

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	2025/7/16
記入者名	宮川貴行
所属・職名	介護主任

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) ふれんずなかすぎつー フレンズ中杉Ⅱ
所在地	(住居表示) 〒462-0838 愛知県名古屋市北区中杉町2丁目21番地の2
利用交通手段	■ 1.電車(名古屋鉄道 瀬戸 線 尼ヶ坂 駅から 徒歩 で 8 分) ■ 2.その他(地下鉄名城線「志賀本通」駅 徒歩約8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: ~)

(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) かぶしきがいしやふれんず 株式会社フレンズ
住所 (法人にあつては 主たる事務所)	(郵便番号 456-0012) 愛知県名古屋市熱田区沢上一丁目2番12号 電話番号 052-680-1162
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 にあつて 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) ふれんずなかすぎつー フレンズ中杉Ⅱ
事務所の所在地	(郵便番号 456-0838) 愛知県名古屋市中杉町2丁目21番地の2 電話番号 052-911-1136

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	10 戸	
居住部分の規模	(最小)	18.01	m ²
	(最大)	19.12	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	木造	造
竣工の年月	2013 年	6 月	10 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	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	60,000	円	住戸ごとの内容は別添 3 のとおり	
	(最高) 約	60,000	円		
共益費の概算額	(最低) 約	17,000	円		
	(最高) 約	22,000	円		
敷金の概算額	(最低) 約	120,000	円	家賃の 2.0 月分	
	(最高) 約	120,000	円		
状況把握・生活相談に係る費用	約 25,000 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 type="checkbox"/> 指定を受ける予定はない				
備考	同室に2名入居される場合、家賃・共益費・敷金・状況把握・生活相談に係る費用につきましては1.5倍となります。				

※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 type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	大規模修繕の実施予定	(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
訪問サービスフレンズ	訪問介護	2370304236	<input checked="" 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
デイサービスフレンズ	地域密着型通所介護	2390300339	<input checked="" 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
ケアマネサービスフレンズ	居宅介護支援	2370304244	<input checked="" 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っては、「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) いのこないかくりにつく 猪子内科クリニック
事業所の住所	(郵便番号 462-0844) 愛知県名古屋市北区清水5丁目13-6 電話番号 052-991-3221
連携又は協力の内容	月2回の訪問往診

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) よしだしかいいいん 吉田歯科医院
事業所の住所	(郵便番号 463-0013) 愛知県名古屋市守山区小幡中2丁目22-7 電話番号 052-791-3546
連携又は協力の内容	月2回の訪問往診

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) おおすぎはつのないかくりにつく おおすぎハツノ内科クリニック
事業所の住所	(郵便番号 462-0837) 愛知県名古屋市北区大杉3丁目15-3 電話番号 052-911-0700
連携又は協力の内容	月2回の訪問往診

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) おおくまびょういん 大隈病院
事業所の住所	(郵便番号 462-0825) 愛知県名古屋市北区大曾根二丁目9番34号 電話番号 052-991-2111
連携又は協力の内容	月1回の訪問往診

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) ちくさびょういん ちくさ病院
事業所の住所	(郵便番号 464-0851) 愛知県名古屋市中千種区今池南4-1 電話番号 052-741-5331
連携又は協力の内容	月2回の訪問往診

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) もりもといいん 森本医院
事業所の住所	(郵便番号 461-0040) 愛知県名古屋市中区東区矢田五丁目1-8 電話番号 052-711-7006
連携又は協力の内容	月2回の訪問往診

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) このかおうしんぐりにつく 木の香往診クリニック
事業所の住所	(郵便番号 462-0059) 愛知県名古屋市中北区駒止町2-22 電話番号 052-908-8421
連携又は協力の内容	月2回の訪問往診、24時間緊急対応可

