

重要事項説明書

○ あなた様(又はあなたのご家族)が、契約する前に知っておいていただきたい内容をご説明いたします。あなた様(又はあなたのご家族)がご利用を考慮しておられるサービスについて、分かりにくい点があれば、ご遠慮なくお聞きして下さい。

記入年月日	令和1年8月10日
記入者名	井上 昭仁
所属・職名	理事長

1 事業主体概要

種類	個人 / <input checked="" type="radio"/> 法人
	※法人の場合、その種類 特定非営利活動法人
名称	(ふりがなとくていひえいりかつどうほうじんひかり 特定非営利活動法人ひかり
主たる事業所の所在地	〒 849-1312 佐賀県鹿島市大字納富分1079番地1
連絡先	電話番号 0954-62-1789
	FAX番号 0954-62-1790
	HPアドレス hikari1079-1.com
	メールアドレス hikaricare@yahoo.co.jp
代表者	氏名 井上 昭仁
	職名 理事長
設立年月日	平成22年6月8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ひかり 住宅型有料老人ホーム ひかり
所在地	〒 849-1312

	佐賀県鹿島市大字納富分1079番地1	
主な利用交通手段	最寄り駅	JR肥前鹿島駅
	交通手段 所要時間	①JR肥前鹿島駅利用の場合 ・タクシーにて約15分 ②祐徳バス利用の場合 ・辻のバス停から徒歩3分
連絡先	電話番号	0954-69-8172
	FAX番号	0954-69-8173
	HPアドレス	hikari1079-1.com
	メールアドレス	hikaricare@globe.ocn.ne.jp
管理者	氏名	井上 昭仁
	職名	理事長
建物の竣工日	平成26年7月18日	
有料老人ホーム事業の開始日	令和1年9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または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	
	指定の更新日(直近)	

3 建物概要

土地	敷地面積	219.43㎡	
	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	211.56㎡

		うち、有料老人ホーム部分	49.21㎡		
耐火構造	① 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他(1, 2以外の建物であって火災に係わる利用者の安全性の確保対策)				
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			
		最小	1 人部屋		
		最大	4 人部屋		
	トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
タイプ1	有/無	有/無	7.03㎡	4	一般居室個室
タイプ2	有/無	有/無	5.62㎡	1	一般居室相部屋
タイプ3	有/無	有/無			
タイプ4	有/無	有/無			
タイプ5	有/無	有/無			
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	1カ所	うち男女別の対応が可能な便房	2カ所
			うち車椅子等の対応が可能な便房	1カ所
	共用浴室	1カ所	個室	1カ所
			大浴場	0カ所
	共用浴室における介護浴室	1カ所	チェアー浴	1カ所
			リフト浴	0カ所
			ストレッチャー浴	0カ所
			その他(特殊浴室)	0カ所
	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
	防災管理者	(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	利用者様の要介護状態の軽減もしくは悪化の防止、または要介護状態となる事の予防に資するよう、その目標を設定し計画的に行う。		
サービスの提供内容に関する特色	利用者様に家庭的な雰囲気的生活を提供し、併せて地域社会の一員としての存在意義を確立する		
入浴、排泄または食事の介護	(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
選択、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
安否確認また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
	※対象外			

	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 ② なし	(介護・看護職員の配置率)	: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(情報提供・収集)	
協力医療機関	1	名称	医療法人 誠晴會 納富病院
		住所	〒849-1311 佐賀県鹿島市高津原4320番地1
		診療科目	泌尿器科、循環器内科、消化器内科、皮膚科、外科
		協力内容	発病等による診療治療の協力
	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	訪問診療	

(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()	
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	
居室利用権の取り扱い		
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	透析などの特別な医療行為が必要な利用者は、要相談	

契約の解除の内容	入居契約書	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	第5章
	解約予告期間	3ヶ月
入居者からの解約予告期間	30日前までに申し出ること	
体験入居の内容	1 あり	
	② なし	
入居定員	8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
	合計	常勤	非常勤	※1 ※2
管理者	1	1		
生活相談員	1	1		
直接処遇職員				
介護職員	6	5	1	
看護職員	3	2	1	
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員	2	1	1	
事務員	2	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				

※1 常勤換算人数とは、当該事業者の従業者の勤務時間数を、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	1	1	
介護福祉士	2	2	
実務者研修の終了者	1	1	

