

重要事項説明書

記入年月日	令和5年9月1日
記入者名	西山 明
所属・職名	施設長

1. 事業主体概要

種類	法人	
	※法人の場合その種類	株式会社
名称	(ふりがな) そわんかぶしきがいしゃ ソワン株式会社	
主たる事務所の所在地	〒522-0022 滋賀県彦根市里根町 191 番地 1	
連絡先	電話番号	0749-26-5520
	FAX番号	0749-26-5521
	ホームページアドレス	http://soin-vie.co.jp
代表者	氏名	浅井 龍次
	職名	代表取締役
設立年月日	平成25年7月9日	
主な実施事業	※別添1 (別を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) はーとふるぎいれっじてんり ハートフルヴィレッジ天理	
所在地	〒632-0004 奈良県天理市櫛本町 2761-2(あやめ館)、2761-11(かえで館)	
主な利用交通手段	最寄駅	J R 櫛本駅
	交通手段と所要時間	例 ①バス利用の場合：奈良交通バスで乗車 10 分、シャープ総合開発センター停留所で下車、徒歩 5 分 ②自動車利用の場合：名阪国道天理インター乗車 5 分
連絡先	電話番号	0743-65-5600
	FAX番号	0743-65-5800
	ホームページアドレス	http://soin-vie.co.jp
管理者	氏名	西山 明
	職名	施設長
建物の竣工日	平成 2 4 年 1 1 月 1 4 日	
有料老人ホーム事業の開始日	平成 2 6 年 1 0 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 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	平成 年 月 日
	指定の更新日（直近）	令和 年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1,075 m ² (536 m ² (あやめ館/2761-2)+ 539 m ² (かえで館/2761-11))				
	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(2016年1月1日~2045年12月31日)あやめ館/2761-2 ①あり(2017年6月1日~2047年5月31日)かえで館/2761-11			
契約の自動更新	① あり 2 なし					
建物	延床面積	全体	1071.08 m ² (498.71 m ² (あやめ館/2761-2)+ 572.37 m ² (かえで館/2761-11))			
		うち、老人ホーム部分	1062.44 m ² (490.07 m ² (あやめ館/2761-2)+ 572.37 m ² (かえで館/2761-11))			
	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(2016年1月1日~2045年12月31日)あやめ館/2761-2 ①あり(2017年6月1日~2047年5月31日)かえで館/2761-11			
	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				
		便所	浴室	面積	戸数・室数	区分※
タイプ1		有/無	有/無	18.43 m ²	18	一般居室個室
タイプ2		有/無	有/無	17.06 m ²	18	一般居室個室
タイプ3	有/無	有/無	m ²			
タイプ4	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	4ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	0ヶ所
			うち車椅子等の対応が可能な便房	3ヶ所
	共用浴室	4ヶ所	個室	4ヶ所
			大浴場	ヶ所
	共用浴室における 介護浴槽	4ヶ所	チェアー浴	3ヶ所
			リフト浴	1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	どなたでも、いつでも、どんなサービスでも必要に応じて受けられる高齢者福祉のワンストップサービスを目指して心のこもった暖かい有料老人ホームを目指していきます。
サービスの提供内容に関する特色	同上
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	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
	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	(介護・看護職員の配置率) : 1	
	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	入居契約書 第 28、29、30 条	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書 第 29 条
	解約予告期間	1 ヶ月
入居者からの解約予告期間	1 ヶ月	
体験入居の内容	① あり (内容 : 1 泊 5,500 円、食事介護費用は別途、最長 3 日迄) 2 なし	
入居定員	36 人 (あやめ館 18 人 + かえで館 18 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 ※1※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1		
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員	15	7	8	
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員	7		7	
事務員				
その他職員				
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		
		常勤	非常勤
社会福祉士	1		1
介護福祉士	1	1	
実務者研修の修了者	5		5
初任者研修の修了者	8	6	2
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		
柔道整復士		
あん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（ 20 時 ～ 7 時）		
	平均人数	最少時人数（休憩者等を除く）
看護職員	人	人
介護職員	2人	2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、本欄は省略可能）	契約上の職員配置比率*	a 1.5 : 1 以上	b 2 : 1 以上
	【表示事項】	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	
※広告、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、本欄は省略可能）	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		他の職務との兼務				① あり 2 なし					
		業務に係る 資格等		① あり							
				資格等の名称		看護師					
		2 なし									
		看護職員		介護職員		生活相談員		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	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数				2	3						
前年度1年間の退職者数				3	3						
数に 応じた 職員の 人数	業務に従事した経験年数	1年未満		1	3						
		1年以上3年未満		4	1						
		3年以上5年未満			3						
		5年以上10年未満		2	1						
		10年以上			0						
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30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、消費税などの上昇を勘案したうえで決定する。	
	手続き	運営懇談会又は、書面にて通知。	

