

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条及び埼玉県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の名称及び所在地等

住宅の名称	はーもにーらいふわかば		
	ハーモニーライフ若葉		
所在地※1	(郵便番号 350-2201)		
	埼玉県鶴ヶ島市2丁目24-27		
連絡先	電話番号	049-286-1011	
	FAX番号	049-286-1012	
	メールアドレス	hl-wakaba@mcp-tsudoj.com	
	ホームページアドレス	"http://www.mcp-net.jp	
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 電車 (東部東上 線 若葉 駅から で 10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	2020年 10月	1日から 2050年 9月 30日まで
	契約の自動更新	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
	抵当権の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
施設に関する権原※2	<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	平成 年 月	日から 平成 年 月 日まで
	契約の自動更新	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	抵当権の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
敷地に関する権原	<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 年 月	日から 平成 年 月 日まで
	契約の自動更新	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
	抵当権の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

(※1)住居表示が決定している場合は住居表示を記載すること。

建築前で、建物の所在、住居表示が決定していない場合は、土地の地番を記載すること。

(※2)施設とは、「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」を指す。

施設の運営者の権原を記載すること。運営者が複数いる場合、規模が最も大きい施設の運営者の権原を記載し、その他の運営者の権限について、入居者へ説明すること。

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	めでいかる・けあ・ぷらんにんぐかぶしがいいしゃ		
	メディカル・ケア・プランニング株式会社		
住所 (法人にあっては 主たる事務所)	(郵便番号 134-0081)		
	東京都江戸川区北葛西1-22-17 電話番号 03-6663-6036		
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	めでいかる・けあ・ぷらんにんぐかぶしがいいしゃじぎょうほんぶ		
	メディカル・ケア・プランニング株式会社事業本部		

事務所の所在地	(郵便番号 331-0812) 埼玉県さいたま市北区宮原町4-16-25 電話番号 048-662-3101
---------	---

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	52	戸
居住部分の規模	(最小)	18.00	m ²
	(最大)	18.60	m ²
構造及び設備	共同利用設備	■ あり □ なし	
	構造	重量鉄骨造	
	■耐火建築物 □準耐火建築物 □その他 ()		
	建築物の延床面積	2128.47 m ²	(うちサービス付き高齢者向け住宅部分 1922.61 m ²)
竣工の年月	2020	年	8月 7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 □ 終身建物賃貸借契約 □ 利用権契約 □ その他 ()
入居契約が賃貸借契約でない場合には、その旨	
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事事が認める者) (「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

事業開始時期	2020	年	10月	1日から
--------	------	---	-----	------

6 利用料金

サービスの種類	提供形態	提供の対価(概算・月額)	
高齢者生活支援サービス	状況把握・生活相談	■ 自ら □ 委託	約 25,000 円
	食事の提供	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない	約 63,000 円
	入浴等の介護	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない	約 円
	調理等の家事	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない	約 円
	健康の維持増進	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない	約 円
その他	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない	約 円	
家賃の概算額	(最低)	約 65,000 円	住戸ごとの内容は別添3のとおり
	(最高)	約 65,000 円	
共益費の概算額	(最低)	約 21,000 円	
	(最高)	約 21,000 円	
敷金の概算額	(最低)	約 195,000 円	家賃の 3月分
	(最高)	約 195,000 円	
前払金※の有無	□ あり ■ なし		
家賃等の前払金の概算額	(最低)	約 円	(最高) 約 円
特定施設入居者生活介護事業所	□ 指定を受けている 介護保険事業所番号 ()		
	□ 指定を受けていない		
地域密着型特定施設入居者生活介護	□ 指定を受けている 介護保険事業所番号 ()		

事業所	<input type="checkbox"/> 指定を受けていない
介護予防特定施設 入居者生活介護事 業所	<input type="checkbox"/> 指定を受けている 介護保険事業所番号 () <input type="checkbox"/> 指定を受けていない
介護サービス情報	(地域密着型) 特定施設入居者生活介護の指定を受けている場合は別紙※のとおり

