

重要事項説明書

記入年月日	2024年7月1日
記入者名	
所属・職名	

1. 事業主体概要

種類	個人／ <input checked="" type="checkbox"/> 法人		
	※法人の場合、その種類	営利法人	
名称	(ふりがな) 株式会社 グランユニライフケアサービス		
主たる事務所の所在地	〒612-8487 京都府京都市伏見区羽束師菱川町 628 - 5		
連絡先	電話番号	075-925-8025	
	FAX番号	075-925-8386	
	ホームページアドレス	-	
代表者	氏名	井上 隆司	
	職名	代表取締役社長	
設立年月日	昭和・ <input checked="" type="checkbox"/> 平成	24年	5月 1日
主な実施事業	※別添1 (別々に実施する介護サービス一覧表)		

2. 事業主体事業者から、以下のサービス提供者へ業務委託・業務提携等により生活支援サービスを行う

サービス提供者の名称・所在地及び電話番号その他の連絡先				
名称	株式会社グランユニライフケアサービス 代表取締役社長 井上 隆司			
主たる事務所の所在地	〒612-8487 京都府京都市伏見区羽束師菱川町 628 - 5			
連絡先	電話番号	075-925-8025	FAX 番号	075-925-8386
事業主体事業者からサービス提供者への委託事項	事業主体事業者は、本契約に基づくサービス提供業務（以下「サービス提供業務」という）の一部または全部を株式会社グランユニライフケアサービス（以下「サービス提供者」という）に委託することができます。サービス提供者はサービス提供業務の一部を第三者再委託することができるものとします。			

3. 有料老人ホーム事業の概要（住まいの概要）

名称	グランメゾン迎賓館大津大將軍		
所在地	〒520-2145 滋賀県大津市大將軍三丁目 19 番 5 号		
主な利用交通手段	最寄駅	瀬田 駅	

	交通手段と所要時間	○JR 東海道本線 瀬田駅から徒歩 10 分
連絡先	電話番号	077-500-3281
	FAX番号	077-500-3282
	ホームページアドレス	https://grand-maison.jp/
管理者	氏名	山本 一郎
	職名	施設長
建物の竣工日		2019年8月31日
有料老人ホーム事業の開始日		2019年10月1日

【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
<input checked="" type="checkbox"/>	サービス付高齢者向け住宅

4. 建物概要

土地	敷地面積	1138.56m ²	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (2019年9月1日～2044年8月31日) 2 なし
契約の自動更新	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		
建物	延床面積	全体	2,678.31m ²
		うち、老人ホーム部分	2,678.31m ²
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物	
		抵当権の設定	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし (2019年9月1日～2044年8月31日)
契約の自動更新	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		
居室の状況	居室区分	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室	
	【表示事項】	2 相部屋あり	

		最少		1人部屋		
		最大		1人部屋		
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分*
タイプ1		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	25.10 m ²	63	一般居室個室
タイプ2		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	25.14 m ²	2	一般居室個室
タイプ3		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	26.14 m ²	4	一般居室個室
タイプ4		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²		一般居室個室
※「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	2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		2ヶ所	
	共用浴室	1ヶ所	個室		1ヶ所	
			大浴場		0ヶ所	
	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴		0ヶ所	
			リフト浴		0ヶ所	
			ストレッチャー浴		1ヶ所	
			その他 ()		0ヶ所	
食堂	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
入居者や家族が利用 できる調理設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし		
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり (車椅子対応)	<input checked="" type="checkbox"/> 2	あり (ストレッチャー対応)		
	<input type="checkbox"/> 3	あり (上記1・2に該当しない)	<input type="checkbox"/> 4	なし		
消防用設備 等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
その他	水防法の規定により市区町村の長が提供するハザードマップの有無と当該建物の所在地					
	洪水		有	所在地については「3.有料老人ホーム事業の概要(住まいの概要)」参照		
	雨水出水(内水)		有			
	高潮		非該当			

5. サービスの内容 (全体の方針)

