

リアンレーヴ 流山

重 要 事 項 説 明 書

株式会社 木下の介護

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 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29階氏名 株式会社 木下の介護
代表取締役 佐久間 大介

代理人 施設名 リアンレーヴ流山

施設長 奥山 裕輔

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) りあんれーう” ながれやま リアンレーヴ 流山
所在地	(住居表示) 千葉県流山市東初石3-128-13
利用交通手段	■ 1.電車(東武野田 線 初石 駅から 徒歩 で 8 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 2017 年 12 月 1 日から 2047 年 11 月 30 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 2017 年 12 月 1 日から 2047 年 11 月 30 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 2017 年 12 月 1 日から 2047 年 11 月 30 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	■ 法人 □ 個人
商号、名称 又は氏名	(ふりがな) かぶしがいいしや 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 163-1329) 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29階 電話番号 03-5908-1310
法人の役員	別添 1 のとおり
	(ふりがな) 商号、名称、又は氏名

法定代理人 (未成年の個人 である場合)	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 株式会社 木下の介護
事務所の所在地	(郵便番号 163-1329) 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29階 電話番号 03-5908-1310

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 62 戸		
居住部分の 規模	(最小)	18.34	m ²
	(最大)	18.34	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
竣工の年月	2017	年	11 月 30 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に該当する者である。 <input checked="" type="checkbox"/> ①単身高齢者世帯 (「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

※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	■ 自ら □ 委託	約 33,000 円				
	食事の提供	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない	約 36,300 円				
	入浴等の介護	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない	約 0 円				
	調理等の家事	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない	約 0 円				
	健康の維持増進	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない	約 0 円				
	その他	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない	約 0 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	80,200 円					
	(最高) 約	80,200 円					
厨房管理費	37,500 円／人 (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。別添5を併せて確認ください。				
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	□ あり ■ 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	□ 銀行による債務の保証 □ 信託会社等による元本補てん又は信託						
	□ 保険事業者による保証保険 □ その他()						
特定施設入居者生活介護事業所	□ 指定を受けている 介護保険事業所番号 ()						
	■ 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	□ 指定を受けている 介護保険事業所番号 ()						
	■ 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	□ 指定を受けている 介護保険事業所番号 ()						
	■ 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) かぶしきがいしゃきのしたこみゆにてい 株式会社キノシタコミュニティ
住 所 (法人にあっては 主たる事務所の所在地)	(郵便番号 163-1331) 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31階 電話番号 03-5908-2257
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	なし

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
木下の介護 流山(訪問介護)	①身体介護 ②生活援助	<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 流山(居宅介護支援)	ケアプランの作成、指導	<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) めどあぐりぐりにつくのだ メドアグリクリニックのだ
事業所の所在地	(郵便番号 278-0011) 千葉県野田市三ツ堀819 電話番号 04-7168-0118
連携又は協力の 内容	定期往診、夜間緊急往診、緊急時対応のアドバイス、健康相談、看取り支援対応

事業所の名称	(ふりがな) けやきしかいいん		
	けやき歯科医院		
事業所の所在地	(郵便番号	270-1166)
	千葉県我孫子市我孫子2-3-2 RSCパークビル2F		
	電話番号		04-7183-3440
連携又は協力の内容	歯科治療、歯科相談、口腔ケア		
事業所の名称	(ふりがな) グレースデンタルクリニックチバ		
	グレースデンタルクリニック千葉		
事業所の所在地	(郵便番号	270-0101)
	千葉県流山市深井236		
	電話番号		04-7128-6851
連携又は協力の内容	訪問歯科診療		

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「千葉県高齢者住居安定確保計画」に沿って適切に運営しております。
--

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 印

役 員 名 簿

[illegible]

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。

役 員 名 簿

[illegible]

法第6条第1項第4号の役員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

[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	5	67.5	1階3箇所、2階1箇所、3階1箇所	62	
脱衣所	3	40.02	1階1箇所、2階1箇所、3階1箇所	62	
食堂兼機能 訓練室	3	222.03	1階1箇所、2階1箇所、3階1箇所	62	
洗濯室	3	32.91	1階1箇所、2階1箇所、3階1箇所	62	
共用キッチン	2	17.24	2階1箇所、3階1箇所	62	
共用トイレ	3	14.85	1階1箇所、2階1箇所、3階1箇所	62	
ラウンジ	1	30.8	1階1箇所	62	

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。

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 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 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 type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員 人
			合 計		人員 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	～	18 時 00分	人員 2 人
	上記以外の時間	18 時 00分	～	9 時 00分	人員 1 人
毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法	各居室訪問により状況把握				毎日 2 回
	<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)				
緊急通報サービスの内容	提供時間	常駐する日	0 時 0 分 ～ 24 時 00 分		
		上記以外の日	<input checked="" type="checkbox"/> 24時間		
	通報方法	ナースコール			
	通報先	ヘルパーステーション		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 33,000 円	前払金の		
	前払金	約 円	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。

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 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		
	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)		電話番号		
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 type="checkbox"/> 3食 <input checked="" 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 36,300 円	内訳	朝食 289 円 昼食 402円 夕食 519円		
	前払金	約 円	前払金の算定方法			
備考		調理業務はリアンレーヴ流山職員が行います。3日前までに届出ることにより、食事のキャンセルが可能です。欠食分の食費は各食事に応じて差し引きます。 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690円以下で、その累計額が1日2,070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、食費及び厨房管理費を軽減税率の対象としているため、朝食の費用のみ軽減税率(8%)の対象となります。				