※「介護サービス情報公表システム」の掲載内容を印刷したもの。

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	65,000円/1カ月 近傍同種の家賃相場を参考に設定
共益費(管理費)	共用設備の維持管理費、共用の消耗品費、事務管理費、水光熱費等
敷金	195,000円
高齢者生活支援サービス	自立の方のみ適用
食費	1日当たり 2,100円×30日で清算
その他	上乗せ人員配置費として設定

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金算定の根拠)

費目	算定根拠
特定施設入居者生活介護に対する自己負担	各自介護保険料の1~3割
特定施設入居者生活介護における人員配置が手厚い場合の介護サービス(上乗せサービス)	通常介護の割合3:1より手厚い介護サービス体制をとっている為

※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。

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

※前払い金を受領していない場合は省略可

※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。

利用料金の支払方式	<input type="checkbox"/> 全額前払い方式	
	<input type="checkbox"/> 一部前払い・一部月払い方式	
	<input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式	
	<input type="checkbox"/> 選択方式 (該当する方式全て選択)	<input type="checkbox"/> 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 月払い方式
年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
入院等による不在時における利用料金(月払い)の取扱	<input type="checkbox"/> 減額なし	
	<input checked="" type="checkbox"/> 日割り計算で減額	
利用料金の改定	条件	<input type="checkbox"/> 不在期間が 日以上の場合に限り日割り計算で減額

7 サービス付き高齢者向け住宅の管理の方法等

管理の方式	<input 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 (法人にあつては 主たる事務所の所在地)	(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 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	

8 サービス付き高齢者向け住宅と併設される高齢者居宅生活支援事業を行う施設 (該当する場合のみ)

施設の名称	提供されるサービスの概要	事業所番号	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

※表に記載された施設、サービスに限らず、介護サービス事業者の選択は自由とする。

9 高齢者居宅生活支援事業を行う者との連携及び協力 (該当する場合のみ)

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな)
事業所の所在地	(郵便番号) 電話番号
連携又は協力の内 容	

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

--

1 1 サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	私達メディカル・ケア・プランニング株式会社はサービス付き高齢者向け住宅の基本方針及び、埼玉県高齢者居住安定確保計画に照らして、適切に運営する事をお約束いたします。
サービスの提供内容に関する特色	皆様が安心して暮らせる、24時間有人管理で、状況把握・生活相談を提供いたします。

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護の指定を受けていない場合は省略。

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービス体制の有無	入居継続支援加算	(I)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
		(II)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	生活機能向上連携加算	(I)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
		(II)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	個別機能訓練加算	(I)	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
		(II)	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	ADL維持等加算	(I)	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
		(II)	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	夜間看護体制加算		<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	若年性認知症入居者受入加算		<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	医療機関連携加算		<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	口腔衛生管理体制加算		<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 type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	科学的介護推進体制加算		<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	障害者等支援加算		<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	LIFEへの登録		<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
	看取り介護加算	(I)	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
		(II)	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	認知症専門ケア加算	(I)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
		(II)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	サービス提供体制強化加算	(I)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
		(II)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
(III)		<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
介護職員処遇改善加算	(I)	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	(II)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	(III)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	(IV)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	(V)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
介護職員等特定処遇改善加算	(I)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	(II)	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<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 type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	<input type="checkbox"/> あり	(介護・看護職員の配置率) : _____		
	<input checked="" type="checkbox"/> なし			

(医療連携の内容)

医療支援	<input checked="" type="checkbox"/> 救急車の手配		
	<input checked="" type="checkbox"/> 入退院の付き添い		
	<input checked="" type="checkbox"/> 通院介助		
	<input type="checkbox"/> その他 ()		
協力医療機関	1	名称	医療法人社団優青会あおぞらクリニック川越
		住所	埼玉県川越市南通町19-2 レジデンスからもも307号室
		診療科目	内科、精神科、皮膚科
		協力内容	訪問診療・定期健康診断
	2	名称	

	住所	
	診療科目	
	協力内容	
協力歯科医療機関	名称	澤田歯科医院
	住所	埼玉県川越市古市場497
	協力内容	口腔衛生・口腔内治療

(入居後に居室を住み替える場合)

