

サービス付き高齢者向け住宅ウイステリア小樽稲穂
重要事項説明書

記入年月日	2026年4月1日
記入者名	佐藤 清子
所属・職名	施設長

1. 事業主体概要

種類	法人	
	※法人の場合、その種類	営利法人
名称	(ふりがな)かぶしがいいしゃめでいかるしすてむねっとわーく 株式会社メディカルシステムネットワーク	
主たる事務所の所在地	〒060-0010 札幌市中央区北10条西24丁目3番地	
連絡先	電話番号	011-612-1069
	FAX番号	011-612-1068
	メールアドレス	
	ホームページアドレス	https:// www.msnw.co.jp/
代表者	氏名	田尻 稲雄
	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(別々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)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おたるいなほ サービス付き高齢者向け住宅ウイステリア小樽稲穂	
所在地	〒047-0032 小樽市稲穂1丁目4番2号	
主な利用交通手段	最寄駅	小樽駅
	交通手段と所要時間	1 小樽駅から徒歩7分 2 北海道中央バス 産業会館前より徒歩3分
連絡先	電話番号	0134-34-1722
	FAX番号	0134-34-1723
	メールアドレス	
	ホームページアドレス	https://www.msnw-wis.jp/
管理者	氏名	佐藤 清子
	職名	施設長
建物の竣工日		2015年11月13日
有料老人ホーム事業の開始日		2015年12月1日

(類型)【表示事項】

<input checked="" type="checkbox"/> 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	0172002479
	指定した自治体名	北海道/小樽市
	事業所の指定日	2017年10月1日
	指定の更新日(直近)	2021年12月1日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1,874.65㎡				
	所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する土地 <input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地(<input checked="" type="checkbox"/> 普通賃貸・定期賃貸)				
		抵当権の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし			
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (2015年12月1日～2016年3月31日) 2 なし			
	契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし				
建物	延床面積	全体	4,683.25㎡			
		うち、老人ホーム部分	㎡			
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他()				
	構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 鉄筋コンクリート造 2 鉄骨造 3 木造 4 その他()				
	所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する建物 <input type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物(普通賃貸・定期賃貸)				
		抵当権の設定	1 あり 2 なし			
契約期間		1 あり (年 月 日～ 年 月 日) 2 なし				
	契約の自動更新	1 あり 2 なし				
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室(縁故者居室を含む)				
		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	<input checked="" type="checkbox"/> 有/無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/無	36.21㎡	6	一般居室個室
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有/無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/無	38.24㎡	12	一般居室個室
	タイプ3	<input checked="" type="checkbox"/> 有/無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/無	37.32㎡	3	一般居室個室
	タイプ4	<input checked="" type="checkbox"/> 有/無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.52㎡	10	一般居室個室
	タイプ5	<input checked="" type="checkbox"/> 有/無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	19.71㎡	40	一般居室個室
タイプ6	<input checked="" type="checkbox"/> 有/無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	20.69㎡	10	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	14ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	7ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	7ヶ所		
	共用浴室	7ヶ所	個室	5ヶ所		
			大浴場	2ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	3ヶ所	チェアー浴	3ヶ所		
リフト浴			ヶ所			
ストレッチャー浴			ヶ所			
		その他()	ヶ所			

	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) ☑2 あり(ストレッチャー対応) 3 あり(上記1・2に該当しない) 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 あり 2 一部あり 3 なし	便所 ☑1 あり 2 一部あり 3 なし	浴室 ☑1 あり 2 一部あり 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」、「要介護等の高齢者」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。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 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つ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。 ○健康管理サービス 定期健康診断、健康相談、毎日の安否確認 ○食事サービス 1日3食の提供(食事代は実費) ○生活相談・助言など 各種相談、助言等 ○コンシェルジュサービス 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。 来訪者・ご家族との連絡、共用施設の予約管理、諸手続きのアドバイス代行、困りごとの相談対応、タクシー手配、来訪者取次ぎ、モーニングコール、クリーニングの取次ぎ、不在時の伝言 ○コミュニケーションサポート イベント企画、生きがい支援
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 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等の提供を行っていない場合は省略可能

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無	入居継続支援加算	(I)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	生活機能向上連携加算	(I)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	ADL維持等加算	(I)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	ADL維持等加算	(II)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
個別機能訓練加算	(I)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	(II)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	

