

重要事項説明書

		記入年月日	令和5年7月1日
記入者名	原 弘子	所属・職名 取締役	株式会社 ファミリーウェルフェア

1. 事業主体概要

事業主体の名称、主たる事務所の所在地及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	あり
	名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃ ふぁみりーうえるふえあー 株式会社 ファミリーウェルフェア	
事業主体の主たる事務所の所在地	〒016-0014	秋田県能代市落合字下大野70番地30	
	電話番号	0185-53-2624	
事業主体の連絡先	FAX番号	0185-53-2694	
	ホームページアドレス	なし	
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	原 和彦	
	職名	代表取締役	
事業主体の設立年月日	平成18年8月23日		
財務諸表及び事業収支計画書の閲覧		あり	○ なし

事業主体が秋田県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	ショートステイさるびあ		秋田市御所野元町1丁目1-16
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			
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	さるびあ		秋田市仁井田字中新田88
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			
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	ショートステイさるびあ		秋田市御所野元町1丁目1-16
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	さるびあ		秋田市仁井田字中新田88
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	○なし			
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、所在地及び電話番号その他の連絡先		
施設の名称	(ふりがな) ゆうりょうろうじんホーム さるびあ 有料老人ホーム さるびあ	
施設の所在地	〒010-1423	秋田県秋田市仁井田字本町5丁目13-16
施設の連絡先	電話番号	018-893-6236
	FAX番号	018-893-6236
	ホームページ アドレス	なし
施設の開設年月日	平成25年11月1日	
施設の管理者の氏名 及び職名	氏名	桑原美和子
	職名	施設長
施設までの主な利用交通手段		
仁井田本町5丁目バス停留所（北都銀行仁井田支店前）より徒歩3分		
施設の類型及び表示事項	住居の権利形態：利用権方式 利用料の支払い方法：月払い方式 入居時の要件：概60歳以上の要支援、要介護の方	
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又は開始予定年月日、指定又は許可を受けた年月日（指定又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	
	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及びその勤務形態						
有料老人ホームの人数及びその勤務形態						
実人数	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	1
生活相談員						
看護職員						
介護職員	1	1	1		3	2.5
機能訓練指導員						
計画作成担当者						
栄養士						
調理員						
事務員						
その他従業者						
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数						40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	1				1	
介護職員基礎研修		1				
訪問介護員 1級						
2級						
3級						
介護支援専門員	1					
従業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						
看護師及び准看護師						
柔道整復士						
あん摩マッサージ指圧師						
夜勤を行う看護職員及び介護職員の人数						
1人数	夜勤帯平均人数 (17 時～ 9 時)		最少時人数 (休憩者等を除く)			
看護職員						
介護職員		1				1

特定施設入居者生活介護の提供に当たる従業者の人数及びその勤務形態						
実人数	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						
その他従業者						
1週間のうち、常勤の従業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						
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						
従業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						
看護師及び准看護師						
柔道整復士						
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						なし
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			
特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護職員及び介護職員の常勤換算方法による人数の割合						

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		
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		
1年以上3年未満の者の人数						
3年以上5年未満の者の人数						
5年以上10年未満の者の人数			2			
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						
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年未満の者の人数						
3年以上5年未満の者の人数						
5年以上10年未満の者の人数						
10年以上の者の人数						
従業者の健康診断の実施状況				なし	○あり	

4. サービスの内容

施設の運営に関する方針			
快適で心から安心して暮らして頂けるよう、個人の尊厳を大切に、ご利用の皆様の生活をお手伝いさせていただきます。			
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	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	○なし	あり	
利用者の個別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	長谷山内科医院：熊谷内科医院		
(協力の内容)	一般外来、健康診断、往診等		
協力歯科医療機関	○なし	あり	その名称
(協力の内容)			
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			
原則として利用中の居室で行う			

入居後に居室を住み替える場合	○なし	あり
一時介護室へ移る場合	なし	あり
判断基準・手続きについて (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
介護居室へ移る場合	なし	あり
判断基準・手続きについて (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

