

重要事項説明書

記入年月日	平成29年7月1日
記入者名	大城 敏子
所属・職名	住宅事業部・管理者
ホームページ公開	可

1. 事業主体概要

種類	<input type="checkbox"/> 個人/ <input checked="" type="checkbox"/> 法人	
	※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 けあすてーしょんまな 有限会社 ケアステーションマナ	
主たる事務所の所在地	〒901-2213 沖縄県 宜野湾市 志真志 1丁目 13番 19号	
連絡先	電話番号	098-892-0011
	FAX番号	098-892-0025
	ホームページアドレス	http://mannawork.jimdo.com/
	メールアドレス	manna0988920011@gmail.com
代表者	氏名	大城 朝光
	職名	代表取締役
設立年月日	平成 16年 6月 1日	
主な実施事業	※別添1(別の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 まな 住宅型有料老人ホーム マナ	
所在地	〒901-2213 沖縄県 宜野湾市 志真志 1丁目 13番 19号	
主な利用交通手段	最寄駅	駅
	交通手段と所要時間	①バス利用の場合 沖縄バス(61・52・80・27) 志真志バス停留所で下車 徒歩5分 ②自動車利用の場合 国道330号線 我如古交差点より普天間向け 志真志バス停留所手前より右折 前方Y字路 を左折、200m前方を右折、道なりに400m 進んで左手の建物
連絡先	電話番号	098-892-0011
	FAX番号	098-892-0025
	ホームページアドレス	http://mannaworkjimdo.com/
管理者	氏名	大城 敏子
	職名	所 長
建物の竣工日		平成 24年 10月 1日
有料老人ホーム事業の開始日		平成 24年 12月 1日

(類型)【表示事項】

<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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	997.27㎡				
	所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する土地				
		<input type="checkbox"/> 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	1,298.19㎡			
		うち、有料老人ホーム部分	833.14㎡			
	耐火構造	<input checked="" 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 checked="" 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する土地				
		<input type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地				
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】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室 (うち親族使用可能部屋 室)				
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 相部屋あり				
		最少	1 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	<input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	12㎡	27	一般居室個室
	タイプ2	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	㎡		
	タイプ3	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	㎡		
	タイプ4	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	㎡		
	タイプ5	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	㎡		
	タイプ6	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	㎡		
	タイプ7	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	㎡		
	タイプ8	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	㎡		
タイプ9	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	㎡			
タイプ10	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 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	4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	4ヶ所
	共用浴室	2ヶ所	個室	0ヶ所
			大浴場	0ヶ所
共用浴室における	2ヶ所	チェアー浴	2ヶ所	

	介護浴槽		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 checked="" 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		
消防用設備等	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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input 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				

4. サービスの内容 (全体の方針)

運営に関する方針	家庭的な雰囲気を大切にし、その人らしい生活に必要な支援をできる限りさせていただく
サービスの提供内容に関する特色	生活支援(食事の提供、洗濯、掃除などの家事、健康チェック)の他、他職種、他事業者と連携し必要な支援を実施します
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 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	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
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		<input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い(ご家族等ができない場合) <input checked="" type="checkbox"/> 3 通院介助(ご家族等ができない場合) <input type="checkbox"/> 4 その他()	
協力医療機関	1	名称	まえはら内科
		住所	沖縄県 宜野湾市 真栄原 3-19-8
		診療科目	内科
		協力内容	治療、定期健康診断など
	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	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	要支援の者	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
留意事項	常に看護を要する状態の場合は受入れ不可	
契約の解除の内容	①不正な手段により入居した場合(申込書に虚偽がある等) ②利用料その他支払いを正当な理由なく、遅滞する場合 ③入居規定に違反する場合(禁止、制限行為等) ④入居者に自傷他害行動がある場合 ⑤入居者が「要介護」判定以外(「要支援」、「自立」)の場合 ⑥入居者が1月以上の入院を要する場合 ⑦入居者が死亡した場合	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書 第5章 契約の終了 第27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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (内容:食事の提供 利用料:¥3,000/1日) <input type="checkbox"/> 2 なし	
入居定員	27 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	
生活相談員				
直接処遇職員	7	4	3	
介護職員	7	4	3	
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員	3	0	3	
事務員	1	1	0	
その他職員				
1週間のうち、常勤の従業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			
介護福祉士	3	1	2
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者			
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(16:30～ 翌 9:30)		
	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	2.5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		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし									
	業務に係る資格等		1 あり									
			資格等の名称									
		<input checked="" type="checkbox"/> 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												
業務に 応じ た 事 職 し た 員 の 経 人 験 年 数	1年未満				2							
	1年以上			3	1							
	3年未満											
	3年以上											
	5年未満											
	5年以上			1								
	10年未満											
10年以上												
従業者の健康診断の実施状況						<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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 checked="" 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式 【表示事項】	<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 checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式		
	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" 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 checked="" 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 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	当施設が所在する地域の物価動向、人件費等を勘案する	
	手続き	運営懇談会等の意見を聴取したうえで実施する	