※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。

3. 入浴、排せつ、食事等の介護サービスの内容(該当する場合のみ)

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		
	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)		電話番号		
提供方法		提供日	<input type="checkbox"/> 365日対応 <input checked="" type="checkbox"/> その他(事前受付)			
		内容	<input checked="" type="checkbox"/> 入浴介護 <input type="checkbox"/> 排せつ介護 <input type="checkbox"/> 食事介護			
			<input checked="" type="checkbox"/> その他 (入浴見守り)			
サービス提供の対価(概算額)	月額	約 0 円	前払金の算定方法			
	前払金	約 0 円				
備考		・こちらはご希望された方のみ提供する有料サービスです。 ・入浴見守り:1回2,640円(自立)1回1,320円(要支援者対象)でご利用いただけます。 ・入浴介助:1回2,310円(要支援・要介護者対象)でご利用いただけます。 ・入浴介助(特浴利用):1回3,080円(要介護者対象)でご利用いただけます。 詳細は事前に受付(事務所)までご相談下さい。※いずれも税込価格です。				

4. 調理、洗濯、掃除等の家事サービスの内容(該当する場合のみ)

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		
	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) 電話番号		
提供方法		提供日	<input type="checkbox"/> 365日対応 <input checked="" type="checkbox"/> その他(事前受付)	
		内容	<input type="checkbox"/> 調理 <input checked="" type="checkbox"/> 洗濯 <input checked="" type="checkbox"/> 掃除	
			<input checked="" type="checkbox"/> その他 (リネン交換)	
サービス提供の対価(概算額)	月額	約 0 円	前払金の算定方法	
	前払金	約 0 円		
備考		・こちらはご希望された方のみ提供する有料サービスです。 ・洗濯:1回1,870円(洗濯・乾燥・たたみ・収納) ・清掃:20分1,870円 ・リネン交換:1回1,870円 詳細は事前に受付(事務室)までご相談下さい。※いずれも税込価格です。		

5. 健康の維持増進サービスの内容(該当する場合のみ)

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		
	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) 電話番号		
提供方法		提供日	<input type="checkbox"/> 365日対応 <input checked="" type="checkbox"/> その他(事前受付)	
		内容	<input checked="" type="checkbox"/> 健康相談 <input checked="" type="checkbox"/> 血圧等の測定 <input type="checkbox"/> 定期検診 <input checked="" type="checkbox"/> 通院等の付き添い	
			<input type="checkbox"/> その他 ()	
サービス提供の対価(概算額)	月額	約 0 円	前払金の算定方法	
	前払金	約 0 円		
備考		・こちらはご希望された方のみ提供する有料サービスです。 ・健康相談、血圧等の測定は無料 ・通院等の付添い(協力医療機関):30分1,650円(交通費代は実費) ・通院等の付添い(協力医療機関以外):30分2,310円(交通費代は実費) 詳細は事前に受付(事務室)までご相談下さい。※いずれも税込価格です。		

6. その他のサービスの内容(該当する場合のみ)

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				
	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) 電話番号				
提供方法		提供日	<input type="checkbox"/> 365日対応 <input checked="" type="checkbox"/> その他(事前受付)			
		内容	付添、送迎サービス(買い物、散歩等の付添、送迎等)、ケアセット(タオルレンタル)			
サービス提供の 対価(概算額)	月額	約	0	円	前払金の 算定方法	
	前払金	約	0	円		
備考		・こちらはご希望された方のみ提供する有料サービスです。 付添、送迎サービス(買い物、散歩等の付添、送迎等) 30分2,200円(交通費代は実費) ケアセット(タオルレンタル) Aセット:1,430円 食事時のおしぼり3枚/日 Bセット:1,980円 入浴時のバスタオル2枚/週、フェイスタオル4枚/週、食事時のおしぼりタオル3枚/日 Cセット:2,640円 入浴時のバスタオル5枚/週、フェイスタオル10枚/週、食事時のおしぼりタオル4枚/日 ・詳細は事前に受付(事務室)までご相談下さい。※いずれも税込価格です。				

軽減税率の適用判定について

当ホームは、建物賃貸借契約第7条2項の規定に基づき軽減税率適用について以下一覧のとおりに判定しております。サービス付き高齢者向け住宅における食費（飲食料品の提供の対価）に係る消費税については、1食690円以下、1日累計額2,070円に達するまでは軽減税率の対象となります。

	朝食	昼食	夕食
食費単価(税込)	289円	402円	519円
食費単価(税抜)	268円	366円	472円
厨房管理費※	276円	378円	487円
合計	544円	744円	959円
1日累計額(軽減税率対象)	544円／日		
軽減税率適用	対象	対象外	対象外

※厨房管理費は1日あたりの各食費の割合に応じて以下の方法により按分算出しております。
いずれも税抜価格です。端数は小数点以下四捨五入しております。

(厨房管理費÷30日)÷①厨房管理費日額
(各食費単価)÷食費日額×①÷各食按分厨房管理費

【欠食した場合の取扱いについて】

当ホームでは、欠食の届出がなされた場合、厨房管理費を除く食費単価が差し引かれます。これにより軽減税率適用は以下一覧のとおりに判定となります。一覧は3食とも欠食した場合です。