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

基本方針及び県の高齢者住宅安定確保に沿って、適切に運営します。

11. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	契約内容に基づき、その心身の状況に応じた適切なサービスを提供します。
サービスの提供内容に関する特色	
入浴、排せつ又は食事の介護のうちいずれか1以上	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
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)	1 あり 2 なし
		(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		<input checked="" type="radio"/> 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	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	吉田歯科医院
		住所	〒462-0013 名古屋市守山区小幡中2丁目22-7
		協力内容	月2回の訪問往診

(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 <input checked="" type="radio"/> ③ その他 ()	
判断基準の内容		入居時において、介護依存度等により居室の決定をするが、心身の状況の変化に伴い、医師の助言により、相談員、ご本人、ご家族との協議・了承のもと変更などあります。	
手続きの内容			
追加的費用の有無		<input checked="" type="radio"/> ① あり 2 なし	
居室利用権の取扱い		家賃相当額の変更が発生する場合があります。	
前払金償却の調整の有無		1 あり <input checked="" type="radio"/> ② なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	<input checked="" type="radio"/> ① あり 2 なし	
	便所の変更	1 あり <input checked="" type="radio"/> ② なし	
	浴室の変更	1 あり <input checked="" type="radio"/> ② なし	
	洗面所の変更	1 あり <input checked="" type="radio"/> ② なし	
	台所の変更	1 あり <input checked="" type="radio"/> ② なし	
	その他の変更	1 あり	(変更内容)
		<input checked="" type="radio"/> 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	<p>入居者の条件</p> <p>① 自傷・他傷行為のない方</p> <p>② 保証人・身元引受人のいる方</p> <p>③ 身元引受人は利用料の支払いについて入居者と連携して責任を負うこととなります。</p> <p>④ 身元引受人は、入居者が契約を解除されたときに入居者の引受人となる。 身元引受人は、入居者が死亡された場合の引取り人となる。</p>	
契約の解除の内容	<p>(甲の契約解除)</p> <p>1. 甲は、乙が以下の各号のうちのいずれかに該当することとなったときは、30日の予告期間をもって、この契約を解除することができます。</p> <p>(1) 甲の事前の承認なくして入居契約書第9条各号に定める行為を行ったとき</p> <p>(2) 甲に対して何ら通知をせず、1ヶ月以上にわたり、居室を利用をしないとき</p> <p>(3) 長期の不在により、この契約を継続する意志がないと甲が認めたとき</p> <p>(4) 入居契約書第4条、第5条、第6条、第7条の規定に違反したとき</p> <p>(5) 入居申込書に虚偽の事項を記載し、その他不正な手段により入居しようとし、又は入居したとき</p> <p>(6) 第2条第2項に定める入居可能日までに、入居一時金の全額を払わなかったとき</p> <p>(7) 管理費その他乙が甲に支払うべき費用を、2ヶ月以上滞納したとき</p> <p>(8) 管理費その他乙が甲に支払うべき金員等の支払いをしばしば遅延する等の事情により、甲、乙間の信頼関係が著しく害されたと甲が認めるとき</p> <p>(9) 建物、付帯設備又は敷地を故意又は重大な過失により汚損、破損又は滅失したとき</p> <p>(10) 共同生活の秩序を乱す行為があったとき</p> <p>(11) 乙の行動が、他の入居者の生命・健康又は生活に重大な影響を及ぼす恐れがあり、かつ乙に対する通常のサービス提供方法ではこれを防止することができないとき</p> <p>(12) その他この契約に違反したとき</p> <p>2. 甲から乙に対する契約解除の通知は、乙及び乙の身元引受人に対して通知する。なお、乙及び乙の身元引受人の双方に対して解除の通知の送達が不能の場合(転居先不明など)には、その通知を発した日の翌日から30日を経過した時をもって、この契約は解除されたものとみなします。</p> <p>3. 前三項による契約の解除があったときは、乙は直ちに第18条に従い居室を原状に復した上、明け渡さなければなりません。その原状回復費用は乙の負担とします。乙が上記明渡をしないときは、甲のその明渡と原状回復をなしたうえ、これに要した費用を、乙又は乙の身元引受人に請求することができ、乙と身元引受人はこれを連帯して支払う責を負います。</p> <p>4. 本条第1項第11号によって契約を解除する場合には、甲は前項に加えて次の各号の手続きを行います。</p> <p>一 医師の意見を聴く</p> <p>二 一定の観察期間をおく</p> <p>(乙の契約解除)</p> <p>1. 乙がこの契約を解除しようとするときは、少なくとも30日前に甲の定める契約解除届を甲に提出するものとし、その契約解除届に記載された契約解除日をもってこの契約は解除されるものとします。解除日の指定がなかったときは、その届の提出された日の翌日から30日を経過した日に、この契約は解除されるものとします。</p> <p>2. 乙は、前項の契約解除日までに第18条2項に従って原状回復したうえ、居室を甲に明け渡さなければなりません。</p> <p>3. 乙が、契約解除届を甲に提出しないで居室を退去したときは、甲が乙の退去の事実を知った日の翌日から起算して30日目をもって、この契約は解除されたものとします。その場合の原状回復及び明渡については、前条第4項の規定によるものとします。</p>	

