

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2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条及び札幌市有料老人ホーム設置運営指導指針第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ゅうたくういすてりあきよた					
	サービス付き高齢者向け住宅ウイステリア清田					
所在地	(郵便番号 004-0831) 北海道札幌市清田区真栄1条1丁目1番15号 電話番号011-889-1722 FAX番号011-889-1723					
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1.電車 (札幌市営地下鉄 東豊線福住駅から中央バス乗車12分 停留所真栄下車徒歩3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	年	月	日から	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	年	月	日から	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	年	月	日から	年	月 日まで

(注)住居表示が決まっていな場合には、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) かぶしきがいしやめでいかるしすてむねつとわーく	
	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 004-0831) 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)	
	商号、名称、又は氏名	
	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
法人の役員	別添 1 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やむけじゅうたくういすてりあきよた	
	サービス付き高齢者向け住宅ウイステリア清田	
事務所の所在地	(郵便番号 004-0831 ) 北海道札幌市清田区真栄1条1丁目1番15号 電話番号 011-889-1722	

## 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	75 戸
居住部分の	(最小)	26.80 m <sup>2</sup>

規模	(最大) 54.24 m <sup>2</sup>	詳細については、別添 3 のとおり
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 鉄筋コンクリート 造	階数 地上7階、地下1階
竣工の年月	2013 年 4 月 15 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又は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。)	
入居対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 要支援 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護	
入居契約の内容	別添入居契約書のとおり(下記一部掲載)	
契約解除の内容	第15条による	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	家賃等を2ヶ月以上滞納したとき、他
	解約予告期間	相当の期間を定めて催告したうえで、本契約を解約することができる
入居者からの解約予告期間	少なくとも30日前に解約の申し入れを行う事により、契約を解約することができる	
入院時の取扱い	入居中とみなす	
体験入居の内容	1 あり(内容:原則1泊2日 宿泊費徴収しない/食事代実費) 2 なし	

※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	約 26,400 円	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 42,900 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	約 220 円	
	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	約 1,650 円	
	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 2,200 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 70,000 円	住戸ごとの内容は別添 3 のとおり	
	(最高)	約 178,000 円		
共益費の概算額	(最低)	約 34,000 円		
	(最高)	約 58,000 円		
敷金の概算額	(最低)	約 280,000 円	家賃の 4 月分	
	(最高)	約 712,000 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	家賃			



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
訪問介護ステーションウイステリア清田	訪問介護・第1号訪問事業	<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
訪問看護ステーションきよた	(介護予防)訪問看護	<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
デイサービスセンターはる清田	(介護予防)通所介護	<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

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) しゃかいいりやうほうじんさつぽろきよたびやういん 社会医療法人 札幌清田病院
事業所の所在地	(郵便番号 004-0831 ) 北海道札幌市清田区真栄1条1丁目1番1号 電話番号 011-883-6111
連携又は協力の内容	入居者に対する保健・衛生の向上及び疾病・負傷の治療に関する協力 訪問看護利用による入居者向け看護・介護全般

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) しゃかいふくしほうじんのまどふくしゃかい 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) いりやうほうじんけんしょうかいべらーすくりにつく 医療法人健界会 クラースクリニック
事業所の所在地	(郵便番号 004-0831 ) 北海道札幌市清田区真栄1条1丁目1番15号ウイステリア清田2階 電話番号 011-398-5098
連携又は協力の内容	診療科目：精神科、心療内科 入居者に対する保健・衛生の向上及び疾病・負傷の治療に関する協力

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) きよたふぁみりーしか 清田ファミリー歯科
事業所の所在地	(郵便番号 004-0831 ) 北海道札幌市清田区真栄1条1丁目1番15号ウイステリア清田1階 電話番号 011-889-1818
連携又は協力の内容	診療科目：歯科 入居者に対する口腔内の治療に関する協力

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こうせいかい きよたみみはなのどめまいクリニック 医療法人社団 康成会 清田みみ・はな・のど・めまいクリニック
事業所の所在地	(郵便番号 004-0831) 北海道札幌市清田区真栄1条1丁目1番15号ウイステリア清田2階 電話番号 011-884-4133
連携又は協力の内容	診療科目:耳鼻咽喉科 入居者に対する耳鼻咽喉の治療に関する協力

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
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00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	ウイステリア事業部長と兼務
生活相談員		1	1			2	内、1名は訪問介護ステーションの管理者と兼務
介護職員			10			10	訪問介護ステーションと兼務
機能訓練指導員						0	
栄養士						0	
調理員						0	
事務員						0	
その他						0	
管理者の資格		<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	資格名称: 初任者研修 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			9			9
介護支援専門員						0
社会福祉士						0
実務者研修						0
初任者研修修了者			1			1
たん吸引等研修(不特定)						0
たん吸引等研修(特定)						0
資格なし						0

