

重要事項説明書

※ 住宅型有料老人ホームの登録を受けている有料老人ホームの場合は、重要事項説明書の1から3まで及び6の項目については、「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）」で示されている「登録事項等についての説明」をもってこれに代えることができます。その場合、1から3まで及び6の項目については、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	法人	
	※法人の場合その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃ そわん 株式会社 ソワン	
主たる事務所の所在地	〒639-2136 奈良県葛城市平岡437番2	
連絡先	電話番号	0745-69-0055
	FAX番号	0745-69-0030
	ホームページアドレス	http://
代表者	氏名	岡本 愛優美
	職名	代表取締役
設立年月日	平成9年2月7日	
主な実施事業	有料老人ホーム事業、介護保険事業。 ※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) メゾン ドゥ ラ ルトレット, ソワン Maison de la retraite, Soins	
所在地	〒639-2136 奈良県葛城市平岡 437 番 2	
主な利用交通手段	最寄駅	JR 新庄駅
	交通手段と所要時間	駅から車で 5 分
連絡先	電話番号	0745-69-0055
	FAX番号	0745-69-0030
	ホームページアドレス	http://
管理者	氏名	岡本 愛優美
	職名	施設長
建物の竣工日	平成 25 年 10 月 31 日	
有料老人ホーム事業の開始日	平成 25 年 10 月 31 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 (増築部分も同じ)		
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	県 (市)
	事業所の指定日	平成 年 月 日
	指定の更新日 (直近)	平成 年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	3643.57 (現況部分 958.67 m ²) 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	1512.59 m ² (現況部分 567.85 m ²)			
		うち、老人ホーム部分	1358.29 m ² (現況部分 413.55 m ²)			
	耐火構造	1 耐火建築物				
		② 準耐火建築物 (増築の有料老人ホームの部分)				
		③ その他 (防火構造 (既存の有料老人ホームの部分))				
	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				
	タイプ1	便所	浴室	面積	戸数・室数	区分*
		有/無	有/無	19.08 m ² (現況部分)	10室 (現況部分)	一般居室個室 (トイレ、収納を含む)

タイプ2	有/無	有/無	16.37 m ²	4室	一般居室個室 (トイレ、収納を含む)
タイプ3	有/無	有/無	18.00 m ²	20室	一般居室個室 (トイレ、収納を含む)
タイプ4	有/無	有/無	18.60 m ²	5室	一般居室個室 (トイレ、収納を含む)
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	3ヶ所 (現況部分 2ヶ所)	うち男女別の対応が可能な便房	3ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房	3ヶ所	
	共用浴室	3ヶ所	個室	2ヶ所	
			大浴場	1ヶ所	
	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	チェア浴	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

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	入居者の福祉を重視するとともに、安定的かつ継続的な事業運営を確保していく。老人福祉法の帳簿の作成及び保存、情報の開示並びに敷金の保全処置の規定を順守するとともに、入居者等に対し、サービス内容等の情報を開示するなどの施設運営について理解を得るように努め、入居者を確保する。
サービスの提供内容に関する特色	食事は外部委託ではなく同一建物内で調理したものを提供します。既に訪問介護、通所介護、介護タクシー事業を手がけており、日常生活に密着した支援ができます。つまり、医療機関と提携はもちろん、毎日の食生活に配慮し、健康管理に協力できる場で、住生活をすごしていただける施設です。
入浴、排せつ又は食事の介護	1 <u>自ら実施</u> 2 委託 3 なし
食事の提供	1 <u>自ら実施</u> 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1 <u>自ら実施</u> 2 委託 3 なし
健康管理の供与	1 <u>自ら実施</u> 2 委託 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	1 <u>自ら実施</u> 2 委託 3 なし
生活相談サービス	1 <u>自ら実施</u> 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		

(医療連携の内容)

医療支援	1 <u>救急車の手配</u> 2 入退院の付き添い
※複数選択可	3 <u>通院介助</u> 4 その他 ()
協力医療機関	1 名称 吉川診療所 施設から車で約9分

		住所	奈良県御所市東松本 8-1
		診療科目	消化器内科、胃腸科、小児科、
		協力内容	往診
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称	いまもと歯科	
	住所		
	協力内容	往診	

(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 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし
	要支援の者	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし
	要介護の者	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし
留意事項	無し		
契約の解除の内容	入居者が死亡した場合、入居者から契約解除、事業者から契約解除		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居者の行動に問題があった場合の他、契約書第 28 条に記載のとおり。	

	解約予告期間	90日
入居者からの解約予告期間		1ヶ月
体験入居の内容	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり (内容: 1泊 4000円) 2 なし	
入居定員		54人 (創設部 10室、増築部 29室)
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（職員配置図において、管理者と兼務）		
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員		（職員配置図のとおり）		
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				
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		
	人	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		
	無し	常勤	非常勤

利用者数										
前年度1年間の退職者数										

業務に従事した経験
年数に応じた職員の
人数_1年未満
__1__
_1年以上3年未満
__1_3__
_3年以上5年未満
__3__
_5年以上10年未
満__1_2__
_10年以上
__3_2__

従業者の健康診断の実施状況	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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、人件費上昇により改定する場合がある。
	手続き	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し、第8条に定める運営懇談会の意見を聞いたうえで改定するものとします。

(利用料金のプラン【代表的なプランを1例】)

