

有料老人ホーム重要事項説明書

		記入年月日	年	月	日
記入者名	渡辺洋子	所属・職名	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」の一部改正について（令和4年8月18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3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3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	
	※法人の場合、その種類		株式会社	
名称	(ふりがな)	かぶしきがいしゃかなでいあんほーむ		
	株式会社カナディアンホーム			
法人番号	法人番号の有無	1 あり	2 なし	あり
	法人番号	4430001003913		
事業主体の主たる事務所の所在地	〒	063-0007		
	札幌市西区山の手7条7丁目1番12号			
連絡先	電話番号	011-621-5221		
	FAX番号	011-621-5226		
	メールアドレス	info@ch-g.co.jp		
	ホームページアドレス	https://ch-g.co.jp/		
代表者	氏名	塩崎 康男		
	職名	代表取締役		
設立年月日	昭和61年	1月	30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)	ぐりーんびれっじひがしなえぼ		
		グリーンビレッジ東苗穂		
所在地	〒	007-0806		
		札幌市東区東苗穂6条1丁目5番13号		
建物名等	グリーンビレッジ東苗穂			
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	新道東駅 駅		
	交通手段と所要時間	地下鉄東豊線「新道東」駅より中央バスで10分 伏古10条5丁目下車徒歩2分		
連絡先	電話番号	011-787-1301		
	FAX番号	011-787-1302		
	メールアドレス	gv@ch-g.co.jp		
	ホームページアドレス	https://gv.ch-g.co.jp/		
管理者	氏名	渡辺洋子		
	職名	施設長		
建物の竣工日		平成28年	9月	30日
有料老人ホーム事業の開始日		平成28年	11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			
	指定した自治体名			
	事業所の指定日	年	月	日
	指定の更新日 (直近)	年	月	日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1141.21 m ²				
	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	907.57 m ²			
		うち、老人ホーム部分	907.57 m ²			
	耐火構造	1 耐火建築物				
		② 準耐火建築物				
	構造	3 その他				
		3 その他の場合				
		1 鉄筋コンクリート造				
		2 鉄骨造				
	所有関係	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						
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		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	15.15 m ²	14	一般居室個室
	タイプ2	有 無	有 無	15.22 m ²	12	一般居室個室
	タイプ3	有 無	有 無	15.97 m ²	3	一般居室個室
	タイプ4	有 無	有 無	m ²		
	タイプ5	有 無	有 無	m ²		
タイプ6	有 無	有 無	m ²			
タイプ7	有 無	有 無	m ²			
タイプ8	有 無	有 無	m ²			
タイプ9	有 無	有 無	m ²			
タイプ10	有 無	有 無	m ²			

※「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	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	か所
	共用浴室	3 か所	個室	3 か所
			大浴場	0 か所
	共用浴室における介護浴槽	か所	チェアー浴	か所
			リフト浴	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	共存共栄をモットーに、利用者・従業員・地域社会の皆様と共に「幸せ」を追求する		
サービスの提供内容に関する特色	医療機関・訪問介護事業所との連携により、入居者の安全と迅速な対応に努める		
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

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護の提供を行っていない場合は省略可能

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無	入居継続支援加算	(I)	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	
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	

※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、「協力医療機関連携加算 (I)」以外に該当する場合を指す。

※2 「地域密着型特

本「地域包括支援センター 施設入居者生活介護」の指定を受けている 場合。	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	<input type="checkbox"/>	救急車の手配					
	<input type="checkbox"/>	入退院の付き添い					
	<input type="checkbox"/>	通院介助					
	<input type="checkbox"/>	その他					
協力医療機関	1	名称	よしの在宅クリニック				
		住所	札幌市北区新琴似2条1丁目1-1				
		診療科目	内科				
		協力科目	訪問診療				
		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
	2	名称	桜台クリニック				
		住所	札幌市厚別区厚別西4条2丁目12-20				
		診療科目	内科				
		協力科目	訪問診療				
		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					
		住所					
		診療科目					
		協力科目					
		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					
		住所					
診療科目							
協力科目							
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	
		住所	
		診療科目	
		協力科目	
		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	よしの在宅クリニック	
	医療機関の住所	桜台クリニック	
協力歯科医療機関	1	名称	ラビット歯科
		住所	札幌市北区北24条西4丁目1-21 4F
		協力内容	訪問歯科
	2	名称	
		住所	
		協力内容	

