

サービス付き高齢者向け住宅
(介護予防)特定施設入居者生活介護
重要事項説明書

記入年月日	令和7年11月1日
記入者名	田野 陽子
所属・職名	管理者

1 事業主体概要

名称	(ふりがな)かぶしきがいしゃおやこうこう 株式会社親孝行		
主たる事務所の所在地	〒 454-0871 名古屋市中川区柳森町2511番地		
連絡先	電話番号/FAX番号	052-365-3465	/ 052-351-2241
	ホームページアドレス	http://ovakhoko.net	
代表者(職名/氏名)	代表取締役 / 小菅 誠		
設立年月日	平成 21年2月17日		
主な実施事業	※別添3(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	(ふりがな)しるばーまんしょんしのはら シルバーマンション篠原		
届出・登録の区分	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		
有料老人ホームの類型	介護付(一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合)		
所在地	〒 454-0833 名古屋市中川区上脇町2丁目63番地		
主な利用交通手段	名古屋市営バス「野立橋」下車徒歩5分		
連絡先	電話番号/FAX番号	052-355-8165	/ 052-355-8665
	ホームページアドレス	http://ovakhoko.net	
管理者(職名/氏名)	管理者 / 田野 陽子		
有料老人ホーム事業開始日 /届出受理日・登録日(登録番号)	平成 25年9月1日	/	平成 25年2月14日

(特定施設入居者生活介護の指定)

特定施設入居者生活介護 介護保険事業者番号	2371005030	所管している自治体名	名古屋市
特定施設入居者生活介護指 定日	令和 3年3月1日		
介護予防 特定施設入居者生活介護 介護保険事業者番号	2371005030	所管している自治体名	名古屋市
介護予防 特定施設入居者生活介護 指定日	令和 3年3月1日		

3 建物概要

土地	権利形態	賃借権	抵当権	あり	契約の自動更新	あり				
	賃貸借契約の期間	平成	25年9月1日	～	平成	40年8月31日				
	面積	839.90 m ²								
建物	権利形態	賃借権	抵当権	あり	契約の自動更新	あり				
	賃貸借契約の期間	平成	25年9月1日	～	平成	40年8月31日				
	延床面積	1475.33 m ² (うち有料老人ホーム部分 1475.3 m ²)								
	竣工日	平成	25年7月31日							
	耐火構造	耐火建築物		その他の場合：						
	構造	鉄骨造		その他の場合：						
	階数	4階 (地上 4階、地階 階)								
	サ高住に登録している場合、登録基準への適合性						適合している			
居室の状況	総戸数	35戸								
	部屋タイプ	トイレ	洗面	浴室	台所	収納	面積 (※)	室数	備考 (部屋タイプ、相部屋の定員数等)	
	一人部屋	○	○	×	×	○	18.17m ²	32		
	二人部屋	○	○	×	×	○	23.90～24.37m ²	3		
共用施設	共用トイレ	5ヶ所			サービス付き高齢者向け住宅共同利用設備			3ヶ所		
					特定施設のエリア			2ヶ所		
					男女別の対応が可能なトイレ			0ヶ所		
					車椅子等の対応が可能なトイレ			4ヶ所		
	共用浴室	個室	3ヶ所		サービス付き高齢者向け住宅共同利用設備			2ヶ所		
					機械浴、チェアー浴					
	特定施設のエリア			1カ所		普通浴槽				
	共用浴室における介護浴槽	機械浴	1ヶ所	チェアー浴	1ヶ所	その他：普通浴槽				
	食堂	1ヶ所		面積	85.10 m ²		入居者や家族が利用できる調理設備	あり		
	健康維持施設 (機能訓練室) 兼 交流施設 (高齢者向けサロン)	1ヶ所		面積	69.87 m ²					
	エレベーター	あり (ストレッチャー対応)			1ヶ所					
廊下幅	最大	2.15 m		最小	2.15 m					
汚物処理室	ヶ所									
緊急通報装置	居室	あり	トイレ	あり	浴室	あり	脱衣室	あり		
	通報先	1階事務所			通報先から居室までの到着予定時間			2～3分		
その他										
消防用設備等	消火器	あり	自動火災報知設備	あり	火災通報設備	あり				
	スプリンクラー	あり	なしの場合 (改善予定時期)							
	防火管理者	あり	防災計画	あり	避難訓練の年間回数	2回				