入居後に居室を住み替える場合	<input type="checkbox"/> 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 介護居室へ移る場合 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (入居後の身体状況、認知症状態により居室変更)	
判断基準の内容		
手続きの内容	<input checked="" type="checkbox"/> 医師の意見を聞く <input type="checkbox"/> 3か月間の観察期間を置く <input checked="" type="checkbox"/> 本人及び身元引受人の同意を得る	
追加的費用の有無	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
居室賃借権(利用権)の取扱い	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
前払金償却の調整の有無	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	便所の変更	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	浴室の変更	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	洗面所の変更	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	台所の変更	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	収納設備の変更	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	その他の変更	<input type="checkbox"/> あり (変更内容) <input checked="" type="checkbox"/> なし

(入居に関する要件)

入居対象となる者【表示事項】	自立している者	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
留意事項		
事業主体から契約解除を求める場合	解約条項	入居契約書 11条規約
	解約予告期間	入居契約書 11条規約
入居者から契約解除を求める場合	解約条項	入居契約書 12条規約
	解約予告期間	入居契約書 12条規約
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> あり (内容:) <input type="checkbox"/> なし	
入居定員	52名	
その他	体験入居利用可	

1.2 職員体制

(職種別の職員数) ※サービス付き高齢者向け住宅事業(以下「住宅事業」という。)の職員数

職種	職員数(実人数) 40人					常勤換算人数※1
	合計	常勤		非常勤		
		専従	非専従	専従	非専従	
管理者	1	1				1
生活相談員	1	1				1
直接処遇職員	29	9		20		18.5
介護職員	24	8		16		15.3
看護職員	5	1		4		3.2
機能訓練指導員	1	1				1
計画作成担当者	1	1				1
栄養士	0					
調理員	6	3		3		4.6
事務員	1	1				1
その他職員	0					
1週間に常勤の従業者が勤務すべき時間数※1						40 時間

※1 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要

(注1) 併設の介護保険事業所の勤務時間は表に含めない。

(特定施設入居者生活介護等の勤務時間は含む。)

(注2) 常勤・非常勤・専従・非専従について

常勤 …住宅事業にのみ従事し、法人の就業規則等で定める常勤の者。

非常勤 …常勤以外の者。併設の介護保険事業所と兼務する職員は必ず非常勤に該当。

専従 …住宅事業で1つの職種のみで勤務する者。

非専従 …専従以外の者。

(注3) 業務委託により配置される職員がいる場合は、人数の後ろに(委託)と記載すること。

(注4) 常勤換算人数とは、従業者の住宅事業の勤務延時間数を、法人の就業規則等で定める常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、常勤の従業者の人数に換算した人数。

(資格を有している介護職員の人数)

職種	職員数 (実人数) 24 人				
	合計	常勤		非常勤	
		専従	非専従	専従	非専従
社会福祉士	0	0		0	
介護福祉士	13	5		8	
実務研修の修了者	4	2		2	
初任者研修の修了者	7	2		5	
介護支援専門員	0	0		0	

(注1) (職種別の職員数)の介護職員が保有する資格について記入。
(注2) 1人の職員が複数の資格を有している場合、いずれか1つの資格にのみ計上。

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

職種	職員数 (実人数) 人				
	合計	常勤		非常勤	
		専従	非専従	専従	非専従
看護師又は准看護師	0				
理学療法士	0				
作業療法士	0				
言語聴覚士	0				
柔道整復師	0				
あん摩マッサージ指圧師	1	1			

(注1) (職種別の職員数)の機能訓練指導員が保有する資格について記入。
(注2) 1人の職員が複数の資格を有している場合、いずれか1つの資格にのみ計上。

(夜勤を行う職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (17時 45分～ 9時 15分)		
職種	平均人数	最小時人数※
介護職員	2 人	2 人
看護職員	0 人	0 人

