

名古屋市サービス付き高齢者向け住宅重要事項説明書

記入年日	2025年4月1日
記入者名	長谷部 文直
所属・職名	トラストグレイス白壁 総支配人

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) とらすとぐれいすしらかべ トラストグレイス白壁
所在地	(住居表示) 愛知県名古屋市東区白壁五丁目39番地
利用交通手段	■ 1.電車(名鉄瀬戸 線 尼ヶ坂 駅から 徒歩 で 9分) ■ 2.その他(基幹バス「白壁」徒歩5分)
住宅に関する 権原	■ 1.所有権 □ 2.賃借権 □ 3.使用貸借による権利 2.及び3.の場合 抵当権の有無 □あり □なし 契約の自動更新 □あり □なし(契約期間: ~)
施設に関する 権原	■ 1.所有権 □ 2.賃借権 □ 3.使用貸借による権利
敷地に関する 権原	□ 1.所有権 □ 2.地上権 ■ 3.賃借権 □ 4.使用貸借による権利 3.及び4.の場合 抵当権の有無 ■あり □なし 契約の自動更新 ■あり □なし(契約期間: 2015年12月24日～2052年12月23日)

(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	■ 法人 □ 個人
商号、名称 又は氏名	(ふりがな) かぶしきがいしゃはいめでいっく 株式会社ハイメディック
住 所 (法人にあっては 主たる事務所)	(郵便番号151-0053) 東京都渋谷区代々木四丁目36番19号 電話番号 03-5354-6081
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) かぶしきがいしやはいめでいつく 株式会社ハイメディック
事務所の所在地	(郵便番号151-0053) 東京都渋谷区代々木四丁目36番19号 電話番号 03-5354-6081

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	72 戸
居住部分の規模	(最小)	20.00 m ²
	(最大)	100.45 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
	構造	鉄筋コンクリート造 階数 地上9階、地下1階建
竣工の年月	2019 年 1 月 25 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 checked="" 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に該当する者であって③に該当する者 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で借主との関係が2親等以内の親族にあたる者) (「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。) ③身元引受人を立てることが出来る者
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	2019 年 3 月 1 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	316,000	円	住戸ごとの内容は別添3のとおり
	(最高) 約	1,347,000	円	
共益費の概算額	(最低) 約	22,000	円	
	(最高) 約	42,000	円	
敷金の概算額	(最低) 約	0	円	家賃の 0.0 月分
	(最高) 約	0	円	
状況把握・生活相談に係る費用	3-9階 借主 66,000円 同居人 33,000円 2階 66,000円(税込)			
前払金※の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり (<input checked="" 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 type="checkbox"/> なし(月払い方式)			
家賃等の前払金の概算額	(最低) 約	15,100,000	円	(最高) 約 290,900,000 円
家賃等の前払金の算定の基礎	家賃	年齢別想定居住月数に月額家賃を乗じた金額 【2階】48ヶ月～96ヶ月【3～9階】70ヶ月～216ヶ月		
	サービス提供の対価			
	想定居住期間(償却年月数)	【2階】48ヶ月～96ヶ月【3～9階】70ヶ月～216ヶ月		
	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)	無		
返還額の算定方法	【算式】 月額賃料×(想定居住月数－契約開始日から明渡日までの月数) ※返還金の算定に際しては、入居開始日及び契約終了日が属する月は、1か月を30日とし、それぞれ日割計算とする。			
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	入居契約に定めた入居開始日を起算日として、毎月均等に償却することで推移。 ※端数精算金は、償却開始月に調整するものとする。			
前払金の保全措置の内容	<input checked="" 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			

※前払金とは、終身又は入居契約の期間にわたって受領すべき家賃等の全部又は一部を一括して受領する場合をいう。

7. サービス付き高齢者向け住宅の管理の方法等

管理の方式	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら管理 <input type="checkbox"/> 管理業務を委託		
委託する業務の内容(契約事項)			
管理業務の委託先			
商号、名称又は氏名	(ふりがな)		
住所	(郵便番号)		
	電話番号		
修繕計画	計画策定の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	大規模修繕の実施予定	(未定	頃実施予定)
	その他計画的な修繕予定	()

8. サービス付き高齢者向け住宅と併設される高齢者居宅生活支援事業を行う施設（該当する場合のみ）

施設の名称	提供されるサービスの概要	事業所の番号	事業所の場所
			<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
			<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
			<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
			<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地

