

重要事項説明書

記入年月日	2020年7月1日
記入者名	林 世津子
所属・職名	支配人

※ 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	個人/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 ひかりはいつ・うゑらす 株式会社 光ハイツ・ヴェラス	
主たる事務所の所在地	〒064-0919 北海道札幌市中央区南19条西11丁目1番15号	
連絡先	電話番号	011-520-8668
	FAX番号	011-520-3018
	ホームページアドレス	http://www.varus.co.jp
代表者	氏名	森 千恵香
	職名	代表取締役社長
設立年月日	昭和62年 4月21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) うゑらす・くおーれおたる ヴェラス・クオーレ小樽
----	------------------------------------

所在地	〒047-0021 北海道小樽市花園1丁目1番9号	
主な利用交通手段	最寄駅	J R小樽駅
	交通手段と所要時間	例：①バス利用の場合 ・中央バスで乗車1分、 市役所通停留所で下車、徒歩5分 ②自動車利用の場合 ・乗車3分
連絡先	電話番号	0134-24-8080
	FAX番号	0134-24-8058
	ホームページアドレス	http://www.varus.co.jp
管理者	氏名	林 世津子
	職名	支配人
建物の竣工日		平成21年3月16日
有料老人ホーム事業の開始日		平成21年4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2に 該当する場 合	介護保険事業者番号	第0172001448号
	指定した自治体名	北海道
	事業所の指定日	平成27年4月1日
	指定の更新日（直近）	令和3年4月1日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1518.14㎡	
	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	4659.51㎡
		うち、老人ホーム部分	4122.36㎡

	耐火構造	1 <input checked="" type="checkbox"/> 耐火建築物				
		2 準耐火建築物				
		3 その他 ()				
	構造	1 <input checked="" type="checkbox"/> 鉄筋コンクリート造				
	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 <input checked="" type="checkbox"/> 事業者が賃借する建物					
	抵当権の設定	1	あり	2	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
	契約期間	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(2009年3月1日～2034年2月28日)		
	2	なし				
	契約の自動更新	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	なし	
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 <input checked="" type="checkbox"/> 全室個室				
		2 相部屋あり				
		最少	1人部屋			
		最大	2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 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	15.88 m ²	7	一般居室個室
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	10.71 m ²	10	一般居室個室
	タイプ3	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	7.95 m ²	42	介護居室個室
	タイプ4	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ5	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ6	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ7	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ8	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²		
タイプ9	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ10	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 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	9ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	2ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	5ヶ所		
	共用浴室	6ヶ所	個室	3ヶ所		
			大浴場	2ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴	1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	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	エレベーター	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり (車椅子対応)	
		2	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし
	自動火災報知設備	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし
	火災通報設備	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし
	スプリンクラー	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし
	防火管理者	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし
	防災計画	1	<input checked="" type="checkbox"/> 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	ご高齢の方々が、自分らしく可能な限り自立し、安心の中にも温かゆとりある住まいを提供いたします。
サービスの提供内容に関する特色	ご入居者様一人一人を大切に、ご満足いただける介護の提供に努めております。
入浴、排せつ又は食事の介護	1 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 2 <input checked="" type="checkbox"/> 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	生活機能向上連携加算	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	個別機能訓練加算	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	夜間看護体制加算	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	若年性認知症入居者受入加算	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	医療機関連携加算	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし

	口腔衛生管理体制加算	1 あり 2 <input type="checkbox"/> なし
	栄養スクリーニング加算	1 <input type="checkbox"/> あり 2 なし
	退院・退所時連携加算	1 <input type="checkbox"/> あり 2 なし
	看取り介護加算	1 <input type="checkbox"/> あり 2 なし
	認知症専門 ケア加算	(Ⅰ) 1 あり 2 <input type="checkbox"/> なし (Ⅱ) 1 あり 2 <input type="checkbox"/> なし
	サービス提 供体制強化 加算	(Ⅰ)イ 1 あり 2 <input type="checkbox"/> なし
		(Ⅰ)ロ 1 あり 2 <input type="checkbox"/> なし
		(Ⅱ) 1 あり 2 <input type="checkbox"/> なし
		(Ⅲ) 1 <input type="checkbox"/> 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	(介護・看護職員の配置率) : 1
	2 <input type="checkbox"/> なし	

