

## 重要事項説明書

記入年月日	平成29年8月19日
記入者名	呉屋 賢次
所属・職名	事務職
ホームページ公開	<input checked="" type="radio"/> 可・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4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 : <input checked="" type="radio"/> 法人
住宅型有料老人ホーム	※法人の場合、その種類	有限会社
名称	(ふりがな) ゆうげんがいしゃ すまいるけあ 有限会社 スマイルケア	
主たる事務所の所在地	〒 901-2102 沖縄県浦添市前田547番地 前田高齢者複合施設	
連絡先	電話番号	098-879-8502
	FAX番号	098-878-4777
	ホームページアドレス	<a href="http://www.smilekea-okinawa.co.jp">http://www.smilekea-okinawa.co.jp</a>
	メールアドレス	<a href="mailto:smilekea2@oasis.ocn.ne.jp">smilekea2@oasis.ocn.ne.jp</a>
代表者	氏名	宮村 道枝
	職名	代表取締役
設立年月日	平成17年7月19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) じゅうたくがたゆうりょうろうじんほーむ 住宅型有料老人ホーム がじゅまる	
所在地	〒 901-2102 沖縄県浦添市前田547番地 前田高齢者複合施設 3階	
主な利用交通手段	最寄駅	モノレール古島駅
	交通手段と所要時間	モノレール古島駅/下車古島バス停へ移動(環状2号線へ降りる途中にあり) バス系統番号[56] 古島バス停 発 → 前田バス停 下車/前田小学校(南方角)向け、約300m(徒歩約5分)※最寄りの建物、前田自治会館
連絡先	電話番号	098-917-5365
	FAX番号	098-878-4777
	ホームページアドレス	<a href="http://www.smilekea-okinawa.co.jp">http://www.smilekea-okinawa.co.jp</a>
	メールアドレス	<a href="mailto:smilekea2@oasis.ocn.ne.jp">smilekea2@oasis.ocn.ne.jp</a>
管理者	氏名	宮村 道枝
	職名	管理者
建物の竣工日		平成27年3月20日
有料老人ホーム事業の開始日		平成27年3月30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 <b>住宅型</b>		
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

### 3. 建物概要

土地	敷地面積	584.41 m <sup>2</sup>				
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地 無し				
		2 事業者が賃借する土地				
		抵当権の有無	1 <input checked="" type="radio"/> あり 2 なし			
契約期間		1 <input checked="" type="radio"/> あり (平成25年10月17日 ~ 平成65年10月16日) 2 なし				
	契約の自動更新	1 あり 2 <input checked="" type="radio"/> なし				
建物	延床面積	全体	764.63 m <sup>2</sup>			
		うち、有料老人ホーム部分	256.03 m <sup>2</sup>			
	耐火構造	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 あり					
	2 事業者が賃借する建物					
	抵当権の設定	1 <input checked="" type="radio"/> あり 2 なし				
	契約期間	1 <input checked="" type="radio"/> あり (平成25年10月17日 ~ 平成65年10月16日) 2 なし				
	契約の自動更新	1 あり 2 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 無	有 <input checked="" type="radio"/> 無	10.87m <sup>2</sup>	1	一般居室個室
	タイプ2	有 <input checked="" type="radio"/> 無	有 <input checked="" type="radio"/> 無	10.90m <sup>2</sup>	1	一般居室個室
	タイプ3	有 <input checked="" type="radio"/> 無	有 <input checked="" type="radio"/> 無	10.80~12.08m <sup>2</sup>	4	一般居室個室
	タイプ3(2人部屋)	有 <input checked="" type="radio"/> 無	有 <input checked="" type="radio"/> 無	6.11m <sup>2</sup>	1	一般居室相部屋
	タイプ4	有 <input checked="" type="radio"/> 無	有 <input checked="" type="radio"/> 無	10.74m <sup>2</sup>	1	一般居室個室
	タイプ4(2人部屋)	有 <input checked="" type="radio"/> 無	有 <input checked="" type="radio"/> 無	6.22m <sup>2</sup>	1	一般居室相部屋
	タイプ5	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	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>			
※「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	2 ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	0 ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房	2 ヶ所	
	共用浴室	1 ヶ所	個室	1 ヶ所	
			大浴場	0 ヶ所	
	共用浴室における 介護浴槽	0 ヶ所	チェアー浴	0 ヶ所	
			リフト浴	0 ヶ所	
			ストレッチャー浴	0 ヶ所	
			その他( )	0 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の尊厳と人権を守り、利用者の心身の特性を踏まえて、心身機能の維持を図り、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるように支援し、地域の中でその人らしく、安全で、安心した暮らしが続けられる様に支援を行う。さらにその家族の身体的、精神的負担の軽減を図りながら、利用者の社会的孤立感の解消を図る。</li> <li>・事業の実施にあたっては、行政、地域の保険、医療、福祉及び自治会、社会福祉協議会、民生委員児童委員、消防署等と綿密な連携を図り総合的なサービスの提供に努めるものである。</li> </ul>
サービスの提供内容に関する特色	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自立心の信念のもと、永年、社会に貢献された方々に、その人らしい安心した生活環境の中で暮らして頂く支援や、住み慣れた場所で、最後の看取りまで支援を致します。</li> <li>・安心した暮らしに必要な健康、精神の管理の為の訪問診療、訪問看護、訪問歯科、訪問マッサージ等連携し、必要な利用者には介護保険のサービスを導入し、安心した暮らしを支えます。</li> </ul>
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施 2 <b>委託</b> 3 なし
食事の提供	1 <b>自ら実施</b> 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1 <b>自ら実施</b> 2 委託 3 なし
健康管理の供与	1 <b>自ら実施</b> 2 委託 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	1 <b>自ら実施</b> 2 委託 3 なし
生活相談サービス	1 <b>自ら実施</b> 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) :1	
	2 なし		

