

2025年3月1日

登録事項等についての説明

貸主(甲)住所 札幌市中央区北10条西24丁目3番地
株式会社メディカルシステムネットワーク
氏名 代表取締役 田尻 稲雄

サービス付き高齢者向け住宅への入居に係る契約を締結するに当たり、高齢者の居住の安定確保に関する法律第17条及び札幌市有料老人ホーム設置運営指導指針13-4に基づき、以下の事項について、書面を交付して説明します。

1. サービス付き高齢者向け住宅の名称及び所在地

住宅の名称	(ふりがな) さーびすつきこうれいしやむけじゆうたく ういすてりあえぬじゆうなな サービス付き高齢者向け住宅 ウィステリアN17
所在地	(郵便番号001-0017) 北海道札幌市北区北17条西3丁目2番1号 電話番号011-727-1722 FAX番号011-727-1723
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1.電車(札幌市営地下鉄南北線 北18条 駅から 徒歩 で 1分) <input type="checkbox"/> 2.その他()
住宅に関する権原	<input checked="" type="checkbox"/> 1.所有権 期間 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 2.賃借権 <input type="checkbox"/> 3.使用貸借による権利
施設に関する権原	<input checked="" type="checkbox"/> 1.所有権 期間 平成 年 月 Hから 平成 年 月 Hまで <input type="checkbox"/> 2.賃借権 <input type="checkbox"/> 3.使用貸借による権利
敷地に関する権原	<input checked="" type="checkbox"/> 1.所有権 期間 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 2.地上権 <input type="checkbox"/> 3.賃借権 <input type="checkbox"/> 4.使用貸借による権利

(注)住居表示が決まっていない場合には、地名地番を記載すること。

2. サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者

法人・個人の別	<input checked="" type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 個人
商号、名称 又は氏名	(ふりがな) かぶしがいいしや めでいかるしすてむねっとわーく 株式会社 メディカルシステムネットワーク
住所 (法人にあっては 主たる事務所の 所在地)	(郵便番号 060-0010) 北海道札幌市中央区北10条西24丁目3番地 電話番号 011-612-1069
法人の役員	別添 1 のとおり
法定代理人 (未成年の個人 である場合)	(ふりがな) 氏名
	住所 (郵便番号) 電話番号
	法人の役員 別添 2 のとおり

3. サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者の事務所

事務所の名称	(ふりがな) さーびすつきこうれいしゃむけじゅうたくうすてりあえぬじゅうなな サービス付き高齢者向け住宅 ウィステリアN17
事務所の所在地	(郵便番号 001-0017) 北海道札幌市北区北17条西3丁目2番1号 電話番号 011-727-1722

4. サービス付き高齢者向け住宅の戸数、規模並びに構造及び設備

住宅戸数	登録申請対象戸数	64 戸
居住部分の規模	(最小)	64.85 m ²
	(最大)	73.47 m ²
構造及び設備	共同利用設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	構造	鉄骨鉄筋コンクリート 造 階数 地下1階地上10階建
竣工の年月	2007 年 11 月 9 日	
加齢対応構造等	<input checked="" type="checkbox"/> 登録基準に適合している	
	<input checked="" type="checkbox"/> エレベーターを備えている	
	<input checked="" type="checkbox"/> 緊急通報装置を備えている	

5. サービス付き高齢者向け住宅の入居契約、入居者資格及び入居開始時期(居住の用に供する前である場合)

入居契約の別	<input checked="" type="checkbox"/> 賃貸借契約 <input type="checkbox"/> その他
入居契約が賃貸借契約でない場合には、その旨	
身賃貸事業者事業の認可	<input type="checkbox"/> 法第52条の認可を受けている
入居者の資格	次の①または②に該当する者である。 ①単身高齢者世帯 <input checked="" type="checkbox"/> ②高齢者+同居者(配偶者/60歳以上の親族/要介護認定又は要支援認定を受けている60歳未満の親族/特別な理由により同居させる必要があると知事が認める者) (「高齢者」とは、60歳以上の者又は要介護認定若しくは要支援認定を受けている60歳未満の者をいう。)
入居契約の内容	別添入居契約書のとおり

