

事業主体の主たる		
事務所の所在地		
事業主体の連絡先	電話番号	
	FAX番号	
	ホームページアドレス	なし
		あり：http://
事業主体の代表者の	氏名	
氏名及び職名	職名	
事業主体の設立年月日	平成26年7月29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. 施設概要
(住まいの概要)

名称	(フリガナ)シェアホームモリノクマサン シェアホーム 森のくまさん	
所在地	〒062-0033	札幌市豊平区西岡3条6丁目8-7
主な利用交通手段	最寄駅	地下鉄南北線 澄川 駅
	交通手段と所用時間	① 中央バス利用の場合 澄川駅中央バスで乗車11分、 西岡3条5丁目停留所で下車、徒歩2分 ② 自動車利用の場合 澄川駅より5分
連絡先	電話番号	011-858-9033
	FAX番号	011-858-7566
	ホームページアドレス	なし あり：http://
管理者	氏名	
	職名	管理者
建物の竣工日		平成27年4月27日
有料老人ホーム事業の開始日		平成30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	介護保険事業所番号	0190501585
	指定した自治体名	北海道/札幌市
	事業所の指定日	平成 30 年 5 月 1 日
	指定の更新年月日（直近）	令和 9 年 9 月 30 日

3. 建物概要

土 地	敷 地 面 積	677.95 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	
		抵 当 権 の 有 無	1 あり 2 なし
		契 約 期 間	1 あり (平成27年4月1日～平成47年3月30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	616.93 m ²
		うち、老人ホーム部分	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 ()	
	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 (平成27年4月1日～平成47年3月30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※
	タイプ1	有/無	有/無	9 .937㎡	29	一般居 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	9ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	4ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	4ヶ所		
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	4ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	4ヶ所		
	廊下幅	片廊下	1.82 m			

		中 廊 下	1.82 m	
	共 用 浴 室	2 ケ	個 室	2ヶ所
		所	大 浴 場	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
		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 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	
サービスの提供内容に関する特色	隣接する、小規模多機能型居宅介護支援事業所にて、訪問・通い・ショートステイ等のサービス
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 (1)	1 あり 2 なし

	ケア加算	(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
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 10 : 1
	2 なし		1 あり 2 なし

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		1 救急車の手配 2 入退院の付き添い 3 通院介助 4 その他（基本的には、ご家族様対応それ以外は施設対応）
協力医療機関	1	名称 医療法人にれの杜クリニック
		住所 札幌市白石区菊水上町4条2丁目359番1
		診療科目 腎臓内科・内科・外科・整形外科
		協力内容 夜間・土日祝日・緊急時の対応・入院治療を要する場合の入院医療機関の紹介・入居者外来診療及び定期的治療
	2	名称 社会医療法人恵和会西岡病院
		住所 札幌市西岡4条4丁目1番52号

		診療科目 内科・呼吸器内科・消化器内科・循環器内科
		協力内容 利用者にあったサービス提供の確保及び 関係機関との連携、支援体制
協力歯科医療機関	名称	岡歯科クリニック
	住所	札幌市中央区宮の森2条8丁目2-5
	協力内容	夜間、土日祝日等、緊急時の対応

(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 3 その他(2階居室から1階居室)	
判断基準の内容		介護時間	
手続きの内容		事業所内での会議(ご家族との連携)	
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 の使用 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	(任意火災保険居室番号変更手続き)

		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 <u>あり</u> 2 なし
	要支援の者	1 <u>あり</u> 2 なし
	要介護の者	1 <u>あり</u> 2 なし
留意事項		
契約の解除の内容	賃料・管理・共益費等を支払わなかった場合 本契約に違反した場合	
事業主体から解約を求め る場合	解約条項	同上
	解約予告期間	1ヶ月
入居者から解約予告期間	1ヶ月	
体験入居の内容	1 <u>あり</u> (内容 :) 2 なし	
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）

(職員別の職員数)

	職 員 数 （ 実 人 数 ）			常 勤 換 算 人 数 ※ 1 ※ 2
	合 計 1			
		常 勤	非 常 勤	
管 理 者	1	1		

生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員	13	8	5	3.9
看護職員	1	1		
機能訓練指導員				
計画作成担当者	1		1	
栄養士				
調理員	2		2	
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※40				
※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	3	3	
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者			
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
看護師及び准看護師	1	1	
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 （ 18時 ～ 9時 ）		
	平 均 人 数	最 少 時 人 数 （ 休 憩 者 等 を 除 く ）
看 護 職 員	0 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	契約上の職員配置比率※	a	1.5：1 以上
	【表示事項】	b	2：1 以上
		c	2.5：1 以上
		d	3：1 以上
	実際の配置比率	： 1	