事業主体から解約を求める場合	解約条項	賃貸借契約書、契約条項第11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：1泊 5000円(食事代含む) 1週間までとする) ② なし	
入居定員		10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 29人		
		常勤	非常勤
管理者	1人		1人
生活相談員			
直接処遇職員			
介護職員	13人		13人
看護職員	4人		4人
機能訓練指導員			
計画作成担当者	1人		1人
栄養士			
調理員			
事務員	1人		1人
その他職員	9人		9人
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 15人		常勤	非常勤
社会福祉士				
介護福祉士	11人			11人
実務者研修の修了者	2人			2人
初任者研修の修了者	1人			1人
介護支援専門員	1人			1人
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 4人		常勤	非常勤
看護師又は准看護師	4人			4人
理学療法士				
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 (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

(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	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		2						
前年度1年間の退職者数					1						
応業務に に従事した 人数 経験年数に	1年未満		1		1						
	1年以上										
	3年未満		1		5						
	3年以上										
	5年未満										
	5年以上										
	10年未満		1			5					
10年以上			1		2						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	3人
	女性	7人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	0人
	75歳以上85歳未満	1人
	85歳以上	9人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	0人
	要支援2	1人
	要介護1	1人
	要介護2	3人
	要介護3	1人
	要介護4	4人
	要介護5	0人
入居期間別	6ヶ月未満	1人
	6ヶ月以上1年未満	4人
	1年以上5年未満	5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	91.3歳
入居者数 [*] の合計	10人
入居率 ^{**}	100%
<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	1人
	社会福祉施設	0人
	医療機関	1人
	死亡者	4人
	その他	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	0人
	(解約事由の例) 別の施設へ転居	

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		生活相談窓口
電話番号		052-911-1136
対応している 時間	平日	8:30~17:30
	土曜	8:30~17:30
	日曜・祝日	8:30~17:30
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) 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。
	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) 緊急時対応マニュアルに従い、医療機関との連携を最優先にご家族及び身元保証人、市役所等速やかに報告し最善の方法をとります。
	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	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	
高齢者虐待防止のための取組の状況	高齢者虐待防止対策検討委員会の定期的な開催	① あり 2 なし
	指針の整備	① あり 2 なし
	研修の定期的な実施	① あり 2 なし
	担当者の配置	① あり 2 なし
身体的拘束等廃止のための取組の状況	身体拘束適正化委員会の開催	① あり 2 なし
	指針の整備	① あり 2 なし
	研修の実施	① あり 2 なし
	緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為 (身体的拘束等)	① あり 2 なし 1 ありの場合 身体的拘束等を行う場合の態様、及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録
業務継続計画の策定状況等	感染症に関する業務継続計画 (BCP)	① あり 2 なし
	災害に関する業務継続計画 (BCP)	① あり 2 なし
	従業者に対する周知の実施	① あり 2 なし
	定期的な研修の実施	① あり 2 なし
	定期的な訓練の実施	① あり 2 なし
	定期的な見直し	① あり 2 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針の不適合事項	1 あり ② 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 印