夜間看護体制加算	(I)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	(II)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
若年性認知症入居者受入加算		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
協力医療機関連携加算(※1)	(I)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	(II)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
口腔・栄養スクリーニング加算		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
退院・退所時連携加算		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
退居時情報提供加算		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
看取り介護加算	(I)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	(II)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
認知症専門ケア加算	(I)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	(II)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
高齢者施設等感染対策向上加算	(I)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	(II)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
新興感染症等施設療養費		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
生産性向上推進体制加算	(I)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	(II)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
サービス提供体制強化加算	(I)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	(II)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	(III)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
介護職員処遇改善加算	(I)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	(II)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	(III)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	(IV)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	(V)(1)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	(V)(2)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	(V)(3)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	(V)(4)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	(V)(5)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	(V)(6)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	(V)(7)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	(V)(8)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	(V)(9)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	(V)(10)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
(V)(11)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
(V)(12)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
(V)(13)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
(V)(14)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	1 あり	(介護・看護職員の配置率) :1
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可	<input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> 3 通院介助 4 その他()			
協力医療機関	1	名称	北海道社会事業協会病院	
		住所	小樽市住之江1丁目6番15号	
		診療科目	呼吸器科、循環器科、整形外科 他	
		協力科目	呼吸器科、循環器科、整形外科 他	
		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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	2	名称	三ツ山病院	
		住所	小樽市稲穂1丁目9番2号	
		診療科目	内科、呼吸器内科、消化器内科 他	
		協力科目	内科、呼吸器内科、消化器内科 他	
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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
新興感染症発生時に連携する医療機関	1 あり	医療機関の名称		
		医療機関の住所		
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし			
協力歯科医療機関	1	名称	サンモール歯科	
		住所	小樽市稲穂1丁目3番8号	
		協力内容	入居者の口腔内治療に関する協力	
	2	名称	医療法人社団徳友会市村歯科クリニック	
		住所	小樽市花園1丁目10番13号	
		協力内容	入居者の口腔内治療に関する協力	

(入居後に居室を住み替える場合)※住み替えを行っていない場合は省略可能

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可	1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 <input checked="" type="checkbox"/> 3 その他(ご希望の居室に移る場合)		
判断基準の内容	居室の状況と入居者の希望		
手続きの内容	現居室の契約解除と住み替え先の居室契約		
追加的費用の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
居室利用権の取扱い	利用権方式ではなく建物賃貸借方式		
前払金償却の調整の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	便所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	浴室の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	洗面所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	

	台所の変更	☑1 あり 2 なし	
	その他の変更	☑1 あり	(変更内容) 部屋のタイプによって窓数の変更あり
		2 なし	

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	☑1 あり 2 なし
	要支援の者	☑1 あり 2 なし
	要介護の者	☑1 あり 2 なし
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> ・原則として60歳以上の方 ・同居できるのは入居者の配偶者又は2親等以内の親族 ・3人での入居は原則として認められません ・他の入居者と共同生活を円満にできる方 	
契約の解除の内容	第15条による	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	家賃等を2ヶ月以上滞納したとき、他
	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
入居者からの解約予告期間	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(内容:原則1泊2日 宿泊費徴収しない/食事代実費) 2 なし	
入居定員	102人(居室81部屋、定員81~102名)	
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		1
生活相談員	1	1		1
直接処遇職員				
介護職員	12	12		12.0
看護職員	3	3		2.7
機能訓練指導員	1	1		0.3
計画作成担当者	1	1		1
栄養士				委託
調理員				委託
事務員				
その他職員				
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				40.00

※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			
介護福祉士	12	12	
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者			
介護支援専門員			

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計		
	常勤	非常勤	
看護師又は准看護師	1	1	
理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復士			
あん摩マッサージ指圧師			
はり師			
きゅう師			

(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～翌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】	a 1.5:1以上 b 2:1以上 c 2.5:1以上 <input checked="" type="checkbox"/> 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)	2.4:1

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務						1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし			
	業務に係る資格等		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 資格等の名称 正看護師・甲種防火管理者 <input type="checkbox"/> 2 なし							
	看護職員		介護職員		生活相談員		機能訓練指導員		計画作成担当者	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数	1		3							
前年度1年間の退職者数		1	3							
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満									
	1年以上3年未満									
	3年以上5年未満	1								
	5年以上10年未満			4						
	10年以上	2		8		1		1		1
従業者の健康診断の実施状況				<input checked="" type="checkbox"/> 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 【表示事項】		1 利用権方式 <input checked="" type="checkbox"/> 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式 【表示事項】		1 全額前払い方式
		2 一部前払い・一部月払い方式
		<input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式
		4 選択方式 ※該当する方式を全て選択
		1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
要介護状態に応じた金額設定		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額(食費のみ) 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 2.消費税法の改正
	手続き	1.協議の上、改定を行う 2.消費税法の改正期日に改定を行う

