

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 | 2025/11/1 |
| 記入者名 | 浅水 拓行 |
| 所属・職名 | 関西営業課 |

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) ぐらんどますとめいほく グランドマスト名北 |
| 所在地 | (住居表示) 〒462-0016 愛知県名古屋市北区西味鉦一丁目111番地 |
| 利用交通手段 | <input checked="" type="checkbox"/> 1.電車(名古屋市営地下鉄 名城線 黒川 駅から バスで11分 降車後、徒歩4分) <input checked="" type="checkbox"/> 2.その他(栄(名古屋市営バス)～新川中橋(名古屋市営バス)) |
| 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 checked="" type="checkbox"/> あり <input 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 checked="" type="checkbox"/> あり <input 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) せきすいはうすしゃーめぞんぴーえむとうきょうかぶしがいいしゃ ぐらんどますとじぎょうぶ 積水ハウスシャーマゾンPM東京株式会社 グランドマスト事業部 |
| 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二丁目1番1号 電話番号 03-5350-3900 |
| 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) |
| 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) せきすいはうすしゃーめぞんぴーえむとうきょうかぶしきがいしゃ 積水ハウスシャーメゾンPM東京株式会社 グランドマスト事業部 |
| 事務所の所在地 | (郵便番号 151-0053) 東京都渋谷区代々木二丁目1番1号 電話番号 03-5350-3900 |

| | |
|---------|--|
| 事務所の名称 | (ふりがな) せきすいはうすしゃーめぞんぴーえむとうきょうかぶしきがいしゃ ぐらんどますとじぎょうぶ かんさいえいぎ 積水ハウスシャーメゾンPM東京株式会社 グランドマスト事業部 関西営業課 |
| 事務所の所在地 | (郵便番号 531-6129) 大阪府大阪市北区大淀中1丁目1番30号 梅田スカイビルタワーウエスト29階 電話番号 06-6440-2380 |

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 | 19 | 戸 |
| 居住部分の規模 | (最小) | 41.05 | m ² |
| | (最大) | 64.87 | 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 | 重量鉄骨 造 | |
| 竣工の年月 | 2017 | 年 | 3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。 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 | 年 月 日から |
|--------|---------|

注) 入居開始年は、西暦で記入すること。

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 |
|----------------|--------------|--------|---|
| ナーシングホームOASIS北 | 訪問介護 | | <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 |
| ケアコール北 | 訪問介護 | | <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 |
| | | | <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) しゃかいりりょうほうじんあいせいかいそうごうかみいっただいいちびょういん 社会医療法人愛生会 総合上飯田第一病院 |
| 事業所の住所 | (郵便番号 462-0802) 愛知県名古屋市中区上飯田北町二丁目70番地 電話番号 052-991-3111 |
| 連携又は協力の内容 | 医療連携 |

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

| |
|-----------------------------|
| 基本方針及び高齢者居住安定確保計画に照らして適切である |
|-----------------------------|

11. サービスの内容

(全体の方針)

| | |
|-----------------|---|
| 運営に関する方針 | 自立した生活が過ごせるように、必要な時に必要なサービスを斡旋することにより、健康寿命を伸長 |
| サービスの提供内容に関する特色 | ご自宅と変わらない自立した生活ができるような、広めの間取りをご用意 |
| 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 |
| 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 | 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 | |
| | 医療機関連携加算 | 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 | 1 救急車の手配 | | |
| ※複数選択可 | 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 | 社会医療法人愛生会 総合上飯田第一病院 |
| | | 住所 | 愛知県名古屋市中区上飯田北町二丁目70番地 |
| | | 診療科目 | 内科、外科、耳鼻咽喉科、物忘れ評価外来、眼科、リハビリテーション科 |
| | | 協力内容 | 医療連携 |
| | 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 () | |
| 判断基準の内容 | | |
| 手続きの内容 | | |
| 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 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 <input checked="" type="radio"/> あり 2 なし |
| | 要支援の者 | 1 <input checked="" type="radio"/> あり 2 なし |
| | 要介護の者 | 1 <input checked="" type="radio"/> あり 2 なし |
| 留意事項 | 満60歳以上の身の周りのことがご自身でできる方、70歳未満かつ兄弟姉妹を除く三親等以内の身元引受人を立てていただける方 | |
| 契約の解除の内容 | ①入居者が死亡した場合 ②入居者、または事業者から解約した場合 | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 貸室賃貸借契約書約款12条 |
| | 解約予告期間 | 相当の期間 |
| 入居者からの解約予告期間 | 2ヶ月 | |
| 体験入居の内容 | 1 あり (内容 :) 2 <input checked="" type="radio"/> なし | |
| 入居定員 | 21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 | | | | |
| 生活相談員 | 2 | | 2 | |
| 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 | 2 | 1 | 1 | |
| 事務員 | | | | |
| 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 | | | |
| 実務者研修の修了者 | | | |
| 初任者研修の修了者 | 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 | | |
| 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 | 人 | 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) | |

