

## 有料老人ホーム重要事項説明書

|      |       |       |                |
|------|-------|-------|----------------|
|      |       | 記入年月日 | 2025 年 4 月 1 日 |
| 記入者名 | 西川 孝介 | 所属・職名 | ウイステリアN17 施設長  |

## 1. 事業主体概要

|                 |                                                                                                                                          |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 種類              | <input checked="" type="radio"/> 1 個人 <input type="radio"/> 2 法人<br>※法人の場合、その種類      営利法人                                                |
| 名称              | (ふりがな)      かぶしがいいしやめでいかるしすてむねっとわーく<br>株式会社メディカルシステムネットワーク                                                                               |
| 法人番号            | 法人番号の有無 <input checked="" type="radio"/> 1 あり <input type="radio"/> 2 なし<br>法人番号      6430001025872                                      |
| 事業主体の主たる事務所の所在地 | 〒 060-0010<br>北海道札幌市中央区北10条西24丁目3番地                                                                                                      |
| 連絡先             | 電話番号      011-615-9900<br>FAX番号      011-615-9901<br>メールアドレス<br>ホームページアドレス <a href="https://www.msnw.co.jp/">https://www.msnw.co.jp/</a> |
| 代表者             | 氏名      田尻 稲雄<br>職名      代表取締役                                                                                                           |
| 設立年月日           | 1999 年 9 月 16 日                                                                                                                          |
| 主な実施事業          | ※別添1(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)      さーびすつきこうれいしやむけじゅうたくういすてりあぬじゅうなな<br>サービス付き高齢者向け住宅ウイステリアN17 |
| 所在地      | 〒 001-0017<br>北海道札幌市北区北17条西3丁目2番1号                                    |
| 建物名等     |                                                                       |
| 市区町村コード  | 都道府県      北海道      市区町村      札幌市                                      |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅      地下鉄南北線北18条 駅<br>交通手段と所要時間      電車(札幌市営地下鉄南北線北18条駅から徒歩1分)     |
| 連絡先      | 電話番号      011-727-1722<br>FAX番号      011-727-1723<br>メールアドレス          |

|               |            |                                                                 |      |      |
|---------------|------------|-----------------------------------------------------------------|------|------|
|               | ホームページアドレス | <a href="https://www.msnw-wis.jp/">https://www.msnw-wis.jp/</a> |      |      |
| 管理者           | 氏名         | 西川 孝介                                                           |      |      |
|               | 職名         | 施設長                                                             |      |      |
| 建物の竣工日        |            | 2007 年                                                          | 11 月 | 9 日  |
| 有料老人ホーム事業の開始日 |            | 2007 年                                                          | 12 月 | 10 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)       |            |      |     |
|             | 2 介護付(外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合) |            |      |     |
|             | 3 住宅型                              |            |      |     |
|             | 4 健康型                              |            |      |     |
| 1又は2に該当する場合 | 介護保険事業者番号                          | 0170208169 |      |     |
|             | 指定した自治体名                           | 札幌市        |      |     |
|             | 事業所の指定日                            | 2017 年     | 10 月 | 1 日 |
|             | 指定の更新日(直近)                         | 2023 年     | 10 月 | 1 日 |

3. 建物概要

|          |                |                 |         |                |              |
|----------|----------------|-----------------|---------|----------------|--------------|
| 土地       | 敷地面積           | 1750.28         |         | m <sup>2</sup> |              |
|          | 所有関係           | 1 事業者が自ら所有する土地  |         | 2 事業者が貸借する土地   |              |
|          |                | 2 事業者が貸借する土地の場合 |         |                |              |
|          |                | 貸借の種別           | 1 普通貸借  |                | 2 定期貸借       |
|          |                | 抵当権の有無          | 1 あり    |                | 2 なし         |
|          |                | 契約期間            | 1 あり    |                | 2 なし         |
|          |                |                 | 開始      |                |              |
|          |                |                 | 年       | 月              | 日            |
|          |                |                 | 終了      |                |              |
|          | 年              | 月               | 日       |                |              |
| 契約の自動更新  | 1 あり           |                 | 2 なし    |                |              |
| 建物       | 延床面積           | 全体              | 9981.64 | m <sup>2</sup> |              |
|          |                | うち、老人ホーム部分      | 7769.51 | m <sup>2</sup> |              |
|          | 耐火構造           | 1 耐火建築物         |         |                |              |
|          |                | 2 準耐火建築物        |         |                |              |
|          |                | 3 その他           |         |                |              |
|          | 構造             | 3 その他の場合        |         |                |              |
|          |                | 1 鉄骨鉄筋コンクリート造   |         |                |              |
|          |                | 2 鉄骨造           |         |                |              |
|          |                | 3 木造            |         |                |              |
|          |                | 4 その他           |         |                |              |
| 4 その他の場合 |                |                 |         |                |              |
|          | 1 事業者が自ら所有する建物 |                 |         |                | 2 事業者が貸借する建物 |

|      |                 |        |        |
|------|-----------------|--------|--------|
| 所有関係 | 2 事業者が貸借する建物の場合 |        |        |
|      | 貸借の種別           | 1 普通貸借 | 2 定期貸借 |
|      | 抵当権の有無          | 1 あり   | 2 なし   |
|      | 契約期間            | 1 あり   | 2 なし   |
|      |                 | 開始     |        |
|      |                 | 年      | 月 日    |
|      |                 | 終了     |        |
|      |                 | 年      | 月 日    |
|      | 契約の自動更新         | 1 あり   | 2 なし   |

