

# 重要事項説明書

記入年月日	令和5年7月1日
記入者名	村田 裕
所属・職名	取締役

## 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	有限会社
名称	有限会社スペース・アズ	
本社所在地	〒530-0046 大阪市北区菅原町11番10号 オーキッド中之島402号	
連絡先	TEL	06-4709-5000
	FAX	06-4709-6000
	URL	http://s-az.jp/
代表者	氏名	村田 裕
	職名	取締役
設立年月日	平成4年8月11日	
主な実施事業	別添1（別の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	住宅型有料老人ホーム コージーガーデン生駒	
所在地	〒630-0215 奈良県生駒市東菜畑2丁目973-13	
主な利用交通手段	最寄駅	近鉄生駒線 一分駅
	交通手段と 所要時間	一分駅より徒歩5分
連絡先	TEL	0743-75-3321
	FAX	0743-75-3310
	URL	http://s-az.jp/
管理者	氏名	宮崎 宏之
	職名	住宅管理人
建物の竣工日	平成26年1月23日	
有料老人ホーム事業の開始日	平成26年2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）
<input checked="" type="checkbox"/> 3 住宅型
4 健康型

### 3. 建物概要

土地	敷地面積	583.95㎡						
	所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 1 事業者自ら所有する土地 2 事業者が賃貸する土地						
		抵当権の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 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					
建物	延床面積	全体	979.86㎡					
		内老人ホーム部分	979.86㎡					
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 事業者自らが所有する建物 2 事業者が貸借する建物				
				抵当権の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 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						
	居室状況	居室区分【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室    2 相部屋あり					
		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	有・ <input type="checkbox"/> 無	13.95～ 14.21㎡	37部屋	一般居室個室		
共有施設	共有便所における 便房	2ヶ所	うち男女別の対応可能な便房		なし			
			うち車椅子等の対応可能な便房		1ヶ所			
	共有浴室	4ヶ所	個室		4ヶ所			
			大浴場		なし			
	共有浴室における 介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴		なし			
			リフト浴		なし			
			ストレッチャー浴		1ヶ所			
			その他 ( )		なし			
	食堂		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 なし					
	入居者や利用者が利用できる調理設備		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし					
エレベーター		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (ストレッチャー対応)						
消防用 設備等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 なし						
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 なし						
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    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 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	なし		
契約の解除の内容	①入居者が解約した場合 ②事業者が解約した場合		
事業主体から解除を求める場合	解除条項	入居契約書第4条及び第16条による	
	解約予告期間	6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 (1泊につき5,500円、2泊3日まで。3食付)		
入居定員	32人		
その他			

5. 職員体制【冒頭に記した記入日現在】

(職種別の職員数)

	職員数 (実人数)		
	合計	常勤	非常勤
管理者	1	1	0
介護職員	23	0	23
看護職員	0	0	0
事務員	1	0	1
その他 ( )	1	0	1

(資格を有している介護職員の人数)

	職員数 (実人数)		
	合計	常勤	非常勤
社会福祉士	0	0	0
介護福祉士	7	0	7
実務者研修修了者	3	1	2
初任者研修修了者	8	0	8
介護支援専門員	0	0	0

(夜勤を行う介護・看護職員の人数)

夜勤帯の時間 (21時～翌6時)		
	平均人数	最小时人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0人	0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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし							
	業務に係る資格等		1 あり：資格名称 ( ) 2 なし							
	介護職員		看護職員							
	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	4								
年数に応じて業務に従事した経験 に 当 社 に て 業 務 に 従 事 し た 職 員 の 人 数	1年未満	0	5							
	1年以上	0	5							
	3年未満	0	5							
	3年以上	0	3							
	5年未満	0	3							
	5年以上	0	10							
	10年未満	0	10							
	10年以上	0	0							
従業者の健康診断の実施状況			<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし							

6. 利用料金

(利用料金の支払方法)

居住の権利形態 【表示事項】	1 利用権方式 <input checked="" type="checkbox"/> 2 建物貸借方式 3 終身建物貸借方式	
利用料金の支払方式 【表示事項】	1 全額前払方式 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
入院等不在時における利用料金（月払い）の取扱い	<input checked="" type="checkbox"/> 1 減額なし 2 日割計算で減額 3 不在期間が 日以上に限り日割計算で減額	
利用料金の改定	条件	社会的経済状況や物価の昇降によって実施する場合あり
	手続	入居契約書第5条4項に記載

(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	1～5		
	年齢	80歳	歳	
居室の状況	床面積	13.95㎡	㎡	
	便所	1 あり 2 なし	1 あり 2 なし	
	浴室	1 あり 2 なし	1 あり 2 なし	
	台所	1 あり 2 なし	1 あり 2 なし	
入居時点で必要な費用	前払金	入居月の日割家賃及び共益費	入居月の日割家賃及び共益費	
	敷金	200,000円	円	
月額費用の合計		115,620円	円	
家賃		40,000円	円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護の費用	円	円	
	介護	食費(30日分 税別)	42,000円	円
		管理共益費	29,700円	円
	保険	介護費用	実費	
		光熱水費	実費	
	その他(サポート費)	6,600円	円	

