重要事項説明書

(住宅有料老人ホーム)

利用者＿＿＿

記入年月日	令和8年　　月　　日
記入者名	石川　和旗
所属・職名	施設長

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）かぶしきがいしゃらうﾞ　いーたぴえーな 株式会社ラヴィータピエーナ	
主たる事務所の所在地	〒598-0015 大阪府泉佐野市高松南3丁目1-41 テルーナ第一ビル501号室	
連絡先	電話番号	072-468-7345
	FAX番号	072-468-7344
	ホームページアドレス	https://www.lavitapiena-peace.com/
代表者	氏名	石川　和旗
	職名	代表取締役
設立年月日	平成28年8月9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）じゅうたくがたゆうりょうろうじんほーむすまいるぱわーぴーす 住宅型有料老人ホームスマイルパワーピース	
所在地	〒*666-0117* 兵庫県川西市東畦野５丁目１４－８	
主な利用交通手段	最寄駅	山下駅
	交通手段と所要時間	徒歩15分
連絡先	電話番号	072-744-3033
	FAX番号	072-744-0177
	ホームページアドレス	https://www.lavitapiena-peace.com/
管理者	氏名	石川　和旗
	職名	施設長
建物の竣工日		平成20年6月
有料老人ホーム事業の開始日		令和3年 11月 1日

（類型）【表示事項】

住宅型有料老人ホーム		
１又は２に該当する場合	介護保険事業者番号	2873102947
	指定した自治体名	兵庫県県・川西市
	事業所の指定日	令和3年　11月　1日
	指定の更新日（直近）	年　月　日

３．建物概要

土地	敷地面積	293.02㎡				
	所有関係	１　事業者　　株式会社ニコニコ				
		２　事業者が賃借する土地				
		抵当権の有無	あり			
		契約期間	１　あり　（令和3年11月1日～令和8年10月31日）			
		契約の自動更新	なし			
建物	延床面積	全体	811.96㎡			
		うち、老人ホーム部分	811.96㎡			
	耐火構造	準耐火建築物				
	構造	鉄骨				
	所有関係	事業者が賃借する建物				
		抵当権の設定	あり			
		契約期間	あり（令和3年11月1日～令和28年10月20日）			
		契約の自動更新	なし			
居室の状況	居室区分	タイプ1　個室　タイプ2　2人部屋				
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
	タイプ１	有	無	12.5㎡	26室	一般居室個室
	タイプ２	有	無	18.9㎡	３室	一般居室相部屋
	タイプ３	有／無	有／無	㎡		
	タイプ４	有／無	有／無	㎡		
	タイプ５	有／無	有／無	㎡		
	タイプ６	有／無	有／無	㎡		
	タイプ７	有／無	有／無	㎡		
	タイプ８	有／無	有／無	㎡		
	タイプ９	有／無	有／無	㎡		
	タイプ１０	有／無	有／無	㎡		
※「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		1ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	1ヶ所	
				うち車椅子等の対応が可能な便房	1ヶ所	
	共用浴室		2ヶ所	個室	2ヶ所	
				大浴場	ヶ所	
	共用浴室における介護浴槽		１ヶ所	チェアー浴	１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	あり				
	入居者や家族が利用できる調理設備	あり　(2人部屋に限る)				
	エレベーター	なし				
消防用設備等	消火器	あり				
	自動火災報知設備	あり				
	火災通報設備	あり				
	スプリンクラー	あり				
	防火管理者	あり				

	防災計画	あり
その他		

4．サービスの内容　（全体の方針）

運営に関する方針	設置する有料老人ホームは、入居者に対して健康管理、介護等、日常生活における様々なサービスを提供する。分譲方式でないため所有権を所得することができないが、終身にわたってきめ細やかなサービスを継続的かつ安定的に受けることができる施設を目指します。
入浴、排せつ又は食事の介護	1　自ら実施　(介護保険内を超える場合)
食事の提供	1　自ら実施　(介護保険内を超える場合)
洗濯、掃除等の家事の供与	1　自ら実施　(介護保険内を超える場合)
健康管理の供与	1　自ら実施
安否確認又は状況確認サービス	1　自ら実施
生活相談サービス	1　自ら実施

