

重要事項説明書

施設名	住宅型有料老人ホーム螢灯			
定員・室数	定員	29人	室数	23室

■有料老人ホームの類型・表示事項

施設の類型	<input type="checkbox"/> 健康型	※食事等のサービスが付いた高齢者向けの居住施設です。介護が必要となった場合には、契約を解除し退去しなければなりません。
	<input checked="" type="checkbox"/> 住宅型	※生活支援等のサービスが付いた高齢者向けの居住施設です。介護が必要となった場合、入居者自身の選択により、在宅サービスを利用しながら生活を継続できます。
	<input type="checkbox"/> 介護付	※介護等のサービスが付いた高齢者向けの居住施設です。介護が必要となっても、当該有料老人ホームが提供する特定施設入居者生活介護を利用しながら生活を継続できます。
居住の権利形態	利用権方式	※居住部分と介護や生活支援等のサービス部分の契約が一体となっている契約形態です。
利用料の支払方法	月払い方式	前払金を受領せず、家賃又はサービス費用を月払いする方式
入居時の要件	入居時要支援・要介護	※入居時において要支援認定又は要介護認定を受けている方が対象です。
介護保険の利用	在宅サービス利用可	※介護が必要となった場合、介護保険の在宅サービスを利用するホームです。
居室区分	相部屋あり	個室 19室 夫婦部屋 室
		相部屋 4室 2人部屋～ 3人部屋
提携ホームへの移行	なし	提携ホーム（ 住宅型有料老人ホーム燈 ）

《介護付有料老人ホームの追加表示事項》

施設の類型	<input type="checkbox"/> 一般型	※介護サービスは有料老人ホームの職員が提供します。
	<input type="checkbox"/> 外部サービス利用型	※有料老人ホームの職員が安否確認や計画作成等を実施し、介護サービスは委託先の事業所が提供します。
一般型における介護にかかわる職員体制		
外部サービス利用型における介護にかかわる職員体制	ホームの職員（ ）人 (委託先) 訪問介護（ ） 訪問看護（ ） 通所介護（ ）	
介護保険事業所番号		
事業開始(予定)年月日	年 月 日	
指定年月日	年 月 日	
指定の更新年月日	年 月 日	

1. 事業主体概要

法人等の種類・名称	法人等の種別	営利法人		
	フリガナ 名称	ゴウトウカイシャ アズマ 合同会社 アズマ		
設立年月日	平成 20 年 6 月 3 日			
代表者職氏名	役職名	代表社員	氏名	東 真苗美
主な事業等	<input checked="" type="checkbox"/> 医療、福祉 <input type="checkbox"/> 農業、林業 <input type="checkbox"/> 漁業 <input type="checkbox"/> 鉱業、採石業、砂利採取業 <input type="checkbox"/> 建設業 <input type="checkbox"/> 製造業 <input type="checkbox"/> 情報通信業 <input type="checkbox"/> 電気・ガス・熱供給・水道業 <input type="checkbox"/> 運輸業、郵便業 <input type="checkbox"/> 卸売業、小売業 <input type="checkbox"/> 金融業、保険業 <input type="checkbox"/> 不動産業、物品賃貸業 <input type="checkbox"/> 宿泊業、飲食サービス業 <input type="checkbox"/> 教育、学習支援業 <input type="checkbox"/> 生活関連サービス業、娯楽業 <input type="checkbox"/> 学術研究、専門・技術サービス業 <input type="checkbox"/> 複合サービス業 <input type="checkbox"/> その他			
主たる事務所の所在地	〒 880-0211		宮崎市佐土原町下田島11408番地2	
連絡先	電話番号	0985-77-5606		
	FAX 番号	0985-77-5607		
ホームページ	なし	http://		

