

有料老人ホーム情報開示事項一覧

令和7年6月30日現在

施設名		住宅型有料老人ホーム ひかりの里	
サービス付き高齢者向け住宅の登録の有無		あり ・ なし	
施設の類型※1		介護付（一般型・外部サービス利用型）・ 住宅型 ・ 健康型	
居住の権利形態		利用権方式 ・ 建物賃貸借方式 ・ 終身建物賃貸借方式	
施設所在地		富山県滑川市柳原57番地1 (電話番号 076-476-1101 : FAX番号 076-476-1102)	
事業主体		有限会社 真成	
開設年月日		平成24年12月25日	
定員等	入居者数／入居定員※1	16名／16名	
	住宅戸数※2		
前払金	入居一時金（円）	なし	
	介護費用の一時金（円）	なし	
	返還金の保全措置	なし	
入居者基金への加入		あり ・ なし	
月額利用料（円）		114,200 円	
		内訳	家賃相当額： 35,000 円 食 費： 51,000 円 (30日の場合) 管 理 費： 14,100 円 (30日の場合) 水光熱費： 14,100 円 (30日の場合)
要介護状態になった場合	介護を行う場所	居室	
	追加費用の有無※3	あり ・ なし	
体験入居の有無及び費用		あり (円) ・ なし	
入居時の要件		要介護認定を受けた方。ただし、入居可能な方でも、認知度が極端に悪化されており当施設での見守り・介護等が不可能と思われる場合には、入居できません。	

職員の状況 当該有料老人ホームに従事する職員分のみ記入して下さい。訪問介護事業所等介護事業所が併設している場合は、それぞれに従事する時間を按分した上で、有料老人ホームに従事する分のみ記入して下さい。	施設長	1人
	生活相談員	人
	介護職員	9人 (: 1以上)
	看護職員	人
	機能訓練指導員	人
	計画作成担当者	人
	栄養士	人
	調理員	人
	事務職員	1人
	その他の職員	1人
夜間 (16:00 ~ 9:00) の職員体制	1人 (職種: 介護職)	
構造設備の状況	居室の面積	最多 14.58 m ² (m ² ~ m ²)
	居室の設備	台所・ <input type="checkbox"/> 水洗便所・ <input type="checkbox"/> 収納設備・ <input type="checkbox"/> 洗面設備・浴室
	廊下幅	最大幅員 1.95 m 最小幅員 1.95 m
	一時介護室	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>
	食堂	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	浴室	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	談話室	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	洗濯室	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	健康・生きがい施設	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>
情報開示	重要事項説明書の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	契約書の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	管理規程の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	財務諸表の閲覧	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>
(公社) 全国有料老人ホーム協会への加入	加入 <input type="checkbox"/> 非加入 <input checked="" type="checkbox"/>	
介護保険	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
最寄(バス停)駅等	あいの風 滑川駅	
備考		

※1 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を除く。

※2 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のみ記入。

※3 介護費用の一時金及び月額利用料以外の介護サービスに係る別途の追加費用負担の有無を記入。