	朝食	昼食	夕食
食費単価	0円	0円	0円
厨房管理費	276円	378円	487円
合計	276円	378円	487円
1日累計額(軽減税率対象)	1,141円／日		
軽減税率適用	対象	対象	対象

いずれも税抜価格です。

リアンレーヴ流山

有料老人ホーム重要事項説明書

株式会社 木下の介護

重要事項説明書

記入年月日	
記入者名	奥山 裕輔
所属・職名	リアンレーヴ流山 ・施設長

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成23年10月7日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙4の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の1から3まで及び6の内容については、別紙4の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

1. 事業主体概要

種類	個人／ <u>法人</u>	
	※法人の場合、その種類	営利法人
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	
主たる事務所の所在地	〒163-1329 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29階	
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	https://www.kinoshita-kaigo.co.jp/
代表者	氏名	佐久間 大介
	職名	代表取締役
設立年月日	1995年10月26日	
主な実施事業	※別添1（別に実施する介護サービス一覧表）	

2. 有料老人ホーム事業の概要

(住まいの概要)

名称	(ふりがな) りあんれーヴながれやま リアンレーヴ流山	
所在地	〒270-0114 千葉県流山市東初石3丁目128番地の13	
主な利用交通手段	最寄駅	東武野田線 初石 駅

	交通手段と所要時間	東武野田線「初石」駅 徒歩 8 分 (640m)
連絡先	電話番号	04-7156-5201
	FAX番号	04-7156-5204
	ホームページアドレス	https://www.kinoshita-kaigo.co.jp/facility/service_housing/lien_reve_nagareyama.html
管理者	氏名	奥山 裕輔
	職名	施設長
建物の竣工日		2017 年 11 月 30 日
有料老人ホーム事業の開始日		2017年12月1日

【表示事項】

1 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合）		
2 介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合）		
3 住宅型		
4 健康型		
1 又は 2 に 該当する場 合	介護保険事業者番号	
	指定した自治体名	県（市）
	事業所の指定日	年 月 日
	指定の更新日（直近）	年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1,983.49 m ²	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	1 あり 2 なし
		契約期間	1 あり (年 月 日～ 年 月 日) 2 なし
		契約の自動更新	1 あり 2 なし
建物	延床面積	全体	2,397.60 m ²
		うち、老人ホーム部分	2,362.7 m ²
	耐火構造	1 耐火建築物	
		2 準耐火建築物	
		3 その他 ()	
	構造	1 鉄筋コンクリート造	
		2 鉄骨造	

		3 木造 4 その他 ()				
	所有関係	1 事業者が自ら所有する建物				
		2 事業者が賃借する建物				
		抵当権の設定	1 あり 2 なし			
		契約期間	1 あり (2017 年 12 月 1 日～2047 年 11 月 30 日) 2 なし			
	契約の自動更新	1 あり 2 なし				
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室				
		2 相部屋あり				
		最少	人部屋			
		最大	人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
	タイプ 1	有／無	有／無	18.34 m ²	62	一般居室個室
	タイプ 2	有／無	有／無	m ²		
	タイプ 3	有／無	有／無	m ²		
	タイプ 4	有／無	有／無	m ²		
	タイプ 5	有／無	有／無	m ²		
	タイプ 6	有／無	有／無	m ²		
	タイプ 7	有／無	有／無	m ²		
	タイプ 8	有／無	有／無	m ²		
	タイプ 9	有／無	有／無	m ²		
タイプ 10	有／無	有／無	m ²			
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。						
共用施設	共用便所における 便房	3 ケ所	うち男女別の対応が可能な便房		ケ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房		3 ケ所	
	共用浴室	4 ケ所	個室		3 ケ所	
			大浴場		1 ケ所	
	共用浴室における 介護浴槽	1 ケ所	チェアー浴		ケ所	
			リフト浴		ケ所	
			ストレッチャー浴		1 ケ所	
			その他 ()		ケ所	
食堂	1 あり 2 なし					
入居者や家族が利 用できる調理設備	1 あり 2 なし					

	エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり（車椅子対応） <input checked="" type="checkbox"/> 2 あり（ストレッチャー対応） 3 あり（上記1・2に該当しない） 4 なし
消防用設備等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
その他		

4. サービスの内容

（全体の方針）

運営に関する方針	<p>私たちは、入居者・家族・地域の方々・職員の幸せのため、何をすべきか、何ができるかを考え行動すること、これを原点に介護事業に取り組んでいます。心を込めてお一人おひとりに向き合い寄り添うこと、それが何より重要と考えます。人と人との関わりを大切にし、そこから学び、互いに教え合い、穏やかで温もり溢れる日々をお過ごしいただけるよう、務めてまいります。</p>			
サービスの提供内容に関する特色	<p>ホームでの生活は、入居者が居室に籠ることなく、他の入居者との接点を提供し、自然に入居者同士のコミュニティが出来るように関わって参ります。また、入居者が出来ることはご自分で、出来ないことを職員や他の入居者が支え合うことで、身体レベル等の維持・向上を目指し、入居者がホームで過ごす日々を楽しんで頂けるよう、入居者の生活全般のサポートを行って参ります。</p>			
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	2 委託	3 なし
食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	2 委託	3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	2 委託	3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	2 委託	3 なし
安否確認又は状況把握サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	2 委託	3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	2 委託	3 なし