※以下は、入居の用に供する前である場合に限り記入すること。

入居開始時期	年 月 日から
--------	---------

注)入居開始年は、西暦で記入すること。

入居者からの解約予告期間	
入院時の取扱い	
体験入居の内容	1 あり(内容:) 2 なし

6. サービス付き高齢者向け住宅において提供される高齢者生活支援サービス及び入居者から受領する金銭

サービスの種類	提供形態	提供の対価(概算・月額)	
高齢者生活支援サービス	状況把握 生活相談	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託	介護保険適用あり
	食事の提供	<input type="checkbox"/> 自ら <input checked="" type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 60,300 円
	入浴等の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	介護保険適用あり
	調理等の家事	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	介護保険適用あり
	健康の維持増進	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 1,650 円
	その他	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 10 円
家賃の概算額	(最低) 約 221,000 円 (最高) 約 295,000 円	住戸ごとの内容は別添 3 のとおり	
共益費の概算額	(最低) 約 70,000 円		

詳細については、別添 4 のとおり

ディサービスセンターはる北17条	(介護予防)通所介護	<input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
		<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
		<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地

9. 高齢者居宅生活支援事業を行う者との連携及び協力(該当する場合のみ)

連携又は協力の相手方		
事業所の名称	(ふりがな) しゃかいふくしほうじん のまどふくしかい 社会福祉法人 ノマド福祉会	
事業所の所在地	(郵便番号 047-0046) 北海道小樽市赤岩2丁目66番7 電話番号 0134-31-2222	
連携又は協力の内容	通所介護利用による入居者向け介護全般	

連携又は協力の相手方		
事業所の名称	(ふりがな) しゃかいいりょうほうじんぼこい てんしびょういん 社会医療法人母恋 天使病院	
事業所の所在地	(郵便番号 065-8611) 北海道札幌市東区北12条東3丁目1番1号 電話番号 011-711-0101	
連携又は協力の内容	協力医療機関 訪問看護利用による入居者向け訪問看護全般	

連携又は協力の相手方		
事業所の名称	(ふりがな) いりょうほうじんさんせいはい みやのもりきねんびょういん 医療法人護生会 宮の森記念病院	
事業所の所在地	(郵便番号 064-8570) 北海道札幌市中央区宮の森3条7丁目5番25号 電話番号 011-641-6641	
連携又は協力の内容	協力医療機関	

連携又は協力の相手方		
事業所の名称	(ふりがな) いりょうほうじんほくしかい さっぽろらいらつくびょういん 医療法人北志会 札幌ライラック病院	
事業所の所在地	(郵便番号 062-0906) 北海道札幌市豊平区豊平6条8丁目2番18号 電話番号 011-812-8822	
連携又は協力の内容	協力医療機関 訪問看護利用による入居者向け訪問看護全般	

連携又は協力の相手方		
事業所の名称	(ふりがな) いりょうほうじんしゃだん さっぽろどうとびょういん 医療法人社団 札幌道都病院	
事業所の所在地	(郵便番号 065-8555) 北海道札幌市東区北17条東14丁目3番2号 電話番号 011-731-1155	
連携又は協力の内容	協力医療機関	

連携又は協力の相手方		
事業所の名称	(ふりがな) いりょうほうじんしゃだん きくちひふかくりにつく 医療法人社団 菊池皮膚科クリニック	
事業所の所在地	(郵便番号 001-0017) 北海道札幌市北区北17条西3丁目21番 プロストJビル 1F 電話番号 011-736-4112	

連携又は協力の内容	協力医療機関
-----------	--------

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) いりょうほうじんしゃだんりつえいかい すずさしかくりにつく 医療法人社団律英会 鈴木歯科クリニック
事業所の所在地	(郵便番号 001-0024) 北海道札幌市北区北24条西4丁目1-6 鈴木ビル2階 電話番号 011-758-4182
連携又は協力の内容	協力歯科機関

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) きたにじゅうよじょうたーみなるしか 北24条ターミナル歯科
事業所の所在地	(郵便番号 001-0023) 北海道札幌市北区北23条西4丁目2-1 ターミナルハイツ3階 電話番号 011-727-4182
連携又は協力の内容	協力歯科機関

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) いりょうほうじんいっくえいかい さっぽろびーすでんたるぐりにつく 医療法人社団郁栄会 札幌ピースデンタルクリニック
事業所の所在地	(郵便番号 001-0017) 北海道札幌市北区北17条西4-2-32クレスト18 2階 電話番号 01-788-2494
連携又は協力の内容	協力歯科機関

