

サービス付き高齢者向け住宅 福寿庵 重要事項説明書

記入者名	前川 諒平	記入年月日	令和元年7月1日
		所属・職名	管理者兼生活相談員

1. 設置者概要

設置者の名称，所在地および連絡先		
設置者の名称	法人等の種類	なし <input checked="" type="radio"/> あり : 株式会社
	名称	(ふりがな) かぶしがいしゃ さぼーとらいふ 株式会社 サポートライフ
設置者の所在地	〒041-0808 函館市桔梗1丁目14番1号	
設置者の連絡先	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="radio"/> あり : http://supportlife1995.co.jp
	設置者の氏名および職名	氏名 阿部 智晶 職名 代表取締役
設置者の設立年月日	平成7年5月19日	

設置者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	
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事業所 函館市神山町246番
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	
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	
看護小規模多機能型居宅介護	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	泰安の郷 舟海 函館市舟見町5番20号
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	
介護予防・日常生活支援総合事業	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		
介護医療院	あり	なし		

2. 施設概要

施設の名称, 所在地および連絡先	
施設の名称	(ふりがな) さーびすつきこうれいしやむけじゅうたく ふくじゅあん サービス付き高齢者向け住宅 福寿庵
施設の所在地	〒040-0075 函館市万代町1番7号
施設の連絡先	電話番号 0138-83-1355
	FAX番号 0138-83-1356
	ホームページ なし
	アドレス あり : http://supportlife1995.co.jp
施設の開設年月日	平成25年11月4日
施設長の氏名	管理者 前川諒平
施設までの主な利用交通手段	
市営バス (万代町停留所より徒歩3分)	
施設の類型および表示事項	
類型	住宅型有料老人ホーム
表示事項	居住の権利形態：利用権方式 支払い方式：月払い方式 入居時の要件：自立・要支援・要介護 介護保険：在宅サービス利用可 居室区分：全室個室 その他：
介護保険事業所番号	
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25年11月4日
指定の年月日	
指定の更新年月日	

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		
施設長兼生活相談員	1				1	1.0
生活相談員	1				1	1.0
看護職員						
介護職員						
機能訓練指導員						
計画作成担当者						
栄養士						
調理員	2		2		4	3.4
事務員			1			0.8
その他従事者			2		2	1.2
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数					8	
※ 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						
実務者研修						
介護職員初任者研修						
介護支援専門員						
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						
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						
あん摩マッサージ指圧師						
はり師						
きゅう師						
夜勤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 (時～ 時)		最少時人数 (休憩者等を除く)			
看護職員						
介護職員						

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						
看護職員						
介護職員						
機能訓練指導員						
計画作成担当者						
その他従事者						
1 週間のうち、常勤の従事者が勤務すべき時間数						
※ 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						
実務者研修						
介護職員初任者研修						
介護支援専門員						
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						
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						
あん摩マッサージ指圧師						
はり師						
きゅう師						
施設長の他の職務との兼務の有無						
施設長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						

従業員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						
前年度1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						
3年以上5年未満者の人数						
5年以上10年未満者の人数						
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		
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						
3年以上5年未満者の人数						
5年以上10年未満者の人数						
10年以上の者の人数						
従業員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			
介護サービスの内容, 利用定員等			
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	
特定施設入居者生活介護の加算体制の有無			
入居継続支援加算	あり	なし	
生活機能向上連携加算	あり	なし	
個別機能訓練加算	あり	なし	
夜間看護体制加算	あり	なし	
若年性認知症入居者受入加算	あり	なし	
医療機関連携加算	あり	なし	
口腔衛生管理体制加算	あり	なし	
栄養スクリーニング加算	あり	なし	
退院・退所時連携加算	あり	なし	
看取り介護加算	あり	なし	
認知症専門ケア加算 (I)	あり	なし	
認知症専門ケア加算 (II)	あり	なし	
サービス提供体制強化加算 (I) イ	あり	なし	
サービス提供体制強化加算 (I) ロ	あり	なし	
サービス提供体制強化加算 (II)	あり	なし	
サービス提供体制強化加算 (III)	あり	なし	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	あり	なし	
協力医療機関の名称	函館渡辺病院・さいとう内科循環器内科医院・藤原眼科 函館西部脳神経クリニック・函館ファミリークリニック 国立病院機構函館病院 (皮膚科)		
(協力の内容)	入居している者が発病などによる診療治療の必要が生じた時は、解決の為の協力を求める事が出来る。		
協力歯科医療機関	なし	あり	その名称：社会福祉法人北海道社会事業協会函館病院
(協力の内容)	入居しているものが発病などによる診療治療の必要が生じた時は、解決の為の協力を求める事が出来る。また、協力を求められた時には往診による診療及び治療を行う。緊急時については施設において診療及び治療を行い、入院を含めた適切な対応を取る。		
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			
居室内にて介護を行う。			