（介護サービスの内容） ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無	入居継続支援加算	1 あり 2 なし
	生活機能向上連携加算	1 あり 2 なし
	個別機能訓練加算	1 あり 2 なし

	夜間看護体制加算		1	あり	2	なし
	若年性認知症入居者受入加算		1	あり	2	なし
	医療機関連携加算		1	あり	2	なし
	口腔衛生管理体制加算		1	あり	2	なし
	看取り介護加算		1	あり	2	なし
	栄養スクリーニング加算		1	あり	2	なし
	退院・退所時連携加算		1	あり	2	なし
	認知症専門 ケア加算	(Ⅰ)	1	あり	2	なし
		(Ⅱ)	1	あり	2	なし
	サービス提 供体制強化 加算	(Ⅰ)イ	1	あり	2	なし
		(Ⅰ)ロ	1	あり	2	なし
		(Ⅱ)	1	あり	2	なし
		(Ⅲ)	1	あり	2	なし
人員配置が手厚い介護サービスの 実施の有無	1	あり	(介護・看護職員の配置率) : 1			
	2	なし				

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		<input type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 ※別途料金発生する場合あり <input type="checkbox"/> 4 その他 ()			
協力医療機関	1	名称	メドアグリクリニックのだ		
		住所	千葉県野田市三ツ堀 819		
		診療科目	内科		
		協力内容	定期往診、夜間緊急往診、緊急時対応のアドバイス、健康相談、看取り対応支援		
	2	名称			
		住所			
		診療科目			
		協力内容			
協力歯科医療機関	1	名称	けやき歯科医院		
		住所	千葉県我孫子市我孫子 2-3-2 RSC パークビル 2F		
		協力内容	歯科治療、歯科相談、口腔ケア		
	2	名称	グレースデンタルクリニック千葉		
		住所	千葉県流山市東深井 236		
		協力内容	訪問歯科診療		

（入居後に居室を住み替える場合）※住み替えを行っていない場合は省略可能

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可	1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 <input checked="" type="checkbox"/> 3 その他（ 一般居室 ）	
判断基準の内容	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	
手続きの内容	①主治医の意見を聴く ②入居者及び連帯保証人の同意を得る ③一定の観察期間を設ける ④その他必要と考えられる事項	
追加的費用の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
居室利用権の取扱い	賃貸借方式であるため、利用権については非該当。 入居中の居室に係る賃貸借契約を解除した後に、変更後の居室に係る賃貸借契約を締結する。	
前払金償却の調整の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	便所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	浴室の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	洗面所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	台所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	その他の変更	(変更内容)
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし

（入居に関する要件）

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項	・原則として満 60 歳以上の方（ご夫婦の場合は、一方が 60 歳以上）	
契約の解除の内容	【契約の終了】 ① 賃貸借契約期間が満了となった場合 ② 生活支援サービス契約が終了した場合 ③ 入居者から契約解除が行われた場合 ④ 事業者から契約解除が行われた場合	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居者が次に掲げる義務に違反した場合において、事業者が相当の期間を定めて当該義務の履行

		<p>を催告したにもかかわらず、その期間内に当該義務が履行されないときは、本契約を解除することができる。</p> <p>一 第5条第1項に規定する家賃支払義務</p> <p>二 第6条第2項に規定する管理共益費支払義務</p> <p>三 第12条第1項後段に規定する費用負担義務</p> <p>2 入居者が次に掲げる義務に違反した場合において、甲が相当の期間を定めて当該義務の履行を催告したにもかかわらず、その期間内に当該義務が履行されずに当該義務違反により本契約を継続することが困難であると認められるに至ったときは、本契約を解除することができる。</p> <p>一 第3条に規定する本物件の使用目的遵守義務</p> <p>二 第8条各項に規定する義務（同条第3項に規定する義務のうち、別表第1第七号から第九号までに掲げる行為に係るものを除く。）</p> <p>三 その他本契約書に規定する乙の義務</p> <p>3 事業者は入居者が、次に掲げる状態となり、本契約を継続することが困難であると認められるに至ったときは、相当の期間を定めて本契約を解除することができる。</p> <p>一 入居者の行動が、他の入居者又は事業者の従業員等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、かつ入居者に対する住戸における通常の接遇方法ではこれを防止することができないとき</p> <p>二 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> <p>三 入居者が感染症等に罹患し、他の入居者に感染させる恐れがあるとき</p> <p>四 入居者の身体の状態が常時医療行為を伴うとき</p> <p>4 事業者は、入居者が年齢を偽って入居資格を有すると誤認させるなどの不正の行為によって</p>
--	--	---

		<p>本物件に入居したときは、本契約を解除することができる。</p> <p>5 事業者又は入居者の一方について、次のいずれかに該当した場合には、その相手方は、何らの催告も要せずして、本契約を解除することができる。</p> <p>一 第7条各号の確約に反する事実が判明した場合</p> <p>二 契約締結後に自ら又は自らの役員が反社会的勢力に該当することとなった場合</p> <p>6 事業者は、入居者が別表第1第七号から第九号までに掲げる行為を行った場合には、何らの催告も要せずして、本契約を解除することができる。</p>
	解約予告期間	3 ヶ月
入居者からの解約予告期間	30 日	
体験入居の内容	<p>1 あり（ 内容：14,400 円／泊、7 泊 8 日以上 2 週間まで、夕・朝食付き（2 泊以上の利用で昼食無料））</p> <p>2 なし</p>	
入居定員	62 人	
その他		

