

リアンレーヴ世田谷

サービス付き高齢者向け住宅入居契約
特定施設入居者生活介護
重要事項説明書

株式会社木下の介護

サービス付き高齢者向け住宅入居契約・（介護予防）特定施設入居者生活介護利用契約 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及び特定施設入居者生活介護の利用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。

1. サービス付き高齢者向け住宅（（介護予防）特定施設入居者生活介護事業所）の概要

住宅の名称		フリガナ リアンレーヴセタガヤ リアンレーヴ世田谷						
住宅の所在地		〒 158-0098 東京都世田谷区上用賀一丁目26番20号						
住宅へのアクセス		最寄駅	東急田園都市線 用賀駅					
		交通手段と所要時間	東急田園都市線 用賀駅から 徒歩で12分					
住宅の連絡先		電話番号	03-3700-2314					
		FAX番号	03-3700-2318					
		ホームページアドレス	https://www.kinoshita-kaigo.co.jp/facility/service_housing/lien_reve_setagaya.html					
権原等	敷地	所有関係	<input type="checkbox"/> 所有権	□地上権	□賃借権	□使用貸借による権利		
		期間	2018年9月1日 から		2048年8月31日 まで			
		抵当権	<input checked="" type="checkbox"/> あり	□なし				
		自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> あり	□なし				
		敷地面積	m ²					
	住宅(建物)	所有関係	<input type="checkbox"/> 所有権	□地上権	□賃借権	□使用貸借による権利		
		期間	から		まで			
		抵当権	<input checked="" type="checkbox"/> あり	□なし				
		自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> あり	□なし				
		建築物用途区分	老人ホーム（サービス付高齢者住宅）	<input checked="" type="checkbox"/> 耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 耐火建築物	□準耐火建築物 □その他()		
	併設施設	延床面積	2,468.23 m ²		うち、サ付き分	2,468.23 m ²		
		所有関係	<input type="checkbox"/> 所有権	□地上権	□賃借権	□使用貸借による権利		
		期間	年 月 日	から	年 月 日	まで		
		抵当権	<input type="checkbox"/> あり	□なし				
		自動更新	<input type="checkbox"/> あり	□なし				
施設名称			提供されるサービスの種類		事業所の場所			
					<input type="checkbox"/> 同一建物内	<input type="checkbox"/> 同一敷地内	<input type="checkbox"/> 隣接する土地	
					<input type="checkbox"/> 同一建物内	<input type="checkbox"/> 同一敷地内	<input type="checkbox"/> 隣接する土地	
					<input type="checkbox"/> 同一建物内	<input type="checkbox"/> 同一敷地内	<input type="checkbox"/> 隣接する土地	
					<input type="checkbox"/> 同一建物内	<input type="checkbox"/> 同一敷地内	<input type="checkbox"/> 隣接する土地	
介護保険事業所番号（特定施設）	1371216670							
指定した自治体名	東京都							
指定年月日（初回）	2022年 6月 1日							
指定有効期限	2028年 5月 31日							
入居時の要件	<input checked="" type="checkbox"/> 介護専用型(要介護のみ)		<input type="checkbox"/> 混合型(自立除く)		<input type="checkbox"/> 混合型(自立含む)			
介護保険の利用	<input checked="" type="checkbox"/> （介護予防）特定施設入居者生活介護(一般型)			<input type="checkbox"/> （介護予防）特定施設入居者生活介護(外部サービス利用型)				
住宅の管理者名（役職名）	氏名	鈴木 涼介		役職名	施設長			
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		<input type="checkbox"/> 認可を受けていない					
入居開始時期(住宅の開設年月日)	2018年10月1日							

2. 事業主体

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					
	F A X番号	03-5908-2382					
	ホームページアドレス	https://www.kinoshita-kaigo.co.jp/					
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			
事業主体の役員	別添1 「役員名簿」のとおり						
設立年月日	1995年10月26日						
事業主体が行っている主な事業等	別添2 「事業主体が東京都内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」のとおり						

3. 入居契約及び（介護予防）特定施設入居者生活介護利用契約の概要

契約居室	階層・部屋番号等	面積	m ²	定員	名
入居契約の別（入居契約が賃貸借契約でない場合には、その旨）	<input type="checkbox"/> 普通賃貸借契約	<input type="checkbox"/> 定期賃貸借契約	<input type="checkbox"/> 終身建物賃貸借契約	<input type="checkbox"/> 利用権契約	
入居者の資格	<input checked="" type="checkbox"/>	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。)			
入居契約及び（介護予防）特定施設入居者生活介護利用契約の内容	入居契約書及び特定施設入居者生活介護利用契約書のとおり				
契約期間等	入居契約	契約期間	終身利用契約であるため期間の設定なし		
		更新	—		
	（介護予防）特定施設入居者生活介護利用契約	契約期間	年 月 日 から	年 月 日 まで	
		更新	自動更新		

契約解除の内容

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できます。

- ・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

（上記内容は概要であるため、詳細は入居契約書32条「事業者からの契約解除」を参照下さい）

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	か月

利用者からの解約・予告期間・連絡先

入居契約書 第33条（乙（入居者）からの解約または契約解除） 入居者は、事業者に対して、少なくとも30日前に解約の申し入れを行なうことにより、本契約を解約することができます。解約の申し入れは事業者の定める届出書を事業者に提出するものとします。 2 入居者が前項の解約届を提出しないで居室を退去した場合には、事業者が入居者の退去の事実を知った日の翌日から起算して30日目をもって、本契約は解約されたものと推定します。 3 入居者は、事業者又はその役員が次の各号のいずれかに該当した場合には、前2項の規定に関わらず、催告することなく、本契約を解除することができます。 一 第50条（反社会的勢力の排除）の各号の確約に反する事実が判明したとき 二 本契約締結後に自ら又は役員が反社会的勢力に該当したとき	名称	リアンレーヴ世田谷
契約解約時の連絡先	電話番号	03-3700-2313

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

戸数／定員数	62 戸（登録申請対象戸数）／62 人			
居住部分の規模	(最小)	18.00 m ²		詳細については下記「設備の詳細」を参照
	(最大)	18.75 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	階数	3階 うち、サ付き分 1階～3階
竣工の年月日	2018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			

設備の詳細

部屋種別	階	定員	面積	戸数	浴室の有無	台所の有無	収納の有無	備考										
								□有	□無									
介護居室	タイプ1	1階	1名	18.00 m ²	9	□有	□無	□有	□無									
	タイプ2	1階	1名	18.75 m ²	1	□有	□無	□有	□無									
	タイプ3	2階	1名	18.00 m ²	24	□有	□無	□有	□無									
	タイプ4	2階	1名	18.39 m ²	1	□有	□無	□有	□無									
	タイプ5	2階	1名	18.75 m ²	1	□有	□無	□有	□無									
	タイプ6	3階	1名	18.00 m ²	24	□有	□無	□有	□無									
	タイプ7	3階	1名	18.39 m ²	1	□有	□無	□有	□無									
	タイプ8	3階	1名	18.75 m ²	1	□有	□無	□有	□無									
	タイプ9					□有	□無	□有	□無									
	タイプ10					□有	□無	□有	□無									
一時介護室	階	定員	面積	戸数	備考													
便所	共同便所	6か所	うち男女別	階（ か所）														
			うち、男女共用	各階（ 6か所（車いす等対応可能））														
浴室	居室	<input type="checkbox"/> 全部	<input type="checkbox"/> 一部	<input checked="" type="checkbox"/> なし														
	個浴	4か所	場所	2階（ 2か所）、3階（ 2か所）	面積	2階5.01m ² ／5.14m ² 3階5.01m ² ／5.14m ²												
							<input checked="" type="checkbox"/> なし											
	大浴槽	1か所	場所	1 階	面積	16.70 m ²												
							<input checked="" type="checkbox"/> なし											
	共同浴室	共同浴室における介護浴槽	場所	1 階	面積	20.13 m ²												
				<input type="checkbox"/> 1 チェア－浴														
				<input type="checkbox"/> 2 リフト浴														
				<input type="checkbox"/> 3 ストレッチャー浴														
				<input type="checkbox"/> 4 その他（ ）														
	併設施設との共用の有無				<input checked="" type="checkbox"/> あり（ ）		<input checked="" type="checkbox"/> なし											
食堂	場所	各階（1階2か所、2階1か所、3階1か所）			面積	256.61 m ²	1階107.89m ² 2・3階各74.36m ²											
	兼用	<input checked="" type="checkbox"/> あり		□なし	兼用設備	機能訓練室												
	併設施設との共用	<input checked="" type="checkbox"/> あり（ ）			<input checked="" type="checkbox"/> なし													
入居者や家族が利用できる調理設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり				□なし													
	場所	各階			面積	256.61 m ²												
	兼用	<input checked="" type="checkbox"/> あり		□なし	兼用設備	食堂												
機能訓練室	併設施設との共用	<input checked="" type="checkbox"/> あり（ ）			<input checked="" type="checkbox"/> なし													