(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、78歳 夫婦	
居室の状況	床面積	19.71㎡	36.21㎡	
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 2 無	
	浴室	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 2 無	
	台所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 2 無	
入居時点で必要な費用	前払金	0円	0円	
	敷金	272,000円	620,000円	
月額費用の合計		178,400円	318,300円	
家賃		68,000円	155,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用		円	
	介護保険外 ^{※2}	食費	42,900円	85,800円
		管理費	40,000円	50,000円
		介護費用	円	円
		光熱水費	11,000円	実費
		その他	16,500円	27,500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	土地取得費及び建築コストから㎡数で割り戻して算定しています。
敷金	家賃の4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	階段・廊下等共用部分の運営維持管理に必要な光熱費・上下水道利用料・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	居室㎡数から算定し按分しています。
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	生活サービス費として状況把握・生活相談に関わる人件費を根拠に算定しています。

(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	国が定めた保険料の自己負担分
特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス(上乘せサービス)	ありません。
※ 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	19人
	女性	63人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	1人
	75歳以上85歳未満	10人
	85歳以上	71人
要介護度別	自立	12人
	要支援1	8人
	要支援2	13人
	要介護1	18人
	要介護2	17人
	要介護3	6人
	要介護4	4人
要介護5	4人	
入居期間別	6ヶ月未満	3人
	6ヶ月以上1年未満	10人
	1年以上5年未満	38人
	5年以上10年未満	12人
	10年以上15年未満	19人
	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	90.3歳
入居者数の合計	82人
入居率*	95%
※ 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	0人
	社会福祉施設	1人
	医療機関	1人
	死亡者	6人
	その他	4人
生前解約の状況	施設側の申し出	0人
	(解約事由の例)	
	入居者側の申し出	6人
	居室移動、長期入院、他施設への転居	

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)※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

窓口の名称	お客様相談窓口 施設長及び生活相談員	
電話番号	0134-34-1722	
対応している時間	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できない場合は、後日回答となる場合がございます。	

窓口の名称	後志総合振興局保健環境部 社会保険課 事業指導係	
電話番号	0136-23-1936	
対応している時間	平日	9:00～17:00
	土曜	
	日曜・祝日	
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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 施設賠償責任保険に加入し、サービス提供上の事故により、入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合、不可抗力の場合を除き賠償されます。
	2 なし	
介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 万が一事故が発生し、入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合には、不可抗力による場合を除き、速やかに入居者に対して、加入している保険により損害を賠償します。但し、入居者に重大な過失がある場合は、賠償額を減ずることがあります。
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	2 なし		
第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		

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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 3 公開していない
事業収支計画書	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度)年 回
	2 なし	(内容)
	1 代替措置あり	
	2 代替措置なし	
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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	指針の整備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	定期的な研修の実施	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	担当者の配置	<input checked="" type="checkbox"/> 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	身体的拘束等適正化検討委員会の開催	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	指針の整備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	定期的な研修の実施	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	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	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
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	災害に関する業務継続計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	職員に対する周知の実施	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	定期的な研修の実施	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	定期的な訓練の実施	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	定期的な業務継続計画の見直し	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
提携ホームへの移行【表示事項】	1 あり(提携ホーム名:) <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
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	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	合致しない事項がある場合の内容	
「6.既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	<input checked="" type="checkbox"/> 1 適合している(代替措置) 2 適合している(将来の改善計画) 3 適合していない	
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	

