

リアンレーヴ小平弐番館

サービス付高齢者向け住宅 重要事項説明書

株式会社 木下の介護

(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	りあんれーうごだいらにばんかん リアンレーヴ小平式番館
所在地	(住居表示) 東京都小平市美園町2-10-19
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1.電車(西武新宿 線 小平 駅から 徒歩 で 3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 9 月 1 日から 2045 年 8 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.使用貸借による権利 期間 2015 年 9 月 1 日から 2045 年 8 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 type="checkbox"/> 3.賃借権 <input checked="" type="checkbox"/> 4.使用貸借による権利 期間 2015 年 9 月 1 日から 2045 年 8 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	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)	(〒163-1308) 東京都新宿区西新宿6-5-1 新宿アイランドタワー8階 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) 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	かぶしがい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	(〒163-1308) 東京都新宿区西新宿6-5-1 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	38	戸	
居住部分の規模	(最小)	25.02	m ²	詳細については、別添 3 のとおり
	(最大)	29.57	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	鉄骨	造	階数 地上4 階建
竣工の年月	2015	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 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) <input checked="" type="checkbox"/> 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	建物賃貸借契約書第14条のとおり
---------	------------------

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	借主は貸主に対して30日前に解約の申入れを行うことにより、本契約を解約することができます。また借主は、解約申入れの日から30日分の家賃(本契約の解約後の家賃相当額を含む。)を貸主に支払うことにより、解約申入れの日から起算して30日を経過する日までの間、随時に本契約を解約することができます。
--------------	---

入院時の取扱い	借主が外出、外泊(入院等を含む)する場合であっても、入居契約は継続し、家賃、管理共益費はお支払いいただきます。 基本サービス費は日割り計算を行い、選択サービス費(食費や自費サービス)は利用実績によりお支払いいただきます。
---------	---

その他	※上記①又は②に該当する方であっても、下記に該当する場合は入居をお断りする場合がございます。 ・自分で身の回りことが出来ない方 ・常時身の回りのお世話や見守りが必要な方 ・暴言、暴力をふるい他の入居者や住宅職員等に危害を及ぼす方 ・感染症に罹患し、他の入居者や住宅職員等へ感染させる恐れのある方・常時、医療行為が必要になる方
-----	--

※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	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		
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～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		
備考			

(職種別の職員数) (年 月 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							
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							
うち、看護職員:直接雇用								
うち、看護職員:派遣								
うち、介護職員:直接雇用	⇒③-3							
うち、介護職員:派遣								
うち、機能訓練指導員	⇒③-4							
栄養士								
調理員								
事務員								
その他								
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		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			
医師								
看護師								
准看護師								
介護福祉士								
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								
③-3 介護職員の資格								
資格	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			
介護福祉士								
介護支援専門員								
実務者研修								
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)								
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		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			
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								

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											
1年以上3年未満											
3年以上5年未満											
5年以上10年未満											
10年以上											
合計											

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)

家賃の概算額	(最低) 約 88,000 円	住戸ごとの内容は別添 3 のとおり
	(最高) 約 112,700 円	
共益費の概算額	(最低) 約 88,000 円	①212、213、214、215、310、311、312、313、407、408、409、410号室 →1名入居:88,000円 2名入居:132,000円 ②207、306号室 →1名入居:89,100円 2名入居:133,700円 ※上記①②以外の居室は1名入居のみ(88,000円)となります。
	(最高) 約 133,700 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 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()	

※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。

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) てつくびるさーびすかぶしがいいしゃ テックビルサービス株式会社
住所	(郵便番号 541-0056) 大阪府大阪市中央区備後町2-4-6 電話番号 06-4708-5990
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）

施設の名称	提供されるサービスの概要	事業所の番号	事業所の場所
木下の介護 小平(訪問介護)	①身体介護、②生活援助	1374302949	<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
木下の介護 小平(居宅介護支援)	ケアプランの作成、支援	1374302964	<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
木下の介護 小平(通所介護)	①入浴や食事の提供、②相談、助言、③機能訓練等サービス	1374302980	<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input checked="" type="checkbox"/> 隣接する土地
キノメディッククリニック小平	①内科、②外科	4323192	<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

(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っては、「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	きのしたのかいご こだいら 木下の介護 小平(訪問介護)
事業所の住所	(〒187-0041) 東京都小平市美園町2-10-19 電話番号 042-312-3785
連携又は協力の内容	①身体介護、②生活援助

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	きのしたのかいご こだいら 木下の介護 小平(居宅介護支援)
事業所の住所	(〒187-0041) 東京都小平市美園町2-10-19 電話番号 042-348-5573
連携又は協力の内容	ケアプランの作成・支援

