

別記様式第 1 号

重要事項説明書

記入年月日	令和3年7月23日
記入者名	武田 梨野
所属・職名	管理者

※ 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／ <u>法人</u>	
	※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 しんこう 株式会社 進幸	
主たる事務所の所在地	〒053-0022 苫小牧市表町1丁目3番4号 大東ビル3F	
連絡先	電話番号	0144-32-2770
	FAX番号	0144-32-2778
	ホームページアドレス	
代表者	氏名	渡邊 典子
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和 55年 12月 4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) ぴあほうすぽっぷとまこまい ピアハウス POP 苫小牧	
所在地	〒053-0011 苫小牧市末広町1丁目14番8号	
主な利用交通手段	最寄駅	苫小牧駅
	交通手段と所要時間	例：①バス利用の場合 ・道南バス錦西文化公園線で乗車13分、末広1丁目停留所で下車、徒歩4分 ②自動車利用の場合 ・乗車7分
連絡先	電話番号	0144-35-5031
	FAX番号	0144-84-3070
	ホームページアドレス	
管理者	氏名	武田 梨野
	職名	管理者
建物の竣工日		昭和 38年10月30日
有料老人ホーム事業の開始日		平成 20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	県（市）
	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	615.53 m ²				
	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（普通賃貸・定期賃貸）				
		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	241.92 m ² (地下1階地上2階建て)			
		うち、老人ホーム部分	206.54 m ²			
	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				
		2 鉄骨造				
		3 木造				
		4 その他 (ブロック造り)				
	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（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 (平成30年4月1日～平成40年3月31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】	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※
	A号室	有/無	有/無	15.66 m ²	1	一般居室個室
	B号室	有/無	有/無	11.7 m ²	1	〃
	C号室	有/無	有/無	11.34 m ²	1	〃
	D号室	有/無	有/無	14.58 m ²	1	〃

※「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	2ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	なし		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	なし		
	共用浴室	1ヶ所	個室			
			大浴場			
	共用浴室における介護浴槽	なし	チェアー浴			
			リフト浴			
			ストレッチャー浴			
			その他 ()			
食堂	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
入居者や家族が利用できる調理設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし		
エレベーター	<input type="checkbox"/> 1	あり (車椅子対応)	<input type="checkbox"/> 2	あり (ストレッチャー対応)		
	<input type="checkbox"/> 3	あり (上記1・2に該当しない)	<input checked="" type="checkbox"/> 4	なし		
消防用設備等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	スプリンクラー	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし	
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
緊急通報装置等	居室	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	一部あり	
		<input checked="" type="checkbox"/> 3	なし	<input type="checkbox"/> 3	なし	
		<input type="checkbox"/> 2	一部あり	<input type="checkbox"/> 2	一部あり	
その他	便所	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	一部あり	
		<input checked="" type="checkbox"/> 3	なし	<input type="checkbox"/> 3	なし	
	浴室	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	一部あり	
		<input checked="" type="checkbox"/> 3	なし	<input type="checkbox"/> 3	なし	
	その他 ()	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	一部あり	
		<input checked="" type="checkbox"/> 3	なし	<input type="checkbox"/> 3	なし	

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	1. 入居者の個人の尊厳を最大限に尊重し、気配り します 2. 入居者とのコミュニケーションを大事にしま す
サービスの提供内容に関する特色	入居者の個々の人格や気持ちに寄り添い、必要な ケアやサービスを提供できる様努める
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 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	

		(IV)	1 あり 2 なし
		(V)	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	(介護・看護職員の配置率) : 1	
	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 <input checked="" type="checkbox"/> 4 その他 ()		
協力医療機関	1	名称	医療法人社団保生会 沖医院
		住所	苫小牧市旭町4丁目4番15号
		診療科目	一般内科・リウマチ・膠原病専門外来・糖尿病専門 外来・肥満外来・アレルギー科
		協力内容	健康セミナー・健康状態確認のための外来受診・緊 急受入れ治療又は適当な病院紹介等
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称	医療社団法人 高橋歯科	
	住所	苫小牧市末広町3丁目7番6号	
	協力内容	利用者の病状に対する適切な対応	

