

令和6年 4月 1日

## 愛知県有料老人ホーム

### 重要事項説明書

法人名等

医療法人 清水会

施設名

グリーンヒルズケア相生

※愛知県においては、一般居室、介護居室の別を行っておりません。  
重要事項説明書においては全て「介護居室」と表示しています。

重要事項説明書

Ver 1.1

記入年月日	2024 年 4 月 1 日
記入者名	安本 旭宏
所属・職名	施設長
取込種別	2 修正
被災確認事業所番号	2300090029001

1 事業主体概要

種類	2 法人	
	※法人の場合、その種類	3 医療法人
名称	(ふりがな) いりょうほうじん しみずかい	
	医療法人 清水会	
法人番号	法人番号有無	1 有
	法人番号	5180005002481
主たる事務所の所在地	〒 458 - 0813	
	愛知県名古屋市長区藤塚三丁目2704番地	
連絡先	電話番号	052 - 878 - 3711
	FAX番号	052 - 878 - 4141
	メールアドレス	@
	ホームページ有無	1 有
	ホームページアドレス	https:// www.shimizukai.biz
代表者	氏名	佐藤 貴久
	職名	理事長
設立年月日	1975 年 12 月 1 日	
主な実施事業	※別添1 (別に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) ぐりーんひるずけあ あいおい						
	グリーンヒルズケア相生						
所在地	〒	470	-	1101			
	愛知県豊明市沓掛町山新田50番1						
所在地 (建物名等)							
市区町村コード	都道府県	愛知県	市区町村	232297 豊明市			
主な利用交通手段	最寄駅	地下鉄「徳重」 駅					
	交通手段と所要時間	<p>①バス利用の場合 地下鉄「徳重」駅からバスにて約10分、市バス停留所「藤塚一丁目」で下車、徒歩3分</p> <p>②自動車利用の場合、地下鉄徳重駅からタクシーで約10分</p>					
連絡先	電話番号	0562	-	93	-	6211	
	FAX番号	0562	-	93	-	6222	
	メールアドレス	ghc-aioi @ shimizukai.biz					
	ホームページ有無	1 有					
	ホームページアドレス	https://	www.greenhills-aioi.biz/				
管理者	氏名	安本 旭宏					
	職名	施設長					
建物の竣工日		2013	年	2	月	15	日
有料老人ホーム事業の開始日		2013	年	4	月	1	日

## (類型) 【表示事項】

類型	1 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合）					
1 又は2に該当する 場合	介護保険事業者番号	2374800460				
	指定した自治体名	愛知県				
	事業所の指定日	2013	年	4	月	1 日
	指定の更新日（直近）	2019	年	4	月	1 日

## 3 建物概要

土地	敷地面積	9,571.42	m <sup>2</sup>		
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地			
		2 事業者が賃借する土地の場合			
		賃借の種類別	1 普通貸借		
		抵当権の有無	1 あり		
		契約期間	1 あり		
			開始	2012 年 2 月 1 日	
			終了	2062 年 1 月 31 日	
契約の自動更新		2 なし			
建物	延床面積	全体	6,657.50 m <sup>2</sup>		
		うち、老人ホーム部分	m <sup>2</sup>		
	耐火構造	1 耐火建築物			
		3 その他の場合			
構造	1 鉄筋コンクリート造				
	4 その他の場合				

所有関係	1 事業者が自ら所有する建物					
	2 事業者が賃借する建物の場合					
	賃貸の種別					
	抵当権の有無					
	契約期間		開始			
			年	月	日	
			終了			
	年	月	日			
	契約の自動更新					
	居室の状況	居室区分 【表示事項】		1 全室個室（縁故者個室含む）		
		2 相部屋ありの場合				
		最少	人部屋			
		最大	人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分
タイプ1		1 有	1 有	25 m <sup>2</sup>	29	3 介護居室個室
タイプ2		1 有	2 無	18 m <sup>2</sup>	90	3 介護居室個室
タイプ3		1 有	1 有	31 m <sup>2</sup>	1	3 介護居室個室
タイプ4				m <sup>2</sup>		
タイプ5				m <sup>2</sup>		
タイプ6				m <sup>2</sup>		
タイプ7				m <sup>2</sup>		
タイプ8				m <sup>2</sup>		
タイプ9			m <sup>2</sup>			
タイプ10			m <sup>2</sup>			

