

**「ナーシングホームなつれ」重要事項説明書**  
(住宅型有料老人ホーム)

|      |       |             |
|------|-------|-------------|
|      | 記入年月日 | 令和 3年 7月 1日 |
| 記入者名 | 所属・職名 |             |

**1. 事業主体概要**

|                 |                                    |  |
|-----------------|------------------------------------|--|
| 種類              | 個人/法人                              |  |
|                 | ※法人の場合、その種類                        | 株式会社   |
| 名称              | (ふりがな) かぶしきかいしゃ ねいちゃー<br>株式会社ネイチャー |  |
| 事業主体の主たる事務所の所在地 | 〒062-0931                          |  |
|                 | 札幌市豊平区平岸1条8丁目8番20号                 |  |
| 事業主体の連絡先        | 電話番号                               | 011-837-0012   |
|                 | FAX番号                              | 011-831-6999   |
|                 | ホームページアドレス                         | なし   |
|                 |                                    | あり : <a href="http://www.n-h-n.co.jp">http://www.n-h-n.co.jp</a> |
| 事業主体の代表者の氏名及び職名 | 氏名                                 | 岩井 公博  |
|                 | 職名                                 | 代表取締役  |
| 事業主体の設立年月日      | 平成15年 7月 10日                       |  |
| 主な実施事業          | 福祉介護コンサルタント、不動産賃貸業<br>有料老人ホームの運営   |  |

**2. 施設概要**

(住まいの概要)

|               |   |   |
|---------------|---|---|
| 名称            | (ふりがな)なーしんぐほーむなつれ やまはなかん<br>ナーシングホームなつれ やまはな館 |   |
| 所在地           | 〒064-0928                                     |   |
|               | 札幌市中央区南28条西11丁目1番3号                           |   |
| 主な利用交通手段      | 最寄駅   | 市営地下鉄南北線 真駒内駅   |
|               | 交通手段と所用時間                                     | ① バス利用の場合<br>・ じょうてつバスで乗車18分、南警察署前停留所で下車、徒歩3分<br>② 自動車利用の場合<br>・ 駅から乗車13分 |
| 連絡先           | 電話番号  | 011-561-7474  |
|               | FAX番号   | 011-561-7547  |
|               | ホームページアドレス                                    | なし  |
|               |   | あり : <a href="http://www.n-h-n.co.jp">http://www.n-h-n.co.jp</a>          |
| 管理者           | 氏名  | 金野 秀子   |
|               | 職名  | ホーム長  |
| 建物の竣工日        |   | 平成23年 3月 10日  |
| 有料老人ホーム事業の開始日 |   | 平成28年 5月 1日   |

**(類型)【表示事項】**

|                                    |              |         |
|------------------------------------|--------------|---------|
| 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<br>2 に該<br>当する<br>場合          | 介護保険事業所番号    |         |
|                                    | 指定した自治体名     | 北海道/札幌市 |
|                                    | 事業所の指定日      | 年 月 日   |
|                                    | 指定の更新年月日（直近） | 年 月 日   |