その他の共用設備	健康管理室、応接・相談室、理美容室、談話コーナー、カフェコーナー、コンロコーナー								
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし								
	台数	2基	定員	各15名	ストレッチャー	2基とも対応可能			
緊急呼出装置	居室		<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	脱衣室	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
	便所		<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	浴室	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
消防設備	自動火災報知設備		<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	火災通報装置	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
	スプリンクラー		<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
非常災害対策	消防計画		消防署への届出日（消防署名）		2018年10月23日	（玉川消防署）			
	防火管理者	鈴木 涼介							
	避難訓練	消防署の指導のもと、年2回実施（うち1回は夜間想定）							

5. 従業者の勤務体制

従業者の人数									
職種	実人数		常勤		非常勤		合計	常勤換算	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	専従	非専従			
管理者									
生活相談員									
看護職員（直接雇用）									
看護職員（派遣）									
介護職員（直接雇用）									
介護職員（派遣）									
機能訓練指導員									
計画作成担当者									
栄養士									給食業者に委託
調理員									給食業者に委託
事務員									
その他従業員									
1週間のうち、常勤職員が勤務すべき時間	40 時間								

介護職員の資格									
職種	実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算	備考	
		専従	非専従	専従	非専従				
社会福祉士									
介護福祉士									
実務者研修の修了者									
介護職員初任者研修の修了者									
介護支援専門員									
たん吸引等研修（不特定）									
認知症介護基礎研修									
資格なし									

機能訓練指導員の資格									
職種	実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算	備考	
		専従	非専従	専従	非専従				
看護師又は准看護師									
理学療法士									
作業療法士									
言語聴覚士									
柔道整復師									
あん摩マッサージ指圧師									
はり師又はきゅう師									

管理者の資格									
夜勤・宿直体制		時間帯		平均人数		最少時人数		備考	
				看護職員	介護職員	看護職員	介護職員		
		夜勤	20:30 ~ 7:00	1人	1人	1人	1人		
		宿直		人	人	人	人		

看護職員及び介護職員 1人当たり（常勤換算）の利用者数										
(介護予防) 特定施設入居者生活介護の提供体制										
(介護予防) 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（外部サービス利用型特定施設の場合、記入不要）	契約上の職員配置比率（※） 【表示事項】 ※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					<input type="checkbox"/> 1. 5 : 1 以上 <input type="checkbox"/> 2 : 1 以上 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 5 : 1 以上 <input type="checkbox"/> 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)					:				
外部サービス利用型特定施設である場合の介護サービス提供体制（一般型（包括型）特定施設の場合、記入不要）	サービス付き高齢者向け住宅の職員数									
	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（冒頭に記した記入日現在）										
管理者	他の職種との兼務			<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	兼務する職種				
	業務に係る資格等			<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	資格等の名称		ヘルパー1級		
前年度1年間の採用者数 前年度1年間の退職者数 業務に応じて従事した事職した員たの経験年数 従業者の健康診断の実施状況	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
	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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし								

6. サービスの内容

サービス提供の方針、サービスの提供内容に関する特色		
<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> <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>		

介護保険対象サービスの種類・提供方法等		
サービスの種類	提供方法	提供者
状況把握	施設職員は、昼間（9時～17時）3時間に1回の居室訪問による状況把握（安否確認）を実施致します。 施設職員は、夜間（17時～9時）3時間に1回の居室訪問による状況把握（安否確認）を実施致します。	自ら実施
生活相談	施設職員は、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いたします。	自ら実施
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施設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階事務所、2・3階ヘルパー室及びスタッフ携帯のPHS等で入居者からのコードを受信し、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。	自ら実施
食事介助	施設職員は食堂にて必要時適宜食事介助を行います。	自ら実施
排泄介助	施設職員は排泄介助を必要時適宜行います。	自ら実施
入浴介助	体調不良等で入浴が困難な場合は、清拭にて対応いたします。 身体状況により見守り、一般浴又は機械浴での介助を行います。入浴回数は週2回を基本としております。 サービス提供は施設職員が行います。	自ら実施
身辺介助	施設職員は体位交換、居室からの移動、衣類の着脱について必要時適宜行います。	自ら実施
機能訓練	施設職員は集団体操等の機能訓練を行います。	自ら実施
通院介助	施設職員は協力医療機関への通院介助を行います。	自ら実施

家事（清掃・洗濯）	施設職員は居室清掃を週1回、洗濯を週2回行います。クリーニングが必要な衣類については実費負担となります。	自ら実施
リネン交換	施設職員は週1回リネン交換を行います。	自ら実施
ゴミ回収	施設職員は居室で出たゴミを回収いたします。ただし、粗大ごみ等は実費負担となります。	自ら実施
居室配膳下膳	施設職員は体調不良で食堂での食事が困難な場合に対応いたします。	自ら実施
買物代行	Web注文について対応いたします。	自ら実施
健康管理	施設職員は、服薬の管理及び必要時適宜バイタルチェックを行います。	自ら実施
その他サービス	郵便物、宅配便の受け取り等について対応いたします。 クリーニング等の取次ぎを対応いたします。 レクリエーションを実施いたします。	自ら実施
備考	別添3介護サービス等の一覧表にも記載されておりますので、併せてご確認をお願い致します。	

住宅で対応できる医療的ケアの内容

医療的ケアの内容は基本的に当施設の看護職員の勤務帯で対応可能な範囲となります。ご入居者が必要な医療的ケア内容と頻度によりご相談となります。また、入居後に医療的ケアが必要になり、当施設の看護業務の範囲を超える場合は別途ご相談させていただきます。

介護給付費算定に係る体制等（加算等）の種類

個別機能訓練加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> （I） <input type="checkbox"/> （II））	<input type="checkbox"/> なし
夜間看護体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> （I） <input type="checkbox"/> （II））	<input 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
看取り介護加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
入居継続支援加算	<input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> （I） <input type="checkbox"/> （II））	<input checked="" type="checkbox"/> なし
テクノロジーの導入（入居継続支援加算関係）	<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 type="checkbox"/> （I） <input type="checkbox"/> （II））	<input checked="" 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
ADL維持等加算	<input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> （I） <input type="checkbox"/> （II））	<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
口腔・栄養スクリーニング加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
退院・退所時連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
過去時情報提供加算	<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 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） <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 type="checkbox"/> （II））	<input type="checkbox"/> なし
短期利用（介護予防）特定施設入居者生活介護の算定	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし

介護保険対象外サービス等

人員配置が手厚い介護サービスの実施	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	介護に関わる職員体制 (介護・看護職員の配置率)	2.5 : 1
食事の提供サービス	<ul style="list-style-type: none"> ・朝、昼、夜 希望者に提供します。 ・朝食は7時30分～8時30分まで、昼食は12時～13時まで、夕食は17時30分～18時30分までを原則とします。 ・食事は、住宅内の厨房にて専属の調理員により調理いたします。 ・キャンセル、変更等は提供される日の3日前までにお知らせ下さい。欠食分の食費は、各食事に応じ下記金額を返還いたします。 朝食：289円 昼食：402円 夕食：519円 提供される日の2日前以降のキャンセルについては、食費の返還はございませんのでお気をつけ下さい。 		
その他利用者の個別的な選択によるサービス提供	別添3の介護サービス等一覧表をご確認ください。		

<p>医療機関との連携・協力 (ご入居者は、連携・協力先医療機関等以外の医療サービスも、自由に選択することができます。)</p>							
医療支援 ※複数選択可			<input checked="" type="checkbox"/> ① 救急車の手配 <input type="checkbox"/> ② 入退院の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> ③ 通院介助 <input type="checkbox"/> ④ その他 ()				
			医療機関 1 協力医療機関			名称 キノメディッククリニック登戸	
						所在地 神奈川県川崎市多摩区中野島4-4-33 住宅からの距離：約6.8 ^{km}	
						診療科目 内科、外科	
医療機関 2						協力内容 往診、健康相談、病状が急変した場合等において医師又は看護職員が相談対応を行う体制や当施設からの診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保している。	
			名称 アグリホームクリニックせたがや				
			所在地 東京都世田谷区瀬田5-3-7 住宅からの距離：約1.2 ^{km}				
			診療科目 内科、外科、循環器内科、消化器内科、精神科				
協力歯科医療機関 1 協力歯科医療機関 2			協力内容 訪問診療・往診、健康相談、病状が急変した場合等において医師又は看護職員が相談対応を行う体制や当施設からの診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保している。				
			名称 医療法人社団 藤栄会 日航ビル歯科室				
			所在地 神奈川県川崎市川崎区日進町1 川崎日航ホテルビル6F 住宅からの距離：約12.8 ^{km}				
			診療科目 歯科				
協力内容 訪問歯科診療・口腔ケア・緊急時の対応							
名称 山口歯科							
所在地 東京都杉並区下井草2-40-10稻本会館2F							
診療科目 歯科							
協力内容 訪問診療、往診、口腔ケア、緊急時対応のアドバイス、歯科相談							