共用施設	共用便所における便房	14	ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	2	ヶ所	
				うち車椅子等の対応が可能な便房	8	ヶ所	
	共用浴室	12	ヶ所	個室	4	ヶ所	
				大浴場	5	ヶ所	
	共用浴室における介護浴槽	5	ヶ所	チェアー浴	2	ヶ所	
				リフト浴	0	ヶ所	
				ストレッチャー浴	1	ヶ所	
				その他 職員介助あり	2	ヶ所	
	食堂	1	あり				
	入居者や家族が利用できる調理設備	1	あり				
エレベーター	2	あり	(ストレッチャー対応)				
消防用設備等	消火器	1	あり				
	自動火災報知設備	1	あり				
	火災通報設備	1	あり				
	スプリンクラー	1	あり				
	防火管理者	1	あり				
	防災計画	1	あり				
緊急通報装置等	居室	1	全ての居室あり				
	便所	1	全ての便所あり				
	浴室	1	全ての浴室あり				
	その他						
その他							

#### 4 サービスの内容

(全体の方針)

<p>運営に関する方針</p>	<p>「安心とおもてなし」を運営理念とします。 3ヶ月毎に「運営懇談会」を開催し、利用者様に提供サービスのご報告とご意見を頂きます。</p>
<p>サービスの提供内容に関する特色</p>	<p>①近隣の医療機関と連携を密にし、比較的医療依存度の高い方もご入居いただけます。②定期受診および夜間、日祝日の緊急受診が可能です。③ご利用者様と職員が共に理想的だと思える施設作りを目指します。</p>
<p>入浴、排せつ又は食事の介護</p>	<p>1 自ら実施</p>
<p>食事の提供</p>	<p>2 委託</p>
<p>洗濯・掃除等の家事の供与</p>	<p>1 自ら実施</p>
<p>健康管理の供与</p>	<p>1 自ら実施</p>
<p>安否確認又は状況把握サービス</p>	<p>1 自ら実施</p>
<p>生活相談サービス</p>	<p>1 自ら実施</p>

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護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 (I)	2	なし	
	入居継続支援加算 (II)	2	なし	
	生活機能向上連携加算 (I)	2	なし	
	生活機能向上連携加算 (II)	1	あり	
	個別機能訓練加算 (I)	1	あり	
	個別機能訓練加算 (II)	1	あり	
	ADL維持等加算 (I)	1	あり	
	ADL維持等加算 (II)	2	なし	
	夜間看護体制加算	1	あり	
	若年性認知症入居者受入加算	1	あり	
	医療機関連携加算	1	あり	
	口腔衛生管理体制加算	1	あり	
	口腔・栄養スクリーニング加算	1	あり	
	科学的介護推進体制加算	1	あり	
	退院・退所時連携加算	1	あり	
	看取り介護加算 (I)	2	なし	
	看取り介護加算 (II)	1	あり	
	認知症専門ケア加算	(I)	2	なし
		(II)	2	なし
	サービス提供体制強化加算	(I)	2	なし
		(II)	1	あり
		(III)	2	なし
	介護職員処遇改善加算	(I)	1	あり
		(II)	2	なし
(III)		2	なし	
(IV)		2	なし	
(V)		2	なし	
介護職員等特定処遇改善加算	(I)	1	あり	
	(II)	2	なし	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	2	なし		
	1	ありの場合		
		(介護・看護職員の配置率)	: 1	



(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可	○ 救急車の手配		
	○ 入退院の付き添い		
	○ 通院介助		
	その他		
協力医療機関	1	名称	医療法人清水会 相生山病院
		住所	名古屋市緑区藤塚三丁目2704番地
		診療科目	内科・呼吸器内科・循環器内科・消化器内科・リハビリテーション科・糖尿病内科
		協力科目	同上
		協力内容	ご利用者様が継続的に治療を要する場合の医学的管理。また、通院困難者へ在宅訪問診療を実施します。また消化器内科にて胃瘻交換します。
	2	名称	亀が洞皮膚科
		住所	名古屋市緑区亀が洞1-1607
		診療科目	皮膚科・形成外科・アレルギー科
		協力科目	皮膚科
		協力内容	訪問診療

	3	名称	はせ川こう眼科
		住所	名古屋市緑区兵庫1丁目108
		診療科目	眼科
		協力科目	同上
		協力内容	訪問診療
協力歯科医療機関	1	名称	外山歯科医院
		住所	豊明市新田町吉池8-11
		協力内容	定期的訪問診療・口腔ケア指導
	2	名称	広瀬歯科
		住所	名古屋市天白区島田3-602
		協力内容	定期的訪問診療・口腔ケア指導