|                                                 |                                                                 |           |                       |                       |        |        |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|-----------------------|--------|--------|
| 居室の<br>状況                                       | 居室区分<br>【表示事項】                                                  |           | (1) 全室個室(縁故者個室含む)     |                       |        |        |
|                                                 |                                                                 |           | 2 相部屋あり               |                       |        |        |
|                                                 |                                                                 |           | 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                                                            | (有) 無     | (有) 無                 | 70.436 m <sup>2</sup> | 15室    | 一般居室個室 |
| タイプ2                                            | (有) 無                                                           | (有) 無     | 64.856 m <sup>2</sup> | 35室                   | 一般居室個室 |        |
| タイプ3                                            | (有) 無                                                           | (有) 無     | 73.471 m <sup>2</sup> | 14室                   | 一般居室個室 |        |
| ※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入 |                                                                 |           |                       |                       |        |        |
| 共用施設                                            | 共用便所における便房                                                      | 18 か所     | うち男女別の対応が可能な便房        |                       | 13     | か所     |
|                                                 |                                                                 |           | うち車椅子等の対応が可能な便房       |                       | 5      | か所     |
|                                                 | 共用浴室                                                            | 2 か所      | 個室                    |                       | 0      | か所     |
|                                                 |                                                                 |           | 大浴場                   |                       | 2      | か所     |
|                                                 | 共用浴室における介護浴槽                                                    | 0 か所      | チェアー浴                 |                       | 0      | か所     |
|                                                 |                                                                 |           | リフト浴                  |                       | 0      | か所     |
|                                                 |                                                                 |           | ストレッチャー浴              |                       | 0      | か所     |
|                                                 |                                                                 |           | その他                   |                       | か所     |        |
|                                                 | 食堂                                                              | (1) あり    | 2 なし                  |                       |        |        |
|                                                 | 入居者や家族が利用できる調理設備                                                | (1) あり    | 2 なし                  |                       |        |        |
| エレベーター                                          | (1) あり(車椅子対応)<br>(2) あり(ストレッチャー対応)<br>3 あり(上記1・2に該当しない)<br>4 なし |           |                       |                       |        |        |
| 消防用設備等                                          | 消火器                                                             | (1) あり    | 2 なし                  |                       |        |        |
|                                                 | 自動火災報知設備                                                        | (1) あり    | 2 なし                  |                       |        |        |
|                                                 | 火災通報設備                                                          | (1) あり    | 2 なし                  |                       |        |        |
|                                                 | スプリンクラー                                                         | (1) あり    | 2 なし                  |                       |        |        |
|                                                 | 防火管理者                                                           | (1) あり    | 2 なし                  |                       |        |        |
|                                                 | 防災計画                                                            | (1) あり    | 2 なし                  |                       |        |        |
| 緊急通報装置等                                         | 居室                                                              | (1) 全居室あり | 2 一部居室あり              | 3 なし                  |        |        |
|                                                 | 便所                                                              | (1) 全便所あり | 2 一部便所あり              | 3 なし                  |        |        |
|                                                 | 浴室                                                              | (1) 全浴室あり | 2 一部浴室あり              | 3 なし                  |        |        |
|                                                 | その他                                                             |           |                       |                       |        |        |
|                                                 | 1 あり                                                            | 2 一部あり    | 3 なし                  |                       |        |        |
| その他                                             |                                                                 |           |                       |                       |        |        |

#### 4. サービスの内容

(全体の方針)

|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |      |      |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|
| 運営に関する方針        | 「活動的な高齢者」、「一人暮らしの高齢者」、「要介護等的高齢者」それぞれの高齢者が安心して自立した生活を送れる『住』環境の提案・提供を中心に、高齢者のライフスタイルを支援する。<br>高齢者個々の明るい人生を共に迎える『こころ』通う事業経営を目指す。                                                                                                                                                                                                                              |      |      |
| サービスの提供内容に関する特色 | ○介護サービス<br>介護が必要になった場合、施設内のケアマネージャーが入居者にあった介護プランを作成し、ケアプランに沿って専門のスタッフが入居者の介護にあたります。<br>○健康管理サービス<br>定期健康診断、健康相談、毎日の安否確認<br>○食事サービス<br>1日3食の提供(食事代は実費)<br>○生活相談・助言など<br>各種相談、助言等<br>○コンシェルジュサービス<br>毎日を快適に楽しく過ごしていただくためにさまざまなお手伝いをします。<br>来訪者・ご家族との連絡、共用施設の予約管理、勝手続きのアドバイス代行、お困りごとの相談対応<br>タクシー手配、来訪者取次ぎ、モーニングコール、不在時の伝言<br>○コミュニケーションサポート<br>イベント企画、生きがい支援 |      |      |
| 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 | 3 なし |
| 生活相談サービス        | ① 自ら実施                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 2 委託 | 3 なし |

