

有料老人ホーム重要事項説明書

記入者名	森谷 真一	記入年月日	令和1年7月1日
		所属・職名	管理者

1. 事業主体概要

事業主体の名称，主たる事務所の所在地および電話番号その他の連絡先			
事業主体の名称	法人等の種類	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり 株式会社
	名 称	(ふりがな) かぶしきがいしゃ さぼーとらいふ 株式会社 サポートライフ	
事業主体の主たる 事務所の所在地	〒 041-0808 北海道函館市桔梗1丁目14番1号		
事業主体の連絡先	電話番号	0138-46-0255	
	FAX番号	0138-46-0221	
	ホームページアドレス	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
事業主体の代表者の 氏名および職名	氏 名	阿部 智晶	
	職 名	代表取締役	
事業主体の設立年月日	平成7年5月19日		

事業主体が函館市内で実施する他の介護サービス				
介護サービスの種類		事業所の名称		所在地
<居宅サービス>				
訪問介護	あり	なし		
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし		
訪問リハビリテーション	あり	なし		
居宅療養管理指導	あり	なし		
通所介護	あり	なし		
通所リハビリテーション	あり	なし		
短期入所生活介護	あり	なし		
短期入所療養介護	あり	なし		
特定施設入居者生活介護	あり	なし	泰安の郷和華竹	小樽市若竹町26番1号
福祉用具貸与	あり	なし		
特定福祉用具販売	あり	なし		
<地域密着型サービス>				
定期巡回・随時訪問介護・看護	あり	なし	ホームケア定期巡回・随時 対応型訪問介護看護	函館市神山町246番1
夜間対応型訪問介護	あり	なし		
認知症対応型通所介護	あり	なし		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	泰安の郷海願	函館市海岸町9番30号
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者 生活介護	あり	なし		
複合型サービス	あり	なし		
居宅介護支援	あり	なし		
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	なし		
介護予防訪問入浴介護	あり	なし		
介護予防訪問看護	あり	なし		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし		
介護予防通所介護	あり	なし		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし		
<地域密着型介護予防サービス>				
介護予防認知症対応型通所介護	あり	なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	泰安の郷海願	函館市海岸町9番30号
介護予防支援	あり	なし		
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	あり	なし		
介護老人保健施設	あり	なし		
介護療養型医療施設	あり	なし		

2. 施設概要

施設の名称, 所在地および電話番号その他の連絡先		
施設の名称	(ふりがな) たいあんのさと ふなみ 泰安の郷 舟海	
施設の所在地	〒040-0055 北海道函館市船見町5番20号	
施設の連絡先	電話番号	0138-24-0088
	FAX番号	0138-23-6888
	ホームページ	なし
	アドレス	あり
施設の開設年月日	平成16年9月13日	
施設の管理者の氏名 および職名	氏名	森谷 真一
	職名	管理者
施設までの主な利用交通手段		
市電・函館バス及び自家用車		
施設の類型および表示事項	介護付 (一般型特定施設入居者生活介護)	
介護保険事業所番号	0171401292	
特定施設入居者生活介護の事業の開始年月日または開始予定年月日, 指定または許可を受けた年月日 (指定または許可の更新を受けた場合にはその年月日)		
事業の開始 (予定) 年月日	平成16年9月13日	
指定の年月日	平成16年9月13日	
指定の更新年月日	平成22年8月20日	

3. 従業者に関する事項

職種別の従業者の人数およびその勤務形態						
有料老人ホームの従業者の人数およびその勤務形態						
実 人 員	常 勤		非常勤		合 計	常勤換算 人数
	専 従	非専従	専 従	非専従		
施設長		1			1	0.5
生活相談員	1				1	1.0
看護職員	2				2	2.0
介護職員	10	5	9	1	25	17.0
機能訓練指導員	2				2	2.0
計画作成担当者	1				1	1.0
栄養士					業務委託	
調理員					業務委託	
事務員	2	1			2.5	2.5
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数						35時間
※ 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。						
従業者である介護職員が有している資格						
延べ人数	常 勤		非常勤			
	専 従	非専従	専 従	非専従		
社会福祉士						
介護福祉士	10	2	1			
介護職員基礎研修						
訪問介護員1級						
〃 2級						
〃 3級						
介護支援専門員	1					
従事者である機能訓練指導員が有している資格						
延べ人数	常 勤		非常勤			
	専 従	非専従	専 従	非専従		
理学療法士	1					
作業療法士						
言語聴覚士						
看護師および准看護師						
柔道整復士	1					
あん摩マッサージ指圧師						
宿直を行う看護職員および介護職員の人数						
人数	夜勤帯平均時間 (22時～ 翌9時)		最少時人数 (休憩者等を除く)			
看護職員			0			
介護職員			2			