貸主(説明者) 氏名 印

役員名簿

(ふりがな) 氏名	役名等
まつかわこうめい 松川浩明	代表取締役
いとうしげる 伊藤茂	取締役
あさいけいこ 浅井桂子	取締役
ゆうきひではる 結城秀治	取締役

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。

別添 3

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	18.89	×	○	○	×	×	○	1	201	60,000
1	18.89	×	○	○	×	×	○	1	202	60,000
1	18.89	×	○	○	×	×	○	1	203	60,000
1	18.89	×	○	○	×	×	○	1	205	60,000
1	18.89	×	○	○	×	×	○	1	206	60,000
1	18.21	×	○	○	×	×	○	1	207	60,000
1	18.21	×	○	○	×	×	○	1	208	60,000
1	19.12	×	○	○	×	×	○	1	210	60,000
1	18.01	×	○	○	×	×	○	1	211	60,000
1	18.01	×	○	○	×	×	○	1	212	60,000

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	2	17.52		10	
台所	1	11.67		10	
食堂	1	23.19		10	
トイレ	1	6.62		10	
談話室	1	5.32		10	
緊急通報設備	5		食堂・浴室・洗面・脱衣室・共同トイレ	10	

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"/> 社会福祉法人 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input checked="" 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 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	2人	<input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員	人員 1人
	<input checked="" type="checkbox"/> 准看護師	人員	2人	<input checked="" type="checkbox"/> 養成研修修了者	人員 3人
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士	人員	11人	<input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員 10人
			合 計		人員 29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	08 時 30分	～	17 時 30分	人員 1 人
	上記以外の時間	17 時 30分	～	08 時 30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	日に2回以上の安否確認(食事の時に確認。日に1回以上の居宅を訪問)				毎日 2 回
	<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	00 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	二階事務所、職員PHS		通報先から住宅までの到着予定時間	1 分
サービス提供の対価(概算額)	月額	約 25,000 円	前払金の算定方法		
	前払金	約 円			
備考	上記金額、状況把握及び生活相談サービスは月額25,000～30,000円の金額になります。状況把握、生活相談サービスの頻度により金額が異なります。				

※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 (法人にあつては主たる事務所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
	住所 (法人にあつ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 57,000 円	内訳	朝食 500 円 昼食 700 円 夕食 700 円	
	前払金	約 0 円	前払金の算定方法		
備考	上記金額は、食費1日1,900円で30日間ご利用いただいた場合の金額です(昼食代におやつ代100円含む)。詳細は「食事提供サービス基本契約書」をご参照ください。キャンセルは1週間前までにご連絡ください。2025年8月1日以前までのご入居者は1日1,700円です。				

※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 type="checkbox"/> その他 ()		
サービス提供の対価(概算額)	月額	約 4,800 円	前払金の算定方法		
	前払金	約 0 円			
備考		上記金額は、一般浴介助(1回600円)を月8回ご利用いただいた場合の金額です。 入浴、排泄、食事等の介護サービスは有償となります。 詳細については、「別紙:介護保険外サービス」および「別添6」をご参照ください。			

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 checked="" 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 3,500 円	前払金の算定方法		
	前払金	約 0 円			
備考		上記金額は、洗濯サービスを月額でご利用いただいた場合の金額です。 詳細については、別途「洗濯提供サービス基本契約書」に基づきます。 掃除等の家事サービスは有償となります。 寝具リースをご利用の方には、週1回のリネン交換が無料で提供されます。 詳しくは、「別紙:介護保険外サービス」および「別添6」をご参照ください。			

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 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 (看護師対応 インスリン注射、褥瘡処置、点滴交換等)		
サービス提供の対価(概算額)	月額	約 2,600 円	前払金の算定方法		
	前払金	約 0 円			
備考		上記金額は、通院等の付き添い介助(60分)および看護師による処置(1回)を含む金額です。付き添い介助は時間帯により異なり、日中1,000円/30分、夜間2,500円/30分。タクシー代実費、処置1回600円が別途必要です。詳細は「別紙:介護保険外サービス」「別添6」をご参照ください。			