運営に関する方針	地域全体の憩いの場となれるよう、カフェや健康体操等様々な事に取り組み運営を行っていま
----------	--

	す。
サービスの提供内容に関する特色	訪問介護によるサービス提供と 24 時間スタッフが常駐しているので安心且つ快適にお住まい頂きます。
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

(生活支援サービスの内容)

生活支援サービスに関する方針等	入居者様に安心して快適に暮らせる賃貸住宅の提供と快適で安全な生活サポートを致します。基本サービスとして状況把握（安否確認）・生活相談・緊急対応を行い、併設及び地域の介護事業所、診療所、病院と連携を図り、医療が必要になった方でも安心して住み続けられるよう支援していきます。本契約は、賃貸借契約が終了した場合には理由の如何を問わず本契約も当然に終了することを入居者・サービス提供者共に確認します。
生活支援サービスの内容	
生活支援サービスの基本サービス	<p>要介護者(要介護 5) 11,000 円/月</p> <p>要介護者(要介護 3, 4) 22,000 円/月</p> <p>要介護者(要介護 1, 2) 33,000 円/月</p> <p>要支援者(要支援 1, 2) 44,000 円/月</p> <p>非該当(自立者) 55,000 円/月</p>
状況把握サービス	
安否確認	毎日 1 回、職員が安否の確認を行います。夜間も、ご入居者やご家族と相談の上、必要に応じて行います。
巡回サービス	■共用部の巡回点検 共用部の戸締りなど、巡回し確認を致します。
緊急時対応サービス	<p>■緊急通報</p> <p>緊急時の対応として、各居室のベッドサイド、トイレ、浴室に設置している緊急呼び出しボタンより事務室及び住宅職員が携帯している PHS にて通報を受信の上、昼夜問わずに対応し、(緊急連絡先として指定されている)ご家族への連絡、必要な場合には救急車の要請等を行います。※救急車には原則同乗します。</p>

	生活相談サービス	
	相談サービス	<p>■住宅職員相談対応</p> <p>当住宅で生活を送る中で、お困りのこと、ご不安等について、住宅職員がご相談にのります。</p>
	便利サービス	
	フロントサービス	<p>■来訪者などの管理 ご入居者への来訪者の受付、対応を致します。</p> <p>■ごみ出しサービス 指定日にスタッフがゴミ出しをお手伝い致します。</p> <p>■代理オーダーサービス</p> <p>タクシーの手配、クリーニングの手配を代理して行います。</p> <p>■健康相談</p> <p>日常生活相談のほか、必要に応じて医師もしくは看護師から健康に関するアドバイスを受けられます。(治療や処置ではありません。)</p>
	住戸内の管理サービス	<p>■清掃業者、修理業者のご紹介を致します。</p> <p>■電球交換の代行(電球交換費は別途必要)を致します。</p>
上記以外の選択サービス等		
	介護保険サービス	<p>ケアプランによる利用者負担額</p> <p>介護認定をお持ちの方は、ご希望に応じて本物件併設事業所または地域の介護事業者と別途契約のうえご利用できます。</p>
	食事の提供サービス	<p>58,320円/月(税込み)</p> <p>ご希望の方は別契約となり、食費は上記の金額で月単位の請求となります。</p> <p>朝食は7:00~9:00、昼食は12:00~14:00、夕食は18:00~20:00。</p> <p>1階食堂で提供します。</p> <p>■前日18時までの申し出により変更及びキャンセルが可能です。</p> <p>ただし、キャンセル分の返金及び減額はありません。</p> <p>■入院や外泊などの自己都合により3日前迄に欠食届を出され、3食とも欠食した場合は1日について840円(税込み)を返金いたします。なお死亡などやむを得ない場合は協議の上返金及び減額を決定いたします。</p>
	自費介護サービス	<p>3,300円/月(税込み)</p> <p>■移動介助、排せつ介助、服薬介助、体位交換</p> <p>※介護保険制度に該当しないサービスの場合、ケアプランに基づき提供致します。</p>
	その他	<p>初回30分まで1,100円 以降、550円/15分(税込み)</p> <p>■そのほか、ご要望により別途サービス提供致します。</p>
	※介護保険サービスを除く。	