##### (医療連携の内容)

医療支援	※複数選択可 1 <b>救急車の手配</b> 2 <b>入退院の付き添い</b> (※体調に応じて) 3 <b>通院介助</b> (※体調に応じて) 4 <b>その他</b> (※往診の付き添い)		
協力医療機関	1	名称	城間クリニック
		住所	浦添市前田564-1
		診療科目	精神科
		協力内容	精神科:往診(内科)
	2	名称	社会医療法人仁愛会 浦添総合病院
		住所	沖縄県浦添市伊祖4丁目16番1号
		診療科目	総合診療
		協力内容	緊急時における受診・入院
協力歯科医療機関	名称	ちはる歯科クリニック	
	住所	沖縄県浦添市仲間3丁目3-9	
	協力内容	訪問診療、歯科衛生士訪問口腔ケア	

(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 type="checkbox"/> その他 (希望により、空床がある場合の移動)
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 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> なし
	要支援の者	1 <input checked="" type="radio"/> あり 2 なし
	要介護の者	1 <input checked="" type="radio"/> あり 2 なし
留意事項	看取りの受け入れも可能	
契約の解除の内容	一.入居者が死亡したとき。 二.解除通告の予告期間が満了したとき	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	1. 入居申し込みにおいて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. 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞するとき 3. 禁止又は制限される行為の規定に違反したとき 4. 入居者の行動が、他の入居者又は従業員の生命に危害を及ぼし、又は、その危害が切迫した恐れがあり、かつ、住宅型有料老人ホームにおける生活支援ではこれを防止することができないとき
	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 <input checked="" type="radio"/> あり (内容:食事代のみ有料(希望が有る場合) 食事代 (朝食:310円・昼食:465円・夕食:465円) 日中のみ:2~3時間程度(夜間は状況に応じて相談) 体験時間は相談に応ず:AM7:00~PM18:30の間 生活援助、食事提供、排泄ケア、内服管理、体調管理 2 なし	
入居定員	12 人	
その他	おむつ等実費	

## 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	0.2
生活相談員	0	0	0	0
直接処遇職員	9	8	1	2.7
介護職員	5	5	0	1.7
看護職員	4	3	1	1.0
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	0	0	0	0
調理員	4	1	3	0.1
事務員	2	1	1	0.2
その他職員	2	0	2	0.2
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 ※2				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	1	1	0
実務者研修の修了者	1	1	0
初任者研修の修了者	1	1	0
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	0	0	0
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

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間( 時～ 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	1 人	1 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 <input checked="" type="radio"/> あり 2 なし							
	業務に係る資格等		1 <input checked="" type="radio"/> あり							
	資格等の名称	看護師								
	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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
業に務 応に 従 た 事 職 し 員 た の 経 人 験 数 年 数	1年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	1年以上	0	0	2	0	0	0	0	0	0
	3年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	3年以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	5年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	5年以上	0	0	2	0	0	0	0	0	0
	10年未満	0	0	2	0	0	0	0	0	0
10年以上	3	1	2	0	0	0	0	0	0	
従業者の健康診断の実施状況					1 <input checked="" type="radio"/> 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 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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	運営懇談会にて説明、法令の変更、経済状況等による

