

住宅型有料老人ホーム はっぴいーりんく田原本
重要事項説明書

	記入年月日	令和4年7月28日
	記入者名	田中英俊
	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	個人／ 法人	
	※法人の場合その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃとらいあんぐるほーるでいんぐす 株式会社とらい・あんぐるホールディングス	
主たる事務所の所在地	〒633-0007 奈良県桜井市大字外山1661番地	
連絡先	電話番号	0744-42-1600
	FAX番号	0744-42-1600
	ホームページアドレス	http://www.spirit-care.co.jp
代表者	氏名	田中英俊
	職名	代表取締役
設立年月日	令和4年6月3日	
主な実施事業	有料老人ホーム業 ※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はっぴーりんくたわらもと 住宅型有料老人ホーム はっぴーりんく田原本	
所在地	〒636-0311 奈良県磯城郡田原本町八尾 624-1	
主な利用交通手段	最寄駅	近鉄京都線田原本駅
	交通手段と所要時間	① 徒歩 15 分 ② 自動車利用の場合：乗車 10 分
連絡先	電話番号	0743-61-5667
	FAX番号	0743-61-5668
	ホームページアドレス	http://www.spirit-care.co.jp
管理者	氏名	江田 静香
	職名	施設長
建物の竣工日	令和4年10月1日	
有料老人ホーム事業の開始日	令和4年11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	県（市）
	事業所の指定日	令和 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	1,216.670 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 2 なし
建物	延床面積	契約の自動更新	1 あり 2 なし
		全体	1,580.322 m ² （地上3階建て）
		うち、老人ホーム部分	958.747 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	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			
		便所	浴室	面積	戸数・室数	区分※
	タイプ1	☒ 有 / ☐ 無	有 / ☒ 無	14.399 m ² ～	29 室	一般居室個室
	タイプ2	☒ 有 / ☐ 無	有 / ☒ 無	22.050 m ²	1 室	〃
	タイプ3	有 / ☐ 無	有 / ☐ 無	m ²		
	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	2 ケ所	うち男女別の対応が可能な便房	0 ケ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	0 ケ所		
	共用浴室	1 ケ所	個室	1 ケ所		
			大浴場	0 ケ所		
	共用浴室における 介護浴槽	2 ケ所	チェアー浴	0 ケ所		
			リフト浴	1 ケ所		
			ストレッチャー浴	1 ケ所		
その他 ()			0 ケ所			
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		
緊急通報装置	居室 ① あり 2 一部あり 3 なし	便所 1 あり 2 一部あり ③ なし	浴室 1 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				

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	個々人の容態やニーズを的確に把握し、個々に合わせた介護サービスを提供します。介護を受ける本人の満足度を高めることはもとより、家族の介護軽減にも配慮し、家族の満足度を高めることを目標としています。低価格で最高の介護を提供することを運営方針とします。			
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

(医療連携の内容)

医療支援		1 救急車の手配 2 入退院の付き添い	
※複数選択可		3 通院介助 4その他（ ）	
協力医療機関	1	名称	植山医院
		住所	奈良県磯城郡田原本町 120
		診療科目	内科
		協力内容	健康管理及び緊急医療
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称		
	住所		
	協力内容		

(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	1. 入居者が死亡したとき 2. 事業者が利用契約書第 26 条に基づき契約の解除を通告し、予告期間が満了した時 3. 入居者が第 27 条に基づき解約を行ったとき等				

事業主体から解約を求める場合	解約条項	利用契約書第 26 条
	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	1 あり（内容：1泊2日4000円（税抜）） 2 なし	
入居定員	26 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	1	
生活相談員				
直接処遇職員	6		6	
介護職員	6		6	
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				40 時間
※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			
介護福祉士	2		2
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			

(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			
はり師			
きゅう師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (19時～7時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0 人	0 人
介護職員	2 人	2 人

(職員の状況)

管理者		他の職務との兼務				1 あり 2 なし							
		業務に係る 資格等		1 あり									
				資格等の名称		実務者研修							
				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					3								
前年度1年間の退職者数													
数に 業務に 従事した 職員の 経験年 数	1年未満				2								
	1年以上3年未満												
	3年以上5年未満												
	5年以上10年未満												
	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	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を勘案します。	
	手続き	管理規程第8条に定める運営懇談会の意見を聞いた上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2例】)

