

## 重要事項説明書

記入年月日	平成29年8月26日
記入者名	玉城 美那子
所属・職名	管理者
ホームページ公開	<input checked="" type="checkbox"/> ・不可

## 1 事業主体概要

種類	個人/ <input checked="" type="checkbox"/> 法人	
	※法人の場合、その種類	社会福祉法人
名称	(ふりがな) (しゃかいふくしほうじん くくるの会) 社会福祉法人 心の会	
主たる事務所の所在地	〒 901-3121 沖縄県島尻郡久米島町字嘉手苅533番地1	
連絡先	電話番号	098-985-3900
	FAX番号	098-985-3901
	ホームページアドレス	<a href="http://www.oki-fukushi.or.jp/">http://www.oki-fukushi.or.jp/</a>
	メールアドレス	h.nakamura@trad.ocn.ne.jp
代表者	氏名	川平 恵次郎 (かわひら けいじろう)
	職名	理事長
設立年月日	昭和・ <input checked="" type="checkbox"/> 平成 23 年 10 月 14 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ーむ てるや) 有料老人ホーム てるや	
所在地	〒901-0315 沖縄県糸満市字照屋798番地	
主な利用交通手段	最寄駅 (バス停)	照屋入口バス停
	交通手段と所要時間	例：①バス利用の場合 ・沖縄バス4路線(34・35・235・334)照屋入口バス停で下車、徒歩5分 ②自動車利用の場合 ・照屋入口バス停より「糸満にある教会集会所」向け直進250m
連絡先	電話番号	098-995-2111
	FAX番号	098-995-1708
	ホームページアドレス	http://www.oki-fukushi.or.jp/
	メールアドレス	h.nakamura@trad.ocn.ne.jp
管理者	氏名	玉城 美那子 (たましろ みなこ)
	職名	管理者
建物の竣工日		平成22年 3月25日
有料老人ホーム事業の開始日		平成26年10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)		
<input checked="" type="checkbox"/> 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	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	m <sup>2</sup>				
	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（土地賃借契約に該当しない）				
		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	380.09m <sup>2</sup> （地上3階）			
		うち、有料老人ホーム部分	160.75m <sup>2</sup> （1階部分）			
	耐火構造	<input type="checkbox"/> 1 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 2 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> 3 その他（ ）				
	構造	<input type="checkbox"/> 1 鉄筋コンクリート造 <input type="checkbox"/> 2 鉄骨造 <input type="checkbox"/> 3 木造 <input type="checkbox"/> 4 その他（ ）				
	所有関係	1 事業者が自ら所有する建物				
		<input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> 1 あり (H26年10月1日～H28年9月30日) <input type="checkbox"/> 2 なし				
	契約の自動更新	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし			
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 全室個室（親族使用可能二人室 1室有）				
		<input type="checkbox"/> 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	8.95m <sup>2</sup> (壁芯)	3	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	8.97m <sup>2</sup> (壁芯)	1	一般居室個室
	タイプ3	有/無	有/無	11.66m <sup>2</sup> (壁芯)	1	一般居室個室
	タイプ4	有/無	有/無	11.91m <sup>2</sup> (壁芯)	1	一般居室個室
	タイプ5	有/無	有/無	13.32m <sup>2</sup> (壁芯)	1	一般居室個室
	タイプ6	有/無	有/無	15.13m <sup>2</sup> (壁芯)	1	一般居室個室 (親族入居可)
	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 ( )	0ヶ所	
	食堂	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	入居者や家族が利用できる調理設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
エレベーター	<input type="checkbox"/> 1	あり (車椅子対応)	<input type="checkbox"/> 2	あり (ストレッチャー対応)	
	<input type="checkbox"/> 3	あり (上記1・2に該当しない)	<input type="checkbox"/> 4	なし	
	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
消防用施設等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	スプリンクラー	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
その他					



(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	医療度の高い方（鼻腔・喀痰吸引）、糖尿病（インスリン注射が必要）の方は要相談	
契約の解除の内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 正当な理由なくサービスを提供しない</li> <li>・ 社会通念を逸脱する行為</li> <li>・ 事業所破産</li> </ul>	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第23条第2項
	解約予告期間	1ヶ月（30日）
入居者からの解約予告期間	1ヶ月（30日）	
体験入居の内容	1 あり（内容：空室がある場合、1泊3食付3,000円） 2 なし	
入居定員	9 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		0.3
生活相談員				
直接処遇職員	8	2	6	3.1
介護職員	8	2	6	3.1
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				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			
介護福祉士			
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	2	2	3
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 ( 17時～ 翌9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 あり 2 なし							
	業務に係る資格等		1 あり							
			資格等の名称	ヘルパー2級						
			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	1	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
応じた業務に従事した職員の人数 業務に従事した経験年数に	1年未満	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	1年以上3年未満	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	3年以上5年未満	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	5年以上10年未満	0	0	0	4	0	0	0	0	0
	10年以上	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	10年以上	0	0	1	0	0	0	0	0	0
従業者の健康診断の実施状況				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】	<input type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 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	
	<input type="checkbox"/> 3 月払い方式	
	4 選択方式 ※該当する方式を全て 選択	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 減額なし <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 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	消費者物価指数・人件費
	手続き	運営懇談会の意見聴取、文書による通知