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)		
前払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)		
前払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)		
前払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等		
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	年齢が60歳以上の方。夫婦の場合はどちらかが60歳以上。 原則としてご自分で身の回りのことが出来る方。	
契約の解除の内容	1、入居者が死亡した時。 2、事業者からの契約解除条項に基づいて解除を通告し、予告期間が満了した時（予告期間 60日） 事業者は入居者が次のいずれかに該当し、且つその事が入居契約をこれ以上将来にわたって維持する事が社会通念上著しく困難と認められる場合に、契約を解除する場合がある。 ・入居申込書に虚偽の事項を記載するなどの不正手段により入居した時 ・月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、3ヶ月以上滞納する時。 ・運営規定により禁止または制限される行為の規定に違反した時。 ・入居者の行動が、他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがある時。 ・入居者からの解約条項に基づき解約を行った時。	
設置者からの解約	解約条項	入居契約書 第11条第1項から第6項による
	解約予告期間	民法 第617条第1項による
入居者からの解約	解約予告期間	入居契約書 第12条第1項および2項による
体験入居の内容	1	あり (内容：体験期間やサービスの内容は相談に応じて検討)
	2	なし
入居定員	40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			2
65歳以上75歳未満	1		1	1		3
75歳以上85歳未満	2	1		1		4
85歳以上	3	6	3	5	3	20
	自立	要支援1	要支援2			合計
65歳未満						
65歳以上75歳未満			1			1
75歳以上85歳未満	1		2			3
85歳以上	1	1	3			5
入居者の平均年齢	87.6歳					
入居者の男女別人数	男性	9人		女性	29人	
入居率（一時的に不在となっている者を含む）						
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	1	3
医療機関	1					1
死亡者						
その他						
	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						
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	2	1	35			

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	34	34	18.50 m ²
	居室相部屋	あり	なし	3	6	37.54 m ²
	一時介護室	あり	なし			m ²
共用便所の設置数	4	うち車椅子等の対応が可能な数		1		
個室便所の設置数	37	うち車椅子等の対応が可能な数		37		
浴室の設備状況	浴室の数	個 浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴	
		4	0	1	0	
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		1,173.24 m ²				
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		なし	あり		
貸借 (借地)						
なし	あり	契約期間	始	平成25年 10月1日	終	平成50年 9月30日
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		454.08 m ² (うち有料老人ホーム部分 454.08 m ²)				
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		なし	あり		
貸借 (借家)						
なし	あり	契約期間	始	平成25年 10月1日	終	平成50年 9月30日
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			
設置者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	サービス付き高齢者向け住宅 福寿庵 苦情相談窓口		
電話番号	0138-83-1355		
対応している時間	平日	9:00~17:00	
	土曜	9:00~17:00	
	日曜・祝祭日	9:00~17:00	
定休日等	なし		
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、函館市福祉サービス苦情処理委員事務局 2、北海道社会福祉協議会 北海道福祉サービス運営適正化委員会		
電話番号	1、0138-21-3297 2、011-204-6310		
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・日・祝日・年末年始		
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	あり	(その内容) 介護保険社会福祉事業者総合保険（人格侵害保障、経済的損害補償、事故対応費費用の保障）	
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	あり	(その内容) 事業所は、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、天変地異等不可抗力による場合を除き、誠意をもって損害賠償を行う。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出来る。	
サービスの提供内容に関する特色等			
(その内容) 函館の街中に位置し、交通の便も良く、近隣にはスーパーマーケットもあり、ひとりひとりの自分らしい暮らしができる環境。			
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			
なし	あり	実施した年月日	
		当該結果の開示状況	なし あり
第三者による評価の実施状況			
なし	あり	実施した年月日	
		実施した評価機関の名称	
		当該結果の開示状況	なし あり

5. 利用料金

利用料の支払い方式	(1) 前払い方式	(2) 月払い方式	(3) 選択方式
敷金	116,000～196,000円 (家賃の2ヶ月分)		
(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		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	前払金	月額	(内訳)
		計	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 計	(内訳)				
			家賃額 相当額	介護 費用	食費	共益費	基本サービス
Aタイプ	101 102 103 105	152,900円	58,000円	0円	51,000円	38,000円	5,900円
Bタイプ	201 202 203 205 206 207 208 210 211 212	152,900円	58,000円	0円	51,000円	38,000円	5,900円
Cタイプ	301 302 303 305 306 307 308 310 311 312	152,900円	58,000円	0円	51,000円	38,000円	5,900円
Dタイプ	401 402 403 405 406 407 408 410 411 412	152,900円	58,000円	0円	51,000円	38,000円	5,900円
Eタイプ	213 313 413	249,800円	98,000円	0円	102,000円	38,000円	11,800円

※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	家賃
	介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 ※保険外サービスの生活支援サービス一覧は別途定めている。(別紙1参照)
	食費	朝 450円 昼 600円 夕 650円
	光熱水費	電気料、水道料、暖房費(10~4月 17,000円) 施設維持費(清掃費・保守点検費)など
	管理費	安否確認、生活相談など

(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割または2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

運営懇談会にて改定する。

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 _____