

重要事項説明書

記入年月日	2019年10月4日
記入者名	具志堅
所属・職名	生活相談員

※ 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) ゆうげんがいしゃ なんかいけんそうこうぎょう 有限会社南海建装工合	
主たる事務所の所在地	〒904-2172 沖縄県沖縄市泡瀬1-23-10	
連絡先	電話番号	098-921-0278
	FAX番号	098-921-0279
	ホームページアドレス	http://
	メールアドレス	Kozakaigo@outlook.
代表者	氏名	赤嶺 榮治
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成10年2月2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) ゆうりょうろうじんほうむ こぞえん 有料老人ホーム コザ苑	
所在地	〒904-2143 沖縄県沖縄市知花6丁目15番5号	
主な利用交通手段	最寄駅	駅
	交通手段と所要時間	・知花バス停下降し、徒歩で15分
連絡先	電話番号	098-921-0278
	FAX番号	098-921-0279
	ホームページアドレス	http://
	メールアドレス	Kozakaigo@outlook.
管理者	氏名	赤嶺 榮治
	職名	管理者
建物の竣工日		昭和・平成 20年4月25日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 20年5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)		
3 <input checked="" type="checkbox"/> 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	4770400887
	指定した自治体名	沖縄県 (市)
	事業所の指定日	平成20年5月1日
	指定の更新日 (直近)	平成32年5月1日

3 建物概要

土地	敷地面積	539.02㎡				
	所有関係	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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	607.54㎡			
		うち、有料老人ホーム部分	378.5㎡			
	耐火構造	1 耐火建築物 2 <input checked="" type="checkbox"/> 準耐火建築物 3 その他 ()				
	構造	1 <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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	1 あり	2 なし			
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 <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	有/無	有/無	9.2㎡	3	
	タイプ2	有/無	有/無	5.8㎡	21	
	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	6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	5ヶ所
	共用浴室	3ヶ所	個室	ヶ所
			大浴場	3ヶ所
	共用浴室における介護浴室	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	1 <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	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> なし			
消防用施設等	消火器	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし		
	自動火災報知設備	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし		
	火災通報設備	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし		
	スプリンクラー	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし		
	防火管理者	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし		
	防災計画	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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	利用者様の健康の健康、安全、安心、見守りに気を付け、快適に暮らせる。			
サービスの提供内容に関する特色	利用者様の一人一人が明るく、楽しく、快適に暮らせるよう、声掛け等多いにするよう心掛ける。			
入浴、排せつ又は食事の介護	1 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施	2 委託	3 なし	
食事の提供	1 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施	2 委託	3 なし	
洗濯、掃除等の家事の供与	1 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施	2 委託	3 なし	
健康管理の供与	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施	2 委託	3 なし	
生活相談サービス	1 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施	2 委託	3 なし	

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		1 <input checked="" type="checkbox"/> 救急車の手配 2 入退院の付き添い 3 <input checked="" type="checkbox"/> 通院介助 4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	中頭病院
		住所	沖縄県沖縄市登川610
		診療科目	総合病院
		協力内容	救急対応
	2	名称	中部徳洲会病病院
		住所	沖縄県中頭郡北中城村アワセ土地区画 整理事業地内2街区1番
		診療科目	総合病院
		協力内容	救急対応
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 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (状況に応じて)	
判断基準の内容		利用者様の状況の変化に応じて。(転倒、徘徊等)	
手続きの内容		家族様との相談	
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 <input checked="" type="checkbox"/> なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし	
	便所の変更	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし	
	浴室の変更	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし	
	洗面所の変更	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし	
	台所の変更	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし	
	その他の変更	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	(変更内容) 病院へ入院の場合。
		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 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	要支援の者	1 あり	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	要介護の者	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし
留意事項	利用者様のご家族様との連絡が必ず取れる方。		
契約の解除の内容	他施設へ移動された方。		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	契約書の規定内容を守らなかった場合。	
	解約予告期間	1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 <input checked="" type="checkbox"/> なし		
入居定員	24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			
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員			7	5.6
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				
その他職員				
1週間のうち、常勤の従事者が勤務すべき時間数※2				
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)				3
※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			
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		
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～ 9時30分)		
	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	7人	3人

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務		1 あり		2 <input checked="" type="checkbox"/> なし						
	業務に係る資格等		1 あり								
			資格等の名称								
	2 <input checked="" type="checkbox"/> 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											
応じた職員 の人数 業務に従事した 経験年数に	1年未満			1							
	1年以上 3年未満										
	3年以上 5年未満			1							
	5年以上 10年未満			5							
	10年以上										
従業者の健康診断の実施状況				1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	現状に応じる。
	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	5	2	
	年齢	90歳	96歳	
居室の状況	床面積	9.2㎡	5.8㎡	
	便所	1 <input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無	1 有 2 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	浴室	1 有 2 <input checked="" type="checkbox"/> 無	1 有 2 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	台所	1 有 2 <input checked="" type="checkbox"/> 無	1 有 2 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
入居時点で 必要な費用	前払金	80,000円	75,000円	
	敷金	30,000円	30,000円	
月額費用の合計		80,000円	75,000円	
家賃		35,000円	30,000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	23,400円	23,400円
		管理費	21,600円	21,600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、本欄には記入していない。)

(利用料金の算定根拠)

費用	算定根拠
家賃	30,000
敷金	家賃の 1ヶ月分
介護費用	※介護保険サービスの自己負担金額は含めないで記入。
管理費	21,600
食費	23,400
光熱水費	
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	

(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 :)	