

年 月 日

登録事項等についての説明

貸主(甲)住所 東京都港区港南二丁目15番3号
 氏名 HITOWAケアサービス株式会社
 代表取締役 福嶋 茂
 代理人 住所 北海道札幌市北区
 新琴似4条1丁目1-45
 イリーゼ新琴似
 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) いりーゼしんこに イリーゼ新琴似					
所在地	(郵便番号 001-0904 北海道札幌市北区新琴似4条1丁目1-45 電話番号 011-707-5030 メールアドレス shinkotoni@irs.jp)					
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1.電車(学園都市 線 新琴似 駅から 徒歩 で 約 14 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. 使用賃借による権利 期間 2015 年 3 月 2 日から 2045 年 3 月 31 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. 使用賃借による権利 期間 2015 年 3 月 2 日から 2045 年 3 月 31 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. 使用賃借による権利 期間 2015 年 3 月 2 日から 2045 年 3 月 31 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) ひとわけあさーびすかぶしきがいしゃ HITOWAケアサービス株式会社
住所 (法人にあっては 主たる事務所の所 在地)	(郵便番号 〒108-6215) 東京都港区港南二丁目15番3号 電話番号 03-6632-7702 FAX番号 03-6736-5587
法人の役員	別添 1
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 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) ひとわけあさーびすかぶしきがいしゃ HITOWAケアサービス株式会社
事務所の所在地	(郵便番号 〒108-6215) 東京都港区港南二丁目15番3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	60 戸	
居住部分の規模	(最小)	18.00 m ²	詳細については、別添 3 のとおり
	(最大)	18.60 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	鉄筋コンクリート 造	階 数 地上 3 階建
竣工の年月	2015 年 2 月 28 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 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	<p>次の①又は②に該当する者である。</p> <p>①単身高齢者世帯 <input checked="" type="checkbox"/> ②高齢者十同居者（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。）</p>
入居対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input 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	<p>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</p> <p>・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</p>
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	<input checked="" type="radio"/> あり(内容:7泊8日以内で体験入居可能) <input type="radio"/> 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

高齢者生活支援サービス	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					
	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 42,120 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 70,000	円		住戸ごとの内容は別添3 のとおり						
	(最高)	約 70,000	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								
水道光熱費の支払方法	共益費に含むため不要 但し、冷暖房費については、別途月額9,900円(税込)を徴収します。										
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	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"/> 保険事業者による保証保険	<input type="checkbox"/> 信託会社等による元本補てん又は信託 <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 <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 <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 <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

管理の方法	<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		
登録の更新の申請の日前一年間における入居者の数及び退去者の数	入居者の数	人
	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
イリーゼ新琴似訪問介護センター	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
イリーゼ新琴似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00分～18時00分						
常駐場所		<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))						
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00分～翌9時00分						
常駐場所		<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))						
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	居宅介護支援事業所管理者との兼務		
看護職員	2					2			
介護職員			22			22			
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：介護支援専門員、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			21		21				
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			1		1				
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						5			
1年以上3年未満			2			1			
3年以上5年未満									
5年以上10年未満	1					16			
10年以上									
合計	1		2			22			

11. 入居者の現況

(2025 年 7 月 1 日現在)

介護度別・年齢別入居者数				平均年齢	90.0 歳	入居者数合計	60 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			
65歳以上75歳未満	1					2	3	1	1
75歳以上85歳未満	9				12	16	8	9	3
85歳以上	50	1	1	14	18	12	10	4	
合計	60	1	1	14	18	12	10	4	

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	9	35	12			60

男女別入居者数	男性	12 人	女性	48 人
---------	----	------	----	------

入居率(一時的に不在となっているものを含む。) 100.0% (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:	13 人
理由	人数(人)	理由	人数(人)	理由	人数(人)
自宅・家族同居	2	他の有料老人ホームへの転居	1	医療機関への入院	4
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		死亡	6
介護老人保健施設へ転居				その他	
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 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. 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 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 checked="" type="checkbox"/> (4) その他()
協力医療機関(1)	名称 医療法人社団 札幌道都病院 所在地 北海道札幌市東区北17条東14丁目3-2 診療科目 内科 協力科目 内科 協力の内容 <input type="checkbox"/> 入所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 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 医療法人新産健会 ことに・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丁目サ・タワー・プレイス1 診療科目 内科 協力科目 内科 協力の内容 <input checked="" type="checkbox"/> 入所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 医療法人新産健会 ことに・メディカル・サポート・クリニック 住所 北海道札幌市西区八軒1条西1丁目サ・タワー・プレイス1
協力歯科医療機関	名称 医療法人社団ライズ ライズ歯科クリニック 所在地 札幌市手稲区西宮の沢3条1丁目12番23号 協力の内容 訪問歯科診療及び口腔ケアの実施(医療費その他の費用は入居者の自

14. その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> あり (年 2 回予定) (開催方法等) [書面により開催日を通知]
	<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
身体的拘束等の適正化のための取組の状況	<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 □ 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
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
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	HITOWAケアサービス株式会社
電話番号	0120-765-600
対応している時間	平日 9時 00分 ~ 18時 00分 土曜 9時 00分 ~ 18時 00分 日曜 9時 00分 ~ 18時 00分 祝日 9時 00分 ~ 18時 00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. 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