

## 住宅型有料老人ホームひかり重要事項説明書

記入年月日	令和 5 年
記入者名	
所属・職名	

### 1. 事業主体概要

種類	個人 / <input checked="" type="checkbox"/> 法人	
	法人の種類	営利法人
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃ みついでゆめこうぼう 株式会社 三井夢工房	
主たる事務所の所在地	〒669-4123 兵庫県丹波市春日町多利 848 番地 1	
連絡先	電話番号	(0795) 74-3518
	F A X 番号	(0795) 74-3548
	メールアドレス	mitsui_yumekoubou@aqua.ocn.ne.jp
	ホームページアドレス	
代表者	氏名	三井 健太
	職名	代表取締役
設立年月日	平成 23 年 12 月 27 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	〒669-4123 兵庫県丹波市春日町多利 848 番地 1	
主な利用交通手段	最寄駅	J R 福知山線「黒井」駅
	交通手段と所要時間	J R 福知山線「黒井」駅より 約 4.9km、車で約 6 分
連絡先	電話番号	(0795) 74-3518
	F A X 番号	(0795) 74-3548
	メールアドレス	mitsui_yumekoubou@aqua.ocn.ne.jp
	ホームページアドレス	
管理者	氏名	三井 和俊
	職名	管理者
建物の竣工日	平成 25 年 3 月 25 日	
有料老人ホーム事業の開始日	平成 25 年 7 月 6 日	

(類型)

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	
	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	1,448 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	397.25 m <sup>2</sup>
		うち、老人ホーム	397.25 m <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	1 全室個室	
		② 相部屋あり	

	最小	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	有/無	有/無	15㎡	6室	一般居室個室
タイプ2	有/無	有/無	24㎡	2室	一般居室相部屋

※「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ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		1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	0ヶ所	チェア一浴		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施設	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（平屋のため）				
消防用設備等	消火器	① あり	2 なし		
	自動火災報知設備	① あり	2 なし		
	火災報知設備	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		
緊急通報装置等	居室	① 全室にあり	2 一部あり	3 なし	
	便所	① 全室にあり	2 一部あり	3 なし	
	浴室	① 全室にあり	2 一部あり	3 なし	
	その他	1 あり	2 一部あり	③ なし	
その他					



事業主体から解約を求める場合	解約条項	契約書第 24 条
	解約予告期間	50 日間
入居者からの解約予告期間	30 日間	
体験入居の内容	① あり（内容：3 日間の入居体験） 2 なし	
入居定員	10 人	
その他		

## 5. 職員体制

### （職種別の職員数）

	職員数（実人数）			常勤換算人数 ※1※2
	合計 12 人	常勤	非常勤	
管理者	1	1		
生活相談員	1	1		
直接処遇職員	8	1	7	
介護職員	7	1	6	
看護職員	1		1	
機能訓練指導員	1		1	
計画作成担当者	1	1		
栄養士	0			
調理員	1		1	
事務員	1	1		
その他職員	1		1	
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 6 人（実人数）		
		常勤	非常勤
社会福祉士			
介護福祉士	4	1	3
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	2		2
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	1人	
		常勤	非常勤
看護師又は准看護師	1		1
理学療法士			
作業療法士			
言語療法士			
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)

夜間帯の設定時間 ( 18時～ 8時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
	看護職員	0人
介護職員	1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		
	業務にかかる資格等	1 あり					
		資格等の名称					
		② なし					
区分	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				1			
前年度1年間の退職者数				1			
業務に従事した経験年数		1	1	6	1		
1年未満の者の人数							
1年以上3年未満の者の人数							
3年以上5年未満の者の人数							
5年以上10年未満の者の人数		1		1	1		
10年以上の者の人数			1	5			
	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	
前年度1年間の採用者数		1					
前年度1年間の退職者数							
業務に従事した経験年数				1			
1年未満の者の人数							

1年以上3年未満の者の人数				
3年以上5年未満の者の人数				
5年以上10年未満の者の人数		1		
10年以上の者の人数			1	
従業者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	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式	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	1 全額前払い方式	
	※該当する方式を全て選択	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		
要介護度に応じた金額設定	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	事前に書面で通知します(物価変動、人件費上昇等)	
	手続き	運営懇談会等で説明の上改定します	

### (利用料金のプラン(代表的なプラン))

		プラン1	プラン2
入居者の状況	要介護度		
	年齢	歳	歳
居室の状況	床面積	15 m <sup>2</sup>	24 m <sup>2</sup>
	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
入居時点で必要な費用	前払金	0 円	0 円
	敷金	0 円	0 円
月額費用の合計		95,700 円	91,700 円
家賃		18,000 円	14,000 円
サ	特定施設入居者生活介護の費用※1	円	円
	介 食費	46,500 円	46,500 円

	管理費	20,000 円	20,000 円
	介護費用	円	円
	光熱水費	3,000 円	3,000 円
	その他	8,200 円	8,200 円
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む</p> <p>※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。)</p>			