添付書類:別添1(別の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

_____様

説明年月日 年 月 日

説明者署名_____

別添1 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市内で実施する他の介護サービス

介護サービスの種類		併設・隣接の状況		事業所の名称	所在地
<居宅サービス>					
訪問介護	あり		☑併設・隣接	訪問介護ステーションウイステリア清田	札幌市清田区真栄1条1丁目1番15号
訪問介護	あり		☑併設・隣接	訪問介護ステーションウイステリア南1条	札幌市中央区南1条西14丁目291番地81
訪問入浴介護		なし	併設・隣接		
訪問看護		なし	併設・隣接		
訪問リハビリテーション		なし	併設・隣接		
居宅療養管理指導		なし	併設・隣接		
通所介護		なし	併設・隣接		
通所リハビリテーション		なし	併設・隣接		
短期入所生活介護		なし	併設・隣接		
短期入所療養介護		なし	併設・隣接		
特定施設入居者生活介護	あり		併設・隣接	サービス付き高齢者向け住宅ウイステリアN17	札幌市北区北17条西3丁目2番1号
福祉用具貸与		なし	併設・隣接		
特定福祉用具販売		なし	併設・隣接		
<地域密着型サービス>					
定期巡回・随時対応型訪問介護看護		なし	併設・隣接		
夜間対応型訪問介護		なし	併設・隣接		
地域密着型通所介護		なし	併設・隣接		
認知症対応型通所介護		なし	併設・隣接		
小規模多機能型居宅介護		なし	併設・隣接		
認知症対応型共同生活介護		なし	併設・隣接		
地域密着型特定施設入居者生活介護		なし	併設・隣接		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護		なし	併設・隣接		
看護小規模多機能型居宅介護		なし	併設・隣接		
居宅介護支援		なし	併設・隣接		
<居宅介護予防サービス>					
介護予防訪問入浴介護		なし	併設・隣接		
介護予防訪問看護		なし	併設・隣接		
介護予防訪問リハビリテーション		なし	併設・隣接		
介護予防居宅療養管理指導		なし	併設・隣接		
介護予防通所リハビリテーション		なし	併設・隣接		
介護予防短期入所生活介護		なし	併設・隣接		
介護予防短期入所療養介護		なし	併設・隣接		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり		併設・隣接	サービス付き高齢者向け住宅ウイステリアN17	札幌市北区北17条西3丁目2番1号
介護予防福祉用具貸与		なし	併設・隣接		
特定介護予防福祉用具販売		なし	併設・隣接		
<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		なし	併設・隣接		
介護予防小規模多機能型居宅介護		なし	併設・隣接		

介護予防認知症対応型共同生活介護		なし	併設・隣接		
介護予防支援		なし	併設・隣接		
<介護保険施設>					
介護老人福祉施設		なし	併設・隣接		
介護老人保健施設		なし	併設・隣接		
介護医療院		なし	併設・隣接		
<介護予防・日常生活支援総合事業>					
訪問型サービス	あり		<input checked="" type="checkbox"/> 併設・隣接	訪問介護ステーションウイステリア清田	札幌市清田区真栄1条1丁目1番15号
訪問型サービス	あり		<input checked="" type="checkbox"/> 併設・隣接	訪問介護ステーションウイステリア南1条	札幌市中央区南1条西14丁目291番地81
通所型サービス		なし	併設・隣接		
その他の生活支援サービス		なし	併設・隣接		

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						なし	あり
	特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス(利用者一部負担※1)		個別の利用料で、実施するサービス(利用者が全額負担)			備考	
			包含※2	都度※2	料金※3		
介護サービス							
食事介助	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり			
排泄介助・おむつ交換	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり			
おむつ代			<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり			
入浴(一般浴)介助・清拭	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり		○	1,650円/回 標準的な回数を超えた場合
特浴介助	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり		○	1,650円/回 標準的な回数を超えた場合
身辺介助(移動・着替え等)	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり			
機能訓練	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり			
通院介助	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり			協力医療機関※要予約
口腔衛生管理	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり		○	1,650円 市内病院近郊であれば対応 1時間あたりの金額
生活サービス							
居室清掃	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり			
リネン交換	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり			
日常の洗濯	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり			
居室配膳・下膳	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	あり			
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	無料
おやつ			<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	2,057円/回 7日前までに要予約
理美容師による理美容サービス			<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり		○	1,650円
買い物代行	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり		○	1,650円 建物近郊買い物施設/個別的な買い物代行 1時間あたりの金額
役所手続き代行	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり			
金銭・貯金管理			<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり			
健康管理サービス							
定期健康診断			<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり			※回数(年○回など)を明記すること
健康相談	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	
生活指導・栄養指導	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	
服薬支援	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり			
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり			
入退院時・入院中のサービス							
入退院時の同行	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり			市内病院近郊であれば対応
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり			
入院中の見舞い訪問	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり			

※1:利用者の所得などに応じて負担割合が変わる(1割又は2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。