

登録事項等についての説明（高齢者住まい法第17条関係）

年 月 日

## 登録事項等についての説明

貸主(甲) 住所 小樽市稲穂1丁目9-2

氏名 医療法人社団 三ツ山病院 印  
理事長 中井 義仁

代理人 住所 氏名 印

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条及び北海道有料老人ホーム設置運営指導指針12-4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ゃじゅうたく あざれあおたるいりふね			
	サービス付き高齢者住宅 アザレアおたる入船			
所在地	(郵便番号047-0021) 北海道小樽市入船4丁目28-1 電話番号 0134-23-3280 FAX番号 0134-23-3281 メールアドレス			
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 電車( JR函館本 線 小樽 駅から バス で 10 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 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			
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) いりょうほうじんしゃだんみつやまびょういん 医療法人社団 三ツ山病院	
住 所 (法人にあっては 主たる事務所の所 在地)	(郵便番号 047-0032) 北海道小樽市稲穂1丁目9-2 電話番号 0134-23-1289 FAX番号 0134-24-0293	
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	(郵便番号)
	住所(法人にあっては 主たる事務所の所 在地)	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) いりょうほうじんしゃだんみつやまびょういん 医療法人社団 三ツ山病院
事務所の所在地	(郵便番号 047-0032 ) 北海道小樽市稲穂1丁目9-2 電話番号 0134-23-1289

## 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			51 戸		
居住部分の 規模	(最小)	21.6	m <sup>2</sup>	詳細については、別添 3 のとおり		
	(最大)	21.6	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	階 数	地上4	階建
竣工の年月	2016	年	8 月	31 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	別添入居契約書のとおり(下記一部掲載)
事業主体から解約を求める場合	解約条項 入居契約書 第11条の通り
	解約予告期間 入居契約書 第11条の通り
入居者からの解約予告期間	30日前
入院時の取扱い	
体験入居の内容	1 あり(内容: ) <input checked="" type="radio"/> 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

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 10,000 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 45,000 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 type="checkbox"/> 自ら	<input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない	約 円					
	その他	<input type="checkbox"/> 自ら	<input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない	約 円					
家賃の概算額	(最低)	約	48,000 円	住戸ごとの内容は別添 3 のとおり					
	(最高)	約	71,000 円						
共益費の概算額	(最低)	約	33,000 円						
	(最高)	約	35,000 円						
敷金の概算額	(最低)	約	96,000 円	家賃の 2 月分					
	(最高)	約	142,000 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	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 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 <small>(法人にあっては 上たる事務所の所在地)</small>	(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
デイサービスセンターアザレア	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
定期巡回随時対応型訪問介護センターアザレア	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	<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
訪問看護ステーション アザレア	訪問看護、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
訪問介護ステーション アザレア	訪問介護	<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)
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	3 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"/> 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	人	常駐する時間	時 分 ～ 時 分						
常駐場所	<input 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			
看護職員									
介護職員									
機能訓練指導員									
栄養士		1				1			
調理員									
事務員		1				1			
その他		1				1			
管理者の資格		<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	資格名称:					
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									
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									
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 年以上 3 年未満									
3 年以上 5 年未満									
5 年以上 10 年未満			1						
10 年以上									
合計			1						

## 11 入居者の現況

(令和 6年 7 月 1 日現在)

介護度別・年齢別入居者数					平均年齢	87 歳	入居者数合計	48 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									
65歳以上75歳未満	3				1		2		
75歳以上85歳未満	5				1	2	1		1
85歳以上	40		2	4	11	12	3	4	4
合計	48		6		13	14	6	4	5

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	7	8	20	13			48

男女別入居者数	男性	15 人	女性	33 人
---------	----	------	----	------

入居率（一時的に不在となっているものを含む。）	94.0 % (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:	19 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		医療機関 への入院	4
介護老人福祉施設（特養等）へ 転居	1	うち、他のサービス付き高齢者 向け住宅への転居		死亡	10
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	4		

## 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 type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input checked="" 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 type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input checked="" 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	1 救急車の手配    2 入退院の付き添い    3 通院介助 4 その他( )
協力医療機関(1)	名称 ..... 医療法人社団 三ツ山病院 所在地 ..... 小樽市稲穂 1 丁目 9 番 2 号 診療科目 ..... 内科 協力の内容 ..... 訪問診療、入院
協力医療機関(2)	名称 ..... 所在地 ..... 診療科目 ..... 協力の内容 .....
協力歯科医療機関	名称 ..... 所在地 ..... 協力の内容 .....

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	サービス付き高齢者住宅アザレアおたる入船				
電話番号	0134-23-3280				
対応している時間	平日	9時	00分	～	17時 00分
	土曜	時	00分	～	時 00分
	日曜	時	00分	～	時 00分
	祝日	時	00分	～	時 00分
定休日	なし				

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

基本方針及び高齢者居住安定確保計画に沿って適切に運営します。
--------------------------------

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条及び北海道有料老人ホーム設置運営指導指針12-4に基づく書面による説明を受けました。

令和 年 月 日  
借主(乙) 住所  
氏名

印







別添 3

## 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

[illegible]

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	1	43.2	1F	51	
食堂	1	102.24	1F	51	共同台所×3含む
洗濯室	3	27.75	2F、3F、4F	51	

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. 小樽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。

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 checked="" 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 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 checked="" 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 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 type="checkbox"/> 養成研修修了者	人員 人
	<input type="checkbox"/> 介護福祉士	人員	人	<input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員 2 人
			合 計		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 (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	00分	～	17 時 00分 人員 1 人
	上記以外の時間	時	分	～	時 分 人員 人
毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法		食事や外出などの生活場面で少なくとも1日、1回本人の状況把握を行います。 <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 00分 ～ 24時 00分		
		上記以外の日	<input type="checkbox"/> 24時間		
	通報方法	ナースコール			
	通報先	1F事務室		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 10,000 円	前払金の		
	前払金	約 0 円	算定方法		
備考		併設する定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所は24時間スタッフが常駐 夜間時の対応は、併設する定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所職員が通報を受けて住宅スタッフに連絡して対応する。			

※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) にっしんいりょうしよくひんかぶしかいしゃ 日清医療食品 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 100-6420 ) 東京都千代田区丸の内2-7-3東京ビルディング20F 電話番号 03-3287-3611	
	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 060-0033 ) 北海道札幌市中央区北3条西4丁目1-1日本生命札幌ビル20F 電話番号 011-219-6200	
	食事提供を行う場所	<input checked="" type="checkbox"/> 食堂 <input 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 45,000 円	内訳 朝食 350 円 昼食 550 円 夕食 600 円
	前払金	約 0 円	前払金の 算定方法
備考			

※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。