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	きのしたのかいご こだいら 木下の介護 小平(通所介護)
事業所の住所	(〒187-0041) 東京都小平市美園町2-10-9 電話番号 042-347-3364
連携又は協力の内容	①入浴や食事の提供、②相談・助言、③機能訓練等サービス

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	(〒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	①内科、②外科 往診、緊急時対応のアドバイス、健康診断

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	いりょうほうじんしゃだん おーらるこみゆにけーしょん くにたちあさひどおりしかぶれみあむ 医療法人社団 オーラルコミュニケーション くにたち旭通り歯科プレミアム
事業所の住所	(〒186-0002) 東京都国立市東1-7-5 弥生ビル2F 電話番号 042-575-8148
連携又は協力の内容	訪問歯科診療

11 入居者の現況

(年 月 日現在)

介護度別・年齢別入居者数		平均年齢	歳	入居者数合計	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									
75歳以上85歳未満									
85歳以上									
合計									

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							

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

入居率 (一時的に不在となっているものを含む。)	% (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:	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 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	
介護老人福祉施設(特養等)への転居				死亡	
介護老人保健施設への転居				その他()	
介護療養型医療施設への転居		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の情報開示

入居契約書のひな形	<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	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 checked="" 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)	原則として、定例懇談会を年1回開催します。但し、定例懇談会のほか、住宅と入居者のいずれかが必要と認めた場合は、臨時懇談会を随時開催するものとします。懇談会開催通知は、書面配布、館内掲示により行います。懇談会は施設長の名において行い、懇談会の進行は住宅側にて行います。
	<input checked="" 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 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	

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「高齢者の居住安定確保プラン」に沿って適切に運営しております。

説明年月日

年 月 日

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。

署名年月日

年 月 日

署名 印

役員名簿

<small>(ふりがな)</small> 氏名	役名等
<small>さくま だいすけ</small> 佐久間 大介	代表取締役
<small>きのした なおや</small> 木下 直哉	取締役
<small>くまち まさはる</small> 熊地 昌治	取締役
<small>やぎ まさと</small> 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。

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	25.02	○	○	○	○	○	○	21	201～205、208～211、 301～305、308、309、 401～405	88,000
2	25.88	○	○	○	○	○	○	1	206	88,000
3	27.77	○	○	○	○	○	○	2	307、406	88,000
4	28.33	×	○	○	×	○	○	3	214、312、409	88,000
5	28.80	×	○	○	×	○	○	9	212、213、215 310、311、313、 407、408、410	88,000
6	29.57	○	○	○	○	○	○	2	207、306	112,700

<介護を行う場所の基準、医療を要する場合の対応>

介護や医療等が必要になった場合でも、居室にお住いのまま各サービスをお受けいただくことが可能です。但し、ご入居者に適切なサービスの提供の必要性等、その他やむを得ない事由が生じた場合、主治医の意見を聞き、ご入居者、同居人及び連帯保証人の同意を得て、一定の観察期間を設ける等の手続きを得た上で、居室を変更していただく場合がございます。(入居契約書第13条 居室の変更)

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
食堂	1	78.00	1階廊下EV前	38	
浴室	2	38.90	1階廊下突き当り左側	38	
キッチンラウンジ	1	24.37	食堂隣	38	
談話コーナー (2、3階)	2	24.74	2階:212号室前、3階:310号室前	28	
リビング(4階)	1	37.40	407号室前	10	

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。

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	4	木下の介護 小平	小平市美園町2-10-19
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	32	リアンレーヴ小平	小平市美園町2-10-9
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烏山	世田谷区北烏山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	4	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	30	リアンレーヴ小平	小平市美園町2-10-9
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烏山	世田谷区北烏山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			

リアンレーヴ小平式番館

生活支援サービス 重要事項説明書

株式会社 木下の介護

生活支援サービス重要事項説明書

1. 生活支援サービス提供事業者

事業者の名称・所在地及び電話番号その他の連絡先	
事業者の名称	カブシキガイシャ キノシタノカイゴ
	株式会社 木下の介護
事業者の所在地	〒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
事業者の連絡先	電話番号 03-5908-1310
	FAX番号 03-5908-2382
	ホームページアドレス http://www.kinoshita-kaigo.co.jp/
事業者の代表者名	代表取締役 佐久間 大介

2. 住宅事業主体概要

事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先		
事業主体の名称	カブシキガイシャ キノシタノカイゴ	
	株式会社 木下の介護	
事業主体の主たる事務所の所在地	〒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	
事業主体の連絡先	電話番号 03-5908-1310	
	FAX番号 03-5908-2382	
	ホームページアドレス	有 http://www.kinoshita-kaigo.co.jp/
		無
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名 佐久間 大介	
	職名 代表取締役	
事業主体が行っている主な事業等	有料老人ホーム、通所介護、訪問介護、居宅介護支援、短期入所生活介護、認知症対応型共同生活介護、障害者総合支援法に基づく居宅介護・重度訪問介護事業の企画・開発・運営、訪問介護員初任者研修講座	