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	建物賃借料、設備備品費、等を基礎として算出
敷金	家賃の5ヶ月分
介護費用	実費
管理共益費	水道、共用部電気、修繕費、ホーム維持運営の為の費用
食費	朝350円 昼500円 夜550円(税別)30日全て提供した場合
水道光熱費	水道代は管理共益費に含む、居室電気は使用分を実費
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	実費
その他のサービス利用料	介護相談、巡回、救急対応

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	8	人
	女性	22	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	12	人
	85歳以上	16	人

要介護度別	自立	0	人
	要支援1	0	人
	要支援2	0	人
	要介護1	6	人
	要介護2	6	人
	要介護3	7	人
	要介護4	4	人
	要介護5	7	人
入居期間別	6ヶ月未満	4	人
	6ヶ月以上1年未満	0	人
	1年以上5年未満	12	人
	5年以上10年未満	14	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歳
入居者数の合計	30人
入居率※	94%
※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
	社会福祉施設等	0	人
	医療機関	1	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	0	人
	(解約事由)		
	入居者側の申し出	2	人
	(解約事由) 入院後退院の目処が立たない、退院後御自宅で看取りたい等		

### 8. 苦情・事故に関する体制

#### (利用者からの苦情窓口)

窓口の名称	有限会社スペース・アズ 事業管理室
電話番号	06-4709-5000
対応している時間	平日9時～18時
定休日	土日祝・8/13～17・12/29～1/4

(サービス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 2 なし	(その内容) サービス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、不可抗力をによる場合を除き賠償される。
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 2 なし	(その内容) 上記損害賠償保険より
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、意見箱等利用者等の意見を把握する取組の状況	1 あり	実施日	意見箱設置により随時
		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 代替措置有	(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 (コージーガーデン土師・コージーガーデン東寝屋川・コージーガーデン東寝屋川II番館) 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 サービス付高齢者向け住宅の登録を行っている為、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「6. 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	
「7. 既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合	<input checked="" type="checkbox"/> 1 適合している（代替措置） <input type="checkbox"/> 2 適合している（将来の改善計画） <input type="checkbox"/> 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（個別選択サービスによる介護サービス一覧表）

当事業者は、賃貸借契約を締結するにあたり、重要事項の説明をしました。

令和 年 月 日

事業者名	
代表者職名・氏名	
住所	
説明者	

私は、事業者から重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者

住所	
氏名	印

代筆者

住所	
氏名	印
代筆理由	続柄：

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			事業の名称	所在地
<b>【居宅サービス】</b>				
訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	コージーステーション生駒	奈良県生駒市東菜畑 2-973-13 コージーガーデン生駒内
訪問入浴介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
訪問看護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
訪問リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
居宅療養管理指導	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
通所リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
短期入所生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
短期入所療養介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
福祉用具貸与	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
特定福祉用具販売	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>【地域密着型サービス】</b>				
定期巡回・随時対応型訪問看護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
夜間対応型訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
認知症対応型通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
小規模多機能型居宅介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
認知症対応型共同生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
地域密着型特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
看護小規模多機能型居宅介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
居宅介護支援	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>【居宅介護予防サービス】</b>				
介護予防訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護予防訪問入浴介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護予防訪問看護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護予防訪問リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護予防居宅療養管理指導	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護予防通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護予防通所リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護予防短期入所療養介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護予防特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護予防福祉用具貸与	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
特定介護予防福祉用具販売	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>【地域密着型介護予防サービス】</b>				
介護予防認知症対応型通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護予防小規模多機能型居宅介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護予防認知症対応型共同生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護予防支援	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

別添2 有料老人ホーム・サービス付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		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				
<b>介護サービス</b>									
食事介助	なし	あり	なし	あり		○	1,100円/30分		
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり		○	1,100円/30分		
おむつ代			なし	あり		○	実費		
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり		○	1,100円/30分		
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		○	1,100円/30分		
機能訓練	なし	あり	なし	あり					
通院介助	なし	あり	なし	あり			1,100円/30分		
<b>生活サービス</b>									
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○			
リネン交換	なし	あり	なし	あり		○			
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○			
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり		○	1,100円/30分		
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり		○			内容によっては実費あり
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		○	実費		
買物代行	なし	あり	なし	あり		○	1,100円/30分		
役所手続代行	なし	あり	なし	あり		○	1,100円/30分		
金銭・貯金管理			なし	あり	○		無料		おこづかい管理のみ
<b>健康管理サービス</b>									
定期健康診断			なし	あり		○	実費		提携クリニックにて年1回
健康相談	なし	あり	なし	あり	○				
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○				
服薬支援	なし	あり	なし	あり		○	1,100円/30分		
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり	○				
<b>入退院時・入院中のサービス</b>									
移送サービス	なし	あり	なし	あり		○	1,100円/30分		
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○	1,100円/30分		
入院中の洗濯物交換・買物	なし	あり	なし	あり		○	1,100円/30分		
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」を記入した時は、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応じていずれかに○をする。

※3：都度払いの場合、1回あたりの金額と単位を明確にして記入する。