(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<br><br>※1 「協力医療機関連携加算(Ⅰ)」は、「相談・診療を行う体制を常時確保し、緊急時に入院を受け入れる体制を確保している協力医療機関と連携している場合」に該当する場合を指し、「協力医療機関連携加算(Ⅱ)」は、「協 | 入居継続支援加算       | (Ⅰ) | 1 あり | ② なし |
|                                                                                                                                                 |                | (Ⅱ) | 1 あり | ② なし |
|                                                                                                                                                 | 生活機能向上連携加算     | (Ⅰ) | 1 あり | ② なし |
|                                                                                                                                                 |                | (Ⅱ) | 1 あり | ② なし |
|                                                                                                                                                 | ADL維持等加算       | (Ⅰ) | 1 あり | ② なし |
|                                                                                                                                                 |                | (Ⅱ) | 1 あり | ② なし |
|                                                                                                                                                 | 個別機能訓練加算       | (Ⅰ) | 1 あり | ② なし |
|                                                                                                                                                 |                | (Ⅱ) | 1 あり | ② なし |
|                                                                                                                                                 | 夜間看護体制加算       | (Ⅰ) | 1 あり | ② なし |
|                                                                                                                                                 |                | (Ⅱ) | 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 |
|                                                                                                                                                 | 協力医療機関連携加算(※1) | (Ⅰ) | 1 あり | ② なし |
|                                                                                                                                                 |                | (Ⅱ) | 1 あり | ② なし |
|                                                                                                                                                 | 口腔衛生管理体制加算(※2) |     | 1 あり | ② なし |
|                                                                                                                                                 | 口腔・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 |
|                                                                                                                                                 | 退居時情報提供加算      |     | 1 あり | ② なし |
|                                                                                                                                                 | 看取り介護加算        | (Ⅰ) | 1 あり | ② なし |
|                                                                                                                                                 |                | (Ⅱ) | 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 |
|                                                                                                                                                 | 高齢者施設等感染対策向上加算 | (Ⅰ) | 1 あり | ② なし |
|                                                                                                                                                 |                | (Ⅱ) | 1 あり | ② なし |
|                                                                                                                                                 | 新興感染症等施設療養費    |     | 1 あり | ② なし |
|                                                                                                                                                 | 生産性向上推進体制加算    | (Ⅰ) | 1 あり | ② なし |
|                                                                                                                                                 |                | (Ⅱ) | 1 あり | ② なし |

|                                                                                       |               |         |      |      |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------|------|------|
| 医療機関連携加算<br>(Ⅰ)」以外に該当する<br>場合を指す。<br><br>※2「地域密着型特定<br>施設入居者生活介護」<br>の指定を受けている場<br>合。 | サービス提供体制強化加算  | (Ⅰ)     | 1 あり | 2 なし |
|                                                                                       |               | (Ⅱ)     | 1 あり | 2 なし |
|                                                                                       |               | (Ⅲ)     | 1 あり | 2 なし |
|                                                                                       | 介護職員等処遇改善加算   | (Ⅰ)     | 1 あり | 2 なし |
|                                                                                       |               | (Ⅱ)     | 1 あり | 2 なし |
|                                                                                       |               | (Ⅲ)     | 1 あり | 2 なし |
|                                                                                       |               | (Ⅳ)     | 1 あり | 2 なし |
|                                                                                       |               | (Ⅴ)(1)  | 1 あり | 2 なし |
|                                                                                       |               | (Ⅴ)(2)  | 1 あり | 2 なし |
|                                                                                       |               | (Ⅴ)(3)  | 1 あり | 2 なし |
|                                                                                       |               | (Ⅴ)(4)  | 1 あり | 2 なし |
|                                                                                       |               | (Ⅴ)(5)  | 1 あり | 2 なし |
|                                                                                       |               | (Ⅴ)(6)  | 1 あり | 2 なし |
|                                                                                       |               | (Ⅴ)(7)  | 1 あり | 2 なし |
|                                                                                       |               | (Ⅴ)(8)  | 1 あり | 2 なし |
|                                                                                       |               | (Ⅴ)(9)  | 1 あり | 2 なし |
|                                                                                       |               | (Ⅴ)(10) | 1 あり | 2 なし |
|                                                                                       | (Ⅴ)(11)       | 1 あり    | 2 なし |      |
|                                                                                       | (Ⅴ)(12)       | 1 あり    | 2 なし |      |
|                                                                                       | (Ⅴ)(13)       | 1 あり    | 2 なし |      |
| (Ⅴ)(14)                                                                               | 1 あり          | 2 なし    |      |      |
| 人員配置が手厚い介護サ-<br>ビスの実施の有無                                                              | 1 あり          | 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<br>※複数選択可 | <input type="radio"/> | 救急車の手配                                                      |      |      |
|                | <input type="radio"/> | 入退院の付き添い                                                    |      |      |
|                | <input type="radio"/> | 通院介助                                                        |      |      |
|                |                       | その他                                                         |      |      |
| 1              | 名称                    | 社会医療法人母恋天使病院                                                |      |      |
|                | 住所                    | 北海道札幌市東区北12条東3丁目1番1号                                        |      |      |
|                | 診療科目                  | 消化器内科、血液内科、循環器内科<br>人工透析内科、呼吸器内科、糖尿病内科<br>精神科、外科、整形外科、耳鼻咽喉科 |      |      |
|                | 協力科目                  | 消化器内科、血液内科、循環器内科<br>人工透析内科、呼吸器内科、糖尿病内科<br>精神科、外科、整形外科、耳鼻咽喉科 |      |      |
|                | 協力内容                  | 入所者の病状の急変時等に<br>おいて相談対応を行う体制を<br>常時確保                       | 1 あり | 2 なし |
|                |                       | 診療の求めがあった場合に<br>おいて診療を行う体制を常時確<br>保                         | 1 あり | 2 なし |
|                | 名称                    | 医療法人讃生会宮の森記念病院                                              |      |      |