2. 施設概要

施設 の 名 称	フリガナ 名称	ジユウタクガタウリョウジンホーム材ズキ 住宅型有料老人ホーム螢灯
施設 の 定 員	29 名	
建 物 の 竣 工 日	平成 24 年 9 月 25 日	
施設 の 開 設 年 月 日	平成 25 年 3 月 15 日	
施設 の 所 在 地	〒	880-0211
	宮崎市佐土原町下田島11408番地2	
最寄りの駅・バス停からのアクセス等	最寄り駅	佐土原駅
	最寄りバス停	役場下
施設 の 連 絡 先	電話番号	0985-77-5606
	FAX番号	0985-77-5607
施設 の 管 理 者 氏 名 及 び 職 名	氏名	甲斐 義光
	職名	施設長
ホ ー ム ペ ー ジ	なし	http://

<施設・設備等の状況>

敷 地	権利形態	所有	抵 当 権	あり
	面積	2585.51 m ²		
建 物	権利形態	所有	抵 当 権	あり
	延床面積	建物全体面積		970 m ²
		うち、老人ホーム部分面積		751 m ²
	階 層	地上3階建て		
	耐 火 構 造	耐火構造	建物用途区分	有料老人ホーム
	構 造	鉄筋コンクリート		
併設施設等	訪問介護			
賃貸借契約の概要	土地	期間	年 月 ~ 年 月	
		更新		
	建物	期間	年 月 ~ 年 月	
		更新		
居 室	一般居室	個室(19)室	(6 m ² ~ 6 m ²)	
		夫婦室()室	(m ² ~ m ²)	
		相部屋(4)室	(2 人部屋 2 室) (3 人部屋 2 室) (人部屋 室) (m ² ~ m ²)	
	介護居室 ※介護付のみ	個室()室	(m ² ~ m ²)	
		夫婦室()室	(m ² ~ m ²)	
		相部屋()室	(人部屋 室) (人部屋 室) (人部屋 室) (m ² ~ m ²)	
	一時介護室	個室()室	(m ² ~ m ²)	
		夫婦室()室	(m ² ~ m ²)	
		相部屋()室	(人部屋 室) (人部屋 室) (人部屋 室) (m ² ~ m ²)	
居 室 の 設 備	<input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 便所 <input type="checkbox"/> 洗面設備 <input type="checkbox"/> 調理設備 <input type="checkbox"/> テレビ回線 <input type="checkbox"/> 外線電話回線 <input type="checkbox"/> 緊急通報装置 <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 収納設備 <input checked="" type="checkbox"/> エアコン <input type="checkbox"/> その他			

施設の設備	便所	4 箇所 緊急通報装置 あり		
	浴室	個浴 (1) 大浴槽 ()		
		特殊浴槽 () リフト浴 ()		
		その他 ()		
		緊急通報装置の設置	あり	
		併設施設等との共用	あり ()	
	食堂	なし		
		併設施設等との共用	あり ()	
		入居者や家族が利用できる調理設備	なし	
	その他			
エレベーター	なし () 基			
	<input type="checkbox"/> 車椅子対応	<input type="checkbox"/> ストレッチャー対応		
消防設備	・消火器	あり	・火災通報装置	あり
	・自動火災報知設備	あり	・防災計画	あり
	・スプリンクラー設備	あり	・防火管理者	あり

3. 従業員に関する事項 ※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)

①人数及びその勤務形態

職名	人数		常勤換算人数	兼務の状況	
	専従	非専従		ホーム内兼務	ホーム外兼務
管理者(施設長)	1	()			
生活相談員		()			
看護職員		()			
介護職員	2	3 3)			
機能訓練指導員		()			
計画作成担当者	()	()			
栄養士	()	()			
調理員	()	()			
事務員	()	()			
その他従業員	()	()			
1週間のうち、常勤の従業員が勤務すべき時間数					40 時間

※人数のうち () 内は非常勤職員の人数を指します。

※常勤換算人数とは、当該事業所の従業員の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業員が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業員の人数を常勤の従事者の人数に換算した人数を言います。