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）			
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	満60歳以上の要支援、要介護の方		
契約の解除の内容	入居者が契約終了時、又は本契約を将来にわたって維持することが社会通念状著しく困難と認められる場合		
サービス内容、利用料等の変更			
（その変更方法・手続き等）			
変更する場合は運営懇談会を開催し決定する。			
体験入居の内容	1泊2日 朝・昼・夜の3食付を随時実施予定		
運営懇談会の開催状況			
開催回数	1年 4回		
主な内容	施設における入居者の状況、サービス提供の状況。 入居者の意向の確認や意見交換など。		
会議録の閲覧			なし ○あり
入居定員	9人		
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						
65歳以上75歳未満						
75歳以上85歳未満	1	1				2
85歳以上	3	3				6
	自立	要支援1	要支援2	経過的要介護		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	90.6					
入居者の男女別人数	男性		女性		9	
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			2			2
医療機関						
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	3	4			

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				○なし	あり				
	建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物				なし	○あり				
建築年	年建築（年増築）									
構造・階数	木造（一部造）				1階建て					
延床面積	231.4540 m ²									
居室の状況	区分			室数	人数	1の居室の床面積				
	一般居室個室	○あり	なし	9	9	9.94m ²				
	一般居室相部屋	あり	○なし			m ²				
						m ²				
						m ²				
	介護居室個室	あり	○なし			m ²				
	介護居室相部屋	あり	○なし			m ²				
一時介護室	あり	○なし			m ²					
共用便所の設置数	3		うち男女別の対応が可能な数							
			うち車椅子等の対応が可能な数			3				
個室の便所の設置数	0		個室における便所の設置割合							
			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				
	1		1							
その他、浴室の設備に関する事項										
食堂の設備状況										
入居者等が調理を行う設備状況				○なし						あり
その他、共用施設の設備状況										
○なし				あり						（その内容）
バリアフリーの対応状況										
（その内容）										
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				544.58 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		○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										
建物の構造										
建物の延床面積										
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	当ホーム苦情受付窓口		
電話番号			
対応している時間	平日	9:00~17:00	
	土曜	9:00~17:00	
	日曜・祝日	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 秋田市介護保険課 ② 秋田県国民健康保険団体連合会		
電話番号	① 866-8780 ② 862-1550		
対応している時間	平日	8:30から17:15	
	土曜	なし	
	日曜・祝日	なし	
定休日等			
苦情への対応方法			
(その内容) 普段から苦情が出ないよう、待遇やサービス技術に関する向上訓練に努め入居者から苦情を受けた窓口機関の指導助言に従って必要な改善を行う。			
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 type="radio"/> あり	(その内容)	
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こと			
<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり	(その内容)	
サービスの提供内容に関する特色等			
(その内容) 自宅での生活と変わらないよう、安心して過ごして頂ける、暖かな施設を目指しまし。			
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			
なし	<input type="radio"/> 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			
<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> 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	一時金方式	〇月払い方式	選択方式				
敷金	0 円（家賃の 〇ヶ月分）						
一時金方式							
一時金及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	一時金	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	当有料老人ホームの整備に要した費用、地代に相当する額等を基礎として算定					
	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	食材、飲料、おやつ等に相当する額等を算定					
	光熱水費						
	管理費	管理運営業務の遂行に要する経費に相当する額等を算定					
	一時金						
一時金の売却に関する事項							
償却開始日の設定	入居日						
初期償却率（％）				想定居住期間を超えて契約を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。			
売却年月数 （想定居住期間）							
契約終了時返還金の算定方法及び返還金の例							
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及び原状回復のための費用の算定方法							

		一時金の支払方法						
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	家賃相当額	介護費用	食費	光熱水費	管理費
			96,000円	40,000円	0円	36,000円	0円	20,000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	当有料老人ホームの整備に要した費用、地代に相当する額等を基礎として算定。					
		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	食材、飲料、おやつ等に相当する額。					
		光熱水費						
		管理費	管理運営業務の遂行に要する経費に相当する額。					
		一時金						
一時金方式・月払い方式共通								
		介護保険サービスの自己負担額						
		内 容						
		人員配置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						
		支払い方法	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利用料						
		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								
		運営懇談会の意見を聞いた上、改定を行う						

6. 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 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」

※

様

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名

※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。