

登録事項等についての説明書(重要事項説明書)

(説明する者)

貸主(甲) 住所 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29F商号、名称又は氏名 株式会社 木下の介護
代表取締役 佐久間 大介

代理人 所属 リアンレーヴ宝塚

職名及び氏名 施設長 植村 園子

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(及び老人福祉法第29条第5項)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。

事業の目的、運営の方針、サービスの提供内容に関する特色等

木下の介護は「ご入居様・ご家族・ご近所の方々・職員」の幸せのためにどうすれば良いかを常に考え行動することを原点に、介護保険施行前の1995年から民間企業の先駆けとして介護事業に取り組んでまいりました。人と人との関わりを大切にし、より良い時間、輝ける人生を送っていただくための質の高いサービスを提供し続けることを目指し日々努めています。また木下の介護では担当ヘルパー制度を導入しております。担当ヘルパーはご入居様お一人お一人と直接コミュニケーションを図り、ご家族を含めたご要望・ご意見に迅速に対応しながら、きめ細やかなサービスを実施いたします。

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) りあんれーヴたからづか リアンレーヴ宝塚
所在地	(住居表示※) 兵庫県宝塚市南ひばりガ丘2丁目9番22号
利用交通手段	■ 1. 電車 (阪急宝塚 線 山本 駅から 徒歩 で 11 分) □ 2. その他 ()
住宅に関する 権原	□ 1. 所有権 ■ 2. 賃借権 □ 3. 使用貸借による権利 期間 2021 年 3月 1日から 2051年 2月 28日まで
施設に関する 権原	□ 1. 所有権 □ 2. 賃借権 □ 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	□ 1. 所有権 □ 2. 地上権 ■ 3. 賃借権 □ 4. 使用貸借による権利 期間 2021 年 3月 1日から 2051年 2月 28日まで

※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	■ 法人 □ 個人
商号、名称 又は氏名	(ふりがな) かぶしきか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29F 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)	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
	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) かぶしきがいしゃ きのしたのかいご おおさかえいぎょうしょ 株式会社 木下の介護 大阪営業所
事務所の所在地	(郵便番号 564-0051) 大阪府吹田市豊津町1番地21号 エサカ中央ビル6F 電話番号 06-6310-9201

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 57 戸	入居定員 57 人
居住部分の規模	(最小) 18.45 m ²	詳細については、別添3のとおり
	(最大) 19.06 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 造 階数 4 階建	
竣工の年月	2021 年 2 月 25 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	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"/> 自立している者 <input checked="" type="checkbox"/> 要支援の者 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護の者	
	留意事項	当施設はサービス付き高齢者向け住宅であるため、基本的に医療的ケアには制限があります。医師の指示のもとで、当施設の看護職員が対応できる範囲の医療的ケアが条件となりますので、常時医療的ケアが必要な場合は、ご相談の上、当社の別の施設等をご案内します。
入居契約の内容	別添入居契約書のとおり	
契約の解除の内容	貸主から解約を求める場合	解約条項 ・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
		解約予告期間 3ヶ月
	入居者からの解約予告期間 30日	

※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※	2021 年 4 月 1 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 特定施設入居者生活介護等の提供を受ける場合の費用は、次ページのとおり		
	状況把握・生活相談	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託	約 介護保険適用あり円			
	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 36,300 円			
	入浴等の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 介護保険適用あり円			
	調理等の家事	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 介護保険適用あり円			
	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 介護保険適用あり円			
その他		<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 円			
家賃の概算額	(最低) 約	30,000 円	住戸ごとの内容は、別添3のとおり			
	(最高) 約	120,000 円				
共益費の概算額	(最低) 約	80,200 円	施設運営に関わる維持・管理費、水道光熱費、本社管理部門人件費等 ※居室に設置したテレビに係るNHK等の放送契約及び受信料の支払いは各自にてお願いします。			
	(最高) 約	80,200 円				
厨房管理費	37,500円(30日の場合)		軽減税率の判定対象としております。このため、喫食の有無に応じて適用税率が変更されます。 なお、暦月で1月食事の提供がなかった場合は、厨房管理費は徴収いたしません。			
敷金の概算額	(最低) 約	0 円	家賃の	0.0 月分		
	(最高) 約	0 円				
水道光熱費の支払方法	共益費に含みます。					
入院等による不在時における家賃等の費用の取扱い	<ul style="list-style-type: none"> ・入院に関わる費用は入居者の負担となります。 ・月額料金については共益費(管理共益費)、家賃(施設利用費)、厨房管理費(暦月で1月食事の提供が無かった場合を除く)を通常通りお支払頂きます。 ・食事サービス料金は、実績でお支払い頂きます。 ・前払金の償却は通常通り、当該月の居室の施設利用費として事業者が取得します。 ・入院中も居室利用権は継続します。 					
家賃等の費用の改定	条件	公租公課の増加、その他著しい経済事情の変動、並びに介護保険制度等の見直しが生じた場合は、契約期間内にあっても、運営懇談会の意見を聞くなどして、月額利用料の各費用及び入居者の希望等により提供する個別的なサービス費等の費用の額を改定する事ができるものとします。				
	手続	運営懇談会を開催し入居者及び身元引受人等の意見を聴いた上で改定を行います。				
前払金※有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり [<input type="checkbox"/> 前払方式のみ <input checked="" type="checkbox"/> 前払方式と月払方式を選択可] <input type="checkbox"/> なし					
家賃等の前払金の概算額	(最低) 約	2,700,000 円	(最高) 約	5,400,000 円		
前払金を支払った場合の月々の家賃概算額	(最低) 約	30,000 円	(最高) 約	75,000 円		
家賃等の前払金の算定の基礎	家賃	月額賃料の一部(31,500円/63,000円)×想定居住期間60ヶ月+想定居住期間を越えて契約が継続した場合に備えて受領する額(810,000円/1,620,000) = 2,700,000円/5,400,000円				
	サービス提供の対価	—				