②看護師及び介護職員の勤務状況

職名	日勤帯平均人数 (: ~ :)	日勤帯最小 時の人数	夜勤帯平均人数 (: ~ :)	夜勤帯最小 時の人数
看護職員	() 人	() 人	() 人	() 人
介護職員	() 人	() 人	() 人	() 人

※有料老人ホームの従事職員に限ります。

※最小時の人数は休憩者等を除きます。

※介護付有料老人ホームの場合、上記に併せて下記の記入が必要です。

②-2 特定施設入居者生活介護の看護職員及び介護職員 1人当たり (常勤換算) の利用者数

人

③-1 管理者（施設長）の資格

防火管理者

③-2 介護職員の資格

資格	延べ人数	人数	
		専従	非専従
社会福祉士	()	()	()
介護福祉士			()
実務者研修			()
介護職員初任者研修			()
介護支援専門員			()
ヘルパー 1 級			()
ヘルパー 2 級			()
資格なし	2	3	3

③-3 機能訓練指導員の資格

資格	延べ人数	人数	
		専従	非専従
理学療法士	()	()	()
作業療法士	()	()	()
言語聴覚士	()	()	()
看護師又は准看護師	()	()	()
柔道整復士	()	()	()
あん摩マッサージ指圧師	()	()	()
はり師	()	()	()
きゅう師	()	()	()

※人数のうち（ ）内は非常勤職員の人数を指します。

④ 従業者の職種別・勤続年数別人数（本事業所における勤続年数）

勤続年数	職種	生活相談員	看護職員	介護職員	機能訓練指導員	計画作成担当者
前年度 1 年間の採用者数		()	()	()	()	()
前年度 1 年間の退職者数		()	()	()	()	()
1 年未満		()	()	()	()	()
1 年以上 3 年未満		()	()	2 (2)	()	()
3 年以上 5 年未満		()	()	()	()	()
5 年以上 10 年未満		()	()	()	()	()
10 年以上		()	()	3 (1)	()	()
合計		0 (0)	0 (0)	5 (3)	0 (0)	0 (0)

※人数のうち（ ）内は非常勤職員の人数を指します。

⑤ 従業者の健康診断の実施状況

実施状況	あり	年	1	回
------	----	---	---	---

4. サービスの内容

運営に関する方針	入居者及び来訪者が快適で心身ともに充実・安心した生活を営む事に資すると共に、ホームの良好な生活環境を確保することを目的とする。
サービス提供内容に関する特色	ホームにて介護サービスを提供する事は一切ありませんので、介護サービスが必要になった場合は、必要に応じたサービスの導入を行ってください。

①ホームが提供するサービス

食事の提供	あり	(直営)
食事介助	なし	
入浴介助	なし	
排せつ介助	なし	
居室の清掃・洗濯等の家事	あり	
生活相談サービス	あり	
健康管理	あり	
服薬支援	なし	
金銭管理	あり	
定期的な安否確認の方法	食事提供の安否確認のみ	

①-2 介護保険加算サービス等 (※介護付のみ記載)

入居継続支援加算		
生活機能向上連携加算		
個別機能訓練加算		
夜間看護体制加算		
若年性認知症入居者受入加算		
医療機関連携加算		
口腔衛生管理体制加算		
栄養スクリーニング加算		
退院・退所時連携加算		
看取り介護加算		
認知症専門ケア加算 (I)		
認知症専門ケア加算 (II)		
サービス提供体制強化加算 (I) イ		
サービス提供体制強化加算 (I) ロ		
サービス提供体制強化加算 (II)		
サービス提供体制強化加算 (III)		
介護職員処遇改善加算 (I)		
介護職員処遇改善加算 (II)		
介護職員処遇改善加算 (III)		
介護職員処遇改善加算 (IV)		
介護職員処遇改善加算 (V)		
人員配置が手厚い介護サービスの実施		
短期利用特定施設入居者生活介護の算定		

