

有料老人ホーム重要事項説明書

記入年月日	令和 6 年 10 月 30 日
記入者名	青木いづみ
所属・職名	代表取締役

※ 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 4 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 4 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/法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) ひかるこんふおーと ひかるコンフォート	
主たる事務所の所在地	〒660-0085 尼崎市元浜町四丁目 4 2	
連絡先	電話番号	06-6430-9340
	FAX 番号	06-6430-9342
	ホームページアドレス	
代表者	氏名	青木いづみ
	職名	代表取締役
設立年月日	令和 3 年 3 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) ふるめりあ プルメリア	
所在地	〒660-0085 尼崎市元浜町四丁目42	
主な利用交通手段	最寄駅	阪神電車 武庫川駅
	交通手段と所要時間	①電車の場合 ・阪神電車武庫川駅から徒歩9分 ②バスの場合 ・元浜町3丁目から徒歩4分
連絡先	電話番号	06-6430-9340
	FAX 番号	06-6430-9342
	ホームページアドレス	
管理者	氏名	青木 いづみ
	職名	管理者
建物の竣工日		平成29年4月21日
有料老人ホーム事業の開始日		令和3年12月16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	
	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	404.53 m ²				
	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	479.72 m ²			
		うち、老人ホーム部分	388.65 m ²			
	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	③ 有/無	③ 有/無	22.68 m ²	4	一般居室個室
	タイプ2	③ 有/無	③ 有/無	25.92 m ²	8	一般居室個室
	タイプ3	③ 有/無	③ 有/無	29.16 m ²	2	一般居室個室
	タイプ4	有/無	有/無	m ²		
	タイプ5	有/無	有/無	m ²		

	タイプ6	有/無	有/無	m ²				
	タイプ7	有/無	有/無	m ²				
	タイプ8	有/無	有/無	m ²				
	タイプ9	有/無	有/無	m ²				
	タイプ10	有/無	有/無	m ²				
※「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	ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		ヶ所			
			うち車椅子等の対応が可能な便房		ヶ所			
	共用浴室	ヶ所	個室		ヶ所			
			大浴場		ヶ所			
	共用浴室における介護浴槽	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	地域における高齢者向けの住まいとしての役割を果たしていく。		
サービスの提供内容に関する特色	自立支援を基本とし、できるだけ自分らしい生活を営むことができるよう努めます。		
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
安否確認又は状況確認サービス	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	身体拘束廃止未実施減算	1 あり	2 なし
	入居継続支援加算	1 あり	2 なし
	生活機能向上連携加算	1 あり	2 なし
	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
	口腔衛生管理体制加算	1 あり	2 なし
	若年性認知症入居者受入加算	1 あり	2 なし
	栄養スクリーニング加算	1 あり	2 なし
	退院・退所時連携加算	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	1 あり (I ・ II)	2 なし
	サービス提供体制強化加算	1 あり (I (イ) ・ I (ロ) ・ II ・ III)	2 なし
	介護職員処遇改善加算	1 あり (I ・ II ・ III ・ IV ・ V)	2 なし
	介護職員等特定処遇改善加算	1 あり (I ・ II)	2 なし
人員配置が手厚い介護サービス実施の有無	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（協力医療機関への受診予約援助）	
協力医療機関	1	名称	きたつじクリニック
		住所	尼崎市西立花町 3-1-1ue たちばな TOWN-ONE
		診療科目	内科・外科
		協力内容	健康相談、診察及び治療（医療費その他の費用は入居者の自己負担。以下同。）
	2	名称	柳澤クリニック
		住所	西宮市神明町 8-2-113
		診療科目	心療内科
		協力内容	診察及び治療
	3	名称	ないとう医院
		住所	尼崎市崇徳院 1 丁目 6-3
		診療科目	心療内科
		協力内容	診察及び治療
	4	名称	みやさきクリニック
		住所	尼崎市塚口町 2-8-2
		診療科目	眼科
		協力内容	診察及び治療
協力歯科医療機関		名称	西村歯科医院
		住所	尼崎市元浜町 2-37
		協力内容	診察及び治療