4 サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	入居者の自由・尊厳・プライバシーを尊重し、入居者が快適で心身ともに充実した生活が営まれるよう安定的かつ持続的な事業運営に努めます。	
サービスの提供内容に関する特色	入居者の日常生活の生活支援を行い、安心・安全に過ごしていただきます。	
サービスの種類	提供形態	詳細について別添2のとおり
入浴、排せつ又は食事の介護	自ら実施	
食事の提供	自ら実施	
調理、洗濯、掃除等いずれかの家事の供与	自ら実施・委託	
健康管理の支援（供与）	自ら実施	
状況把握・生活相談サービス	自ら実施	
利用者の個別的な選択によるサービス	※別添4（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）	
家賃の概算額	(最低) 約 37,000円	住戸ごとの内容は別添1のとおり
	(最高) 約 84,000円	
共益費の概算額	(最低) 約 50,000円	
	(最高) 約 50,000円	
敷金の概算額	(最低) 約 0円	
	(最高) 約 0円	

(介護サービスの内容)

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	(I)	なし
		(II)	なし
	生活機能向上連携加算	(I)	なし
		(II)	なし
	個別機能訓練加算	(I)	なし
		(II)	なし
	ADL維持等加算	(I)	なし
		(II)	なし
	夜間看護体制加算	(I)	なし
		(II)	なし
	退去時情報提供加算	(I)	なし
		(II)	なし
	若年性認知症入居者受入加算		なし
	協力医療機関連携加算 (相談・診療を行う体制を常時確保している協力医療機関と連携している場合)		あり
	協力医療機関連携加算 (上記以外の協力医療機関と連携している場合)		なし
	口腔・栄養スクリーニング加算		なし
	科学的介護推進体制加算		なし
	退院・退所時連携加算		なし
	退院時情報提供加算		あり
	看取り介護加算	(I)	なし
(II)		なし	
認知症専門ケア加算	(I)	なし	
認知症専門ケア加算	(II)	なし	
サービス提供体制強化加算	(I)	なし	
	(II)	なし	
	(III)	あり	
介護職員等処遇改善加算	(III)	あり	
人員配置が手厚い介護サービスの実施	なし	(介護・看護職員の配置率) : 1 以上	

(医療連携の内容)※治療費は自己負担

医療支援	救急車の手配		
	その他の場合：		
	名称	岩田脳神経外科クリニック	
	住所	愛知県名古屋市中区桜山町6丁目104番地29クリニックモール桜山2階	
	診療科目	脳神経外科、外科	
	協力内容	訪問診療、急変時の対応	
		その他の場合：	
	名称	もり在宅クリニック	
	住所	愛知県名古屋市中川区高畑2丁目14番地シェルコート高畑1・2階	
	診療科目	内科、緩和ケア内科、訪問診療	
協力内容	訪問診療、急変時の対応		
	その他の場合：		
協力歯科医療機関	名称	港スワン歯科・矯正歯科	
	住所	愛知県名古屋港区川西通5-24	
	協力内容	訪問診療	
		その他の場合：	

(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】

入居後に居室を住み替える場合	その他		
	その他の場合：二人部屋から一人部屋に住み替える場合		
判断基準の内容	管理者の判断又は本人（家族）等からの要望による		
手続の内容	新たに契約書をかわす		
追加的費用の有無	なし	追加費用	
居室利用権の取扱い	なし		
前払金償却の調整の有無	なし	調整後の内容	
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	あり	変更の内容
	便所の変更	なし	変更の内容
	浴室の変更	なし	変更の内容
	洗面所の変更	なし	変更の内容
	台所の変更	なし	変更の内容
	その他の変更	なし	変更の内容