(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	4	
	年齢	70歳	90歳	
居室の状況	床面積	12㎡	12㎡	
	便所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
	浴室	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
	台所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 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		105,500 円	105,500 円	
家賃		37,000 円	37,000 円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用	0 円	0 円	
	介護保険外※2	食費	31,500 円	31,500 円
		管理費	37,000 円	37,000 円
		介護費用	0 円	0 円
		光熱水費	0 円	0 円
		その他	0 円	0 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)

費目	算定根拠
家賃	家賃相当額として
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まない。
管理費	施設の維持管理費、共用消耗品費
食費	朝食300円 昼食350円 夕食400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	特になし

(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

費目	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	6 人
	女性	24 人
年齢別	65 歳未満	0 人
	65 歳以上 75 歳未満	4 人
	75 歳以上 85 歳未満	6 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	0 人
	要介護1	0 人
	要介護2	8 人
	要介護3	11 人
	要介護4	8 人
	要介護5	3 人
入居期間別	6ヶ月未満	0 人
	6ヶ月以上1年未満	4 人
	1年以上5年未満	21 人
	5年以上 10 年未満	4 人
	10 年以上 15 年未満	1 人
	15 年以上	0 人

(入居者の属性)

平均年齢	84.3 歳
入居者数の合計	30 人
入居率※	111 %
※ 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	0 人
	死亡者	2 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		苦情相談窓口
電話番号		098-892-0011
対応している時間	平日	8:30~17:30
	土曜	8:30~17:30
	日曜・祝日	なし
定休日		日曜・祝日

(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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 東京海上日動火災保険(超ビジネス保険)
	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 当社の事故対応指針による
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	随時受付(投函方式)
		結果の開示	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	<input type="checkbox"/> 2 なし		
第三者による評価の実施状況	<input type="checkbox"/> 1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
管理規程	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
事業収支計画書	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度)年 回
	<input type="checkbox"/> 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】	<input type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名:)	
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 届出あり <input type="checkbox"/> 2 届出なし	
	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 登録あり <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 適合している(代替措置) <input type="checkbox"/> 2 適合している(将来の改善計画) <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 指導事項あり(過去1年以内に改善) <input type="checkbox"/> 2 指導事項あり(未改善のまま、指導から1年経過) <input type="checkbox"/> 3 指導事項なし	
不適合事項がある場合の内容		

添付書類: 別添1 (別の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 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市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		なし	
訪問入浴介護		なし	
訪問看護		なし	
訪問リハビリテーション		なし	
居宅療養管理指導		なし	
通所介護	あり	デイサービスセンターマナ	沖縄県宜野湾市志真志1-13-19
通所リハビリテーション		なし	
短期入所生活介護		なし	
短期入所療養介護		なし	
特定施設入居者生活介護		なし	
福祉用具貸与		なし	
特定福祉用具販売		なし	
<地域密着型サービス>			
定期巡回・随時対応型訪問介護看護		なし	
夜間対応型訪問介護		なし	
認知症対応型通所介護		なし	
小規模多機能型居宅介護		なし	
認知症対応型共同生活介護		なし	
地域密着型特定施設入居者生活介護		なし	
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護		なし	
看護小規模多機能型居宅介護		なし	
居宅介護支援		なし	
<居宅介護予防サービス>			
介護予防訪問介護		なし	
介護予防訪問入浴介護		なし	
介護予防訪問看護		なし	
介護予防訪問リハビリテーション		なし	
介護予防居宅療養管理指導		なし	
介護予防通所介護	あり	デイサービスセンターマナ	沖縄県宜野湾市志真志1-13-19
介護予防通所リハビリテーション		なし	
介護予防短期入所生活介護		なし	
介護予防短期入所療養介護		なし	
介護予防特定施設入居者生活介護		なし	
介護予防福祉用具貸与		なし	
特定介護予防福祉用具販売		なし	
<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		なし	
介護予防小規模多機能型居宅介護		なし	
介護予防認知症対応型共同生活介護		なし	
介護予防支援		なし	
<介護保険施設>			
介護老人福祉施設		なし	
介護老人保健施設		なし	
介護療養型医療施設		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					<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
おむつ代			<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり				実費(必要分)
入浴(一般浴)介助・清拭	なし	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
特浴介助	なし	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
身辺介助(移動・着替え等)	なし	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
機能訓練	なし	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
通院介助	なし	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				※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"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
リネン交換	なし	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
日常の洗濯	なし	あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	¥3,000	委託先: 沖縄綿久寝具株式会社(利用状況による)
居室配膳・下膳	なし	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
入居者の嗜好に応じた特別な食事			<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
おやつ			<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
理美容師による理美容サービス			<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	¥1,080	委託先: 移動理美容室ちゅら(利用者の希望による)
買い物代行	なし	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし				※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	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし				
金銭・貯金管理			<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし				
健康管理サービス								
定期健康診断			<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				※回数(年○回など)を明記すること
健康相談	なし	あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○		
生活指導・栄養指導	なし	あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○		
服薬支援	なし	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	なし	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
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"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
入退院時の同行	なし	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
入院中の見舞い訪問	なし	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 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、月額のサービス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○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。