

登録事項等についての説明(高齢者住まい法第17条関係)

2026年4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
 氏名 株式会社メディカルシステムネットワーク
 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ゃむけじゅうたく うい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
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 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 <input type="checkbox"/> 2.賃借権 <input type="checkbox"/> 3.使用貸借による権利 期間 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
施設に関する権原	<input checked="" type="checkbox"/> 1.所有権 <input type="checkbox"/> 2.賃借権 <input type="checkbox"/> 3.使用貸借による権利 期間 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
敷地に関する権原	<input checked="" type="checkbox"/> 1.所有権 <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 期間 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで

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) かぶしがいいしゃ 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 FAX番号011-612-1068
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

(ふりがな) さーびすつきこうれいしゃむけじゅうたく ういすてりあえぬじゅうなな
--

事務所の名称	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	
終身賃貸事業者の事業の認可	<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
--------	---------

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	詳細については、 別添 4 のとおり
	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 72,600 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	住戸ごとの内容は別添 3 のとおり	
	(最高)	約 295,000 円		
共益費の概算額	(最低)	約 70,000 円		
	(最高)	約 100,000 円		

敷金の概算額	(最低) 約 600,000 円	家賃の 2 月分
	(最高) 約 600,000 円	
水道光熱費の支払方法	個別メーターあり・実費支払	
前払金※の有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
家賃等の前払金の概算額	(最低) 約 円 (最高) 約 円	
家賃等の前払金の算定の基礎	家賃	
	サービス提供の対価	
返還額の算定方法		
家賃等の前払金の返還債務が消滅するまでの期間	年 月 日まで	
家賃等の前払金の返還額の推移	(※原則として入居契約に定めた契約の始期を起算日とする。)	
前払金の保全措置の内容	<input type="checkbox"/> 銀行による債務の保証	<input type="checkbox"/> 信託会社等による元本補てん又は信託
	<input type="checkbox"/> 保険事業者による保証保険	<input type="checkbox"/> その他()
特定施設入居者生活介護事業所	<input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けている	
	<input type="checkbox"/> 指定を受けていない	
地域密着型特定施設入居者生活介護事業所	<input type="checkbox"/> 指定を受けている	
	<input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けていない	
介護予防特定施設入居者生活介護事業所	<input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けている	
	<input type="checkbox"/> 指定を受けていない	
介護サービス情報	(特定施設入居者生活介護事業者、地域密着型特定施設入居者生活介護事業所若しくは介護予防特定施設入居者生活介護事業所の指定を受けている場合には、別紙により、介護保険法第115条の35第1項に規定する介護サービス情報を示す。)	

※前払金とは、終身又は入居契約の期間にわたって受領すべき家賃等の全部又は一部を一括して受領する場合をいう。

7. サービス付き高齢者向け住宅の管理の方法等

管理の方式	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら管理 <input type="checkbox"/> 管理業務を委託	
委託する業務の内容 (契約事項)		
管理業務の委託先		
商号、名称 又は氏名	(ふりがな)	
住所 (法人にあっては 主たる事務所の所在地)	(郵便番号))	電話番号
修繕計画		
計画策定の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
大規模修繕の実施予定	2026年	頃実施予定
その他計画的な修繕予定		
登録の更新の申請の日前一年間における	入居者の数	人

年間における 入居者の数及び 退去者の数	退去者の数		人
----------------------------	-------	--	---

8. サービス付き高齢者向け住宅と併設される高齢者居宅生活支援事業を行う施設（該当する場合のみ）

施設の名称	提供されるサービスの概要	事業所の場所
サービス付き高齢者向け住宅 ウイステリアN17	(介護予防) 特定施設入居者生活介護	<input checked="" 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
		<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) しゃかいいりようほうじんぼこい 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) いりようほうじんさんせいとかい 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) いりようほうじんほくしかい さつぼろらいらくびょういん 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) いりようほうじんしゃだん きつ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) いりよ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TJ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 すずきしかくりにつく 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) いりょうほうじんれくえいかい さっぽろびーすでんたるくりにつく 医療法人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. 保健医療サービスを提供する体制に関する事項