返還額の算定方法	入居後3箇月以内の契約解除等	入居日から3ヶ月以内において、入居者の契約解除の申出がなされた場合（死亡による契約終了も含む）は、以下の計算式により日割り計算（いずれの月も30日で日割りを行う）に基づく月払い費用（前払金月次償却分を含む）、実費負担分を事業者を支払うことで契約を終了できるものとします。 ○返還金＝前払金－1ヶ月分の家賃等の償却額÷30×入居日から起算して契約解除等された日までの日数 事業者は当該費用の支払い及び居室の明け渡しを受けた後3ヶ月以内に、受領済みの前払金の全額を無利息で入居者に返還することとします。但し、実費分として滞在日数の応じて月額利用料の日割り分、介護報酬について介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額等の債務は徴収いたします。
	入居後3箇月を超えた契約解除等	償却期間満了前に契約が終了した場合、次の算式により返還金が発生いたします。返還金＝（前払金）÷（償却期間）×（償却期間－経過月数） *支払債務がある場合は実費を差し引かれる場合があります。 *入居・退去月については1ヶ月を30日として日割計算し、算出した日額は小数点以下を切り捨ていたします。
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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 指定を受けている 介護保険事業所番号（ 2871104549 ） <input 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 checked="" type="checkbox"/> 指定を受けている 介護保険事業所番号（ ） <input 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所、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。
 なお、ここでいう「前払方式」には一部を前払いし、一部を月払いする支払方式（併用方式）を含む。

特定施設入居者生活介護等の費用（該当する場合のみ）					
特定施設入居者生活介護等の月額費用（介護保険給付対象分、1箇月30日の場合）※		利用者負担(1割)	利用者負担(2割)	利用者負担(3割)	詳細については、別添5のとおり
	要支援1	7,357 円	14,713 円	22,069 円	
	要支援2	11,977 円	23,953 円	35,930 円	
	要介護1	20,114 円	40,228 円	60,341 円	
	要介護2	22,495 円	44,989 円	67,483 円	
	要介護3	24,981 円	49,961 円	74,942 円	
	要介護4	27,291 円	54,582 円	81,872 円	
	要介護5	29,743 円	59,486 円	89,229 円	
特定施設入居者生活介護等の加減算の対象となるサービスの体制の有無	身体拘束廃止未実施減算	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		高齢者虐待防止措置未実施減算	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		業務継続計画未策定減算	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	夜間看護体制加算	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		入居者継続支援加算	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	協力医療機関連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		個別機能訓練加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	口腔・栄養スクリーニング加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		若年性認知症入居者受入加算	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	科学的介護推進体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		退居時情報提供加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	看取り介護加算	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		退院・退所時連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	認知症専門ケア加算	<input type="checkbox"/> あり [<input type="checkbox"/> (Ⅰ) <input type="checkbox"/> (Ⅱ)] <input checked="" type="checkbox"/> なし			
	生産性向上推進体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり [<input checked="" type="checkbox"/> (Ⅰ) <input type="checkbox"/> (Ⅱ)] <input type="checkbox"/> なし			
	サービス提供体制強化加算	<input type="checkbox"/> あり [<input type="checkbox"/> (Ⅰ)イ <input type="checkbox"/> (Ⅰ)ロ <input type="checkbox"/> (Ⅱ) <input type="checkbox"/> (Ⅲ)] <input checked="" type="checkbox"/> なし			
介護職員等処遇改善加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり [<input type="checkbox"/> (Ⅰ) <input checked="" type="checkbox"/> (Ⅱ)] <input type="checkbox"/> なし				

人員配置が手厚い介護サービスの 実施の有無	<input type="checkbox"/> あり 介護・看護職員の配置率 上乗せ介護費(月額) : 円 <input checked="" type="checkbox"/> なし
利用者の個別選択によるサービスの費用	別添4のとおり

※身体拘束廃止未実施減算、入居継続支援加算、生活機能向上連携加算、個別機能訓練加算、夜間看護体制加算、協力医療機関連携加算、口腔衛生管理体制加算、認知症専門ケア加算、サービス提供体制強化加算及び介護職員等処遇改善加算を含めて記入すること。