(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（ ）	
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	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			
契約の解除の内容	<p>入居契約書第24条、第25条及び第26条に従い下記のとおりとなった場合</p> <p>1 契約者が死亡したとき。ただし、入居者が2名の場合は、両者とも死亡したとき。</p> <p>2 事業者が解除した場合</p> <p>3 入居者が解約した場合</p>		
事業主体から解除を求める場合	解除条項	入居者の行動が、他の入居者・職員の生命に危害を及ぼすかその恐れがあり、通常の介護方法・接遇方法では防止できない場合など。	
	解約予告期間	90日	
入居者からの解約予告期間	30日		
体験入居の内容	<p>1 あり (内容:)</p> <p>2 なし</p>		
入居定員	23人		
その他	身元引受人が設定できない場合は要相談。		

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 4人		
	常勤 3	非常勤 1	
管理者	1		

生活相談員	1			
直接処遇職員				
介護職員				
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
事務員				
その他職員	3			
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				
<p>※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。</p> <p>※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。</p>				

(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			
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			
柔道整復師			
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)

	10年以上										
従業者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式 【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 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	物価変動、人件費上昇により、2年に1回改定する場合があります。
	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	Ⅱ	Ⅳ
	年齢	89歳	84歳
居室の状況	床面積	22.68㎡	25.92㎡
	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	円	円
	入居金(一人30万円・二人45万円)	300,000円	450,000円
月額費用の合計		144,500円	149,500円
家賃		60,000円	65,000円
サ	特定施設入居者生活介護※1の費	円	円

	用			
	介護保険外※ ₂	食費	49,500 円	49,500 円
		管理費	15,000 円	15,000 円
		介護費用	円	円
		光熱水費	実費	実費
その他（共益費）		20,000 円	20,000 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	居室の広さ
入居金	部屋の広さ、同居人等で（単身者 300,000 円・ご夫婦 450,000 円）
介護費用	なし
管理費	昇降機・空調機器及び照明器具等の保守、外構の掃除など。
食費	49,500 円税込（おやつを含む）
光熱水費等	実費
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	階段、廊下及びホールなどの光熱費、清掃費など。

（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）	
償却の開始日	
想定居住期間を超えて契約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	

退去先別の人数	自宅等	0人
	社会福祉施設	1人
	医療機関	2人
	死亡者	0人
	その他	1人
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	2人
		(解約事由の例) 社会福祉施設、他事業所に入居のため

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		尼崎市法人指導課
電話番号		06-6489-6487
対応している時間	平日	午前9時～午後5時30分
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土曜日・日曜日・祝日・年末年始(12月29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)

損害賠償保険の加入状況	1 あり	(その内容)
	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) 福祉総合損害賠償保険
	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	
		結果の開示	1あり 2なし
	② なし		
第三者による評価の	1 あり	実施日	

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	
尼崎市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	1 建物に関する事項 (2) スプリンクラーの設置について
「第5章 既存建築物等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
尼崎市有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	① あり 2 なし
不適合事項がある場合の内容	

添付書類：別添1 (別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)

以上の内容について、老人福祉法第29条第5項の規定に基づく書面による説明を受けました。

令和 年 月 日

説明した者

所属 (株) ひかるコンフォート

職名 代表取締役

氏名 青木いづみ

説明を受けた者

住所

氏名

入居する者（ ・ ）との続柄 子

※ 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 事業主体が尼崎市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	事業所の名称	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
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
<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・日常生活支援総合事業>				
第一号訪問事業	あり	なし		
第一号通所事業	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		
介護医療院	あり	なし		
介護療養型医療施設	あり	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（右の「なし/あり」に○）					なし	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	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		
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		※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	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	○	実費 希望者対象。入居者に合ったお弁当の注文。
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり		
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		
買い物代行	なし	あり	なし	あり		※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	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		※回数（年○回など）を明記すること
健康相談	なし	あり	なし	あり		
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		※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	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」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額の利用料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。