(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		一時介護室へ移る場合	
	○	介護居室へ移る場合	
	○	その他	特別な理由がある場合1度のみ
判断基準の内容	病状変化 等		
手続きの内容	前居室の解約手続きとご希望居室の契約		
追加的費用の有無	2 なし		
居室利用権の取扱い	契約履行中は継続		
前払金償却の調整の有無	2 なし		
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	2 なし	
	便所の変更	2 なし	
	浴室の変更	2 なし	
	洗面所の変更	2 なし	
	台所の変更	2 なし	
	その他の変更	1 あり	
		1 ありの場合	
	(変更内容)	前使用居室の現状回復工事費用(経年劣化以外)	

(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
	要支援の者	1	あり
	要介護の者	1	あり
留意事項	①入居対象者は原則60歳以上②身元保証人は原則3親等以内の親族2名。③身元保証人はご利用者様の債務の連帯責任を負い、契約解除時の身元引き受け義務を負う。④入居開始7日間仮契約期間（利用日数に応じた債務は発生します）⑤相生山病院以外への受診は家族付添い。		
契約解除の内容	①ご逝去（死亡）された時 ②施設、ご利用者様の双方は30日以上前に申し出ることにより、契約を解除できる。（契約書第5章 契約の終了項による。）		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	①利用料を2ヶ月以上滞納し、督促に応じなかった時②施設での共同生活に支障をきたす迷惑行為があった時③契約書第5章 契約の終了項による。	
	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		
	1 ありの場合	(内容)	要介護者、要支援者、自立者利用可。（1泊2日13,200円（税込）3食付にて7日間程度まで利用可）
入居定員	120		人
その他			

## 5 職員体制

※ 有料老人ホーム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の職員については記載する必要はありません)。

(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	1
生活相談員	3	3	0	3
直接処遇職員	49	41	8	46.7
介護職員	38	31	7	36.28
看護職員	11	10	1	10.42
機能訓練指導員	2	1	1	1.21
計画作成担当者	2	1	1	1.2
栄養士	1	1	0	1
調理員	0	0	0	0
事務員	2	2	0	2
その他職員	1	1	0	1
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 ※2				37.5 時間
※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	0	0	0
介護福祉士	26	25	1
実務者研修の修了者	0	0	0
初任者研修の修了者	3	1	2
介護支援専門員	2	1	1

(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	1	1	0
作業療法士	1	0	1
言語聴覚士	0	0	0
柔道整復士	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0
はり師	0	0	0
きゅう師	0	0	0

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間	( 16 時 0 分 ~ 9 時 0 分 )			
	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	4	人	3	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、本欄は省略可能)	契約上の職員配置比率※ 【表示事項】	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)	2.46 : 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		2 なし							
	業務に係る資格等	2 なし								
		1 ありの場合								
	資格等の名称									
	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	3	2	1					
前年度1年間の退職者数	1	0	3	2	1				1	
に業務に応じた従事した経験年数の人数	1年未満			1						
	1年以上3年未満		5	1	1					
	3年以上5年未満		2	2	1					
	5年以上10年未満	4		9	3	1			1	
	10年以上	6	1	15				1		1
従業者の健康診断の実施状況	1 あり									

6 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態 【表示事項】		1 利用権方式
利用料金の支払い方式 【表示事項】		3 月払い方式
		4 選択方式の場合、該当する方式を全て選択
		<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 type="checkbox"/> 月払い方式
年齢に応じた金額設定		2 なし
要介護状態に応じた金額設定		2 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		1 減額なし
		3 不在期間が○日以上の場合に限り、日割り計算で減額の場合 <input type="checkbox"/> 不在期間が <input type="text"/> 日以上
利用料金の改定	条件	消費税などの税制変更時、および介護保険制度の変更時等
	手続き	運営懇談会等で説明し、各自に文書で改定通知を発行



(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1		プラン2		
入居者の状況	要介護度	要支援 1		要介護 5		
	年齢	65	歳	75	歳	
居室の状況	床面積	25	m <sup>2</sup>	18	m <sup>2</sup>	
	便所	1	有	1	有	
	浴室	1	有	2	無	
	台所	1	有	2	無	
入居時点で必要な費用	前払金	0	円	0	円	
	敷金	700,000	円	500,000	円	
月額費用の合計		282,698	円	241,128	円	
家賃		130,000	円	91,000	円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用	7,418	円	29,568	円	
	介護保険外※2	食費	82,500	円	57,780	円
		管理費	33,000	円	33,000	円
		介護費用		円		円
		光熱水費	29,780	円	29,780	円
		その他		円		円

