

重要事項説明書

記入年月日	令和 5 年 8 月
記入者名	施設長代理
所属・職名	平城 由紀子

※ 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）」の別紙 4 の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の 1 から 3 まで及び 6 の内容については、別紙 4 の記載内容で説明されているものとみなし、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	営利法人
名称	(ふりがな) かぶしきかいしやにゅーえいじ 株式会社ニューエイジ	
主たる事務所の所在地	〒596-0814 大阪府岸和田市岡山町 2 7 - 3	
連絡先	電話番号	072-441-0800
	FAX番号	
	ホームページアドレス	
代表者	氏名	大鹿 雅代
	職名	代表取締役
設立年月日	平成 21 年 6 月 18 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) ぐらんしーるおうみじんぐうきた ぐらんしーる近江神宮北	
所在地	〒520-0004 大津市見世2丁目6番13号	
主な利用交通手段	最寄駅	滋賀里駅
	交通手段と所要時間	①京阪石坂線利用の場合 ・「滋賀里駅」下車、徒歩約2分 ②自動車利用の場合 ・名神京都インターから湖西バイパス高砂 出口経由、約10分 ③JR湖西線「唐崎駅」下車、徒歩約15分
連絡先	電話番号	077-528-2265
	FAX番号	077-528-2275
	ホームページアドレス	http://www.granseal.jp/
管理者	氏名	平城 由紀子
	職名	施設長代理
建物の竣工日		平成15年10月
有料老人ホーム事業の開始日		平成18年10月10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	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	1156 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 (H14年4月30日～H64年4月29日)				
	契約の自動更新	① あり 2 なし				
建物	延床面積	全体	1,977.23 m ²			
		うち、老人ホーム部分	1,977.23 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 (R2年2月12日～R7年2月11日)				
	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				
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
	タイプ1	④/無	④/無	39.99 m ²	4	
	タイプ2	④/無	④/無	30.50 m ²	22	
	タイプ3	④/無	④/無	30.80 m ²	3	
	タイプ4	④/無	④/無	30.14 m ²	3	
	タイプ5	④/無	④/無	30.98 m ²	3	
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「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	うち男女別の対応が可能な便房	ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	3ヶ所		
	共用浴室	36ヶ所	個室	35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	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	屋内消火栓設備、誘導灯、防非煙制御設備、非常電源（自家発）あり	

4. サービスの内容
(全体の方針)

運営に関する方針	私達は入居者様のご家族がご自宅に居るような安心感のある生活をして頂けるサービスをいたします。 私達は肉親に接するのと同じ気持ちで安否確認を完全徹底致します。
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 ※複数選択可	① 救急車の手配 ② 入退院の付き添い 3 通院介助 4 その他 ()		
協力医療機関	1	名称	医療法人徳洲会 近江草津徳洲会病院
		住所	草津市東矢倉3丁目34-52
		診療科目	総合
		協力内容	①入居者の病状急変等の事態への対応 ②訪問診療 ※①②共に契約者のみ対応可 32
	2	名称	大津赤十字病院
		住所	大津市長等1丁目1番35号
		診療科目	
		協力内容	入居者への医療提供、情報交換及び通院
	3	名称	泉内科循環器科医院
		住所	大津市見世2丁目6番13号
		診療科目	内科循環器科
		協力内容	医療提供及び通退院の便宜
	4	名称	医療法人セントパ・ウロ 光吉歯科
		住所	滋賀県大津市浜大津2丁目1-11
		診療科目	歯科
		協力内容	歯科往診
	5	名称	琵琶湖大橋病院
		住所	大津市真野5丁目1番29号
		診療科目	歯科・口腔外科
		協力内容	歯科往診

(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	死亡、転居、自己理由（長期入院及び認知症の進行等による迷惑行為の為共同生活が困難に且つ家族の協力が得られず、介護サービスを利用しても困難なとき）	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	第26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：2泊3日を限度として食事代を含み 1泊4,000円） 2 なし	
入居定員	37人	
その他	入居者は、居室の明け渡しの場合には利用期間に関わらず、事業者責任ある瑕疵、損傷をのぞき居室を原状回復することとします。	