10 職員体制 (サービス付き高齢者向け住宅の職員数を記載)※同一法人の他の事業所職員は記載不要

日中の職員体制			
人員配置	1人	常駐する時間	9時 00分 ~ 17時 30分
常駐場所	<input checked="" type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 近接する土地 (所在地) <input type="checkbox"/> 隣接する土地		
日中以外の時間の職員体制			
人員配置	1人	常駐する時間	17時 30分 ~ 9時 00分
常駐場所	<input checked="" type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 近接する土地 (所在地) <input type="checkbox"/> 隣接する土地		
備考			

職員の人数及びその勤務形態							
職種	延べ人数	常勤		非常勤		合計	兼務状況等
		専従	非専従	専従	非専従		
管理者	1					1	
看護職員	3					3	
介護職員	11					11	
機能訓練指導員	1					1	
計画作成担当者	1					1	
生活相談員	2					2	
事務員							
その他							
管理者の資格		<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	資格名称:社会福祉士 甲種防火管理者			
介護職員の資格							

資格	延べ人数	常勤		非常勤		合計
		専従	非専従	専従	非専従	
介護福祉士	11					11
介護支援専門員						
社会福祉士						
実務者研修						
初任者研修修了者						
たん吸引等研修(不特定)						
たん吸引等研修(特定)						
資格なし						

機能訓練指導員の資格						
資格	延べ人数	常勤		非常勤		合計
		専従	非専従	専従	非専従	
理学療法士						
作業療法士						
言語聴覚士						

看護師又は准看護師					
柔道整復師					
あん摩マッサージ指圧師	1				1
はり師					
きゆう師					

勤続年数	職種	管理者		看護職員		介護職員		機能訓練指導員	
		常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
1年未満				1		3		1	
1年以上3年未満		1				2			
3年以上5年未満				2		2			
5年以上10年未満						3			
10年以上						1			
合計		1		3		11		1	

11 入居者の現況

(2025年 3月 1日現在)

介護度別・年齢別入居者数		平均年齢	87.7	歳	入居者数合計	78	人		
年齢 / 介護度	合計	※要介護度を把握している場合に記載。							
		自立	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
65歳未満	1	1							
65歳以上75歳未満	4	2			1		1		
75歳以上85歳未満	17	15	1	1					
85歳以上	56	13	14	11	11	5	2		
合計	78	31	15	12	11	6	2	1	

入居期間	6か月未満	6か月以上1年未満	1年以上5年未満	5年以上10年未満	10年以上15年未満	15年以上	合計
入居者数	5	5	26	14	19	9	78

男女別入居者数	男性	30	人	女性	48	人
---------	----	----	---	----	----	---

入居率(一時的に不在となっているものを含まず)	97.0	% (全戸数に対する入居戸数)
-------------------------	------	-----------------

理由				退去者数合計: 6人	
理由	人数(人)	理由	人数(人)	理由	人数(人)
自宅・家族同居		他の有料老人ホームへの転居	4	医療機関への	
介護老人福祉施設(特養等)へ転居		うち、他のサービス付き高齢者向け住宅への転居	2	死亡	2
介護老人保健施設へ転居				その他	居室移動
介護療養型医療施設へ転居		その他の福祉施設・高齢者住宅等への転居			

12 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書のひな形	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない	財務諸表の要旨	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 公開していない
管理規程(※必要事項が盛り込まれていれば、重要事項説明書を管理規程に代えることも可。)	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない	財務諸表の原本	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 公開していない
事業収支計画書	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 公開していない	その他	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない

13. 医療連携の内容

医療連携 ※複数選択可	<input checked="" type="checkbox"/> 救急車の手配 <input checked="" type="checkbox"/> 入退院の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> 通院介助 <input type="checkbox"/> その他()
協力医療機関(1)	名称..... 天使病院 所在地..... 札幌市東区北12条東3丁目1番1号 診療科目..... 消化器内科、血液内科、循環器内科、人工透析内科、呼吸器内科、糖尿病内科、精神科、外科、整形外科、耳鼻咽喉科、眼科、精神科 協力の内容..... 受診治療の協力、入院の支援
協力医療機関(2)	名称..... 札幌ライラック病院 所在地..... 札幌市豊平区豊平6条8丁目2番18号 診療科目..... 内科、消化器内科、内視鏡内科、糖尿病代謝内科、神経内科、リハビリテーション科、整形外科、麻酔科 協力の内容..... 受診治療の協力
	名称..... 宮の森記念病院 所在地..... 札幌市中央区宮の森3条7丁目5番25号