5. 職員体制

※有料老人ホームの職員について記載すること（同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません）。

（職種別の職員数）

	職員数（実人数）			常勤換算人数 ※1※2
	合計			
		常勤	非常勤	
管理者				
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員				
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
事務員				
その他職員				
1 週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				40 時間
※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。				
※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。				

（資格を有している介護職員の人数）

	合計		
		常勤	非常勤
社会福祉士			
介護福祉士			
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者			
介護支援専門員			

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計	常勤	非常勤
看護師又は准看護師			
理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復士			
あん摩マッサージ指圧師			
はり師			
きゅう師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (時～ 時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0 人	0 人
介護職員	2 人	1 人

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	契約上の職員配置比率※ 【表示事項】	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 d 3 : 1 以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数)	: 1
※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択		
外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制(外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名称	
	通所介護事業所の名称	

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務		1 あり 2 なし
	業務に係る資格等	1 あり	
		資格等の名称	介護福祉士
		2 なし	

		看護職員		介護職員		生活相談員		機能訓練指導員		計画作成担当者	
		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
前年度1年間の採用者数		1	1	1	1	0	0	0	0	1	0
前年度1年間の退職者数		0	2	0	2	0	0	0	0	1	0
応じた業務に従事した経験年数に 職員の人数	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											
従業者の健康診断の実施状況					1	あり 2 なし					

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態 【表示事項】		1 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】		1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式	
		4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定		1 あり 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定		1 あり 2 なし	
入院等による不在時における 利用料金（月払い）の取扱い		1 減額なし 2 日割り計算で減額 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額	
利用料金の改定	条件	事業者は、土地建物の賃借料、諸物価、人件費等の高騰により事業者の収支が悪化し、入居者又は契約者に一部の負担を依頼すべきであると判断した場合は、事業者の施設が所在する地域の自治体及び国等が発表する物価指数、人件費等を勘案して費用の改定をいたします。	
	手続き	費用の改定案を策定し、運営懇談会において参加者の意見を聴く。	

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

			プラン 1	プラン 2
入居者の状況	要介護度		自立・要支援・要介護	
	年齢		60 歳以上	歳
居室の状況	床面積		18.34 m ²	m ²
	便所		1 有 2 無	1 有 2 無
	浴室		1 有 2 無	1 有 2 無
	台所		1 有 2 無	1 有 2 無
入居時点で必要な費用	前払金		-円	円
	敷金		-円	円
月額費用の合計			257,000 円	円
家賃			70,000 円	円
サービス費用	特定施設入居者生活介護※ ¹ の費用		-円	円
	介護保険外※ ²	食費(30 日の場合)	36,300 円	円
		厨房管理費(30 日の場合)	37,500 円	
		管理費	80,200 円	円
		介護費用	-円	円
		光熱水費	-円	円
		その他	生活支援サービス費 33,000 円	円

※ 1 介護予防・地域密着型の場合を含む。

※ 2 有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない）

※ 3 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。

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	建物所有者への支払い家賃等を基準とし、当社における退去率と一定期間の空室発生率や居室一部屋に付帯する共有施設等を含む販売管理費、原状回復費等を勘案し、長期にわたって安定的な経営が出来るように設定しています。(施設利用費)
敷金	家賃の ヶ月分
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	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(管理共益費)

食費	食材費より算定 朝食 ※289 円・昼食 402 円・夕食 519 円) /1 日 ※朝食のみ軽減税率適用
厨房管理費	厨房管理に関する費用より算出 歴月で 1 月食事の提供がなかった場合は徴収いたしません。 軽減税率対象：内訳 軽減税率(8%)8,942 円標準税率(10%)28,558 円
光熱水費	管理費に含む
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添 2
その他のサービス利用料	生活支援サービス費 33,000 円/月：状況把握、生活相談、安否確認に係る人件費等を基礎に算定

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

費目	算定根拠
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担	
特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乘せサービス）	
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能

算定根拠		
想定居住期間（償却年月数）		ヶ月
償却の開始日		
想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額（初期償却額）		円
初期償却率		%
返還金の算定方法	入居後 3 月以内の契約終了	
	入居後 3 月を超えた契約終了	
前払金の保全先	1 連帯保証を行う銀行等の名称	
	2 信託契約を行う信託会社等の名称	
	3 保証保険を行う保険会社の名称	
	4 全国有料老人ホーム協会	
	5 その他（名称：)	

7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

（入居者の人数）

性別	男性	人
	女性	人
年齢別	65 歳未満	人
	65 歳以上 75 歳未満	人
	75 歳以上 85 歳未満	人
	85 歳以上	人
要介護度別	自立	人
	要支援 1	人
	要支援 2	人
	要介護 1	人
	要介護 2	人
	要介護 3	人
	要介護 4	人
	要介護 5	人
入居期間別	6 か月未満	人
	6 か月以上 1 年未満	人
	1 年以上 5 年未満	人
	5 年以上 10 年未満	人
	10 年以上 15 年未満	人
	15 年以上	人

