

## 重要事項説明書

記入年月日	平成30年9月7日
記入者名	名嘉 優介
所属・職名	福祉事業部 統括部長

※ 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 : <b>法人</b>
	※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 有限会社 ベストツール	
主たる事務所の所在地	〒 901-2121 沖縄県浦添市内間4-2-1	
連絡先	電話番号	098-942-5555
	FAX番号	098-942-5559
	ホームページアドレス	http://
	メールアドレス	
代表者	氏名	名嘉 順一
	職名	代表取締役
設立年月日	平成 17年 11月 15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)  ゆうりょうろうじん 有料老人ホーム ベストかねぐすく	
所在地	〒 901-1111 沖縄県島尻郡南風原町字兼城265-10	
主な利用交通手段	最寄駅	沖縄バス・東洋バス 兼城十字路駅
	交通手段と所要時間	・兼城十字路バス停より国道329号線と与那原向けに徒歩2分
連絡先	電話番号	098-888-4151
	FAX番号	098-888-4152
	ホームページアドレス	http://
	メールアドレス	bestkanegusuku@gmail.com
管理者	氏名	名嘉 優介
	職名	福祉事業部 統括部長
建物の竣工日		平成 24 年 3月 30日
有料老人ホーム事業の開始日		平成 24 年 6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)		
<b>3 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	
	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	932.13 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				
		抵当権の有無	1 あり <input type="radio"/> 2 なし			
契約期間		1 あり (平成23年11月1日～平成33年10月31日) 2 なし				
	契約の自動更新	1 あり <input type="radio"/> 2 なし				
建物	延床面積	全体	1,521.818 m <sup>2</sup>			
		うち、有料老人ホーム部分	1,204.519 m <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 ( 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	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 <input checked="" type="radio"/>	有 <input checked="" type="radio"/>	12.7 m <sup>2</sup>	33	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ3	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ4	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	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>		
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	9ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	6ヶ所
			うち車椅子等の対応が可能な便房	6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槽	0ヶ所	チェアー浴	ヶ所
			リフト浴	ヶ所
			ストレッチャー浴	ヶ所
その他( )			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	全部屋、個室でプライベートな空間を確保しつつ、安心して日々の生活を送る為の環境作りをサポートする。
サービスの提供内容に関する特色	専門の業者へ委託しているお食事は管理栄養士の管理のもと健康的な食事をサポート、また、食事形態もさまざまな形態を用意しています。
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

##### (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(訪問診療、訪問看護師への連絡相談等)	
協力医療機関	1	名称	沖縄第一病院
		住所	
		診療科目	内科、小児科、外科、整形外科、泌尿器科、耳鼻咽喉科
		協力内容	入院等の支援、医療全般にわたり適切な助言
	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		
契約の解除の内容	本人が死亡した時、どちらかが解除を申し出た場合、30日以上入院する場合	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	本人の行動が他者の身体または健康に重大な影響を及ぼす恐れがあり、十分な支援を尽くしてもこれを防止できないと判断した場合
	解約予告期間	1ヶ月
入居者からの解約予告期間	20 日間	
体験入居の内容	1 あり (内容: 食事の提供) 2 なし	
入居定員	33 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	0	1	0.25
生活相談員	1	0	1	0.25
直接処遇職員	10	5	5	7.2
介護職員	10	5	5	7.2
看護職員	0	0	0	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	0	0	0	0
事務員	1	0	1	0.25
その他職員	0	0	0	0
<b>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)</b>				<b>2.6 人</b>
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	2	2	0
初任者研修の修了者	3	1	2
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
はり師	0	0	0
きゅう師	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
介護職員	3.8	人	2	人

(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		介護福祉士							
			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	2	1	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
年業務に 応じた 人数	1年未満	0	0	2	2	0	0	0	0	0
	1年以上 3年未満	0	0	2	2	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	1	0	0	1	0	0	0
	10年以上	0	0	0	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						
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	2		
	年齢	76 歳	歳	
居室の状況	床面積	12.7 m <sup>2</sup>	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	0 円	円	
	敷金	0 円	円	
月額費用の合計		96,200 円	0 円	
家賃		28,880 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	37,500 円	円
		管理費	22,650 円	円
		介護費用	0 円	円
		光熱水費	3,100 円	円
		その他	4,070 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	建物の賃借料、設備備品費、借入利息等を基礎として、1室あたりの家賃を算出
敷金	家賃の 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	人件費、その他の経費を基礎として算出
食費	朝夕の食費が1食400円、昼食はおやつ含め1食450円で調理委託
光熱水費	年間平均額を全居室で等分にしたもの
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: )

## 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	10	人
	女性	16	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	6	人
	85 歳以上	19	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	1	人
	要介護3	6	人
	要介護4	12	人
	要介護5	7	人
入居期間別	6ヶ月未満	4	人
	6ヶ月以上1年未満	8	人
	1年以上5年未満	12	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	80.6	歳
入居者数の合計	26	人
入居率 (※)	79	%

(※) 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	4	人
	医療機関	1	人
	死亡者	2	人
	その他	1	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	6 人	
		(解約事由の例)	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・特別養護老人ホームへの入居</li> <li>・介護老人保健施設への入居</li> </ul>	



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		有限会社 ベストツール
電話番号		098-942-5555
対応している時間	平日	9:00～17:00
	土曜	9:00～17:00
	日曜・祝日	なし
定休日		日曜・祝日・大晦日・正月三が日

(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) 大同火災による施設賠償保険
	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) 大同火災による施設賠償保険
	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 回 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 届出あり 2 届出なし 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 登録あり 2 登録なし
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 不適合事項あり 2 不適合事項なし
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(□全室・□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 (□全室・□居室の一部) <input type="checkbox"/> 消防法等に定める設備等の設置なし (□スプリンクラー全室□自動火災報知設備□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) 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 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 (別に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

(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	訪問看護ステーション ベストかねぐすく	南風原町字兼城265-10
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	デイサービスセンター ベストかねぐすく	南風原町字兼城265-10
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		
地域密着型通所介護	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				
介護医療院	あり	なし		
<b>(2)介護予防・日常生活支援総合事業</b>				
訪問型サービス	あり	なし		
通所型サービス	あり	なし		
その他の生活支援サービス	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)		包含	都度	備考		
					※2	※2			
介護サービス									
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		○	500円～		
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		○	50円		
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					※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			なし	あり					
健康管理サービス									
定期健康診断			なし	あり					※回数(年○回など)を明記すること
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					※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	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、月額の利用料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○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。