協力医療機関(3)	診療科目	脳神経外科、内科、腎臓内科、循環器科外科・消化器内科、放射線科、リハビリテーション科
	協力の内容	受診治療の協力、入院の支援
協力医療機関(4)	名称	札幌道都病院
	所在地	札幌市東区北17条東14丁目3番2号
	診療科目	内科、外科、形成外科、リハビリテーション科
	協力の内容	受診治療の協力、入院の支援
協力医療機関(5)	名称	医療法人社団 菊池皮膚科クリニック
	所在地	札幌市北区北17条西3丁目21番 プロストビル 1F
	診療科目	一般皮膚科、皮膚外科
	協力の内容	受診治療の協力
協力歯科医療機関(1)	名称	鈴木歯科クリニック
	所在地	札幌市北区北24条西4丁目1番6号鈴木ビル2F
	協力の内容	口腔ケア、義歯作成・調整、虫歯の治療抜歯
協力歯科医療機関(2)	名称	北24条ターミナル歯科クリニック
	所在地	札幌市北区北23条西4丁目2番1号3F
	協力の内容	口腔ケア、義歯作成・調整、虫歯の治療抜歯
協力歯科医療機関(3)	名称	医療法人社団 藤井会 札幌ビースデンタルクリニック
	所在地	札幌市北区北17条西4-2-32クレスト18 2階
	協力の内容	口腔ケア、義歯作成・調整、虫歯の治療抜歯

14 その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> あり (年 1 回予定) (開催方法等)
	<input type="checkbox"/> 以下の内容の代替措置により対応(※入居者が概ね9人以下の場合等) (内容)
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 type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> 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

15. 苦情に関する体制(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

窓口の名称	お客様苦情相談窓口 施設長			
電話番号	011-727-1722(FAX 011-727-1723)			
対応している時間	平日	9時	00分	～ 17時 00分
	土曜	9時	00分	～ 17時 00分
	日曜	9時	00分	～ 17時 00分
	祝日	9時	00分	～ 17時 00分
定休日	なし。事情により即時に対応出来ない場合は、後日回答となる場合がございます。			

16. 登録の申請が基本方針(及び高齢者居住安定確保計画)に照らして適切なものである旨

基本方針に照らして適切である。

上記につきまして、高齢者の居住の安定確保に関する法律第17条及び札幌市有料老人ホーム設置運営指導指針13-4に基づく書面による説明を受けました。

2025年 月 日

借主(乙) 住所

氏名

印

役員名簿

(ふりがな) 氏名	役名等
たじりいなお 田尻 稲雄	代表取締役
あきのじろう 秋野 治郎	代表取締役副社長
たなかよしひろ 田中 義寛	代表取締役副社長
さかしたまこと 坂下 誠	取締役専務執行役員
すみかずひと 角 和彦	取締役常務執行役員
あおやまあきら 青山 明	取締役常務執行役員
ひらしまえいじ 平島 英治	取締役常務執行役員
たごけんたろう 多湖 健太郎	取締役常務執行役員
しみずけんじ 清水 健司	取締役執行役員
なかむら しゅういち 中村 秀一	取締役
こいけあきお 小池 明夫	社外取締役
いっしきこうぞう 一色 浩三	社外取締役
いべ としこ 井部 俊子	社外取締役
よねやよしふみ 米屋 佳史	社外取締役・監査等委員
わたなべ みつはる 渡邊 光春	社外取締役・監査等委員
さとう さとし 佐藤 敏	社外取締役・監査等委員
まえだ ゆうじ 前田 裕次	社外取締役・監査等委員