（入居者の属性）

平均年齢	歳
入居者数の合計	人
入居率※	%
※入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。	

（前年度における退去者の状況）

退去先別の人数	自宅等	人
	社会福祉施設	人
	医療機関	2 人
	死亡者	3 人
	その他	人
生前解約の状況	施設側の申し出	人
	(解約事由の例)	

	入居者側の申し出	2 人
		(解約事由の例)

8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況) ※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

窓口の名称		リアンレーヴ流山
電話番号		04-7156-5201
対応している時間	平日	9:00～18:00
	土曜	9:00～18:00
	日曜・祝日	9:00～18:00
定休日		なし
窓口の名称		本社窓口：介護ご意見 1 1 0 番
電話番号		0120-100-537
対応している時間	平日	10:00～18:00
	土曜	-
	日曜・祝日	-
定休日		土日祝日年末年始

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

損害賠償責任保険の加入状況	1 あり	(その内容) 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 サービス提供上の事故により入居者の生命等に損害が発生した場合、不可抗力による場合を除き賠償される。
	2 なし	
介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応	1 あり	(その内容) 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等への搬送を行います。また、早急にご家族様に連絡をとり、事故の内容の説明を行う等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。
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	1 あり	2 なし

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

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	2025 年 10 月 16 日
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 なし		
第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 なし		

9. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
事業収支計画書	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
財務諸表の要旨	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
財務諸表の原本	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	1 あり	(開催頻度) 年 1 回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
	2 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 あり (提携ホーム名:) 2 なし	
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	1 あり (平成 年 月 日届出) 2 なし 3 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
高齢者の居住の安定確保に関する法律第 5 条第 1 項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録	<input type="checkbox"/> 1 あり（平成 29 年 1 月 20 日登録） <input type="checkbox"/> 2 なし
千葉県有料老人ホーム設置運営指導指針「規模及び構造設備」に合致しない事項	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし （平成 年 月 日施行の設置運営指導指針を適用）
合致しない事項がある場合の内容	
「既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	<input type="checkbox"/> 1 適合している（代替措置） <input type="checkbox"/> 2 適合している（将来の改善計画） <input type="checkbox"/> 3 適合していない
千葉県有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	
不適合事項がある場合の内容	

添付書類：別添 1（別の実施する介護サービス一覧表）
別添 2（個別選択による介護サービス一覧表）

※ _____ 様

説明年月日 年 月 日

説明者署名 _____

※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

別添 1 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市内で実施する他の介護サービス

介護サービスの種類			事業所の名称	所在地
＜居宅サービス＞				
訪問介護	あり	なし	木下の介護 流山	千葉県流山市東初石3-128-13
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし		
訪問リハビリテーション	あり	なし		
居宅療養管理指導	あり	なし		
通所介護	あり	なし		
通所リハビリテーション	あり	なし		
短期入所生活介護	あり	なし		
短期入所療養介護	あり	なし		
特定施設入居者生活介護	あり	なし	リアンレーヴ松戸	千葉県松戸市六高台2-42-1
福祉用具貸与	あり	なし		
特定福祉用具販売	あり	なし		
＜地域密着型サービス＞				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	あり	なし		
夜間対応型訪問介護	あり	なし		
認知症対応型通所介護	あり	なし		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
居宅介護支援	あり	なし	木下の介護 流山	千葉県流山市東初石3-128-13
＜居宅介護予防サービス＞				
介護予防訪問入浴介護	あり	なし		
介護予防訪問看護	あり	なし		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	リアンレーヴ松戸	千葉県松戸市六高台2-42-1
介護予防福祉用具貸与	あり	なし		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし		
＜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	あり	なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
介護予防支援	あり	なし		
＜介護保険施設＞				
介護老人福祉施設	あり	なし		
介護老人保健施設	あり	なし		
介護療養型医療施設	あり	なし		
介護医療院	あり	なし		

別添 2 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表 (リアンレーヴ流山)

特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無								なし	あり
	特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者一部負担※1）		個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担）		包含※2	都度※2	料金※3	備 考	
介護サービス									
巡回（昼間 9 時～17 時）	なし	あり	なし	あり	○	○	①330 円/回 ②165 円/回	①自立者②要支援・要介護者 昼間・夜間合せて3回目以降より実費	
巡回（夜間 17 時～9 時）	なし	あり	なし	あり	○	○	①440 円/回 ②220 円/回	①自立者②要支援・要介護者 昼間・夜間合せて3回目以降より実費	
食事介助	なし	あり	なし	あり		○	550 円/回	要支援・要介護者	
排泄介助	なし	あり	なし	あり		○	550 円/回	要支援・要介護者	
おむつ代			なし	あり		○	実費		
入浴見守り	なし	あり	なし	あり		○	①2,640 円/回 ②1,320 円/回	①自立者 ②要支援者	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり		○	2,310 円/回	要支援・要介護者	
特浴介助	なし	あり	なし	あり		○	3,080 円/回	要介護者	
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり					
機能訓練	なし	あり	なし	あり					
通院介助（協力医療機関）	なし	あり	なし	あり		○	①3,300 円/30 分 ②1,650 円/30 分	①自立者②要支援・要介護者	
通院介助（協力医療機関以外）	なし	あり	なし	あり		○	①4,620 円/30 分 ②2,310 円/30 分	①自立者②要支援・要介護者 交通費は実費	
生活サービス									
状況把握	なし	あり	なし	あり	○			1 日 2 回	
生活相談	なし	あり	なし	あり	○				
緊急時対応	なし	あり	なし	あり	○			24 時間対応	
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○	1,870 円/回	20 分程度で可能な範囲	
リネン交換	なし	あり	なし	あり		○	1,870 円/回		
寝具レンタル	なし	あり	なし	あり		○	1,650 円/月	布団・枕・ベッドパット	
リネンレンタル	なし	あり	なし	あり		○	1,100 円/月	シーツ・布団カバー・枕カバー	
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	1,870 円/回	（洗濯・乾燥・たたみ・収納）	