7. 料金の請求及び支払方法							
支払方式		□月払い方式		□全額前払い方式		□一部前払い方式	
		※選択方式の場合： (該当する方式全て選択)		□月払い方式		□全額前払い方式	
料金構造	前払金			□あり	□なし	※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。	
	金額	2,400,000 円	期間	5年／終身			
	算定方法	月額単価（40,000円）×想定居住期間（60か月）により算出					
	(説明)	月額単価の内容	家賃・共益費 サービス提供の対価	家賃の一部に充当します。			
		想定居住期間の算出根拠		当社既存ホームの実績等を元に第三者機関である公益社団法人全国有料老人ホーム協会のデータにより算定し、60ヶ月と設定しております。			
	支払日	入居する日の前日まで	支払方法	当社指定の金融機関口座へ一括して振込			
	償却開始日	年 月 日 (入居契約書に定める償却開始日を記入)					
	契約終了時の返還金	円	算定方法	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。			
	短期解約(死亡退去含む)の返還金の算定方式	金額	円	期間	3か月	起算日	入居した日
		算定方法		返還金 = (前払金) - (1ヶ月分の家賃償却額) ÷ 30 × (入居日から起算して契約解除等された日までの日数)			
返還期限	居室明け渡し後3ヶ月以内に無利息で返金いたします。						
前払金の保全先	<input type="checkbox"/>	連帯保証を行う銀行等の名称					
	<input checked="" type="checkbox"/>	信託契約を行う信託会社等の名称		りそな銀行			
	<input type="checkbox"/>	保証保険を行う保険会社の名称					
	全国有料老人ホーム協会						
	<input type="checkbox"/> その他 (名称：)						