法第6条第1項第3号に該当する者を全て記載すること。記載しきれないときは、この様式の例により作成した書面に記載し、その書面をこの書面の次に添付すること。

住宅の規模並びに構造及び設備等

1. 専用部分の規模並びに構造及び設備等

住棟番号	専用部分の床面積 (㎡)	構造及び設備※						住戸数 (戸)	住戸番号 (該当するものを全て記載)	月額家賃 (概算額) (円)
		完備	便所	洗面	浴室	台所	収納			
住棟番号	専用部分の床面積 (㎡)	構造及び設備※						住戸数 (戸)	住戸番号 (該当するものを全て記載)	月額家賃 (概算額) (円)
		完備	便所	洗面	浴室	台所	収納			
1	70.43	○	○	○	○	○	○	2	310,318	240,000
1	64.96	○	○	○	○	○	○	2	311,317	221,000
1	64.85	○	○	○	○	○	○	3	312,315,316	221,000
1	73.47	○	○	○	○	○	○	2	313,314	250,000
1	70.43	○	○	○	○	○	○	2	410,418	247,000
1	64.96	○	○	○	○	○	○	2	411,417	227,000
1	64.85	○	○	○	○	○	○	3	412,415,416	227,000
1	73.47	○	○	○	○	○	○	2	413,414	257,000
1	70.43	○	○	○	○	○	○	2	510,518	254,000
1	64.96	○	○	○	○	○	○	2	511,517	234,000
1	64.85	○	○	○	○	○	○	3	512,515,516	234,000
1	73.47	○	○	○	○	○	○	2	513,514	264,000
1	70.43	○	○	○	○	○	○	2	610,618	262,000
1	64.96	○	○	○	○	○	○	2	611,617	241,000
1	64.85	○	○	○	○	○	○	3	612,615,616	241,000
1	73.47	○	○	○	○	○	○	2	613,614	272,000
1	70.43	○	○	○	○	○	○	2	710,718	269,000
1	64.96	○	○	○	○	○	○	2	711,717	247,000
1	64.85	○	○	○	○	○	○	3	712,715,716	247,000
1	73.47	○	○	○	○	○	○	2	713,714	280,000
1	70.43	○	○	○	○	○	○	2	810,818	276,000
1	64.96	○	○	○	○	○	○	2	811,817	254,000
1	64.85	○	○	○	○	○	○	3	812,815,816	254,000
1	73.47	○	○	○	○	○	○	2	813,814	287,000
1	70.43	○	○	○	○	○	○	2	910,918	284,000
1	64.96	○	○	○	○	○	○	2	911,917	261,000
1	64.85	○	○	○	○	○	○	3	912,915,916	261,000
1	73.47	○	○	○	○	○	○	2	913,914	295,000
1	69.83	○	○	○	○	○	○	1	210	295,000

注1) 住戸の規模並びに設備及び構造のタイプ別にまとめて記載すること。

注2) 設備及び構造欄の「完備」は、各戸に便所、洗面、浴室、台所及び収納の全てを備えるものを表す。

※有りの場合は、○、無しの場合は×を記載すること。完備の場合は、完備を含め全ての欄に○を記載すること。

2. 共同利用設備等

設備等	整備箇所数	合計床面積	整備箇所	想定利用戸数	備考
浴室	2	82.61	10階	64	男女別共同浴室があります。
脱衣室	2	40.76	10階	64	
食堂	1	270.83	2階	64	

注) 整備箇所は、添付図面との対応関係を明確に記載すること。

3. 札幌市有料老人ホーム設置運営指導指針への適合状況(規模及び構造設備について)

指針項目	適合状況	備考(適合しない場合の代替措置等)
耐火または準耐火建築物であるか。	○	
1居室の床面積は13㎡以上であるか。	○	
廊下幅は指針で定める長さに適合しているか(指針第6-9(6)※)	○	
手すりは、廊下(両側)、階段(両側)、浴室、便所、エレベーター等に設置しているか。	○	
ナースコール等通報装置を、居室(居間、浴室、便所)、浴室、一時介護室、エレベーター等に設置しているか。	○	
エレベーターの内、少なくとも1基はストレッチャーを収納できるか。	○	
その他()		
<p>※居室のある区域の廊下は、入居者が車いす等で安全かつ円滑に移動することが可能となるよう、次のア又はイによること。</p> <p>ア すべての居室が個室で、1室当たりの床面積が18平方メートル(面積の算定方法はバルコニーの面積を除き、壁芯(へきしん)方法による。)以上であって、かつ、居室内に便所及び洗面設備が設置されている場合、廊下の幅は1.4メートル以上とすること。ただし、中廊下の幅は1.8メートル以上とすること。</p> <p>イ 上記以外の場合、廊下の幅は1.8メートル以上とすること。ただし、中廊下の幅は2.7メートル以上とすること。</p>		

