別記第１号様式（第13関係）

有料老人ホーム重要事項説明書

		記入年月日	2023 年 7 月 1 日
記入者名	押田　直人	所属・職名	ノーステラス環状東　施設長

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成23年10月７日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙４の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の１から３まで及び６の内容については、別紙４の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

１．事業主体概要

種類	１　個人　　(2) 法人	
	※法人の場合、その種類	営利法人
名称	（ふりがな）　かぶしきがいしゃ　ほくと 株式会社ほくと	
法人番号	法人番号の有無	(1) あり　　２　なし
	法人番号	2460101005684
事業主体の主たる事務所の所在地	〒　080-0833	
	北海道帯広市稲田町基線7番地5	
連絡先	電話番号	0155-47-7100
	FAX番号	0155-49-2121
	メールアドレス	有り
	ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞｱﾄﾞﾚｽ	https://www.hokuto7.or.jp/hospital/northterrace/
代表者	氏名	近藤　寿志
	職名	代表取締役
設立年月日	2015 年　2 月　12 日	
主な実施事業	※別添１（別に実施する介護サービス一覧表）	

２．有料老人ホーム事業の概要

（住まいの概要）

名称	（ふりがな）	かいごつきゆうりょうろうじんほーむ　のーすてらすかんじょうひがし		
	介護付有料老人ホーム　ノーステラス環状東			
所在地	〒 065-0042			
	北海道札幌市東区本町２条１丁目１番６号			
建物名等	ノーステラス環状東			
市区町村コード	都道府県	北海道	市区町村	011002札幌市
主な利用交通手段	最寄駅		札幌市営地下鉄地東豊線 環状通東	駅
	交通手段と所要時間		札幌市営地下鉄東豊線 環状通東駅より徒歩５分	
連絡先	電話番号	011-299-7202		
	FAX番号	011-299-1373		
	メールアドレス	northkjh-soudan@hokuto7.or.jp		
	ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞｱﾄﾞﾚｽ	htttps://www.hokuto7.or.jp/hospital/northterrace/kanjyou-higashi/		
管理者	氏名	押田　直人		
	職名	施設長		
建物の竣工日	2023 年	1 月	31 日	
有料老人ホーム事業の開始日	2023 年	3 月	1 日	

（類型）【表示事項】

類型	① 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合） 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	0170209803		
	指定した自治体名	札幌市		
	事業所の指定日	2023 年	3 月	1 日
	指定の更新日（直近）	年	月	日