敷金		算定根拠																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
金額	一 円	家賃の か月分	※退去時に滞納家賃及び居室の原状回復費用を除き全額返還する。																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
月額費用		算定根拠																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
家賃	148,000円	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設定しています。（施設利用費）																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
共益費	80,200 円	水道光熱費、整備費、修繕費、施設運営に必要な本社の管理部門費用及び居室の光熱水費等（管理共益費）																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
介護費用 (介護保険)	1ヶ月	30 日の場合						※地域単価 10.9 円																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
								※給付率 90 %																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
			(1割負担の場合)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
料 金 構 造			<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>基本単位</th> <th>加算</th> <th>処遇改善加算</th> <th>総単位数</th> <th>月額費用（円）</th> <th>保険請求額（円）</th> <th>自己負担額（円）</th> </tr> <tr> <th>a</th> <th>b ※処遇改善加算以外</th> <th>c=(a+b) × 加算率 小数点以下四捨五入</th> <th>d=a+b+c</th> <th>e=d × 地域単価 小数点以下四捨五入</th> <th>f=e × 給付率 小数点以下四捨五入</th> <th>g=e-f</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要支援 1</td><td>5,490</td><td>510</td><td>732</td><td>6,732</td><td>73,378</td><td>66,040</td><td>7,338</td></tr> <tr> <td>要支援 2</td><td>9,390</td><td>510</td><td>1,208</td><td>11,108</td><td>121,077</td><td>108,969</td><td>12,108</td></tr> <tr> <td>要介護 1</td><td>16,260</td><td>1,050</td><td>2,112</td><td>19,422</td><td>211,699</td><td>190,529</td><td>21,170</td></tr> <tr> <td>要介護 2</td><td>18,270</td><td>1,050</td><td>2,357</td><td>21,677</td><td>236,279</td><td>212,651</td><td>23,628</td></tr> <tr> <td>要介護 3</td><td>20,370</td><td>1,050</td><td>2,613</td><td>24,033</td><td>261,959</td><td>235,763</td><td>26,196</td></tr> <tr> <td>要介護 4</td><td>22,320</td><td>1,050</td><td>2,851</td><td>26,221</td><td>285,808</td><td>257,227</td><td>28,581</td></tr> <tr> <td>要介護 5</td><td>24,390</td><td>1,050</td><td>3,104</td><td>28,544</td><td>311,129</td><td>280,016</td><td>31,113</td></tr> <tr> <td colspan="2">個別機能訓練加算</td><td colspan="7"><input type="checkbox"/>あり（ <input type="checkbox"/>(I)" checked="" checked="" value="1"/> <input type="checkbox"/>(II)" checked="" checked="" value="2"/> ） <input type="checkbox"/>なし</td></tr> <tr> <td colspan="2">※加算 I …12単位/日、 加算 II …20単位/日</td><td colspan="7"></td></tr> <tr> <td colspan="2">夜間看護体制加算（18単位/日）</td><td colspan="7"><input type="checkbox"/>あり（ <input type="checkbox"/>(I)" checked="" checked="" value="1"/> <input type="checkbox"/>(II)" checked="" checked="" value="2"/> ） <input type="checkbox"/>なし</td></tr> <tr> <td colspan="2">※要介護者のみ</td><td colspan="7"></td></tr> <tr> <td colspan="2">協力医療機関連携加算（100単位/月）</td><td colspan="7"><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</td></tr> <tr> <td colspan="2">※対象者のみ</td><td colspan="7"></td></tr> <tr> <td colspan="2">看取り介護加算（72～1,780単位/日）</td><td colspan="7"><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</td></tr> <tr> <td colspan="2">※対象者のみ</td><td colspan="7"></td></tr> <tr> <td colspan="2">入居継続支援加算</td><td colspan="7"><input type="checkbox"/>あり（ <input type="checkbox"/>(I)" checked="" checked="" value="1"/> <input type="checkbox"/>(II)" checked="" checked="" value="2"/> ） <input type="checkbox"/>なし</td></tr> <tr> <td colspan="2">※加算 I …36単位/日、 加算 II …22単位/日</td><td colspan="7"></td></tr> <tr> <td colspan="2">生活機能向上連携加算</td><td colspan="7"><input type="checkbox"/>あり（ <input type="checkbox"/>(I)" checked="" checked="" value="1"/> <input type="checkbox"/>(II)" checked="" checked="" value="2"/> ） <input type="checkbox"/>なし</td></tr> <tr> <td colspan="2">※加算 I …100単位/日、 加算 II …200単位/日</td><td colspan="7"></td></tr> <tr> <td colspan="2">若年性認知症入居者受入加算（120単位/日）</td><td colspan="7"><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</td></tr> <tr> <td colspan="2">※対象者のみ</td><td colspan="7"></td></tr> <tr> <td colspan="2">ADL維持等加算</td><td colspan="7"><input type="checkbox"/>あり（ <input type="checkbox"/>(I)" checked="" checked="" value="1"/> <input type="checkbox"/>(II)" checked="" checked="" value="2"/> ） <input type="checkbox"/>なし</td></tr> <tr> <td colspan="2">※加算 I …30単位/日、 加算 II …60単位/日</td><td colspan="7"></td></tr> <tr> <td colspan="2">科学的介護推進体制加算（40単位/月）</td><td colspan="7"><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</td></tr> <tr> <td colspan="2">※対象者のみ</td><td colspan="7"></td></tr> <tr> <td colspan="2">口腔・栄養スクリーニング加算（1）（20単位/回）</td><td colspan="7"><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</td></tr> <tr> <td colspan="2">※対象者のみ</td><td colspan="7"></td></tr> <tr> <td colspan="2">退院・退所時連携加算（30単位/日）</td><td colspan="7"><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</td></tr> <tr> <td colspan="2">※要介護者のみ、対象者のみ</td><td colspan="7"></td></tr> <tr> <td colspan="2">退去時情報提供加算</td><td colspan="7"><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</td></tr> <tr> <td colspan="2">※要介護者のみ、対象者のみ</td><td colspan="7"></td></tr> <tr> <td colspan="2">認知症専門ケア加算</td><td colspan="7"><input type="checkbox"/>あり（ <input type="checkbox"/>(I)" checked="" checked="" value="1"/> <input type="checkbox"/>(II)" checked="" checked="" value="2"/> ） <input type="checkbox"/>なし</td></tr> <tr> <td colspan="2">※加算 I …3単位/日、 加算 II …4単位/日</td><td colspan="7"></td></tr> <tr> <td colspan="2">生産性向上推進体制加算</td><td colspan="7"><input type="checkbox"/>あり（ <input type="checkbox"/>(I)" checked="" checked="" value="1"/> <input type="checkbox"/>(II)" checked="" checked="" value="2"/> ） <input type="checkbox"/>なし</td></tr> <tr> <td colspan="2">※加算 I …22単位/日、 加算 II …18単位/日、 加算 III …6単位/日</td><td colspan="7"></td></tr> <tr> <td colspan="2">サービス提供体制強化加算</td><td colspan="7"><input type="checkbox"/>あり（ <input type="checkbox"/>(I)" checked="" checked="" value="1"/> <input type="checkbox"/>(II)" checked="" checked="" value="2"/> <input type="checkbox"/>(III)" checked="" checked="" value="3"/> ） <input type="checkbox">なし</input></td></tr> <tr> <td colspan="2">※加算 I …22単位/日、 加算 II …18単位/日、 加算 III …6単位/日</td><td colspan="7"></td></tr> <tr> <td colspan="2">介護職員等処遇改善加算</td><td colspan="7"><input type="checkbox"/>あり（ <input type="checkbox"/>(I)" checked="" checked="" value="1"/> <input type="checkbox"/>(II)" checked="" checked="" value="2"/> ） <input type="checkbox"/>なし</td></tr> <tr> <td colspan="2">※加算 I …12.8%、 加算 II …12.2%</td><td colspan="7" rowspan="3"></td></tr> <tr> <td colspan="9">※上記の自己負担額は標準的な加算を算定した場合を想定しています。算定する加算によって、自己負担額が変動します。</td></tr> <tr> <td colspan="9">※ 1か月に支払った利用者負担の合計が、負担の上限を超えたときは、超えた分が払い戻される制度があります（高額介護サービス費）。</td></tr> <tr> <td colspan="2">短期利用</td><td>1日当たり</td><td>11,166円</td><td>利用料の 算出方法</td><td colspan="4">家賃、共益費、食費、人員配置が手厚い場合の介護サービス費用をそれぞれ30日で割った金額を合計して算出。 ※介護保険自己負担額を除く。</td></tr> </tbody> </table>		基本単位	加算	処遇改善加算	総単位数	月額費用（円）	保険請求額（円）	自己負担額（円）	a	b ※処遇改善加算以外	c=(a+b) × 加算率 小数点以下四捨五入	d=a+b+c	e=d × 地域単価 小数点以下四捨五入	f=e × 給付率 小数点以下四捨五入	g=e-f	要支援 1	5,490	510	732	6,732	73,378	66,040	7,338	要支援 2	9,390	510	1,208	11,108	121,077	108,969	12,108	要介護 1	16,260	1,050	2,112	19,422	211,699	190,529	21,170	要介護 2	18,270	1,050	2,357	21,677	236,279	212,651	23,628	要介護 3	20,370	1,050	2,613	24,033	261,959	235,763	26,196	要介護 4	22,320	1,050	2,851	26,221	285,808	257,227	28,581	要介護 5	24,390	1,050	3,104	28,544	311,129	280,016	31,113	個別機能訓練加算		<input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> (I)" checked="" checked="" value="1"/> <input type="checkbox"/> (II)" checked="" checked="" value="2"/> ） <input type="checkbox"/> なし							※加算 I …12単位/日、 加算 II …20単位/日									夜間看護体制加算（18単位/日）		<input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> (I)" checked="" checked="" value="1"/> <input type="checkbox"/> (II)" checked="" checked="" value="2"/> ） <input type="checkbox"/> なし							※要介護者のみ									協力医療機関連携加算（100単位/月）		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし							※対象者のみ									看取り介護加算（72～1,780単位/日）		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし							※対象者のみ									入居継続支援加算		<input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> (I)" checked="" checked="" value="1"/> <input type="checkbox"/> (II)" checked="" checked="" value="2"/> ） <input type="checkbox"/> なし							※加算 I …36単位/日、 加算 II …22単位/日									生活機能向上連携加算		<input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> (I)" checked="" checked="" value="1"/> <input type="checkbox"/> (II)" checked="" checked="" value="2"/> ） <input type="checkbox"/> なし							※加算 I …100単位/日、 加算 II …200単位/日									若年性認知症入居者受入加算（120単位/日）		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし							※対象者のみ									ADL維持等加算		<input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> (I)" checked="" checked="" value="1"/> <input type="checkbox"/> (II)" checked="" checked="" value="2"/> ） <input type="checkbox"/> なし							※加算 I …30単位/日、 加算 II …60単位/日									科学的介護推進体制加算（40単位/月）		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし							※対象者のみ									口腔・栄養スクリーニング加算（1）（20単位/回）		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし							※対象者のみ									退院・退所時連携加算（30単位/日）		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし							※要介護者のみ、対象者のみ									退去時情報提供加算		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし							※要介護者のみ、対象者のみ									認知症専門ケア加算		<input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> (I)" checked="" checked="" value="1"/> <input type="checkbox"/> (II)" checked="" checked="" value="2"/> ） <input type="checkbox"/> なし							※加算 I …3単位/日、 加算 II …4単位/日									生産性向上推進体制加算		<input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> (I)" checked="" checked="" value="1"/> <input type="checkbox"/> (II)" checked="" checked="" value="2"/> ） <input type="checkbox"/> なし							※加算 I …22単位/日、 加算 II …18単位/日、 加算 III …6単位/日									サービス提供体制強化加算		<input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> (I)" checked="" checked="" value="1"/> <input type="checkbox"/> (II)" checked="" checked="" value="2"/> <input type="checkbox"/> (III)" checked="" checked="" value="3"/> ） <input type="checkbox">なし</input>							※加算 I …22単位/日、 加算 II …18単位/日、 加算 III …6単位/日									介護職員等処遇改善加算		<input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> (I)" checked="" checked="" value="1"/> <input type="checkbox"/> (II)" checked="" checked="" value="2"/> ） <input type="checkbox"/> なし							※加算 I …12.8%、 加算 II …12.2%									※上記の自己負担額は標準的な加算を算定した場合を想定しています。算定する加算によって、自己負担額が変動します。									※ 1か月に支払った利用者負担の合計が、負担の上限を超えたときは、超えた分が払い戻される制度があります（高額介護サービス費）。									短期利用		1日当たり	11,166円	利用料の 算出方法	家賃、共益費、食費、人員配置が手厚い場合の介護サービス費用をそれぞれ30日で割った金額を合計して算出。 ※介護保険自己負担額を除く。			
	基本単位	加算	処遇改善加算	総単位数	月額費用（円）	保険請求額（円）	自己負担額（円）																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
a	b ※処遇改善加算以外	c=(a+b) × 加算率 小数点以下四捨五入	d=a+b+c	e=d × 地域単価 小数点以下四捨五入	f=e × 給付率 小数点以下四捨五入	g=e-f																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
要支援 1	5,490	510	732	6,732	73,378	66,040	7,338																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
要支援 2	9,390	510	1,208	11,108	121,077	108,969	12,108																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
要介護 1	16,260	1,050	2,112	19,422	211,699	190,529	21,170																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
要介護 2	18,270	1,050	2,357	21,677	236,279	212,651	23,628																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
要介護 3	20,370	1,050	2,613	24,033	261,959	235,763	26,196																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
要介護 4	22,320	1,050	2,851	26,221	285,808	257,227	28,581																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
要介護 5	24,390	1,050	3,104	28,544	311,129	280,016	31,113																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
個別機能訓練加算		<input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> (I)" checked="" checked="" value="1"/> <input type="checkbox"/> (II)" checked="" checked="" value="2"/> ） <input type="checkbox"/> なし																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
※加算 I …12単位/日、 加算 II …20単位/日																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
夜間看護体制加算（18単位/日）		<input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> (I)" checked="" checked="" value="1"/> <input type="checkbox"/> (II)" checked="" checked="" value="2"/> ） <input type="checkbox"/> なし																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
※要介護者のみ																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
協力医療機関連携加算（100単位/月）		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
※対象者のみ																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
看取り介護加算（72～1,780単位/日）		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
※対象者のみ																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
入居継続支援加算		<input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> (I)" checked="" checked="" value="1"/> <input type="checkbox"/> (II)" checked="" checked="" value="2"/> ） <input type="checkbox"/> なし																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
※加算 I …36単位/日、 加算 II …22単位/日																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
生活機能向上連携加算		<input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> (I)" checked="" checked="" value="1"/> <input type="checkbox"/> (II)" checked="" checked="" value="2"/> ） <input type="checkbox"/> なし																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
※加算 I …100単位/日、 加算 II …200単位/日																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
若年性認知症入居者受入加算（120単位/日）		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
※対象者のみ																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
ADL維持等加算		<input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> (I)" checked="" checked="" value="1"/> <input type="checkbox"/> (II)" checked="" checked="" value="2"/> ） <input type="checkbox"/> なし																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
※加算 I …30単位/日、 加算 II …60単位/日																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
科学的介護推進体制加算（40単位/月）		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
※対象者のみ																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
口腔・栄養スクリーニング加算（1）（20単位/回）		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
※対象者のみ																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
退院・退所時連携加算（30単位/日）		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
※要介護者のみ、対象者のみ																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
退去時情報提供加算		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
※要介護者のみ、対象者のみ																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
認知症専門ケア加算		<input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> (I)" checked="" checked="" value="1"/> <input type="checkbox"/> (II)" checked="" checked="" value="2"/> ） <input type="checkbox"/> なし																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
※加算 I …3単位/日、 加算 II …4単位/日																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
生産性向上推進体制加算		<input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> (I)" checked="" checked="" value="1"/> <input type="checkbox"/> (II)" checked="" checked="" value="2"/> ） <input type="checkbox"/> なし																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
※加算 I …22単位/日、 加算 II …18単位/日、 加算 III …6単位/日																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
サービス提供体制強化加算		<input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> (I)" checked="" checked="" value="1"/> <input type="checkbox"/> (II)" checked="" checked="" value="2"/> <input type="checkbox"/> (III)" checked="" checked="" value="3"/> ） <input type="checkbox">なし</input>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
※加算 I …22単位/日、 加算 II …18単位/日、 加算 III …6単位/日																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
介護職員等処遇改善加算		<input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> (I)" checked="" checked="" value="1"/> <input type="checkbox"/> (II)" checked="" checked="" value="2"/> ） <input type="checkbox"/> なし																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
※加算 I …12.8%、 加算 II …12.2%																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
※上記の自己負担額は標準的な加算を算定した場合を想定しています。算定する加算によって、自己負担額が変動します。																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
※ 1か月に支払った利用者負担の合計が、負担の上限を超えたときは、超えた分が払い戻される制度があります（高額介護サービス費）。																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
短期利用		1日当たり	11,166円	利用料の 算出方法	家賃、共益費、食費、人員配置が手厚い場合の介護サービス費用をそれぞれ30日で割った金額を合計して算出。 ※介護保険自己負担額を除く。																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																

