

(平成27年3月31日以前に登録申請)

入居契約重要事項説明書

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条及び東京都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。なお、生活支援サービスに関する契約については、生活支援サービス重要事項説明書により、別途説明します。

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) りあんれーう” たちかわ リアンレーヴ立川
所在地	(住居表示) 東京都立川市柏町二丁目12-6
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1.電車(多摩都市モノレール線 砂川七番 駅から 徒歩 で 5分) <input type="checkbox"/> 2.その他(分)
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 2016 年 4 月 1 日から 2041 年 3 月 31 日まで
施設に関する権原	<input 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 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 2016 年 4 月 1 日から 2041 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) かぶしきがいしゃ きのしたのかいご 株式会社 木下の介護	
住所 (法人にあっては 主たる事務所)	(郵便番号 163-1308) 東京都新宿区西新宿六丁目5番1号 新宿アイランドタワー8階 電話番号 03-5908-1310	
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	

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) かぶしきがいしゃ きのしたのかいご 株式会社 木下の介護
事務所の所在地	(郵便番号 163-1308) 東京都新宿区西新宿六丁目5番1号 新宿アイランドタワー8階 電話番号 03-5908-2250

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	58	戸
居住部分の規模	(最小)	18.00	m ²
	(最大)	18.00	m ²
構造及び設備	共同利用設備	■ あり □ なし	
	構造	鉄筋コンクリート	造
竣工の年月	2014	年	9 月 1 日
加齢対応構造等	■ 登録基準に適合している		
	■ エレベーターを備えている		
	■ 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	利用権契約
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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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・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等が認める者) (「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

入居開始時期(※)	年 月 日から
-----------	---------

契約解除の内容	<p>事業者は、入居者が以下のいずれかに該当し、かつ、そのことが本契約をこれ以上将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合に、本契約を解除することがあります。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入居申込書等に虚偽の事実を記載する等の不正手段により入居したとき ・月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、3ヶ月遅滞するとき ・事業者が規定する禁止又は制限される行為に違反したとき ・入居者の行動が、他の入居者及びその関係者又は従業員の心身に危害を及ぼし、又は、危害を受ける切迫した恐れがあり、かつサービス付き高齢者向け住宅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ことができないとき ・事業者は、入居者等による、事業者の従業員や他の入居者等に対するハラスメントにより、入居者との信頼関係が著しく害され事業の継続に重大な支障が及んだとき <p>(上記内容は概要であるため、詳細は入居契約書31条「事業者からの契約解除」を参照下さい)</p>	
事業主体から解約を求める場合(終身建物賃貸借の場合のみ)	解約条項	
	解約予告期間	
入居者からの解約予告期間	30日	
入院時の取扱い	入居者が外出、外泊(入院等を含む)する場合であっても、施設利用費(家賃相当額)、管理共益費はお支払いいただきます。	
その他		

※入居開始時期は、入居の用に供する前である場合に限り記入すること。

6 職員体制

日中の職員体制(※生活支援サービスを提供する常駐職員の配置)					
人員配置	2人以上	常駐する時間	9時00分～	18時00分	
常駐場所	■ 同一の敷地内		□ 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	18時00分～	9時00分	
常駐場所	■ 同一の敷地内		□ 隣接する土地		
備考					