※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。

※2 有料老人ホーム事業として受領する費用(訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない)

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	地域の平均的家賃相場
敷金	家賃の 5.5 ヶ月分
介護費用 ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。	

管理費	事務管理、事務職員人件費などのサービス提供の対価
食費	1日2,750円、または1日1,926円の食費（委託業者との契約による）
光熱水費	水道代、電気代、給湯ガス代との基本料金から換算
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2
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等の提供を行っていない場合は省略可能

費目	算定根拠
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担額	介護保険法に定める個人負担割合
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（上乗せサービス）	
※ 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可能

算定根拠		
想定居住期間 (償却年月数)		ヶ月
償却の開始日	入居日	
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)		円
初期償却率		%
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	1 全国有料老人ホーム協会以外の場合	
	名称	

7 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	29	人
	女性	86	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	20	人
	85歳以上	93	人
要介護度別	自立	5	人
	要支援1	5	人
	要支援2	15	人
	要介護1	11	人
	要介護2	24	人
	要介護3	15	人
	要介護4	25	人
入居期間別	6ヶ月未満	13	人
	6ヶ月以上1年未満	12	人
	1年以上5年未満	52	人
	5年以上10年未満	31	人
	10年以上15年未満	7	人
	15年以上	0	人

(入居者の属性)

平均年齢	90.4	歳
入居者数の合計	115	人
入居率※	95.8	%
※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。		

(前年度における退去者の状況)

退居先別の人数	自宅等	2	人
	社会福祉施設	3	人
	医療機関	2	人
	死亡	27	人
	その他	0	人
生前解約の状況	施設側の申し出	(解約事由の例)	人
	入居者側の申し出	(解約事由の例) 入院後の病状が重く、復帰の見込みがないと医師から説明を受けたため。	人

8 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)

窓口1	
窓口の名称	生活相談・苦情相談
電話番号	0562 - 93 - 6211
対応している時間	平日 9 時 0 分 ~ 17 時 0 分
	土曜 9 時 0 分 ~ 17 時 0 分
	日曜・祝日 9 時 0 分 ~ 17 時 0 分
定休日	日曜日、祝日、年末年始 (12/30~1/3)

窓口2											
窓口の名称			愛知県国民健康保険団体連合会								
電話番号			052	-	971	-	4165				
対応している時間	平日		9	時	0	分	～	17	時	0	分
	土曜			時		分	～		時		分
	日曜・祝日			時		分	～		時		分
定休日			年末年始等								
窓口3											
窓口の名称			豊明市役所 健康長寿課								
電話番号			0562	-	92	-	1111				
対応している時間	平日		8	時	30	分	～	17	時	15	分
	土曜			時		分	～		時		分
	日曜・祝日			時		分	～		時		分
定休日			年末年始等								
窓口4											
窓口の名称											
電話番号				-		-					
対応している時間	平日			時		分	～		時		分
	土曜			時		分	～		時		分
	日曜・祝日			時		分	～		時		分
定休日											
窓口5											
窓口の名称											
電話番号				-		-					
対応している時間	平日			時		分	～		時		分
	土曜			時		分	～		時		分
	日曜・祝日			時		分	～		時		分
定休日											

(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	
	1 ありの場合	
	その内容	水周りの漏水事故等
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	
	1 ありの場合	
	その内容	施設賠償保険にて対応
事故対応及びその予防のための指針	1 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	1 あり	
	1 ありの場合	
	実施日	2018年6月21日（開設以来、16回実施）
	結果の開示	1 あり
第三者による評価の実施状況	2 なし	
	1 ありの場合	
	実施日	
	評価機関名称	
	結果の開示	

9 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
管理規程	1 入居希望者に公開
事業収支計画書	3 公開していない
財務諸表の要旨	3 公開していない
財務諸表の原本	3 公開していない



10 その他

運営懇談会	1 あり	
	1 ありの場合	
	(開催頻度) 年 4 回	
	2 なしの場合	
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 ありの場合	
	提携ホーム名	
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	3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第23条の規定により、届出が不要	
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	
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	2 なし	
	1 ありの場合	
	合致しない事項がある場合の内容	
有料老人ホーム設置運営 指導指針の不適合事項	2 なし	
	「6. 既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	
不適合事項がある場合の内容		

