

サービス付き高齢者向け住宅

登録番号：18017

## ハートランド・エミシア久我山

入居契約重要事項説明書

株式会社ワイグッドケア

本書記載の内容は令和元年10月1日時点の料金、消費税率及び  
介護保険給付費等に基づいており、全て税込み表示となっています。  
軽減税率（8％）の対象となる飲食料品の提供は、「朝食・昼食・夕食」の食費です。  
それ以外の飲食料品の提供及び1食あたり670円を超える特別な食事については  
軽減税率の対象となりません。

### 入居契約重要事項説明書

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

#### 1 サービス付き高齢者向け住宅の名称及び所在地

住宅の名称	(ふりがな) はとらんど・えみしあくがやま
	ハートランド・エミシア久我山
所在地	(住居表示) 東京都杉並区久我山4丁目14番20号
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 電車 ( 京王井の頭線 久我山駅から 徒歩7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      令和2年4月1日      から      令和27年3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      令和2年4月1日      から      令和27年3月31日      まで
敷地に関する権原	<input type="checkbox"/> 1. 所有権 <input type="checkbox"/> 2. 地上権 <input type="checkbox"/> 3. 賃借権 <input checked="" type="checkbox"/> 4. 使用貸借による権利 期間      令和2年4月1日      から      令和27年3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) かぶしきがいしゃわいぐっどけあ	
	株式会社ワイグッドケア	
住 所 (法人にあっては 主たる事務所)	(郵便番号 367-0023 ) 埼玉県本庄市寿一丁目25番13号 電話番号 0495-71-6551	
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) かぶしきがいしゃわいぐっどけあ
	株式会社ワイグッドケア
事務所の所在地	(郵便番号 367-0023 ) 埼玉県本庄市寿一丁目25番13号 電話番号 0495-71-6551

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 21 戸	
居住部分の規模	(最小) 25.05 m <sup>2</sup>	詳細については、別添3のとおり
	(最大) 25.05 m <sup>2</sup>	
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	階数 地上2階建
竣工の年月	令和2年3月31日	
加齢対応構造等	<input checked="" type="checkbox"/> 登録基準に適合している <input checked="" type="checkbox"/> エレベーターを備えている <input checked="" type="checkbox"/> 緊急通報装置を備えている	

5 サービス付き高齢者向け住宅の入居契約、入居者資格及び入居開始時期（居住の用に供する前である場合）

入居契約の別	<input checked="" type="checkbox"/> 賃貸借契約 <input type="checkbox"/> その他
入居契約が賃貸借契約でない場合には、その旨	
終身賃貸事業者の事業の認可	<input type="checkbox"/> 法第52条の認可を受けている
入居者の資格	次の①又は②に該当する者である。 ①単身高齢者世帯 <input checked="" type="checkbox"/> 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	別添普通賃貸借契約書のとおり
備考欄	

入居開始時期（※）	令和2年4月1日 から
-----------	-------------

契約解除の内容	普通賃貸借契約書第10条、第11条、第12条に定めるとおり	
事業主体から解約を求める場合（終身建物賃貸借の場合のみ）	解約条項	
	解約予告期間	
入居者からの解約予告期間	1か月（普通賃貸借契約書第11条）	
入院時の取扱い	入院中も入居契約は継続し、家賃・共益費、サービス費をお支払いいただきます。食費は利用実績により1食単位で計算を行い、お支払いいただきます（入院中の利用がない分はお支払いいたしません）。	
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	1 人	常駐する時間	9時00分～18時00分
常駐場所	<input checked="" type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地 <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00分～9時00分
常駐場所	<input checked="" type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地 <input type="checkbox"/> 近接する土地（所在地）		
備考			