※最小時人数は、休憩中の職員も勤務している人数として計上。

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、省略可能)	契約上の職員配置比率【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1.5 : 1 以上 <input type="checkbox"/> 2.0 : 1 以上 <input type="checkbox"/> 2.5 : 1 以上 <input checked="" type="checkbox"/> 3.0 : 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)	2.5 : 1
	外部サービス利用型特定施設の介護サービス提供体制 (該当しない場合、省略可能)	ホームの職員数 _____ 人 訪問介護事業所の名称 _____ 訪問看護事業所の名称 _____ 通所介護事業所の名称 _____

(職員の状況)

管理者	管理者の氏名		丸子 英明								
	職名		施設長								
	他の職務との兼務		<input type="checkbox"/> あり		<input checked="" type="checkbox"/> なし						
	業務に係る資格等		<input checked="" type="checkbox"/> あり								
			<input type="checkbox"/> なし		資格等の名称		介護支援専門員				
		生活相談員		介護職員		看護職員		機能訓練指導員		計画作成担当者	
		常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数		0	0	3	7	1	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数		0	0	3	3	0	0	0	0	0	0
経験年数	1年未満	0	0	1	5	0	0	0	0	0	0
	1年以上3年未満	1	0	6	13	1	4	1	0	1	0
	3年以上5年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	5年以上10年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	10年以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
従業者の健康診断の実施				<input checked="" type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし					

1.3 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	6人
	女性	44人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上75歳未満	0人
	75歳以上85歳未満	19人
	85歳以上	30人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	4人
	要支援2	1人
	要介護1	11人
	要介護2	8人
	要介護3	11人
	要介護4	13人
要介護5	2人	

入居期間	6ヶ月未満	10人
	6ヶ月以上1年未満	6人
	1年以上5年未満	34人
	5年以上10年未満	0人
	10年以上15年未満	0人
	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	89	歳
入居者数の合計	50	人
入居率※	96	%

※ 入居者数の合計を入居定員数で除した割合。
一時不在の者も入居者に含む。

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	1	人	
	社会福祉施設	1	人	
	医療機関	9	人	
	死亡者	3	人	
	その他	0	人	
生前解約の状況	施設側の申し出	0	人	(解約事由の例)
	入居者側の申し出	0	人	(解約事由の例)

1.4 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況)

1	窓口の名称	ハーモニーライフ若葉
	電話番号	049-286-1011
	対応している時間	9:00~18:00
	定休日	なし
2	窓口の名称	メディカル・ケア・プランニング株式会社
	電話番号	048-662-3101
	対応している時間	9:00~18:00
	定休日	-
3	窓口の名称	鶴ヶ島市健康福祉部
	電話番号	049-271-1111
	対応している時間	8:30~17:15 (平日)
	定休日	なし
4	窓口の名称	埼玉県国民健康保険団体連合会
	電話番号	049-973-2118
	対応している時間	-
	定休日	-
5	窓口の名称	埼玉県福祉部高齢者福祉課
	電話番号	048-830-3254
	対応している時間	-
	定休日	-

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

損害賠償責任保険の加入状況	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) あいおいニッセイ同和損害保険加入
	<input type="checkbox"/> なし	
賠償すべき事故が発生したときの対応	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) ①関係各所へ事故報告 ②速やかに賠償対応
	<input type="checkbox"/> なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	<input checked="" type="checkbox"/> あり	実施内容	随時
		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	
		評価機関名称	
		結果の開示	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<input checked="" type="checkbox"/> なし		

1.5 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	<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
----------	--	-----------------------------------	----------------------------------

管理規程	<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
事業収支計画書	<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
財務諸表の要旨	<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
財務諸表の原本	<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

16 その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> あり (開催頻度) 年 回	
	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> 代替措置あり (内容)
	<input type="checkbox"/> 代替措置なし	
提携ホームへの住み替え※	<input type="checkbox"/> あり (提携ホーム名:) <input checked="" type="checkbox"/> なし	
高齢者の居住の安定確保に関する法律第5条第1項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
埼玉県有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
	<input type="checkbox"/> あり	(その内容)
※提携ホームとは、(介護予防) 特定施設入居者生活介護の指定を受けている提携施設を指す。		