(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	
	年齢	89歳	歳
居室の状況	床面積	8.95㎡	㎡
	便所	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 2 無
	浴室	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 2 無
	台所	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 2 無
入居時点で必 要な費用	前払金	0円	円
	敷金	0円	円
月額費用の合計		90,000円	円
家賃		30,000円	円
サー ビス 費用	特定施設入居者生活介護※1の費用		0円 円
	介 護 保 険 外 ※ 2	食費	30,000円 円
		管理費	30,000円 円
		介護費用	0円 円
		光熱水費	0円 円
	その他	0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	建物賃借料、設備備品費、借入利息等を基礎として算出
敷金	なし
介護費用	なし
管理費	共用施設の維持管理・修繕、事務・生活支援サービスの人件費及び事務費を基礎として算出（光熱水費含む）
食費	1日当たり1,000円として30日分（朝300円, 昼食350円, 夕食350円）
光熱水費	管理費に含む
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	

(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。	

(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	4人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	1人
	75歳以上85歳未満	2人
	85歳以上	4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	0人
	要介護3	4人
	要介護4	1人
	要介護5	2人
入居期間別	6ヶ月未満	0人
	6ヶ月以上1年未満	0人
	1年以上5年未満	5人
	5年以上10年未満	2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	83.1歳
入居者数の合計	7人
入居率※	77%
※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	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
		(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		事務所 相談窓口
電話番号		098-995-1700
対応している時間	平日	8:30~17:30
	土曜	8:30~17:30
	日曜・祝日	祝日8:30~17:30
定休日		日曜日、年末年始(12/31~1/3)

(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) 福祉事業者総合賠償責任保険(三井住友海上) 内容:施設損害・生産物損害・受託財物損害等
	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	
			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



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
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>			
訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	みなみ	糸満市字糸満1796-2
訪問入浴介護	有 / 無		
訪問看護	有 / 無		
訪問リハビリテーション	有 / 無		
居宅療養管理指導	有 / 無		
通所介護	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	みなみ	糸満市字糸満1796-2
		かりゆし	久米島町字真我里366
通所リハビリテーション	有 / 無		
短期入所生活介護	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	球美の杜	糸満市字糸満1796-2
短期入所療養介護	有 / 無		
特定施設入居者生活介護	有 / 無		
福祉用具貸与	有 / 無		
特定福祉用具販売	有 / 無		
<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	有 / 無		
夜間対応型訪問介護	有 / 無		
認知症対応型通所介護	有 / 無		
小規模多機能型居宅介護	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	球美の家	久米島町字嘉手苅533-1
認知症対応型共同生活介護	有 / 無		
地域密着型特定施設入居者生活介護	有 / 無		
看護小規模多機能型居宅介護	有 / 無		
居宅介護支援	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	みなみ	糸満市字糸満1796-2
		球美の杜	久米島町字嘉手苅533-1
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>			
介護予防訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無		糸満市字糸満1796-2
介護予防訪問入浴介護	有 / 無		
介護予防訪問看護	有 / 無		
介護予防訪問リハビリテーション	有 / 無		
介護予防居宅療養管理指導	有 / 無		
介護予防通所介護	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	みなみ	糸満市字糸満1796-2
		かりゆし	久米島町字真我里366
介護予防通所リハビリテーション	有 / 無		
介護予防短期入所生活介護	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	球美の杜	久米島町字嘉手苅533-1
介護予防短期入所療養介護	有 / 無		
介護予防特定施設入居者生活介護	有 / 無		
介護予防福祉用具貸与	有 / 無		
特定介護予防福祉用具販売	有 / 無		
<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	有 / 無		
介護予防小規模多機能型居宅介護	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	球美の家	久米島町字嘉手苅533-1
介護予防認知症対応型共同生活介護	有 / 無		
介護予防支援	有 / 無		
<b>&lt;介護福祉施設&gt;</b>			
介護老人福祉施設	有 / 無		
地域密着型介護老人福祉施設	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	球美の杜	久米島町字嘉手苅533-1
介護老人保健施設	有 / 無		
介護療養型医療施設	有 / 無		

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円/枚	
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		無				
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	○			
理美容師による理美容サービス		無				
買い物代行		有	○			
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	/	無				
健康相談		無				
生活指導・栄養指導		無				
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	/	無				
入退院時の同行		無				
入院中の洗濯物交換・買い物		無				
入院中の見舞い訪問		有	○			

※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、月額サービスの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。