特定施設入居者生活介護の提供に当たる従業者の人数およびその勤務形態						
実人員	常 勤		非常勤		合 計	常勤換算 人数
	専 従	非専従	専 従	非専従		
生活相談員	1	1			2	1.5
看護職員	2				2	2.0
介護職員	10	5	9	1	25	17.0
機能訓練指導員	2				2	2.0
計画作成担当者	1				1	1.0
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数						35時間
※ 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。						
従業者である介護職員が有している資格						
延べ人数	常 勤		非常勤			
	専 従	非専従	専 従	非専従		
社会福祉士						
介護福祉士	10	2	1			
介護職員基礎研修						
訪問介護員 1 級						
2 級						
3 級						
介護支援専門員	1				1	
従事者である機能訓練員が有している資格						
延べ人数	常 勤		非常勤			
	専 従	非専従	専 従	非専従		
理学療法士	1					
作業療法士						
言語聴覚士						
看護師および准看護師						
柔道整復士	1					
あん摩マッサージ指圧師						
管理者の他の職務との兼務の有無						
管理者が有している当該業務に係る資格等	なし	あり	資格等の名称 介護福祉士			
特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護職員および介護職員の常勤換算方法による人数の割合						3 : 1

従業者の当該介護サービスに係る業務に従事した経験年数等

	看護職員		介護職員		生活相談員	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数			1	1		
前年度一年間の退職者数			2			
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数			1	1		
1年以上3年未満者の人数	2		4	4		
3年以上5年未満者の人数			2	3	1	
5年以上10年未満者の人数	1		6			
10年以上の者の人数						
	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
前年度1年間の採用者数	1					
前年度一年間の退職者数						
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数						
1年以上3年未満者の人数	2					
3年以上5年未満者の人数						
5年以上10年未満者の人数					1	
10年以上の者の人数						
従業者の健康診断の実施状況				あり		なし

4. サービスの内容

施設の運営に関する方針		
<p>有料老人ホームが社会的に重要な責任を有する事業である事を自覚し、まずは何よりも経営体の維持存続に努め、入居者の生活ニーズに沿ったサービスを形成して、快適で安全な生活環境の創造に努めるとともに、社会的文化的ニーズに対する責任を果たす。この使命達成のため、福祉の精神を忘れる事なく、常に自らの廉潔を保持し、自治の精神に基づく自由なる発想と創意工夫による健全な事業経営を行うとともに、老人福祉法等の関連諸法令を遵守し、いやしくも入居者の基本的人権を侵害し、あるいは品位を損ない公序良俗に反することのないよう事業を営むものである。同時に、常に職員の資質向上に努め、有料老人ホーム事業の発展に日夜努めていく。ことに高齢者に対するリハビリテーションを強化していつまでも健康に暮らせるサービスを提供し、高齢者の社会参加と自立を支援していくため、ショートステイ、デイサービス等、利用者の多様なニーズに対応した総合的生活支援ゾーンの確保を将来進めていくものである。</p>		
介護サービスの内容, 利用定員等		
個別機能訓練の実施（介護報酬の加算）の有無	なし	あり
夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無	なし	あり
医療機関連携加算（介護報酬の加算）の有無	なし	あり
看取り介護加算（介護報酬の加算）の有無	なし	あり
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ（介護報酬の加算）の有無	なし	あり
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）（介護報酬の加算）の有無	なし	あり
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	なし	あり
利用者の個人的な選択による介護サービスの実施状況	別紙	
協力医療機関の名称	函館ファミリークリニック、函館中央病院、函館医師会病院 さいとう内科循環器内科医院、	
(協力の内容)	入居者の受診、治療、入院の受け入れ、往診	
協力歯科医療機関	なし	あり ; その名称 函館協会病院
(協力の内容)	入居者の受診、治療及び歯科検診	
要介護時における居室の住み替えに関する事項		
要介護時に介護を行う場所		
介護居室（42室全室）		

入居後に居室を住み替える場合		
一時介護室へ移る場合		
判断基準・手続について		
(その内容)		
追加的費用の有無	なし	あり
居室利用権の取扱い		
(その内容)		
入居一時金償却の調整の有無	なし	あり
従前の居室からの面積の増減の有無	なし	あり
従前の居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	なし	あり
浴室の変更の有無	なし	あり
洗面所の変更の有無	なし	あり
台所の有無	なし	あり
その他の変更の有無	なし	あり
(その内容)		
介護室へ移る場合		
判断基準・手続について		
(その内容)		
追加的費用の有無	なし	あり
居室利用権の取扱い		
(その内容)		
入居一時金償却の調整の有無	なし	あり
従前の居室からの面積の増減の有無	なし	あり
従前の居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	なし	あり
浴室の変更の有無	なし	あり
洗面所の変更の有無	なし	あり
台所の有無	なし	あり
その他の変更の有無	なし	あり
(その内容)		