３．建物概要

土地	敷地面積	1467.87 ㎡							
	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					
				2023	年	3	月	1	日
				終了					
				2053	年	2	月	28	日
			契約の自動更新	(1) あり　2　なし					
建物	延床面積	全体	3421.29 ㎡						
		うち、老人ホーム部分	3421.29 ㎡						
	耐火構造	(1) 耐火建築物 2　準耐火建築物 3　その他							
		3　その他の場合							
	構造	(1) 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							
	所有関係	1　事業者が自ら所有する建物　(2) 事業者が貸借する建物							
		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					
				2023	年	3	月	1	日
				終了					
				2053	年	2	月	28	日
			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】	①　全室個室（縁故者個室含む） 2　相部屋あり					
			最少	1	人部屋		
			最大	1	人部屋		
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※	
	タイプ１	①有　無	有　②無	18.1 ㎡	100	3　介護居室個室	
	タイプ２	有　無	有　無	㎡			
	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	1	か所	うち男女別の対応が可能な便房		か所	
				うち車椅子等の対応が可能な便房	1	か所	
	共用浴室	4	か所	個室	3	か所	
				大浴場	1	か所	
	共用浴室における介護浴槽	2	か所	チェアー浴	1	か所	
				リフト浴	1	か所	
				ストレッチャー浴		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） 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) 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	入居者同士・入居者とその家族・入居者とスタッフ、それぞれの心と心のつながりを大切にすることを基本理念として運営してまいります。
サービスの提供内容に関する特色	入居者の自立支援のための4つの基本ケアとして「水分摂取」「栄養摂取」「日常の運動」「自然排便」の支援、専門的な知識技術を持ったスタッフによる機能回復の支援により、自立した生活を自らの能力を維持・改善し可能な限り自らの能力によって過ごし尊厳を守るための介護を行っていきます。
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	入居継続支援加算		1 あり	(2) なし
	生活機能向上連携加算		(1) あり	(2) なし
	個別機能訓練加算		(1) あり	(2) なし
	夜間看護体制加算		(1) あり	2 なし
	若年性認知症入居者受入加算		1 あり	(2) なし
	医療機関連携加算		(1) あり	2 なし
	口腔衛生管理体制加算		(1) あり	(2) なし
	栄養スクリーニング加算		(1) あり	2 なし
	退院・退所時連携加算		1 あり	(2) なし
	看取り介護加算		(1) あり	(2) なし
	認知症専門ケア加算	（Ⅰ）	1 あり	(2) なし
		（Ⅱ）	1 あり	(2) なし
	サービス提供体制強化加算	（Ⅰ）イ	1 あり	(2) なし
		（Ⅰ）ロ	1 あり	(2) なし
		（Ⅱ）	1 あり	(2) なし
		（Ⅲ）	1 あり	(2) なし
	介護職員処遇改善加算	（Ⅰ）	(1) あり	2 なし
		（Ⅱ）	1 あり	(2) なし
		（Ⅲ）	1 あり	(2) なし
	介護職員等特定処遇改善加算	（Ⅰ）	1 あり	(2) なし
		（Ⅱ）	(1) あり	2 なし

人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	1　あり　　(2) なし		
	1　ありの場合		
		（介護・看護職員の配置率）	：1

（医療連携の内容）

医療支援 ※複数選択可		○	救急車の手配
		○	入退院の付き添い
		○	通院介助
			その他
協力医療機関	1	名称	医療法人社団　豊生会　東苗穂病院
		住所	北海道札幌市東区東苗穂３条１丁目２番１８号
		診療科目	内科・総合診療科・消化器内科・腎臓内科（人工透析）・循環器科・呼吸器内科・神経内科・ リハビリテーション科・心臓血管外科・老年脳神経外科・歯科・放射線科
		協力科目	内科･外科
		協力内容	入所者の急変による通院又は入院対応。入所者に対する治療に必要な情報の提供。 その他必要に応じ、協議善処した事項
	2	名称	社会医療法人社団 三草会 クラークウェルネスクリニック
		住所	札幌市中央区大通西１６丁目１－１５　メディカルビルスリーエム２Ｆ
		診療科目	内科
		協力科目	内科
		協力内容	入所者の急変による通院又は入院対応。入所者に対する治療に必要な 情報の提供。その他必要に応じ、協議善処した事項
協力歯科医療機関	1	名称	Dental Office Hokuai
		住所	札幌市東区北１６条東１６丁目１－１３
		協力内容	入所者に歯科診療の必要が生じた場合、歯科処置を行う。入所者に対し適切な歯科的助言を行う。その他必要に応じ、協議善処した事項

（入居後に居室を住み替える場合）※住み替えを行っていない場合は省略可能

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可		一時介護室へ移る場合	
		介護居室へ移る場合	
		その他	
判断基準の内容			
手続きの内容			
追加的費用の有無	1　あり	2　なし	
居室利用権の取扱い			
前払金償却の調整の有無	1　あり	2　なし	
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	1　あり　2　なし	
	便所の変更	1　あり　2　なし	
	浴室の変更	1　あり　2　なし	
	洗面所の変更	1　あり　2　なし	
	台所の変更	1　あり　2　なし	
	その他の変更	1　あり　2　なし	
		1　ありの場合	
		（変更内容）	