(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	社会医療法人誠光会 草津総合病院
		住所	滋賀県草津市矢橋町 1660
		診療科目	総合内科、消化器内科、消化器外科、循環器内科ほか
		協力内容	緊急時の受け入れ
	2	名称	医療法人華頂会 琵琶湖養育院病院
		住所	滋賀県大津市大萱 7 丁目 7 番 2 号
		診療科目	内科・呼吸器内科・循環器内科・消化器内科ほか
		協力内容	往診
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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項	<p><入居基準></p> <p>1. 単身高齢者世帯</p> <p>2. 高齢者+同居者(配偶者/60歳以上の親族/要介護・要支援認定を受けている 60歳未満の親族/特別な理由により同居させる必要があると知事等が認める者)</p> <p>(「高齢者」とは、60歳以上の者または要介護・要支援認定を受けている 60歳未満の者をいう。)</p>	
契約の解除の内容	<p>① 入居者が死亡したとき(契約が終了したとき)</p> <p>② 事業主体から契約解除を通告し予告期間が満了したとき</p> <p>③ 入居者が契約の解除を申入れ、契約解除となったとき</p>	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	普通賃貸借契約書第 16 条並びに生活支援サービス契約書第 9 条参照。
	解約予告期間	30 日
入居者からの解約予告期間	30 日	
連帯保証人	<p>[普通建物賃貸借契約書より抜粋]</p> <p>連帯保証人(以下、「丙」という。)は、借主(以下、「乙」という。)と連帯して、本契約から生じる乙の債務を負担するものとする。本契約が更新された場合(法定更新、合意更新などの更新の態様を問わない)においても、同様とする。本契約更新後の家賃が増額された場合でも、丙はその増額された家賃について責任を負うものとする。</p> <p>2 丙が法人ではない場合、前項の丙の負担は、頭書(7)及び記名押印欄</p>	

	<p>に記載する極度額を限度とする。</p> <p>3 丙（法人でない場合に限る）が負担する債務の元本は、以下の場合に確定する。</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 甲が、丙の財産について、金銭の支払を目的とする債権についての強制執行又は担保の実行を申し立て、その手続の開始があったとき 二 丙が破産手続開始の決定を受けたとき 三 乙又は丙が死亡したとき <p>4 貸主（以下、「甲」という。）は、元本が確定する前であっても、丙に対して、本契約に基づく保証債務の履行を請求することができる。なお、丙（法人でない場合に限る）が前項の元本確定前に保証債務を履行したときは、履行された額の限度で極度額が減少するものとする。</p> <p>5 丙の請求があったときは、甲は、丙に対し、遅滞なく、賃料及び共益費等の支払状況や滞納金の額、損害賠償の額等、乙の全ての債務の額等に関する情報を提供しなければならない。</p> <p>6 丙は、住所もしくは連絡先に変更が生じた場合、甲に対し、直ちにその旨を書面にて通知するものとする。</p> <p>7 甲、乙及び丙は、甲の丙に対する履行の請求が、丙だけでなく乙に対しても履行の請求の効力を生じるものであることに合意する。</p> <p>8 丙が死亡、資力喪失その他乙の債務の負担を不能とする事情により、連帯保証人としての適格性を失ったときは、乙は甲の承諾を得た上で、直ちに他の連帯保証人若しくは甲が指定する保証会社を選定するものとする。</p> <p>9 乙が丙の死亡、資力喪失その他乙の債務の負担を不能とする事情を知った場合、乙は甲に対して、速やかに当該事情を告知するものとする。丙が乙の死亡を知った場合も同様とする。</p>
<p>体験入居の内容</p>	<p>① あり（内容：居室利用料 3,000 円、食費 2,500 円、寝具レンタル料 2,000 円） 1 日あたり 7,500 円(税込)</p> <p>※利用時間：1 日あたり 12：00～翌 12：00</p> <p>※最長 2 泊 3 日</p> <p>※申込時は当社規定の体験入居申込書、健康診断書、健康診断書、健康保険の写しの提出が必要</p> <p>※食事をされなかった場合の利用料の返金はなし</p> <p>※送迎はなし</p> <p>2 なし</p>
<p>入居定員</p>	<p>69 人 (69 室)</p>
<p>その他</p>	