(注) 高齢者居宅生活支援事業について、老人福祉法等関連法令に基づく事業所の指定を受けている場合にあつては、「事業所の番号」を記入すること

9. 高齢者居宅生活支援事業を行う者との連携及び協力（該当する場合のみ）

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) いりょうほうじんしゃだんしんこうかいみっどたうんくりにつくめいえき 医療法人社団進興会ミッドタウンクリニック名駅
事業所の住所	(郵便番号 450-6305) 愛知県名古屋市中村区名駅一丁目1番1号 電話番号 052-551-1169
連携又は協力の内容	外来診療、健康診断および人間ドック、2次検査対応の外来受診、医療機関紹介業務

10. 登録の申請が基本方針（及び高齢者居住安定確保計画）に照らして適切なものである旨

基本方針及び愛知県の高齢者居住安定確保計画に沿って適切に運営します。

協力医療機関	1	名称	医療法人社団進興会 ミッドタウンクリニック名駅
		住所	愛知県名古屋市中村区名駅一丁目1番1号
		診療科目	内科、循環器内科、消化器内科、呼吸器内科、内分泌内科、婦人科、脳神経外科、乳腺外科、呼吸器外科、腎臓内科
		協力内容	外来診療、健康診断および人間ドック、2次検査対応の外来受診、医療機関紹介業務
	2	名称	
	住所		
	診療科目		
	協力内容		
協力歯科医療機関		名称	
		住所	
		協力内容	

(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 (3～9階自立フロアから2階介護フロアへ移る場合)	
判断基準の内容	<ul style="list-style-type: none"> ・要介護区分が要介護3以上、もしくは同等のレベルであること ・ご本人が2階介護フロアへの移り住みについて書面によりご希望されていること ・身元引受人が移り住みについて書面により同意されていること ・弊社の指定する医師が診察させていただいた結果を踏まえて医師と弊社と協議し、2階介護フロアへの移り住みが適切と判断すること ・2階介護フロアに入居予定の無い空室があり、2階介護フロアの受入体制が整っていること 	
手続きの内容	自立フロアでの終身建物賃貸借契約を合意解約後、新しく2階介護フロアへの入居契約を締結する。	
追加的費用の有無	① あり 2 なし	
居室利用権の取扱い	自立フロア居室利用権は解約時に消滅し、介護フロア居室利用権が契約開始時より発生します。	
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) 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	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/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) (「高齢者」とは、60歳以上の者をいう。)	
契約の解除の内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ご逝去の場合 ・ご入居者様より解約の申し出があった場合 ・事業所より解約の申し出があった場合。(詳細は解約条項参照) 	

事業主体から解約を求める場合	解約条項	甲は、次のいずれかに該当する場合に限り、名古屋市長の承認を受けて、乙に対して少なくとも6か月前に解約の申入れを行うことにより、本契約を解約することができる。 一 本物件の老朽、損傷、一部の滅失その他の事由により、家賃の価額その他の事情に照らし、本物件を法第54条第1号に掲げる基準等を勘案して適切な規模、構造及び設備を有する賃貸住宅として維持し、又は当該賃貸住宅に回復するのに過分の費用を要するに至ったとき。 二 乙及び乙の同居人が、本物件に長期間にわたって居住せず、かつ、当面居住する見込みがないことにより、本物件を適正に管理することが困難となったとき。ただし、乙及び乙の同居人の病院への入院又は心身の状況の変化を理由とする場合には、当該理由が生じた後に、甲及び乙が本契約の解約について合意している場合に限る。
	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（内容： ） ② なし	
入居定員		126人
その他	ご入居者様は当施設外の介護保険サービスを自由に利用いただけます	