### 3. 建物概要

|  |                |              |                                     |               |               |      |
|--|----------------|--------------|-------------------------------------|---------------|---------------|------|
| 土地   | 敷地面積           | 1,304.41㎡    |                                     |               |               |      |
|  | 所有関係           | 1            | 事業者が自ら所有する土地                        |               |               |      |
|  |                | 2            | 事業者が賃借する土地                          |               |               |      |
|  |                | 抵当権の有無       | 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            |               |      |
| 建物   | 延床面積           | 全体           | 2,464.08㎡                           |               |               |      |
|  |                | うち、老人ホーム部分   | 1,009.26㎡ (12.42㎡×71室<br>15.93㎡×8室) |               |               |      |
|  | 耐火構造           | 1            | 耐火建築物                               |               |               |      |
|  |                | 2            | 準耐火建築物                              |               |               |      |
|  |                | 3            | その他                                 |               |               |      |
|  | 構造             | 1            | 鉄筋コンクリート造 3階建                       |               |               |      |
| 2  |                | 鉄骨造          |                                     |               |               |      |
| 3  |                | 木造           |                                     |               |               |      |
| 4  |                | その他 ( )      |                                     |               |               |      |
| 所有関係   | 1              | 事業者が自ら所有する建物 |                                     |               |               |      |
|  | 2              | 事業者が賃借する建物   |                                     |               |               |      |
|  | 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<br>【表示事項】 | 1            | 全室個室                                |               |               |      |
|  |                | 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                                 | 12.42㎡        | 71室           | 一般居室 |
|  | タイプ2           | 有/無          | 有/無                                 | 15.93㎡        | 8室            | 一般居室 |
|  | タイプ3           | 有/無          | 有/無                                 | ㎡             |               |      |
|  | タイプ4           | 有/無          | 有/無                                 | ㎡             |               |      |
|  | タイプ5           | 有/無          | 有/無                                 | ㎡             |               |      |
|  | タイプ6           | 有/無          | 有/無                                 | ㎡             |               |      |
|  | タイプ7           | 有/無          | 有/無                                 | ㎡             |               |      |
|  | タイプ8           | 有/無          | 有/無                                 | ㎡             |               |      |
| タイプ9   | 有/無            | 有/無          | ㎡                                   |               |               |      |
| タイプ10  | 有/無            | 有/無          | ㎡                                   |               |               |      |
| ※ 「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     | 12カ所         | うち男女別の対応が可能な便房                      |               | 0ヶ所           |      |
|  |                |              | うち車椅子等の対応が可能な便房                     |               | 12カ所          |      |
| 共用施設   | 共用便所における便房     | ヶ所           | うち男女別の対応が可能な便房                      |               | ヶ所            |      |

|                  |          |                 |                 |    |    |
|------------------|----------|-----------------|-----------------|----|----|
|                  |          |                 | うち車椅子等の対応が可能な便房 | ヶ所 |    |
| 廊下幅              | 片廊下      | 2.02m           |                 |    |    |
|                  | 中廊下      | 2.02m           |                 |    |    |
| 共用浴室             | 9カ所      | 個室              | 9ヶ所             |    |    |
|                  |          | 大浴場             | ヶ所              |    |    |
| 共用浴室における介護浴槽     | ヶ所       | チェアー浴           | 4ヶ所             |    |    |
|                  |          | リフト浴            | 3ヶ所             |    |    |
|                  | ヶ所       | ストレッチャー浴        | 1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 |
|                  | 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 |
| その他              |          |                 |                 |    |    |

**4. サービスの内容**  
**(全体の方針)**

|                 |   |
|-----------------|---|
| 運営に関する方針        | <p>1 選択された居宅介護支援・訪問看護・訪問介護の各事業所を活用し残存機能の維持に努めるとともに、個別の看護・介護計画をもって利用者が必要とする適切なサービスを提供する。</p> <p>2 利用者及びその他の家族に対し、サービスの内容及び提供方法についてわかりやすく説明する。</p> <p>3 医療機関との連携を取り、利用者の健康管理を適切に行う。</p> <p>4 訪問看護師・介護員とのチームワークにより、各利用者にあわせた適切な看護・介護技術を持ってサービスを提供する。</p> <p>5 入居者の状態に合わせて、居宅介護支援・訪問看護・訪問介護事業所等との連絡調整をし、適切で安心のできるサービス調整に努めるものとする。</p> <p>6 利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場にたった介護サービスの提供に努めます。</p> <p>7 入居者が持つ残存機能の維持に努めるとともに個別の看護・介護計画を基に適切なサービスを心掛けます。</p> |
| サービスの提供内容に関する特色 | 事業主以外の外部事業所により訪問介護・訪問看護のサービスを提供し、必要に応じ介護保険外での対応を実施する。   |
| 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  |

