

## 登録事項等についての説明（高齢者住まい法第17条関係）

2021年7月1日

## 登録事項等についての説明

貸主(甲) 住所 東京都港区六本木一丁目4番5号  
 氏名 HITOWAケアサービス株式会社  
 代表取締役 袴田 義輝  
 代理人 住所  
 氏名

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) <b>いりーぜみやのもり</b> <b>イリーゼ宮の森</b>
所在地	(郵便番号 〒064-0952 ) 北海道札幌市中央区宮の森2条10丁目1-43 電話番号 011-618-3051 FAX番号 011-618-3052 メールアドレス miyanomori@irs.jp
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1.電車(札幌市営地下鉄東西線 西28丁目 駅から 徒歩 で 15分) <input type="checkbox"/> 2.その他( )
住宅に関する 権原	<input type="checkbox"/> 1.所有権 <input checked="" type="checkbox"/> 2.賃借権 <input type="checkbox"/> 3.使用貸借による権利 期間 2015年 7月 21日から 2045年 7月 20日まで
施設に関する 権原	<input type="checkbox"/> 1.所有権 <input checked="" type="checkbox"/> 2.賃借権 <input type="checkbox"/> 3.使用貸借による権利 期間 2015年 7月 21日から 2045年 7月 20日まで
敷地に関する 権原	<input type="checkbox"/> 1.所有権 <input type="checkbox"/> 2.地上権 <input checked="" type="checkbox"/> 3.賃借権 <input type="checkbox"/> 4.使用貸借による権利 期間 2015年 7月 21日から 2045年 7月 20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) <b>ひとわけあさーびすかぶしがいいしゃ</b> <b>HITOWAケアサービス株式会社</b>	
住所 (法人にあつては 主たる事務所の所 在 地)	(郵便番号 〒106-0032 ) 東京都港区六本木一丁目4番5号 電話番号 03-6632-7702 FAX番号 03-5562-7551	
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(法人にあつては 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 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) <b>ひとわけあさーびすかぶしがいいしゃ</b> <b>HITOWAケアサービス株式会社</b>
事務所の所在地	(郵便番号 〒106-0032 ) 東京都港区六本木一丁目4番5号 電話番号 03-6632-7702

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 54 戸		
居住部分の規模	(最小)	18.00	m <sup>2</sup>
	(最大)	18.60	m <sup>2</sup>
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
竣工の年月	2015 年	7 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		

詳細については、別添 3 のとおり

階数 地上3 階建

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 type="checkbox"/> 賃貸借契約 <input checked="" 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	利用権方式	
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	① 入居者が逝去した場合 ② 入居者から契約解除が行われた場合 ③ 事業所から契約解除が行われた場合 ・入居申込に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居した時 ・月払いの利用料その他支払いを正当な理由なくしばしば遅滞する時 ・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し、又はその危害の切迫した恐れがありかつホームにおける通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止する事が出来ない時	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書 第26条
	解約予告期間	90日間
入居者からの解約予告期間	30日間	
入院時の取扱い	不在期間であっても家賃・管理費・共益費の減額はなし	
体験入居の内容	1 あり(内容:7泊8日以内で体験入居可能) 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
--------	---	---	-----

注)入居開始年は、西暦で記入すること。

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)	詳細については、 別添 4 のとおり
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 33,000 円	
	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 35,640 円	
	入浴等の介護	<input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない	約 円	
	調理等の家事	<input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない	約 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 0 円	
その他	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 33,000 円		
家賃の概算額	(最低) 約 90,000 円	住戸ごとの内容は別添 3 のとおり		
	(最高) 約 90,000 円			
共益費の概算額	(最低) 約 20,000 円			
	(最高) 約 20,000 円			
敷金の概算額	(最低) 約 0 円	家賃の 0 月分		
	(最高) 約 0 円			
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 0 円	(最高) 約 0 円		
家賃等の前払金の算定の基礎	家賃	該当なし		
	サービス提供の対価	該当なし		
返還額の算定方法	該当なし			
家賃等の前払金の返還債務が消滅するまでの期間	該当なし			
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 type="checkbox"/> 指定を受けている		介護保険事業所番号 ( )	
	<input checked="" 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		介護保険事業所番号 ( )	
	<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 type="checkbox"/> 指定を受けている		介護保険事業所番号 ( )	
	<input checked="" 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者若しくは介護予防特定施設入居者生活介護事業者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 type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
大規模修繕の実施予定	頃実施予定
その他計画的な修繕予定	

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
イリーゼ宮の森訪問介護センター	訪問介護事業	<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
イリーゼ宮の森居宅介護支援事業所	居宅介護支援事業	<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
		<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)
事業所の所在地	(郵便番号) ) 電話番号
連携又は協力の内容	

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0分	～	18時0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)					
日中以外の時間の職員体制							
人員配置	1人	常駐する時間	18時0分	～	翌9時0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)					
備考							
職員の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	訪問介護センター管理者との兼務
看護職員	2			2		4	
介護職員				15		15	
機能訓練指導員							
栄養士							
調理員							
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：介護福祉士			
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							
社会福祉士							
実務者研修				2		2	
初任者研修修了者				4		4	
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						
はり師						
きゅう師						

