

重要事項説明書

記入年月日	平成 30 年 8 月 30 日
記入者名	東江 和枝
所属・職名	徳洲苑かふう ・ 施設長

※ 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 : 法人
	※法人の場合、その種類	医療法人
名称	(ふりがな) いりょうほうじんおきなわとくしゅうかい かいごつきゆうりょうろうじんほーむ とくしゅうえんかふう 医療法人沖縄徳洲会 介護付有料老人ホーム 徳洲苑かふう	
主たる事務所の所在地	〒 901-0493 沖縄県島尻郡八重瀬町字外間 80	
連絡先	電話番号	098-998-0760
	FAX番号	098-998-0761
	ホームページアドレス	http://www.nantoku.org
	メールアドレス	kafu@nantoku.org
代表者	氏名	鈴木 隆夫
	職名	理事長
設立年月日	昭和 53 年 6 月 6 日	
主な実施事業	※別添1(別々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) かいごつきゆうりょうろうじんほーむ とくしゅうえんかふう 介護付有料老人ホーム 徳洲苑かふう	
所在地	〒 901-0493 沖縄県島尻郡八重瀬町字外間 80	
主な利用交通手段	最寄駅	南部徳洲会病院前バス停留所
	交通手段と所要時間	

連絡先	電話番号	098-998-0760
	FAX番号	098-998-0761
	ホームページアドレス	http://www.nantoku.org
	メールアドレス	kafu@nantoku.org
管理者	氏名	東江 和枝
	職名	施設長
建物の竣工日		平成 22 年 12 月 14 日
有料老人ホーム事業の開始日		平成 23 年 1 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 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	4712311846
	指定した自治体名	沖縄県
	事業所の指定日	平成 25 年 8 月 1 日
	指定の更新日(直近)	平成 31 年 8 月 1 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	12,867.55 m ²	
	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 (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	12,645.03 m ²
		うち、有料老人ホーム部分	6,981.75 m ²
	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 (年 月 日 ~ 年 月 日) 2 なし	

		契約の自動更新				
居室の 状況	居室区分 【表示事項】	① 全室個室 (うち親族使用可能部屋 室)				
		2 相部屋あり				
		最少		2	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/無	有/無	14.05㎡	63	一般居室個室A
	タイプ2	有/無	有/無	15.10㎡	58	一般居室個室B
	タイプ3	有/無	有/無	15.45㎡	25	一般居室個室C
	タイプ4	有/無	有/無	29.33㎡	6	一般居室夫婦室
	タイプ5	有/無	有/無	17.36㎡	1	一時介護室
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	94	ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	31	ヶ所	
				うち車椅子等の対応が可能な便房	63	ヶ所	
	共用浴室	7	ヶ所	個室	0	ヶ所	
				大浴場	9	ヶ所	
	共用浴室における 介護浴槽			ヶ所	チェアー浴	9	ヶ所
					リフト浴	0	ヶ所
					ストレッチャー浴	9	ヶ所
				その他()	9	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	利用者の要介護状態等の軽減及び悪化の防止に資するように、その目標を設定し認知症等の心身の状況を踏まえて日常生活に必要な援助を計画的に行う。
サービスの提供内容に関する特色	サービス提供にあたっては「尊厳」「感謝」「心遣い」を旨とし、利用者はもとより、その家族に寄り添った支援を行い漫然且つ画一的なものにならぬよう配慮に努める。
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	入居継続支援加算		1 あり (2) なし
	生活機能向上連携加算		1 あり (2) なし
	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
	若年性認知症入居者受入加算		1 あり (2) なし
	医療機関連携加算		(1) あり 2 なし
	口腔衛生管理体制加算		(1) あり 2 なし
	栄養スクリーニング加算		(1) あり 2 なし
	退院・退所時連携加算		(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	:1	

(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(状況に応じて入退院・通院の付添・介助を施行)	
協力医療機関	1	名称	医療法人 沖縄徳洲会 南部徳洲会病院
		住所	沖縄県島尻郡八重瀬町字外間80番地
		診療科目	内科・外科・整形・循環器・心臓血管・脳神経・泌尿器 他
	協力内容	救急も含む通院・入院治療	
	2	名称	医療法人 沖縄徳洲会 こくらクリニック
		住所	沖縄県那覇市古波蔵3-8-28
診療科目		内科	
協力内容	訪問診療		
協力歯科医療機関		名称	上地歯科医院
		住所	沖縄県島尻郡八重瀬町字宜次706-4
		協力内容	歯科治療全般