（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	（1）要介護・要支援状態であって、共同生活を営む事に支障がない方を対象とします。 （2）入居申込者の入居に際し、主治医の診断書等により在宅での療養が可能であり病院における入院治療の必要でない事。 （3）医師の判断等により入院治療を必要とする場合及び入居者に対し必要なサービスを提供する事が困難である場合は、適切な他の介護保険施設、医療機関を紹介する等の必要な措置を講じます。 （4）喧嘩、口論、泥酔等により他人に迷惑をかけない事。 （5）自傷他害の恐れがない事。 （6）入居者は努めて健康に留意する事。		
契約解除の内容	①介護の認定更新において、入居者が自立と認定された場合 ②入居者が死亡した場合 ③入居者又は入居者代理人が事前に本契約の解除を３０日前に通告し、予告期間が満了した日 ④事業者が第１４条に基づき本契約の解除を通告し、予告期間を満了した日 ⑤入居者が病気の治療等その他のため長期に施設を離れることが決まり、かつその移転先の受入が可能となった時		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護　利用契約書　第１４条	
	解約予告期間	1 か月	
入居者から解約予告期間	1 か月		
体験入居の内容	1　あり	(2)　なし	
	1　ありの場合		
	（内容）		
入居定員	100 人		
その他			

５．職員体制

※有料老人ホームの職員について記載すること（同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません）

（職種別の職員数）

	職員数（実人数）			常勤換算人数 ※１※２
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1		
生活相談員	1	1		
直接処遇職員	29	29		29
介護職員	26	26		26
看護職員	3	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	1	1		2
その他職員	1	1		3
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、当該事業所の従業員の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。

※２　特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要

（資格を有している介護職員の人数）

	合計	常勤	非常勤
社会福祉士	0	0	
介護福祉士	23	23	
実務者研修の修了者	3	3	
初任者研修の修了者	0	0	
介護支援専門員	1	1	

（資格を有している機能訓練指導員の人数）

	合計		
		常勤	非常勤
看護師又は准看護師	3	3	0
理学療法士	1	0	1
作業療法士	0	0	0
言語聴覚士	0	0	0
柔道整復士	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0
はり師	0	0	0
きゅう師	0	0	0

（夜勤を行う看護・介護職員の人数）

夜勤帯の設定時間	（ 16 時 45 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	人	人
介護職員	4 人	4 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 （一般形特定施設以外の場合、本欄は省略可能）	契約上職員配置比率※ 【表示事項】	a　1．5：1以上 b　2：1以上 c　2．5：1以上 (d)　3：1以上
	実際の配置比率 （記入日時点での利用者数：常勤換算職員数）	3 ： 1
※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択		
外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制 （外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能）	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名称	
	通所介護事業所の名称	

（職員の状況）

管理者		他の職務との兼務						1　あり　(2)　なし			
		業務にかかる資格等		1　あり　(2)　なし							
				1　ありの場合							
					資格等の名称						
		看護職員		介護職員		生活相談員		機能訓練指導人		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		3		27	1	1			1	1	
前年度１年間の退職者数											
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	１年未満	3		27	1	1			1	1	
	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）

<table>
<tr><td colspan="2">居住の権利形態
【表示事項】</td><td colspan="3">1　利用権方式
(2) 建物賃貸借方式
3　終身建物賃貸借方式</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="5">利用料金の支払い方法
【表示事項】</td><td colspan="3">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</td></tr>
<tr><td colspan="3">4　選択方式の場合、該当する方式をすべて選択</td></tr>
<tr><td></td><td>全額前払い方式</td></tr>
<tr><td></td><td>一部前払い・一部月払い方式</td></tr>
<tr><td></td><td>月払い方式</td></tr>
<tr><td colspan="2">年齢に応じた金額設定</td><td>1　あり</td><td>(2) なし</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">要介護状態に応じた金額設定</td><td>1　あり</td><td>(2) なし</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">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</td><td colspan="3">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</td></tr>
<tr><td rowspan="2">利用料金の改定</td><td>条件</td><td colspan="3">土地、建物の租税その他の負担増減により家賃が不当となった場合。土地、建物の価格の上昇又は低下その他経済事情の変動により家賃が不当となった場合。近傍同種の建物の賃料に比較して賃料が不相当の場合。建物の維持管理費の増減により共益費が不相当の場合。</td></tr>
<tr><td>手続き</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