(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 ()
判断基準の内容	介護・援助状況の変化
手続きの内容	1. ホームが指定する医師の意見 2. 本人、身元保証人の同意を得る
追加的費用の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
居室利用権の取扱い	住み替え後の居室に移行
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	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	便所の変更	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし	
	浴室の変更	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし	
	洗面所の変更	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし	
	台所の変更	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし	
	その他の変更	<input type="checkbox"/> 1	あり	(変更内容)		
		<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
留意事項	建物内での飲酒・喫煙は出来ません。					
契約の解除の内容	1. 入居者が死亡 2. 入居者、または事業者から解約した場合					
事業主体から解約を求める場合	解約条項	1. 入居申し込み等の虚偽記載により不正手段にて入居した時 2. 月払い利用料その他の滞納 3. 入居者の行動が他の入居者又は従業員の生命に危害を及ぼすかその恐れがあり、通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止できない時				
	解約予告期間	3ヶ月 (90日)				
入居者からの解約予告期間	1ヶ月 (30日)					
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり (内容：空き室がある場合)			<input type="checkbox"/> 2	なし
入居定員	4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人	1人		
生活相談員	2人	1人	1人	
直接処遇職員	8人	2人	6人	
介護職員	8人	2人	6人	
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員	1人		1人	
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}				
<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			
介護福祉士	3人	2人	1人
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	6人		6人
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			
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 (時～ 時)		
	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	1人	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

※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		サービス管理責任者							
	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				2名						
前年度1年間の退職者数				1名						
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名						
	1年以上			2名						
	3年未満									
	3年以上			1名	1名					
	5年未満						1名			
5年以上										
10年未満										

	10年以上			1名	2名						
従業員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 <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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	物価変動、人件費上昇により不定期に改定する場合有
	手続き	運営懇談会の意見を参考にする

(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（生活保護受給者）	
入居者の状況	要介護度	要介護1	要介護1	
	年齢	86歳	77歳	
居室の状況	床面積	11.7 m ²	11.34 m ²	
	便所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
	浴室	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
	台所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
入居時点で 必要な費用	前払金	40000円	29000円	
	敷金	80000円	58000円	
月額費用の合計		105780円	94780円	
		(11月～5月) 122280円	(11月～5月) 111280円	
家賃		40000円	29000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用		0円	
	2 介護保険外 [※]	食費	39600円	39600円
		管理費	26180円	26180円
		介護費用	0円	0円
		暖房費（11月～5月まで）	16500円	16500円

	その他	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	建物の賃貸料、設備備品費を基礎として1室あたりの賃料を算出。
敷金	家賃の2ヶ月分：原則として退去時に全額返還とするが、賃料の滞納、原状回復に要する費用の未払いその他の債務不履行が存在する場合は、当該債務の額を敷金から差し引きます。
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	共用部分の維持管理、修繕費、事務管理、水道光熱費、生活支援サービスの人件費
食費	厨房維持費及び1日3食を提供する為の食材費用の実費 (朝食:330円、昼食440円、夕食550円)
光熱水費	管理費に含まれている。
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	暖房費:実費

(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	賃料の滞納、原状回復に要する費用の未払いその他の債務不履行が存在する場合は、当該債務の額を差し引きます。
想定居住期間（償却年月数）	24ヶ月以上
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	0円

領する額（初期償却額）		
初期償却率		%
返還金の算定方法	入居後 12 ヶ月以内の契約終了	入居後 12 ヶ月以内に退去された場合前払い金の返還は致しません。
	入居後 12 ヶ月～24 ヶ月内の契約終了	入居後 12 ヶ月以降 24 ヶ月以内に退去された場合は前払い金の 1 月分を返還致します。
	入居後 24 ヶ月を超えた契約終了	入居後 24 ヶ月以降退去された場合は前払金は全額返金致します。 ※賃料の滞納及び債務不履行等ある場合を除く
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：株式会社進幸）	

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	2 人
	女性	2 人
年齢別	65 歳未満	人
	65 歳以上 75 歳未満	1 人
	75 歳以上 85 歳未満	2 人
	85 歳以上	1 人
要介護度別	自立	人
	要支援 1	1 人
	要支援 2	人
	要介護 1	2 人
	要介護 2	1 人
	要介護 3	人
	要介護 4	人
	要介護 5	人
入居期間別	6 ヶ月未満	1 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	人
	1 年以上 5 年未満	1 人

	5年以上 10年未満	1人
	10年以上 15年未満	1人
	15年以上	人

(入居者の属性)

平均年齢	77歳
入居者数の合計	4人
入居率*	100%

※ 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	1人
	死亡者	人
	その他	人
生前解約の状況	施設側の申し出	人
	(解約事由の例)	
	入居者側の申し出	1人
	(解約事由の例) 体調不良にて入院していたが施設に戻れる目途が立たず、御家族の申し出により解約となる。	