備考

3. 建物概要（3ページ）において、一部賃借している土地であり、その他は事業所所有の土地のため、このような表記になる。

別添1

- ※1 豊明第二老人保健施設 ひかり老人保健施設 まこと老人保健施設
- ※2 豊明老人保健施設 豊明第二老人保健施設 ひかり老人保健施設 まこと老人保健施設
- ※3 清水会ケアプランニングセンターひかり 清水会ケアプランニングセンター豊明  
清水会ケアプランニングセンターパルネス前後



## 介護サービス等の一覧:(参考価格)

## グリーンヒルズケア相生

(消費税10%の場合)

	サービス内容・基準	要介護・要支援の方(税込)	自立入居者の方(税込)
1	家族・親族の宿泊(要予約) ※外来者宿泊室1室・食事付き (食事をされない場合でも料金は同じです。)	居室料 13,200円/1人/1泊2日 24,200円/2人/1泊2日	以降1日増す毎に6,600円追加 以降1日増す毎に12,100円追加
※料金は前払いになります。料金は一例になります。詳細はお問い合わせください。			
2	家族・親族の食事(要予約)	朝食:482円 昼食:722円 夕食:722円	
3	治療食(特別食)・補食管理 ※1食単位	110円/食(税込)	
4	個別対応(要予約) ※外出時の同行、個別入浴介助、等 ※所要時間単位 ※交通費は実費で頂きます	1,100円/60分(税込) 550円/30分:275円/15分:183円/10分(税込)	
5	買い物代行(要予約) ※近隣のみとし、交通費は実費で頂きます	330円/1ヶ所(税込)	
6	銀行等の手続き代行(要予約) ※所要時間単位、交通費は実費で頂きます	1,100円/時(税込)	
7	理美容サービス(要予約)	訪問美容価格表 参照(税込) カット 2,280円 : シャンプー 760円 : ブローセット 760円 顔剃り 760円 : カラー 4,700円 : パーマ 4,700円	
8	洗濯代(シルク製品等は ※重量集計(端数切り上げ)	550円/kg(税込) (洗濯物の回収、選別、計量、洗濯機洗い、乾燥機使用、たたみ、返却) (乾燥器を使用されない場合は原則的に部屋干しまでとなります。)	
9	居室配膳・下膳 ※1食単位	220円/1食(自立入居者の方)(税込)	
10	居室清掃・片付け(10分以内)	週2回迄は無料 週3回目以降:550円/10分(税込)	週1回迄は無料 週2回目以降:550円/10分(税込)
11	オムツ等(単価)  要介護・要支援の方は非課税 ※原則として持ち込み不可	紙オムツ228円 リハビリパンツ228円 尿取りパット48円 尿取りパットテープ付75円 【尿取りパット】スーパー154円 エクストラ154円 ウルトラ181円 おしり拭き282円 尿取りミニ96円 吸収シート26円 チャーム96円	紙オムツ251円 リハビリパンツ251円 尿取りパット53円 尿取りパットテープ付83円 【尿取りパット】スーパー170円 ウルトラ200円 おしり拭き311円 尿取りミニ106円 吸収シート29円 チャーム106円
12	紙オムツ類回収及び処分費 (税込) ※持ち込み使用の場合	2,750円/月 94円/日	

	サービス内容・基準	要介護・要支援の方(税込)	自立入居者の方(税込)
13	喫茶・売店	実費(現金払いにてお願いします。)	
14	歯科治療代	医療保険一部負担	
15	相生山病院受診代	医療保険一部負担	
16	相生山病院院外薬局処方代	医療保険一部負担	
17	追加入浴介護料	4回目以降 介護浴: 1,100円/回(税込) 特浴: 2,200円/回(税込)	初回目以降(自立入居者の方) 介護浴: 1,100円/回(税込) 特浴: 2,200円/回(税込)
18	個別浴室(要予約) ※2階 3階のユニットバス使用料	385円/回(30分使用料と準備・清掃を含む)(税込) (見守り等は付きません。)	
19	居室テレビNHK受信料 各種個人電話 新聞定期購読 インターネット接続工事料 個人損害賠償付き損害保険 居室の備品リースセット使用料 等	各個人契約  (当施設による支払い代金預かり、工事立ち合いなどは行っておりません。)  (契約解除手続きも各個人様、身元保証人様でお願いいたします。)	
20	コピー機使用 ※1階事務所にて受付時間内での対応	白黒 片面 10円/枚(税込) 両面 21円/枚(税込)	カラー 片面 42円/枚(税込) 両面 84円/枚(税込)
21	デジカメプリント ※行事写真等	32円/枚(税込)	
22	ナースコール追加特別注文 ※既存の長さ以上のもの、特殊なもの	実費	
23	処置時必要物品 ※血糖値測定、ガーゼ、紙テープ等 ※個別の保管を要する場合	物品は実費	
24	緊急時対応物品 ※酸素ボンベ、酸素マスク、チューブ等	物品は実費	
25	服薬管理	110円/日(税込)	
26	ポータブルトイレ洗浄代	330円/日(税込)	
27	尿器洗浄代	220円/日(税込)	
28	入居者様用駐車場	4,191円/月(日割り 140円/日)	