（利用料金のプラン【代表的なプランを２例】）

				プラン１	プラン２
入居者の状況	要介護度			要支援2	要介護1
	年齢			歳	歳
居室の状況	床面積			18.09 ㎡	18.09 ㎡
	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			0 円	0 円
	敷金			112,000 円	112,000 円
月額費用の合計				163,530 円	170,405 円
	家賃			56,000 円	56,000 円
	サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用		9,430 円	16,305 円
		介護保険外※2	食費	48,600 円	48,600 円
			管理費	49,500 円	49,500 円
			介護費用	0 円	0 円
			光熱水費	0 円	0 円
			その他	0 円	0 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	札幌市内施設の同じ程度の広さの居室相場
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。	独自の介護サービスの費用設定無し
管理費	消費税１０％を含む 共用部分経費、介護報酬外の人件費を入居者数で案分した金額 共用分経費：共用部分家賃・水道光熱費、清掃委託費、火災保険、賠償責任保険など
食費	消費税８％を含む 給食委託費の費用を入居者数で案分した金額
光熱水費	冬期間（１０月～４月）１１，０００円（消費税１０％含む） 冬期間に増加することが見込まれる光熱水費を入居者数で案分した金額
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	入居者の介護度による介護報酬の１割
特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乗せサービス）	設定無し
※介護予防・地域密着型の場合を含む。	

（前払金の受領）　※前払金を受領していない場合は省略可能

算定根拠		設定無し	
想定居住期間（償却年月数）			ヶ月
償却の開始日		入居日	
想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額（初期償却額）			円
初期償却率			%
返還金の算定方法	入居後３月以内の契約終了		
	入居後３月を超えた契約終了		
前払金の保全先	１　全国有料老人ホーム協会		
	２　連帯保証を行う銀行等		
	３　信託契約を行う信託会社等		
	４　保証保険を行う保険会社		
	１　全国有料老人ホーム協会以外の場合		
	名称		

７．入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

（入居者の人数）

性別	男性	8 人
	女性	15 人
年齢別	65歳未満	1 人
	65歳以上75歳未満	3 人
	75歳以上85歳未満	6 人
	85歳以上	13 人
要介護度別	自立	0 人
	要支援１	3 人
	要支援２	4 人
	要介護１	2 人
	要介護２	7 人
	要介護３	3 人
	要介護４	3 人
	要介護５	1 人
入居期間別	６か月未満	23 人
	６か月以上１年未満	0 人
	１年以上５年未満	0 人
	５年以上10年未満	0 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	84.7 歳
入居者数の合計	23 人
入居率※	23 %

※ 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	0 人
	医療機関	0 人
	死亡	0 人
	その他	0 人
生前解約の状況	施設側の申し出	0 人
		（解約事由の例）
	入居者側の申し出	0 人
		（解約事由の例）

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		ノーステラス環状東　事務室
	電話番号		011-299-7202
	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		12月30日～1月3日
窓口２			
	窓口の名称		北海道国民健康保険団体連合会　苦情相談窓口
	電話番号		011-231-5175
	対応している時間	平日	9：00～17：00
		土曜	
		日曜・祝日	
	定休日		（土曜、日曜、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) あり　　2　なし		
	1　ありの場合		
		その内容	東京海上日動火災保険株式会社 超ビジネス保険
介護サービス提供により賠償すべき事故が発生した時の対応	(1) あり　　2　なし		
	1　ありの場合		
		その内容	東京海上日動火災保険株式会社 超ビジネス保険
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　　2　なし		
	1　ありの場合		
		実施日	年1回
		結果の開示	あり
第三者による評価の実施状況	1　あり　　(2) なし		
	1　ありの場合		
		実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	