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		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	1		3		
1年以上3年未満		1			1		5		
3年以上5年未満							4		
5年以上10年未満				1			3		
10年以上									
合計		1		2	2		15		

11 入居者の現況

2021 年 7 月 1 日現在)

介護度別・年齢別入居者数				平均年齢	87.0 歳	入居者数合計	50 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
65歳未満	1						1	
65歳以上75歳未満								
75歳以上85歳未満	19		1	2	5	5	3	3
85歳以上	30	2	1	4	9	7	7	
合計	50		2	2	6	14	11	3

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	4	7	31	8			50

男女別入居者数	男性	7 人	女性	43 人
---------	----	-----	----	------

入居率 (一時的に不在となっているものを含む。)	92.6% (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:		13 人
理由	人数(人)	理由	人数(人)	理由	人数(人)	
自宅・家族同居	1	他の有料老人ホームへの転居	5	医療機関への入院	3	
介護老人福祉施設(特養等)へ転居	1					
介護老人保健施設へ転居		その他の福祉施設・高齢者住宅等への転居		その他( )		
介護療養型医療施設へ転居						

12 入居希望者への事前の情報開示

開示対象書類	開示方法	開示対象	開示状況
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 checked="" 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
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 type="checkbox"/> 4 その他( )	
協力医療機関(1)	名称	医療法人新産健会こと・メディカル・サポート・クリニック
	所在地	北海道札幌市西区八軒1条西1丁目ザ・タワー プレイス1
	診療科目	訪問診療
	協力の内容	① 訪問診療(月2回)、オンコール対応、他の医療機関紹介、健康管理に関する相談、受診・入院対応その他これらに付帯する業務
協力医療機関(2)	名称	コンフォート豊平クリニック
	所在地	北海道札幌市豊平区豊平3条1丁目1番38号
	診療科目	訪問診療
	協力の内容	① 訪問診療(月2回)、オンコール対応、他の医療機関紹介、健康管理に関する相談、受診・入院対応その他これらに付帯する業務
協力歯科医療機関	名称	医療法人社団マリオン マリオン歯科
	所在地	札幌市中央区大通り西4丁目6-8
	協力の内容	訪問歯科診療、他の医療機関紹介、口腔ケア指導等(医療費その他の費用は入居者の自己負担)

14 その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> あり (年 2 回予定) <small>(開催方法等) 書面により開催日を通知</small>
	<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) <small>(内容)</small>
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"/> あり <input 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	H I T O W A ケアサービス株式会社				
電話番号	0120-76-5600				
対応している時間	平日	9時	0分	～	18時 0分
	土曜	9時	0分	～	18時 0分
	日曜	9時	0分	～	18時 0分
	祝日	9時	0分	～	18時 0分
定休日	12月31日～1月3日を除く				
窓口の名称	札幌市高齢保健福祉部介護保険課				
電話番号	011-211-2972				
対応している時間	平日	8時	45分	～	17時 15分
	土曜	時	分	～	時 分
	日曜	時	分	～	時 分
	祝日	時	分	～	時 分
定休日	土、日、祝日				

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

登録の申請は基本方針及び高齢者居住安定確保計画に則り適切なものです。

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。

年 月 日  
借主(乙) 住所  
氏名

印

役員名簿

(ふりがな) 氏名	役名等
はかまだ よしてる 袴田 義輝	代表取締役
ひだか ひろみ 日高 博美	取締役
まつした のぶゆき 松下 展千	取締役
もりかみ たつき 森上 達規	監査役

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。







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。</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)			
	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"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> 指定居宅サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定地域密着型サービス事業者		<input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護予防サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者 <input checked="" 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 type="checkbox"/> 社会福祉士	人員 人
	<input checked="" type="checkbox"/> 看護師	人員	1 人	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員	人員 人
	<input checked="" type="checkbox"/> 准看護師	人員	3 人	<input checked="" type="checkbox"/> 養成研修修了者	人員 6 人
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士	人員	9 人	<input type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員 人
			合 計		人員 19 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	～	18 時 0 分	人員 1 人
	上記以外の時間	18 時 0 分	～	翌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	毎日1回以上は本人の安否確認を行い緊急時には緊急連絡先への連絡等を行う				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	ケアコール			
	通報先	各階ヘルパーステーション、事務室及び介護職員携帯端末	通報先から住宅までの到着予定時間		1 分
サービス提供の対価(概算額)	月額	約 33,000 円	前払金の算定方法	該当なし	
	前払金	約 0 円			
備考	管理費(状況把握,生活相談サービス)に関しては、要介護3～要介護5 の方の場合、免除				