②医療機関との連携・協力

医療支援	<input checked="" type="checkbox"/> 救急車の手配	<input type="checkbox"/> 入退院の付添い	<input type="checkbox"/> 通院介助
	<input type="checkbox"/> その他 ()		
協力医療機関			
協力医療機関名 :	宮崎ホームケアクリニック	協力契約書等の締結 :	なし
診療科目 :			
協力内容 :			
協力医療機関名 :	たなか内科	協力契約書等の締結 :	なし
診療科目 :			
協力内容 :			
協力医療機関名 :	船塚クリニック	協力契約書等の締結 :	なし
診療科目 :			
協力内容 :			
協力歯科医療機関			
協力歯科医療機関名 :	中島歯科	協力契約書等の締結 :	なし
協力内容 :			
協力歯科医療機関名 :		協力契約書等の締結 :	
協力内容 :			

③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

運営懇談会	設置の有無 :	なし	年 () 回開催予定
	代替措置 :	(設置なしの場合)	実施内容 :
利用者アンケート	実施の有無 :	なし	実施内容 :
			結果開示 :
意見箱	設置の有無 :	なし	設置箇所 :
			結果開示 :
第三者による評価	実施の有無 :	なし	評価者 :
			結果開示 :

④苦情及び事故対応

苦情対応窓口	運営法人が設置する窓口	窓口の名称 :	住宅型有料老人ホーム 螢灯	
		電話番号 :	0985-77-5606	
		対応時間 :	09:00~16:00	
	上記以外の相談窓口	窓口の名称 :	宮崎市福祉部介護保険課事業所支援係	
			電話番号 :	0985-44-2804
			対応時間 :	8:30~17:15(土日祝日・年末年始を除く)
		窓口の名称 :	宮崎県国保健康保険連合会	
			電話番号 :	0985-35-5301
			対応時間 :	8:30~17:15(土日祝日・年末年始を除く)
		窓口の名称 :		
		電話番号 :		
		対応時間 :		

サービス提供により賠償すべき事故が発生した場合の対応

損害賠償責任保険の加入状況	あり	(内容) 施設・事業活動遂行事故等
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	あり	(内容) 事故対応マニュアルに基づく
事故対応及びその予防のための指針	あり	

⑤入居に当たっての留意事項

入居の条件	年齢	概ね60歳以上
	要介護度	要支援Ⅰ・Ⅱ、要介護Ⅰ～Ⅴ
	医療的ケア	特になし
	認知症	特になし
	その他	
身元引受人等の条件、義務等		
体験入居	利用期間	なし
	利用料金	
	その他	
入居者からの契約解除	あり 1ヶ月以上の予告期間をもって契約解除届を提出するものとします。	
施設からの契約解除	あり	1ヶ月
その他の留意事項	故意ではない(認知症の進行等)器物損壊であっても弁償の対象となる場合があります。	

⑥居室の住み替えに関する事項

居室の住み替え	あり			
	<input type="checkbox"/> 一時介護室へ移動 <input type="checkbox"/> 介護居室の移動 <input type="checkbox"/> 提携ホームへ移動 <input checked="" type="checkbox"/> その他居室へ移動			
判断基準・手続き	同室者で感染者が出た場合は居室を移動して頂くことがあります。本人、もしくはご家族が希望した場合、提携ホームへの住み替えを受け付けます。			
利用料金の変更	なし			
前払金の調整				
居室利用権の取扱				
従前の居室との仕様の 変更	面積の増減：	あり	便所の変更：	なし
	浴室の変更：	なし	洗面所の変更：	なし
	台所の変更：	なし		
	その他変更：	なし	(内容)	

5. 入居者の状況

①介護度別・年齢別入居者数 平均年齢 87歳 入居者数合計 15人

年齢 \ 介護度	自立	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
65歳未満								
65歳以上75歳未満						1		1
75歳以上85歳未満					1	1	1	
85歳以上				1	2	3	1	3
合計	0	0	0	1	3	5	2	4