(入居に関する要件)

入居対象となる者	要支援、要介護		
留意事項	入居時に要支援、要介護認定を受けている		
契約の解除の内容	入居契約 第12条		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約 第12条	
	解約予告期間	3か月	
入居者からの解約予告期間	解約の30 日前	入居契約 第13条	
体験入居	なし	内容	
入居定員	38 人		
その他			

5 職員体制

(職種別の職員数)

	職員数 (実人数)			常勤換算人数	兼務している職種名及び人数
	合計				
	常勤	非常勤			
管理者	1	1		0.9	計画作成担当者と兼務
生活相談員	2	2		1	介護職員と兼務
直接処遇職員	17	13	4		
介護職員	14	12	2	12.5	生活相談員と兼務2名
看護職員	3	1	2	2.3	機能訓練指導員と兼務1名
機能訓練指導員	1	1		0.1	看護職員と兼務
計画作成担当者	1	1		0.1	管理者と兼務
栄養士					
調理員					
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					40 時間

(資格を有している介護職員の人数)

	合計			備考
	常勤	非常勤		
介護福祉士	10	8	2	
介護福祉士実務者研修修了者	2	2		
旧ヘルパー2級				
介護職員初任者研修修了者				

(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	1	1	
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・介護職員等の人数)

夜勤帯の設定時間 (19時～8時)		
	平均人数	最少時人数 (宿直者・休憩者等を除く)
看護職員	人	人
介護職員	1 人	1 人
生活相談員	人	人
	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・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略)	契約上の職員配置比率	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)	3 : 1
外部サービス利用型特定施設である有料老人ホーム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)	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		あり 計画作成担当者							
	業務に係る資格等	あり	資格等の名称		介護支援専門員					
	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	1						
前年度1年間の退職者数										
職業業務に従事した経験年数に応じた	1年未満	1	5							
	1年以上3年未満		1							
	3年以上5年未満	1	1	1						
	5年以上10年未満			3	1	1			1	
	10年以上	1				1				
備考										
従業者の健康診断の実施状況			あり							

6 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態		建物賃貸借方式
利用料金の支払い方式		月払い方式
		選択方式の内容 ※該当する方式を全て選択
年齢に応じた金額設定		なし
要介護状態に応じた金額設定		なし
入院等による不在時における利用料金（月払い）の取扱い		なし
		内容：
利用料金の改定	条件	施設が所在する自治体の消費者物価指数及び人件費等を勘案
	手続き	運営懇談会の意見を聴いた上で行う

(代表的な利用料金のプラン)

		プラン1	プラン2	
入居者の状況	要介護度			
	年齢			
居室の状況	部屋タイプ	一人部屋	二人部屋	
	床面積	18.17㎡	24.37㎡	
	トイレ	あり	あり	
	洗面	あり	あり	
	浴室	なし	なし	
	台所	なし	なし	
	収納	あり	あり	
入居時点で必要な費用	前払金	なし	なし	
	敷金	なし	なし	
月額費用の合計		148,451円	226,902円	
家賃		52,000円	84,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護の費用		1割～3割（利用者の所得等に応じて）	
	介護保険外	食費	46,451円	92,902円
		共益費	50,000円	50,000円
		利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添4のとおり	別添4のとおり
備考 介護保険費用1割、2割又は3割の利用者負担（利用者の所得等に応じて負担割合が変わる。）				

(利用料金の算定根拠等)

家賃	建物の賃借料、設備備品費等を基礎として、1室あたりの家賃を算定	
敷金	家賃の 0 ヶ月分	
	解約時の対応	
前払金		
食費	厨房維持費及び1日3食を提供するための費用（朝416円、昼556円、夕556円）	
共益費	50,000円	
介護保険外費用		
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	「別添4 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」のとおり	
その他のサービス利用料		

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠)

特定施設入居者生活介護※に対する自己負担	基本報酬、加算の利用者負担分
特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乘せサービス）	
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略