**(医療連携の内容)**

|                |  |                        |
|----------------|--|------------------------|
| 医療支援<br>※複数選択可 | <p>1 救急車の手配</p> <p>2 入退院の付き添い</p> <p>3 通院介助</p> <p>4 その他 ( )</p> |                        |
| 協力医療機関         | 1  | 名称 医療法人社団博佑会 博佑内科クリニック |
|                |  | 住所 札幌市豊平区平岸1条8丁目8-20   |
|                |  | 診療科目 内科、循環器科           |
|                | 2  | 協力内容 内科医による健康相談        |
|                |  | 名称 医療法人 ひらぎし在宅クリニック    |
|                |  | 住所 札幌市豊平区平岸4条8丁目1-1    |
| 協力歯科医療機関       | 名称 医療法人社団桜愛会 桜町歯科クリニック   |                        |
|                |  | 住所 札幌市中央区南1条西5丁目7-1    |

|  |             |
|--|-------------|
|  | 協力内容 訪問歯科診療 |
|--|-------------|

**(入居に関する要件)**

|                    |  |            |      |
|--------------------|--|------------|------|
| 入居対象となる者<br>【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               | <p>*年齢問わず、下記のいずれかに該当する方<br/>要介護2以上、もしくは障害区分4以上の方<br/>胃ろう、インシュリン、インターフェロン投与などの医療処置が必要な方<br/>人工呼吸器装着、頸髄損傷、パーキンソン病、ALS（筋委縮性側索硬化症）、末期悪性腫瘍、等の指定難病疾患の方</p>   |            |      |
| 契約の解除の内容           | <p>① 事業者が破産等をやむを得ない事由により運営が困難となった場合。<br/>② 入居契約書第27条から第29条に基づき、入居者または事業者より本契約が解約又は解除された場合。<br/>③ 契約期間満了し、契約更新しない場合。<br/>④ 事業者および利用者双方による合意解約とする場合。</p> |            |      |
| 事業主体から解約を求める場合     | 解約条項   | 入居契約書 第28条 |      |
|                    | 解約予告期間   | 60日間       |      |
| 入居者から解約予告期間        | 14日間   |            |      |
| 体験入居の内容            | 1 あり（内容：）<br>2 なし  |            |      |
| 入居定員               | 87人  |            |      |
| その他                | 身元引受人が設定出来ない場合でも対応可  |            |      |

## 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）

（職員別の職員数）

|  | 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（兼務）    | 1  |     |                |
| 生活相談員  | 1（兼務）    | 1  |     | 管理者と兼務         |
| 直接処遇職員   | ※外部委託    |    |     |                |
| 介護職員   |          |    |     |                |
| 看護職員   |          |    |     |                |
| 機能訓練指導員  | ※外部委託    |    |     |                |
| 計画作成担当者  | ※外部委託    |    |     |                |
| 栄養士  | ※外部委託    |    |     |                |
| 調理員  | ※外部委託    |    |     |                |
| 事務員  | 1（兼務）    | 1  |     | 管理者と兼務         |
| 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   |          |    |     |                |
| ※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     | ※外部委託 |     |  |
| 実務者研修の修了者 | ※外部委託 |     |  |
| 初任者研修の修了者 | ※外部委託 |     |  |
| 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 |  |
| 看護師及び准看護師   | ※外部委託 |     |  |
| 理学療法士       | ※外部委託 |     |  |
| 作業療法士       | ※外部委託 |     |  |
| 言語聴覚士       |       |     |  |
| 柔道整復士       |       |     |  |
| あん摩マッサージ指圧師 |       |     |  |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

|              |      |                 |
|--------------|------|-----------------|
| 夜勤帯の設定時間 ( ) |      |                 |
|              | 平均人数 | 最少時人数 (休憩者等を除く) |
| 看護職員 (※外部委託) | 0人   | 0人              |
| 介護職員 (※外部委託) | 0人   | 0人              |

(職員の状況)