以 外 の 場 合 、 本 欄 は 省 略 可 能)	(記入日時点での利用者数：常勤換算職員数)	
※ 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	ホ ー ム の 職 員 数	人
老 人 ホ ー ム の 介 護 サ ー ビ ス 提 供 体 制 (外	訪 問 介 護 事 業 所 の 名 称	
部 サ ー ビ ス 利 用 型 特 定 施 設 以 外 の 場	訪 問 看 護 事 業 所 の 名 称	
合 、 本 欄 は 省 略 可 能)	通 所 介 護 事 業 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		認 知 症 対 応 型 サ ー ビ ス 事 業 管 理 者 研 修			
						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							
前 年 度 1 年 間 の 退 職 者 数			1	1	3						
業 務 に 従 事 し た 経 験 年 数 に	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 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	
		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 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定		1 あり 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		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	条件		
改定	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	1～5	1～5
	年齢（平均）	83.8歳	83.8歳
居室の状況	床面積	9.937㎡	9.937㎡
	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			
	敷金		72,000円	90,000円
月 額 費 用 の 合 計			124,022円	133,022円
家 賃			36,000円	45,000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	朝 食 561円 昼 食 ・ 夕 食 616円 行 事 食 1,232円 食 事 代 計 55,022円	朝 食 561円 昼 食 ・ 夕 食 616円 行 事 食 1,232円 食 事 代 計 55,022円
		共 益 費	18,000円	18,000円
		介 護 費 用	なし	なし
		光 熱 水 費	共 益 費 に 含 ま れ る	共 益 費 に 含 ま れ る
		そ の 他 （ 暖 房 費 ）	15,000円	15,000円
		10月～5月		

※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	36,000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。
共益費	18,000円（共益部分の水道・光熱費）
食費	朝食 561円 昼食・夕食 616円（税込み） 行事食 1,232円
光熱水費	共益費に含まれる
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 15,000円（10月～5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

費用	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【冒頭に記載した記入日現在】
（入居者の人数）

性別	男性	8人
	女性	17人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	1人
	75歳以上85歳未満	13人
	85歳以上	11人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	2人
	要支援2	人
	要介護1	13人
	要介護2	6人

	要介護 3	3 人
	要介護 4	1 人
	要介護 5	人
入居期間別	6ヶ月未満	人
	6ヶ月以上1年未満	人
	1年以上5年未満	人
	5年以上10年未満	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	85.0 歳
入居者数の合計	25 人
入居率※	86.2 %
※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	3 人
	医療機関	5 人
	死亡者	2 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)	

		認知症の症状による施設対応の限界
	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状況) ※複数ある場合は欄を増やして記入こと。

窓口の名称		利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要
電話番号		011-858-9033
対応している 時間	平日	9:00～16:00
	土曜	9:00～16:00
	日曜・祝日	9:00～16:00
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 あり	(その内容) 施設設備管理による被害
	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) 介護サービス提供による被害
	2 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 あり	実施日	
		結果の開示	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	年1回
		評価機関名称	協力医療機関・地域包括 センター・
		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 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 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	(開催頻度) 年 6 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
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 2 ☐ なし
合致しない事項がある場合	居室が13㎡以下・中廊下1.82m・エレベーターにストレッチャーが収納できない
「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
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	1 土地建物に抵当権が設定されている、体験入居を実施していない 2 当該施設の運営が、相続、譲渡等により建物の所有者が変更された場合であっても、新たな所有者に対して当該契約の内容が継承される旨の条項がないこと

添付書類：別添 1（別を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）

シェアホーム森のくまさん 利用心得

（門 限）

- 1、 門限は午後 7 時です。門限の 5 分前には帰館するようにしてください。
- 2、 但し、上記門限時間は事前に職員の許可を受けた場合は、この限りではありません

（喫 煙）

- 1、 館内は全館禁煙です。館内での喫煙はお止め下さい。万一、喫煙行為を発見した場合は退去して頂きます。

（外 出）

- 1、 外出の際は、職員へ事前に申し出所定の外出記録にご記入下さい。

（居室の使用）

- 1、 室内の備品は丁寧に使用してください。
- 2、 居室内でのコンロ類等の電熱式加熱器具、ならびにポータブルガスコンロ、及びそれらに類するものの使用を禁じます。