（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(家族様が不可の場合)※自費 3　通院介助(家族様が不可の場合)※自費	
協力医療機関	1	名称	服部スイミー
		住所	〒561-0857　大阪府豊中市服部寿町1-11-6グループホームアイアイ服部1階
		診療科目	内科
		協力内容	訪問診療
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	優祉会
		住所	大阪府豊中市上新田3丁目9-1プレミール桃山台
		協力内容	訪問歯科

（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		・居室内不備・利用者様間トラブル・その他（やむおえないと判断した場合）
判断基準の内容		施設判断
手続きの内容		礼金
追加的費用の有無		あり　(礼金家賃１か月)
居室利用権の取扱い		
前払金償却の調整の有無		なし
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	あり
	便所の変更	なし
	浴室の変更	なし
	洗面所の変更	なし
	台所の変更	なし
	その他の変更	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	なし
	要支援の者	なし
	要介護の者	あり
契約の解除の内容	・入居者が逝去した場合 ・入居者が解約した場合(30日間の予告期間が必要) ・事業者が解約した場合(60日間の予告期間が必要)	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居者の行動が、他の入居者･職員の生命に危害を及ぼすなどの恐れがあり、通常の介護･接遇では防止できない場合等
	解約予告期間	60日
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2日　10,000円(3食込)　最大3日まで）9：00～翌9：00 ※　空室がある時のみ可能	

入居定員	３２名
その他	

５．職員体制　（職種別の職員数）

	職員数（実人数）			常勤換算人数
	合計 14名　令和8年７月１日			※１※２
		常勤	非常勤	
管理者	1名	1名		1.0
生活相談員	0名	0名		
直接処遇職員				
介護職員(生活相談兼務)	6名以上	6名以上		6.0
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	１名以上			
その他職員	1名以上			
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。

（職員の状況）

管理者	他の職務との兼務		1　あり								
	業務に係る資格等		1　あり								
			資格等の名称		初任者研修以上						
	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			10名								
前年度１年間の退職者数			6名								
１年未満			10名								
１年以上３年未満			6名								
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	あり										

（資格を有している介護職員の人数）

	合計　6名以上		
		常勤	非常勤
社会福祉士			
介護福祉士	1名以上	1名以上	
実務者研修の修了者	2名	2名以上	
初任者研修の修了者	3名	3名以上	
介護支援専門員			

（夜勤を行う看護・介護職員の人数）

夜勤帯の設定時間（　18　時～　9　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	1人以上	1人
施設職員	1人以上	1人

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】	建物賃貸借方式
利用料金の支払い方式 【表示事項】	月払い方式
年齢に応じた金額設定	なし
要介護状態に応じた金額設定	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	減額なし※ 食費(当日～5日間) リネン費用

（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		介護度3	介護度３
	年齢		70　歳　2名	70　歳
居室の状況	床面積		18.9㎡	12.5㎡
	便所		有	有
	浴室		無	無
	台所		有	有
入居時点で必要な費用	前払金		約290,000円	約
	礼金		69,000　円	50,000　円
	火災保険		11,000円	11,000円
月額費用の合計			137,580　円	118,580　円
家賃			69,000　円	50,000　円
サービス費用	介護保険外※2	食費(30日計算)	102,384 円	51,192　円
		共益費	17,000　円	17,000　円
		リネン費	2,980　円	2,980　円
		光熱費	10,000　円	5,000　円

（利用料金の算定根拠）

費目	算定根拠
家賃	建物の賃借料、設備備品費、借入利息等を基礎として、1室あたりの家賃を算出
礼金	家賃の　1ヶ月分
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	共用施設の維持管理･修繕費
食費	1日3食を提供するための費用（朝食400円、昼食550円、夕食630円）
光熱水費等	電気代及び水道代は定額5,000円/月 ※入居者が設置したＮＨＫの受信料負担に関し本人負担（別途）