その他 ()	なし	あり
判断基準・手続について (その内容)		
追加的費用の有無	なし	あり
居室利用権の取扱い (その内容)		
入居一時金償却の調整の有無	なし	あり
従前の居室からの面積の増減の有無	なし	あり
従前の居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	なし	あり
浴室の変更の有無	なし	あり
洗面所の変更の有無	なし	あり
台所の有無	なし	あり
その他の変更の有無 (その内容)	なし	あり
施設の入居に関する要件		
自立している者を対象	なし	あり
要支援の者を対象	なし	あり
要介護の者を対象	なし	あり
留意事項	65歳以上で要介護認定で、要支援1・2及び要介護1～5のいずれかに判定された方。	
契約の解除の内容	他の入居者の生活と心身の健康に重大な影響を及ぼすとき。 その他、契約の条項及び管理規程の条項に違反したとき。	
体験入居の内容	お一人1泊2日 8,400円 (消費税込み)	
入居定員	42名	
その他		

入居者の状況						
入居者の人数（報告に関する計画の基準日の前月末日）						
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
65歳未満	1					1
65歳以上75歳未満				4		4
75歳以上85歳未満	3		2	8	3	13
85歳以上		6	2	3	9	23
	自立	要支援1	要支援2			合計
65歳未満						
65歳以上75歳未満						
75歳以上85歳未満						
85歳以上		1				1
入居者の平均年齢						85.4
入居者の男女別人数	男性	19			女性	23
入居率（一時的に不在となっている者を含む）						100%
前年度の有料老人ホームまたは軽費老人ホームを退去した者の人数						
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
自宅等						
社会福祉施設			1			1
医療機関	1		1	1	1	4
死亡者			1	2	1	4
その他				1		1
	自立	要支援1	要支援2			合計
自宅等						
社会福祉施設						
医療機関		1				1
死亡者						
その他						
入居者の入居期間						
入居期間	6ヶ月未満	6ヶ月以上 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
入居者数	12	5	14	8	3	

施設、設備等の状況

建物の構造	建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物				あり	なし
	建築基準法第2条第9号の2に規定する準耐火建築物				あり	なし
消防用設備等	消火器				あり	なし
	カーテン・カーペット等の防災措置				あり	なし
	自動火災報知設備				あり	なし
	消防機関へ通報する火災報知装置				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
居室の状況	区 分		室 数	人 数	1の居室の床面積	
	居室個室	あり	なし			17.37㎡
	居室相部屋	あり	なし			㎡
						㎡
	一時介護室	あり	なし			㎡
共用便所の設置数	18	うち車椅子等の対応が可能な数			12	
個室便所の設置数	0	うち車椅子等の対応が可能な数				
浴室の設備状況	浴室の数	個 浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴	
		2	1	2		
入居者が調理を行う設備状況					なし	あり
エレベーターの設置状況	1 あり (ストレッチャー対応)			2 あり (車いす対応)		
	3 あり (上記1・2に該当しない)			4 なし		
緊急通報装置の設置状況		なし	一部あり	各居室内にあり		
外線電話回線の設置状況		なし	一部あり	各居室内にあり		
テレビ回線の設置状況		なし	一部あり	各居室内にあり		
施設の敷地に関する事項						
敷地の面積 1509.82㎡						
事業所を運営する法人が所有		なし	一部あり	あり		
抵当権の設定		なし			あり	
貸借 (借地)						
なし	あり	契約期間	始	終		
契約の自動更新				なし	あり	
施設の建物に関する事項						
建物の面積 ㎡ (うち有料老人ホーム部分 ㎡)						
事業所を運営する法人が所有		なし	一部あり	あり		
抵当権の設定		なし			あり	
貸借 (借家)						
なし	あり	契約期間	始	終		
契約の自動更新				なし	あり	

利用者からの苦情に対応する窓口等の状況			
事業主体や施設に設置している利用者からの苦情に対応する窓口			
窓口の名称	管理室		
電話番号	0138-24-0088		
対応している時間	平日	9:00~17:00	
	土曜		
	日曜・祝祭日		
定休日等	土曜・日曜・祝祭日		
上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等			
窓口の名称	①社団法人全国有料老人ホーム協会苦情処理委員会、②市町村、 ③管轄地方裁判所		
電話番号	① 有料老人ホーム協会 (03) 3272-3781 ② 函館市保健福祉部高齢福祉課 (0138) 21-3025		
対応している時間	平日	① 10:00~16:00 ②8:45~17:30	
	土曜	休み	
	日曜・祝祭日	休み	
定休日等			
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			
なし	<input checked="" type="radio"/>	(その内容) 施設賠償責任保険	
その他、介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応に関する			
なし	<input checked="" type="radio"/>	(その内容) 事業者は、サービスの提供により入居者に賠償すべき事故が発生した場合には、天災地異等不可抗力による場合を除き、誠意を持って損害賠償を行います。ただし、当該事故の発生につき、入居者の側に重大な過失がある場合は、損害賠償の額を減じることができます。	
サービスの提供内容に関する特色等			
(その内容) 御本人や御家族の思いを取り入れたケアプランを作成し、その方の持っている力を失わず、残された機能を活かしていつまでもその人らしく自立した生活が出来るよう支援いたします			
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、意見箱等利用者等の意見等を把握する取組の状況			
なし	<input checked="" type="radio"/>	実施した年月日	平成16年9月13日 投書箱設置
		当該結果の開示状況	なし <input checked="" type="radio"/>
第三者による評価の実施状況			
なし	<input checked="" type="radio"/>	実施した年月日	平成23年8月23日
		実施した評価機関の名称	有限会社 ライフラインング
		当該結果の開示状況	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり

5. 利用料金

利用料の支払い方式	(1) 前払い方式	<input checked="" type="radio"/> (2) 月払い方式	(3) 選択方式
敷金	1階 144,000円、2階 174,000円、3階 204,000円 (家賃の3ヶ月分) 但し、生活保護受給者は90,000円とする。		
(1) 前払い方式			
前払金および月単位で支払う利用料			
年齢に応じた金額設定	<input checked="" type="radio"/> なし		あり
要介護状態に応じた金額設定	<input checked="" type="radio"/> なし		あり
料金プラン			
プラン名称	前払金	月額計	(内訳)
			家賃相当額 介護費用 食費 光熱水費 管理費
※介護保険サービスの自己負担額は含まない。			
算定根拠	家賃相当額		
	介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。	
	食費		
	光熱水費		
	管理費		
	前払金		
前払金の償却に関する事項			
償却開始の設定	入居日		
初期償却率 (%)			
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			
権利金等(※)の額			
(※)平成24年3月31日までに老人福祉法第29条第1項の規定により届出がされた施設に限る。			
償却年月数 (想定居住期間)			
契約期間終了時返還金の算定方法および返還金の例			
保全措置の実施状況	なし	あり	(保全先)
三月以内の契約終了による返還金について			
三月の起算日	入居日		
契約終了日までの利用期間に係る利用料および原状回復のための費用の算定方法			
前払金の支払方法			

(2) 月払い方式

月単位で支払う利用料

年齢に応じた金額設定	なし	あり
要介護状態に応じた金額設定	なし	あり

料金プラン

プラン名称	月額	(内訳)				
		計	家賃額相当額	介護費用	食費	光熱水費
1階	137,500円	48,000円		51,900円	13,000円	24,600円
2階	147,500円	58,000円		51,900円	13,000円	24,600円
3階	157,500円	68,000円		51,900円	13,000円	24,600円
生活保護受給者	88,020円	30,000円		30,420円	13,000円	14,600円

※介護保険サービスの自己負担額は含まない。

家賃相当額	各階により景観が違う為。 但し生活保護者は30,000円
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
食費	朝食433円、昼食594円、夕食703円 日額1,730円×30日計算の場合。 ※但し、生活保護受給者は朝食200円、昼350円、夜464円 日額1,014円×30日計算の場合。
光熱水費	入居者が使用する水道・電気等や共有スペースで使用する水道・電気等の金額を人数で算定した金額。但し9月～翌5月迄は暖房料17,000円増し (生活保護受給者 要介護1～2は 9月～5月迄は暖房費12,540円増し) (生活保護受給者 要介護3～5は 9月～5月迄は暖房費16,310円増し)
管理費	施設維持費19,600円 (施設清掃費、機械設備保守管理費、日常生活費 共用部分及び備品管理費、寝具一式、リネン交換) (但し生活保護受給者は12,100円) 修繕費5,000円 (共用部分及び備品の修繕費) (但し生活保護受給者は2,500円)

(3) 選択方式

介護保険サービスの自己負担額

内容	※要介護度に応じて介護費用の1割を徴収する。
----	------------------------

人員が手厚い場合の介護サービス (再掲)

	なし	あり
--	----	----

内容

利用料 円 (月額 ・ 日額)

算定根拠

支払方法 月単位 (日割りの有無 あり ・ なし)

利用者の個別的な選択による生活支援サービス料

個別的な選択による生活支援サービス	なし	あり
-------------------	----	----

算定根拠

料金改定の手続

--	--	--

6. 入居希望者への事前の情報開示

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

7. その他

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	あり	なし
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項		
なし		
あり	(その内容)	

添付書類：「介護サービス等の一覧表」

入居者 _____様

説明年月日 令和 年 月 日

説明者 _____

※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

同意年月日 令和 年 月 日

利用者署名 _____

身元引受人署名 _____