保健医療サービスを提供する体制に関する事項	
-----------------------	--

※保健医療サービスを提供する場合に限り記入すること。

11. 運営方針
別添5のとおり

12. 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条に基づく書面による説明を受けました。

2026年 月 日

借主(乙) 住所

氏名

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
すみかずひこ 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
さいとう けんご 齋藤 研吾	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			
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

設備等	整備箇所数	合計床面積 (㎡)	整備箇所	想定利用戸数 (戸)	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()		

※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。
 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。
 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。

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)							
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(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	11人	<input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員	2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 <input type="checkbox"/> (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	8時	30分	～	17時	30分	人員	1人	
	上記以外の時間	17時	30分	～	8時	30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					毎日	1	回	
緊急通報サービスの内容	提供時間	常駐する日	0	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
緊急時における対応の内容	居室内設置のボタン式緊急コールが押された場合、職員が居室に駆け付け対応します。(24時間対応)								
生活相談サービスの内容	日常生活を送る中で、お困りごと、不安等について職員がご相談に応じます。								
	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他()							
	提供時間	時 分 ～ 時 分							
サービス提供の対価(概算額)	月額	約	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ぶるー 株式会社ブライアンブルー	
	住所 (法人にあつては主たる事務所の所在地)	(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	
	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 001-0017) 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()	
	入居者の健康状態に合わせた食事対応	<input checked="" type="checkbox"/> 応相談 <input type="checkbox"/> 対応なし	
	入居者の健康状態に合わせた各居室への配食対応	<input checked="" type="checkbox"/> 応相談 <input type="checkbox"/> 対応なし	
サービス提供の対価(概算額)	月額※	約 72,600 円	内訳 朝食 770 円 昼食 660 円 夕食 990 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30分から14時、夕食17時30分から19時。入居者の選択により提供。特別食(家族・友人との別メニュー食)は7日前までに予約(有料)。身体の状況に応じた食事対応(とろみ食110円・ミキサー食110円。塩分調整・お粥は無料)体調不良時、無料にて居室配膳。		

※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)			
	住所 (法人にあつては主たる事務所の所在地)	(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"/> 入浴介護 <input checked="" type="checkbox"/> 排せつ介護 <input checked="" 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)			
	住所 (法人にあつては主たる事務所の所在地)	(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"/> 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)			
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
	住所 (法人にあっ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)			
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
	住所 (法人にあっ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	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			

運営方針

項目	該当
重要事項を記載した書面のひな形を公開する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居及び退去の条件を書面に記載する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者の個人情報の保護に関する事項を書面に記載する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者に対する虐待を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修及び担当者の配置を行う	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
やむを得ず行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為に関して、委員会の開催、指針の整備及び研修を行う	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者のプライバシーの確保について、職員に周知する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者に与えた損害を賠償するための措置を講じる	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者からの相談及び苦情に適切に対応するための体制を整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
サービス付き高齢者向け住宅への入居及びサービス付き高齢者向け住宅において提供される福祉サービスの利用に必要な費用に関する書類を発行することができる	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者及びその家族と意見を交換する機会を設ける	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
地域社会との交流及び連携を図る	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
災害に対応するための仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
事故の発生及び再発を防止するための仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者の健康状態及び生活状況を把握し、変化があったときは、当該入居者の家族に連絡する仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者間の交流の促進を図る	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
登録事業者又は登録事業者から委託を受けた者から提供される福祉サービスと、それ以外の者から提供される福祉サービスを明確に区分する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

入居者が希望する場合には、介護サービスの提供に必要な当該入居者に関する情報を、介護支援専門員と共有する仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
基本理念及び基本方針を定めるとともに、これらを職員及び入居者に周知する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
職員の教育及び研修に関する計画を策定する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
職員に対して、認知症に関する研修を行う	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
職員を登録事業者が行う研修以外の研修に参加させる仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
サービス付き高齢者向け住宅事業の実施に必要な人材の確保のために必要な措置を講じる	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