協力医療  
機関

|                             |      |                                                    |      |      |
|-----------------------------|------|----------------------------------------------------|------|------|
| 2                           | 住所   | 北海道札幌市中央区宮の森3条7丁目5番25号                             |      |      |
|                             | 診療科目 | 脳神経外科、内科、腎臓内科、循環器科外科・消化器内科、放射線科、リハビリテーション科         |      |      |
|                             | 協力科目 | 脳神経外科、内科、腎臓内科、循環器科外科・消化器内科、放射線科、リハビリテーション科         |      |      |
|                             | 協力内容 | 入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保                      | 1 あり | ② なし |
| 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保 |      | 1 あり                                               | ② なし |      |
| 3                           | 名称   | 医療法人北志会札幌ライラック病院                                   |      |      |
|                             | 住所   | 北海道札幌市豊平区豊平6条8丁目2番18号                              |      |      |
|                             | 診療科目 | 内科、消化器内科、内視鏡内科、糖尿病代謝内科、神経内科、リハビリテーション科<br>整形外科、麻酔科 |      |      |
|                             | 協力科目 | 内科、消化器内科、内視鏡内科、糖尿病代謝内科、神経内科、リハビリテーション科<br>整形外科、麻酔科 |      |      |
|                             | 協力内容 | 入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保                      | 1 あり | ② なし |
|                             |      | 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保                        | 1 あり | ② なし |

|                   |         |                               |                               |      |      |
|-------------------|---------|-------------------------------|-------------------------------|------|------|
|                   | 4       | 名称                            | 医療法人社団 札幌道都病院                 |      |      |
|                   |         | 住所                            | 北海道札幌市東区北17条東14丁目3番2号         |      |      |
|                   |         | 診療科目                          | 内科、外科、形成外科、リハビリテーション科         |      |      |
|                   |         | 協力科目                          | 内科、外科、形成外科、リハビリテーション科         |      |      |
|                   |         | 協力内容                          | 入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 | 1 あり | 2 なし |
|                   |         |                               | 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保   | 1 あり | 2 なし |
|                   | 5       | 名称                            | 医療法人社団菊池皮膚科クリニック              |      |      |
|                   |         | 住所                            | 北海道札幌市北区北17条西3丁目21番プロストJビル1F  |      |      |
|                   |         | 診療科目                          | 一般皮膚科、皮膚外科                    |      |      |
|                   |         | 協力科目                          | 一般皮膚科、皮膚外科                    |      |      |
| 協力内容              |         | 入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 | 1 あり                          | 2 なし |      |
|                   |         | 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保   | 1 あり                          | 2 なし |      |
| 新興感染症発生時に連携する医療機関 | 1 あり    |                               | 2 なし                          |      |      |
|                   | 1 ありの場合 |                               |                               |      |      |
|                   | 医療機関の名称 |                               |                               |      |      |
|                   | 医療機関の住所 |                               |                               |      |      |
| 協力歯科医療機関          | 1       | 名称                            | 医療法人社団律英会鈴木歯科クリニック            |      |      |
|                   |         | 住所                            | 北海道札幌市北区北24条西4丁目1-6鈴木ビル2階     |      |      |
|                   |         | 協力内容                          | 口腔ケア、義歯作成・調整、虫歯の治療抜歯          |      |      |
|                   | 2       | 名称                            | 北24条ターミナル歯科                   |      |      |
|                   |         | 住所                            | 北海道札幌市北区北23条西4丁目2-1ターミナルハイツ3階 |      |      |
|                   |         | 協力内容                          | 口腔ケア、義歯作成・調整、虫歯の治療抜歯          |      |      |
|                   | 3       | 名称                            | 医療法人社団郁栄会札幌ピースデンタルクリニック       |      |      |
|                   |         | 住所                            | 北海道札幌市北区北17条西4-2-32クレスト18 2階  |      |      |
|                   |         | 協力内容                          | 口腔ケア、義歯作成・調整、虫歯の治療抜歯          |      |      |

(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           | ・原則として60歳以上の方<br>・同居できるのは入居者の配偶者又は2親等以内の親族<br>・3人での入居は原則認められません<br>・他の入居者と共同生活を円満にできる方 |      |      |

|                |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                        |
|----------------|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| 契約解除の内容        | 建物賃貸借契約書第15条による |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                        |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項            | ①家賃等を2ヶ月以上滞納したとき<br>②家賃等の支払いをしばしば遅延し、その遅延が本契約における甲乙間の信頼関係を害するものと甲が認めたとき<br>③甲の承諾を得ないで第12条各号に該当する行為を行ったとき<br>④第14条に規定する甲への通知を怠ったとき<br>⑤本物件・付帯施設・本件建物又はその敷地を、乙の責めに帰すべき事由により毀損・汚損・破損又は滅失して、その財産上の価値を著しく減少させたとき<br>⑥乙が2ヶ月以上行方不明となり、第2条第3項の義務を履行することができないと認められるとき<br>⑦共同生活の秩序を著しく乱す行為があったとき<br>⑧その他、本契約及び管理規程、並びにこれらに付帯する諸規定に違反したとき<br>⑨本物件の入居申込書等に虚偽の事項を記載し、その他不正の手段により本物件に入居したことが判明したとき<br>⑩乙が、暴力団構成員・同準構成員・暴走族・反社会的勢力の構成員・関係者であることが判明したとき、又は入居後それらの者が出入りしているとき<br>⑪本件建物内又は近隣において、暴力団及び反社会的勢力の威力を背景にして、粗野又は乱暴な言動をし、他の入居者・管理者・出入者等に対し迷惑や不安感を与えたとき<br>⑫本件建物内又は近隣において、暴行・傷害・脅迫・恐喝・器物損壊・逮捕・監禁・凶器準備集合・賭博・売春・ノミ行為・覚せい剤・拳銃・火薬類等に関する犯罪を敢行し、若しくは乙又は乙と関係ある者がこれらの犯罪を敢行したとき |                        |
|                | 解約予告期間          | 相当の期間を定めて催告したうえで、本契約を解除することができる                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                        |
|                | 入居者から解約予告期間     | 少なくとも30日前に解約の申し入れを行う事により、契約を解約することができる                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                        |
| 体験入居の内容        | 1 あり            | 2 なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                        |
|                | 1 ありの場合         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                        |
|                |                 | (内容)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 原則1泊2日(宿泊費徴収しない/食事代実費) |
| 入居定員           | 128 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<br>※1※2 |     |
|---------|------|----------|----|----------------|-----|
|         |      | 合計       |    |                |     |
|         |      |          | 常勤 |                | 非常勤 |
| 管理者     |      | 1        | 1  |                |     |
| 生活相談員   |      | 2        | 2  |                |     |
| 直接処遇職員  |      | 13       | 13 |                |     |
|         | 介護職員 | 10       | 10 |                |     |
|         | 看護職員 | 3        | 3  |                |     |
| 機能訓練指導員 |      | 1        | 1  |                |     |
| 計画作成担当者 |      | 1        | 1  |                |     |
| 栄養士     |      | 0        |    |                |     |
| 調理員     |      | 0        |    |                |     |
| 事務員     |      | 0        |    |                |     |