			<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
(介護保険外) 人員配置が手 厚い場合の介 護サービス費 用	33,000円		算定根拠：法令上配置義務付ている入居者3名に対して直接処遇職員（看護・介護職員）1名の人員配置に対して入居者2.5名に対して直接処遇職員1名を配置している。完全不在日は徴収しない。 1日1,100円×30日=33,000円／人（31日の場合は34,100円）
(介護保険外) 利用者の個別的 な選択による介 護サービス費用	利用実績に基づく金額をお支払いいただきます。		・料金単価等は別添3「介護サービス等の一覧表」のとおり
食費	36,300円	朝食：289円　昼食：402円　夕食：519円 1日当たり　食費1,210円　×30日で積算 (食事をキャンセルする場合の取扱いについて) 3日前までに届出ことにより、食事のキャンセルが可能です。欠食分の食費は、各食事に応じて返還いたします。 (消費税軽減税率について) ・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、朝食の費用が軽減税率（8%）の対象となります。 なお、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す。このため昼食、夕食は標準税率（10%）となります。詳細は、別添4「軽減税率の適用判定について」をご確認ください。	
厨房管理費	37,500円 (30日の場合)	厨房管理費は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、歴月で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。	
光熱水費	(共益費に含む) 円	共用部分の維持管理に必要な光熱費、上下水道使用料及び各居室の光熱水費とする。なお、各居室の光熱水費は概算額とし、建物全体にかかる光熱水費から事務所、共同利用設備で使用する光熱水費を除いた額を住戸数で除した額とする。	
その他	円	別添3 介護サービス等の一覧表のとおり	
合計	円		
支払日・支 払方法		家賃（施設利用費）及び共益費（管理共益費）の支払いについては、原則として次月分を当月27日（但し、休日の場合は翌営業日）に、弊社が指定する金融機関からの自動引き落としといたします。その他の費用は、原則として当月分を次月27日（但し、休日の場合は翌営業日）に、弊社が指定する金融機関からの自動引き落としといたします。入居者が使用する日常小口現金については、施設が認める範囲で施設にて立替を行い、月額諸費用と共に請求するものとします。	

入院等による不在時における利用料金（月払い）の取扱い

- ・医師が入居者について入院が必要であると判断した場合は入居者及び身元引受人の意思を確認します。
- ・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）、厨房管理費を通常通りお支払頂きます。厨房管理費は歴月で1月食事の提供がなかった場合は、当該月の請求はいたしません。
- ・前払金の償却は通常通り、当該月の居室の家賃（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。

料金改定の条件及び手続き

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。

料金プラン（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	要介護3	要介護3
	自己負担割合	1割	1割
	年齢	85 歳	85 歳
居室の状況	床面積	18.00 m ²	18.00 m ²
	浴室	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	台所	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	収納	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
入居時点で必要な 費用	前払金	0 円	2,400,000 円
	敷金	一 円	一 円

月額費用の合計		357,204 円	317,204 円
家賃		148,000 円	108,000 円
共益費		80,200 円	80,200 円
厨房管理費		37,500 円	37,500 円
サービス費用 ※3 介護保険外	特定施設入居者生活介護の費用 (※1)	22,204 円	22,204 円
	上乗せ介護費用 (※2)	33,000 円	33,000 円
	介護費用 (選択サービス)	円	円
	食費	36,300 円	36,300 円
	光熱水費	共益費に含む 円	共益費に含む 円
	その他	円	円

※1 自己負担額を記入。介護予防・地域密着型の場合を含む。
 ※2 該当する場合のみ。
 ※3 上乗せ介護費用その他サービス付き高齢者向け住宅事業として受領する費用。
 短期利用特定施設入居者生活介護を算定した場合の利用料
 1日あたり 11,166円 (内訳 家賃 : 4,933円 共益費 : 2,673円 厨房管理費 : 1,250円 介護費用 : 1,100円 食費 : 1,210円) + 短期利用特定施設入居者生活介護の費用

8. 入居者の状況

入居者の状況 (冒頭に記した記入日現在)

平均年齢		歳		入居者数合計		人												
介護度別・年齢別入居者数	年齢／介護度	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者を含む。)		% (定員に対する入居者数)																
直近一年間に退去した者の人数と理由		退去者数の合計			人 (下記理由ごとの人数を合計したものと一致させる)													
		理由			人数(人)	理由			人数(人)									
		自宅・家族同居				他のサービス付き高齢者向け住宅への転居												
		介護老人福祉施設 (特養等) へ転居				その他の福祉施設・高齢者住宅等への転居												
		介護老人保健施設へ転居				医療機関 (入院)												
		介護療養型医療施設へ転居				死亡												
		有料老人ホーム (サ付き除く) への転居				その他												

9. 苦情・事故等に関する体制

苦情に対応する窓口等の状況						
窓口の名称	(住宅) リアンレーヴ世田谷	苦情相談窓口				
電話番号	03-3700-2313					
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					
窓口の名称	(法人) 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	時	分	～	時	分
	日曜	時	分	～	時	分
	祝日	時	分	～	時	分
定休日	土曜、日曜、祝日、年末年始					

窓口の名称	世田谷区介護保険課事業者指定・指導担当									
電話番号	03-5432-2294									
対応している時間	平日	8時	30分	～	17時					
	土曜	時	分	～	時 分					
	日曜	時	分	～	時 分					
	祝日	時	分	～	時 分					
定休日	土曜、日曜、祝日、年末年始									
窓口の名称	東京都国民健康保険団体連合会									
電話番号	03-6238-0177									
対応している時間	平日	9時	00分	～	17時					
	土曜	時	分	～	時 分					
	日曜	時	分	～	時 分					
	祝日	時	分	～	時 分					
定休日	土曜、日曜、祝日、年末年始									
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	<p>事業所は、安全かつ適切に、質の高い介護保険サービスを提供するために、サービスの安全性はもとより、職員の健康管理、事故防止に努め、事業所の保全について計画的に取り組みます。</p> <p>利用者に対するサービス等の提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、利用者の家族、介護支援専門員（介護予防にあつては地域包括支援センター）等に連絡、東京都住宅政策本部へ報告を行うとともに、必要な措置を講じます。また、発生した事故の状況及び事故に際して採った処置を記録します。</p> <p>利用者に賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。</p>									
損害賠償責任保険の加入状況										
<input checked="" type="checkbox"/> あり (保険の名称及び加入先 : 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)) <input type="checkbox"/> なし										