男女別入居者数 男性 3人 女性 12人
 入居率（一時的に不在となっている者も含む） 52% （定員に対する入居者数）

②入居継続期間別入居者数

入居期間	6ヶ月未満	6ヶ月以上1年未満	1年以上5年未満	5年以上10年未満	10年以上15年未満	15年以上	合計
入居者数		1	5	8	1		15

③直近の1年間の退去者数と理由

理由 \ 介護度	自立	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
自宅・家族同居								
介護老人福祉施設（特養等）へ転居								
介護老人保健施設へ転居								
介護療養型医療施設へ転居								
他の有料老人ホームへの転居						1		
その他の福祉施設・高齢者住宅等への転居								
医療機関（入院）							1	1
死亡					3			1
その他								
合計	0	0	0	0	3	1	1	2

生前解約の状況	施設側の申し出： 人	解約事由の例：
	入居者側の申し出： 1人	解約事由の例： 提携ホームに転居

6. 利用料金

①敷金等

敷金・保証金	あり	58,800円
算定根拠	家賃の2ヶ月分(生活保護受給者、身元引受人なしの方に限る)	
※退去時に滞納家賃及び居室の原状回復費用を除き全額返還します。		

②家賃及びサービスの対価

プラン名	前払金	月額利用料	(内訳)				
			家賃相当額	管理費	介護費用	食費	光熱水費
		80,400	29,400	3,000		48,000	実費
		0				税別	
		0					
各料金の内訳・明細	前払金	月額単価 円×想定居住期間 月により算出 (月額単価の説明) (想定居住期間の説明)					
	家賃相当額	居室の利用代金(日割りの場合は1日980円)					
	管理費	事務管理部門の人件費・共同施設の維持管理費(日割りの場合は1日100円)					
	介護費用	他事業所サービス導入時の実費負担金					
	食費	朝食 400円 昼食 600円 夕食 600円 間食 円 一日当たり 1600円 × 30日で積算 税別 (食事をキャンセルする場合の取扱) 前日までに申し出る事で欠食分は請求致しません。					
	光熱水費	家賃に含みます。					
	個別選択によるサービス利用料	別添2のとおり					
	その他	救急搬送帰りの付き添い職員タクシー代					

③前払金の取扱

※前払い金を受領していない場合は省略可能

支払日・支払方法	
償却開始日	
初期償却額	
初期償却率	
契約終了時の返還金の算定方式	
短期解約(死亡退去含む)の返還金の算定方式	期間: 3ヶ月 起算日: 入居日
返還期限	契約終了日から 日以内
保全措置	保全先
その他の留意事項	

④特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠（介護付きのみ記入）

項目	算定根拠
特定施設入居者生活介護に対する自己負担	
人員配置が手厚い場合の介護サービス	

⑤利用料の取扱

年齢に応じた金額設定	なし	要介護状態に応じた金額設定	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	家賃相当額	全額のご負担となります。	
	管理費	全額のご負担となります。	
	介護費用	不要	
	食費	不要	
	光熱水費	不要	

⑥料金改定の手続き

入居契約に基づき、ホームが所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案の上、入居者等の意見を聞いて改定いたします。

7. その他

老人福祉法第29条第1項に規定する届出	あり
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	なし
宮崎市有料老人ホーム設置運営指導指針不適合事項 〈不適合事項〉多床室	あり