※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) ひとわふーどさーびすかぶしきがいしや HITOWAフードサービス株式会社
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 106-0032 ) 東京都港区六本木一丁目4番5号 電話番号 03-6738-6114
	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 106-0032 ) 東京都港区六本木一丁目4番5号 電話番号 03-6738-6114
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 checked="" type="checkbox"/> 3食 <input 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 35,640 円    内訳    朝食 324 円    昼食 432 円    夕食 432 円
	前払金	約 0 円    前払金の算定方法    該当なし
備考	※軽減税率の適用となります。但し1食あたり640円を超える特別な食事については軽減税率の対象となりません。 軽減税率適用の場合の食費は1ヶ月35,640円(税込)を基本とし、入居者が食事の提供を受けない場合は、その期間に相当する食費を減額いたします。減ずる額は、1ヶ月を30日とし、日割り換算いたします。	

※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。

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 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 type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他( )			
	内容	<input type="checkbox"/> 入浴介護 <input 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	約	円	前払金 の算定 方法	
	前払金	約	円		
備考					

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 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 type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他( )			
	内容	<input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input 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	円	前払金 の算定 方法	該当なし
	前払金	約	0 円		
備考					

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 type="checkbox"/> 定期検診 <input 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 0 円	前払金の 算定 方法	該当なし	
	前払金	約 0 円			
備考					

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	生活サポート費			
サービス提供の 対価(概算額)	月額	約 33,000 円	前払金の 算定 方法	該当なし	
	前払金	約 0 円			
備考		<p>自立の方は、別途、生活サポート費として30,000円(税込33,000円)がかかります。 事業者は入居者に対し、次の生活サービスを提供します。</p> <p>一 入居者の生活必需品の購入、代金の立替払い、公租公課等の納付の代行、官公署等への届出および手続きの代行等。ただし、事業者が実施できるものに限ります。</p> <p>二 身元引受人等への連絡・調整</p>			

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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	イリーゼ宮の森訪問介護センター (他12ヶ所)	札幌市中央区宮の森 2条10丁目1-43
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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	イリーゼ篠路デイサービスセンター	札幌市北区篠路2条7 丁目5-15
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		
<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	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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	イリーゼ宮の森居宅介護支援事業所 (他12ヶ所)	札幌市中央区宮の森 2条10丁目1-43
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>				
介護予防訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	イリーゼ宮の森訪問介護センター (他12ヶ所)	札幌市中央区宮の森 2条10丁目1-43
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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	イリーゼ篠路デイサービスセンター	札幌市北区篠路2条7 丁目5-15
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		
<b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b>				

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（イリーゼ宮の森）

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			
	なし	あり	なし	あり	料金※2		回数※3	料金※4	
介護サービス									
食事介助	なし	あり	なし	あり		○	10分550円（税込）	※4以外の場合	
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり		○	10分550円（税込）	※4以外の場合	
おむつ代			なし	あり		○		実費	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり		○	10分550円（税込）	※4以外の場合または、自立の場合1回550円（税込）	
特浴介助	なし	あり	なし	あり		○	10分550円（税込）	※4以外の場合	
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり		○	10分550円（税込）	※4以外の場合	
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		○	10分550円（税込）	交通機関を使用する場合は交通費実費	
通院介助（協力医療機関以外）	なし	あり	なし	あり		○	10分550円（税込）	交通機関を使用する場合は交通費実費	
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○	10分550円（税込）	※4以外の場合	
リネン交換	なし	あり	なし	あり		○	1回550円（税込）	※4以外の場合	
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	1回550円（税込）	※4以外の場合 洗濯外注サービス利用の場合は月4,290円（税込、月13回）外部委託の場合は実費負担。または、左記料金にて対応いたします。	
居室産廃・下膳	なし	あり	なし	あり		○	1回550円（税込）	体調不良時は無料。その他お客様の希望の場合	
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり		○		応相談	
おやつ			なし	あり	○			食費に含まれ提供されるおやつ以外は実費	
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○		指定日での対応、実費負担	
買い物代行（通常の利用区域）	なし	あり	なし	あり		○		指定日、指定業者の代行は実費負担のみ	
買い物代行（上記以外の区域）	なし	あり	なし	あり		○	10分550円（税込）	指定日以外は別途個別対応サービス10分550円（税込）と実費	
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	10分550円（税込）	お客様の希望時	
金銭・貯金管理	なし	あり	なし	あり				金銭のお預かりはしない	
健康管理サービス									
定期健康診断			なし	あり		○		年2回実施の機会を提供（費用は実費負担）	
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	○				
大退院時・入院中のサービス									
大退院時の同行（協力医療機関）	なし	あり	なし	あり		○	10分550円（税込）	交通機関を使用する場合は交通費実費	
大退院時の同行（協力医療機関以外）	なし	あり	なし	あり		○	10分550円（税込）	交通機関を使用する場合は交通費実費	
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり		○	10分550円（税込）	お客様の希望時	
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり		○	10分550円（税込）	お客様の希望時	
その他サービス									
個別対応サービス	なし	あり	なし	あり		○	10分550円（税込）	お客様の希望時	

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（介護保険負担割合証に準ずる）。

※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。

※4：介護保険サービス等をご利用いただけます。その他の場合はお客様の希望により10分550円（税込）又は、1回550円（税込）にて対応いたします。

各介護サービスの提供頻度につきましては、必要に応じホームで対応可能な範囲で実施します。