① 職員の人数及びその勤務形態											
職種	延べ人数	常勤		非常勤		合計	兼務状況等 (委託である場合はその旨を記入)				
		専従	非専従	専従	非専従						
施設管理者	⇒③-1	1				1人					
生活支援サービス提供職員(生活相談員) (食事提供サービスを除く)	⇒③-2		4		1	5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		4		1	5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						0人					
事務員						0人					
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 施設管理者の資格				実務者研修							
③-2 生活支援サービス提供職員の資格											
資格	延べ人数	常勤		非常勤		合計	兼務状況等 (委託である場合はその旨を記入)				
		専従	非専従	専従	非専従						
医師											
看護師											
准看護師											
社会福祉士											
介護福祉士			2		1						
介護支援専門員											
実務者研修											
介護職員初任者研修			2								
③-3 介護職員の資格											
資格	延べ人数	常勤		非常勤		合計	兼務状況等 (委託である場合はその旨を記入)				
		専従	非専従	専従	非専従						
介護福祉士			2		1						
介護支援専門員											
実務者研修											
介護職員初任者研修			2								
たん吸引等研修(不特定)											
たん吸引等研修(特定)											
資格なし											
③-4 機能訓練指導員の資格											
資格	延べ人数	常勤		非常勤		合計	兼務状況等 (委託である場合はその旨を記入)				
		専従	非専従	専従	非専従						
理学療法士											
作業療法士											
言語聴覚士											
看護師又は准看護師											
柔道整復師											
あん摩マッサージ指圧師											
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	施設管理者		生活支援サービス提供職員							
		常勤	非常勤	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
1年未満				2	1			2	1		
1年以上3年未満		1		2				2			
3年以上5年未満											
5年以上10年未満											
10年以上											
合計		1	0	4	1	0	0	4	1	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 84,000 円	住戸ごとの内容は別添3のとおり
	(最高) 約 84,000 円	
共益費の概算額	(最低) 約 38,500 円	
	(最高) 約 38,500 円	
敷金の概算額	(最低) 約 84,000 円	家賃の1月分
	(最高) 約 84,000 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 円	(最高) 約 円
家賃等の前払金の算定の基礎	家賃	
	サービス提供の対価	
返還額の算定方法		
家賃等の前払金の返還債務が消滅するまでの期間		
家賃等の前払金の返還額の推移		
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	(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	事業所の番号
デイサービスハートランド・エミシア久我山	地域密着型通所介護 第一号通所事業	<input checked="" type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
訪問介護ハートランド・エミシア久我山	訪問介護 第一号訪問事業	<input checked="" type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地

(注) 高齢者居宅生活支援事業について、老人福祉法等関連法令に基づく事業所の指定を受けている場合にあっては、「事業所の番号」を記入すること

10 高齢者居宅生活支援事業を行う者との連携及び協力（該当する場合のみ）

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) いりょうほうじんしゃだんれいめいかいすぎなみきたくりにつく 医療法人社団黎明会 杉並北クリニック
事業所の住所	(郵便番号 167-0022 ) 東京都杉並区下井草4丁目31 電話番号 03-6913-7651
連携又は協力の内容	定期的な往診、緊急時の診察及び指示（医療費その他の費用は入居者の自己負担）
事業所の名称	(ふりがな) いりょうほうじんしゃだんけいしかいむさしのわかばしか 医療法人社団啓至会 武蔵野わかば歯科
事業所の住所	(郵便番号 180-0023 ) 東京都武蔵野市境南町2-11-21 第一飛翔ビル2F 電話番号 0422-30-5177
連携又は協力の内容	定期的な往診

11 入居者の現況

(令和6年7月1日現在)

介護度別・年齢別入居者数		平均年齢	83.7 歳	入居者数合計	19 人				
介護度 年齢	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	2								2
65歳以上75歳未満	1				1				
75歳以上85歳未満	5				1	1	2		1
85歳以上	11				4	1	3	2	1
合計	19	0	0	0	6	2	5	2	4

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	1	3	15				19

男女別入居者数	男性	5 人	女性	14 人
---------	----	-----	----	------

入居率（一時的に不在となっているものを含む。）	90.5 %（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：	6 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	1	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	3
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 type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない
管理規程 (※必要事項が盛り込まれていれば、重要事項説明書を管理規程に代えることも可。)	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない	財務諸表の原本 (※前払金を受領する場合に記載)	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない
事業収支計画書 (※前払金を受領する場合に記載)	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない	( その他 )	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 公開していない