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 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がいしや 綜通アメニティーサービス株式会社	
住所 (法人にあっては 主たる事務所の所 在地)	(郵便番号 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 checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
大規模修繕の 実施予定	2031年 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
		<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
		<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)

協力医療機関	
医療機関 の名称	(ふりがな) おはなぐりにつく おはなクリニック
医療機関 の所在地	(郵便番号 663-8176) 兵庫県西宮市甲子園六番町6番7号はれ六番町1階 電話番号 0798-48-2233
診療科目	内科、外科、麻酔科
連携又は協力 の内容	往診、24時間オンコール体制による医療サービスの提供、緊急時対応のアドバイス、健康相談
医療機関 の名称	(ふりがな) いりょうほうじんけいしゅんかい いたみほーむぐりにつく 医療法人慶春会 いたみホームクリニック
医療機関 の所在地	(郵便番号 664-0858) 兵庫県伊丹市西台1-1-1 伊丹阪急ビル5F 電話番号 072-770-2525
診療科目	内科
連携又は協力 の内容	定期往診、24時間オンコール体制による医療サービスの提供、緊急時対応のアドバイス、健康相談
協力歯科医療機関	
歯科医療機関 の名称	(ふりがな) いのうえしかい いん 井上歯科医院
歯科医療機関 の所在地	(郵便番号 662-0918) 兵庫県西宮市六湛寺町12-10サンクリーンビル2階 電話番号 0798-26-3333
連携又は協力 の内容	訪問歯科診療
その他の連携又は協力の相手方(自らが運営する併設施設でない事業所を含む。)	
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. 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

基本方針及び県の高齢者居住安定確保計画に沿って適切に運営します。

11. その他事業運営状況(有料老人ホームに該当するサービス付き高齢者向け住宅である場合に作成)

体験入居	<input checked="" type="checkbox"/> あり 内容【 体験入居費用:1泊当たり14,400円/泊、期間:原則7泊8日以上2週間まで <input type="checkbox"/> なし 備考:夕・朝食付き(2泊以上の利用で昼食無料)
	<input type="checkbox"/> 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 介護居室へ移る場合 <input type="checkbox"/> その他 内容()

居住部分(住戸)の変更に 関する事項※	変更をお願いする判断基準の内容				
	変更をお願いする手続の内容				
	居住部分を利用する権利の取扱い				
	追加的費用の有無		□ あり □ なし		
	前払金償却の調整の有無		□ あり □ なし		
	従前の居住部分から面積又は仕様が変更になる場合	面積の変更	□ あり □ なし	台所の変更	□ あり □ なし
		便所の変更	□ あり □ なし	収納の変更	□ あり □ なし
		洗面の変更	□ あり □ なし	その他の変更	□ あり □ なし
浴室の変更		□ あり □ なし	内容()		
職員体制	別添6のとおり				
入居者からの苦情に対する窓口等の状況	窓口の名称		株式会社 木下の介護(介護ご意見110番)		
	電話番号		0120-100-537		
	対応している時間	平日	10時00分～18時00分		
		土曜日	—		
		日曜・祝日	—		
定休日		土・日・祝日・年末年始			
緊急時等における対応方法	体調の急変等医療が必要になったときの対応		入居者の心身状況に異変その他緊急事態が生じた時は、医師又は協力医療機関に連絡の上、応急処置、協力医療機関への搬送を行うか、もしくは119番通報による医療機関への搬送等を行います。		
	緊急やむを得ず身体的拘束を行う際の手続		「切迫性」「非代替性」「一時性」の三要件について検討した上で、身体拘束を必要と判断した場合には、身元引受人等に説明し同意を書面で得た上で実施します。尚、実施中の経過の記録をし、再検討をして早期の拘束解除を目指します。		
	事故発生時の対応		介護サービス等の提供にあたり、事故が発生し入居者の生命、身体財産に損害が生じた場合、当社に過失が認められるものについては速やかに損害賠償の手配を行い、誠意をもって対応します。ただし、地震・津波等の天災、戦争・暴動や入居者の故意によるもの等は除きます。また、早急に家族に連絡をとり、事故の内容の説明を行うなどの適正な対応を行います。事故については、再発防止に向けて今後の取り組みと予防対策を講じます。		
	事故に関する緊急時対応マニュアルの有無		■ あり □ なし		
	損害賠償責任保険の加入状況		■ あり 内容(介護保険・社会福祉事業者総合保険:あいおいニッセイ同和損保) □ なし		
防火体制	耐火構造		■ 耐火建築物 □ 準耐火建築物 □ その他()		
	消火器		■ あり □ なし	防火管理者	■ あり □ なし
	自動火災報知設備		■ あり □ なし	消防計画	■ あり □ なし
	火災通報設備		■ あり □ なし	避難訓練	■ あり □ なし
	スプリンクラー		■ あり □ なし	(年 2 回実施)	
アンケート調査、意見箱等入居者の意見等を把握する取組の状況			■ あり 実施日(2025年10月) 結果の開示 ■ あり □ なし □ なし		
運営懇談会			■ あり 開催頻度(年2回) 構成員(入居者、家族、管理者、職員等) □ なし		

乙との続柄