想定居住期間（償却年月数）	
償却の開始日	
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）	
初期償却額	
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了
	入居後3月を超えた契約終了
前払金の保全先	

7 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上75歳未満	2人
	75歳以上85歳未満	13人
	85歳以上	22人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	1人
	要支援2	1人
	要介護1	5人
	要介護2	8人
	要介護3	3人
	要介護4	10人
	要介護5	10人
入居期間別	6か月未満	5人
	6か月以上1年未満	2人
	1年以上5年未満	20人
	5年以上10年未満	7人
	10年以上	4人
入居者数		38人

(入居者の属性)

性別	男性	20人	女性	18人	
男女比率	男性	53%	女性	47%	
入居率	100%	平均年齢	86.6歳	平均介護度	3.27

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	0人
	社会福祉施設	1人
	医療機関	0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
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	1人
		(解約事由の例) 社会福祉施設への転居のため

8 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情・虐待に対する窓口等の状況)

窓口の名称 (設置者)		シルバーマンション篠原	
電話番号 / F A X		052-355-8165 / 052-355-8665	
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		無	
窓口の名称 (所在市町村 (保険者))		名古屋市健康福祉局高齢福祉部介護保険課 東桜分室	
電話番号 / F A X		052-959-3087 / 052-959-4155	
対応している時間	平日	8:45~17:15	
定休日		土日、祝日、年末年始	
窓口の名称 (愛知県国民健康保険団体連合会)		愛知県国保連合会介護福祉室内 苦情相談室	
電話番号 / F A X		052-971-4165 / 052-962-8870	
対応している時間	平日	9:00~17:00 (12:00~13:00を除く)	
定休日		土日、祝日、年末年始	
窓口の名称 (サービス付き高齢者向け住宅所管庁)		名古屋市住宅都市局住宅企画課	
電話番号 / F A X		052-972-2944 / 052-972-4172	
対応している時間	平日	8:45~17:30	
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	加入先	東京海上日動火災
	加入内容	事業活動包括保険
	その他	
賠償すべき事故が発生したときの対応	職員の過失により事故が発生し、入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合には損害保険などの手配を行い誠実に対応します。但し、天災などの不可抗力は除きます。	
事故対応及びその予防のための指針	あり	

(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	なし	ありの場合		
		実施日		
		結果の開示	開示の方法	
第三者による評価の実施状況	なし	ありの場合		
		実施日		
		評価機関名称		
		結果の開示	開示の方法	

9 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	入居希望者に公開
管理規程	入居希望者に公開
事業収支計画書	公開していない
財務諸表の要旨	公開していない
財務諸表の原本	公開していない

10 その他

運営懇談会	あり	ありの場合	
		開催頻度	年 1回
		なしの場合の代替措置の内容	
提携ホームへの移行	あり	ありの場合の提携ホーム名	シルバーマンション南陽の里
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	あり		
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	あり		
有料老人ホーム設置運営指導指針「5. 規模及び構造設備」に合致しない事項	なし		
合致しない事項がある場合の内容			
「6. 既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	代替措置等の内容		
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。

（入居者）

住 所 _____

氏 名 _____ 様

私は、本人の意思を確認し、本人の代わりに上記署名を行いました。

住 所 _____

氏 名 _____ 様（続柄）

代筆の理由 認知症あり 手指動作困難 その他（ _____ ）

上記の重要事項の内容について、入居者、入居者代理人に説明しました。

説明年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明者署名 _____

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	18.17	×	○	○	×	×	○	2	201,303号室	37,000
1	18.17	×	○	○	×	×	○	10	202,203,204,301,302,304,401, 402,404,405号室	48,000
1	18.17	×	○	○	×	×	○	19	205~212,305~312,406,407,408 号室	52,000
1	24.37	×	○	○	×	×	○	2	409,410号室	84,000
1	23.90	×	○	○	×	×	○	1	411号室	84,000
1	18.17	×	○	○	×	×	○	1	403号室	42,000