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						0
作業療法士						0
言語聴覚士						0
看護師又は准看護師						0
柔道整復師						0
あん摩マッサージ指圧師						0
はり師						0
きゅう師						0

職員の職種別・勤続年数別人数 (本住宅における勤続年数)

勤続年数	職種	管理者		看護職員		介護職員		生活相談員	
		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年以上3年未満							1		
3年以上5年未満							2		
5年以上10年未満							3	1	
10年以上							1	1	
合計		1	0	0	0	0	10	2	0

11. 入居者の現況

( 2026年 2 月 1 日現在)

介護度別・年齢別入居者数		平均年齢	88 歳	入居者数合計	80 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	0								
75歳以上85歳未満	21	7	9	1	2	1	1		
85歳以上	58	5	14	16	17	4	2		
合計	80	12	23	17	20	5	3	0	0

入居継続期間別入居者数							
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	3	7	45	19	6		80

男女別入居者数	男性	25 人	女性	55 人
---------	----	------	----	------

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

直近一年間に退去した者の人数と理由				退去者数合計:		12 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	2	医療機関への入院		
介護老人福祉施設(特養等)へ転居	3	うち、他のサービス付き高齢者向け住宅への転居	2	死亡	4	
介護老人保健施設へ転居	2			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	1			

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. 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。

医療連携の内容		
医療支援 ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 <input type="checkbox"/> 4 その他( )	
協力医療機関(1)	名称	社会医療法人 札幌清田病院
	所在地	札幌市清田区真栄1条1丁目1番1号
	診療科目・協力科目	内科・血液内科・外科・消化器外科・内視鏡外科・肛門外科・消化器内科・腫瘍内科・リウマチ科・緩和ケア内科・リハビリテーション科・循環器内科・麻酔科
	協力の内容	<input checked="" type="checkbox"/> 入居者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 <input checked="" type="checkbox"/> 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保
協力医療機関(2)	名称	医療法人健見会 クラースクリニック
	所在地	札幌市清田区真栄1条1丁目1番15号ウイステリア清田2階
	診療科目・協力科目	心療内科・精神科
	協力の内容	<input checked="" type="checkbox"/> 入居者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 <input checked="" type="checkbox"/> 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保
協力医療機関(3)	名称	医療法人社団康成会 清田みみ・はな・のど・めまいクリニック
	所在地	札幌市清田区真栄1条1丁目1番15号ウイステリア清田2階
	診療科目・協力科目	耳鼻咽喉科
	協力の内容	<input checked="" type="checkbox"/> 入居者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 <input checked="" type="checkbox"/> 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保
新興感染症発生時に連携する医療機関	名称	
	住所	
協力歯科医療機関	名称	清田ファミリー歯科
	所在地	札幌市清田区真栄1条1丁目1番15号ウイステリア清田1階
	協力の内容	入居者に対する口腔内の治療に関する協力

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)
高齢者虐待防止のための取組状況	<input checked="" type="checkbox"/> 虐待防止対策検討委員会の定期的な開催 <input checked="" type="checkbox"/> 指針の整備 <input checked="" type="checkbox"/> 定期的な研修の実施 <input checked="" type="checkbox"/> 担当者の配置
	<input checked="" type="checkbox"/> 身体的拘束等適正化検討委員会の開催 <input checked="" type="checkbox"/> 指針の整備 <input checked="" type="checkbox"/> 定期的な研修の実施
	<input type="checkbox"/> 緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為(身体的拘束等)を行うこと <input type="checkbox"/> 身体的拘束等を行う場合の態様及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録
業務継続計画の策定状況等	<input checked="" type="checkbox"/> 感染症に関する業務継続計画 <input checked="" type="checkbox"/> 災害に関する業務継続計画 <input checked="" type="checkbox"/> 職員に対する周知の実施 <input checked="" type="checkbox"/> 定期的な研修の実施 <input checked="" type="checkbox"/> 定期的な訓練の実施 <input checked="" type="checkbox"/> 定期的な業務継続計画の見直し
	<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 施設長及び生活相談員				
電話番号	011-889-1722 (FAX011-889-1723)				
対応している時間	平日	8時	30分	～	17時 30分
	土曜	8時	30分	～	17時 30分
	日曜	8時	30分	～	17時 30分
	祝日	8時	30分	～	17時 30分
定休日	なし。事情により即時に対応できない場合は、後日回答となる場合がございます。				
窓口の名称	札幌市保健福祉局高齢保健福祉部事業指定担当課				
電話番号	011-211-2972 (FAX011-218-5117)				
対応している時間	平日	9時	00分	～	17時 00分
	土曜	なし			
	日曜	なし			
	祝日	なし			
定休日	土曜・日・祝日				