6. 職員体制

(職種別の職員数) ※併設介護事業所の従業員数は含まず。

	職員数（実人数）			常勤換算人数 ※1※2
	合計			
	15	常勤	非常勤	
管理者	1	1	0	
生活相談員	13	1	12	
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			
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		
		常勤	非常勤
看護師又は准看護師	0名	0名	0名
理学療法士	0名	0名	0名
作業療法士	0名	0名	0名

言語聴覚士	0名	0名	0名
柔道整復士	0名	0名	0名
あん摩マッサージ指圧師	0名	0名	0名
はり師	0名	0名	0名
きゅう師	0名	0名	0名

(夜勤を行う看護・介護職員の人数) ※夜勤帯においてはグランドユニライフホームヘルパーステーション大津大將軍にて対応

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	人	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 2 なし								
	資格等の名称		介護福祉士、介護支援専門員								
	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	-	-	-	-	0	5	-	-	-	-	
前年度1年間の退職者数	-	-	-	-	0	6	-	-	-	-	
応じた業務に従事した経験年数に 職員の人数	1年未満	-	-	-	-	0	0	-	-	-	-
	1年以上	-	-	-	-	0	13	-	-	-	-
	3年未満	-	-	-	-	0	0	-	-	-	-
	3年以上	-	-	-	-	0	0	-	-	-	-
	5年未満	-	-	-	-	0	0	-	-	-	-
	5年以上	-	-	-	-	0	0	-	-	-	-
	10年未満	-	-	-	-	0	0	-	-	-	-
10年以上	-	-	-	-	0	0	-	-	-	-	
従業者の健康診断の実施状況				1 あり 2 なし							

7. 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	1 全額前払い方式

【表示事項】	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	費用の改定にあたっては、目的施設が所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数および人件費を勘案する。
	手続き	運営懇談会の意見を聞いたうえで改定するものとする。 また、料金の価格改定にあたっては、契約者または連帯保証人（身元引受人）へ事前に通知する。

（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2	要介護5	
	年齢	80歳	90歳	
居室の状況	床面積	25.10㎡	25.10㎡	
	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	0円	
	敷金	161,600円	173,600円	
月額費用の合計		207,120円	191,120円	
家賃		80,800円	86,800円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※ ¹ の費用			
	介護保険外※ ²	食費	58,320円(税込)	58,320円(税込)
		共益費	24,000円	24,000円
		介護費用	0円	0円
		光熱水費	実費	実費
		その他(生活支援サービス費)	33,000円(税込)	11,000円(税込)
看護体制強化費	11,000円(税込)	11,000円(税込)		

※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

（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）

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	専有部分での居住及び共用部分の利用の料金
敷金	家賃の 2ヶ月分
共益費	1. 共同利用設備部分及び共用部分の光熱水費 2. 設備定期点検・保守管理費(エレベーター、空調機等) 3. 共同利用設備部分及び共用部分の日用品費等
食費	1日3回の食事を提供するための費用。厨房関係人件費、食材費、厨房設備費、光熱水費、消耗品・通信費、保険衛生費を基礎として算定しています。 ※3日前迄に1日分の欠食の届けがあった場合は、840円(税込)を返金いたします。
光熱水費	【電気・ガス】電気代、ガス代は各自で電力会社、ガス会社との契約 【水道】1人部屋：2,037円/月(税込)
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	【状況把握・生活相談サービス費】 1. 状況把握サービス…安否確認、巡回サービス、緊急対応 2. 生活相談サービス…相談サービス

