

名古屋市サービス付き高齢者向け住宅重要事項説明書

記入年月	令和7年11月30日
記入者名	秦 知広
所属・職名	代表取締役

サービス付き高齢者向け住宅への入居に係る契約を締結するに当たり、高齢者の居住の安定確保に関する法律第17条及び名古屋市有料老人ホーム設置運営指導指針13(1)に基づき、以下の事項について、書面を交付して説明します。

1. サービス付き高齢者向け住宅の名称及び所在地

住宅の名称	(ふりがな) さーびすつきこうれいしやむけじゆうたく がじゅまる サービス付き高齢者向け住宅 ガジュマル
所在地	(住居表示) 名古屋市千種区御影町1丁目12番地
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1.電車(名城 線 茶屋ヶ坂 駅から 徒歩 で 8分) <input type="checkbox"/> 2.その他()
住宅に関する権原	<input type="checkbox"/> 1.所有権 <input checked="" type="checkbox"/> 2.賃借権 <input type="checkbox"/> 3.使用貸借による権利
	2.及び3.の場合 抵当権の有無 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし 契約の自動更新 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし(契約期間: ~)
施設に関する権原	<input type="checkbox"/> 1.所有権 <input checked="" type="checkbox"/> 2.賃借権 <input type="checkbox"/> 3.使用貸借による権利
敷地に関する権原	<input type="checkbox"/> 1.所有権 <input type="checkbox"/> 2.地上権 <input checked="" type="checkbox"/> 3.賃借権 <input type="checkbox"/> 4.使用貸借による権利
	3.及び4.の場合 抵当権の有無 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし 契約の自動更新 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし(契約期間: ~)

(注)住居表示が決まっていない場合には、地名地番を記載すること。

2. サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者

法人・個人の別	<input checked="" type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 個人
商号、名称又は氏名	(ふりがな) かぶしきがいしや どりーむさぽーと 株式会社 ドリームサポート
住所 (法人にあっては主たる事務所)	(郵便番号 464-0014) 愛知県名古屋市千種区御影町1丁目12番地 電話番号 052-715-5206
法人の役員	別添 1 のとおり
法定代理人 (未成年の個人である場合)	(ふりがな) 商号、名称、又は氏名
	住所(法人にあっては主たる事務所の所在地) (郵便番号) 電話番号
	法人の役員 別添 2 のとおり

3. サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者の事務所

事務所の名称	(ふりがな) かぶしきがいしや どりーむさぽーと 株式会社 ドリームサポート
事務所の所在地	(郵便番号 464-0014) 愛知県名古屋市千種区御影町1丁目12番地 電話番号 052-715-5206

4. サービス付き高齢者向け住宅の戸数、規模並びに構造及び設備

住宅戸数	登録申請対象戸数	56 戸	
居住部分の規模	(最小)	18.02	m ²
	(最大)	25.58	m ²
構造及び設備	共同利用設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	詳細については、別添 3 のとおり
	構造	鉄筋コンクリート	
	階数	4	階建

竣工の年月	平成25 年 11 月 20 日		
加齢対応構造等	<input checked="" type="checkbox"/> 登録基準に適合している		
	<input checked="" type="checkbox"/> エレベーターを備えている		
	<input checked="" type="checkbox"/> 緊急通報装置を備えている		
消防用設備等(備えのあるもの)	<input checked="" type="checkbox"/> 消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 火災通報設備
	<input checked="" type="checkbox"/> スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 防災計画

5. サービス付き高齢者向け住宅の入居契約、入居者資格及び入居開始時期(居住の用に供する前である場合)

入居契約の別	<input checked="" type="checkbox"/> 賃貸借契約 <input type="checkbox"/> その他(利用権契約)
入居契約が賃貸借契約でない場合には、その旨	
終身賃貸事業者の事業の認可	<input type="checkbox"/> 法第52条の認可を受けている
入居者の資格	次の①又は②に該当する者である。 <input checked="" type="checkbox"/> ①単身高齢者世帯 ②高齢者＋同居者(配偶者/60歳以上の親族/要介護認定又は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が認める者) (「高齢者」とは、60歳以上の者又は要介護認定若しくは要支援認定を受けている60歳未満の者をいう。)
入居契約の内容	別添入居契約書のとおり

※以下は、入居の用に供する前である場合に限り記入すること。

入居開始時期	令和 年 月 日から
--------	------------

注)入居開始年は、西暦で記入すること。

6. サービス付き高齢者向け住宅において入居者から受領する金銭(入居者の選択により別途提供される高齢者生活支援サービスに係る費用を除く)