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		1 <input type="checkbox"/> 救急車の手配 2 <input type="checkbox"/> 入退院の付き添い 3 <input type="checkbox"/> 通院介助 4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	医療法人社団 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・呼吸器科・消化器科・胃腸科・循環器科
		協力内容	訪問診療・緊急時の受入れ協力・健康セミナー等実施
	2	名称	医療法人社団一視同人会 札幌・すがた医院
		住所	小樽市緑2丁目1番8号
		診療科目	内科・神経内科・整形外科・リハビリテーション科
		協力内容	訪問診療・緊急時の受入れ協力・健康セミナー等実施
協力歯科医療機関	名称	たかしま歯科クリニック	
	住所	小樽市高島3丁目1番10号	
	協力内容	訪問歯科診療・口腔ケア	

(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 <input type="checkbox"/> 介護居室へ移る場合 3 <input type="checkbox"/> その他 (介護居室から一般居室)
判断基準の内容	長期間頻繁にまた不規則に職員が訪室しなければ生活に支障が生じると思われる場合
手続きの内容	主治医の意見を聴く・一定の経過観察機関をおく・本人または連帯保証人の同意を得る
追加的費用の有無	1 <input type="checkbox"/> あり 2 なし

居室利用権の取扱い	居住していた居室の契約を解約し、新たな居室の賃貸契約を締結する		
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	(変更内容) バルコニー・クローゼット・物入れ・廊下・玄関など室内全体の仕様が異なる。また介護フロアでの居室住み替えは居室タイプにより異なる。
	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	満60歳以上の方		
契約の解除の内容	家賃等を2ヶ月以上滞納したとき・共同生活の秩序を著しく乱す行為があった時等		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	賃貸契約書第17条	
	解約予告期間	ヶ月	
入居者からの解約予告期間	1ヶ月		
体験入居の内容	1 あり (内容:) 2 なし		
入居定員	69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	0	1.0
生活相談員	1	1	0	1.0
直接処遇職員	26	13	13	21.9
介護職員	22	12	10	18.5
看護職員	4	1	3	3.4

機能訓練指導員	1	1	0	0.1
計画作成担当者	1	0	1	0.6
栄養士	0	0	0	委託
調理員	0	0	0	委託
事務員	1	1	0	0.5
その他職員	0	0	0	0
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 ^{※2}				35時間
<p>※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。</p> <p>※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。</p>				

(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	0
介護福祉士	5	4	1
実務者研修の修了者	0	0	0
初任者研修の修了者	8	4	4
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	1	1	0
理学療法士	0	0	0
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30分～9時30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	2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 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)	1.8 : 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	0	0	4	1	0	0	0	0	0	1	
前年度1年間の退職者数	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	
応じた業務に従事した経験年数に 職員の人数	1年未満	0	0	2	0	0	0	0	0	0	
	1年以上 3年未満	0	0	4	0	0	0	0	0	0	
	3年以上 5年未満	0	0	0	1	0	0	0	0	0	
	5年以上 10年未満	0	0	4	2	1	0	0	0	0	
	10年以上	1	3	2	7	0	0	1	0	0	
		1	3	2	7	0	0	1	0	0	
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】	1 利用権方式 2 <input type="checkbox"/> 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	
	3 <input type="checkbox"/> 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 2 <input type="checkbox"/> なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり 2 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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	
	手続き	

(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5	要支援1	
	年齢	92歳	86歳	
居室の状況	床面積	26.24㎡	35.38㎡	
	便所	1 <input type="checkbox"/> 有 2 無	1 <input type="checkbox"/> 有 2 無	
	浴室	1 有 2 <input type="checkbox"/> 無	1 <input type="checkbox"/> 有 2 無	
	台所	1 <input type="checkbox"/> 有 2 無	1 <input type="checkbox"/> 有 2 無	
入居時点で 必要な費用	前払金	入居当月を日割り 円	入居当月を日割り 円	
	敷金	160,000円	208,000円	
月額費用の合計		210,000円	200,000円	
家賃		80,000円	104,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用	130,000円	96,000円	
	介護保険外※2	食費	60,000円	37,000円
		管理費	30,000円	30,000円
		介護費用	27,000円	12,000円
		光熱水費	0円	0円
その他	13,000円	17,000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	契約の居室利用料として徴収いたします
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	管理部門の人件費、消耗品、共用部分の水道光熱費等を根拠に算定
食費	給食業者の人件費、消耗品、材料費を根拠に算定
光熱水費	2～4階居室の水道は管理費に含む、5・6階居室は実費 電気料は全居室実費
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	