- 3、 音響器具（テレビ、ラジカセ等）は、ヘッドホン、イヤホン等を用い、自室外へ聞こえることのないよう注意してください。
- 4、 釘、セロテープ、ビニールテープ、ネジ類、のり、接着剤等によって、壁や家具に壁紙（ポスター、写真類）や物掛けを作らないでください。但し、画鋲の使用は認めます。
- 5、 外出の際は照明及び、暖房を必ずお切りください。
- 6、 網戸が外れたり、ドアの開閉が悪くなったり、その他、居室内において損傷が生じたときは、ただちに職員に報告してください。

（食 事）

- 1、 食事は食堂において、次の時間になります。
朝食 7：00 昼食 12：00 夕食 17：00
- 2、 食事は朝 561円 昼・夕 616円です。
- 3、 食事が不要となる日が発生する場合は、一週間前に、職員に申し出てください。
（一週間以内に申し出があった場合、料金が発生いたします。）

（面 会・訪 問）

- 1、 面会者は入館時に面会受付用紙に記入してください。
- 2、 面会時間は午前 9：00～午後 7：00です。

（外 泊）

- 1、 外泊は原則 1週間前までに申し出てください。

（浴 室）

- 1、 浴室での洗濯は禁止します。
- 2、 浴室内は他の人が気持ちよく、利用できる。衛生環境をつくってください。

（洗 濯 室）

- 1、 洗濯機及び、乾燥機の使用時間は次のとおりです。

午前 7：00～午後 7：00 です。

- 2、 洗濯機及び、乾燥機は他の人に迷惑をかけないように行ってください。

（洗面室、トイレ）

- 1、 洗面室、及びトイレでは次に使う人のことを考え清潔を保つよう心がけてください。
- 2、 洗面槽で食器を洗ったり、食物のクズを捨てたりすることは厳禁します。
- 3、 便器にはトイレトーパー以外は絶対使用しないでください。

（整理・整頓）

- 1、 廊下には、空きびんや、ゴミ袋又は、私物等を置いてはいけません。
- 2、 ゴミ類は分別してビニール製の袋につめ、所定の容器に入れてください。
- 3、 玄関に入るときは靴の泥をしっかりと落とし、個々の下駄箱に靴を収納してから入る様にしてください。
- 4、 共同生活体の一人ということを自覚し、常に清潔を保つように心がけてください。

（防 災）

- 1、 停電の際はあわてず職員の指示に従ってください。エレベーターの使用は禁止です。
ローソクは絶対に使用しないでください。
- 2、 館内の避難通路、非常口、消火器、火災報知機の設置場所はよく覚えておいてください。
- 3、 消火器及び火災報知機は、非常時以外に手をふれないで下さい。消火器等は故意に使用
又は、破損させて場合は、自費弁償とさせていただきます。
- 4、 各室の暖房器については、慎重に使用してください。また、外出の際は必ず消えたのを確認

後、居室を出る様にしてください。

（自費サービス）

入居費以外の自費サービスについては、以下の通りとなります。

- 1、通帳管理 1000円（税別）（月額）
- 2、薬管理（定期配薬、内服確認） 3,000円（税別）（月額）
- 3、緊急・入院対応（救急車の手配、付添） 3,000円（税別）（1回）
- 4、受診付添（付添、受診内容の把握） 2,000円（税別）（1回）
- 5、行政等処理代行（役所関係の手続、税金等の支払いの代行） 1,000円（税別）（1回）
- 6、居室配膳（居室への配膳・下膳） 200円（税別）（1回）
- 7、入浴 400円（税別）（1回）

支払いは入居費と共に請求いたします。

（金銭管理）

次のような方は、当社で金銭管理（預金通帳・現金カード・銀行印等のお預かり）をさせていただきます。

- 1、認知症、その他疾病等で金銭管理が困難と思われる場合。
- 2、生活保護を受給されている方。
- 3、一度でも家賃の滞納や支払い期日に遅れがあった時。

（火災保険）

入居される際には家財保険のご加入をお願いしています。

当社で紹介しております火災保険は以下のとおりです。

〔あいおいニッセイ同和損保〕

2年契約 12,000円

詳細は代理店等にお尋ねください。

（その他）

- 1、気持ちの良い生活がおくれるよう、挨拶などの基本的マナーを守る様にしてください。
- 2、住宅において不適當と思われる集会、グループの結成、勧誘、文書の配布などは禁じます。
- 3、住宅は共同生活の場ですので、大きな声などを出したり、騒いだりしないでください。
- 4、館内において不都合が生じた時には速やかに職員に申し出てください。

