

## 重要事項説明書

記入年月日	平成29年7月1日
記入者名	平良寿成
所属・職名	管理者
ホームページ公開	<input checked="" type="radio"/> 可 <input type="radio"/> 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	個人 <input checked="" type="radio"/> 法人 <input type="radio"/>	
	※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 ことぶきらんど 有限会社 寿ランド	
主たる事務所の所在地	〒901-1104 沖縄県島尻郡南風原町字宮平499番地	
連絡先	電話番号	098-889-1301
	FAX番号	098-889-5774
	ホームページアドレス	http://
	メールアドレス	
代表者	氏名	平良寿彦
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和 61 年 4 月 16 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) じゅうたくがたゆうりょうろうじんほーむゆうらくじゅ 住宅型有料老人ホームゆうらく寿	
所在地	〒901-0241 沖縄県豊見城市豊見城1007-24	
主な利用交通手段	最寄駅	駅
	交通手段と所要時間	沖縄バス糸満線 (33・46番) にて城址公園前バス停より徒歩にて5分、垣花整形外科を右折して200m。
連絡先	電話番号	098-850-3970
	FAX番号	098-850-3974
	ホームページアドレス	http://
	メールアドレス	y8503970@yahoo.co.jp
管理者	氏名	平良寿成
	職名	常務取締役
建物の竣工日		平成 21 年 11 月 19 日
有料老人ホーム事業の開始日		平成 22 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)		
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	686.179 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 (H22年10月1日～H57年9月30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		1434.12m <sup>2</sup> (地上5階)		
		うち、有料老人ホーム部分		1225.73m <sup>2</sup> (1階部分を除く)		
	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/①無	有/①無	10.85m <sup>2</sup>	40室	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	8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	8ヶ所	
	共用浴室	4ヶ所	個室	ヶ所	
			大浴場	4ヶ所	
	共用浴室における介護浴室	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	施設の環境を整備し、①サービスの向上に努めることによって、入居者に安心して生活して頂く。②生活する上での安全を最優先に考える。③「安心」「安全」を実行することでご家族からの信頼を得ることができるようにする。		
サービスの提供内容に関する特色	個人の意思を尊重しながら、できることは自主的に行えるよう支援する。また、毎日が楽しく笑顔が絶えないようにする。		
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	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	とよみ生協病院
		住所	豊見城市真玉橋593番地1
		診療科目	内科
		協力内容	訪問診療
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称	長嶺歯科医院	
	住所	那覇市松川1-11-13	
	協力内容	歯科治療	

(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 (一般居室どうしの住み替えあり)	
判断基準の内容	・事業者からにより、入居室 (階) を移ることを求める場合がある。 ・入居者、身元引受人の希望による居室変更の場合、事業者が同意する場合に変更することができる。	
手続きの内容	1. 本人およびキーパーソンの同意 2. 入居者からの申し出の場合は、事業者側の同意	
追加的費用の有無	1 あり 2 なし	
居室利用権の取扱い	住み替え後の居室に移行	
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) バルコニーの有無 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	看護師が常駐していないため、常時看護を要する者の受け入れは困難	
契約の解除の内容	入居者が死亡した場合。入居者又は事業者から解約した場合。	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第28条
	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: 空室がある場合。1泊食事つき3,000円) 2 なし	
入居定員	40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	17	9	8	
看護職員	0			
機能訓練指導員	0			
計画作成担当者	0			
栄養士	1		1	
調理員	8	2	6	
事務員	0			
その他職員	0			
1週間のうち、常勤の従事者が勤務すべき時間数※2				
※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	7	3	4
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 (16時～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	8人	3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 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			4							
前年度1年間の退職者数			3							
応じた業務に従事した経年数に 職員の人数	1年未満		1							
	1年以上 3年未満		2	3						
	3年以上 5年未満		3	1						
	5年以上 10年未満		1	2						
	10年以上		2	2						
	従業者の健康診断の実施状況	1 あり (夜勤者も年1回のみ)		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（家賃・管理費） 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	施設が所在する地域の物価の動向及び人件費等を勘案し、変更することがある。
	手続き	運営懇談会の意見を聴く。