### (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4	要介護4
	年齢	88 歳	86 歳
居室の状況	床面積	6.11 m <sup>2</sup>	10.74 m <sup>2</sup>
	便所	1 有 2 <input checked="" type="checkbox"/> 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	円	円
	敷金	36,600 円	73,600 円
月額費用の合計		79,300 円	97,800 円
家賃		18,300 円	36,800 円
サービス 費用 (※2)	特定施設入居者生活介護(※1)の費用	円	円
	食費	37,200 円	37,200 円
	管理費	14,000 円	14,000 円
	介護費用	円	円
	光熱水費	9,800 円	9,800 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	施設利用費
敷金	家賃の 2 ヶ月分
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	リネン代、日用品費、共益費
食費	1ヵ月30日喫食された場合の費用
光熱水費	施設利用費
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	・特別食は1日155円の加算になります。 ※例として治療食(糖尿病食・透析食・ペースト食・極刻み食等) ・経管栄養の方でも食材費の代わりに経管栄養加算として食事代が発生致します。
その他のサービス利用料	おむつ代、理美容代、医療関係費、活動費は実費負担となります。

(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	
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	3 人
	女性	7 人
年齢別	65 歳未満	1 人
	65 歳以上 75 歳未満	0 人
	75 歳以上 85 歳未満	3 人
	85 歳以上	6 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	0 人
	要介護2	2 人
	要介護3	2 人
	要介護4	5 人
	要介護5	1 人
入居期間別	6ヶ月未満	2 人
	6ヶ月以上1年未満	4 人
	1年以上5年未満	4 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	85.4 歳
入居者数の合計	10 人
入居率 (※)	83.3 %
(※) 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	0 人
	医療機関	2 人
	死亡者	2 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	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	苦情受付担当者及び、苦情解決責任者に法人代表者兼管理者 宮村 道枝を定めている	
電話番号	事業所 098-917-5365 (代表者) 070-5497-5764	
対応している時間	平日	8:30～17:30
	土曜	8:30～17:30
	日曜・祝日	8:30～17:30
定休日	無し	

(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 <input checked="" type="radio"/> あり	東京海上日動火災保険株式会社の事業活動包括保険に加入しており、サービス提供上の事故により入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合、不可抗力による場合を除き賠償される。
	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 <input checked="" type="radio"/> あり	本契約に基づくサービスの提供にあたって、賠償すべき事故が発生した場合は、直ちに措置を講ずるとともに損害の賠償を行う。
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	1 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> あり	実施日	意見箱のみ常設
		結果の開示	1 あり 2 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 公開していない

10. その他

運営懇談会	1 <input checked="" type="radio"/> あり	(開催頻度)年 1 回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
	2 <input type="checkbox"/> 代替措置なし	
提携ホームへの移行	1 <input checked="" type="radio"/> あり (提携ホーム名:小規模多機能ホーム 前田の家 ) ( :グループホーム 前田の家 )	
【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 <input checked="" type="radio"/> あり 2 なし 平成23年7月28日	
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、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	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 <input checked="" type="radio"/> 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 あり 2 <input checked="" type="radio"/> 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(代替措置を実施済) 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 <input checked="" type="radio"/> 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	小規模多機能ホーム前田の家	浦添市前田547番地 前田高齢者複合施設 1階
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	グループホーム前田の家	浦添市前田547番地 前田高齢者複合施設 2階
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	小規模多機能ホーム前田の家	浦添市前田547番地 前田高齢者複合施設 1階
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	グループホーム前田の家	浦添市前田547番地 前田高齢者複合施設 2階
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		



## 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

## 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

	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
					※2	※2
介護サービス	なし	あり	なし	(あり)	○	
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)	○	
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)		○
買い物代行	なし	あり	なし	(あり)		○
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		
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)	○	
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)	○	
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、月額サービス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

※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。



-ビスの一覧表

	(なし)	あり
	備考	
※3 料金		
	特別食加算:1日155円	
	治療食:糖尿病食・透析食等	
	食事形態:ペースト食・刻み食	
	水分ロミ加算:量に応じて1ヶ月1,250円~3,600円	
	経管栄養加算:食材費の代わりに経管栄養加算として同等の食事代が発生致します。	
	体調に応じて、受診同行。	
	業者依頼とし、料金は立替とします。1,000円~4,500円	
	個人専用の物は状況に応じて	
	状況に応じて	
	同意の上、金銭帳簿管理にて管理	
	※回数(年○回など)を明記すること	
	体調に応じて	
	体調に応じて	

5場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。