- 5、 郵便物の整理及び配布は管理人が行いますので、勝手に他人の郵便物に手をふれないようにしてください。

以上、本書につき双方の合意を証するため、本書 2 通を作成し、当事者双方記名押印のうえ、各自 1 通を所持します。

令和 年 月 日

以上の記載内容につき、説明を受け、了承しました。

利用者（または代理人） 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

電話 _____

利用者は、身体状況等により署名が出来ないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が代わって、その署名を代筆します。

署名代筆者 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

電話 _____

以上の内容を説明しました。

事業者 住所 札幌市豊平区西岡 3 条 6 丁目 8-7 _____

事業者 株式会社 森のくまさん

代表者氏名 印

電話

説明者 印

個人情報使用同意書

私（利用者及びその家族）の個人情報については、次の記載するところより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1、 使用目的

事業者が、介護保険法等に関する法令に従い、利用者のための満足のいく介護サービスを継続して提供するために、関係機関等との連絡調整等において必要な場合。

2、 使用する事業者の範囲

- ・ ケアプランに定められた事業所、及び関係機関。

3、 使用期間

- ・ 利用契約書と同様期間とする。

4、条件

- ① 個人情報の提供は、第1項に記載する目的の範囲内で必要最小限とし、情報提供の際には関係者以外の者に漏れることにならないよう細心の注意を払うこと。

- ② 個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。

+9

令和 年 月 日

シェアホーム 森のくまさん

(利用者)

住所

氏名

印

(利用者のご家族)

住所

氏名

印

＜個人情報の掲載についてのご案内＞

弊社事業所（シェアホーム森のくまさん）の事業紹介や、事業所の取り組みを紹介する用途に限り、事業所内で撮影いたしましたご利用者様の映像・写真を使用させていただく場合がございます。ご理解・ご協力をいただければ幸いです。

※その他の理由で使用する場合は、別途お知らせし、了解をいただくものとします。

肖像権使用同意書

私の肖像などを撮影した写真・映像を使用することを、理解して同意します。この同意により、私本人または第三者から、クレームなどの異議申し立てが一切なされないことを保証します。

— 記 —

- ・シェアホーム森のくまさんの、ホームページ・パンフレット・社内研修・掲示物・広報誌などに、使用されることに同意します。
- ・使用した広告・映像・印刷物・商品などについて、使用されたことによる金銭的対価を求めないことに同意します。
- ・本動画及び本画像の使用期間を制限しないことに同意します。

令和 年 月 日

【事業者】住 所： 札幌市豊平区西岡 3 条 6 丁目 8-7

事業者名：株式会社 森のくまさん

管理者

印

【ご利用者】住 所 _____

氏 名 _____ 印

【代理人】住 所 _____

氏 名 _____ 印

署名代行理由：

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						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 ）	個別利用料で実施するサービス（利用者が全額負担）				備 考			
		包含※ ²	都度※ ²	料金※ ³					
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					
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					
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					
居室配膳・下膳	あり	なし	あり	なし			200 円（税別）		
入居者の嗜好に応じた特別な食事			あり	なし			1,000 円（税別）	1 月に 1 回誕生日会・敬老会・クリスマス会・年末年始	
おやつ			あり	なし			150 円（税込）		
理容師による理美容サービス			あり	なし				希望者を募り訪問理容・美容業者へ依頼。	
買い物代行	あり	なし	あり	なし				※利用できる範囲を明確化すること	
役所手続き代行	あり	なし	あり	なし			1,000 円（税別）	基本的にはご家族様対応で、ご家族様がいない場合など対応	
金銭・貯金管理			あり	なし			1,000 円（税別）	基本的にはご家族様対応で、ご家族様がいない場合など対応	
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			3,000 円（税別）		
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									
病院対応	あり	なし	あり	なし			2,000 円（税別）	基本的にはご家族様対応で、ご家族様がいない場合など対応	
入退院時の同行	あり	なし	あり	なし			3,000 円（税別）	基本的にはご家族様対応で、ご家族様がいない場合など対応	
入院中の洗濯物交換・買い物	あり	なし	あり	なし					
入院中の訪問	あり	なし	あり	なし				入院によるお身体の状況などの確認	

※１：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（１割、２割または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、月額サービスの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。