|                                                                                                  |   |   |       |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|-------|--|
| コンシェルジュ                                                                                          | 1 | 1 |       |  |
| 1週間のうち、常勤の従業員が勤務すべき時間数※2                                                                         |   |   | 40 時間 |  |
| ※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業員の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業員が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業員の人数を常勤の従業員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  |    |     |
| 介護福祉士     | 10 | 10 |     |
| 実務者研修の修了者 | 0  |    |     |
| 初任者研修の修了者 | 0  |    |     |
| 介護支援専門員   | 0  |    |     |

(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  |    |     |
| 理学療法士       | 0  |    |     |
| 作業療法士       | 0  |    |     |
| 言語聴覚士       | 0  |    |     |
| 柔道整復士       | 0  |    |     |
| あん摩マッサージ指圧師 | 1  | 1  |     |
| はり師         | 0  |    |     |
| きゅう師        | 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 15 分 ～ 9 時 15 分 ) |  |                |
|          | 平均人数                     |  | 最少時人数(休憩者等を除く) |
| 看護職員     | 0 人                      |  | 0 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<br>介護の利用者に対する<br>看護・介護職員の割合<br>(一般形特定施設以外の場<br>合、本欄は省略可能) | 契約上職員配置比率※<br>【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<br>(記入日時点での利用者数:常勤換<br>算職員数) |   | 2.2      | :1 |
|                                                                     |                                      |   |          |    |
|                                                                     | ホームの職員数                              |   | 25       | 人  |

|                                                                    |            |  |
|--------------------------------------------------------------------|------------|--|
| 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<br>(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) | 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          |         |     |    |     |    |     |
|                                                                                             | 業務にか<br>かる資格等 | 1 あり    |       | 2 なし          |         |     |    |     |    |     |
|                                                                                             |               | 1 ありの場合 |       |               |         |     |    |     |    |     |
|                                                                                             |               | 資格等の名称  |       | 社会福祉士・甲種防火管理者 |         |     |    |     |    |     |
|                                                                                             | 看護職員          | 介護職員    | 生活相談員 | 機能訓練指導人       | 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                                                                                 |               |         | 2     |               |         |     |    |     |    |     |
| 職<br>年<br>務<br>員<br>数<br>に<br>の<br>に<br>従<br>人<br>応<br>事<br>数<br>じ<br>し<br>た<br>た<br>職<br>経 | 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10年未満     |         |       | 1             |         |     |    |     |    |     |
|                                                                                             | 10年以上         | 3       |       | 9             |         | 2   |    |     | 1  |     |
| 従業者の健康診断の実施状況                                                                               |               | 1 あり    |       | 2 なし          |         |     |    |     |    |     |

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

|                             |     |                                                                    |      |                        |             |        |  |
|-----------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------|------|------------------------|-------------|--------|--|
| 居住の権利形態<br>【表示事項】           |     | 1 利用権方式                                                            |      | 2 建物賃貸借方式              | 3 終身建物賃貸借方式 |        |  |
| 利用料金の支払い方法<br>【表示事項】        |     | 1 全額前払い方式                                                          |      | 2 一部前払い・月払い方式          | 3 月払い方式     | 4 選択方式 |  |
|                             |     |                                                                    |      | 4 選択方式の場合、該当する方式をすべて選択 |             |        |  |
|                             |     |                                                                    |      | 全額前払い方式                |             |        |  |
|                             |     |                                                                    |      | 一部前払い・一部月払い方式          |             |        |  |
|                             |     |                                                                    |      | 月払い方式                  |             |        |  |
| 年齢に応じた金額設定                  |     | 1 あり                                                               | 2 なし |                        |             |        |  |
| 要介護状態に応じた金額設定               |     | 1 あり                                                               | 2 なし |                        |             |        |  |
| 入院等による不在時における利用料金(月払い)の取り扱い |     | 1 減額なし                                                             |      | 2 日割り計算で減額             |             |        |  |
|                             |     | 3 不在期間が                                                            |      | 日以上の場合に限り、日割り計算で減額     |             |        |  |
| 利用料金の改定                     | 条件  | 1. 消費者物価指数、雇用情勢その他の経済事情の変動<br>2. 消費税法の改正                           |      |                        |             |        |  |
|                             | 手続き | 1. 協議の上、改定を行う<br>2. 消費税法(地方消費税を含む)が改正された場合、その改正期日をもって消費税付加部分を変更する。 |      |                        |             |        |  |