# グリーンヒルズケア相生 看取り介護指針

## 1、目的

この指針は、医療法人清水会グリーンヒルズケア相生の入居者に対する「看取り介護」を実施していくための指針とする。

## 2、看取り介護の考え方

近い将来、死が避けられないと診断された人に対し、身体的苦痛や精神的苦痛を緩和、軽減すると共に人生の最期まで尊厳ある生活を支援すること。看取り介護の支援は、グリーンヒルズケア相生で自然な最期を迎えたいと希望する方に対し、可能な限り疼痛やその他の不快な症状を緩和し、本人と家族の望みを叶え、安らかな最期を迎えることが出来るようにすること。

## 3、職員体制及び医療体制について

### ① 施設における職員体制、医療体制

- (1) 医師： 相生山病院(医療提携病院)の医師： 急変時に連絡が取れる。訪問診療を基本とし、必要なカンファレンスに出席し、看取り介護サービス職員に指示をする。
- (2) 看護師： 24時間交替で勤務、夜間常駐1名。看護師長は全体の統括をする。
- (3) 介護： 24時間交替で勤務、夜間常駐4名。主任は介護職員の統括をする。
- (4) 理学療法士等： ADL、フレイル等の管理、助言。
- (5) 管理栄養士： 低栄養等、栄養状態の管理。
- (6) 生活相談員： ご家族と施設職員との連携を図る。
- (7) 計画作成者： 看取り介護サービスの出来る計画を作成する。
- (8) 施設長： 看取り介護サービス提供の責任者。

### ② 施設で対応可能な終末期医療行為

- (1) 喀痰吸引、経管栄養、胃瘻栄養
- (2) 酸素吸入(在宅酸素)
- (3) 点滴(水分補給等)
- (4) 痛み止め等鎮痛剤、麻薬使用

## 4、医師や協力医療機関との連携体制

協力医療機関医師により終末期であると診断された場合、グリーンヒルズケア相生とご本人及びご家族等との話し合いを十分にを行い、「入院」または当施設での「看取り」の意思を確認する。グリーンヒルズケア相生での看取り介護を選択された場合は、「看取り同意書」に記名捺印をしていただき、書面にて意思を確認する。

## 5、看取り介護の支援内容

これまで生きてこられた入居者の人生を尊重し、最期を迎える日まで、その人がその人らしく安心して穏やかで安らぎのある日々を過ごすことが出来るように、通常の医療介護の他に、当施設で対応可能な3-②の終末期医療と看取り介護サービスを提供する。

## 重度化した場合における対応に係る指針 (特定施設入居者生活介護・夜間看護体制加算)

1. グリーンヒルズケア相生は、同一法人（医療法人清水会）の相生山病院を協力医療機関としています。入居者が継続的に治療を要する場合の外来診療、入院加療、看護指導などの医学的管理、また、通院困難者へ在宅訪問診療を実施します。入居者の重度化・看取りに伴う医療ニーズに応えるため、即応できる連携体制を確保しています。
2. グリーンヒルズケア相生では、常勤の看護師を配置して、24時間体制で入居者の日常的な健康管理を行い、居室に設置されたナースコールの対応等の業務を行っています。夜間についても、居室に設置されたナースコール、及び訪問等により入居者が直接に体調不良を訴えた場合、又は夜勤の看護職員・介護職員の観察により入居者の体調不良が認められた場合は、当施設の看護師による居室訪問を行います。状況に応じて、相生山病院への夜間受診、入院等の対応を行います。また、特に重篤な状態であると同病院医師が判断した場合には、外部の病院への緊急搬送等の対応を行います。
3. 入居者が体調の急変等により、相生山病院への緊急受診、入院を伴う医療処置が必要とされる状態になった時には、速やかにご家族に連絡を行います。