(職種別の職員数) (2023 年 7 月 1 日現在)※入居開始(開設)前は、予定を記載。

① 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(委託である場合はその旨を記入)								
		専従	非専従	専従	非専従										
管理者	⇒③-1	1				1人									
生活支援サービス提供職員(食事提供サービスを除く)	⇒③-2	16		13	0	29人									
うち、看護職員：直接雇用		2		1		3人									
うち、看護職員：派遣						0人									
うち、介護職員：直接雇用	⇒③-3	13		12		25人									
うち、介護職員：派遣						0人									
うち、機能訓練指導員	⇒③-4	1				1人									
栄養士						0人	委託：グラン・グルメ株式会社								
調理員						0人	委託：グラン・グルメ株式会社								
事務員						0人									
その他		2			6	8人									
② 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数						40	時間								
③-1 管理者の資格						介護福祉士									
③-2 生活支援サービス提供職員の資格															
資格	延べ人数	常勤		非常勤											
		専従	非専従	専従	非専従										
医師															
看護師		1		1											
准看護師		1													
介護福祉士		5		4											
社会福祉士															
介護支援専門員															
養成研修修了者															
上記以外の職員		9		8											
③-3 介護職員の資格															
資格	延べ人数	常勤		非常勤											
		専従	非専従	専従	非専従										
介護福祉士															
介護支援専門員		2		2											
実務者研修		5		5											
介護職員初任者研修															
たん吸引等研修(不特定)															
たん吸引等研修(特定)		1		1											
資格なし															
③-4 機能訓練指導員の資格															
資格	延べ人数	常勤		非常勤											
		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		1													
あん摩マッサージ指圧師															
④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		生活支援サービス提供職員		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	常勤	非常勤				
1年未満				5	4		1	5	3						
1年以上3年未満				2	2			2	2						
3年以上5年未満				5	5			4	5	1					
5年以上10年未満		1		4	2	2		2	2						
10年以上				0	0										
合計		1	0	16	13	2	1	13	12	1	0				

7 サービス付き高齢者向け住宅において入居者から受領する金銭(生活支援サービスに関する費用を除く)

施設利用費(家賃相当額)の概算額	(最低) 約 100,400 円	住戸ごとの内容は別添 2 のとおり
	(最高) 約 100,400 円	
共益費の概算額	(最低) 約 66,000 円	
	(最高) 約 66,000 円	
敷金の概算額	(最低) 約 — 円	施設利用費(家賃相当額)の 0 月分
	(最高) 約 — 円	
前払金※の有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
施設利用費(家賃相当額)の前払金の概算額	(最低) 約 — 円 (最高) 約 — 円	
施設利用費(家賃相当額)の前払金の算定の基礎	施設利用費(家賃相当額)	
	サービス提供の対価	
返還額の算定方法		
施設利用費(家賃相当額)の前払金の返還債務が消滅するまでの期間	年 月 日まで	
施設利用費(家賃相当額)の前払金の返還額の推移		
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()	

※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施設利用費(家賃相当額)の全部又は一部を一括して受領する場合をいう。

8 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 type="checkbox"/> 自ら管理 <input checked="" type="checkbox"/> 管理業務を委託
委託する業務の内容(契約事項)	建物管理業務(法定点検業務、設備管理業務、清掃業務等)
管理業務の委託先	
商号、名称又は氏名	(ふりがな) そうつうあめにていーさーびすかぶしきがいしゃ 綜通アメニティーサービス株式会社
住 所	(郵便番号 104-0032) 東京都中央区八丁堀2丁目20番8号 電話番号 03-6222-3811
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 ()

9 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	提供されるサービスの概要	事業所の番号	事業所の場所
			<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

(注) 高齢者居宅生活支援事業について、老人福祉法等関連法令に基づく事業所の指定を受けている場合にあつては、「事業所の番号」を記入すること

10 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) いりょうほうじんしゃだんわこうかい きのめでいっくりにつくこいだいら 医療法人社団和光会 キノメディッククリニック小平
事業所の住所	(郵便番号 187-0041) 東京都小平市美園町2-10-19 電話番号 042-312-3967
連携又は協力の内容	診療科目:①内科・②外科 協力内容:往診・緊急時対応のアドバイス・健康相談
事業所の名称	(ふりがな) こんぱすでんたるくりにつくたちかわわかばちょう コンパスデンタルクリニック立川若葉町
事業所の住所	(郵便番号 190-0001) 東京都立川市若葉町1-9-1グリーン・クレスト103 電話番号 042-535-1960
連携又は協力の内容	診療科目:歯科 協力内容:訪問歯科診療
事業所の名称	(ふりがな) とよだでんたるくりにつく 豊田デンタルクリニック
事業所の住所	(郵便番号 191-0062) 東京都日野市多摩平1-4-19藤ビル401 電話番号 042-506-2051
連携又は協力の内容	診療科目:歯科 協力内容:訪問歯科診療

11 入居者の現況

(2023 年 7 月 1 日現在)

介護度別・年齢別入居者数		平均年齢	89 歳	入居者数合計	57 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	0								
65歳以上75歳未満	2					1	1		
75歳以上85歳未満	11		2		1	2	2	3	1
85歳以上	44		5	4	10	7	11	2	5
合計	57	0	7	4	11	9	14	6	6