- (添付資料)
- 別添1 (役員名簿 (法第6条第1項第3号に該当する者))
 - 別添2 (役員名簿 (法第6条第1項第4号に該当する者))
 - 別添3 (住宅の規模並びに構造及び設備等)
 - 別添4 (サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの概要)
 - 別添5 (サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービス一覧表)
 - 別添6 (事業主体が埼玉県内で実施する事業所一覧)

説明年月日

令和 年 月 日

____様に対して、ハーモニーライフ若葉契約書及び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

所在地

代表者名

説明者氏名

私は上記事業者から、ハーモニーライフ若葉契約書及び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

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			
1	18.00	×	○	○	×	○	×	44	1階全て居室。2階、3階の下記以外の居室。	65,000円
1	18.60	×	○	○	×	○	×	8	2階:201、206、217、218 3階:301、306、317、318	65,000円

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

(1) 共同利用設備

設備等	整備箇所数	合計床面積 (㎡)	整備箇所	想定 利用戸数 (戸)	利用方法
食堂	3	210.81	1階南側 2階北側	52	ご自由にお使い下さい。
浴室	3	29.91	1階、2階、 3階北東側	52	職員がお声掛けして誘導しております。 月～土9:00～12:00で使用しております。
脱衣室	3	46.90	1階、2階、 3階北東側	52	職員がお声掛けして誘導しております。 月～土9:00～12:00で使用しております。
共用トイレ	4	21.01	1階西側 2階、3階 中央	52	ご自由にお使い下さい。
洗濯室	3	33.34	1階西側 2階、3階 北東側	52	9:00～18:00 ご自由にお使い下さい。
待合コーナー	1	10.37	1階中央	52	9:00～18:00 ご自由にお使い下さい。
台所	1	26.13	1階東側	52	厨房キッチン
機械浴室	1	18.37	1階北側	52	職員がお声掛けして誘導しております。 月～土9:00～12:00で使用しております。

注1)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。

(2) 消防用設備・その他設備

消火器	■ あり	□ なし
自動火災報知設備	■ あり	□ なし
火災通報設備	■ あり	□ なし
スプリンクラー	■ あり	□ なし
防火管理者	■ あり	□ なし
防災計画	■ あり	□ なし
エレベーター	■ あり	(■車椅子対応 ■ストレッチャー対応)
	□ なし	

別添4

サービス付き高齢者向け住宅で提供するサービスの概要

1. 状況把握及び生活相談サービスの内容

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する <input type="checkbox"/> 委託する			
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)			
	住所 (法人にあつては主たる事務所の所在地)	(郵便番号)			
サービスを提供する法人等の別		<input type="checkbox"/> 医療法人 <input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> 指定介護予防サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定居宅サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定地域密着型サービス事業者 <input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の法人等			
サービスを提供する者の人数	<input type="checkbox"/> 医師	人員	人	<input type="checkbox"/> 社会福祉士	人員
	<input type="checkbox"/> 看護師	人員	3人	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員	人員
	<input type="checkbox"/> 准看護師	人員	2人	<input type="checkbox"/> 養成研修修了者	人員
	<input type="checkbox"/> 介護福祉士	人員	13人	<input type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員
常駐する場所		<input checked="" type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地 <input type="checkbox"/> 近接する土地 (所在地)			
常駐する日		<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> 次の期間を除く(
常駐する時間	日中	9 時	00分	~	18 時 00分 人員
	上記以外の時間	18 時	00分	~	9 時 00分 人員
毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法		<input type="checkbox"/> 入居者から居住部分への訪問を希望する旨の申出があった場合は、当該居住部分への訪問(に常駐する場合のみ) 毎日			
緊急通報サービスの内容	提供時間	常駐する日	0時 0 分 ~ 24 時		
		上記以外の日	<input type="checkbox"/> 24時間		
	通報方法				
	通報先	通報先から住宅までの到着予定時間			
サービス提供の対価(概算額)	月額	約	円	前払金の算定方法	
	前払金	約	円		
備考					