8. 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	21人
	女性	41人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上75歳未満	3人
	75歳以上85歳未満	5人
	85歳以上	53人
要介護度別	自立	4人
	要支援1	5人
	要支援2	8人
	要介護1	6人
	要介護2	7人
	要介護3	12人
	要介護4	10人
	要介護5	10人
入居期間別	6ヶ月未満	12人
	6ヶ月以上1年未満	8人

	1年以上5年未満	42人
	5年以上10年未満	0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	86.8歳
入居者数の合計	62人
入居率*	89.85%
※ 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	1人
	社会福祉施設	1人
	医療機関	2人
	死亡者	6人
	その他	1人
生前解約の状況	施設側の申し出	1人
		(解約事由の例) スタッフへの暴言暴力
	入居者側の申し出	0人
		(解約事由の例) 入院加療の必要性がある為

9. 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)

窓口の名称		グランメゾン迎賓館大津大將軍 事務室
電話番号		077-500-3281
対応している 時間	平日	9:00 ~ 18:00
	土曜	休
	日曜・祝日	休
定休日		土・日・祝
窓口の名称		(株)グランユニライフケアサービス 苦情相談窓口
電話番号		075-353-7759
対応している 時間	平日	9:00 ~ 18:00
	土曜	休
	日曜・祝日	休
定休日		土・日・祝

窓口の名称		長寿施設課
電話番号		077-528-2738
対応している 時間	平日	9:00 ~ 17:00
	土曜	休
	日曜・祝日	休
定休日		土・日・祝及び12月28日から1月3日まで
窓口の名称		
電話番号		
対応している 時間	平日	
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		
窓口の名称		
電話番号		
対応している 時間	平日	
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 東京海上日動火災保険株式会社「事業活動包括保険」加入 火災保険及び事業活動包括保険(介護総合賠償責任保険、施設・事業活動遂行賠償責任保険、生産物・完成作業賠償責任保険、管理下財物保険)に加入しており、サービス提供上の事故により入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合、不可抗力による場合を除き賠償されます
	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり	(その内容)
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 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 2 なし	実施日	意見箱にて常時実施
		結果の開示	1 あり 2 なし
第三者による評価の実施状況	1 あり 2 なし	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 なし		

10. 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

11. 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	
	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（別に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

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	なし	グランユニライフホーム ヘルパーステーション大 津大將軍	大將軍3-19-5
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		
地域密着型通所介護	あり	なし		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	グランメゾン 輪舞館 大津 真野	真野 2-24-29
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	グランユニライフケアプ ランセンター大津田使用 軍	大將軍3-19-5
<居宅介護予防サービス>				
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	グランメゾン 輪舞館 大津 真野	真野 2-24-29
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		

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	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					外食の費用は実費負担。
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	○		3,300円		介護保険制度に該当しないサービスの場合のみ自費介護サービスにて提供。
おむつ代			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		○	実費		実費負担
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					
特浴介助	なし	あり	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	○		3,300円		介護保険制度に該当しないサービスの場合のみ自費介護サービスにて提供。
機能訓練	なし	あり	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					
通院介助	なし	あり	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					※近隣のみ
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					
リネン交換	なし	あり	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					
日常の洗濯	なし	あり	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					
居室配膳・下膳	なし	あり	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					
入居者の嗜好に応じた特別な食事			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					
おやつ			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					
理美容師による理美容サービス			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		○	実費		概ね月一回、訪問理美容にて実費精算
買い物代行	なし	あり	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					
役所手続き代行	なし	あり	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					
金銭・貯金管理			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					
健康管理サービス									
定期健康診断			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					年2回、定期健康診断受診のお知らせ。
健康相談	なし	あり	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	○		33,000円		生活支援サービスに含まれる。
生活指導・栄養指導	なし	あり	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					
服薬支援	なし	あり	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	○		3,300円		介護保険制度に該当しないサービスの場合のみ自費介護サービスにて提供。
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					
入退院時・入院中のサービス									
移送サービス	なし	あり	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					
入退院時の同行	なし	あり	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					
入院中の見舞い訪問	なし	あり	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					

※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割ないしは3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、月額の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。