

(平成27年4月1日以後に登録申請)

入居契約重要事項説明書

サービス付き高齢者向け住宅への入居に係る契約を締結するに当たり、高齢者の居住の安定確保に関する法律第17条及び八王子市有料老人ホーム設置運営指導指針12(4)に基づき、以下の事項について、書面を交付して説明します。なお、生活支援サービスに関する契約については、生活支援サービス重要事項説明書により、別途説明します。

1 サービス付き高齢者向け住宅の名称及び所在地 (承継日 令和6年12月1日)

住宅の名称	(ふりがな) さるびあえんはちおうじ サルビア園八王子
所在地	(住居表示) 東京都八王子市川口町1417-1
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1 電車 (JR中央本線 八王子駅からバスで30分、降車後 徒歩5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 平成 29年 6月 20日から 令和 24年 12月 31日まで
施設に関する権原	<input type="checkbox"/> 1 所有権 <input checked="" type="checkbox"/> 2 賃借権 <input type="checkbox"/> 3 使用貸借による権利 期間 平成 29年 6月 20日から 令和 24年 12月 31日まで
敷地に関する権原	<input type="checkbox"/> 1 所有権 <input type="checkbox"/> 2 地上権 <input checked="" type="checkbox"/> 3 賃借権 <input type="checkbox"/> 4 使用貸借による権利 期間 平成 29年 6月 20日から 令和 24年 12月 31日まで

(注) 住居表示が決まっていない場合には、地名地番を記載すること。

2 サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者

法人・個人の別	<input checked="" type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 個人
商号、名称 又は氏名	(ふりがな) かぶしきがいしゃちが 株式会社千雅
住所 (法人にあっては 主たる事務所の所 在地)	(郵便番号 163-0430) 東京都新宿区西新宿二丁目1番1号新宿三井ビル30階3005号 電話番号 03-6454-0945
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) かぶしきがいしやちが 株式会社千雅
事務所の所在地	(郵便番号 163-0430) 東京都新宿区西新宿二丁目1番1号新宿三井ビル30階3005号 電話番号 03-6454-0945

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	39戸
居住部分の規模	(最小)	18.29 m ²
	(最大)	36.58 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	木造 造 耐火構造 1時間耐火構造 階数 2階建
消防設備	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 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 防火管理者 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 施行令別表第1 (6)項ロ
竣工の年月	平成29年 4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 賃貸借契約書のとおり
備考欄	

入居開始時期（※）		
契約解除の内容	賃貸借契約書第11条のとおりとする。	
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	ヶ月
入居者からの 解約予告期間	30日	
入院時の取扱い	入院等、不在時における賃料・共益費の減額はありませぬ。	
その他		

入居に当たつての留意事項	
やむを得ず身体拘束を行う場合の手続	切迫性・非代替性・一時性の3つの条件を満たし、やむを得ず身体拘束を実施する場合は、利用者本人やご家族に対し、身体拘束内容・目的・理由・拘束時間・時間帯を出来る限り詳細に説明し、身体拘束に関する同意書をいただくと共に、緊急やむを得ない身体拘束に関する経過記録・再検討記録をつけるものとする。また、随時拘束解除の検討を行います。
高齢者の虐待防止及び不当な侵害防止に向けた適切な対策	施設内以外の連絡・通報窓口の開示（連絡先の掲示） 共用部における監視カメラの設置（録画機能あり）
職員に対する虐待防止研修・内部及び外部研修	虐待防止に関する研修（施設内研修）

※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	1人	常駐する時間	9時0分～18時0分
常駐場所	<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 _____）		
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0分～9時0分
常駐場所	<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 _____）		
備考			

(職種別の職員数)

(令和 7 年 7 月 1 日現在) ※入居開始 (開設) 前は、予定を記載。

職種	延べ人数	常勤		非常勤		合計	兼務状況等 (委託である場合はその旨を記入)
		専従	非専従	専従	非専従		
管理者 ⇒③-1			1			1人	生活支援サービス提供職員を兼務
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			1	14		15人	
うち、看護職員：直接雇用						0人	
うち、看護職員：派遣						0人	
うち、介護職員：直接雇用 ⇒③-3						0人	
うち、介護職員：派遣						0人	
うち、機能訓練指導員 ⇒③-4						0人	
栄養士						0人	
調理員				3		3人	
事務員			1			1人	生活支援サービス提供職員を兼務
その他						0人	

② 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 40 時間

③-1 管理者の資格

③-2 生活支援サービス提供職員の資格 初任者研修修了者

資格	延べ人数	常勤		非常勤		初任者研修修了者
		専従	非専従	専従	非専従	
医師						/
看護師						
准看護師						
介護福祉士				4		
社会福祉士						
介護支援専門員						
養成研修修了者				10		
上記以外の職員			1	3		

③-3 介護職員の資格

資格	延べ人数	常勤		非常勤		初任者研修修了者
		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		初任者研修修了者
		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						
はり師又はきゅう師						