初任者研修の終了者	3	2	1
介護支援専門員	1	1	

(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
看護師または准看護師	3	2	1
理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復士			
按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	(18時00分 ~ 8時00分)	
	平均人数	最小時人数(休憩者等を除く)
看護職員	1人	1人
介護職員	1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)	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

※公告、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)	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	他の業務との兼務	(1)あり 2なし
	業務に係る資格等	(1)あり 資格等の名称(介護支援専門員) 2なし

		看護職員		介護職員		生活相談員	
		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	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数		0	0	0	0	0	0
業務に従事した 経験年数に応じた 職員の人数	1年未満	1		1			
	1年以上3年未満				1		
	3年以上5年未満	1	1	1	1	1	
	5年以上10年未満			1			
	10年以上						

		機能訓練指導員		計画作成担当者	
		常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数		0	0	0	0
前年度1年間の退職者数		0	0	0	0
業務に従事した 経験年数に応じた 職員の人数	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			1	

従業員の健康診断の実施状況 (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)の取り扱い	1 減額なし	
	2 日割り計算で減額	
	③ 不在期間が 14 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	介護保険改正に伴い、改定の可能性あり
	手続き	書面により通知

(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5	
	年齢	75	75	
居室の状況	床面積	5.62㎡	7.03㎡	
	便所	1 あり ② なし	1 あり ② なし	
	浴室	1 あり ② なし	1 あり ② なし	
	台所	1 あり ② なし	1 あり ② なし	
入居時点で必要な経費	前払金	0	0	
	敷金	0	0	
月額費用の合計(30日の場合)		71,000	76,000	
家賃		30,000	30,000	
サービス費用	特定入居者生活介護の費用※1	0	0	
	外※2 介護保険	食費	36,000	36,000
		管理費	5,000	10,000
		介護費用	0	0
		光熱水費	0	0
		その他	0	0

※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(訪問介護等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	1日1,000円として算出
敷金	なし
介護費用	※介護保険サービスの自己負担金額は含まない
管理費	個室:一ヶ月10,000円、相部屋:一ヶ月5,000円
食費	毎食400円、1日合計1,200円
光熱水費	なし
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	退去時の、使用居室内の設備や壁紙等の原状回復に係る料金 医療費、理美容代、おむつ代、リネン代、日用品費は 個別に実費負担

(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

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	該当なし
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	
※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

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
初期償却額	%
返還金の算定方法	入居後3ヶ月以内の契約終了 入居後3ヶ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	3人
	女性	5人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上75歳未満	1人
	75歳以上85歳未満	3人
	85歳以上	4人
要介護度別	自立	1人
	要支援1	1人
	要支援2	1人
	要介護1	1人
	要介護2	1人
	要介護3	3人
	要介護4	1人
入居期間別	要介護5	4人
	6ヶ月未満	1人
	6ヶ月以上1年未満	2人
	1年以上5年未満	5人
	5年以上10年未満	1人
	10年以上15年未満	1人
	15年以上	1人

(入居者の属性)

平均年齢	85歳
入居者数の合計	8人
入居率※	100%

※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	0人
	医療機関	0人
	死亡者	1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	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	0954-62-1789	
対応している時間	平日	8時00分 ~ 18時00分
	土曜日	8時00分 ~ 18時00分
	日曜・祝日	8時00分 ~ 18時00分
定休日	事業所の指定日	

(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) 賠償・傷害保険に加入
	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) 契約する保険会社と連携し、損害賠償する
	2 なし	
事故対応およ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や意見箱利用等 利用者の意見等を把握する取組の状況	1 あり	実施日	令和 2 年 4 月 1 日
		結果の開示	1 あり 2 なし
	(2) なし		
第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	令和 年 月 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

10 その他

運営推進会議	(1) あり 2 なし	(開催頻度)	1 年 2 回
--------	----------------	--------	---------

		1 代替措置あり (内容)
		2 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29条1項に 規定する届出	① あり 2 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23条の規程により、届出が不要	
高齢者の居住の安定確保に 関する法律5条1項に 規定するサービス付き 高齢者向け住宅の登録	1 あり ② なし	
有料老人ホーム設置運営 指導指針「5. 規模および 構造設備」に合致しない事項	① あり 2 なし	
合致しない事項が ある場合の内容	個室が13ha未満	
「6. 既存建築物の 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) 2 適合している(将来の改善計画) 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		
不適合事項がある 場合の内容		

添付書類： 別添1(別々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 令和 年 月 日

説明者署名 _____

説明を受けた者の署名 _____

※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。