※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 | | | | | | | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | | | | | | | | | |
| に業務に応じた従業員としての経験年数 | 1年未満 | | | | | | | | | |
| | 1年以上 | | | | | | | | | |
| | 3年未満 | | | | | 1 | | | | |
| | 3年以上 | | | | | | | | | |
| | 5年未満 | | | | | | | | | |
| | 5年以上 | | | | | | 1 | | | |
| | 10年未満 | | | | | | | | | |
| 10年以上 | | | | | | | | | | |
| 従業者の健康診断の実施状況 | | | 1 なし | | 2 あり | | | | | |

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 | 9人 |
| | 女性 | 10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 | 4人 |
| | 85歳以上 | 13人 |
| 要介護度別 | 自立 | 10人 |
| | 要支援 1 | 4人 |
| | 要支援 2 | 2人 |
| | 要介護 1 | 2人 |
| | 要介護 2 | 1人 |
| | 要介護 3 | 0人 |
| | 要介護 4 | 0人 |
| | 要介護 5 | 0人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 3人 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | 2人 |
| | 1年以上5年未満 | 13人 |
| | 5年以上10年未満 | 1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 | 85.05歳 |
| 入居者数 [※] の合計 | 19人 |
| 入居率 ^{※※} | 89.47% |
| <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 | 0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 | 1人 |
| | | (解約事由の例) |

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 | | 積水ハウスシャーマゾンPM東京株式会社 グランドマスト事業部 |
| 電話番号 | | 06-6440-2380 |
| 対応している 時間 | 平日 | 9:00~18:00 |
| | 土曜 | — |
| | 日曜・祝日 | — |
| 定休日 | | 土日・祝日・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/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 | <input checked="" type="radio"/> あり | (その内容) 委託先の(株)馬淵商事・(株)セノン両社保険に加入している。※保険会社:東京海上日動火災・三井住友海上火災 |
| | 2 | <input type="radio"/> 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 type="radio"/> あり | (その内容) |
| | 2 | <input checked="" type="radio"/> なし | |
| 事故対応及びその予防のための指針 | 1 | <input type="radio"/> あり | <input checked="" type="radio"/> 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 | <input checked="" type="radio"/> あり | 実施日 | アンケート調査 (7月) |
| | | <input type="radio"/> なし | 結果の開示 | 1 <input checked="" type="radio"/> あり 2 <input type="radio"/> なし |
| 第三者による評価の実施状況 | 1 | <input type="radio"/> あり | 実施日 | |
| | | <input type="radio"/> あり | 評価機関名称 | |
| | 2 | <input checked="" type="radio"/> なし | 結果の開示 | 1 <input type="radio"/> あり 2 <input type="radio"/> 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条及び名古屋市有料老人ホーム設置指導指針13(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 _____

役員名簿

| (ふりがな) 氏名 | 役名等 |
|--------------------|----------|
| ささきくにひろ 佐々木 邦裕 | 代表取締役 |
| こにしけんじ 小西 賢二 | 取締役 |
| しまたにのりあき 島谷 憲明 | 取締役 |
| みやもとしゅんすけ 宮本 俊介 | 取締役 |
| くろだひろたか 黒田 博隆 | 取締役(非常勤) |
| なかやまかず 中山 一 | 監査役 |
| たかみやけんじ 高宮 賢治 | 監査役 |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

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 | 63.87 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 1 | 103 | 142,000 |
| 1 | 41.05 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 1 | 101 | 90,000 |
| 1 | 41.05 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 1 | 303 | 96,000 |
| 1 | 61.70 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 1 | 302 | 159,000 |
| 1 | 62.12 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 1 | 301 | 159,000 |
| 1 | 64.87 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 1 | 316 | 175,000 |
| 1 | 41.05 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 1 | 317 | 93,000 |
| 1 | 41.47 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 1 | 320 | 98,000 |
| 1 | 44.05 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 1 | 306 | 96,000 |
| 1 | 44.05 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 5 | 307、308、310、311、 313 | 98,000 |
| 1 | 44.05 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 1 | 312 | 95,000 |
| 1 | 44.05 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 1 | 315 | 103,000 |
| 1 | 64.82 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 1 | 305 | 159,000 |
| 1 | 41.05 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 1 | 102 | 85,000 |
| 1 | 41.05 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 1 | 318 | 92,000 |

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 |
|------|-------|--------------|-----------|---------------|----|
| 食堂 | 1 | 115.37 | 1階エレベーター前 | 19 | |
| ラウンジ | 1 | 29.7 | エントランス隣 | 19 | |
| 多目的室 | 1 | 21.62 | 3Fエレベーター横 | 19 | |
| | | | | | |
| | | | | | |

