○
	共用浴室	1	ヶ所	個室 大浴場	○
	共用浴室における 介護浴槽	1	ヶ所	チェアー浴	○
				リフト浴	
				ストレッチャー浴	
				その他( 同一建物内のデイの浴室を利用している。 )	
	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	1年に2回避難訓練をしている。				

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	常に快適かつ安全に楽しく過ごすことができる老人ホームの事業運営を行っている。 各入居者の人格、意思及び置かれた立場を尊重したサービスを提供している。
サービスの提供内容に関する特色	各自の多様なニーズに対応した質の良い支援を行っている。 虐待やそれに類する行為は絶対に行わないことを全職員に周知徹底し それを全職員が遵守している。
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	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)	
	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 (家族に連絡し病院に来てもらう。) ② 入退院の付き添い (家族が病院にくるまで付き添いする。きたら交代する。) ③ 通院介助 (通院のため病院への送迎及び付き添いをするところがある。) ④ その他(	
医療機関	1	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
	2	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	
手続きの内容	
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 【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	要介護5で極めて重度で医療的な支援が常時必要な方は看護師と相談して受け入れ可能か否かを判断する。	
契約の解除の内容	入居契約に違反したとき。入居費を支払いしないとき。	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	退去を促すようにしている。
	解約予告期間	1ヵ月
入居者からの解約予告期間	1ヵ月	
体験入居の内容	1 あり (内容: ただし、居室が空いているときに限る。空いていないときは断る。 ② なし	
入居定員	5 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) 比嘉昌敏(常勤) 棚原恵美(常勤) 玉城貞治(常勤) 清水美智子(非常勤) 比嘉隆夫(非常勤) 美里里美(非常勤)

	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	
生活相談員		0	
直接処遇職員			
介護職員		2	2
看護職員			
機能訓練指導員			
計画作成担当者			
栄養士			
調理員			
事務員		1	0.1
その他職員			
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 ※2			参 40
※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		
実務者研修の修了者		
初任者研修の修了者		
介護支援専門員		

(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		
理学療法士		
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		

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間(20時~翌7時)		
	平均人数	最少時人数(休憩者等を除く)
看護職員	0人	
介護職員	4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)	

※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、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	
	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
前年度1年間の採用者数			1	2					
前年度1年間の退職者数			1						
業に 応に 従事 した 職員 の 経 験 年 数	1年未満								
	1年以上								
	3年未満			1	2				
	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		(平成29年度から実施する。)		



## 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 15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	物価高騰等を勘案して行う。
	手続き	運営懇談会等において家族の同意を得る。

(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5(吉田)		
	年齢	76	歳	
居室の状況	床面積	9.5	m <sup>2</sup>	
	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	8万	円	
	敷金	無	円	
月額費用の合計		8万	円	
家賃		3万2千	円	
サービス 費用	特定施設入居者生活介護(※1)の費用		円	
	介護 保険 外 (※2)	食費	3万	円
		管理費	1万8千	円
		介護費用		円
		光熱水費		円
	その他		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	地域の家賃相場を考慮して算定
敷金	なし
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	人件費等を根拠にして算定
食費	食材費を根拠にして算定
光熱水費	なし
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2 なし
その他のサービス利用料	なし

(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	
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	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)	
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	3名
	女性	2名
年齢別	65 未満	
	65 歳以上 75 歳未満	1名
	75 歳以上 85 歳未満	4名
	85 歳以上	
要介護度別	自立	
	要支援1	
	要支援2	
	要介護1	
	要介護2	1名
	要介護3	2名
	要介護4	1名
	要介護5	1名
入居期間別	6ヶ月未満	
	6ヶ月以上1年未満	1名
	1年以上5年未満	4名
	5年以上 10 年未満	
	10 年以上 15 年未満	
	15 年以上	

(入居者の属性)

平均年齢	77
入居者数の合計	5名
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	
	社会福祉施設	
	医療機関	
	死亡者	
	その他	4名
生前解約の状況	施設側の申し出	なし
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	なし
		(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	「宅老所花の里」 に関する苦情受付係	
電話番号	098-927-9847	
対応している時間	平日	8:30～18:00 ただし、苦情の内容によっては時間を問わず随時受け付けしている。
	土曜	同上
	日曜・祝日	同上
定休日	年末年始の4日間 (31日～3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	毎年2月20日 (1年1回)
		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 1 回 (毎年2月に原則行う。)
	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: 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 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 あり ② 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「致しない事項	1 あり 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	
有料老人ホーム設置運営指導指針 の不適合事項	1 あり ・ 2 なし	
不適合事項がある場合の 内容		

添付書類:別添1 (別の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 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
<b>&lt; 居宅サービス &gt;</b>		
訪問介護	あり	なし
訪問入浴介護	あり	なし
訪問看護	あり	なし
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
<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
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
<b>&lt; 居宅介護予防サービス &gt;</b>		
介護予防訪問介護	あり	なし
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
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
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
<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
介護予防支援	あり	なし
<b>&lt; 介護保険施設 &gt;</b>		
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