### 《協力医療機関との連携》

グリーンヒルズケア相生では下記の医療機関を協力医療機関とし、急性期・終末期の対応について連携を図ります。

#### ○医療法人清水会 相生山病院

住 所：愛知県名古屋市緑区藤塚三丁目2704番地

電話番号：052-878-3711



登録事項等についての説明（高齢者住まい法第17条関係）

令和6年5月16日

登録事項等についての説明

貸主（甲） 住所 名古屋市緑区藤塚三丁目2704番地  
 氏名 医療法人清水会 理事長 佐藤 貴久  
 代理人 住所 豊明市沓掛町山新田50番1  
 氏名 医療法人清水会 グリーンヒルズケア相生 施設長 安本 旭宏 印

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)ぐりんひるずけああいおい グリーンヒルズケア相生
所在地	(住居表示)〒470-1101 愛知県豊明市沓掛町山新田50番1
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 電車（地下鉄桜通線 徳重駅からバスで10分 降車後、徒歩3分） <input checked="" type="checkbox"/> 2. その他（地下鉄桜通線 徳重駅からタクシーで10分）
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 期間      2012年    1月    30日から                      年            月            日まで
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 期間      2012年    1月    30日から                      年            月            日まで
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 期間      2012年    2月    1日から                      2062年    1月    31日まで

(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) いりょうほうじんしみずかい 医療法人清水会
住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 458-0813 ) 愛知県名古屋市緑区藤塚三丁目2704番地 電話番号 052-878-3711
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) ぐりーんひるずけああいおい グリーンヒルズケア相生
事務所の所在地	(郵便番号 470-1101 ) 愛知県豊明市沓掛町山新田 5 0 番1 電話番号 0120-373-077

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	120	戸	
居住部分の規模	(最小)	18.61	m <sup>2</sup>	詳細については、別添 3 のとおり
	(最大)	31.62	m <sup>2</sup>	
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	RC	造	階数 地上 4 階建
竣工の年月	2013 年 2 月 15 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			

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 type="checkbox"/> 賃貸借契約 <input checked="" type="checkbox"/> その他
入居契約が賃貸借契約でない場合には、その旨	サービス付き高齢者向け住宅の基準に適した利用権方式
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
--------	---------

6. サービス付き高齢者向け住宅において提供される高齢者生活支援サービス及び入居者から受領する金銭

サービスの種類	提供形態	提供の対価（概算・月額）	
高齢者生活支援サービス	状況把握 生活相談	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託	約 33,000 円
	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 57,780 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 円
	調理等の家事	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 円
	健康の維持増進	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 円
	その他	<input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない	約 円
家賃の概算額	(最低) 約 91,000 円	住戸ごとの内容は別添 3 のとおり	
	(最高) 約 130,000 円		
共益費の概算額	(最低) 約 29,780 円		
	(最高) 約 29,780 円		
敷金の概算額	(最低) 約 500,000 円	家賃の 5.5 月分	
	(最高) 約 700,000 円		
前払金※の有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
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		
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所	<input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けている		
	<input type="checkbox"/> 指定を受けていない		
地域密着型特定施設入居者生活介護事業所	<input type="checkbox"/> 指定を受けている		
	<input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けていない		
介護予防特定施設入居者生活介護事業所	<input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けている		
	<input type="checkbox"/> 指定を受けていない		
介護サービス情報	(特定施設入居者生活介護事業者、地域密着型特定施設入居者生活介護事業者若しくは介護予防特定施設入居者生活介護事業所の指定を受けている場合には、別紙により、介護保険法第115条の35第1項に規定する介護サービス情報を示す。)		

※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 (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
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	事業所の場所
沓掛訪問看護ステーション	訪問看護、介護予防訪問看護、リハビリ	<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
		<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

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みずかいあいおいやまびょういん 医療法人清水会 相生山病院
事業所の所在地	(郵便番号 458-0813 ) 愛知県名古屋市長区藤塚三丁目2704番地 電話番号 052-878-3711
連携又は協力の 内容	入居様が継続的に治療を要する場合の外来診療、入院加療、看護指導などの医学的管理。また、消化器内科にて胃ろう交換を行います。通院が困難な入居者様には在宅訪問診療を実施します。

連携又は協力の相手方

事業所の名称	(ふりがな) とやましかいいん
	外山歯科医院
事業所の所在地	(郵便番号 470-1116 )
	愛知県豊明市新田町吉池8-11  電話番号 0562-92-3030
連携又は協力の内容	定期訪問診療・口腔ケア指導