3. 住宅概要

住宅の名称・所在地及び電話番号その他の連絡先	
住宅の名称	リアンレーヴコダイラニバンカン
	リアンレーヴ小平式番館
住宅の所在地	〒187-0041
	東京都 小平市美園町二丁目10番19号
住宅の連絡先	電話番号 042-312-3783
	FAX番号 042-312-3971
	ホームページアドレス http://www.kinoshita-kaigo.co.jp/facility/service_housing/lienrevkodairanibankan.html
住宅の管理者名	秋元 恭子
住宅の開設年月日	2015年10月1日
居住の契約方式	普通賃貸借契約

4. 生活支援サービスの内容

生活支援サービスに関する方針等

事業者は、ご入居者が安全かつ安心して主体的に生活を継続できるよう、ご入居者に対し、サービス付き高齢者向け住宅における基本サービス（必須サービス）を提供するとともに、ご入居者の希望に応じて、その他のサービス（選択サービス）を提供します。尚、介護や医療を必要とされる場合は、円滑に介護サービスや医療サービスをお受けいただくことが出来るよう、介護事業者や医療機関と連携を図ります。尚、介護事業所や医療機関と連携する場合にも、ご入居者は、連携先以外のサービス事業者のサービス（介護保険サービス、医療保険サービス等）を自由に選択することが出来ます。

住宅で対応できる医療的ケアの内容

当住宅では看護職員がいないため、常時医療行為が必要な方への対応はできません。
胃ろう・腸ろう・IVH・点滴管理・ストーマ処置・インシュリン注入管理等医療行為が必要な場合は、協力医療機関との連携による対応が可能な場合があります。

基本サービス（入居者様全員が受けるサービスです。）（生活サポート費）

サービスの種類	料金	（提供方法・提供者）
状況把握（安否確認）	33,000円／月額 （税込）	原則、住宅職員が毎日午前10時より順次、各居室に伺い、1日1回安否の確認をさせていただきます。 尚、訪問時間の変更を希望される場合は、事前にご相談下さい。また、ご入居者の状態により、事前にご相談の上、適宜安否の確認をさせていただきます。 （提供者：榊木下の介護）
生活相談		住宅職員は、ご入居者より日常生活全般や介護サービス、医療サービスに関するご相談をお受けします。 （提供者：榊木下の介護）
緊急時対応		ご入居者は、身体の状況の急激な変化等で緊急に職員の対応を必要とする状態になった時は、昼夜を問わず24時間いつでもナースコール（設置場所：各居室、浴室、脱衣室、共用便所）等で対応を求めることが出来ます。住宅職員は、1階事務室で入居者からのコールを受信し、主治医への連絡や救急車の要請等、速やかに適切な対応を行います。また入居時に予め届け出ている緊急連絡先にも速やかに連絡を行います。 （提供者：榊木下の介護）

上記以外の生活支援サービス等

（本住宅では以下のサービスを入居者様に選択していただくことができます。なお、入居者様の希望により、他のサービス事業者を利用することもできます。）

サービスの種類	料金	（提供内容・方法・提供者）
食事の提供サービス	27,810円／月 （税込）	<ul style="list-style-type: none"> ・食費：27,810円（30日の場合） 【内訳：朝食237円、昼食345円、夕食345円】 ・消費税軽減税率制度における飲食料品の提供については、1食につき税別640円以下で、その累計額が1日1,920円に達するまでの食費が該当し、軽減税率（8%）が適用されます。当住宅では、朝食、昼食、夕食の費用が軽減税率（8%）の対象となります。 ・提供場所：1階食堂 ・提供時間：朝食：8：00～9：00、昼食：12：00～13：00、夕食：18：00～19：00 ・キャンセル：ご入居者は、3日前までに届け出ることで、食事を1日につき1食若しくは2食とし、又は3食とも食事の提供を受けないことが出来ます。欠食分の食費は、各食事の単価（朝食237円、昼食345円、夕食345円）に基づき返還致します。 ・特別食：ご入居者の治療を担当する医師の特別の指示（刻み食等）がある場合には、別途ご相談下さい。 （提供者：榊木下の介護※調理業務は給食業者（グラン・グルメ株）に委託）
入浴見守りサービス	550円／回 （税込）	<ul style="list-style-type: none"> ・内容：浴室扉越しにお声掛け、安否確認等 ※ご希望される場合は、事前に受付（事務室）までご相談下さい。 （提供者：榊木下の介護）
付添・送迎サービス	1,579円／時間 （税込）	<ul style="list-style-type: none"> ・内容：買物、病院等の通院付添い等（交通費代は実費負担） ※ご希望される場合は、事前に受付（事務室）までご相談下さい。 （提供者：榊木下の介護）
清掃サービス	660円／30分 （税込）	<ul style="list-style-type: none"> ・内容：居室内の整理、整頓、ゴミ捨て、窓拭き等 ※ご希望される場合は、事前に受付（事務室）までご相談下さい。 （提供者：榊木下の介護）