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	県内外の同規模施設の設定料金を参考に算出
敷金	家賃の 0 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	光熱水費、施設設備費、日常生活支援費 5,200 円/月 ベッドリース代(介護保険外) 1,500 円/月
食費	一日の食費(朝 300 円 昼 600 円 夕 550 円 おやつ 100 円)
光熱水費等	季節加算 夏季加算 6月～8月プラス 3,000 円/月 冬季加算 12月～3月プラス 3,000 円/月 個人持込み電化品(冷蔵庫、テレビ等) プラス 5,000 円/月 ※入居者が設置したテレビに係る NHK 等の受信料負担の取扱いについて明記すること。
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	テレビ配線、家具組み立て他(業者費用相当額 1,000～3,000 円)
退去時費用	居室クリーニング代 20,000 円

7. 入居者の状況(記入日現在)

(入居者の人数)

性別	男性	0 人
	女性	12 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	0 人
	85 歳以上	12 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	1 人
	要介護 3	4 人
	要介護 4	4 人
	要介護 5	3 人
入居期間別	6 ヶ月未満	人
	6 ヶ月以上 1 年未満	4 人
	1 年以上 5 年未満	5 人
	5 年以上 10 年未満	3 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	88.7 歳
入居者数の合計	13 人
入居率※	130%
※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	2 人
	医療機関	3 人
	死亡者	1 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) 身体的な事由により
	入居者側の申し出	5 人
		(解約事由の例) 身体的な事由により

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) ※複数ある場合は欄を増やして記入。

窓口の名称		株式会社三井夢工房 苦情相談窓口
電話番号		(0795) 74-3518
対応している時間	平日	8 時 3 0 分～1 7 時 3 0 分
	土曜日	
	日曜・祝日	
定休日		土曜日・日曜日・祝日 1 2 月 3 0 日～1 月 3 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) あいおいニッセイ同和損保
	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	① あり	(その内容)
	2 なし	
事故対応及び予防のための指針	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	
		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	
		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 入居希望者に配布 3 公開していない
管理規程	1 入居希望者に公開 ② 入居希望者に配布 3 公開していない
事業収支計画書	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に配布 ③ 公開していない
財務諸表の要旨	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に配布 ③ 公開していない
財務諸表の原本	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に配布 ③ 公開していない

10. その他

運営懇談会	1 あり	(開催頻度) 年 2 回
	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	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第 29 条第 1 項に規定する届出	① あり      2 なし	
兵庫県有料老人ホーム設置運営指導指針第 4 章「規模及び構造設備」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		
第 5 章「既存建物等の活用の特例」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	
兵庫県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 : 事業主体が兵庫県内で実施する他の介護サービス一覧表

別添 2 : 入居者の個別選択によるサービス一覧表

※ \_\_\_\_\_ 様

説明年月日                      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

## 事業主体が兵庫県内で実施する他の介護サービス一覧表

介護サービスの種類		事業所名称	所在地
<居宅サービス>			
訪問介護	あり	なし	
訪問入浴介護	あり	なし	
訪問看護	あり	なし	
訪問リハビリテーション	あり	なし	
居宅療養管理指導	あり	なし	
通所介護	あり	なし	デイサービスセンターひかり 丹波市春日町多利
通所リハビリテーション	あり	なし	
短期入所生活介護	あり	なし	
短期入所療養介護	あり	なし	
特定施設入居者生活介護	あり	なし	
福祉用具貸与	あり	なし	
特定福祉用具販売	あり	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	あり	なし	
夜間対応型訪問介護	あり	なし	
地域密着型通所介護	あり	なし	
認知症対応型通所介護	あり	なし	
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし	
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし	
居宅介護支援	あり	なし	
<居宅介護予防サービス>			
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	
介護予防訪問看護	あり	なし	
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	
介護予防短期入所療養介護	あり	なし	
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	
特定介護予防福祉用具販売	あり	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	あり	なし	
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	
介護予防支援	あり	なし	
<介護保険施設>			
介護老人福祉施設	あり	なし	
介護老人保健施設	あり	なし	
介護療養型医療施設	あり	なし	
介護医療院	あり	なし	

## 別添 2

## 入居者の個別選択によるサービス一覧表

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					なし	あり	
区分	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	なし	あり	○		
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	○		
おむつ代			なし	あり		○	おむつ1枚100円・パット1枚50円
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	○		
特浴介助	なし	あり	なし	あり			
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり	○		
機能訓練	なし	あり	なし	あり			
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	丹波市内のみ。タクシー代+1,500円/30分
生活サービス							
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○		
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○		
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○		
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	○		
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり		○	食事代金
おやつ			なし	あり	○		
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	理美容代金
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	丹波市内のみ。1,500円以上500円以下200円
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり			
金銭・貯金管理			なし	あり			

健康管理サービス							
定期健康診断			なし	あり			
健康相談	なし	あり	なし	あり		○	2週間に1回の医師の往診があります。
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり			
服薬支援	なし	あり	なし	あり	○		
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり	○		
入退院時・入院中のサービス							
移送サービス	なし	あり	なし	あり			
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり			
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり			
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり			

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割、2割又は3割の利用者負担）。

※2：「あり」を記入したときには、各種サービスの費用が、月額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