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		ピアハウス POP 苫小牧	北海道高齢者相談・虐待防止センター
電話番号		0144-35-5031	011-251-2525
対応している時間	平日	9:00~17:00	9:00~17:00
	土曜	9:00~17:00	—
	日曜・祝日	9:00~17:00	—
定休日		なし	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	事故・災害に備えて、損害賠償保険に加入しています。 加入保険会社名:東京海上日動火災保険会社 加入保険内容:居宅介護事業者賠償責任保険
	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)
	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	平成 30 年 2 月 1 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 1 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:)	
	<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	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
合致しない事項がある場合の内容	居室 B 号室及び C 号室について居室面積不足<基準 13 m ² > : 共同住宅及び食堂が十分な広さがあり、生活に支障はありません。	
「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	1. 職員体制における栄養士 2. 借地借家による土地建物賃貸契約に記載すべき事項	
不適合事項がある場合の内容	1. 未配置 2. ・有料老人ホーム事業の為の借家である事及び建物所有者は事業に協力する旨の文言未記入。 ・入居期間の定めがない場合は契約期間が 20 年以上である事と更新後の借家契約の期間の文言未記入。 ・相続・譲渡等による建物所有者変更の際、契約内容が継承される旨の文言未記入。	

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。

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 なし	併設・隣接 POPケア札幌 POPケア苫小牧	札幌市北4条西 16-1-3 1F 苫小牧市表町1 丁目3-4 3F
訪問入浴介護	あり	併設・隣接	
訪問看護	あり なし	併設・隣接	訪問看護ステーション グ ロース 札幌市中央区 南3条西2-1-1 7F
訪問リハビリテーション	あり	併設・隣接	
居宅療養管理指導	あり	併設・隣接	
通所介護	あり	併設・隣接	
通所リハビリテーション	あり	併設・隣接	
短期入所生活介護	あり	併設・隣接	
短期入所療養介護	あり	併設・隣接	
特定施設入居者生活介護	あり	併設・隣接	
福祉用具貸与	あり	併設・隣接	
特定福祉用具販売	あり	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	併設・隣接	
夜間対応型訪問介護	あり	併設・隣接	
認知症対応型通所介護	あり	併設・隣接	
小規模多機能型居宅介護	あり	併設・隣接	
認知症対応型共同生活介護	あり なし	併設・隣接	ピアハウス札幌 札幌市北4条西 16-1-3 2F
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	併設・隣接	
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	併設・隣接	
看護小規模多機能型居宅介護	あり	併設・隣接	
居宅介護支援	あり	併設・隣接	POPケアセン ター 札幌市中央区 南3条西2-1- 1 7F
<居宅介護予防サービス>			
介護予防訪問介護	あり	併設・隣接	POPケア札幌 POPケア苫小 牧 札幌市北4条西 16-1-3 1F 苫小牧市表町1 丁目3-4 3F
介護予防訪問入浴介護	あり	併設・隣接	
介護予防訪問看護	あり	併設・隣接	
介護予防訪問リハビリテーション	あり	併設・隣接	
介護予防居宅療養管理指導	あり	併設・隣接	
介護予防通所介護	あり	併設・隣接	
介護予防通所リハビリテーション	あり	併設・隣接	
介護予防短期入所生活介護	あり	併設・隣接	
介護予防短期入所療養介護	あり	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	
介護予防福祉用具貸与	あり	併設・隣接	
特定介護予防福祉用具販売	あり	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	併設・隣接	
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	併設・隣接	

介護予防認知症対応型共同生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・隣接	ピアハウスPOP札幌	札幌市北4条西16-1-3 1F
介護予防支援	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・隣接	POPケアセンター	札幌市中央区南3条西2-1-1 7F
<介護保険施設>					
介護老人福祉施設	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
介護老人保健施設	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
介護療養型医療施設	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
介護医療院	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	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）			包含※2	都度※2	料金※3	備 考
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					
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	○				市内の病院に限る
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					
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					
買い物代行	なし	あり	なし	あり	○				市内に限る
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	○				
金銭・貯金管理			なし	あり	○				
健康管理サービス									
定期健康診断			なし	あり					年 2 回
健康相談	なし	あり	なし	あり	○				
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○				
服薬支援	なし	あり	なし	あり	○				
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	○				
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり	○				市内の病院に限り同行
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。