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		
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員	11	0	11	
看護職員	8	0	8	
機能訓練指導員	2	0	2	
計画作成担当者				
栄養士	0	0		
調理員				
事務員	2	2		
その他職員	10	10		
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	8	0	8
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	2	0	2
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	0	0	0
理学療法士	2	0	2
作業療法士			
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 (16時30分～9時30時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	1人	1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		4		3							
前年度1年間の退職者数		3									
業務に従事した経験年数に応じた職員の従事人数	1年未満	4	0	3			0	0			
	1年以上3年未満	1		1							
	3年以上5年未満	2		2			0	2			
	5年以上10年未満	1		4							
	10年以上	0		1							
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	22人
	女性	51人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	5人
	75歳以上85歳未満	22人
	85歳以上	46人
要介護度別	自立	34人
	要支援 1	4人
	要支援 2	5人
	要介護 1	4人
	要介護 2	5人
	要介護 3	11人
	要介護 4	4人
	要介護 5	6人
入居期間別	6ヶ月未満	4人
	6ヶ月以上1年未満	4人
	1年以上5年未満	31人
	5年以上10年未満	34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	85.2
入居者数 [※] の合計	73人
入居率 ^{※※}	88.89%
<p>※ 入院等で一時的に不在となっている者も入居者に含む。</p> <p>※※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。</p>	

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	3人
	社会福祉施設	2人
	医療機関	0人
	死亡者	8人
	その他	6人
生前解約の状況	施設側の申し出	人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	11人
		(解約事由の例) 自立フロアから2階介護フロアへの移り住み。セカンドハウスとして利用していたが、利用頻度の減少の為、退去。

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		トラストグレイス白壁
電話番号		052-930-5737
対応している 時間	平日	8:00~20:00
	土曜	8:00~20:00
	日曜・祝日	8:00~20:00
定休日		なし

(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		052-972-2944/052-972-2539
対応している 時間	平日	8:45~17:30
	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 あり	(その内容) 損害保険ジャパン日本興亜株式会社 賠償責任保険
	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)
	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	
		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		

15. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	<input checked="" type="radio"/> ① 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input type="radio"/> 3 公開していない
管理規程	<input checked="" type="radio"/> ① 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input type="radio"/> 3 公開していない
事業収支計画書	<input type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="radio"/> ③ 公開していない
財務諸表の要旨	<input type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="radio"/> ③ 公開していない
財務諸表の原本	<input type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="radio"/> ③ 公開していない

16. その他

運営懇談会	<input checked="" type="radio"/> ① あり (開催頻度) 年 2 回			
	<input type="radio"/> 2 なし			
	<table border="1"> <tr> <td> <input type="radio"/> 1 代替措置あり </td> <td>(内容)</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <input type="radio"/> 2 代替措置なし </td> </tr> </table>	<input type="radio"/> 1 代替措置あり	(内容)	<input type="radio"/> 2 代替措置なし
<input type="radio"/> 1 代替措置あり	(内容)			
<input type="radio"/> 2 代替措置なし				
提携ホームへの移行	<input type="radio"/> 1 あり (提携ホーム名:)			
【表示事項】	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> ① あり <input type="radio"/> 2 なし			
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	<input type="radio"/> 1 あり <input checked="" type="radio"/> 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

貸主(説明者) 氏名

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	20.83	×	○	○	×	×	○	1	201	316,000
1	21.92	×	○	○	×	×	○	2	202、203	333,000
1	25.34	×	○	○	×	×	○	1	205	383,000
1	28.18	×	○	○	×	×	○	2	206、217	523,000
1	25.78	×	○	○	×	×	○	2	207、216	467,000
1	22.00	×	○	○	×	×	○	4	208、210、213、215	404,000
1	20.00	×	○	○	×	×	○	2	211、212	368,000
1	25.34	×	○	○	×	×	○	1	218	465,000
1	21.92	×	○	○	×	×	○	3	220、221、222	402,000
1	50.00	○	○	○	○	○	○	1	301	322,000
1	50.28	○	○	○	○	○	○	1	302	322,000
1	50.00	○	○	○	○	○	○	2	303、308	383,000
1	50.02	○	○	○	○	○	○	2	305、307	383,000
1	50.02	○	○	○	○	○	○	1	306	448,000
1	50.28	○	○	○	○	○	○	1	310	350,000
1	50.00	○	○	○	○	○	○	1	311	350,000
1	50.00	○	○	○	○	○	○	1	401	355,000
1	50.28	○	○	○	○	○	○	1	402	355,000
1	50.00	○	○	○	○	○	○	2	403、408	413,000
1	50.02	○	○	○	○	○	○	2	405、407	413,000
1	50.02	○	○	○	○	○	○	1	406	482,000
1	50.28	○	○	○	○	○	○	1	410	383,000
1	50.00	○	○	○	○	○	○	1	411	383,000
1	50.00	○	○	○	○	○	○	1	501	388,000
1	50.28	○	○	○	○	○	○	1	502	388,000
1	50.00	○	○	○	○	○	○	2	503、508	442,000
1	50.02	○	○	○	○	○	○	2	505、507	442,000
1	50.02	○	○	○	○	○	○	1	506	516,000
1	50.28	○	○	○	○	○	○	1	510	416,000
1	50.00	○	○	○	○	○	○	1	511	416,000
1	50.00	○	○	○	○	○	○	1	601	421,000
1	50.28	○	○	○	○	○	○	1	602	421,000
1	50.00	○	○	○	○	○	○	2	603、608	471,000
1	50.02	○	○	○	○	○	○	2	605、607	471,000