(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	一時介護室へ移る場合		
	介護居室へ移る場合		
	その他		
※複数選択可			
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	65歳以上の要支援又は要介護認定者及び介護保険で指定する特定疾患である40歳から64歳の方。身元引受人を立てられる方。他の入居者に伝染する疾患のない方。暴力行為や自傷他害行為のない方。介護拒否のない方。		
契約解除の内容	<p>以下の場合90日間の予告期間を置いて契約を解除することがあります。</p> <p>① 入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき</p> <p>② 月払いの利用料その他の支払いを2カ月遅滞するとき</p> <p>③ 第19条の規定に違反したとき</p> <p>④ 入居者の行動が、他の入居者又は職員の生命や精神に危害を及ぼし、施設における通常の接遇方法等ではこれに対応することができないとき</p> <p>⑤ 入居者、家族、身元引受人、代理人からの一般常識を逸脱する申し立てがあり、通常の方法では解決できないとき。</p> <p>⑥ 入院先の主治医の判断で、入居期間が30日を超えると判断されたとき。または入院期間が30日を超えたとき。</p> <p>⑦ 施設で提供する介護・食事管理・健康管理等では対応できる範囲を超えたとき。</p> <p>⑧ ただし、入居者及び職員に対する迷惑行為が切迫している場合は30日の催告期間とする。</p>		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	契約書第29条	
	解約予告期間	3 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	29 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	0	1	0.5
生活相談員	0	0	0	
直接処遇職員	17	0	17	10.2
介護職員	16	0	16	
看護職員	1	0	1	
機能訓練指導員	0	0	0	
計画作成担当者	0	0	0	
栄養士	0	0	0	
調理員	4	0	4	0.8
事務員	1	0	1	0.2
その他職員	0	0	0	0
1週間のうち、常勤の従業員が勤務すべき時間数※2				7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	0
介護福祉士	6	0	6
実務者研修の修了者	5	0	5
初任者研修の修了者	7	0	7
介護支援専門員	0	0	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	0		
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	（ 21時 0分 ～ 6時 0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)		: 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		実務者研修	
	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
前年度1年間の採用者数			3			
前年度1年間の退職者数			0			
業務に応じた事職した職員の経験年数	1年未満		1			
	1年以上 3年未満		3			
	3年以上 5年未満		3			
	5年以上 10年未満		2			
	10年以上	1	7			
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 【表示事項】	<input checked="" type="radio"/> 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 【表示事項】	1 全額前払い方式 2 一部前払い・月払い方式 <input checked="" type="radio"/> 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	
	<input type="checkbox"/>	全額前払い方式
	<input type="checkbox"/>	一部前払い・一部月払い方式
	<input type="checkbox"/>	月払い方式
年齢に応じた金額設定	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり <input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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	物価高騰などやむを得ない場合
	手続き	書面の通知

(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	要介護2		
	年齢	90 歳	歳	
居室の状況	床面積	15.15 ㎡	㎡	
	便所	<input checked="" type="radio"/> 1 あり <input type="radio"/> 2 なし	1 あり <input type="radio"/> 2 なし	
	浴室	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし	1 あり <input type="radio"/> 2 なし	
	台所	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし	1 あり <input type="radio"/> 2 なし	
入居時点で必要な費用	前払金	0 円	円	
	敷金	80,000 円	円	
月額費用の合計		円	円	
サービス費用	家賃	40,000 円	円	
	特定施設入居者生活介護※1の費用	円	円	
	介護保険外※2	食費	43,740 (30日) 円	円
		管理費	15,000 円	円
		介護費用	円	円
		光熱水費	16,500 円	円
その他	暖房費(11月~4月)16,500 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	40,000円
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	15,000円
食費	朝食350円 昼食500円 夕食500円 (税別)
光熱水費	16,500円
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	冬季暖房費16,500円 (11月～4月)

(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	
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)	
※介護予防・地域密着型の場合を含む。	