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。

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 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) かぶしがいいしやまぶちしょうじ 株式会社馬淵商事 | | | | |
| | 住所 (法人にあっては主たる事務所 の所在地) | (郵便番号 103-8248) 東京都中央区日本橋本町1-7-4 岡本ビル 電話番号 080-7047-1446 | | | | |
| 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 type="checkbox"/> 看護師 | 人員 | 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 type="checkbox"/> 介護福祉士 | 人員 | 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 | 0分 | ～ 18時 0分 | 人員 1 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 | 食事時、外出時の直接の安否確認と水道流量センサーの利用の有無による補助的確認 <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) | | | | 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 | 0分 | ～ 24 時 0分 |
| | | 上記以外の日 | <input type="checkbox"/> 24時間 | | | |
| | 通報方法 | 各住戸の緊急通報ボタンにより、1階事務室・警備会社(株式会社セノン)へ通報 | | | | |
| | 通報先 | 1階事務室・警備会社(株式会社セノン) | | 通報先から住宅までの到着予定時間 | 25 分 | |
| サービス提供の 対価(概算額) | 月額 | 約 49,500 円 | 前払金の | | | |
| | 前払金 | 約 円 | 算定方法 | | | |
| 備考 | 水道流量センサーとは閉栓後12時間水道利用がない場合管理用パソコンにポップが上がり担当者が電話か訪問により直接安否確認するシステムです。2人入居の場合はサービス提供の対価は99,000円(税込)になります。上記サービス費は税込価格で表示しております。 警備会社(株)セノン担当者の待機場所:名古屋市中区東桜2-18-30 | | | | | |

※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) かぶしがいいしやまぶちしょうじ 株式会社 馬淵商事 | |
| | 住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地) | (郵便番号 103-0023) 東京都中央区日本橋本町1-7-4 岡本ビル 電話番号 080 -7047 -1446 | |
| | 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 460-0003) 愛知県名古屋市中区錦三丁目8番7号 こまビル 電話番号 052-212-7807 | |
| 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 49,140 円 | 内訳 朝食 円 昼食 648 円 夕食 990 円 |
| | 前払金 | 約 0 円 | 前払金の算定方法 |
| 備考 | <ul style="list-style-type: none"> ・お食事の申込み・キャンセルする場合は喫食日の2日前の15:00までに所定内容を記入、フロントに提出して下さい。 ・サービスの対価の金額は、消費税込み(昼食8%・夕食10%)で表示しております。 ・居室配膳については、1食330円(税込)で提供。 ・体調不良時は無料で、お粥提供をしております。 | | |

※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。

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 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() | | |
| | | 内容 | <input type="checkbox"/> 重量鉄骨 <input type="checkbox"/> 排せつ介護 <input 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 | 円 | 前払金の 算定方法 | |
| | 前払金 | 約 | 円 | | |
| 備考 | | | | | |

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 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() | | |
| | | 内容 | <input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> 掃除 <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 | | | | | |

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 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 | |
| 提供方法 | | 提供日 | <input type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他() | | |
| | | 内容 | <input 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 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 | | | | | |

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 (法人にあつては主たる事務所所在地) | (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 | |
| 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 | あり | なし | | |
| 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 | | |
| 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> | | | | |
| 介護予防訪問介護 | あり | なし | | |
| 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 | | |
| 介護予防通所介護 | 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 | | |
| 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 | | |

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）の有無 | | | | 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 取 | その都度徴 料金※4 | |
| 介護サービス | | | | なし |
| 食事介助 | あり | なし | あり | |
| 排泄介助・おむつ交換 | あり | なし | あり | |
| おむつ代 | | | | |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | あり | なし | あり | |
| 特浴介助 | あり | なし | あり | |
| 身辺介助（移動・着替え等） | あり | なし | あり | |
| 機能訓練 | あり | なし | あり | |
| 通院介助 | あり | なし | あり | ※付添いのできる範囲を明確化すること |
| 生活サービス | | | | |
| 居室清掃 | あり | なし | あり | |
| リネン交換 | あり | なし | あり | |
| 日常の洗濯 | あり | なし | あり | |
| 居室配膳・下膳 | あり | なし | あり | |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | | | | |
| おやつ | | | | |
| 理美容師による理美容サービス | あり | なし | あり | ※利用のできる範囲を明確化すること |
| 買い物代行 | あり | なし | あり | |
| 役所手続き代行 | あり | なし | あり | |
| 金銭・貯金管理 | あり | なし | あり | |
| 健康管理サービス | | | | |
| 定期健康診断 | あり | なし | あり | ※回数（年〇回など）を明記すること |
| 健康相談 | あり | なし | あり | |
| 生活指導・栄養指導 | あり | なし | あり | |
| 服薬支援 | あり | なし | あり | |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等） | あり | なし | あり | |
| 入退院時・入院中のサービス | | | | |
| 移送サービス | あり | なし | あり | |
| 入退院時の同行 | あり | なし | あり | ※付添いのできる範囲を明確化すること |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | あり | なし | あり | |
| 入院中の見舞い訪問 | あり | なし | あり | |
| その他 | | | | |
| 巡回 | あり | なし | あり | 〇 |
| 緊急時対応（ナースコール等） | あり | なし | あり | 〇 |

- ※ 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）。在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F
- ※ 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場合は月額に、都度払いの場合は、都度払いの欄に○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。