別添 4

1. 状況把握及び生活相談サービスの内容

提供形態	<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する <input type="checkbox"/> 委託する			
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)		
	(法人にあつては主たる事務所の所在)	(郵便番号) 電話番号		
サービスを提供する法人等の別	<input type="checkbox"/> 医療法人 <input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input checked="" type="checkbox"/> 指定介護予防サービス事業者 <input checked="" type="checkbox"/> 指定居宅サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定地域密着型サービス事業者 <input type="checkbox"/> 上記以外の法人等			
サービスを提供する者の人数	<input type="checkbox"/> 医師	人員 人	<input checked="" type="checkbox"/> 社会福祉士	人員 2人
	<input checked="" type="checkbox"/> 看護師	人員 3人	<input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員	人員 1人
	<input type="checkbox"/> 准看護師	人員 人	<input type="checkbox"/> 養成研修修了者	人員 人
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士	人員 12人	<input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員 2人
	合 計		人員 18人	
常駐する場所	<input checked="" type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地 <input type="checkbox"/> 近接する土地 (所在地)			
常駐する日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> 次の期間を除く()			
常駐する時間	日中	9時 0分 ~ 17時 30分	人員 1人	
	土曜以外の時間	17時 30分 ~ 9時 0分	人員 1人	
毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法	フロントにて安否確認、緊急時通報コール、居室訪問、レストランにて確認 <input type="checkbox"/> 入居者から居住部分への訪問を希望する旨の申出があった場合は、当該居住部分への訪問(近接する土地に常駐する場合のみ)		毎日 1回	
緊急通報サービスの内容	提供時間	常駐する日	00時 0分 ~ 24時 0分	
		上記以外の日	<input type="checkbox"/> 24時間	
	通報方法	各居室の緊急通報装置を利用		
	通報先	1階事務所	通報先から住宅までの到着予定時間 2分	
サービス提供の対価(概算額)	月額	介護保険適用あり	前払金の算定方法	
	前払金	約 0 円		
備考	特定施設入居者生活介護契約者は、基本サービス費として介護保険法上定められた自己負担分負担 特定施設入居者生活介護未締結者は、賃貸借契約に基づき無料とする			

※サービス提供の対価を月額で設定していない場合は、30日間利用した場合の金額を記載すること。

2. 食事の提供サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態	<input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する <input checked="" type="checkbox"/> 委託する	
委託する 場合の 委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな) かぶしがいしやぶらいあんぷるー 株式会社ブライアンブルー
	(法人に あつては主 たる事務 所の所在	(郵便番号 060-0011) 札幌市中央区北11条西14丁目1-75 電話番号 011-746-8666
	(法人に あつては本 業務に係 る事業所	(郵便番号 001-0017) 北海道札幌市北区北17条西3丁目2番1号 電話番号 011-737-1188
食事提供を行う場所	<input checked="" type="checkbox"/> 食堂 <input checked="" type="checkbox"/> 各居住部分 <input type="checkbox"/> その他()	
提供方法	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他()
	内容	<input type="checkbox"/> 3食 <input checked="" type="checkbox"/> 入居者が選択 <input type="checkbox"/> 次の食事は提供しない
	調理等	<input checked="" type="checkbox"/> 厨房で調理 <input type="checkbox"/> 配食サービスを利用 <input type="checkbox"/> その他()
サービス提供の対価 (概算額)	月額※	約 60,300 円 内訳 朝食 520 円 昼食 660 円 夕食 830 円
	前払金	約 0 円 前払金の算定方法
備考	朝食7時45分から9時、昼食11時半から14時、夕食17時半から19時。入居者の選択により提供。	

※サービス提供の対価を月額で設定していない場合は、30日間利用した場合の金額を記載すること。

3. 入浴、排せつ、食事等の介護サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態	<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する <input type="checkbox"/> 委託する	
委託する 場合の 委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)
	(法人に あつては主 たる事務 所の所在	(郵便番号) 電話番号
	(法人に あつては本 業務に係 る事業所	(郵便番号) 電話番号
提供方法	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他()
	内容	<input checked="" type="checkbox"/> 入浴介護 <input checked="" type="checkbox"/> 排せつ介護 <input type="checkbox"/> 食事介護 <input type="checkbox"/> その他 ()
サービス提供 の対価(概算 額)	月額	介護保険適用あり 前払金の算定方法
	前払金	約 0 円
備考	特定施設入居者生活介護の契約を締結した場合には介護サービス費用は介護保険上の自己負担額に含まれる。 介護保険外利用の場合、30分660円。	

4. 調理、洗濯、掃除等の家事サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する <input type="checkbox"/> 委託する	
委託する場合の委託先	商号、名称又は氏名	(ふりがな)	
	(法人にあつては主たる事務所の所在)	(郵便番号)	電話番号
	(法人にあつては本業務に係る事業所)	(郵便番号)	電話番号
提供方法	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他()	
	内容	<input checked="" type="checkbox"/> 調理 <input checked="" type="checkbox"/> 洗濯 <input checked="" type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> その他 ()	
サービス提供の対価(概算額)	月額	介護保険適用あり	前払金の算定方法
	前払金	約 0 円	
備考	特定施設入居者生活介護の契約を締結した場合には介護サービス費用は介護保険上の自己負担額に含まれる。 介護保険外利用の場合、30分660円。		