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 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 type="checkbox"/> その他()		
サービス提供の対価(概算額)	月額	約 円	前払金の算定方法		
	前払金	約 円			
備考					

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"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	訪問サービス フレンズ	名古屋市北区中杉町2丁目2番地の2
訪問入浴介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
訪問看護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
訪問リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
居宅療養管理指導	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
通所介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	デイサービス フレンズ	名古屋市北区中杉町2丁目2番地の2
通所リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
短期入所生活介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
短期入所療養介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
福祉用具貸与	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
特定福祉用具販売	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
夜間対応型訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
認知症対応型通所介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
小規模多機能型居宅介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
認知症対応型共同生活介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
看護小規模多機能型居宅介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
居宅介護支援	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	ケアマネサービス フレンズ	名古屋市北区中杉町2丁目2番地の2
＜居宅介護予防サービス＞				
介護予防訪問入浴介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防訪問看護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防訪問リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防居宅療養管理指導	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防通所リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防短期入所生活介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 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	訪問サービス フレンズ	名古屋市北区中杉町2丁目21番地の2
生活支援型訪問サービス	あり	なし	訪問サービス フレンズ	名古屋市北区中杉町2丁目21番地の2
予防専門型通所サービス	あり	なし	デイサービス フレンズ	名古屋市北区中杉町2丁目21番地の2
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		介護サービス等の一覧表			
		住宅型有料・サービス付き高齢者住宅			
		自立者		要介護者	
		提供方法	都度徴収金額	提供方法	都度徴収金額
管理費に含まれるもの					
平常時安否確認・バイタル		1日1回	0円	1日1回	0円
生活・健康相談業務		随時	0円	随時	0円
共用部分のご利用		昼間随時	0円	昼間随時	0円
お食事等の配膳・下膳		1日3回以上	0円	1日3回以上	0円
医師診療時の介助		随時	0円	随時	0円
夜間安否確認(21時から翌6時)		3時間間隔	0円	3時間間隔	0円
ナースコール対応		随時	0円	随時	0円
服薬管理		必要時	3000円/月額	必要時	0円

介護保険外のサービスの料金					
		自立者		要介護者	
		提供方法	都度徴収金額	提供方法	都度徴収金額
食事介助		随時	600円/回	一部介助	300円/回
				全介助	600円/回
排せつ介助		随時	400円/回	随時	200円/回
看護師処置		随時	600円/回	随時	600円/回
入浴	本人入浴	随時	250円/回	随時	250円/回
	一般浴介助	随時	600円/回	随時	600円/回
	清拭	随時	1000円/回	随時	1000円/回
	特浴介助	随時	800円/回	随時	800円/回
身体介助	服薬介助	随時	200円/回	随時	100円/回
	体位交換	訪問時	0円/回	訪問時	0円
	居室からの移動	随時	100円/回	随時	100円/回
	衣服の着脱	随時	400円/回	随時	200円/回
	口腔ケア	随時	400円/回	随時	200円/回
	爪・髪身だしなみ	随時	100円/回	随時	100円/回
緊急時通院介助	病医院への付添介助	8:30~17:30	1000円/30分	8:30~17:30	1000円/30分
		17:30~8:30	2500円/30分	17:30~8:30	2500円/30分
	交通費	提供時	実費 (タクシー含む)	提供時	実費 (タクシー含む)
家事	居室の清掃	要請時	400円/回	要請時	400円/回
		汚染時	600円/回	汚染時	600円/回
	その他の家事	要請時	300円~/回	要請時	300円~/回
	リネン交換	汚染時	800円/回	汚染時	800円/回
買い物	通常の区域	要請時	400円/回	要請時	400円/回
	上記以外の区域	上記以外の区域	800円/30分	随時	800円/30分
機能訓練(体操など)		随時	600円/回	随時	600円/回