家賃の概算額	(最低) 約 67,000 円	住戸ごとの内容は別添3 のとおり
	(最高) 約 93,000 円	
共益費の概算額	(最低) 約 30,000 円	家賃の 3 月分
	(最高) 約 30,000 円	
敷金の概算額	(最低) 約 201,000 円	家賃の 3 月分
	(最高) 約 279,000 円	
状況把握・生活相談に係る費用	23,000 円	
前払金※の有無	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 一部前払い・一部月払い方式) <input checked="" type="checkbox"/> なし(月払い方式)	
家賃等の前払金の概算額	(最低) 約 円	(最高) 約 円
家賃等の前払金の算定の基礎	家賃	
	サービス提供の対価	
	想定居住期間(償却年月数)	
	想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額(初期償却額)	
返還額の算定方法		
家賃等の前払金の返還債務が消滅するまでの期間	年 月 日まで	
家賃等の前払金の返還額の推移	(※原則として入居契約に定めた契約の始期を起算日とする。)	
前払金の保全措置の内容	<input type="checkbox"/> 銀行による債務の保証	<input type="checkbox"/> 信託会社等による元本補てん又は信託
	<input type="checkbox"/> 保険事業者による保証保険	<input type="checkbox"/> その他()
特定施設入居者生活介護事業者	<input type="checkbox"/> 指定を受けている 事業所の番号 ()	
	<input checked="" type="checkbox"/> 指定を受ける予定はない	

安否確認又は状況把握サービス	① 自ら実施 2 委託
生活相談サービス	① 自ら実施 2 委託

(介護サービスの内容)※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無	入居継続支援加算	1 あり 2 なし
	生活機能向上連携加算	1 あり 2 なし
	個別機能訓練加算	1 あり 2 なし
	夜間看護体制加算	1 あり 2 なし
	若年性認知症入居者受入加算	1 あり 2 なし
	医療機関連携加算	1 あり 2 なし
	口腔衛生管理体制加算	1 あり 2 なし
	栄養スクリーニング加算	1 あり 2 なし
	退院・退所時連携加算	1 あり 2 なし
	看取り介護加算	1 あり 2 なし
	認知症専門ケア加算	(I)
(II)		1 あり 2 なし
サービス提供体制強化加算	(I)イ	1 あり 2 なし
	(I)ロ	1 あり 2 なし
	(II)	1 あり 2 なし
	(III)	1 あり 2 なし
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	1 あり	(介護・看護職員の配置率) : 1
	2 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	かわなか内科・生活習慣病クリニック
		住所	愛知県春日井市松新町1-3 ルネッサンスシティ勝川一番街4F
		診療科目	内科
		協力内容	訪問診療
	2	名称	いなほクリニック
		住所	名古屋市東区砂田橋1丁目1-1ジョイフル砂田橋1階
		診療科目	心療内科/老年精神科
		協力内容	訪問診療
協力歯科医療機関	名称	大野歯科医院	
	住所	愛知県名古屋市昭和区滝川町16-1	
	協力内容	訪問歯科診療	

(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	※複数選択可	1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 ③ その他 (空室がある場合)
判断基準の内容	手狭になった、広すぎる等、ライフスタイルに合わせ随時可能	
手続きの内容	賃貸借契約内容の変更	
追加的費用の有無	① あり 2 なし	
居室利用権の取扱い		
前払金償却の調整の有無	1 あり ② なし	
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	① あり 2 なし
	便所の変更	1 あり ② なし
	浴室の変更	1 あり ② なし

洗面所の変更	1 あり (2) なし
台所の変更	1 あり (2) なし
その他の変更	(1) あり (変更内容) ベランダの有無
	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	原則として入居時60歳以上の方	
契約の解除の内容	契約期間内でも30日前の申し入れにより本契約を解約することができる。	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	賃料等の遅延、犯罪行為等
	解約予告期間	3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) なし	
入居定員	56人	
その他		

12. 職員体制

※サ高住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と兼務する職員については、サ高住の職員として勤務する部分についてのみ記載すること）。

(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				
介護職員	18	6	12	5
看護職員	3	1	2	1
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員	6	0	6	2
事務員	1	1		2
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
※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。				

(資格等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	14	6	8
実務者研修の修了者	1		1
初任者研修の修了者	3		3
介護支援専門員			

社会福祉法人の職員			
医療法人の職員			
指定介護サービス事業者の職員			

(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	3	1	2
理学療法士	1		1
作業療法士	1		1
言語聴覚士			
柔道整復士			
あん摩マッサージ指圧師			