5. 健康の維持増進サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する <input type="checkbox"/> 委託する	
委託する場合の委託先	商号、名称又は氏名	(ふりがな)	
	(法人にあつては主たる事務所の所在)	(郵便番号)	電話番号
	住所 (法人にあつては本業務に係る事業所の所在地)	(郵便番号)	電話番号
提供方法	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他()	
	内容	<input checked="" type="checkbox"/> 健康相談 <input checked="" type="checkbox"/> 血圧等の測定 <input checked="" type="checkbox"/> 定期検診 <input checked="" type="checkbox"/> 通院等の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> その他 (薬の仕分け、服薬管理、外出介助)	
サービス提供の対価(概算額)	月額	約 1,650 円	前払金の算定方法
	前払金	約 0 円	
備考	年2回の健康診断は管理費に含まれる。 入院・通院時付き添い・外出介助費用:1,650円/1時間。(特定施設入居者生活介護の契約締結した方は、個別的な外出介助及び個別的買い物代行は上記費用を要する)薬の仕分け・服薬支援費用:1,980円/1ヶ月。 (特定施設入居者生活介護の契約締結した方は、介護保険上の自己負担額に含まれる)対価の支払いは利用分のみ。		

6. その他のサービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する <input type="checkbox"/> 委託する	
委託する 場合の 委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)	
	(法人にあつては主たる事務所の所在)	(郵便番号)	電話番号
	(法人にあつては本業務に係る事業所)	(郵便番号)	電話番号
提供方法	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他()	
	内容	居室への配下膳、ゴミ出し、貸し布団、コピー・ファックス、買い物代行・役所手続き、エアコン及びロスナイ清掃	
サービス提供の対価(概算額)	月額	約 10 円	前払金の 算定方法
	前払金	約 0 円	
備考	居室への配膳・下膳:1回110円 ゴミ出し:1回220円 貸し布団:実費 コピー:1枚10円 カラーコピー:1枚50円 ファックス:1回10円 買い物代行・役所手続き:30分660円 エアコン及びロスナイ清掃:1回1,047円 介護用品:実費 対価の支払いは利用分のみ		

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		訪問介護ステーション ウイステリア清田	札幌市清田区真栄1条1丁目1番15号	
訪問介護	あり		訪問介護ステーション ウイステリア南1条	札幌市中央区南1条西14丁目291番地 81	
訪問入浴介護		なし			
訪問看護		なし			
訪問リハビリテーション		なし			
居宅療養管理指導		なし			
通所介護		なし			
通所リハビリテーション		なし			
短期入所生活介護		なし			
短期入所療養介護		なし			
特定施設入居者生活介護	あり		サービス付き高齢者向け住宅ウイステリアN17	札幌市北区北17条西3丁目2番1号	
福祉用具貸与		なし			
特定福祉用具販売		なし			
<地域密着型サービス>					
定期巡回・随時訪問介護・看護		なし			
夜間対応型訪問介護		なし			
認知症対応型通所介護		なし			
小規模多機能型居宅介護		なし			
認知症対応型共同生活介護		なし			
地域密着型特定施設入居者生活介護		なし			
地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護		なし			
看護小規模多機能型居宅介護		なし			
居宅介護支援		なし			
<居宅介護予防サービス>					
介護予防訪問入浴介護		なし			
介護予防訪問看護		なし			
介護予防訪問リハビリテーション		なし			
介護予防居宅療養管理指導		なし			
介護予防通所介護		なし			
介護予防通所リハビリテーション		なし			
介護予防短期入所生活介護		なし			
介護予防短期入所療養介護		なし			
介護予防特定施設入居者生活介護	あり		サービス付き高齢者向け住宅ウイステリアN17	札幌市北区北17条西3丁目2番1号	
介護予防福祉用具貸与		なし			
特定介護予防福祉用具販売		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		なし			
介護予防小規模多機能型居宅介護		なし			
介護予防認知症対応型共同生活介護		なし			
介護予防支援		なし			
<介護保険施設>					
介護老人福祉施設		なし			
介護老人保健施設		なし			
介護療養型医療施設		なし			
(介護予防・日常生活支援総合事業)					
第1号訪問事業	あり		訪問介護ステーション ウイステリア清田	札幌市清田区真栄1条1丁目1番15号	
第1号訪問事業	あり		訪問介護ステーション ウイステリア南1条	札幌市中央区南1条西14丁目291番地 81	
<介護保険施設>					
通所型サービス		なし			
その他生活支援サービス		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										
サービス	特定施設入居者生活介護費で実施するサービス（利用者・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）				料金額※2	備考		
	なし	あり	包含※2	都度※2						
介護サービス									要支援・要介護者（特定施設入居者生活介護契約者） 食事介助が必要な方に一部または全面介助 適宜対応 自己負担 特定施設サービス計画に基づいて実施 ・清拭 ・一般入浴介助 週2回以内（2回以上必要の場合は要相談）	自立者への・時的介護サービス等 実施していない 実施していない 自己負担
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					自己負担	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	■あり	■なし	あり					実施していない	
特浴介助	■なし	あり	■なし	あり					実施していない	
身辺介助（移動・着替え等）	なし	■あり	■なし	あり					実施していない	
機能訓練	■なし	あり	■なし	あり					特定施設サービス計画に基づいて実施 ・移動 建物内対応（随時） ・衣服の着脱・身だしなみ介助（随時） ・巡回は適宜対応 ・緊急コールは24時間対応	実施していない
通院介助	なし	■あり	なし	■あり			810円/30分		各医療機関 必要により	
生活サービス									要支援・要介護者（特定施設入居者生活介護契約者） 特定施設サービス計画に基づいて実施（頻度は週2回以内）	自立者への・時的介護サービス等 体調不良時等清掃困難な場合
居室清掃	なし	■あり	なし	■あり			660円/30分		特定施設サービス計画に基づいて実施（頻度は週2回以内）	
リネン交換	なし	■あり	■なし	あり					特定施設サービス計画に基づいて実施	実施していない