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。

別添 2

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 checked="" type="checkbox"/> 指定介護予防サービス事業者 <input checked="" 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 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 checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員	人員	1 人
	<input checked="" type="checkbox"/> 准看護師	人員	3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	9人	<input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員	3 人
			合 計		人員	18 人
常駐する場所		<input checked="" type="checkbox"/> 同一敷地内 <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	居室に訪問し、本人の状況を把握します				毎日	5 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	1階事務所		通報先から住宅までの到着予定時間 2～3 分			
サービス提供の対価(概算額)	月額	約	0 円	前払金の算定方法		
	前払金	約	0 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 checked="" type="checkbox"/> 3食 <input 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 46,451 円	内訳	朝食 416 円	昼食 556 円 夕食 556 円
	前払金	約 0 円	前払金の算定方法		
備考	ムース食:月額 52,379円(朝食481円、昼食621円、夕食621円) ※税込み ソフト食:月額 58,277円(朝食545円、昼食686円、夕食686円) ※税込み サービス提供の対価(概算額):月額※は、30.4日間で計算する				

※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	
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 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	要支援・要介護認定を受けている方は介護保険適用となります。 介護保険適用を超える場合 入浴支援:(一般浴3回目)770円/回、(一般浴4回目)1,100円/回 (特浴3回目)1,100円/回、(特浴4回目)1,430円/回 ※税込み				

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 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) かぶしきがいしゃこやましようかい なごやしてん			
	住所 (法人にあつては 主たる事務所の 所在地)	(郵便番号 456-0071)	愛知県名古屋市熱田区明野町6番8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 456-0071)	電話番号	052-681-4131	
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 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 4,950 円	前払金の		
	前払金	約 0 円	算定方法		
備考	洗濯:月額4,950円 ※週2回の集配				

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		
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 type="checkbox"/> その他 ()			
サービス提供の対 価(概算額)	月額	約 0 円	前払金の		
	前払金	約 0 円	算定方法		
備考	要支援・要介護認定を受けている方は介護保険適用となります。 介護保険適用を超える場合 居室清掃:週2回以上居室清掃を希望する場合は1回550円 ※税込み				

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		
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 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 0 円	前払金の		
	前払金	約 0 円	算定方法		
備考	要支援・要介護認定を受けている方は介護保険適用となります。 介護保険適用を超える場合 リネン交換:週2回以上リネン交換を希望する場合は1回330円 ※税込み				

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	
提供方法		提供日	<input type="checkbox"/> 365日対応 <input checked="" type="checkbox"/> その他(土日祝を除く)		
		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 (入退院時の付き添い)		
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		健康相談と血圧等の測定:要支援・要介護認定を受けている方は介護保険適用となります。 通院介助:1回3,300円(原則として2時間以内、15分を超えるごとにプラス330円、交通費は実費負担) 入退院時の付き添い:1回5,500円(原則としてご家族対応でお願いします。交通費は実費負担) ※税込み			

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	
提供方法		提供日	<input type="checkbox"/> 365日対応 <input checked="" type="checkbox"/> その他(土日祝を除く)		
		内容	買い物代行、買い物同行、役所手続き代行、ゴミ出しサービス		
サービス提供の対 価(概算額)		月額	約 0 円	前払金の	算定方法
		前払金	約 0 円		
備考		買い物代行:1回1,320円(原則、60分以内、15分を超えるごとにプラス220円)、役所手続き代行:1 回1,100円(介護保険適用外の用件)、ゴミ出しサービス:1か月1,650円(1日1回のごみ回収及び週2 回のごみ出し) ※税込み			