16. 運営方針  
別添5のとおり

17. 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第13-4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

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

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。

役員名簿

(ふりがな) 氏名	役名等
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	26.80	○	○	○	○	○	○	1	301	70000
1	26.84	○	○	○	○	○	○	1	302	70000
1	27.57	○	○	○	○	○	○	1	303	72000
1	54.10	○	○	○	○	○	○	1	304	170000
1	27.34	○	○	○	○	○	○	2	305,314	82000
1	27.15	○	○	○	○	○	○	8	306～313	76000
1	54.24	○	○	○	○	○	○	1	315	170000
1	26.80	○	○	○	○	○	○	1	401	71000
1	26.84	○	○	○	○	○	○	1	402	71000
1	27.57	○	○	○	○	○	○	1	403	73000
1	54.10	○	○	○	○	○	○	1	404	172000
1	27.34	○	○	○	○	○	○	2	405,414	83000
1	27.15	○	○	○	○	○	○	8	406～413	77000
1	54.24	○	○	○	○	○	○	1	415	172000
1	26.80	○	○	○	○	○	○	1	501	72000
1	26.84	○	○	○	○	○	○	1	502	72000
1	27.57	○	○	○	○	○	○	1	503	74000
1	54.10	○	○	○	○	○	○	1	504	174000
1	27.34	○	○	○	○	○	○	2	505,514	84000
1	27.15	○	○	○	○	○	○	8	506～513	78000
1	54.24	○	○	○	○	○	○	1	515	174000
1	26.80	○	○	○	○	○	○	1	601	73000
1	26.84	○	○	○	○	○	○	1	602	73000
1	27.57	○	○	○	○	○	○	1	603	75000
1	54.10	○	○	○	○	○	○	1	604	176000

1	27.34	○	○	○	○	○	○	2	605,614	85000
1	27.15	○	○	○	○	○	○	8	606~613	79000
1	54.24	○	○	○	○	○	○	1	615	176000
1	26.80	○	○	○	○	○	○	1	701	74000
1	26.84	○	○	○	○	○	○	1	702	74000
1	27.57	○	○	○	○	○	○	1	703	76000
1	54.10	○	○	○	○	○	○	1	704	178000
1	27.34	○	○	○	○	○	○	2	705,714	86000
1	27.15	○	○	○	○	○	○	8	706~713	80000
1	54.24	○	○	○	○	○	○	1	715	178000

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 (戸)	備考
浴室	2	59.29	地下1階	75	男女別の共同浴室があります
脱衣室	2	34.71	地下1階	75	男女別の脱衣室があります。
食堂	1	210.09	1階	75	共同の食堂があります。
居間	1	49.5	2階	75	共同の居間があります。

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。                      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。)以上であつて、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。</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 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 委託する</span>			
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 <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者</span> <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> 指定介護予防サービス事業者</span> <input type="checkbox"/> 指定居宅サービス事業者 <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者</span> <input type="checkbox"/> 指定地域密着型サービス事業者 <span style="margin-left: 150px;"><input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の法人等</span>			
サービスを提供する者の人数	<input type="checkbox"/> 医師	人員 人	<input type="checkbox"/> 社会福祉士	人員 人
	<input type="checkbox"/> 看護師	人員 人	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員	人員 人
	<input type="checkbox"/> 准看護師	人員 人	<input checked="" type="checkbox"/> 養成研修修了者	人員 1 人
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士	人員 10人	<input type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員 人
常駐する場所	<input checked="" type="checkbox"/> 同一の敷地内 <span style="margin-left: 50px;"><input type="checkbox"/> 隣接する土地</span> <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 <span style="margin-left: 50px;"><input type="checkbox"/> 次の期間を除く( )</span>			
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、感知センサーによる居室内の入居者の動体把握と居室訪問の併用 <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	0時 0 分 ~ 24 時 00分	
		上記以外の日	<input type="checkbox"/> 24時間	
	通報方法	緊急通報装置を利用		
	通報先	事務所直通	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 <span style="margin-left: 50px;"><input type="checkbox"/> その他( )</span>		
	提供時間	時 分 ~ 時 分		
サービス提供の対価(概算額)	月額	約 26,400 円	前払金の算定方法	
	前払金	約 円		
備考	※入院及び旅行等の不在時においても、上記費用がかかります。			