９．入居希望者への事前の情報開示

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

10. その他

<table>
<tr><td rowspan="5">運営懇談会</td><td colspan="3">(1) あり　　2　なし</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">1　ありの場合</td></tr>
<tr><td colspan="2">（開催頻度）年</td><td>1</td><td>回</td></tr>
<tr><td colspan="4">2　なしの場合</td></tr>
<tr><td colspan="4">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）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">提携ホームへの移行
【表示事項】</td><td colspan="3">1　あり　　(2) なし</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">1　ありの場合</td></tr>
<tr><td colspan="4">提携ホーム名</td></tr>
<tr><td rowspan="2">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</td><td colspan="3">(1) あり　　2　なし</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">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</td></tr>
<tr><td>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</td><td colspan="3">(1) あり　　2　なし</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="4">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</td><td colspan="3">1　あり　　(2) なし</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">1　ありの場合</td></tr>
<tr><td>合致しない事項がある場合の内容</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>「第７　既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性</td><td colspan="3">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</td></tr>
</table>

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（別に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。

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等

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				

介護サービスの種類	有無		事業所の名称	所在地	併設	隣接
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				

介護サービスの種類	有無		事業所の名称	所在地	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	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				
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				
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								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（ 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）		包含※2	都度※2	料金※3	備　考	
介護サービス									
食事介助	あ　り	な　し	あ　り	な　し					
排泄介助・おむつ交換	あ　り	な　し	あ　り	な　し					
おむつ代			あ　り	な　し		○	実費		
入浴（一般浴）介助・清拭	あ　り	な　し	あ　り	な　し		○	1,100円	１回あたり料金。週2回を超える入浴消費税10%含む	
特浴介助	あ　り	な　し	あ　り	な　し		○	1,100円	１回あたり料金。週2回を超える入浴消費税10%含む	
身辺介助（移動・着替え等）	あ　り	な　し	あ　り	な　し					
機能訓練	あ　り	な　し	あ　り	な　し					
通院介助	あ　り	な　し	あ　り	な　し		○	1,100円	協力医療機関は介護費に含む 協力医療機関以外は最初1時間1,650円 以降1時間1,100円	
生活サービス									
居室清掃	あ　り	な　し	あ　り	な　し					
リネン交換	あ　り	な　し	あ　り	な　し					
日常の洗濯	あ　り	な　し	あ　り	な　し		○	1,650円	月額1,650円	
居室配膳・下膳	あ　り	な　し	あ　り	な　し					
入居者の嗜好に応じた特別な食事			あ　り	な　し		○	実費		
おやつ			あ　り	な　し					
理美容師による理美容サービス			あ　り	な　し		○	実費		
買い物代行	あ　り	な　し	あ　り	な　し		○	550円		
役所手続き代行	あ　り	な　し	あ　り	な　し		○	550円	法律行為を除く	
金銭・貯金管理	あ　り	な　し	あ　り	な　し					
健康管理サービス									
定期健康診断			あ　り	な　し		○	実費	協力医療機関等の医療機関による健康診断の紹介	
健康相談	あ　り	な　し	あ　り	な　し					
生活指導・栄養指導	あ　り	な　し	あ　り	な　し					
服薬支援	あ　り	な　し	あ　り	な　し					
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	あ　り	な　し	あ　り	な　し					
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		○	1,100円	最初1時間1,100円、以降1時間550円 利用者の送迎。入退院荷物の搬送。入院手続きは行わない。	
入院中の洗濯物交換・買い物	あ　り	な　し	あ　り	な　し		○	1,100円	協力医療機関１回1,100円 協力医療機関以外１回1,650円	
入院中の見舞い訪問	あ　り	な　し	あ　り	な　し		○	1,100円	協力医療機関１回1,100円 協力医療機関以外１回1,650円	

※ １ ： 利用者の所得等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、月額のサービス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。