(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	1人	1人

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の数 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	契約上の職員配置比率※ 【表示事項】	a 1.5 : 1以上 b 2 : 1以上 c 2.5 : 1以上 d 3 : 1以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数)	: 1

※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択

外部サービス利用型特定施設であるサ高住の介護サービス提供体制 (外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名称	
	通所介護事業所の名称	

(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							
		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	2	5				1		
前年度1年間の退職者数				3				1		
応業に就いた職員とした人数経験年数に	1年未満	1	1	5				1		
	1年以上									
	3年未満		1	2	3			1		
	3年以上									
	5年未満		1	2	4					
	5年以上									
	10年未満			1						
10年以上										
従業者の健康診断の実施状況			① あり 2 なし							

13. 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	17人
	女性	35人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上75歳未満	0人
	75歳以上85歳未満	13人
	85歳以上	38人
要介護度別	自立	0人
	要支援 1	0人
	要支援 2	7人
	要介護 1	8人
	要介護 2	10人
	要介護 3	16人
	要介護 4	8人
	要介護 5	3人
入居期間別	6ヶ月未満	5人
	6ヶ月以上1年未満	6人
	1年以上5年未満	36人
	5年以上10年未満	5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	88
入居者数 [※] の合計	52人
入居率 ^{※※}	94%
※ 入院等で一時的に不在となっている者も入居者に含む。	
※※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。	

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	2人
	社会福祉施設	6人
	医療機関	3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	11人 (解約事由の例) 金銭的理由、他施設への住み替え(特別養護老人ホーム等)

14. 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	株式会社ドリームサポート、サービス付き高齢者住宅 ガジュマル	
電話番号	052-715-5206	
対応している 時間	平日	9:00~18:00
	土曜	9:00~18:00
	日曜・祝日	9:00~18:00
定休日	年末年始	

(外部の苦情処理機関)

窓口の名称	名古屋市住宅都市局住宅企画課/健康福祉局介護保険課
-------	---------------------------

電話番号	052-972-2944/052-959-3087	
対応している 時間	平日	8 : 45～17 : 15
	土曜	-
	日曜・祝日	-
定休日	土日・祝日・年末年始	

(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 <input checked="" type="radio"/> あり	(その内容) 事業活動におけるリスクを包括的に保証
	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 <input checked="" type="radio"/> あり	(その内容) 身体・財物の保証
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	1 <input checked="" type="radio"/> 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	随時
	2 なし	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	実施日	
		評価機関名称	
	2 なし	結果の開示	1 あり 2 なし

15. 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

16. 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	1 あり (提携ホーム名:)	
【表示事項】	2 なし	
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の不適合事項	1 あり 2 なし	
不適合事項がある場合の内容		

上記につきまして、高齢者の居住の安定確保に関する法律第17条及び名古屋市長官公署有料老人ホーム設置指導指針13(1)に基づく書面による説明を受けました。

年 月 日
借主 氏名 印

貸主(説明者) 氏名 石井 涼太 印

役員名簿

<p>(ふりがな) 氏 名</p>	<p>役名等</p>
<p>はた ともひろ 秦 知広</p>	<p>代表取締役</p>

法第6条第1項第3号に該当する者を全て記載すること。記載しきれないときは、この様式の例により作成した書面に記載し、その書面をこの書面の次に添付すること。

住宅の規模並びに構造及び設備等

1. 専用部分の規模並びに構造及び設備等

住棟番号	専用部分の 床面積 (㎡)	構造及び設備※						住戸数 (戸)	住戸番号 (該当するものを全て記載)	月額家賃 (概算額) (円)
		完備	便所	洗面	浴室	台所	収納			
1	19.20	×	○	○	×	×	○	6	109、110、209、210、309、310	71,500
1	20.50	×	○	○	×	×	○	27	101～108、113、201～208、213、301～308、313	74,500
1	18.86	×	○	○	×	×	○	6	111、112、211、212、311、312	70,000
1	19.63	×	○	○	×	×	○	3	114、214、314	73,000
1	18.02	×	○	○	×	×	○	5	215、315～318	67,000
1	19.57	×	○	○	×	×	○	1	216	72,500
1	23.56	×	○	○	×	×	○	5	218、319～322	86,000
1	25.58	×	○	○	×	×	○	1	217	93,000
1	18.55	×	○	○	×	×	○	1	405	90,000
1	18.02	×	○	○	×	×	○	1	406	90,000