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				
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		1	
その他職員	1		1	
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			
介護福祉士	1	1	
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			

（夜勤を行う看護・介護職員の人数）

夜勤帯の設定時間（時～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		1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	介護福祉士							
		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					1						
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 の人数	1年未満										
	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	
	手続き	運営懇談会での承認

(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	介護度による区別なし		
	年齢	年齢による区別なし 歳		
居室の状況	床面積	Bタイプ 30.50 m ²	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	0 円	円	
	敷金	0 円	円	
月額費用の合計		円	円	
家賃		95,000 円	円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用		円	
	介護保険外 ^{※2}	食費	30 日 59,280 円	円
		共益費	42,000 円	円
		介護費用	0 円	円
		光熱水費	上下水道代のみ 1,800 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）</p>				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	地代、施設建設に伴う借入金の返済、借入金に伴う支払利息、近隣の同業他施設料金を参考にして決定。
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。

共益費	共用施設等の維持管理に係る費用
食費	朝:594円 昼:691円 夜:691円
光熱水費	上下水代のみ定額1,800円。支払総額のおおよそ1/50。電気代は個々の契約（関西電力）による実費
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	11人
	女性	23人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	2人
	75歳以上 85歳未満	4人
	85歳以上	28人
要介護度別	自立	1人
	要支援1	1人
	要支援2	1人
	要介護1	6人
	要介護2	7人
	要介護3	4人
	要介護4	7人
	要介護5	7人
入居期間別	6ヶ月未満	6人
	6ヶ月以上 1年未満	1人
	1年以上 5年未満	18人
	5年以上 10年未満	6人
	10年以上 15年未満	1人
	15年以上	2人

(入居者の属性)

平均年齢	87.2歳
入居者数の合計	34人
入居率※	91.8%
※ 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	0人
	死亡者	5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	6人 (解約事由の例) 他施設へ転居 ご自宅へ転居

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		相談室
電話番号		077-528-2265
対応している時間	平日	9時～17時
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		
窓口の名称		あんしんなっとく委員会
電話番号		077-567-4107
対応している時間	平日	9時～17時
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		

(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	(その内容) 東京海上日動に加入 施設や設備に起因する事故 ・ 1事故 対人 10,000万円 対物 10,000万円 生産物に起因する事故 ・ 1事故 10,000万円 受託物に起因する事故 ・ 1事故 10,000万円
	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) 東京海上日動に加入 介護サービスに起因する事故 ・ 1事故 10,000万円
	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	常設
		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	
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（別の実施する介護サービス一覧表）
別添2（個別選択による介護サービス一覧表）

※_____様

※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。

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名_____⑩

別添1 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市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	アークス・ホームヘルプサービス	大津市高砂町2-19 A101
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	ぐらんしーるデイサービスセンター	大津市見世2丁目7-7
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		なし	
<居宅介護予防サービス>			
介護予防訪問入浴介護	あり	アークス・ホームヘルプサービス	大津市高砂町2-19 A101
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	
介護予防通所リハビリテーション	あり	ぐらんしーるデイサービスセンター	大津市見世2丁目7-7
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		なし	
<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	

介護医療院		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	なし	あり	なし			
※ 排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし			
おむつ代			なし			
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし			
特浴介助	なし	あり	なし			
※ 身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし			
機能訓練	なし	あり	なし			
通院介助	なし	あり	なし			
生活サービス						
居室清掃	なし	あり	なし			
リネン交換	なし	あり	なし			
日常の洗濯	なし	あり	なし			
※ 居室配膳・下膳	なし	あり	なし			
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			なし			
買い物代行	なし	あり	なし			
役所手続き代行	なし	あり	なし			
金銭・貯金管理				あり	○	無料
健康管理サービス						
定期健康診断			なし			
健康相談	なし	あり	なし			
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし			
服薬支援	なし	あり	なし			
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし			
入退院時・入院中のサービス						
移送サービス	なし	あり	なし			
入退院時の同行	なし	あり		あり	○	半径 5 km 以内の病院
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし			
入院中の見舞い訪問	なし	あり	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

※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。