

## 重要事項説明書

記入年月日	平成30年9月6日
記入者名	下地美智子
所属・職名	代表取締役

※ 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	法人	
	※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 ようき 有限会社 陽気	
主たる事務所の所在地	〒901-1414 沖縄県南城市佐敷字 津波古399番地	
連絡先	電話番号	098-852-5255
	FAX番号	098-852-5250
	ホームページアドレス	http://
	メールアドレス	yo-kill112@outlook.jp
代表者	氏名	下地 美智子
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 6 年 1 月 31 日	
主な実施事業	※別添1 (別を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	ホームいこい HOMEいこい	
所在地	〒901-1414 沖縄県南城市佐敷「字津波古」1354-1	
主な利用交通手段	最寄駅	駅
	交通手段と所要時間	例：①バス利用の場合 最寄りのバス停「馬天入口」より徒歩1～2分 上下線15分か～30分にて本数あり。 ②自動車利用の場合 ・敷地内駐車場より05分
連絡先	電話番号	098-852-5255
	FAX番号	098-852-5250
	ホームページアドレス	http://
	メールアドレス	
管理者	氏名	嶺井美幸
	職名	管理者
建物の竣工日		昭和・平成 26 年 3 月 1 日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 26 年 4 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	4775600085
	指定した自治体名	沖縄県（市）
	事業所の指定日	平成 21 年 6 月 1 日
	指定の更新日（直近）	平成 27 年 7 月 1 日

### 3 建物概要

土地	敷地面積	337.96 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 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			199.39m <sup>2</sup>	
		うち、有料老人ホーム部分			199.39m <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	1 あり 2 なし				
居室の状況	居室区分 【表示事項】	① 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	10.6m <sup>2</sup>	9	一般個室
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	1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	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	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			
消防用施設等	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	入居者及び家族の身体的負担の軽減を図るとともに入居者が自立した生活を営めるように支援します
サービスの提供内容に関する特色	小人数で1人1人に寄り添った細やかなケア アットホームな環境。地域医療関係と連携し併設事業所の看護師による健康管理が充実しています。
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 ( )	
協力医療機関	1	名称	各入居者のかかりつけ病院・主治医
		住所	
		診療科目	主に内科
		協力内容	定期受診、健康相談、治療その他の医療全般
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	無
		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					
事業主体から解約を求める場合	解約条項	第5章 第25条			
	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: 1泊2500円+食事代 ) 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	
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員				
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	1		1	
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)				4
※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	4	2	2
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	1		1
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～ 翌 9 時)		
	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	1.5人	1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		社会福祉士								
	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											
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年以上										
	3年未満										
	3年以上										
	5年未満										
	5年以上										
	10年未満										
	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	
	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 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	施設の所在する地域の物価指数及び人件費等勘案する。
	手続き	改定後の料金内容を作成し署名をもらう。

(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	88 歳	歳	
居室の状況	床面積	10.7m <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	90000円	円	
月額費用の合計		100000円	円	
家賃		30000円	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	30000円	円
		管理費	40000円	円
		介護費用	上記に含む円	円
		光熱水費	管理費に含む円	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	家賃相当額
敷金	家賃の 3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	
食費	
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 : )	

## 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	1人
	女性	7人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	0人
	75歳以上85歳未満	1人
	85歳以上	7人
要介護度別	自立	0人
	要支援 1	1人
	要支援 2	0人
	要介護 1	0人
	要介護 2	0人
	要介護 3	2人
	要介護 4	3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	2人
	1年以上5年未満	6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	88.75歳
入居者数の合計	8人
入居率※	88.8%

※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	1人
	医療機関	1人
	死亡者	2人
	その他	人
生前解約の状況	施設側の申し出	人
	入居者側の申し出	4人

(解約事由の例)

入院後退院の目途がつかないため。  
入居待ちの特別養護老人ホームの入居が決まった







(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
＜居宅サービス＞			
訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	訪問介護ようき	南陽市佐敷津波古1354-1
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		南陽市佐敷津波古1354-1
通所リハビリテーション	有 / 無		
短期入所生活介護	有 / 無		
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		
＜地域密着型サービス＞			
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	有 / 無		
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		
地域密着型通所介護	有 / 無		
居宅介護支援	有 / 無		
＜居宅介護予防サービス＞			
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		
介護予防通所リハビリテーション	有 / 無		
介護予防短期入所生活介護	有 / 無		
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		
＜地域密着型介護予防サービス＞			
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	有 / 無		
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		
＜介護福祉施設＞			
介護老人福祉施設	有 / 無		
介護老人保健施設	有 / 無		
介護療養型医療施設	有 / 無		
介護医療院	有 / 無		

(2) 介護予防・日常生活支援総合事業

訪問型サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無		
通所型サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無		
その他の生活支援サービス	有 / 無	14	

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 / 無	有 / 無	○			
排泄介助・おむつ交換		有	○			
おむつ代		有		○	月8000円前後	パット
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		○	月3000円	入院時は日割りで減額
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		有		○	1回2000円	
買い物代行		無				
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。