※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 <span style="float: right;"><input checked="" type="checkbox"/> 委託する</span>	
委託する 場合の 委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな) かぶしきがいしゃぶらいあんぷるー 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 ) 北海道札幌市中央区北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 004-0831 ) 北海道札幌市清田区真栄1条1丁目1番15号 電話番号 011-889-1722	
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色対応	<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 42,900 円	内訳 朝食 660 円 昼食 円 夕食 770 円
	前払金	約 円	前払金の算定方法
備考	1日2食(朝・夕)喫食契約で月額40,040円～44,330円(税込) 昼食は自炊可能ですが、レストラン利用時は、昼食代が別途660円かかります。 朝食8:00～9:00、昼食11:30～14:00、夕食17:30～18:30、居室への配膳・下膳:1回110円、特別食(家族・友人との別メニュー食)は7日前までに予約。		

※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	約 220 円	前払金の 算定方法	
		前払金	約 円		
備考		利用は、介護保険外で以下の費用(220円～)にて行います。 介護保険外：入浴1,650円/30分、排せつ・食事220円/5分で行い、かかった時間でご請求致します。 上記、月額220円は5分ご利用頂いた金額です。			

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 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	約 1,650 円	前払金の 算定方法	
		前払金	約 円		
備考		利用は、介護保険外で以下の費用(1,650円～)にて行います。 介護保険外：清掃1,650円/30分で行い、かかった時間でご請求致します。 上記、月額1,650円は30分ご利用頂いた金額です。			

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 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 委託する</span>	
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"/> 健康相談 <input type="checkbox"/> 血圧等の測定 <input type="checkbox"/> 定期検診 <input checked="" type="checkbox"/> 通院等の付き添い <input type="checkbox"/> その他 ( )
サービス提供の対価(概算額)	月額	約 2,200 円	前払金の算定方法
	前払金	約 円	
備考	利用は、介護保険外で以下の費用 2,200円にて行います。 介護保険外：通院等の付添2,200円/30分で行い、かかった時間でご請求致します。 上記、月額2,200円は30分ご利用頂いた金額です。		

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 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 委託する</span>	
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( )
		居室への配下膳、加湿器の水交換、除湿器の水捨て、コピー・ファックス、買い物代行、エアコン・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 円	
備考	居室への配膳・下膳：1回110円、加湿器の水交換：1回110円、除湿器の水捨て：1回110円、 コピー：1枚10円・カラーコピー：1枚50円、買い物代行：30分1,650円、エアコン清掃：30分1,650円、 ロスナイ清掃：30分1,650円 対価の支払いは利用分のみ		

別添 5

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

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
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>				
訪問介護	あり		訪問介護ステーション ウィステリア清田	札幌市区清田区真栄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 ウィステリア南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ィステリア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		
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>				
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所者生活介護		なし		
看護小規模多機能型居宅介		なし		
居宅介護支援		なし		
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>				
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ィステリア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〉			なし	
	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	札幌市区清田区真栄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							■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)				備考	
			包含※2	都度※2	料金※2			
<b>介護サービス</b>								
食事介助	■なし	あり	なし	■あり		○	220円/5分	
排泄介助・おむつ交換	■なし	あり	なし	■あり		○	220円/5分	
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		○	1,650円/30分	要予約
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		○	220円/5分	
機能訓練	■なし	あり	なし	■あり				
通院介助(協力医療機関)	■なし	あり	なし	■あり		○	2,200円/30分	要予約
通院介助(協力医療機関以外)	■なし	あり	なし	■あり		○	2,200円/30分	要予約
<b>生活サービス</b>								
居室清掃	■なし	あり	なし	■あり		○	1650円/30分	
リネン交換	■なし	あり	なし	■あり		○	220円/5分	
日常の洗濯	■なし	あり	なし	■あり		○	660円/1回	5キロまで
居室配膳・下膳	■なし	あり	なし	■あり		○	110円/片道	
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	■あり		○	要相談	7日前までに要予約
おやつ			なし	■あり		○	要相談	
理美容師による理美容サービス			なし	■あり				
買い物代行(通常の利用区域)	■なし	あり	なし	■あり		○	1,650円/30分	建物近郊買い物施設
買い物代行(上記以外の区域)	■なし	あり	なし	■あり		○	1,650円/30分	物品により要相談
役所手続き代行	■なし	あり	なし	■あり			660円/30分	
金銭・貯金管理	■なし	あり	■なし	あり				
<b>健康管理サービス</b>								
定期健康診断			■なし	あり				
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		○	1,980円/月	内服の支援
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	■なし	あり	なし	■あり	○			
<b>入退院時・入院中のサービス</b>								
移送サービス	■なし	あり	■なし	あり				
入退院時の同行(協力医療機関)	■なし	あり	なし	■あり		○	2,200円/30分	
入退院時の同行(協力医療機関以外)	■なし	あり	なし	■あり		○	2,200円/30分	
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、月額の利用者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。