添付書類：別添1「事業主体が県内で実施する介護サービス」

別添2「個別選択による介護サービス等の一覧」

重要事項説明書及び一覧表の各項目について説明を受け、理解しました。

年 月 日 署名

身元引受人 続柄 署名

説明者 署名

【別添1】事業主体が県内で実施する介護サービス

介護サービスの種類	箇所数	主な事業所の名称	所在地
<居宅サービス>			
訪問介護	1	螢灯	宮崎市佐土原町下田島11408番地2
訪問入浴介護			
訪問看護			
訪問リハビリテーション			
居宅療養管理指導			
通所介護	1	デイサービス燈	宮崎市佐土原町東上那珂15773番地2
通所リハビリテーション			
短期入所生活介護			
短期入所療養介護			
特定施設入居者生活介護			
福祉用具貸与			
特定福祉用具販売			
<地域密着型サービス>			
定期巡回・随時訪問介護・看護			
地域密着型通所介護			
夜間対応型訪問介護			
認知症対応型通所介護			
小規模多機能型居宅介護			
認知症対応型共同生活介護			
地域密着型特定施設入居者生活介護			
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護			
看護小規模多機能型居宅介護			
<居宅介護支援>			
<居宅介護予防サービス>			
介護予防訪問入浴介護			
介護予防訪問看護			
介護予防訪問リハビリテーション			
介護予防居宅療養管理指導			
介護予防通所リハビリテーション			
介護予防短期入所生活介護			
介護予防短期入所療養介護			
介護予防特定施設入居者生活介護			
介護予防福祉用具貸与			
介護予防特定福祉用具販売			
<介護予防・日常生活支援総合事業>			
訪問型サービス			
通所型サービス	1	デイサービス燈	宮崎市佐土原町東上那珂15773番地2
<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			
介護予防小規模多機能型居宅介護			
介護予防認知症対応型共同生活介護			
<介護予防支援>			
<介護保険施設>			
介護老人福祉施設			
介護老人保健施設			
介護療養型医療施設			
介護医療院			
<その他の施設>			
生活支援ハウス			
軽費老人ホーム（ケアハウス）			
養護老人ホーム			
その他の有料老人ホーム	2	住宅型有料老人ホーム螢灯/住宅型有料老人ホーム燈	佐土原町下田島11408番地2/佐土原町東上那珂15773番地2

【別添2】個別選択による介護サービス等の一覧

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					
	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	個別利用料で実施するサービス			別途料金・備考※3
		有無	月額利用料に含む※2	別途費用徴収※2	
①介護サービス					
食事介助	なし	なし	含まない	なし	
排泄介助・おむつ交換	なし	なし	含まない	なし	
おむつ代		なし	含まない	なし	
一般浴介助・清拭	なし	なし	含まない	なし	
特浴介助	なし	なし	含まない	なし	
身辺介助（移動・着替え等）	なし	なし	含まない	なし	
機能訓練	なし	なし	含まない	なし	
通院介助	なし	あり	含まない	あり	所要時間1時間までは1,000円（税別）それ以外30分びとに500円（税別）加算 ※職員2名の場合は2倍になります。
②生活サービス					
居室清掃	なし	あり	含む	なし	
リネン交換	なし	あり	含む	なし	
日常の洗濯	なし	なし	含む	なし	
居室配膳・下膳	なし	なし	含む	なし	
嗜好に応じた特別な食事		あり	含まない	あり	嗜好品による
おやつ		なし	含む	なし	
理美容師による理美容サービス		あり	含まない	あり	1,000円～2,000円
買物代行	なし	あり	含まない	あり	1,000円（税別）/1回
役所手続き代行	なし	あり	含まない	あり	1,000円（税別）/1回
金銭・貯金管理		あり	含まない	あり	1,000円（税別）/1月
③健康管理サービス					
定期健康診断		なし	含まない	なし	
健康相談	なし	あり	含む	なし	
生活指導・栄養指導	なし	なし	含まない	なし	
服薬支援	なし	なし	含まない	なし	
生活リズム記録（排便・睡眠等）	なし	なし	含まない	なし	
④入退院時・入院中のサービス					
移送サービス	なし	なし	含まない	なし	福祉タクシーをご利用ください。
入退院時の同行	なし	あり	含まない	あり	1,000円（税別）/1回
入院中の洗濯物交換・買物	なし	あり	含まない	あり	1,000円（税別）/1回
入院中の見舞い訪問	なし	あり	含まない	あり	1,000円（税別）/1回

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わります。

※2：個別利用料で実施するサービスが「あり」の場合、各種サービスの費用が、「月額利用料に含む場合」と、「別途費用徴収の場合」に応じて記入します。

※3：別途費用徴収の場合、1回あたりの金額などを記入します。