## (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    |                  | 自立      |                | 自立      |                |   |
|            | 年齢      |                  | 80      | 歳単身            | 80歳 80歳 | ご夫婦            |   |
| 居室の状況      | 床面積     |                  | 64.85   | m <sup>2</sup> | 73.47   | m <sup>2</sup> |   |
|            | 便所      |                  | 1 あり    | 2 なし           | 1 あり    | 2 なし           |   |
|            | 浴室      |                  | 1 あり    | 2 なし           | 1 あり    | 2 なし           |   |
|            | 台所      |                  | 1 あり    | 2 なし           | 1 あり    | 2 なし           |   |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金     |                  |         | 円              |         | 円              |   |
|            | 敷金      |                  | 600,000 | 円              | 600,000 | 円              |   |
| 月額費用の合計    |         |                  | 343,800 | 円              | 500,600 | 円              |   |
| サービス費用     | 家賃      |                  | 221,000 | 円              | 295,000 | 円              |   |
|            | 介護保険外※2 | 特定施設入居者生活介護※1の費用 |         |                | 円       |                | 円 |
|            |         | 食費               |         | 52,800         | 円       | 105,600        | 円 |
|            |         | 管理費              |         | 70,000         | 円       | 100,000        | 円 |
|            |         | 介護費用             |         |                | 円       |                | 円 |
|            |         | 光熱水費             |         | 別途請求           |         | 別途請求           |   |
|            | 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係る介護費用は、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                        | 土地の取得費及び建築コストからm <sup>2</sup> 数で割り戻して算定しています。     |
| 敷金                        | 家賃の 2ヶ月分(目安)                                      |
| 介護費用※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 | ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。                             |
| 管理費                       | 階段・廊下等共用部分の運営維持管理に必要な光熱費・上下水道使用料・清掃費等を根拠に算定しています。 |
| 食費                        | 委託費及び食材費等を根拠に算定しています。                             |
| 光熱水費                      | 個別請求                                              |
| 利用者の個別的な選択によるサービスの利用料     | 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                      | <p>○要介護度に応じて下記の介護費用(1ヶ月の自己負担額)を徴収する。</p> <p>要支援1 6,898円 要支援2 11,358円<br/>           要介護1 19,525円 要介護2 21,824円<br/>           要介護3 24,226円 要介護4 26,457円<br/>           要介護5 28,824円</p> <p>※上記の料金は、1ヶ月を30日として計算した場合の1割負担額<br/>           ※札幌市は介護保険法において7級地に該当(×10.14)<br/>           ※料金には介護職員処遇改善加算Ⅰ含む</p> |
| 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) | 介護保険対象外サービス費として徴収(詳細は別添2)                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| ※介護予防・地域密着型の場合を含む。                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

## 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         | 30 | 人 |
|       | 女性         | 48 | 人 |
| 年齢別   | 65歳未満      | 1  | 人 |
|       | 65歳以上75歳未満 | 4  | 人 |
|       | 75歳以上85歳未満 | 17 | 人 |
|       | 85歳以上      | 56 | 人 |
| 要介護度別 | 自立         | 30 | 人 |
|       | 要支援1       | 16 | 人 |
|       | 要支援2       | 11 | 人 |
|       | 要介護1       | 12 | 人 |
|       | 要介護2       | 6  | 人 |
|       | 要介護3       | 2  | 人 |
|       | 要介護4       | 1  | 人 |
|       | 要介護5       | 0  | 人 |
| 入居期間別 | 6か月未満      | 5  | 人 |
|       | 6か月以上1年未満  | 5  | 人 |
|       | 1年以上5年未満   | 25 | 人 |
|       | 5年以上10年未満  | 15 | 人 |
|       | 10年以上15年未満 | 16 | 人 |
|       | 15年以上      | 12 | 人 |

(入居者の属性)

|         |      |   |
|---------|------|---|
| 平均年齢    | 87.8 | 歳 |
| 入居者数の合計 | 78   | 人 |

|                                                 |    |   |
|-------------------------------------------------|----|---|
| 入居率※                                            | 97 | % |
| ※ 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)

|         |          |                          |   |
|---------|----------|--------------------------|---|
| 退去先別の人数 | 自宅等      |                          | 人 |
|         | 社会福祉施設   |                          | 人 |
|         | 医療機関     |                          | 人 |
|         | 死亡       | 3                        | 人 |
|         | その他      | 3                        | 人 |
| 生前解約の状況 |          |                          | 人 |
|         | 施設側の申し出  | (解約事由の例)                 |   |
|         | 入居者側の申し出 | 3                        | 人 |
|         |          | (解約事由の例)<br>他の有料老人ホームへ転居 |   |

## 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) ※複数ある場合は欄を増やして記入すること。

|              |       |                                           |
|--------------|-------|-------------------------------------------|
| 窓口1          |       |                                           |
| 窓口の名称        |       | お客様苦情相談窓口 施設長及び生活相談員                      |
| 電話番号         |       | 011-727-1722                              |
| 対応している<br>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※事情により即時に対応出来ない場合は、<br>後日回答となる場合がございます。 |
| 窓口2          |       |                                           |
| 窓口の名称        |       | 札幌市保健福祉局高齢保健福祉部<br>事業指導担当課                |
| 電話番号         |       | 011-211-2972                              |
| 対応している<br>時間 | 平日    | 9:00～17:00                                |
|              | 土曜    | なし                                        |
|              | 日曜・祝日 | なし                                        |
| 定休日          |       | 土・日・祝日                                    |