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					6						
1年以上3年未満					6						
3年以上5年未満					3						
5年以上10年未満		1		1	2						
10年以上											
合計		1	0	1	17	0	0	0	0	0	0

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

家賃の概算額	(最低) 約 50,000 円	住戸ごとの内容は別添 3 のとおり
	(最高) 約 85,000 円	
共益費の概算額	(最低) 約 23,240 円	【101～106、108～116、201～223】 23,240円 【107】 46,480円
	(最高) 約 46,480 円	
敷金の概算額	(最低) 約 0 円	家賃の 0 月分
	(最高) 約 0 円	
家賃・共益費・敷金に関する特記事項		
前払金※の有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
家賃等の前払金の概算額	(最低) 約 0 円	(最高) 約 0 円
家賃等の前払金の算定の基礎	家賃	—
	サービス提供の対価	—
返還額の算定方法	—	
家賃等の前払金の返還債務が消滅するまでの期間	— 年 — 月 — 日まで	
家賃等の前払金の返還額の推移	(※原則として入居契約に定めた契約の始期を起算日とする。)	
前払金の保全措置の内容	<input type="checkbox"/> 銀行による債務の保証 <input type="checkbox"/> 信託会社等による元本補てん又は信託 <input type="checkbox"/> 保険事業者による保証保険 <input type="checkbox"/> その他)	

※前払金とは、終身又は入居契約の期間にわたって受領すべき家賃等の全部又は一部を一括して受領する場合をいう。

8 サービス付き高齢者向け住宅の管理の方法等

管理の方式	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら管理 <input type="checkbox"/> 管理業務を委託
委託する業務の内容 (契約事項)	
管理業務の委託先	
商号、名称 又は氏名	(ふりがな)
住 所 <small>(法人にあっては 主たる事務所の所在地)</small>	(郵便番号)) 電話番号
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	いりようほうじんしゃだんぎょくえいかい とうきょうてんしびょういん 医療法人社団玉栄会 東京天使病院
事業所の所在地	(郵便番号 193-0811) 東京都八王子市上壺分方町50-1 電話番号 042-651-5331
連携又は協力の内容	受診・治療の協力

11 入居者の現況

(令和7年7月1日現在)

介護度別・年齢別入居者数		平均年齢	83 歳	入居者数合計	34 人				
年齢 / 介護度	合計	※要介護度を把握している場合に記載。							
		自立	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
65歳未満	0	0	0	0					
65歳以上75歳未満	3	0	0	0	2			1	
75歳以上85歳未満	15	0	0	0	7	3	3	1	1
85歳以上	16	0	0	0	3	9	2	2	
合計	34	0	0	0	12	12	5	4	1

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	15年以上	合計
入居者数	13	7	13	1				34

男女別入居者数	男性	8人	女性	26人
---------	----	----	----	-----

入居率（一時的に不在となっているものを含む。）	87%（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：		19人
理由	人数（人）	理由	人数（人）	理由	人数（人）	
自宅・家族同居	2	他の有料老人ホームへの転居 うち、他のサービス付き高齢者向け住宅への転居		医療機関への入院	10	
介護老人福祉施設（特養等）へ転居	3			死亡	2	
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	2	その他の福祉施設・高齢者住宅等への転居				

1.2 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書のひな形	<input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない	財務諸表の要旨 （※前払金を受領する場合に記載）	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない	財務諸表の原本 （※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 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	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

1.3 その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> あり（年 1 回予定） （開催方法等）	管理者・職員・入居者全員（参加が困難な場合は家族等）で構成する運営懇談会を開催し、住宅側から入居状況、サービス提供状況について報告・説明すると同時に、入居者及び入居者家族等からの要望・意見を受けることで、運営に反映させるための機会とします。
	<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 type="checkbox"/> 指定を受けている 介護保険事業所番号（ ） <input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けていない	

1.4 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

基本方針及び都の高齢者居住安定確保計画に沿って、地域に根づいた利用者様にもご家族の皆様にも安心していただける住環境とサービスを提供します。

事業主体が八王子市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

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	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			
訪問入浴介護	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			
訪問看護	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			
訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			
居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			
通所介護	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			
通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			
短期入所生活介護	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			
短期入所療養介護	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			
特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			
福祉用具貸与	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			
特定福祉用具販売	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			
夜間対応型訪問介護	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			
認知症対応型通所介護	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			
小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			
認知症対応型共同生活介護	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			
地域密着型特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			
看護小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			
居宅介護支援	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			
介護予防訪問入浴介護	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			
介護予防訪問看護	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			
介護予防訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			
介護予防居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			
介護予防通所介護	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			
介護予防通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			
介護予防短期入所生活介護	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			
介護予防短期入所療養介護	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			
介護予防特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			
介護予防福祉用具貸与	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			
特定介護予防福祉用具販売	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			
介護予防小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			
介護予防認知症対応型共同生活介護	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			
介護予防支援	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			
介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			
介護療養型医療施設	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			