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能

算定根拠		
想定居住期間 (償却年月数)		ヶ月
償却の開始日		入居日
想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額 (初期償却額)		円
初期償却率		%
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	
	入居後3月を超えた契約終了	
前払金の保全先	1 全国有料老人ホーム協会	
	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	7人
	女性	20人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	2人
	75歳以上85歳未満	9人
	85歳以上	16人
要介護度別	自立	人
	要支援1	人
	要支援2	人
	要介護1	2人
	要介護2	5人
	要介護3	7人
	要介護4	10人
	要介護5	3人
入居期間別	6か月未満	6人
	6か月以上1年未満	3人
	1年以上5年未満	8人
	5年以上10年未満	10人
	10年以上15年未満	人
	15年以上	人

(入居者の属性)

平均年齢	84歳
入居者数の合計	27人
入居率※	93%
※ 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	4人
	死亡	5人
	その他	1人
生前解約の状況	施設側の申し出	(解約事由の例) 人
	入居者側の申し出	(解約事由の例) 人

8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況) ※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		施設長
電話番号		011-787-1301
対応している時間	平日	9:00 ~ 17:45
	土曜	定休日
	日曜・祝日	定休日
定休日		土日祝祭日
窓口 2		
窓口の名称		札幌市保健福祉局 高齢保健福祉部 介護保険課(事業所指導担当) 施設指導係
電話番号		011-211-2972
対応している時間	平日	8:45 ~ 17:45
	土曜	定休日
	日曜・祝日	定休日
定休日		土日祝祭日
窓口 3		
窓口の名称		北海道高齢者総合相談センター
電話番号		011-251-2525
対応している時間	平日	9:00 ~ 17:00
	土曜	定休日
	日曜・祝日	定休日
定休日		土日祝祭日
窓口 4		
窓口の名称		北海道福祉サービス運営適正化委員会
電話番号		011-204-6310
対応している時間	平日	9:00 ~ 17:00
	土曜	定休日
	日曜・祝日	定休日
定休日		土日祝祭日

(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	三井住友海上火災保険
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	三井住友海上火災保険 1 事故につき支払限度額 1 億円
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		
	結果の開示		
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

運営懇談会	① あり 2 なし	
	1 ありの場合	(開催頻度) 年 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) アンケートによる聞き取りと対応事項の公表
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	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
	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	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	

	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 ありの場合		
	合致しない事項がある場合の内容	EVストレッチャー非対応	
	「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） 2 適合している（将来の改善計画） 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

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。

入居者 _____

身元引受人 _____

身元引受人 _____

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	訪問介護ステーション グリーンビレッジ	札幌市東区東苗穂 6条1丁目5-11-101		○
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				

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				

介護サービスの種類	有無	事業所の名称	所在地	併設	隣接
＜居宅介護予防サービス＞					
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	訪問介護ステーション グリーンビレッジ	札幌市東区東苗穂 6条1丁目5-11-101	○
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	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）			あり		なし	
	あり	なし	あり	なし	なし	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			○	種類により価格設定	
入浴（一般浴）介助・清拭	あり	なし	あり	なし					
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					
機能訓練	あり	なし	あり	なし					
通院介助	あり	なし	あり	なし					
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					
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回 1,500円	
居室配膳・下膳	あり	なし	あり	なし	○				特別な病状の場合のみ対応
入居者の嗜好に応じた特別な食事			あり	なし					
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			○	理美容に直接支払い	訪問理美容の手配可能
買い物代行	あり	なし	あり	なし			○	実費+2,000円/時	
役所手続き代行	あり	なし	あり	なし					
金銭・貯金管理	あり	なし	あり	なし			○	1,000円/月額	
健康管理サービス									
定期健康診断			あり	なし					
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			○	実費+3,000円/時	タクシー代などの実費がかかります。 夜間20時～翌朝8時までは4,000円/時 スタッフの人員不足により対応できない場合があります。
入院中の洗濯物交換・買い物	あり	なし	あり	なし			○	実費+3,000円/時	
入院中の見舞い訪問	あり	なし	あり	なし					

※ 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、月額の利用料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。