通常の洗濯	なし	■あり	なし	■あり	■あり	660円/1回		体調不良時等で対応困難な場合 (5キロまで対応)
居宅配膳・下膳	なし	■あり	なし	■あり	■あり	110円/片道		体調不良時等で対応困難な場合
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	■あり	■あり	実費負担	医師の指示による治療	特別な食事は予算による
おやつ			■なし	あり	あり		実施していない	実施していない
理美容師による理美容サービス			■なし	あり	あり		実施していない	実施していない
買い物代行 (通常の利用区域)	なし	■あり	なし	■あり	■あり	660円/30分	建物近郊買い物施設 (セブンイレブン北17条 店、アークス北24店・北 星店、ダイナーベル北 大前店)	体調不良時等買物が困難な場合
買い物代行 (上記以外の区域)	なし	■あり	なし	■あり	■あり	660円/30分	1口掛かる等長時間必要 な場合は不可	1口掛かる等長時間必要 な場合は不可
役所手続き代行	なし	■あり	なし	■あり	■あり	660円/30分	市内近郊に限る	市内近郊に限る
金銭・貯金管理	■なし	あり	■なし	あり	あり		実施していない	実施していない
健康管理サービス							要支援・要介護者 (特定施設入居者生活 介護契約者)	自立者への一時的介護 サービス等
定期健康診断			なし	■あり	■あり		定期健康診断(年2回)	実施していない
健康相談	なし	■あり	なし	■あり	■あり		必要に応じて実施	実施していない
生活指導・栄養指導	なし	■あり	なし	■あり	■あり		必要に応じて実施	実施していない
服薬支援	なし	■あり	■なし	あり	あり	1,980円/月	服薬支援・管理実施 内服確認	服薬支援・管理実施 内服確認
生活リズムの記録 (排便・睡眠等)	なし	■あり	■なし	あり	あり		必要に応じて実施	実施していない
入退院時・入院中のサービス							要支援・要介護者 (特定施設入居者生活 介護契約者)	自立者への一時的介 護サービス等
移送サービス	なし	■あり	なし	■あり	■あり		実施していない	実施していない
入退院時の同行	なし	■あり	なし	■あり	■あり	825円/30分	ご家族様の付添・同行 が困難な場合	ご家族様の付添・同行 が困難な場合
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	■あり	なし	■あり	■あり		ご家族様の付添・同行 が困難な場合	ご家族様の付添・同行が困難 な場合
入院中の見舞い訪問	なし	■あり	なし	■あり	■あり		ご家族様の付添・同行 が困難な場合	ご家族様の付添・同行が困難 な場合

※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、月額サービスの費用に包含される場合と、サービスの利用の都度払いによる場合に於いて、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。