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高齢者居住安定確保計画に沿って適切に運営します。

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条に基づく書面による説明を受けました。

年 月 日

借主（乙） 住所

氏名

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 (法人にあつ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 checked="" 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 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	7 人	<input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員	人員 2 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	26 人	<input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員 17 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	~	17 時 30 分 人員 25 人
	上記以外の時	17 時	30 分	~	9 時 0 分 人員 5 人
毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法	3食配膳時、相談員面談時、バイタルチェック時、居室訪問時、機能訓練時等				毎日 5 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	ナースコール			
	通報先	各階スタッフステーション		通報先から住宅までの到着予定時間 3 分	
サービス提供の対価(概算額)	月額	約 33,000 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 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) にほんぜねらるふード			
	住所 (法人にあつては主たる事務所の所在地)	日本ゼネラルフード (郵便番号 460-0012 ) 愛知県名古屋市中区千代田5-7-5 パークヒルズ千代田7F 電話番号 052-243-6112			
	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 470-1101 ) 愛知県豊明市沓掛町山新田50番1 電話番号 0562-93-6211			
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 57,780 円	内訳	朝食 482 円	昼食 722 円 夕食 722 円
	前払金	約 0 円	前払金の算定方法		
備考		上記は2, 3階B室の食費です。 4階A室の食費は、82500円/月 (朝食604円/食、昼食1,073円/食、夕食1,073円/食) です。 特別食は追加料金110円/食です。			

※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 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 円	前払金の算定方法		
	前払金	約 0 円			
備考		特定施設入居者生活介護 (介護保険) にてご提供致しますので、ご利用料金として介護保険自己負担金が必要となります。 また、自費でのサービスも提供しています。詳しくは、「介護サービスの一覧表」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 checked="" 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	円	前払金の算定方法	
	前払金	約	0 円		
備考	特定施設入居者生活介護（介護保険）にてご提供致しますので、ご利用料金として介護保険自己負担金が必要となります。 また、自費でのサービスも提供しています。詳しくは、「介護サービスの一覧表」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"/> 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 ( 協力病院への受診付き添い )			
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	0 円		
備考	看護職員や介護職員、協力病院が協力してサービスを提供致します。ご利用料金は、医療保険や介護保険等の本人負担金をご負担していただきます。個別に必要な医療資材、医療機器は実費負担となります。				



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 ( )		
		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	円	
備考					

## 役員名簿

(ふりがな) 氏名	役名等
さとうたかひさ 佐藤貴久	理事長
まついたつき 松井樹	常務理事
まつうらあきら 松浦昭	理事
いわたひろふみ 岩田博文	理事
すずきみつる 鈴木 満	理事
こんどうよしひろ 近藤喜博	理事
しばたかずお 柴田和男	理事
ごとうたかとし 後藤隆利	理事
むらてたかし 村手 隆	理事
のむらたかひで 野村 隆英	理事
いけぐちまさひろ 池口昌弘	監事
すぎうらやすはる 杉浦康晴	監事

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。

## 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	29.13	×	○	○	×	○	○	2	418, 437	130,000
1	26.56	×	○	○	×	○	○	22	403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436	130,000
1	26.46	×	○	○	×	○	○	1	419	130,000
1	26.42	×	○	○	×	○	○	1	439	130,000
1	25.17	×	○	○	×	○	○	2	438, 440	130,000
1	20.44	×	○	○	×	×	○	6	218, 219, 228, 318, 319, 328	91,000
1	18.61	×	○	○	×	×	○	46	203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327	91,000
1	31.62	×	○	○	×	○	○	1	401	130,000
1	29.05	×	○	○	×	○	○	1	402	130,000
1	22.21	×	○	○	×	×	○	2	201, 301	91,000
1	20.38	×	○	○	×	×	○	2	202, 302	91,000
1	19.22	×	○	○	×	×	○	34	229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 243, 244, 245, 246, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 343, 344, 345, 346,	91,000

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・脱衣室	12	290.29	1階、2階、3階、4階	120	脱衣室内WC含む
台所	3	31.16	2階、3階、4階	120	
居間・談話コーナー	6	61.87	2階、3階	90	
多目的室	1	103.03	1階	120	
ラウンジ	1	87.08	1階	120	
図書・娯楽室	1	45.39	1階	120	
洗濯室	3	21.90	1階	120	
食堂	3	303.12	2階、3階、4階	120	

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。