|   |          |     |           |     |       |     |         |     |         |     |
|---|----------|-----|-----------|-----|-------|-----|---------|-----|---------|-----|
| 管理者                                       | 他の職務との兼務 |     | 1 あり 2 なし |     |       |     |         |     |         |     |
|   | 業務に係る資格等 |     | 1 あり      |     |       |     |         |     |         |     |
|   | 資格等の名称   | 看護師 |           |     |       |     |         |     |         |     |
|   | 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                               |          |     |           |     |       |     |         |     |         |     |
| 前年度1年間の退職者数                               |          |     |           |     |       |     |         |     |         |     |
| 業務に<br>応じた<br>従業<br>した<br>職員の<br>経験<br>年数 | 1年未満     |     |           |     |       |     |         |     |         |     |
|   | 1年以上     |     |           |     |       |     |         |     |         |     |
|   | 3年未満     |     |           |     |       |     |         |     |         |     |
|   | 3年以上     |     |           |     |       |     |         |     |         |     |
|   | 5年未満     |     |           |     |       |     |         |     |         |     |
|   | 5年以上     |     |           |     |       |     |         |     |         |     |
|   | 10年未満    |     |           |     |       |     |         |     |         |     |
|   | 10年以上    |     |           |     |       |     |         |     |         |     |
| 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】          | <input type="checkbox"/> 1 利用権方式<br><input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式<br><input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式                          |  |
| 利用料金の支払い方式<br>【表示事項】       | <input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式<br><input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式  |  |
|                            | <input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式<br><input type="checkbox"/> 4 選択方式<br>※該当する方式を全て選択  | <input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式<br><input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式<br><input type="checkbox"/> 3 月払い方式 |
| 年齢に応じた金額設定                 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし  |  |
| 要介護状態に応じた金額設定              | <input type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 減額なし<br><input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額<br><input type="checkbox"/> 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  | 消費者物価指数及び人件費等を勘案し、必要と考えられる場合   |
|                            | 手続き   | 入居者側に対し2ヶ月前までに改定理由を具体的に説明し意見を聴取する  |

### (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             |  |  |         |
|   | 年齢               | 歳  | 歳  |         |
| 居室の状況   | 床面積              | 12.42 m <sup>2</sup>   | 15.93 m <sup>2</sup>   |         |
|   | 便所               | <input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | <input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |         |
|   | 浴室               | <input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | <input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |         |
|   | 台所               | <input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | <input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |         |
| 入居時点で必要な費用  | 前払金              | 円  | 円  |         |
|   | 敷金               | 72,000円  | 86,000円  |         |
| 月額費用の合計   |                  | 114,200円   | 124,200円   |         |
| 家賃  |                  | 36,000円  | 43,000円  |         |
| サービス費用  | 特定施設入居者生活介護※1の費用 |  |  |         |
|   | 介護保険外※2          | 食費の費用  | 42,900円  | 42,900円 |
|   |                  | 共益費  | 21,000円  | 21,000円 |
|   |                  | 介護費用   |  |         |
|   |                  | 暖房費  | 14,300円  | 14,300円 |
| その他   |                  | 4,280円※年額  | 4,280円※年額  |         |
| ※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。<br>※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) ※暖房費は、10月から4月のみ。 |                  |  |  |         |

**(利用料金の算定根拠)**

| 費目                   | 算定根拠                          |
|----------------------|-------------------------------|
| 家賃                   | 近辺の有料老人ホーム及び、生活保護費の支給額を基に算定。  |
| 敷金                   | 家賃の2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                  | ※共益費に含む                       |
| 共益費                  | ※月額21,000円                    |
| 食費                   | 朝400円、昼400円、夜500円（税別）1,300円/日 |
| 冬期暖房費（10月～4月）        | 月額14,300円（居室部分・共用部分、各7,150円）  |
| 光熱水費                 | ※共益費に含む                       |
| その他費用                | 火災保険料：年額4,280円                |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 別添2のとおり                       |
| その他のサービス利用料          |                               |

## 7. 入居者の状況【冒頭に記載した記入日現在】

### (入居者の人数)

|       |            |      |
|-------|------------|------|
| 性別    | 男性         | 39 人 |
|       | 女性         | 35 人 |
| 年齢別   | 65歳未満      | 22 人 |
|       | 65歳以上75歳未満 | 16 人 |
|       | 75歳以上85歳未満 | 24 人 |
|       | 85歳以上      | 12 人 |
| 要介護度別 | 障害         | 9 人  |
|       | 要支援1       | 0 人  |
|       | 要支援2       | 0 人  |
|       | 要介護1       | 6 人  |
|       | 要介護2       | 6 人  |
|       | 要介護3       | 5 人  |
|       | 要介護4       | 22 人 |
|       | 要介護5       | 26 人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満      | 11 人 |
|       | 6ヶ月以上1年未満  | 9 人  |
|       | 1年以上5年未満   | 27 人 |
|       | 5年以上10年未満  | 27 人 |
|       | 10年以上15年未満 | 0 人  |
|       |            |      |
|       | 15年以上      | 0 人  |