1	50.02	○	○	○	○	○	○	1	606	552,000
1	50.28	○	○	○	○	○	○	1	610	449,000
1	50.00	○	○	○	○	○	○	1	611	449,000
1	50.00	○	○	○	○	○	○	1	701	470,000
1	50.28	○	○	○	○	○	○	1	702	470,000
1	50.00	○	○	○	○	○	○	2	703、708	515,000
1	50.02	○	○	○	○	○	○	2	705、707	515,000
1	50.02	○	○	○	○	○	○	1	706	603,000
1	50.28	○	○	○	○	○	○	1	710	499,000
1	50.00	○	○	○	○	○	○	1	711	499,000
1	76.92	○	○	○	○	○	○	1	801	665,000
1	100.07	○	○	○	○	○	○	1	802	1,078,000
1	100.37	○	○	○	○	○	○	1	803	1,078,000
1	100.07	○	○	○	○	○	○	1	805	1,077,000
1	76.92	○	○	○	○	○	○	1	806	719,000
1	80.11	○	○	○	○	○	○	1	901	898,000
1	100.45	○	○	○	○	○	○	2	902、903	1,347,000
1	80.11	○	○	○	○	○	○	1	905	961,000

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
リビングダイニング	1	66.50	2階	18	
台所	1	4.57	2階	18	
身障者用トイレ	1	5.60	2階	18	
機械浴室・脱衣室	1	22.25	2階	18	
個浴室・脱衣室	2	16.39	2階	18	

別添 4

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"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> 指定居宅サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定地域密着型サービス事業者		<input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護予防サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者 <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	8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	2人		
		<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士	人員	8人	<input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員	16人		
				合 計		人員	34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	0 時	00分	～	24 時	0 分	人員	2 人
		上記以外の時間	時	分	～	時	分	人員	人
毎日1回以上の 状況把握サービ スの提供方法		・ 巡回 ・ 生活リズムセンサーで安否確認 <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)							
緊急通報サービ スの内容		提供時間	常駐する日	0時 0 分		～	24 時	00分	
			上記以外の日	<input type="checkbox"/> 24時間					
		通報方法	緊急コールボタン、生活リズムセンサー、内線電話						
		通報先	トラストグレイス白壁フロント		通報先から住宅までの到着予定時間			5 分	
サービス提供の 対価(概算額)		月額	約	66,000 円	前払金の 算定方法				
		前払金	約	0 円					
備考		●常駐する人数 3-9階 2人、2階 3人を基準として延べ5人/日以上(1人当たり8時間/日とする) ●状況把握及び生活相談サービス 3-9階 ・借主が1名の場合: 66,000円(税込) ・借主が2名の場合: 99,000円(税込)							

※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 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 checked="" 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) りぞーととらすとかぶしきがいしゃ リゾートトラスト株式会社	
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 460-8490) 愛知県名古屋市中区東桜二丁目18番31号 電話番号 052-933-6000	
	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 460-8480) 愛知県名古屋市中区東桜二丁目18番31号 電話番号 052-933-6000	
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 111,210 円	内訳 朝食 880 円 昼食 1067 円 夕食 1,760 円
	前払金	約 0 円	前払金の算定方法
備考		食事の提供サービス 記載は3-9階を30日間利用した場合。 2階は3食固定 月額111,210円(税込)(内訳:朝食880円、昼食1,067円、夕食1,760円(税込))	