		プラン1	プラン2	
入居者の状況	要介護度	1		
	年齢	75歳	歳	
居室の状況	床面積	19.08㎡	㎡	
	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	270000円	円	
月額費用の合計		122000円～	円	
家賃		45000円～	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}	食費	49500円	円
		管理費	27000円～	円
		介護費用	円	円
		光熱水費	円	円
		その他	円	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。）をいう。</p>				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
敷金	月払い家賃の6ヶ月分（退去自、現状回復費用は差し引く）
家賃	ホームの整備に要した費用、修繕費、管理事務費、地代に相当する額等を基礎として合理的に算定したもの。
食費	人件費等の諸経費、食材費に基づく費用
管理費	事務管理費、生活サービスの人件費、共用施設の維持管理費、水道光熱費
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	管理費に含む。
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	人
	女性	人
年齢別	65歳未満	人
	65歳以上 75歳未満	人
	75歳以上 85歳未満	人

要介護度別	85 歳以上	人
	自立	人
	要支援 1	人
	要支援 2	人
	要介護 1	人
	要介護 2	人
	要介護 3	人
	要介護 4	人
入居期間別	要介護 5	人
	6 ヶ月未満	人
	6 ヶ月以上 1 年未満	人
	1 年以上 5 年未満	人
	5 年以上 10 年未満	人
	10 年以上 15 年未満	人
	15 年以上	人

(入居者の属性)

平均年齢	歳
入居者数の合計	人
入居率※	%
※ 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	人
	社会福祉施設	人
	医療機関	人
	死亡者	人
	その他	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	人
		(解約事由の例)

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		Maison de la retraite Soins (メゾン・ドゥ・ラ・ルトレット ソワン) 苦情対応責任者：施設長 岡本 愛優美
電話番号		0745-69-0055
対応している時間	平日	9：00～17：00
	土曜	9：00～17：00
	日曜・祝日	対応なし。
定休日		なし

(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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容)三井住友海上火災保険株式会社の福祉事業者総合賠償保険に加入。
	2	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容)作成
	2	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
事故対応及びその予防のための指針	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 <input type="checkbox"/> なし 作成

(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	<input checked="" type="checkbox"/> なし (ただし、入居者との連絡体制は確保済)		
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	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 3 <input type="checkbox"/> 公開していない
管理規程	1 入居希望者に公開 2 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 3 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 公開していない

10. その他

運営懇談会	1 <input type="checkbox"/> あり	
	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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> あり 2 なし 3 住宅型有料老人ホーム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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> なし 3 住宅型有料老人ホーム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	無し	

「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	無し
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（住宅型有料老人ホーム・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）

※ _____ 様 印

説明年月日 令和 年 月 日

説明者 岡本 愛優美

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	株式会社ソワン	奈良県葛城市平岡437番2
訪問入浴介護	なし		
訪問看護	なし		
訪問リハビリテーション	なし		
居宅療養管理指導	なし		
通所介護	あり	株式会社ソワン	奈良県葛城市平岡437番2
通所リハビリテーション	なし		
短期入所生活介護	なし		
短期入所療養介護	なし		
特定施設入居者生活介護	なし		
福祉用具貸与	なし		
特定福祉用具販売	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	なし		
夜間対応型訪問介護	なし		
認知症対応型通所介護	なし		
小規模多機能型居宅介護	なし		
認知症対応型共同生活介護	なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護	なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	なし		
看護小規模多機能型居宅介護	なし		
居宅介護支援	あり	株式会社ソワン	奈良県葛城市平岡437番2
<居宅介護予防サービス>			
介護予防訪問介護	あり	株式会社ソワン	奈良県葛城市平岡437番2
介護予防訪問入浴介護	なし		
介護予防訪問看護	なし		
介護予防訪問リハビリテーション	なし		
介護予防居宅療養管理指導	なし		
介護予防通所介護	あり	株式会社ソワン	奈良県葛城市平岡437番2
介護予防通所リハビリテーション	なし		
介護予防短期入所生活介護	なし		
介護予防短期入所療養介護	なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	なし		
介護予防福祉用具貸与	なし		
特定介護予防福祉用具販売	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	なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	なし		
介護予防支援			
<介護保険施設>			
介護老人福祉施設	なし		
介護老人保健施設	なし		
介護療養型医療施設	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			備考
特定施設入居者生活介護（利用者一部負担※1） 特定施設入居者生活介護（利用者全額負担） （個別の利用料で、実施するサービス）		包含※2	都度※2	料金※3	
介護サービス					
食事介助	なし	あり	○		
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	○		実費負担
おむつ代	なし	あり	○		
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	○		
特浴介助	なし	あり	○		
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	○		
機能訓練	なし	あり	○		実費負担
通院介助	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	○		
リネン交換	なし	あり	○		
日常の洗濯	なし	あり	○		
居室配膳・下膳	なし	あり	○		要相談
入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし	あり	○		実費負担
おやつ	なし	あり	○		実費負担
理美容師による理美容サービス	なし	あり	○		※利用ができる範囲を明確化すること
買い物代行	なし	あり	○		
役所手続き代行	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	○		実費負担
健康相談	なし	あり	○		実費負担
生活指導・栄養指導	なし	あり	○		実費負担
服薬支援	なし	あり	○		実費負担
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	○		実費負担
入退院時・入院中のサービス					
移送サービス	なし	あり	○		実費負担
入退院時の同行	なし	あり	○		実費負担
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	○		実費負担
入院中の見舞い訪問	なし	あり	○		実費負担

※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於いて、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。