(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		体調不良や退院後の一時的な見守り等が必要と判断された場合。
手続きの内容		入居者本人及び身元引受人の同意を得る。
追加的費用の有無		1 あり (2) なし
居室利用権の取扱い		利用権に変更なし
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	概ね60歳以上の要介護:1~5認定の方	
契約の解除の内容	入居者又は身元引受人からの契約解除通告を受けた時等。	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	禁止又は制限されている行為の規程に違反した時等。
	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:1泊2日(3,150円)を基本に利用可能) 2 なし	
入居定員	158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		0.5
生活相談員	2	2		2
直接処遇職員				
介護職員	48	46	2	47.3
看護職員	8	8		7.5
機能訓練指導員	3	3		3
計画作成担当者	2	2		2
栄養士				
調理員				
事務員	2	2		1.5
その他職員				
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)				158/63.3 人
1週間のうち、常勤の従業員が勤務すべき時間数 ※2				37.5 時間
※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業員の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業員が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業員の人数を常勤の従業員の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	45	44	1
実務者研修の修了者	0	0	0
初任者研修の修了者	1	0	1

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			
理学療法士	2	2	
作業療法士	0	0	
言語聴覚士	0	0	
柔道整復士	0	0	
あん摩マッサージ指圧師	1	1	
はり師	0	0	
きゅう師	0	0	

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 16:00~8:30)				
	平均人数		最少時人数(休憩者等を除く)	
看護職員	1	人	1	人
介護職員	8	人	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 ① 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)	142 : 54.3

※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		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				8						1	
前年度1年間の退職者数				7						1	
業に務応にじ従た事職したの経人験数年	1年未満			2							
	1年以上	2		14	1			2			
	3年未満										
	3年以上	4		16		1					
	5年未満										
5年以上	2		14	1	1		1				
10年未満											

数	10年以上									
従業者の健康診断の実施状況							① 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 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 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		
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		
	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	要介護1	
	年齢	80 歳	95 歳
居室の状況	床面積	15.45 m ²	14.05 m ²
	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	円	円
	敷金	110,000 円	90,000 円
月額費用の合計		110,730 円	108,680 円
サービス費用 (※2) 介護保険外	家賃	40,000 円	30,000 円
	特定施設入居者生活介護(※1)の費用	16,730 円	24,680 円
	食費	36,000 円	36,000 円
	管理費	18,000 円	18,000 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、本欄には記入しない。)

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	事業計画に基づく減価償却費用配分と県内家賃相場より算定
敷金	概ね家賃の3ヶ月分
介護費用	なし

管理費	共用施設・設備の維持管理、人件費、水道光熱費 等
食費	材料費、人件費、設備運用・維持管理費等より算定 ※喫食請求
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	

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					なし	あり			
	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)			備考				
		包含※2	都度※2	料金※3					
介護サービス									
食事介助	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>					
排泄介助・おむつ交換			なし	<input checked="" type="checkbox"/>					
おむつ代	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	<input checked="" type="checkbox"/>					
入浴(一般浴)介助・清拭	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>					
特浴介助	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>					
身辺介助(移動・着替え等)	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>					
機能訓練	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>					
通院介助	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>					※付添いができる範囲を明確化すること
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	あり					
リネン交換	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>					
日常の洗濯	なし	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	あり					
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>					
入居者の嗜好に応じた特別な食事			<input checked="" type="checkbox"/>	あり					
おやつ			なし	<input checked="" type="checkbox"/>					
理美容師による理美容サービス			なし	<input checked="" type="checkbox"/>					
買い物代行	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>					※利用できる範囲を明確化すること
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり					
金銭・貯金管理			<input checked="" type="checkbox"/>	あり					
健康管理サービス									
定期健康診断			なし	<input checked="" type="checkbox"/>					※回数(年〇回など)を明記すること
健康相談	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>					
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>					
服薬支援	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>					
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>					
入退院時・入院中のサービス									
移送サービス	なし	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	あり					
入退院時の同行	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>					※付添いができる範囲を明確化すること
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	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					

※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、いずれかの欄に〇を記入する。

※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。