注1) 住戸の規模並びに設備及び構造のタイプ別にまとめて記載すること。

注2) 設備及び構造欄の『完備』は、各戸に便所、洗面、浴室、台所及び収納の全てを備えるものを表す。

※有りの場合は、○、無しの場合は×を記載すること。完備の場合は、完備を含め全ての欄に○を記載すること。

2. 共同利用設備等

設備等	整備箇所数	合計床面積 (㎡)	整備箇所	想定利用戸数 (戸)	備考
浴室	9	77.00	各階2カ所、3階のみ3カ所	56	うち機械浴室1室
台所	4	8.02	各階1カ所(浴室付近)	56	厨房除く
食堂	1	97.50	4階	56	
居間	3	95.52	1～3階(談話ロビー)	56	
ランドリー室	2	16.46	1、2階	56	

注) 整備箇所は、添付図面との対応関係を明確に記載すること。

1. 状況把握及び生活相談サービスの内容

提供形態	<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する <input type="checkbox"/> 委託する			
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)		
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号) 電話番号		
サービスを提供する法人等の別	<input type="checkbox"/> 医療法人 <input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> 指定介護予防サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定居宅サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定地域密着型サービス事業者 <input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の法人等			
サービスを提供する者の人数	<input type="checkbox"/> 医師	人員 人	<input type="checkbox"/> 社会福祉士	人員 人
	<input checked="" type="checkbox"/> 看護師	人員 3人	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員	人員 人
	<input type="checkbox"/> 准看護師	人員 人	<input checked="" type="checkbox"/> 養成研修修了者	人員 4人
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士	人員 14人	<input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員 人
	合 計		人員 21人	
常駐する場所	<input checked="" type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地 <input type="checkbox"/> 近接する土地 (所在地)			
常駐する日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> 次の期間を除く()			
常駐する時間	日中	9時 00分 ~ 18時 00分	人員 1人	
	上記以外の時間	18時 00分 ~ 9時 00分	人員 1人	
毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法	訪室による対面での確認を原則とするが、他者対応中などの場合はナースコール等の応答で代用する場合がある。 <input type="checkbox"/> 入居者から居住部分への訪問を希望する旨の申出があった場合は、当該居住部分への訪問(近接する土地に常駐する場合のみ)		毎日 1 回	
緊急通報サービスの内容	提供時間	常駐する日	0時00分 ~ 24時00分	
		上記以外の日	<input type="checkbox"/> 24時間	
	通報方法	ナースコール		
	通報先	事務所	通報先から住宅までの到着予定時間 3分	
サービス提供の対価(概算額)	月額	約 23,000 円	前払金の算定方法	
	前払金	約 円		
備考				

※サービス提供の対価を月額で設定していない場合は、30日間利用した場合の金額を記載すること。

2. 食事の提供サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する		<input type="checkbox"/> 委託する	
委託する 場合の 委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)			
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
	住所 (法人にあっては本業務に係る事業所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
食事提供を行う場所		<input checked="" type="checkbox"/> 食堂 <input type="checkbox"/> 各居住部分 <input type="checkbox"/> その他()			
提供方法	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他()			
	内容	<input type="checkbox"/> 3食 <input checked="" type="checkbox"/> 入居者が選択 <input type="checkbox"/> 次の食事は提供しない()			
	調理等	<input checked="" type="checkbox"/> 厨房で調理 <input type="checkbox"/> 配食サービスを利用 <input type="checkbox"/> その他()			
サービス提供の 対価(概算額)	月額※	約 54,000 円	内訳	朝食 500 円 昼食 600 円 夕食 700 円	
	前払金	約 円	前払金の 算定方法		
備考	食事形態の個別対応は、別途料金(月額5,000円)でご対応させていただきます。 キャンセルの場合、前日の13時までに申し出が必要。				

※サービス提供の対価を月額で設定していない場合は、30日間利用した場合の金額を記載すること。

3. 入浴、排せつ、食事等の介護サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する		<input type="checkbox"/> 委託する	
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)			
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
	住所 (法人にあっては本業務に係る事業所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
提供方法	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他()			
	内容	<input type="checkbox"/> 入浴介護 <input checked="" type="checkbox"/> 排せつ介護 <input checked="" type="checkbox"/> 食事介護 <input type="checkbox"/> その他 ()			
サービス提供の対価(概算額)	月額	約 30,000 円	前払金の算定方法		
	前払金	約 円			
備考	上記月額は、例えば1月に排せつ介護30回、食事介護30回した場合の概算料金です。 排せつ介護:500円/回 食事介護:500円/回(30分)				