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】（入居後の人数）

性別	男性	
	女性	
年齢別	65歳未満	
	65歳以上75歳未満	
	75歳以上85歳未満	
	85歳以上	
要介護度別	自立	
	要支援１	
	要支援２	
	要介護１	
	要介護２	
	要介護３	
	要介護４	
	要介護５	
入居期間別	６ヶ月未満	
	６ヶ月以上１年未満	
	１年以上５年未満	
	５年以上10年未満	
	10年以上15年未満	
	15年以上	

（入居者の属性）

平均年齢	80.2歳
入居者数の合計	30人
入居率※	92%
※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	2人
	死亡者	3人
	その他	0人
生前解約の状況	施設側の申し出	１人
		（解約事由の例）暴力行為
	入居者側の申し出	１人
		（解約事由の例）　福祉施設への転居

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スマイルパワーピース
電話番号		072-744-3033
対応している時間	平日	常時
	土曜	常時
	日曜・祝日	常時
定休日		年中無休
窓口の名称　(行政)		宝塚健康福祉事務所監査指導課
電話番号		079-761-5174

（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	介護賠償責任保険に加入
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	介護賠償責任保険に加入
事故対応及びその予防のための指針	１　あり　事故報告者作成	

（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	なし		
第三者による評価の実施状況	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	入居希望者に公開
管理規程	入居希望者に公開
事業収支計画書	入居希望者に公開
財務諸表の要旨	入居希望者に公開
財務諸表の原本	入居希望者に公開

10. その他

運営懇談会		1　あり　（開催頻度）年　2　回 毎年６月１１月に実施予定　書面にて案内※変更する可能性あり 1　代替措置あり　（内容）書面
提携ホームへの移行【表示事項】		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		あり
兵庫県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
	合致しない事項がある場合の内容	居室面積 食堂･機能訓練室の面積
	「第５章　既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	該当無し
兵庫県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	

説明年月日　　年　　月　　日

説明者署名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

※　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。

利用者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

家族＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印　　続柄＿＿＿＿＿＿

署名代行の理由＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

別添１　事業主体が兵庫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	訪問介護事業所スマイルパワーピース	川西市東畦野5丁目14－8
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１号訪問事業 **第１号通所事業**	あり あり	なし 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

介護サービス			
	食事介助	あり	インフォーマルサービス
	排泄介助・おむつ交換	あり	インフォーマルサービス
	おむつ代	あり	単品、定額プランあり
	入浴（一般浴）介助・清拭	あり	インフォーマルサービス
	特浴介助	あり	インフォーマルサービス
	身辺介助（移動・着替え等）	あり	インフォーマルサービス
	機能訓練	なし	
	通院介助	あり	2,000円/１時間
生活サービス			
	居室清掃	あり	インフォーマルサービス
	リネン交換	なし	セット2,980円／月
	日常の洗濯	なし	インフォーマルサービス
	居室配膳・下膳	なし	インフォーマルサービス
	入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし	
	おやつ	なし	
	理美容師による理美容サービス	あり	月1回訪問理容依頼(外部)
	買い物代行	あり	3000円/1回
	役所手続き代行	あり	2000円/１時間
	金銭・貯金管理	あり	2,000円/月　※通帳管理を行う場合
健康管理サービス			
	定期健康診断		
	健康相談	あり	共益費に含む
	生活指導・栄養指導	なし	
	服薬支援	なし	インフォーマルサービス
	生活リズムの記録	なし	インフォーマルサービス
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	2,000円/１時間
	入院中の洗濯物交換・買い物	なし	2,000円/１時間
	入院中の見舞い訪問	なし	

施設自費サービスに関して説明を受け、利用した場合、利用月の施設費用の請求に合算しお支払いすることを承諾します。

利用者様＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

家族様＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