(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1	要介護3	
	年齢	70歳	80歳	
居室の状況	床面積	18.43 m ²	17.06 m ²	
	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	
	敷金	200,000円	200,000円	
月額費用の合計		99,000円	99,000円	
家賃		35,000円	35,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	円	円	
	介護保険外 ^{※2}	水光熱費	12,000円	12,000円
		管理費	10,000円	10,000円
		食費	42,000円	42,000円
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。 ※3 食事代は別途消費税を8%いただきます。</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。）をいう。</p>				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
敷金	家賃の 5.7ヶ月分
家賃	奈良県有料老人ホーム・サ高住の平均的家賃から算出
食費	実費及び人件費から算出
管理費	奈良県のマンション等の一般的な共益費相当額
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
光熱水費	施設全体の水光熱費を入居者数で割った平均値を基準に算出
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	

●（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）		ヶ月
償却の開始日		入居日の翌日
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
初期償却率		%
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	
	入居後3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	10人
	女性	18人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	10人
	75歳以上 85歳未満	12人
	85歳以上	6人
要介護度別	自立	0人
	要支援 1	1人
	要支援 2	0人
	要介護 1	5人
	要介護 2	7人
	要介護 3	5人
	要介護 4	3人
	要介護 5	7人
入居期間別	6ヶ月未満	4人
	6ヶ月以上 1年未満	0人
	1年以上 5年未満	12人
	5年以上 10年未満	12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	77,4歳
入居者数の合計	28人
入居率※	78%
※ 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	1人
	医療機関	5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)
	入居者側の申し出	2人
		(解約事由の例) 療養病棟への入院等

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		ソワン株式会社
電話番号		0749-26-5520
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土・日・祝日、8月13日~8月16日、12月30日~1月5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	損保ジャパン日本興亜の賠償責任保険に加入。
	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ときの対応	① あり	有料サービスの提供に伴って事業者の明らかな重過失により生じた事故で、保険対象の範囲において利用者に対し賠償いたします。
	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 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	① 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 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 入居希望者に交付 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 入居希望者に交付 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 入居希望者に交付 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 【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第 29 条第 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第 23 条の規定により、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	1 あり ② なし	
有料老人ホーム設置運営指導指針「5.規模及び構造設備」に合致しない事項	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、当該規定対象外	
合致しない事項がある場合の内容		
「6.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	
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 (事業主体が奈良県で実施する他の介護サービス)

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)

◎契約を前提として説明を受け、住宅型有料老人ホーム生活での施設対応内容を十分理解し確認いたしました。
よってここに署名を致します。

説明日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

入居者

署名 _____ 印 _____ 間柄 _____

有料老人ホーム

説明者 _____

別添1 事業主体が奈良県内で実施する他の介護サービス

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	ヘルパーステーション天理	天理市櫛本町2761-2
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		
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>				
介護予防訪問介護	あり	なし	ヘルパーステーション天理	天理市櫛本町2761-2
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		
介護予防通所介護	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		

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				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			あり	○	0円 介護保険で実施の場合は負担割合による。	
排泄介助・おむつ交換		なし				
おむつ代			あり	○	実費	
入浴（一般浴）介助・清拭		なし				
特浴介助		なし				
身辺介助（移動・着替え等）		なし				
機能訓練		なし				
通院介助			あり	○	1回、5,000円（税別）施設が認めた場合のみ実施	
生活サービス						
居室清掃		なし				
リネン交換 日常の洗濯		なし				
居室へ持込電化製品			あり	○	施設が認めた場合有料にて対応	
居室配膳・下膳			あり	○	各々、1回、100円（税別）	
入居者の嗜好に応じた特別な食事			あり	○	医療的食事形態は対応可能な場合がある。要相談	
おやつ		なし				
理美容師による理美容サービス			あり	○	実費	
買い物代行			あり	○	周辺の商業施設に限り 施設が認めた場合有料対応	
生活用品の立替			あり	○	生活用品立替一覧にて 実費精算とする	
役所手続き代行		なし			基本身元保証人 ケアマネージャー対応	
金銭・貯金管理		なし				
健康管理サービス						
定期健康診断			あり	○	希望により年2回、自己負担	
健康相談			あり	○	0円	
服薬支援			あり	○	0円	
生活リズムの記録（排便・食事等）			あり	○	0円	
入退院時・入院中のサービス						
移送サービス		なし				
入退院時の同行			あり	○	已むを得ない場合 各1回 5000円（税別）	
入院中の洗濯物交換・買い物		なし				
入院中の見舞い訪問		なし				

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割又は2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、月額サービスの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。