洗濯サービス	550円/回 (税込)	・内容：住宅内1階洗濯室での洗濯、乾燥 ※ご希望される場合は、事前に受付（事務室）までご相談下さい。 (提供者：榎木下の介護)
医療連携の内容		
協力医療機関	名称	医療法人社団和光会 キノメディッククリニック小平
	住所	東京都小平市美園町2丁目10番19号
	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
協力歯科医療機関	名称	医療法人社団オーラルコミュニケーション くにたち旭通り歯科プレミアム
	住所	東京都国立市東一丁目7番5号 弥生ビル2F
	協力内容	訪問歯科診療

5. 月額利用料の請求及び支払方法

請求方法	
	事業者は、請求書に明細を付して毎月20日までにご入居者に手渡し又はご入居時に指定された方へ送付致します。（基本サービス、選択サービスとも前月分）
支払方法	
	翌月27日（但し、休日等の場合は金融機関の直後の営業日）に入居者指定金融機関口座から引落とし※、又は翌月25日（但し、休日等の場合は金融機関の直後の営業日）に当社指定の金融機関口座へお支払いいただきます（※引落依頼書への記入が必要となります。また振込手数料はお客様負担となります）。

6. 苦情に対応する窓口等

苦情に対応する窓口等の状況			
窓口の名称	リアンレーヴ小平式番館受付・事務室		
電話番号	042-312-3783		
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			
サービスの提供において事故が発生したときの対応			
具体的な対応	事業者はサービスの提供にあたって、天災、災害等不可抗力による場合を除き、万一、事業者の責に帰すべき事由による事故が発生し乙の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、直ちに必要な措置を講ずるとともに、速やかに保険会社に連絡を入れ、ご入居者等に対する損害賠償に関する協議を行います。ただし、ご入居者側に故意又は重大な過失がある場合にはこの限りではありません。		
利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況			
① あり	実施日	「ご意見箱」を常設	
	結果の開示	① あり 2 なし	
2 なし			

7. 生活支援サービス利用に当たっての留意事項

外出・帰宅・訪問等	
	外出・帰宅及びご家族様等の来訪等の時間制限はありませんが、外泊、夜間の外出・来訪等については可能な限り、事前に住宅職員へご連絡下さい。
郵便物・荷物等の取扱い	
	入居者に届いた郵便物や荷物等は、危険物等が無いホームの職員が予め中身を確認させていただく場合があります。

共用施設の利用について	
共同浴室（1階）※無料	予め受付（もしくは事務室）まで、利用時間をお知らせ下さい。
キッチンラウンジ※無料	予め受付（もしくは事務室）まで、利用時間をお知らせ下さい。

8. 契約の解除内容等

入居者からの解約		
<生活支援サービス契約第9条より> 事業者に対して、30日の予告期間において文書で通知することにより、本契約を解約することができます。		
契約解約時の連絡先	名称	リアンレーヴ小平式番館
	電話番号	042-312-3783
事業者からの解除		
<生活支援サービス契約書第8条より> 1、事業者は、入居者の行動が他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ通常の生活支援方法では、これを防止することができず、本契約を将来にわたって継続することが社会通念上著しく困難であると考えられる場合に、本契約を解除することができます。 2、前項の場合、事業者は次の手続を行います。 ①一定の観察期間をおくこと。 ②主治医及び生活支援サービス提供スタッフ等の意見を聴くこと。 ③契約解除の通告について30日の予告期間をおくこと。 ④前号の通告に先立ち、入居者本人の意思を確認すること。 3、事業者は、入居者が正当な理由なく事業者に支払うべきサービス利用料を3か月以上滞納した場合において、入居者に対し、相当の期間を定めて催告したにもかかわらず、なお期間内に滞納額の全額の支払いがないときは、この契約を解除することがあります。		

9. 損害賠償責任保険の内容

損害賠償責任保険の加入状況	
<input checked="" type="checkbox"/> 有	無 (損害保険ジャパン日本興和(株))

説明年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

様に対して、生活支援サービス契約書及び生活支援サービス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)

署名年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

私は上記事業者から、生活支援サービス契約書及び生活支援サービス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。

_____ (印)