

名古屋市サービス付き高齢者向け住宅重要事項説明書

記入年月日	2023年12月1日
記入者名	成田泰詞
所属・職名	総副ホーム長

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) あいりなーしんぐほーむ あいりナーシングホーム
所在地	(住居表示) 愛知県名古屋市西区玉池町218番地
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1.電車(名鉄犬山線・地下鉄鶴舞線 上小田井 駅から 徒歩 で 12分) <input type="checkbox"/> 2.その他()
住宅に関する権原	<input checked="" type="checkbox"/> 1.所有権 <input 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 type="checkbox"/> なし 契約の自動更新 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし(契約期間: ~)
施設に関する権原	<input checked="" type="checkbox"/> 1.所有権 <input 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 type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし(契約期間:2013年4月1日 ~ 2063年3月31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	<input checked="" type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 個人
商号、名称 又は氏名	(ふりがな) ゆうげんがいしゃ あつと 有限会社 アット
住 所 (法人にあっては 主たる事務所)	(郵便番号 452-0812) 愛知県名古屋市西区玉池町255番地 電話番号 052-509-5115
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) 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) ゆうげんがいしやあつと 有限会社アット		
事務所の所在地	(郵便番号 452-0812) 愛知県名古屋市西区玉池町255番地	電話番号	052-509-5115

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 30 戸		
居住部分の規模	(最小) 18 m ²	詳細については、別添 3 のとおり	
	(最大) 18 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 鉄骨 造	階数	地上3 階建
竣工の年月	2013 年 8 月 31 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。

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)

高齢者住宅 支援サービス	サービスの種類	提供形態		提供の対価(概算・月額)	明細については別添4のとおり
	状況把握 生活相談	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら	<input type="checkbox"/> 委託	約 8,000 円 ※自立の方	
食事の提供	<input type="checkbox"/> 自ら	<input checked="" type="checkbox"/> 委託	<input type="checkbox"/> 提供しない	約 46,500 円	
入浴等の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら	<input type="checkbox"/> 委託	<input type="checkbox"/> 提供しない	約 2,200 円	
調理等の家事	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら	<input checked="" type="checkbox"/> 委託	<input type="checkbox"/> 提供しない	約 880 円	
健康の維持管理	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら	<input checked="" type="checkbox"/> 委託	<input type="checkbox"/> 提供しない	約 2,200 円	
その他	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら	<input type="checkbox"/> 委託	<input type="checkbox"/> 提供しない	約 6,000 円	
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	67,000	円		
共益費の概算額	(最低) 約	36,000	円		
	(最高) 約	36,000	円		
敷金の概算額	なし				
状況把握・生活 相談に係る費用	8,000		円	※自立の方	
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 checked="" type="checkbox"/> 指定を受けている		事業所の番号 (2370403764)		
	<input 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。

11. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	入居者の尊厳、地域や家族との結びつきを重視した運営を行い、市町村、介護保険施設及びその他の保健医療機関又は福祉・介護事業所との密接な連携に努める。
サービスの提供内容に関する特色	医療機関及び介護事業所と連携を図り、その人らしく、いきいきと、自立した日常生活を営むことができるよう、より良い生活環境と必要なサービスの提供を行う。
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 ② なし	(介護・看護職員の配置率) : 1	

(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	玉池在宅クリニック
		住所	愛知県名古屋市中区玉池町212番地
		診療科目	内科、心療内科、皮膚科、リハビリテーション科
		協力内容	療養上の管理、健康相談、緊急対応(医療費、その他に費用は入居者の自己負担)など
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	おばた歯科・矯正歯科
		住所	愛知県名古屋市中区小幡常燈804
		協力内容	口腔内の衛生管理、緊急対応(医療費、その他に費用は入居者の自己負担)

(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	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	年齢：60歳以上		
契約の解除の内容	入居者又は事業者から契約解除が行われた場合		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	本物件の使用目的遵守義務違反により本契約を継続することが困難であると認められるに至った場合等(入居契約書第11条参照)	
	解約予告期間	相当の期間	
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泊3日までの体験入居) 2 なし		
入居定員	30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		0.5
生活相談員	2	1	1	0.5
直接処遇職員				
介護職員	15	9	6	11.2
看護職員	5	4	1	4.4
機能訓練指導員	1	1		1
計画作成担当者	1	1		0.5
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※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	1	1	
介護福祉士	8	5	3
実務者研修の修了者	2	2	
初任者研修の修了者	5	2	3
介護支援専門員	3	3	
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	5	4	1
理学療法士	1	1	
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 (20時 ~ 7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)	2.5 : 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		看護師						
		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			2						1	
前年度1年間の退職者数			1							
に業務に応じた従事した人経験年数	1年未満	0	3	0					1	
	1年以上									
	3年未満	2	1		1					
	3年以上									
	5年未満	1		3	1			1		
	5年以上									
10年未満	1		1	4	1	1				
10年以上			2							
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	13人
	女性	17人
年齢別	65歳未満	2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	13人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	0人
	要支援2	4人
	要介護1	4人
	要介護2	7人
	要介護3	3人
	要介護4	6人
	要介護5	6人
入居期間別	6ヶ月未満	3人
	6ヶ月以上1年未満	3人
	1年以上5年未満	22人
	5年以上10年未満	2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	81.8歳
入居者数 [※] の合計	30人
入居率 ^{※※}	100%

※ 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	0人
	社会福祉施設	1人
	医療機関	2人
	死亡者	4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	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	あいりナーシングホーム苦情受付窓口	
電話番号	052-509-1135	
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	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) 介護労働安定センターの介護事業者賠償責任補償に加入しており、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る。
	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	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 2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 【表示事項】	1 あり (提携ホーム名:) 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