(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 <input checked="" type="radio"/> あり      2 なし |      |  |
|                                 | 1 ありの場合                                         |      |  |
|                                 |                                                 | その内容 |  |
| 介護サービス提供により賠償すべき<br>事故が発生した時の対応 | 1 <input checked="" type="radio"/> あり      2 なし |      |  |
|                                 | 1 ありの場合                                         |      |  |
|                                 |                                                 | その内容 |  |
| 事故対応及びその予防のための指針                | 1 <input checked="" type="radio"/> 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、<br>意見箱等利用者の意<br>見等を把握する取組の<br>状況 | 1 <input checked="" type="radio"/> あり      2 なし |        |  |
|                                              | 1 ありの場合                                         |        |  |
|                                              |                                                 | 実施日    |  |
|                                              |                                                 | 結果の開示  |  |
| 第三者による評価の実<br>施状況                            | 1 あり      2 <input checked="" type="radio"/> 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

|          |                                       |
|----------|---------------------------------------|
| 入居契約書の雛型 | 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>3 公開していない |
| 管理規定     | 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>3 公開していない |
| 事業収支計画書  | 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>3 公開していない |
| 財務諸表の要旨  | 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>3 公開していない |
| 財務諸表の原本  | 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>3 公開していない |

10. その他

|                  |                                        |                                |
|------------------|----------------------------------------|--------------------------------|
| 運営懇談会            | 1 あり                      2 なし         |                                |
|                  | 1 ありの場合                                |                                |
|                  | (開催頻度)年                                | 1 回                            |
|                  | 2 なしの場合                                |                                |
|                  | 1 代替措置あり                      2 代替措置なし |                                |
|                  | 1 代替措置ありの場合                            |                                |
|                  | (内容)                                   |                                |
| 高齢者虐待防止のための取組の状況 | 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 |
|                  | 定期的な研修の実施                              | 1 あり                      2 なし |
|                  | 担当者の配置                                 | 1 あり                      2 なし |
|                  | 身体的拘束等適正化検討委員会の開催                      | 1 あり                      2 なし |
|                  | 指針の整備                                  | 1 あり                      2 なし |
|                  | 定期的な研修の実施                              | 1 あり                      2 なし |

|                                              |                                                                                |                                                  |                |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------|
| 身体的拘束等の適正化のための取組の状況                          | 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)を行うこと                               |                                                  |                |
|                                              | 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                                   | 1 あり      2 なし                                   |                |
| 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                                                                  |                                                  | 1 あり      2 なし |
|                                              | 災害に関する業務継続計画                                                                   |                                                  | 1 あり      2 なし |
|                                              | 職員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 |
|                                              | 定期的な業務継続計画の見直し                                                                 |                                                  | 1 あり      2 なし |
| 提携ホームへの移行【表示事項】                              | 1 あり      2 なし                                                                 |                                                  |                |
|                                              | 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               | 1 あり      2 なし<br>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      2 なし                                                                 |                                                  |                |
| 札幌市有料老人ホーム設置運営指導指針「第6 規模及び構造設備」に合致しない事項      | 1 あり      2 なし                                                                 |                                                  |                |
|                                              | 1 ありの場合                                                                        |                                                  |                |
|                                              | 合致しない事項がある場合の内容<br><br>「第7 既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性                              | 1 適合している(代替措置)<br>2 適合している(将来の改善計画)<br>3 適合していない |                |
| 札幌市有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項                     |                                                                                |                                                  |                |
| 不適合事項がある場合の内容                                |                                                                                |                                                  |                |

備考

添付書類： 別添1(別を実施する介護サービス一覧表)  
別添2(個別選択による介護サービス一覧表)

※ \_\_\_\_\_ 様

説明年月日                      年                      月                      日

説明者署名 \_\_\_\_\_

※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

| 介護サービスの種類   | 有無 |    | 事業所の名称                  | 所在地                       | 併設 | 隣接 |
|-------------|----|----|-------------------------|---------------------------|----|----|
| ＜居宅サービス＞    |    |    |                         |                           |    |    |
| 訪問介護        | あり | なし | 訪問介護ステーション<br>ウイステリア清田  | 札幌市清田区真栄1条<br>1丁目1番15号    | ○  |    |
| 訪問介護        | あり | なし | 訪問介護ステーション<br>ウイステリア南1条 | 札幌市中央区南1条<br>西14丁目291番地81 | ○  |    |
| 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 |  |  |  |  |
| 地域密着型通所介護            | 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<br>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 |                         |                           |   |  |
| 介護医療院             | あり | なし |                         |                           |   |  |
| ＜介護予防・日常生活支援総合事業＞ |    |    |                         |                           |   |  |
| 訪問型サービス           | あり | なし | 訪問介護ステーション<br>ウイステリア清田  | 札幌市清田区真栄1条<br>1丁目1番15号    | ○ |  |
| 訪問型サービス           | あり | なし | 訪問介護ステーション<br>ウイステリア南1条 | 札幌市中央区南1条<br>西14丁目291番地81 | ○ |  |
| 通所型サービス           | あり | なし |                         |                           |   |  |
| その他生活支援サービス       | あり | なし |                         |                           |   |  |