10. その他の留意事項

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時でお願いしております。なお、夜間の外出・帰宅の際や外泊時は、事前に住宅職員へご連絡下さい。						
共用設備の利用について							
<table border="1"> <tr> <td></td> <td>共用設備の利用については、リアンレーヴ世田谷管理規程の別表2 共用施設細則にてご確認をお願いいたします。</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>					共用設備の利用については、リアンレーヴ世田谷管理規程の別表2 共用施設細則にてご確認をお願いいたします。		
	共用設備の利用については、リアンレーヴ世田谷管理規程の別表2 共用施設細則にてご確認をお願いいたします。						
やむを得ず身体拘束を行う場合の手続き							
<p>「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。</p>							
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 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				
管理規程 (重要事項説明書)	<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 checked="" 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 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	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				

その他											
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"/> 自ら実施	<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	フリガナ ジャパンファシリティーカブシキガイシャ ジャパンファシリティー株式会社								
		住所（事務所所在地）	〒 160-0022	東京都新宿区新宿1-14-12 玉屋ビル4F							
	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	月頃実施予定								
		その他計画的な修繕予定									
	運営懇談会		<input checked="" type="checkbox"/> あり（開催頻度： 年 1 回）	(開催内容等) 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。							
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"/> なし								
		(開催内容等) 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									
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		<input checked="" type="checkbox"/> あり	実施日	2025年10月	結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし				
第三者による評価の実施状況		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	実施日	実施機関の名称						
<input type="checkbox"/> なし											
サービス付き高齢者向け住宅の登録の申請が基本方針に照らして適切である旨		高齢者の居住の安定の確保に関する基本的な方針及び都が策定する高齢者の居住安定確保プランに基づき、適切にサービス付き高齢者向け住宅事業を実施します。									

説明年月日

年 月 日

入居契約書、（介護予防）特定施設入居者生活介護契約書及び（介護予防）特定施設入居者生活介護重要事項説明書に基づいて、重要な事項を説明しました。

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号新宿アーランドタワー29階

代表者名 代表取締役 佐久間 大介

説明者氏名

私は上記事業者から、入居契約書、（介護予防）特定施設入居者生活介護契約書及び（介護予防）特定施設入居者生活介護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

役員名簿

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	2 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	39 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烏山	世田谷区北烏山3-16-10
介護予防支援			
<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		

介護サービス等の一覧表

重要事項説明書 別添3

リアンレーヴ世田谷

	自立 (入居後に要介護から自立になった場合のみ適用)		要支援 (入居後に要介護から要支援になった場合のみ適用)		要介護		要介護 (特定施設入居者生活介護の契約をしない場合)	
介護を行う場所	介護居室		介護居室		介護居室		介護居室	
	月額利用料に含むサービス	その都度徴収するサービス	月額利用料に含むサービス	その都度徴収するサービス	介護保険給付、月額利用料に含むサービス	その都度徴収するサービス	月額利用料に含むサービス	その都度徴収するサービス
基本サービス								
1. ◎状況把握								
・昼間 9時～17時	日中1回	—	日中1回	—	3時間に1回	—	日中1回	—
・夜間 17時～9時		—		—	3時間に1回	—		—
2. ◎生活相談								
・健康相談	○	—	○	—	○	—	○	—
・生活相談	○	—	○	—	○	—	○	—
3. ◎緊急時対応								
・ナースコール	○	—	○	—	○	—	○	—
・緊急搬送時対応	○	—	○	—	○	—	○	—
介護サービス								
1. 食事介助	—	—	—	3,190円／回 1食毎に徴収	必要時適宜	—	—	4,180円／回 1食毎に徴収
2. 排泄								
・排泄介助	—	—	—	1,320円／回	必要時適宜	—	—	1,760円／回
・おむつ交換	—	—	—	1,320円／回	必要時適宜	—	—	1,760円／回
・おむつ代	—	実費負担	—	実費負担	—	実費負担	—	実費負担
3. 入浴等								
・清拭 ※1	—	—	—	1,980円／回	必要時適宜	—	—	2,640円／回
・巡視（安全確認）	—	—	—	330円／回	—	—	—	—
・見守り入浴	—	—	—	1,320円／回	—	—	—	—
・一般浴介助	—	—	—	2,750円／回	2回／週 身体状況等により一般浴又は特浴介助	週3回目以降 2,750円／回	—	2,750円／回
・特浴介助	—	—	—	—	週3回目以降 4,400円／回	—	—	4,400円／回
4. 身辺介助								
・体位交換	—	—	—	550円／回	必要時適宜	—	—	550円／回
・居室からの移動	—	—	—	550円／回	必要時適宜	—	—	550円／回
・衣類の着脱	—	—	—	880円／回	必要時適宜	—	—	880円／回
・身だしなみ介助	—	—	—	330円／回	—	—	—	330円／回
5. 機能訓練	—	—	—	1,320円／回	○	—	—	1,760円／回
6. 通院介助								
・協力医療機関	—	—	—	3,300円／30分	○	—	—	3,300円／30分
・協力医療機関以外	—	3,300円／30分	—	3,300円／30分	—	3,300円／30分	—	3,300円／30分
※交通費は実費								

※金額表記は全て（税込）表記です

※ 1 体調不良等により、長期入浴が出来ない場合は入浴提供回数と同じ週2回、その他失禁等による臨時対応は適宜提供します。

◎サービス付き高齢者向け住宅において基本的に提供するサービス

	自立 (入居後に要介護から自立になった場合のみ適用)		要支援 (入居後に要介護から要支援になった場合のみ適用)		要介護		要介護 (特定施設入居者生活介護の契約をしない場合)	
介護を行う場所	介護居室		介護居室		介護居室		介護居室	
	月額利用料に含むサービス	その都度徴収するサービス	月額利用料に含むサービス	その都度徴収するサービス	介護保険給付、月額利用料に含むサービス	その都度徴収するサービス	月額利用料に含むサービス	その都度徴収するサービス
生活サービス								
1. 家事								
・清掃※2	—	1,320円／回	—	1,430円／回	1回／週	週2回目以降 1,320円／回	—	1,430円／回
・洗濯※3	—	1,320円／回	—	1,430円／回	2回／週	週3回目以降 1,320円／回	—	1,430円／回
・クリーニング	—	実費	—	実費	—	実費	—	実費
・リネン交換※4	—	1,320円／回	—	1,430円／回	1回／週	—	—	1,430円／回
・寝具レンタル (布団・枕・ベッドパット)	—	1,650円／月	—	1,650円／月	—	—	—	1,650円／月
・リネンレンタル (シーツ・布団カバー、枕カバー)	—	1,100円／月	—	1,100円／月	—	—	—	1,100円／月
・ゴミ回収	—	粗大ごみ等実費	—	330円／回	○	粗大ごみ等実費	—	330円／回
				粗大ごみ等実費				粗大ごみ等実費
2. 居室配膳下膳	—	330円／回 入居者様都合の場合	—	330円／回	体調不良時適宜	330円／回 入居者様都合の場合	—	330円／回
3. 理美容	—	実費	—	実費	—	実費	—	実費
4. 代行								
・買物 (Webのみ)	—	—	—	660円／回	1回／週	週2回目以降 660円／回	—	660円／回
・その他手続き	—	—	—	—	—	—	—	—
健康管理サービス								
・健康診断 (機会の提供)	—	年2回 (実費)	—	年2回 (実費)	—	年2回 (実費)	—	年2回 (実費)
・医師の往診	—	医療保険適用範囲外の費用は実費	—	医療保険適用範囲外の費用は実費	—	医療保険適用範囲外の費用は実費	—	医療保険適用範囲外の費用は実費
・バイタルチェック	—	—	—	330円／回	必要時適宜	—	—	330円／回
・服薬管理	—	—	—	110円／日	○	—	—	110円／日
その他サービス								
・郵便物、宅配便	—	—	—	330円／日	○	—	—	330円／日
・クリーニング等の取次ぎ	—	—	—	330円／回	○	—	—	330円／回
・送迎・移送	—	—	—	—	—	—	—	—
・外出介助※5	—	—	—	4,400円／時間	—	4,400円／時間	—	4,400円／時間
・レクリエーション	—	イベント費・材料費等実費	—	イベント費・材料費等実費	○	イベント費・材料費等実費	—	イベント費・材料費等実費

※金額表記は全て (税込) 表記です

※2 1回20分程度にて可能な範囲

※3 洗濯・乾燥・たたみをセットにて居室までお持ちして、必要に応じ収納します。

※4 失禁等により交換の必要が発生した場合は適宜対応いたします。

※5 交通費実費が別途かかります。

◎サービス付き高齢者向け住宅において基本的に提供するサービス

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の判定となります。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。