			プラン 1	プラン 2
入居者の状況	要介護度		要介護 3	要介護 5
	年齢		7 0 歳	8 0 歳
居室の状況	床面積		1 3 . 5 0 0 m ²	1 3 . 5 0 0 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		165, 000 円	165, 000 円
月額費用の合計			88, 000 円	73, 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	食費	0 円	0 円
		管理費	30, 000 円	30, 000 円
		介護費用	円	円
		光熱水費(夏期 6 月～ 9 月と 冬期 1 1 月～ 3 月)	円	円
		生活支援サービス費	23, 000 円	8, 000 円
介護保険内の介護費用本人負担分を加算して、合計が 110,000 円となるように、生活支援サービス費で調整する。上記月額費用の合計は介護保険内の介護費用本人負担分を想定し、合計が 110,000				

円となるように生活支援サービス費を調整して記載しました。

※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。）をいう。

（利用料金の算定根拠）

費目	算定根拠
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
敷金	家賃の5ヶ月分
管理費	事務管理費、共用施設の維持管理費、光熱水費、トイレトペーパーなどの物品購入費
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	居室内の光熱水費は管理費に含まれます。
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	

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	12 人
	女性	18 人
年齢別	65 歳未満	1 人
	65 歳以上 75 歳未満	9 人
	75 歳以上 85 歳未満	10 人
	85 歳以上	10 人
要介護度別	自立	人
	要支援 1	人
	要支援 2	人
	要介護 1	5 人
	要介護 2	6 人
	要介護 3	9 人
	要介護 4	7 人
	要介護 5	3 人
入居期間別	6 ヶ月未満	3 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	27 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	85.2 歳
入居者数の合計	30 人
入居率※	100
※ 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	0 人
	医療機関	0 人
	死亡者	0 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	0 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		住宅型有料老人ホーム はっぴいーりんく 田原本 苦情対応責任者：江田静香
電話番号		0744-48-3574
対応している時間	平日	9 : 00 - 17 : 00
	土曜	9 : 00 - 17 : 00
	日曜・祝日	9 : 00 - 17 : 00
定休日		なし

窓口の名称		① 奈良県庁介護保険課 ② 田原本町役場長寿介護課
電話番号		① 0742-27-8534 ② 0744-32-2901
対応している時間	平日	①②ともに 8 : 30 - 17 : 15
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土日、祝祭日、年末年始等

(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) 東京海上自動火災保険株式会社の超ビジネス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	(その内容)
	☐ 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 1 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：住宅型有料老人ホーム介護の森田原本三笠) ☐ 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	なし
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（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

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		
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		
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		

<介護予防・日常生活支援総合事業>					
訪問型サービス	あり	なし	併設・隣接		
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接		
その他の生活支援サービス	あり	なし	併設・隣接		

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）		個々のサービス			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	○			必要に応じて適宜実施（生活支援サービス費に含む）
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	○			同上
おむつ代			なし	あり		○	おむつ1枚150円（税込）	実費負担 パット1枚あたり50円（税込）
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	○			必要に応じて適宜実施（生活支援サービス費に含む）
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	○			必要に応じて適宜実施（生活支援サービス費に含む）
機能訓練	なし	あり	なし	あり				
通院介助	なし	あり	なし	あり	○		右記のとおり	協力医療機関1回2,500円 協力医療機関以外、 田原本町内1回2,500円 田原本町外1回3,000円 救急搬送の場合は1回につき10,800円
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○		必要に応じて適宜実施（生活支援サービス費に含む）
リネン交換	なし	あり	なし	あり		○		同上
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○		同上
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				
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	○		1,500円	1回1,500円
買い物代行	なし	あり	なし	あり	○		1,000円	1時間1,000円
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	○		1,000円	1時間1,000円

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		○		年1回 費用は実費負担
健康相談	なし	あり	なし	あり	○			必要に応じて適宜実施（生活支援サービス費に含む）
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○			同上
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	○			必要に応じて適宜実施（生活支援サービス費に含む）
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		○	右記のとおり	田原本町内1回 2,500円 田原本町外1回 3,000円 救急搬送の場合は1回につき 10,800円
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、月額サービス費用に含まれる場合と、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。