別添2 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

| 特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無      |     |     |     | 個別の利用料で、実施するサービス<br>(利用者が全額負担) |  | 包含※2 |  | 都度※2 | 料金※3     | あり                                                                                    | なし |
|---------------------------------------|-----|-----|-----|--------------------------------|--|------|--|------|----------|---------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス<br>(利用者一部負担※1) |     |     |     |                                |  |      |  |      |          | 備考                                                                                    |    |
| 介護サービス                                |     |     |     |                                |  |      |  |      |          |                                                                                       |    |
| 食事介助                                  | ■あり | なし  | あり  | ■なし                            |  |      |  |      |          | 特定施設契約者で食事介助が必要な方に一部または全面介助                                                           |    |
| 排泄介助・おむつ交換                            | ■あり | なし  | あり  | ■なし                            |  |      |  |      |          | 特定施設契約者には適宜対応                                                                         |    |
| おむつ代                                  |     |     | ■あり | なし                             |  |      |  | ■    |          | 自己負担                                                                                  |    |
| 入浴（一般浴）介助・清拭                          | ■あり | なし  | あり  | ■なし                            |  |      |  |      |          | 特定施設サービス計画に基づいて実施<br>・清拭<br>・一般入浴介助 週2回以内（2回以上必要の場合は要相談）                              |    |
| 特浴介助                                  | あり  | ■なし | あり  | ■なし                            |  |      |  |      |          |                                                                                       |    |
| 身辺介助（移動・着替え等）                         | ■あり | なし  | あり  | ■なし                            |  |      |  |      |          | 特定施設サービス計画に基づいて実施<br>・移動 建物内対応（随時）<br>・衣服の着脱・身だしなみ介助（随時）<br>・巡回は適宜対応<br>・緊急コールは24時間対応 |    |
| 機能訓練                                  | あり  | ■なし | あり  | ■なし                            |  |      |  |      |          | 健康体操実施                                                                                |    |
| 通院介助                                  | ■あり | なし  | ■あり | なし                             |  |      |  | ■    | 810円/30分 | 札幌市内に限る                                                                               |    |
| 口腔衛生管理                                | あり  | ■なし | あり  | ■なし                            |  |      |  |      |          |                                                                                       |    |
| 生活サービス                                |     |     |     |                                |  |      |  |      |          |                                                                                       |    |
| 居室清掃                                  | ■あり | なし  | ■あり | なし                             |  |      |  | ■    | 660円/30分 | 特定施設サービス計画に基づいて実施（頻度は週2回以内）/自立者は体調不良時清掃困難な場合                                          |    |
| リネン交換                                 | ■あり | なし  | あり  | ■なし                            |  |      |  |      |          | 特定施設サービス計画に基づいて実施/自立者は実施しない                                                           |    |
| 日常の洗濯                                 | ■あり | なし  | ■あり | なし                             |  |      |  | ■    | 660円/1回  | 自立者は体調不良等で対応困難な場合                                                                     |    |
| 居室配膳・下膳                               | ■あり | なし  | ■あり | なし                             |  |      |  | ■    | 110円/片道  | 自立者は体調不良等で対応困難な場合                                                                     |    |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事                       |     |     | ■あり | なし                             |  |      |  | ■    | 実費負担     | 特定施設契約者は医師の指示による治療食/自立者の特別な食事は予算による                                                   |    |
| おやつ                                   |     |     | あり  | ■なし                            |  |      |  |      |          | 実施していない                                                                               |    |
| 理美容師による理美容サービス                        |     |     | あり  | ■なし                            |  |      |  |      |          | 実施していない                                                                               |    |
| 買い物代行                                 | ■あり | なし  | ■あり | なし                             |  |      |  | ■    | 660円/30分 | 特定施設契約者は建物近郊買い物施設（セブンイレブン北17条店、アークス北24店・北星店、ディナーベール北大前店）<br>自立者は1日かかる等長時間の買い物代行は不可    |    |
| 役所手続き代行                               | ■あり | なし  | ■あり | なし                             |  |      |  | ■    | 660円/30分 | 特定施設契約者及び自立者/市内近郊に限る                                                                  |    |

| 金銭・貯金管理          | あり  | ■なし | あり  | ■なし | あり  | ■なし | あり | ■なし      | 実施していない          |
|------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|----------|------------------|
| 健康管理サービス         |     |     |     |     |     |     |    |          |                  |
| 定期健康診断           |     |     | ■あり |     | ■あり | なし  |    |          | 特定施設契約者は年2回実施    |
| 健康相談             | ■あり | なし  |     |     | ■あり | なし  |    |          | 特定施設契約者は必要に応じて実施 |
| 生活指導・栄養指導        | ■あり | なし  |     |     | ■あり | なし  |    |          | 特定施設契約者は必要に応じて実施 |
| 服薬支援             | ■あり | なし  |     |     | あり  | ■なし | ■  | 1,980円/月 | 服薬支援・管理実施・内服確認   |
| 生活リズムの記録(排便・睡眠等) | ■あり | なし  |     |     | あり  | ■なし |    |          | 特定施設契約者は必要に応じて実施 |
| 入退院時・入院中のサービス    |     |     |     |     |     |     |    |          |                  |
| 入退院時の同行          | ■あり | なし  |     |     | ■あり | なし  |    | 825円/30分 | ご家族様の付添・同行が困難な場合 |
| 入院中の洗濯物交換・買い物    | ■あり | なし  |     |     | ■あり | なし  |    |          | ご家族様の付添・同行が困難な場合 |
| 入院中の見舞い訪問        | ■あり | なし  |     |     | ■あり | なし  |    |          | ご家族様の付添・同行が困難な場合 |

※ 1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる(1割～3割の利用者負担)。

※ 2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額サービスの費用に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。

※ 3：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。