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) りあんれーうせたがや リアンレーヴ世田谷						
所在地	(住居表示) 東京都世田谷区上用賀一丁目26番20号						
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1.電車(東急田園都市 線 用賀 駅から 徒歩 で 12 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 2018 年 9 月 1 日から 2048 年 8 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 2018 年 9 月 1 日から 2048 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	(ふりがな) かぶしきがいしや 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)	(郵便番号 163-1329) 東京都新宿区西新宿6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
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 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) かぶしきがいしや 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6丁目5番1号 新宿アイランドタワー29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	62 戸	
居住部分の規模	(最小)	18.00 m ²	詳細については、別添 3 のとおり
	(最大)	18.75 m ²	
構造及び設備	共同利用設備	■あり □なし	
	構 造	RC 造	階 数 3 階建
竣工の年月	2018 年 8 月 31 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	□ 賃貸借契約 ■ 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	□ 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	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できます。 ・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 (上記内容は概要であるため、詳細は入居契約書32条「事業者からの契約解除」を参照下さい)	
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	常駐する時間	9時分～	18時分	
常駐場所		<input checked="" type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 近接する土地 <input type="checkbox"/> (所在地)	<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時分～	9時分	
常駐場所		<input checked="" type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 近接する土地 <input type="checkbox"/> (所在地)	<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		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)
職種	延べ人数	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											給食業者に委託
調理員											給食業者に委託
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							
		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							
		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							
		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 108,000 円	住戸ごとの内容は別添 3 のとおり
	(最高) 約 148,000 円	
共益費の概算額	(最低) 約 80,200 円	家賃の 0 月分
	(最高) 約 80,200 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 checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
家賃等の前払金の概算額	(最低) 約 2,400,000 円 (最高) 約 2,400,000 円	
家賃等の前払金の算定の基礎	家賃	家賃の一部を5年分(60ヶ月)前払い
	サービス提供の対価	
返還額の算定方法	返還金=(前払い金)-(1ヶ月分の家賃償却額)÷30日×(入居日から起算して契約解除等された日までの日数)	
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"/> 保険事業者による保証保険	<input checked="" type="checkbox"/> 信託会社等による元本補てん又は信託 <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) じゃぱんふあしりていーかぶしきがいしゃ ジャパンファシリティー株式会社
住所 (法人にあっては 主たる事務所の所在地)	(郵便番号 160-0022) 東京都新宿区新宿1-14-12 玉屋ビル4F 電話番号 03-5341-4951

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

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) きのめでいくぐりにっくのぼりと キノメディッククリニック登戸	
事業所の所在地	(郵便番号 135-0061) 神奈川県川崎市多摩区中野島4-4-33	電話番号 044-281-3252
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	
連携又は協力の相手方		
事業所の名称	(ふりがな) あぐりほーむくりにっくせたがや アグリホームクリニックせたがや	
事業所の所在地	(郵便番号 158-0095) 東京都世田谷区瀬田5-3-7	電話番号 03-5797-9336
連携又は協力の内容	訪問診療・往診、健康相談、病状が急変した場合等において医師又は看護職員が相談対応を行う体制や施設からの診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保します。	
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やだんとうえいかい にっこうびるしかしつ 医療法人社団 藤栄会 日航ビル歯科室	
事業所の所在地	(郵便番号 210-0024) 神奈川県川崎市川崎区日進町1 川崎日航ホテルビル6階	電話番号 044-221-6321

連携又は協力の内容	訪問歯科診療・口腔ケア・緊急時の対応
連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) やまぐちしか 山口歯科
事業所の所在地	(郵便番号 167-0022) 東京都杉並区下井草2-40-10稻本会館2F 電話番号 03-6913-6061
連携又は協力の内容	訪問診療、往診、口腔ケア、緊急時対応のアドバイス、歯科相談

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
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 1年未満	6か月以上 1年以上 5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		医療機関への入院	
介護老人福祉施設(特養等)へ転居		うち、他のサービス付き高齢者向け住宅への転居		死亡	
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			

12 入居希望者への事前情報開示

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 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
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 checked="" 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 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	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。召集は施設長のなにおいて行い、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 (1371216670) <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

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6丁目5番1号 新宿アイランドタワー29階

代表者名 **代表取締役 佐久間 大介**

説明者氏名

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

役員名簿

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

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。

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

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 (m ²)	整備箇所	想定利用戸数 (戸)	備考
浴室 機械浴室	6	57.13	1階2箇所、2階2箇所、3階2箇所	62	
脱衣室	5	38.29	1階1箇所、2階2箇所、3階2箇所	62	
リビングダイ ニング兼機 能訓練室	3	256.61	1階1箇所、2階1箇所、3階1箇所	62	
トイレ	6	29.70	各階	62	
談話コーナー	4	42.74	各階	62	
コソロコナー	1	4.03	1階1箇所	62	
カフェコーナー	1	19.87	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。

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 木下の介護 小平	小平市美園町2-10-19
訪問入浴介護			
訪問看護			
訪問リハビリテーション			
居宅療養管理指導			
通所介護	有り	1 木下の介護 小平	小平市美園町2-10-19
通所リハビリテーション			
短期入所生活介護			
短期入所療養介護			
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			
特定福祉用具販売			
<地域密着型サービス>			
定期巡回・随時対応型訪問介護看護			
夜間対応型訪問介護			
認知症対応型通所介護			
小規模多機能型居宅介護			
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			
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護			
看護小規模多機能型居宅介護			
地域密着型通所介護			
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			
介護予防訪問看護			
介護予防訪問リハビリテーション			
介護予防居宅療養管理指導			
介護予防通所リハビリテーション			
介護予防短期入所生活介護			
介護予防短期入所療養介護			
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			
特定介護予防福祉用具販売			
<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			
介護予防小規模多機能型居宅介護			
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			
<介護保険施設>			
介護老人福祉施設			
介護老人保健施設			
介護療養型医療施設			
介護医療院			

リアンレーヴ世田谷

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	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 https://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 <input checked="" type="radio"/> https://www.kinoshita-kaigo.co.jp/ <input type="radio"/> 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

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 セタガヤ リアンレーヴ世田谷
住宅の所在地	〒 158-0098 東京都世田谷区上用賀一丁目26番20号
住宅の連絡先	電話番号 03-3700-2313 FAX番号 03-3700-2318 ホームページアドレス https://www.kinoshita-kaigo.co.jp/facility/service_housing/lien_reve_setagaya.html
住宅の管理者名	鈴木 涼介
住宅の開設年月日	2018年10月 1日
居住の契約方式	利用権契約

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

医療的ケアの内容は基本的に当施設の看護職員の勤務帯で対応可能な範囲となります。ご入居者が必要な医療的ケア内容と頻度によりご相談となります。また、入居後に医療的ケアが必要になり、当施設の看護業務の範囲を超える場合は別途ご相談させていただきます。

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）		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：株式会社 木下の介護)
◎生活相談	33,000円／月（税込）	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、身体の状況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できます。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：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） ※30日の場合	<ul style="list-style-type: none"> ・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。なお、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す。このため昼食、夕食は標準税率（10%）となります。 詳細については別紙3「軽減税率の適用判定について」をご確認ください。 ・提供場所：各階食堂 ・提供時間：朝食：7：30～8：30、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ことが出来ます。欠食分の食費は、各食事の単価に基づき返還致します。 ・特別食：ご入居者様の治療を担当する医師による特別の指示（刻み食等）がある場合には、別途ご相談下さい。 <p>(提供者：リアンレーヴ世田谷職員)</p>

37,500円／ <small>月</small> <small>(税込)</small>	・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、歴月で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。
その他のサービスは、別紙1「介護サービス等の一覧表」、別紙2「生活サポート費に含まれるサービス一覧」をご確認下さい。	

医療連携の内容

協力医療機関	1	名称	キノメディッククリニック登戸
		住所	神奈川県川崎市多摩区中野島4-4-33
		診療科目	内科、外科
		協力内容	往診、健康相談、病状が急変した場合等において医師又は看護職員が相談対応を行う体制や当施設からの診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保している。
協力歯科医療機関	2	名称	アグリホームクリニックせたがや
		住所	東京都世田谷区瀬田5-3-7
		協力内容	訪問診療・往診、健康相談、病状が急変した場合等において医師又は看護職員が相談対応を行う体制や当施設からの診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保している。
協力歯科医療機関	1	名称	医療法人社団 藤栄会 日航ビル歯科室
		住所	神奈川県川崎市川崎区日進町1 川崎日航ホテルビル6階
		協力内容	訪問歯科診療、口腔ケア、緊急時の対応
協力歯科医療機関	2	名称	山口歯科
		住所	東京都杉並区下井草2-40-10稻本会館2F
		協力内容	訪問診療、往診、口腔ケア、緊急時対応のアドバイス、歯科相談

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	リアンレーヴ世田谷：受付・事務室					
電話番号	03-3700-2313					
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、事業者の責に帰する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、危険物等が無いか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、30日の予告期間を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	リアンレーヴ世田谷
	電話番号	03-3700-2313