								クリーニング代は実費
ケアセット（タオルレンタル）	なし	あり	なし	あり		○	A：1,430 円/月 B：1,980 円/月 C：2,640 円/月	A：食事時のおしぼり 3 枚/日 B：入浴時のバスタオル 2 枚/週、フェイスタオル 4 枚/週、食事時のおしぼりタオル 3 枚/日 C：入浴時のバスタオル 5 枚/週、フェイスタオル 10 枚/週、食事時のおしぼりタオル 4 枚/日
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり		○	330 円/回	
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり				
おやつ			なし	あり				
ゴミ回収	なし	あり	なし	あり	○			必要時適宜。粗大ごみ等は実費
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	実費	
買い物代行（要予約）	なし	あり	なし	あり		○	2,200 円/30 分	
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり				
金銭・貯金管理			なし	あり				
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり		○	実費	年 2 回の機会提供
健康相談	なし	あり	なし	あり	○			必要時適宜
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○			必要時適宜
服薬支援	なし	あり	なし	あり	○			必要時適宜
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり				
バイタルチェック	なし	あり	なし	あり	○			必要時適宜
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	なし	あり	なし	あり				
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり				
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり				
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり				
その他サービス								
レクリエーション	なし	あり	なし	あり	○		材料費等は実費	

※金額表記は全て（税込）表記です。

※ 1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1 割～3 割の利用者負担）。

※ 2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額の利用サービス費用に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。

包含：生活支援サービス費（基本サービス） 都度払い：基本サービスに含まれない生活支援サービス費

※ 3：都度払いの場合、1 回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。

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	フリガナ 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	〒 163-1329	
	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29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	フリガナ 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	〒 163-1329		
	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29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・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	フリガナ リアンレーヴ ナガレヤマ	
	リアンレーヴ流山	
住宅の所在地	270-0114	
	千葉県流山市東初石三丁目128番地の13	
住宅の連絡先	電話番号	04-7156-5201
	FAX番号	04-7156-5204
	ホームページアドレス	http://www.kinoshita-kaigo.co.jp/facility/service_housing/lien_reve_nagareyama.html
住宅の管理者名	奥山 裕輔	
住宅の開設年月日	2017 年 12 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		
<p>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。</p>		
住宅で対応できる医療的ケアの内容		
<p>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・I V H・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。</p>		
基本サービス（入居者様全員が受けるサービスです。）		
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 （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2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：株式会社 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：株式会社 木下の介護）
緊急時対応		ご入居者は、身体の状態の急激な変化等で緊急に住宅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、ナースコール等で入居者から緊急対応の要請があった時は、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：株式会社 木下の介護）
バイタルチェック		ご入居者の身体状況に応じて必要時適宜バイタルチェックを行います。 （提供者：株式会社 木下の介護）
服薬管理		服用されているお薬について、内服されたかの確認及びお薬の管理を行います。 （提供：株式会社 木下の介護）
ゴミの回収		適宜ゴミの回収をいたします。粗大ごみは実費が発生いたします。 （提供者：株式会社 木下の介護）
レクリエーション		住宅職員が、フロアにて実施するレクリエーションへ参加いただくことが可能です。 （提供者：株式会社 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	36,300円/月 (税込)	・食費：36,300円(30日の場合)
		*内訳：(朝食 289円、昼食 402円、夕食 519円)/日、
		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690円
		以下で、その累計額が1日2,070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、朝食の費用及び厨房管理費の一部が軽減税率(8%)対象と
		なります。なお、管理共益費に含む厨房管理費についても軽減税率の判定対象費用
		となるため、その費用を考慮して判定いたしました。このため昼食、夕食は標準税率(10%)
		となります。詳細についてはリアンレーヴ流山サービス付高齢者向け住宅重要事項説明書
		別添5をご確認ください。
		・提供場所：各階食堂
		・提供時間：朝食：8:00～9:00、昼食：12:00～13:00
		夕食：17:30～18:30
		・キャンセル：ご入居者様は、3日前までに届け出ることにより、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
食事介助サービス	550円/回(税込)	・内容：食事の介助(要支援・要介護の方が対象となります。) ※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：株式会社 木下の介護)
		・内容：居室への配膳及び下膳 ※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：株式会社 木下の介護)
配下膳サービス	330円/回(税込)	・内容：居室への配膳及び下膳 ※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：株式会社 木下の介護)
		・内容：居室への配膳及び下膳 ※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：株式会社 木下の介護)
巡回サービス	昼間165円/回(税込) 夜間220円/回(税込)	・内容：昼間(9時～17時) 夜間(17時～9時)の間で巡回を行います。なお基本サービスで1日2回の状況把握は実施しますので、3回以上をご希望される方が対象となります。 ※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。 ※自立の方については、昼間330円/回(税込) 夜間440円/回(税込)となります。 (提供者：株式会社 木下の介護)
		・内容：昼間(9時～17時) 夜間(17時～9時)の間で巡回を行います。なお基本サービスで1日2回の状況把握は実施しますので、3回以上をご希望される方が対象となります。 ※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。 ※自立の方については、昼間330円/回(税込) 夜間440円/回(税込)となります。 (提供者：株式会社 木下の介護)
入浴見守りサービス	自立： 2,640円/回 要支援：1,320円/回(税込)	・内容：入浴時の見守り、安否確認(自立・要支援の方が対象となります。) ※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：株式会社 木下の介護)
		・内容：入浴時の見守り、安否確認(自立・要支援の方が対象となります。) ※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：株式会社 木下の介護)
入浴介助サービス	2,310円/回(税込)	・内容：入浴介助(要支援・要介護の方が対象となります。) ※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：株式会社 木下の介護)
		・内容：入浴介助(要支援・要介護の方が対象となります。) ※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：株式会社 木下の介護)
入浴介助サービス(特浴利用)	3,080円/回(税込)	・内容：入浴介助(要介護の方が対象となります。) ※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：株式会社 木下の介護)
		・内容：入浴介助(要介護の方が対象となります。) ※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：株式会社 木下の介護)
排泄介助サービス	550円/回(税込)	・内容：排泄介助(要支援・要介護の方が対象となります。) ※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：株式会社 木下の介護)
		・内容：排泄介助(要支援・要介護の方が対象となります。) ※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：株式会社 木下の介護)
付添サービス(協力医療機関)	1,650円/30分(税込)	・内容：協力医療機関への通院付添い ※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。 ※自立の方は、3,300円/30分(税込)となります。 (提供者：株式会社 木下の介護)
		・内容：協力医療機関への通院付添い ※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。 ※自立の方は、3,300円/30分(税込)となります。 (提供者：株式会社 木下の介護)
付添サービス(協力医療機関以外)	2,310円/30分(税込)	・内容：協力医療機関以外の病院への通院付添い(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。 ※自立の方は、4,620円/30分(税込)となります。 (提供者：株式会社 木下の介護)
		・内容：協力医療機関以外の病院への通院付添い(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。 ※自立の方は、4,620円/30分(税込)となります。 (提供者：株式会社 木下の介護)
買物代行サービス	2,200円/30分(税込)	・内容：買物の代行 ※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：株式会社 木下の介護)
		・内容：買物の代行 ※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：株式会社 木下の介護)