### (入居者の属性)

|  |        |
|--|--------|
| 平均年齢   | 74.7歳  |
| 入居者数の合計  | 74 人   |
| 入居率*   | 85.1 % |
| ※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。 |        |

### (前年度における退居者の状況)

|         |          |   |
|---------|----------|---|
| 退居先別の人数 | 自宅等      | 0 人                                     |
|         | 社会福祉施設   | 6 人                                     |
|         | 医療機関     | 7 人                                     |
|         | 死亡者      | 19 人                                    |
|         | その他      | 0 人                                     |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出  | (解約事由の例)<br>0 人                         |
|         | 入居者側の申し出 | (解約事由の例)<br>13 人<br>特養又は他施設への転居・病院入院により |

## 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状況) ※複数ある場合は欄を増やして記入こと。

|          |  |            |  |
|----------|--|------------|--|
| 窓口の名称    | 株式会社ネイチャー<br>管理者 岩井 公博                     |            |  |
| 電話番号     | (平日) 011-837-0012<br>(土曜・日曜) 090-1385-9872 |            |  |
| 対応している時間 | 平日   | 午前9時～午後17時 |  |
|          | 土曜   | 午前9時～午後17時 |  |
|          | 日曜・祝日                                      | 午前9時～午後17時 |  |
| 定休日      | なし   |            |  |

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

|                               |   |    |                  |
|-------------------------------|---|----|------------------|
| 損害賠償責任保険の加入状況                 | 1 | あり | (その内容)           |
|                               | 2 | なし | *介護サービス提供事業所にて付保 |
| 介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応 | 1 | あり | (その内容)           |
|                               | 2 | なし | *介護サービス提供事業所にて付保 |
| 事故対応及びその予防のための指針              | 1 | あり | 2 なし             |

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

|                                  |   |       |                  |           |
|----------------------------------|---|-------|------------------|-----------|
| 利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況 | 1 | あり    | 実施日              | 平成29年11月  |
|                                  |   |       | 結果の開示            | 1 あり 2 なし |
|                                  | 2 | なし    | *介護サービス提供事業所にて付保 |           |
| 第三者による評価の実施状況                    | 1 | あり    | 実施日              |           |
|                                  |   |       | 評価機関名称           |           |
|                                  |   | 結果の開示 | 1 あり 2 なし        |           |
|                                  | 2 | なし    |                  |           |

## 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<br><input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付<br>3 公開していない |
| 管理規程     | <input checked="" type="checkbox"/> 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><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<br>2 入居希望者に交付<br><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<br>2 入居希望者に交付<br><input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない |

10. その他

|  |   |
|--|---|
| 運営懇談会  | <input type="checkbox"/> 1 あり (開催頻度) 年 2 回  |
|  | <input type="checkbox"/> 2 なし   |
|  | <input type="checkbox"/> 1 代替措置あり (内容)  |
|  | <input type="checkbox"/> 2 代替措置なし   |
| 提携ホームへの移行<br>【表示事項】                          | <input type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名：)<br><input 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               | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし  |
| 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         | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし   |
| 合致しない事項がある場合                                 | 居室面積が13㎡以下含む  |
| 「第7 既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性                   | <input type="checkbox"/> 1 適合している (代替措置)<br><input type="checkbox"/> 2 適合している (将来の改善計画)<br><input type="checkbox"/> 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                                | ・体験入居を実施していない。<br>・土地建物に抵当権が設定されている。  |