2. 食事の提供サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する <input type="checkbox"/> 委託す		
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)		
	住所 (法人にあつては主たる事務所の所在地)	(郵便番号)	電話番号	
	住所 (法人にあつては本業務に係る事業所の所在地)	(郵便番号)	電話番号	
食事提供を行う場所		<input checked="" type="checkbox"/> 食堂 <input type="checkbox"/> 各居住部分 <input type="checkbox"/> その他(
提供方法	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他(
	内容	<input checked="" type="checkbox"/> 3食 <input type="checkbox"/> 入居者が選択 <input type="checkbox"/> 次の食事は提供しない(
	調理等	<input checked="" type="checkbox"/> 厨房で調理 <input type="checkbox"/> 配食サービスを利用 <input type="checkbox"/> その他(
サービス提供の対価(概算額)	月額※	約 63,000 円	内訳	朝食 500 円 昼食 800 円 夕食
	前払金	約 円	前払金の算定方法	
備考	その他、管理規定の通りとなります。皆様が安心して暮らせる、24時間有人管理で状況把握・生サービスを提供いたします。			

※サービス提供の対価を月額で設定していない場合は、30日間利用した場合の金額を記載すること。

3. 入浴、排せつ、食事等の介護サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する			<input type="checkbox"/> 委託す
委託する 場合の 委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)			
	住所 (法人にあつては主たる 事務所の所在地)	(郵便番号)	電話番号		
	住所 (法人にあつては本業務 に係る事業所の所在地)	(郵便番号)	電話番号		
提供方法	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他(
	内容	<input checked="" type="checkbox"/> 入浴介護 <input checked="" type="checkbox"/> 排せつ介護 <input checked="" type="checkbox"/> 食事介護 <input type="checkbox"/> その他 (
サービス提供の 対価(概算額)	月額	約	円	前払金の 算定方法	
	前払金	約	円		
備考	介護保険の特定施設入居者生活介護となります。				

4. 調理、洗濯、掃除等の家事サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する			<input type="checkbox"/> 委託す
委託する 場合の 委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)			
	住所 (法人にあつては主たる 事務所の所在地)	(郵便番号)	電話番号		
	住所 (法人にあつては本業務 に係る事業所の所在地)	(郵便番号)	電話番号		
提供方法	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他(
	内容	<input type="checkbox"/> 調理 <input checked="" type="checkbox"/> 洗濯 <input checked="" type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> その他 (
サービス提供の 対価(概算額)	月額	約	円	前払金の 算定方法	
	前払金	約	円		
備考	介護保険の特定施設入居者生活介護となります。				

5. 健康の維持増進サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する			<input type="checkbox"/> 委託す	
委託する 場合の 委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)				
	住所 (法人にあつては主たる 事務所の所在地)	(郵便番号)			電話番号	
	住所 (法人にあつては本業務 に係る事業所の所在地)	(郵便番号)			電話番号	
提供方法		提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他(
		内容	<input checked="" type="checkbox"/> 健康相談 <input checked="" type="checkbox"/> 血圧等の測定 <input type="checkbox"/> 定期検診 <input type="checkbox"/> 通院等の付			
サービス提供の 対価(概算額)		月額	約	円	前払金の 算定方法	
		前払金	約	円		
備考		介護保険の特定施設入居者生活介護となります。				

6. その他のサービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		<input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する			<input type="checkbox"/> 委託す	
委託する 場合の 委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)				
	住所 (法人にあつては主たる 事務所の所在地)	(郵便番号)			電話番号	
	住所 (法人にあつては本業務 に係る事業所の所在地)	(郵便番号)			電話番号	
提供方法		提供日	<input type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他(
		内容				
サービス提供の 対価(概算額)		月額	約	円	前払金の 算定方法	
		前払金	約	円		
備考						

る
人
1 人
人
19 人
)
1 人
2 人
3 回
近接する土地
00分
2 分

る
)
)
)
)
800 円
生活相談

る
)
)

る
)
)

る
)
き添い
)

る
)