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

(別添3)事業者が名古屋市で運営する他の介護サービス事業

介護保険サービスの種類		事業所の名称	所在地
<居宅サービス>			
訪問介護	あり	(株)親孝行訪問介護事業部	名古屋市中川区大塩町1丁目4番地
訪問入浴介護			
訪問看護	あり	(株)親孝行訪問看護事業部	名古屋市中川区若山町4丁目29番地
訪問リハビリテーション			
居宅療養管理指導			
通所介護			
通所リハビリテーション			
短期入所生活介護			
短期入所療養介護			
特定施設入居者生活介護	あり	シルバーマンション南陽の里	名古屋市港区七反野一丁目1910番地
福祉用具貸与	あり	(株)親孝行福祉用具事業部	名古屋市中川区大塩町1丁目4番地
特定福祉用具販売			
<地域密着型サービス>			
定期巡回・随時対応型訪問介護看護			
夜間対応型訪問介護			
地域密着型通所介護			
認知症対応型通所介護			
小規模多機能型居宅介護			
認知症対応型共同生活介護			
地域密着型特定施設入居者生活介護			
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護			
看護小規模多機能型居宅介護			
居宅介護支援			
<居宅介護予防サービス>			
介護予防訪問入浴介護			
介護予防訪問看護	あり	(株)親孝行訪問看護事業部	名古屋市中川区若山町4丁目29番地
介護予防訪問リハビリテーション			
介護予防居宅療養管理指導			
介護予防通所リハビリテーション			
介護予防短期入所生活介護			
介護予防短期入所療養介護			
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	シルバーマンション南陽の里	名古屋市港区七反野一丁目1910番地
介護予防福祉用具貸与	あり	(株)親孝行福祉用具事業部	名古屋市中川区大塩町1丁目4番地
特定介護予防福祉用具販売			
<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			
介護予防小規模多機能型居宅介護			
介護予防認知症対応型共同生活介護			
<総合事業>			
予防専門型通所サービス			
予防専門型訪問サービス	あり	(株)親孝行訪問介護事業部	名古屋市中川区大塩町1丁目4番地
生活支援型訪問サービス			
ミニデイ型通所サービス			
運動型通所サービス			
介護予防支援			
<介護保険施設>			
介護老人福祉施設			
介護老人保健施設			
介護療養型医療施設			
介護医療院			

(別添4)

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

		個別の利用料で実施するサービス		備 考
			料金※(税抜)	
介護サービス	食事介助	あり	200円/回	居室配膳・下膳を含む
	排せつ介助・おむつ交換			
	おむつ代	あり	10,000円/月	
	入浴(一般浴) 介助・清拭	あり	3回目700円/回、4回目1,000円/回	週3回以上、入浴支援を希望する場合
	特浴介助	あり	3回目1,000円/回、4回目1,300円/回	週3回以上、入浴支援を希望する場合
	身辺介助(移動・着替え等)			
	機能訓練			
	通院介助	あり	3,000円/回	原則、2時間以内、15分を超えるごとにプラス300円 交通費は実費負担
生活サービス	居室清掃	あり	500円/回	週2回以上、居室清掃を希望する場合
	リネン交換	あり	300円/回	週2回以上、リネン交換を希望する場合
	日常の洗濯	あり	4,500円/月	週2回の集配
	居室配膳・下膳	あり	食事介助の料金を含む	食事介助を希望した場合のみ
	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	実費	外部サービス 毎月1回
	買い物代行	あり	1,200円/回	原則、60分以内、15分を超えるごとにプラス200円
	役所手続代行	あり	1,000円/回	原則、中川区役所のみ 区外は応相談
健康管理サービス	定期健康診断			
	健康相談	あり	介護保険適用	
	生活指導・栄養指導	あり	介護保険適用	
	服薬支援	あり	介護保険適用	
	生活リズムの記録(排便・睡眠等)	あり	介護保険適用	
入退院のサービス	移送サービス			
	入退院時の同行	あり	5,000円/回	原則、ご家族様での対応 交通費は実費負担
	入院中の洗濯物交換・買い物			
	入院中の見舞い訪問			

※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)。ケアプランに定められた回数を超える分は介護保険外サービス。

※2「あり」を選択したときは、各種サービスの費用が、月額サービス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、1回当たりの金額など単位を明確にして入力する。