添付書類： 別添1 (別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

説明年月日令和 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。

別添 1 事業主体が札幌市内で実施する他の介護サービス

| 介護サービスの種類            |    |    | 事業所の名称 | 所在地 |
|----------------------|----|----|--------|-----|
| <居宅サービス>             |    |    |        |     |
| 訪問介護                 | あり | なし |        |     |
| 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・随時訪問介護・看護       | あり | なし |        |     |
| 夜間対応型訪問介護            | 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>         |    |    |        |     |
| 介護予防訪問介護             | あり | なし |        |     |
| 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 |        |     |
| 介護予防通所介護             | 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 |        |     |
| 介護療養型医療施設            | 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 |  |    |                          |    | 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 <sup>*1</sup> ） |    | 個別利用料で実施するサービス（利用者が全額負担） |    | 備考               |                  |                       |   |
|                                  |  |    |                          |    | 包含 <sup>*2</sup> | 都度 <sup>*2</sup> | 料金 <sup>*2</sup> （税込） |   |
| 介護サービス                           |  |    |                          |    |                  |                  |                       |   |
| 食事介助                             | なし   | あり | なし                       | あり | ○                |                  |                       |   |
| 排泄介助・おむつ交換                       | なし   | あり | なし                       | あり | ○                |                  |                       |   |
| おむつ代                             |  |    | なし                       | あり |                  | ○                | 1,383円/1袋             |   |
| 入浴（一般浴）介助・清拭                     | なし   | あり | なし                       | あり |                  | ○                | 1人介助2,000/回           |   |
| 特浴介助                             | なし   | あり | なし                       | あり |                  | ○                | 2人介助4,000/回           |   |
| 身辺介助（移動・着替え等）                    | なし   | あり | なし                       | あり | ○                |                  |                       |   |
| 機能訓練                             | なし   | あり | なし                       | あり |                  |                  |                       | ※外部事業所にて対応  |
| 通院介助（協力医療機関）                     | なし   | あり | なし                       | あり |                  | ○                | 1時間2,000円             | ※救急車対応の場合、月内1回のみ職員付添いによる費用負担なし。（2,000円/時） 同月内2回目以降～負担となります。 |
| 通院介助（協力医療機関以外）                   | なし   | あり | なし                       | あり |                  | ○                | 1時間2,000円             |   |
| 生活サービス                           |  |    |                          |    |                  |                  |                       |   |
| 居室清掃                             | なし   | あり | なし                       | あり |                  | ○                | 2,000円・4,000円         | ※月4回2,000円・月8回4,000円  |
| リネン交換                            | なし   | あり | なし                       | あり | ○                |                  |                       |   |
| 日常の洗濯                            | なし   | あり | なし                       | あり | ○                |                  |                       |   |
| 居室配膳・下膳                          | なし   | あり | なし                       | あり |                  |                  |                       |   |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事                  |  |    | なし                       | あり |                  |                  |                       |   |
| おやつ                              |  |    | なし                       | あり |                  |                  |                       |   |
| 理美容師による理美容サービス                   |  |    | なし                       | あり |                  | ○                | 2,800円/回              | ※訪問美容のみ対応   |
| 買い物代行（通常の利用区域）                   | なし   | あり | なし                       | あり |                  | ○                | 1時間2,000円             |   |
| 買い物代行（上記以外の区域）                   | なし   | あり | なし                       | あり |                  | ○                | 1時間2,000円             |   |
| 役所手続き代行                          | なし   | あり | なし                       | あり |                  | ○                | 500円/回                |   |
| 金銭・貯金管理                          | なし   | あり | なし                       | あり | ○                |                  |                       |   |
| 健康管理サービス                         |  |    |                          |    |                  |                  |                       |   |
| 定期健康診断                           |  |    | なし                       | あり |                  |                  |                       | 適宜実施  |
| 健康相談                             | なし   | あり | なし                       | あり |                  |                  |                       | 適宜実施  |
| 生活指導・栄養指導                        | なし   | あり | なし                       | あり |                  |                  |                       | 適宜実施  |
| 服薬支援                             | なし   | あり | なし                       | あり |                  |                  |                       | 適宜実施  |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等）                 | なし   | あり | なし                       | あり |                  |                  |                       |   |
| 入退院時・入院中のサービス                    |  |    |                          |    |                  |                  |                       |   |
| 移送サービス                           | なし   | あり | なし                       | あり |                  |                  |                       | ※外部事業所にて対応  |
| 入退院時の同行（協力医療機関）                  | なし   | あり | なし                       | あり |                  | ○                | 1時間2,000円             |   |
| 入退院時の同行（協力医療機関以外）                | なし   | あり | なし                       | あり |                  | ○                | 1時間2,000円             |   |
| 入院中の洗濯物交換・買い物                    | なし   | あり | なし                       | あり |                  |                  |                       |   |
| 入院中の見舞い訪問                        | なし   | あり | なし                       | あり |                  |                  |                       |   |

※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、月額サービス費用に含まれる場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、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。