※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 checked="" type="checkbox"/> 入浴介護 <input checked="" type="checkbox"/> 排せつ介護 <input checked="" type="checkbox"/> 食事介護 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (身辺介助(移動・着替え等)・機能訓練・通院介助)		
サービス提供の 対価(概算額)	月額	約 82,500 円	前払金の 算定方法		
	前払金	約 0 円			
備考	介護サービス (食事介助、排泄介助、入浴介助、おむつ交換、身辺介助(移動・着替え等)、機能訓練) 2階のみ提供				

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 type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input checked="" type="checkbox"/> 掃除 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (リネン交換)		
サービス提供の 対価(概算額)	月額	約 16,500 円	前払金の 算定方法		
	前払金	約 0 円			
備考	家事サービス 居室清掃、リネン交換は週1回、2階のみ提供				

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 checked="" type="checkbox"/> 血圧等の測定 <input checked="" type="checkbox"/> 定期検診 <input checked="" type="checkbox"/> 通院等の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> その他 (服薬支援・生活リズムの記録)		
サービス提供の 対価(概算額)	月額	約 55,000 円	前払金の 算定方法		
	前払金	約 0 円			
備考		<input checked="" type="checkbox"/> 健康管理サービス 2階 55,000円/人 (服薬支援、定期健康診断(年1回、実費)は2階のみ提供) 3-9階 33,000円/人 (血圧等の測定、健康相談) ・通院等の付き添い 2,200円/20分(税込) 原則名古屋市内			

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 checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他()		
		内容	基本サービス(フロントサービス(シャトルバス運行・通販代行等)、アクティビティサービス)		
サービス提供の 対価(概算額)	月額	約 129,800 円	前払金の 算定方法		
	前払金	約 0 円			
備考		<input checked="" type="checkbox"/> 基本サービス(フロントサービス、アクティビティサービス) ・3-9階 借主が1名の場合: 129,800円(税込)、借主が2名の場合: 231,000円(税込) ・2階 44,000円(税込) ※上記の他、有料オプションサービス有り。 買物代行 1,650円(税込)/20分 役所手続代行 1,650円(税込)/20分			

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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	トラスト訪問介護センター 名古屋	名古屋市東区主税町4-32
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	ハイメディック訪問看護ステーション名古屋	名古屋市東区主税町4-32
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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	モーニングパーク主税町	名古屋市東区主税町4-26
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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	トラストケアプランセンター名古屋	名古屋市東区主税町4-32
< 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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	ハイメディック訪問看護ステーション名古屋	名古屋市東区主税町4-32
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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	モーニングパーク主税町	名古屋市東区主税町4-26
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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	トラスト訪問介護センター名古屋	名古屋市東区主税町4-32
生活支援型訪問サービス	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	トラスト訪問介護センター名古屋	名古屋市東区主税町4-32
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		備考
	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		
	なし	あり	なし	あり					
介護サービス									
食事介助	なし	あり	なし	あり	○				2Fのみ 介護サービス費を含む
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	○				2Fのみ 介護サービス費を含む
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	○				2Fのみ 介護サービス費を含む
特浴介助	なし	あり	なし	あり	○				2Fのみ 介護サービス費を含む
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり	○				2Fのみ 介護サービス費を含む
機能訓練	なし	あり	なし	あり	○				2Fのみ 原則週1回 介護サービス費を含む
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	20分2,200円		原則名古屋市内（税込）
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○				週1回 2Fのみ 家事サービス費を含む
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○				週1回 2Fのみ 家事サービス費を含む
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			550円/回		
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり		○	実費		
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		
買い物代行	なし	あり	なし	あり			20分1,650円		通販代行はその他サービス費を含む
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり			20分1,650円		(税込)
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		○	実費		年1回
健康相談	なし	あり	なし	あり	○				健康の維持増進サービス費を含む
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	○	○			2Fは健康の維持増進サービス費を含む 3-9Fは都度実費徴収
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり	○				2Fのみ 介護サービス費を含む
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		○	20分2,200円		原則名古屋市内（税込）
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○	20分2,200円		原則名古屋市内（税込）
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり		○	20分2,200円		原則名古屋市内（税込）
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり		○	20分2,200円		原則名古屋市内（税込）
その他									
巡回	なし	あり	なし	あり	○				2回/日 状況把握及び生活相談サービス費を含む
緊急時対応（ナースコール等）	なし	あり	なし	あり	○				状況把握及び生活相談サービス費を含む

※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～3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、前払いまたは月額の利用料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。

※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。