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	9	8	24	16	0	0	57

男女別入居者数	男性	11 人	女性	46 人
---------	----	------	----	------

入居率 (一時的に不在となっているものを含む。)	98.3 % (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:	9 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 うち、他のサービス付き高齢者向け住宅への転居		医療機関への入院	6
介護老人福祉施設(特養等)へ転居	2			死亡	
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

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 (※前払金を受領する場合に記載)	<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
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 (※前払金を受領する場合に記載)	<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
事業収支計画書 (※前払金を受領する場合に記載)	<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	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 その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> あり (年 1 回予定) (開催方法等) 懇談会は、原則として定例を年に1回開催いたします。召集は施設長の名において行い、開催通知は書面配布、館内掲示、館内放送等により行います。
	<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 type="checkbox"/> なし <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
(介護予防)特定施設入居者生活介護事業所(地域密着型を含む)	<input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けている 介護保険事業所番号 (1373003324) <input type="checkbox"/> 指定を受けていない

14 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

基本方針及び東京都の「高齢者の住居安定確保プラン」に沿って適切に運営しております。

説明年月日

年 月 日

〔入居者氏名〕 様に対して、入居契約書及び入居契約重要事項説明書に基づいて、重要な事項を説明しました。

登録事業者名 株式会社 木下の介護

所在地 東京都新宿区西新宿六丁目5番1号 新宿アイランドタワー8階

代表者名 代表取締役 佐久間 大介 印

説明者氏名 印

私は上記事業者から、入居契約書及び入居契約重要事項説明書に基づいて、重要な事項の説明を受けました。

署名 印

役員名簿

(ふりがな) 氏 名	役名等
さくま だいすけ 佐久間 大介	代表取締役
きのした なおや 木下 直哉	取締役
くまち まさはる 熊地 昌治	取締役
やぎ まさと 八木 真人	取締役

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。

事業主体が東京都内(中核市を除く)で実施する介護保険制度による指定介護サービスの一覧表

介護サービスの種類		箇所数	主な事業所の名称	所在地
<居宅サービス>				
訪問介護	有り	3	プレール・ロヴェ豊洲ケアセンター	江東区豊洲1-2-8
訪問入浴介護	無し			
訪問看護	無し			
訪問リハビリテーション	無し			
居宅療養管理指導	無し			
通所介護	有り	1	木下の介護 小平	小平市美園町2-10-9
通所リハビリテーション	無し			
短期入所生活介護	無し			
短期入所療養介護	無し			
特定施設入居者生活介護	有り	41	リアンレーヴ高田馬場	新宿区下落合1-6-9
福祉用具貸与	無し			
特定福祉用具販売	無し			
<地域密着型サービス>				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	無し			
夜間対応型訪問介護	無し			
認知症対応型通所介護	無し			
小規模多機能型居宅介護	無し			
認知症対応型共同生活介護	有り	7	木下の介護 グループホーム千歳鳥山	世田谷区北鳥山3-16-10
地域密着型特定施設入居者生活介護	無し			
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	無し			
看護小規模多機能型居宅介護	無し			
地域密着型通所介護	無し			
居宅介護支援	有り	3	プレール・ロヴェ豊洲ケアプランセンター	江東区豊洲1-2-8
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問入浴介護	無し			
介護予防訪問看護	無し			
介護予防訪問リハビリテーション	無し			
介護予防居宅療養管理指導	無し			
介護予防通所リハビリテーション	無し			
介護予防短期入所生活介護	無し			
介護予防短期入所療養介護	無し			
介護予防特定施設入居者生活介護	有り	38	リアンレーヴ高田馬場	新宿区下落合1-6-9
介護予防福祉用具貸与	無し			
特定介護予防福祉用具販売	無し			
<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	無し			
介護予防小規模多機能型居宅介護	無し			
介護予防認知症対応型共同生活介護	有り	7	木下の介護 グループホーム千歳鳥山	世田谷区北鳥山3-16-10
介護予防支援	無し			
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	無し			
介護老人保健施設	無し			
介護療養型医療施設	無し			
介護医療院	無し			