(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	
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 連帯保証を行う銀行等の名称
	2 信託契約を行う信託会社等の名称
	3 保証保険を行う保険会社の名称

	4 全国有料老人ホーム協会
	5 その他（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	9人
	女性	47人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	4人
	75歳以上 85歳未満	15人
	85歳以上	37人
要介護度別	自立	3人
	要支援1	7人
	要支援2	11人
	要介護1	13人
	要介護2	5人
	要介護3	7人
	要介護4	7人
	要介護5	5人
入居期間別	6ヶ月未満	3人
	6ヶ月以上 1年未満	4人
	1年以上 5年未満	29人
	5年以上 10年未満	12人
	10年以上 15年未満	8人
	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	81歳
入居者数の合計	56人
入居率※	81%

※ 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	1人
	社会福祉施設	0人
	医療機関	2人
	死亡者	8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	3人
		(解約事由の例) 帰宅要望、長期入院

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	ヴェラス・クオーレ小樽 苦情対応委員会	
電話番号	0134-24-8080	
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	9:00~17:00
	日曜・祝日	9:00~17:00
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 <input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) サービスの提供上で事故が発生し、入居者の生命・身体・財産に損害がはっせいした場合不可効力による場合を除き賠償する。
	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	1 あり	(その内容)
	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし	
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 <input checked="" type="checkbox"/> あり	実施日	ご意見箱 (常設)
		結果の開示	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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
2 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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
管理規程	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 公開していない

10. その他

運営懇談会	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	(開催頻度) 年 3回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
2 代替措置なし		
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 あり (提携ホーム名:) 2 なし	
有料老人ホーム設置時の老人	1 あり 2 なし	

福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出	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
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 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	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

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			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	光ハイク・ウエラス石山 光ハイク・ウエラス月寒 光ハイク・ウエラス藤野 光ハイク・ウエラス琴似 光ハイク・ウエラス真駒内 ウエラス・クオレ小樽 ウエラス・クオレ山の手	札幌市南区石山1条3丁目3-33 札幌市豊平区美園9条8丁目5-1 札幌市南区藤野3条11丁目10-11 札幌市西区二十四軒4条1丁目3-1 札幌市南区真駒内緑町1丁目1-1 小樽市花園1丁目1番9号 札幌市西区山の手6条2丁目1-1
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		
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	さっぽろ南デイサービスセンター	札幌市南区南32条西10丁目1-8
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	光ハイク・ウエラス石山 光ハイク・ウエラス月寒 光ハイク・ウエラス藤野 光ハイク・ウエラス琴似 光ハイク・ウエラス真駒内 ウエラス・クオレ小樽 ウエラス・クオレ山の手	札幌市南区石山1条3丁目3-33 札幌市豊平区美園9条8丁目5-1 札幌市南区藤野3条11丁目10-11 札幌市西区二十四軒4条1丁目3-1 札幌市南区真駒内緑町1丁目1-1 小樽市花園1丁目1番9号 札幌市西区山の手6条2丁目1-1
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		
介護医療院	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※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
	なし	あり	なし	あり					
介護サービス									※回数の上限は等はケアプランで個々に規定されます
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		○			実費負担
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	○				
特浴介助	なし	あり	なし	あり	○				
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	○				
通院介助	なし	あり	なし	あり		○			1500円（税別）/時
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○				
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		○			医師の指示が必要。実費負担の場合あり。
おやつ			なし	あり		○			実費負担
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○			実費負担
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○			月3回目から1000円（税別）/回
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○			月2回目から1000円（税別）/回
金銭・貯金管理			なし	あり					実施しない
健康管理サービス									
定期健康診断			なし	あり					年1回 費用は自己負担
健康相談	なし	あり	なし	あり	○				必要に応じ適宜実施
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり					必要に応じ適宜実施
服薬支援	なし	あり	なし	あり	○				必要に応じ適宜実施
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり	○				必要に応じ適宜実施
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	○				
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり	○				職員が付添います 小樽市内に限ります
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり	○				協力医療機関は週1回、それ以外は月2回対応いたします。
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり	○				協力医療機関は週1回、それ以外は月2回対応いたします。

※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。