別添5

サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービス一覧表

特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無							■ あり	□ なし
サービス内容	特定施設入居者生活介護費で実施するサービス		個別の利用料で実施するサービス				備考	
			包含 ※1	都度 ※2	料金（税込）			
介護サービス								
食事介助	■ あり	□ なし	■ あり	□ なし	○	※1		
排泄介助・おむつ交換	■ あり	□ なし	■ あり	□ なし	○	※1		
おむつ代	□ あり	■ なし	■ あり	□ なし		○	実費	
入浴（一般浴）介護・清拭	■ あり	□ なし	■ あり	□ なし	○	○	1080円/1回につき※1 週3回以上希望につき	
特浴介助	■ あり	□ なし	■ あり	□ なし	○	○	1080円/1回につき※1 週3回以上希望につき	
身辺介助（移動・着替え等）	■ あり	□ なし	■ あり	□ なし	○		※1	
機能訓練	■ あり	□ なし	■ あり	□ なし	○		※1	
通院介助	■ あり	□ なし	□ あり	■ なし			自立の方要相談/提携医療機関に限る	
生活サービス								
居室清掃	■ あり	□ なし	■ あり	□ なし		○	660円/1回につき 週2回以上希望につき	
リネン交換	■ あり	□ なし	■ あり	□ なし		○	660円/1回につき 週2回以上希望につき	
日常の洗濯	■ あり	□ なし	■ あり	□ なし		○	660円/1回につき 週2回以上希望につき	
居室配膳・下膳	□ あり	■ なし	■ あり	□ なし		○	660円/1回につき	
嗜好に応じた特別食			■ あり	□ なし		○	実費	
おやつ			□ あり	■ なし			昼食代に含まれる	
理美容サービス			■ あり	□ なし		○	実費	
買物代行	■ あり	□ なし	■ あり	□ なし		○	1320円/1時間につき 通常の利用区域内に限る	
役所手続き代行	□ あり	■ なし	■ あり	□ なし		○	1320円/1時間につき 通常の利用区域内に限る	
金銭・貯金管理	■ あり	□ なし	■ あり	□ なし		○	金銭管理規定による	
健康管理サービス								
定期健康診断	□ あり	■ なし	■ あり	□ なし		○	実費 月2回受診の機会を設けます。	
健康相談	■ あり	□ なし	□ あり	■ なし			自立の方は応相談	
生活指導・栄養指導	■ あり	□ なし	□ あり	■ なし			自立の方は応相談	
服薬支援	■ あり	□ なし	□ あり	■ なし			自立の方は応相談	
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	■ あり	□ なし	□ あり	■ なし			自立の方は応相談	
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	■ あり	□ なし	■ あり	□ なし		○	2,200円/1時間につき 提携医療機関に限る	
入退院時の同行	■ あり	□ なし	■ あり	□ なし		○	2,200円/1時間につき 提携医療機関に限る	
入院中の洗濯物交換・買い物	□ あり	■ なし	■ あり	□ なし		34○	2,200円/1時間につき 提携医療機関に限る	

入院中の見舞い訪問	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし				
-----------	-----------------------------	--	-----------------------------	--	--	--	--	--

※1 「包含」は、複数のサービスをまとめて月額で提供する場合に該当。

※2 「都度」は、サービスごとの利用料が決まっている場合に該当。料金を記載すること。

事業主体が埼玉県内で実施する事業所一覧

介護サービスの種類	箇所数	主な事業所の名称	主な事業所の所在地
<居宅サービス>			
訪問介護	1	ヘルパーステーションつどい南大塚	埼玉県川越市南大塚3-6-7
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	1	ケアセンターつどい南大塚	埼玉県川越市南大塚3-6-9
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	1	ハーモニーライフ大宮	埼玉県さいたま市西区三橋6-322-1
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	1	定期巡回つどい南大塚	埼玉県川越市南大塚3-17-18
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	1	小規模多機能つどい東大沢	埼玉県所沢市東所沢2-16-7
認知症対応型共同生活介護			
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			
居宅介護支援			
<介護予防サービス>			
介護予防訪問介護			
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			
介護予防通所介護			
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	1	ハーモニーライフ大宮	埼玉県さいたま市西区三橋6-322-1
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			
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			