13 その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> あり (年 1 回予定) (開催方法等) 本契約の履行に伴って生ずる諸種の問題に関し、契約当事者が意見交換を行う場として運営懇談会を設置し、年1回定例会を、また必要に応じて臨時会を開催します。運営懇談会の構成員は、利用者、身元引受人、当ホームの管理者並びにその他の職員、民生委員等とします。
	<input type="checkbox"/> 以下の内容の代替措置により対応 (※入居者がおおむね9人以下の場合等) (内容)
有料老人ホーム設置時の老人福祉法第29条第1項に規定する届出	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第23条の規定により、届出が不要
(介護予防) 特定施設入居者生活介護事業所 (地域密着型を含む)	<input type="checkbox"/> 指定を受けている (介護保険事業所番号 ) <input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けていない

14 登録の申請が基本方針及び高齢者居住安定確保計画に照らして適切なものである旨

「高齢者の居住の安定の確保に関する基本的な方針」(平成21年厚生労働省・国土交通省告示第1号)及び東京都の「高齢者の居住安定確保プラン」に沿って適切に運営いたします。
---



別添 1

役員名簿

(ふりがな)	役名等
氏名	
やまざき たもつ 山崎 保	代表取締役
なかじま いちろう 中島 一郎	代表取締役
よこお まなぶ 横尾 学	取締役
よこお もとき 横尾 幹	取締役
ほんま ひさひろ 本間 久博	監査役

法第6条第1項第3号に該当する者を全て記載すること。記載しきれないときは、この様式の例により作成した書面に記載し、その書面をこの書面の次に添付すること。

## 住宅の規模並びに構造及び設備等

## 1. 専用部分の規模並びに構造及び設備等

住棟番号	専用部分の 床面積 (㎡)	構造及び設備※							住戸数 (戸)	住戸番号 (該当するものを全て記載)	月額家賃 (概算額) (円)
		完 備	便 所	洗 面	浴 室	台 所	収 納	T V ア ン テ ナ			
I	25.05	○	○	○	○	○	○	○	21	101～103、105～108、 110～112、201～203、 205～208、210～213号室	84,000

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。

※TVアンテナ端子：○の場合、下記( )内にTV受像機の設置、受信契約の形態について記載 例(設置各自、料金負担も各自)  
(設置各自、料金負担も各自)

## 2. 共同利用設備等

設備等	設備箇所数	合計床面積 (㎡)	設備箇所	想定利用戸数 (戸)	備考
食堂	1	52.43	1階	21	
洗濯室	1	1.93	2階	21	
共同トイレ	1	5.58	1階	21	
相談室	1	7.24	1階	21	

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。

## 別添4

## 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
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>			
訪問介護	有り	1	訪問介護ハートランド・エミシアス我山 東京都杉並区久我山4丁目25番20号
訪問入浴介護	無し		
訪問看護	有り	1	訪問看護ステーション悠楽々東京 東京都杉並区久我山4-2-25
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	無し		
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	1	ハートランド足立 東京都足立区堀之内2丁目8番7号
福祉用具貸与	無し		
特定福祉用具販売	無し		
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>			
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	無し		
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	有り	1	デイサービスハートランド・エミシアス我山 東京都杉並区久我山4丁目25番20号
居宅介護支援	無し		
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>			
介護予防訪問入浴介護	無し		
介護予防訪問看護	有り	1	訪問看護ステーション悠楽々東京 東京都杉並区久我山4-2-25
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	1	ハートランド足立 東京都足立区堀之内2丁目8番7号
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		
<b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b>			
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	無し		
介護予防支援	無し		
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>			
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		

説明年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

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】 事業者名 株式会社ワイグッドケア  
所在地 埼玉県本庄市寿一丁目25番13号  
代表者名 代表取締役 中島 一郎 ㊞

説明者氏名 \_\_\_\_\_ ㊞ (役職)

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。

【利用者】 氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

【利用者代理人】 氏名 \_\_\_\_\_ ㊞