(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5	要介護2	
	年齢	75歳	85歳	
居室の状況	床面積	10.85㎡	10.85㎡ (バルコニー有)	
	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	0円	
	敷金	0円	0円	
月額費用の合計		約106,000円	約108,000円	
家賃		31000円	33000円	
サー ビス 費用	特定施設入居者生活介護※1の費用	円	円	
	介護 保険 外※ 2	食費	39000円	39000円
		管理費	33000円	33000円
		介護費用	0円	0円
		光熱水費	水道代3,000円＋ 電気代（使用分）	水道代3,000円＋ 電気代（使用分）
	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する介護費用は、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	居室使用料
敷金	なし
介護費用	なし
管理費	共用施設等の維持・管理費、清掃費、事務費、職員人件費等
食費	食材費、食事部門の人件費、設備・備品代（調理具・食器等） （朝食400円、昼食450円、夕食450円）
光熱水費	水道代3,000円、電気代（居室で使用した分）
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	12人
	女性	27人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上75歳未満	3人
	75歳以上85歳未満	15人
	85歳以上	20人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	0人
	要支援2	1人
	要介護1	5人
	要介護2	7人
	要介護3	7人
	要介護4	14人
	要介護5	5人
入居期間別	6ヶ月未満	3人
	6ヶ月以上1年未満	8人
	1年以上5年未満	19人
	5年以上10年未満	9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	82.6歳
入居者数の合計	39人
入居率※	97.5%
※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	2人
	社会福祉施設	2人
	医療機関	4人
	死亡者	3人
	その他	0人
生前解約の状況	施設側の申し出	3人
	(解約事由の例) 経管栄養導入等により常時看護が必要な状態となったため。	
生前解約の状況	入居者側の申し出	5人
	(解約事由の例) 自宅近くの施設への転居。 入院の長期化。	

## 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	有料老人ホームゆうらく寿	
電話番号	098-850-3970	
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜	9:00~18:00
	日曜・祝日	9:00~18:00
定休日	日曜日、12/30~1/3	

(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) 大同火災海上保険株式会社 施設損害賠償、施設火災保険
	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	
	② なし	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	
	② なし	結果の開示	1 あり 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	有 / 無		
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	デイサービスゆうらく 寿デイサービス	豊見城市豊見城1007-24 南風原町字宮平499
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		
<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	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		
居宅介護支援	有 / 無		
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>			
介護予防訪問介護	有 / 無		
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	デイサービスゆうらく 寿デイサービス	豊見城市豊見城1007-24 南風原町字宮平499
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		
<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	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		
<b>&lt;介護福祉施設&gt;</b>			
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		

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	
<b>介護サービス</b>						
食事介助	有 / 無	有 / 無				
排泄介助・おむつ交換		有 / 無	○			
おむつ代		有 / 無		○	実費	個人が使用した分請求
入浴（一般浴）介助・清拭		有 / 無	○			
特浴介助		有 / 無				
身辺介助（移動・着替え等）		有 / 無	○			
機能訓練		有 / 無				
通院介助		有 / 無		○	実費	院内介助（750円／30分）
<b>生活サービス</b>						
居室清掃		有 / 無	○			
リネン交換		有 / 無	○			
日常の洗濯		有 / 無		○	実費	衣類洗濯（3,000円／月） シーツ類洗濯（1,300円／月）
居室配膳・下膳		有 / 無	○			
入居者の嗜好に応じた特別な食事		有 / 無				
おやつ		有 / 無				
理美容師による理美容サービス		有 / 無		○	実費	カット1,200円／回
買い物代行		有 / 無				
役所手続き代行		有 / 無				
金銭・貯金管理		有 / 無				
<b>健康管理サービス</b>						
定期健康診断		有 / 無		○	実費	年に2回の健康診断を受けうる機会を設ける
健康相談		有 / 無				
生活指導・栄養指導		有 / 無				
服薬支援		有 / 無	○			
生活リズムの記録（排便・睡眠等）		有 / 無	○			
<b>入退院時・入院中のサービス</b>						
移送サービス		有 / 無				
入退院時の同行		有 / 無	○			ご家族が病院に到着するまで（入院時のみ）
入院中の洗濯物交換・買い物		有 / 無				
入院中の見舞い訪問		有 / 無	○			

※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。