事業者からの解除

入居契約書

第33条（乙（入居者）からの解約または契約解除）

入居者は、事業者に対して、少なくとも30日前に解約の申し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。
解約の申し入れは事業者の定める届出書を事業者に提出するものとします。

2 入居者が前項の解約届を提出しないで居室を退去した場合には、事業者が入居者の退去の事実を知った日の翌日から起算して30日目をもって、本契約は解約されたものと推定します。

3 入居者は、事業者又はその役員が次の各号のいずれかに該当した場合には、前2項の規定に関わらず、催告することなく、本契約を解約することができます。

- 一 第50条（反社会的勢力の排除）の各号の確約に反する事実が判明したとき
- 二 本契約締結後に自ら又は役員が反社会的勢力に該当したとき

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	(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)
---	-----	---------------------------------

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

代表者名 新宿アイランドタワー 29 階

説明者氏名 佐久間 大介

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

別紙1

介護サービス等の一覧表

リアンレーヴ世田谷

	自立		要支援		要介護		要介護 (特定施設入居者生活介護の契約をしない場合)	
介護を行う場所	介護居室		介護居室		介護居室		介護居室	
	月額利用料、基本サービスに含むサービス	その都度徴収するサービス	月額利用料、基本サービスに含むサービス	その都度徴収するサービス	介護保険給付、月額利用料に含むサービス	その都度徴収するサービス	月額利用料、基本サービスに含むサービス	その都度徴収するサービス
基本サービス								
1. ◎状況把握								
・昼間 9時～17時	日中1回	—	日中1回	—	3時間に1回	—	日中1回	—
・夜間 17時～9時		—		—	3時間に1回	—		—
2. ◎生活相談								
・健康相談	○	—	○	—	○	—	○	—
・生活相談	○	—	○	—	○	—	○	—
3. ◎緊急時対応								
・ナースコール	○	—	○	—	○	—	○	—
・緊急搬送時対応	○	—	○	—	○	—	○	—
介護サービス								
1. 食事介助	—	—	—	3,190円／回 1食毎に徴収	必要時適宜	—	—	4,180円／回 1食毎に徴収
2. 排泄								
・排泄介助	—	—	—	1,320円／回	必要時適宜	—	—	1,760円／回
・おむつ交換	—	—	—	1,320円／回	必要時適宜	—	—	1,760円／回
・おむつ代	—	実費負担	—	実費負担	—	実費負担	—	実費負担
3. 入浴等								
・清拭 ※1	—	—	—	1,980円／回	必要時適宜	—	—	2,640円／回
・巡回（安全確認）	—	—	—	330円／回	—	—	—	—
・見守り入浴	—	—	—	1,320円／回	—	—	—	—
・一般浴介助	—	—	—	2,750円／回	2回／週 身体状況等により一般浴又は特浴介助	週3回目以降 2,750円／回	—	2,750円／回
・特浴介助	—	—	—	—	—	週3回目以降 4,400円／回	—	4,400円／回
4. 身辺介助								
・体位交換	—	—	—	550円／回	必要時適宜	—	—	550円／回
・居室からの移動	—	—	—	550円／回	必要時適宜	—	—	550円／回
・衣類の着脱	—	—	—	880円／回	必要時適宜	—	—	880円／回
・身だしなみ介助	—	—	—	330円／回	—	—	—	330円／回
5. 機能訓練	—	—	—	1,320円／回	○	—	—	1,760円／回
6. 通院介助								
・協力医療機関	—	—	—	3,300円／30分	○	—	—	3,300円／30分
・協力医療機関以外	—	3,300円／30分	—	3,300円／30分	—	3,300円／30分	—	3,300円／30分
※交通費は実費								

※金額表記は全て（税込）表記です

※ 1 体調不良等により、長期入浴が出来ない場合は入浴提供回数と同じ週2回、その他失禁等による臨時対応は適宜提供します。

◎サービス付き高齢者向け住宅において基本的に提供するサービス

	自立		要支援		要介護		要介護 (特定施設入居者生活介護の契約をしない場合)	
介護を行う場所	介護居室		介護居室		介護居室		介護居室	
	月額利用料、基本サービスに含むサービス	その都度徴収するサービス	月額利用料、基本サービスに含むサービス	その都度徴収するサービス	介護保険給付、月額利用料に含むサービス	その都度徴収するサービス	月額利用料、基本サービスに含むサービス	その都度徴収するサービス
生活サービス								
1. 家事								
・清掃※2	—	1,320円／回	—	1,430円／回	1回／週	週2回目以降 1,320円／回	—	1,430円／回
・洗濯※3	—	1,320円／回	—	1,430円／回	2回／週	週3回目以降 1,320円／回	—	1,430円／回
・クリーニング	—	実費	—	実費	—	実費	—	実費
・リネン交換※4	—	1,320円／回	—	1,430円／回	1回／週	—	—	1,430円／回
・寝具レンタル (布団・枕・ベッドパット)	—	1,650円／月	—	1,650円／月	—	—	—	1,650円／月
・リネンレンタル (シーツ・布団カバー、枕カバー)	—	1,100円／月	—	1,100円／月	—	—	—	1,100円／月
・ゴミ回収	—	粗大ごみ等実費	—	330円／回	○	粗大ごみ等実費	—	330円／回
				粗大ごみ等実費				粗大ごみ等実費
2. 居室配膳下膳	—	330円／回 入居者様都合の場合	—	330円／回	体調不良時適宜 入居者様都合の場合	330円／回	—	330円／回
3. 理美容	—	実費	—	実費	—	実費	—	実費
4. 代行								
・買物 (Webのみ)	—	—	—	660円／回	1回／週	週2回目以降 660円／回	—	660円／回
・その他手続き	—	—	—	—	—	—	—	—
健康管理サービス								
・健康診断 (機会の提供)	—	年2回 (実費)	—	年2回 (実費)	—	年2回 (実費)	—	年2回 (実費)
・医師の往診	—	医療保険適用範囲外の費用は実費	—	医療保険適用範囲外の費用は実費	—	医療保険適用範囲外の費用は実費	—	医療保険適用範囲外の費用は実費
・バイタルチェック	—	—	—	330円／回	必要時適宜	—	—	330円／回
・服薬管理	—	—	—	110円／日	○	—	—	110円／日
その他サービス								
・郵便物、宅配便	—	—	—	330円／日	○	—	—	330円／日
・クリーニング等の取次ぎ	—	—	—	330円／回	○	—	—	330円／回
・送迎・移送	—	—	—	—	—	—	—	—
・外出介助※5	—	—	—	4,400円／時間	—	4,400円／時間	—	4,400円／時間
・レクリエーション	—	イベント費・材料費等実費	—	イベント費・材料費等実費	○	イベント費・材料費等実費	—	イベント費・材料費等実費

※金額表記は全て（税込）表記です

※2 1回20分程度にて可能な範囲

※3 洗濯・乾燥・たたみをセットにて居室までお持ちして、必要に応じ収納します。

※4 失禁等により交換の必要が発生した場合は適宜対応いたします。

※5 交通費実費が別途かかります。

◎サービス付き高齢者向け住宅において基本的に提供するサービス

自立生活サポート費に含まれるサービス一覧

サービスの種類	料金	(提供方法・提供者)
入浴介助		施設職員は入浴中は巡視による安全確認又は必要に応じて見守りまたは介助を行います。体調不良等で入浴が困難な場合は、清拭にて対応いたします。 提供者：自ら実施
身辺介助		施設職員は、居室からの移動について体調不良時適宜対応いたします。 提供者：自ら実施
機能訓練		施設職員は、集団体操等の機能訓練を行います。 提供者：自ら実施
通院介助		施設職員は、協力医療機関への通院介助を行います。 提供者：自ら実施
家事（清掃・洗濯）	【自立者のみ選択可能】 198,000円／月 (税込)	施設職員は、居室清掃を週1回、洗濯を週1回行います。クリーニングが必要な衣類については実費負担となります。 提供者：自ら実施
リネン交換		施設職員は、週1回リネン交換を行います。 提供者：自ら実施
ゴミ回収		施設職員は、居室で出たゴミを回収いたします。ただし、粗大ごみ等は実費負担となります。 提供者：自ら実施
居室配膳下膳		施設職員は、体調不良で食堂での食事が困難な場合に対応いたします。 提供者：自ら実施
買物代行		Webにて注文可能な商品について週1回対応いたします。 提供者：自ら実施
健康管理		施設職員は、服薬の管理及び必要時適宜バイタルチェックを行います。
その他サービス		郵便物、宅配便の受け取り等について対応いたします。クリーニング等の取次ぎを対応いたします。レクリエーションを実施いたします。 提供者：自ら実施
備考		上記サービスをご希望されない方は、別紙の介護サービス等の一覧表に記載されているその都度徴収するサービスから必要なサービスを選択していただくようお願い致します。

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の判定となります。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。