4. 調理、洗濯、掃除等の家事サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する		<input type="checkbox"/> 委託する	
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)			
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
	住所 (法人にあっては本業務に係る事業所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
提供方法	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他()			
	内容	<input checked="" type="checkbox"/> 調理 <input checked="" type="checkbox"/> 洗濯 <input checked="" type="checkbox"/> 掃除 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (買い物代行、ゴミ出し代行、ケータリングサービス等)			
サービス提供の対価(概算額)	月額	約 12,500 円	前払金の算定方法		
	前払金	約 円			
備考	上記の月額は、例えば1月に洗濯4回、居室内清掃2回、買い物代行1回、ゴミ出し代行4回、ケータリング1回した場合の概算料金です。 洗濯代行:2,000円/回、清掃代行:1,000円/20分、買い物代行:1,500円/回(30分以内)、ゴミ出し代行:200円/回、ケータリング:200円/回				

5. 健康の維持増進サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する		<input type="checkbox"/> 委託する	
委託する 場合の 委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)			
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
	住所 (法人にあっては本業務に係る事業所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
提供方法		提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他()		
		内容	<input checked="" type="checkbox"/> 健康相談 <input type="checkbox"/> 血圧等の測定 <input type="checkbox"/> 定期検診 <input type="checkbox"/> 通院等の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> その他 (薬の手配、服薬援助)		
サービス提供の 対価(概算額)		月額	約 10,800 円	前払金の 算定方法	
		前払金	約 円		
備考		健康相談、薬の手配、服薬援助を月額にて提供します。 「病院等の付き添い」は上記金額に含まれませんが、別途、生活支援サービス(その他)にて申し受けることにより対応可能です。(1,500円/30分～)			

6. その他のサービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する		<input type="checkbox"/> 委託する	
委託する 場合の 委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)			
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
	住所 (法人にあっては本業務に係る事業所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
提供方法		提供日	<input type="checkbox"/> 365日対応 <input checked="" type="checkbox"/> その他(原則として平日9:00～18:00に限る)		
		内容	<input checked="" type="checkbox"/> 送迎・付添サービス		
サービス提供の 対価(概算額)		月額	約 12,000 円	前払金の 算定方法	
		前払金	約 円		
備考		事前予約していただいた場合に、1,500円/30分のサービスを2時間月2回利用すると仮定した概算料金です。(通院付き添い等を事前予約9:00～18:00は1,500円/30分に対応)			

別添5 事業者が名古屋市内で運営する他の介護サービス事業

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	訪問介護ステーション ガジュマル	名古屋市千種区御影町1丁目12番地
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし	訪問看護ステーション ガジュマル	名古屋市千種区御影町1丁目12番地
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		
＜総合事業＞				
予防専門型訪問サービス	あり	なし	訪問介護ステーション ガジュマル	名古屋市千種区御影町1丁目12番地
生活支援型訪問サービス	あり	なし		
予防専門型通所サービス	あり	なし		
ミニデイ型通所サービス	あり	なし		
運動型通所サービス	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		
介護医療院	あり	なし		

別添6 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 ※1

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※2）		有料老人ホームが実施するサービス（介護保険外のサービス）		月額利用料等を含む※3	その都度徴収※3	料金※4	備考
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり		○	500円/回	1回30分
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり		○	500円/回	
おむつ代			なし	あり				
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり				
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		○	1,000円/15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		○	1,500円/30分	時間外、当日/緊急割増あり
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○	1,000円/回	1回20分
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○		3,000円/月	リース費用として（汚染時、別途費用が発生します。）
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	2,000円/回	
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり		○	200円/回	
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり		○	5,000円/月	
おやつ			なし	あり				喫茶/カフェの実施あり
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	2,500円/回	オプションの料金設定あり
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	1,500円/回	30分以内、施設より半径2km以内程度とする
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり				送迎・付き添いサービスを利用したの同行は可
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				
健康相談	なし	あり	なし	あり	○		10,800円/月	往診委への相談対応含む
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	○		10,800円/月	
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり	○		10,800円/月	体重、食事摂取量の把握
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		○		送迎・付き添いサービスを利用
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり				
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				
その他								
巡回	なし	あり	なし	あり	○			1日1回以上
緊急時対応（ナースコール等）	なし	あり	なし	あり	○			

※1：併設する介護保険事業所等により提供するサービスは記載しない。自立、要支援、要介護で提供するサービスが異なる場合は、それぞれについてサービスの一覧表を作成する。

※2：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）。住宅型有料老人ホーム、健康型有料老人ホームについては「なし」と記載する（項目自体を削除することも可）

※3：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、前払いまたは月額サービスの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。

※4：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。