清掃サービス	1,870円/回 (税込)	・内容：居室内の整理、整頓、ゴミ捨て、窓拭き等。1回20分程度で可能な範囲で実施いたします。 ※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：株式会社 木下の介護)
リネン交換	1,870円/回 (税込)	・内容：シーツ等の交換作業 ※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：株式会社 木下の介護)
洗濯サービス	1,870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：株式会社 木下の介護)
寝具レンタル	1,620円/月 (税込)	・内容：布団・枕・ベッドパットのレンタル ※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：株式会社 木下の介護)
リネンレンタル	1,100円/月 (税込)	・内容：シーツ・布団カバー・枕カバーのレンタル ※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：株式会社 木下の介護)
ケアセット（タオルレンタル）	A：1,430円/月 B：1,980円/月 C：2,640円/月 (税込)	A：食事時のおしぼり3枚/日 B：入浴時のバスタオル2枚/週、フェイスタオル4枚/週、食事時のおしぼりタオル3枚/日 C：入浴時のバスタオル5枚/週、フェイスタオル10枚/週、食事時のおしぼりタオル4枚/日 ※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：株式会社 木下の介護)
健康診断	実費 (年2回)	・内容：健康診断の実施 ※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：健康診断実施業者へ委託。事前にご案内いたします。)

医療連携の内容

協力医療機関	1	名称	メドアグリクリニック のだ
		住所	千葉県野田市三ツ堀819
		診療科目	内科
		協力内容	定期往診、夜間緊急往診、緊急時対応のアドバイス、健康相談、看取り支援対応
協力歯科医療機関	1	名称	けやき歯科医院
		住所	千葉県我孫子市我孫子2-3-2 RSCパークビル2F
		協力内容	歯科治療、歯科相談、口腔ケア
協力歯科医療機関	2	名称	グレースデンタルクリニック千葉
		住所	千葉県流山市東深井236
		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。
支払方法	
	翌月27日（但し、休日等の場合は金融機関の翌営業日）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翌営業日）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	リアンレーヴ流山：受付・事務室					
電話番号	04-7156-5201					
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	なし					
サービスの提供により賠償すべき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	2025年10月16日				
	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は、原則9時～18時の間としております。外泊、夜間の外出・来訪等については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（各階）※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、1ヶ月の予告期間を置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	リアンレーヴ流山
	電話番号	04-7156-5201
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、事業者は、入居者等による、甲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 3、本条1項及び2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。 4、事業者は、入居者が正当な理由なく事業者を支払うべきサービス利用料を3ヶ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	
有	無（施設所有（管理）者・生産物賠償責任保険：あいおいニッセイ同和損保）

説明年月日

年 月 日

〔入居者氏名〕

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

東京都新宿区西新宿六丁目 5 番 1 号

所在地

新宿アイランドタワー 2 9 階

代表者名

代表取締役 佐久間 大介

説明者氏名

印

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。

署名

印