

重要事項説明書

	記入年月日	平成	年	月	日
記入者名		所属・職名			

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 <input type="checkbox"/> あり: 社会福祉法人
	名称	(ふりがな) たかさかふくしかい 高坂福社会
事業主体の主たる事務所の所在地	〒468-0025	名古屋市天白区高坂町 197-1
	電話番号	052-805-0100
事業主体の連絡先	FAX 番号	052-805-0200
	ホームページアドレス	なし
		<input type="checkbox"/> あり: http://www.takasaka.info/
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	上田 欽市郎
	職名	理事長
事業主体の設立年月日	昭和 62 年 12 月 7 日	

事業主体が愛知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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	訪問介護事務所 高坂苑	名古屋市天白区高坂町 197-1
訪問入浴介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	訪問入浴介護事業所 高坂苑	名古屋市天白区高坂町 197-1
訪問看護	あり	<input type="checkbox"/>		
訪問リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/>		
居宅療養管理指導	あり	<input type="checkbox"/>		
通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	デイサービスセンター 高坂苑	名古屋市天白区高坂町 197-1
通所リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/>		
短期入所生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	ショートステイ 高坂苑	名古屋市天白区高坂町 197-1
短期入所療養介護	あり	<input type="checkbox"/>		
特定施設入居者生活介護	あり	<input type="checkbox"/>		
福祉用具貸与	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	福祉用具貸与事業所 高坂苑	名古屋市天白区高坂町 197-1
特定福祉用具販売	あり	<input type="checkbox"/>		
< 地域密着型サービス >				
夜間対応型訪問介護	あり	<input type="checkbox"/>		
認知症対応型通所介護	あり	<input type="checkbox"/>		
小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/>		
認知症対応型共同生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	グループホーム 高坂苑	名古屋市天白区高坂町 196-1
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	<input type="checkbox"/>		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	<input type="checkbox"/>		
居宅介護支援	あり	<input type="checkbox"/>		
< 居宅介護予防サービス >				
介護予防訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	訪問介護事務所 高坂苑	名古屋市天白区高坂町 197-1
介護予防訪問入浴介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	訪問入浴介護事業所 高坂苑	名古屋市天白区高坂町 197-1
介護予防訪問看護	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防居宅療養管理指導	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	デイサービスセンター 高坂苑	名古屋市天白区高坂町 197-1
介護予防通所リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/>		

介護予防短期入所生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	ショートステイ 高坂苑	名古屋市天白区高坂町 197-1
介護予防短期入所療養介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防福祉用具貸与	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	福祉用具貸与事業所 高坂苑	名古屋市天白区高坂町 197-1
特定介護予防福祉用具販売	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
< 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	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防認知症対応型共同生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	グループホーム 高坂苑	名古屋市天白区高坂町 196-1
介護予防支援	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
< 介護保険施設 >				
介護老人福祉施設	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	特別養護老人ホーム 高坂苑	名古屋市天白区高坂町 197-1
介護老人保健施設	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護療養型医療施設	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		

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) ことぶきしにあはうすひらり 寿シニアハウス平針
施設の所在地	〒468-0011 名古屋市天白区平針三丁目 1503 番地
施設の連絡先	電話番号 052-807-3373
	FAX 番号 052-807-3375
	ホームページ あり : http://www.takasaka.info/
	ドレス なし
施設の開設年月日	平成22年6月1日
施設の管理者の氏名及び職名	氏名 早川 慎司
	職名 施設長
施設までの主な利用交通手段	
地下鉄鶴舞線 平針駅下車 徒歩5分	
施設の類型及び表示事項	類型：住宅型有料老人ホーム 居住の権利形態：利用権方式 利用料の支払い方式：月払い方式 入居時の要件：入居時自立、要支援、要介護 介護保険：在宅サービス利用可 介護居室区分：全室個室
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	平成22年 6月 1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	1.0
生活相談員		1			1	0.5
看護職員			1		1	0.5
介護職員		3	4	5	12	8.0
機能訓練指導員						
計画作成担当者						
栄養士		1				0.5
調理員						
事務員		1				0.5
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 40.0

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		1		
介護福祉士		1		
介護職員基礎研修				
訪問介護員 1級				
2級		1	4	5
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	最少時の人数（宿直の従事者を除いた人数）	1
	平均時の人数	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	
	専従	非専従	専従	非専従	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						1
	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						

従業員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

--	--

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	医療法人 テオリア 城田内科クリニック	
（協力の内容） 診療科目：内科、小児科 協力科目：定期訪問による診察(医療費その他の費用は入居者の自己負担)、予防接種、健康相談、健康診断等		

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
利用者居室または、介護保険施設等

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)

介護居室へ移る場合

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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 規則を守り、他の迷惑にならないようにする。 ・ 共有の施設・設備は他の迷惑にならないよう利用する。 		
契約の解除の内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入居者又は家族から退所の希望があった場合 ・ 入居者が死亡した場合 ・ 入居費用等を2ヶ月にわたり滞納し、その後2ヶ月以内に支払われない場合 ・ 施設の規則を故意に著しく守れない場合 		
体験入居の内容	1ヶ月以内でのご利用であって、費用は食費と家賃相当額を日割りで徴収		
入居定員	43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						
65歳以上75歳未満						
75歳以上85歳未満						
85歳以上						
	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						

入居者の平均年齢

入居者の男女別人数

男性

女性

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						
医療機関						
死亡者						
その他						
	自立	要支援 1	要支援 2	経過的要介護		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						

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	<input checked="" type="checkbox"/> 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
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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	41	18.1 ~ 36.3 m ²
	一般居室相部屋	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		m ²
					m ²
					m ²
	介護居室個室	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		m ²
	介護居室相部屋	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		m ²
					m ²
					m ²
					m ²
共用便所の設置数	5	うち男女別の対応が可能な数			2
		うち車椅子等の対応が可能な数			2
個室の便所の設置数		個室における便所の設置割合			100%
		うち車椅子等の対応が可能な数			100%
浴室の設備状況	浴室の数	個浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴
		3	1		1
その他、浴室の設備に関する事項					

食堂の設備状況	1Fに食堂あり		
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）喫茶、喫煙室、理美容室、洗濯室、寝台用エレベーター	
バリアフリーの対応状況			
（その内容）施設内全般			
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		693.87㎡	
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			
建物の延床面積		1683.21㎡	
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
		H22.6	終
契約の自動更新			なし
			あり
			H47.5

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	社会福祉法人 高坂福祉会		
電話番号	052-805-0100		
対応している時間	平日	8:30~17:30	
	土曜	8:30~17:30	
	日曜・祝日	8:30~17:30	
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	名古屋市天白区役所		
電話番号	052-803-1111		
対応している時間	平日	8:45~17:15	
	土曜	8:45~17:15	
	日曜・祝日	8:45~17:15	
定休日等	土、日、祝・祭日		

サービスの提供により賠償すべき事故が発生した時の対応

損害賠償責任保険の加入状況

なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 東京海上日動火災株式会社
----	--	---------------------

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

なし	<input type="checkbox"/> 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) 個々のライフスタイルに合わせ、自立支援に向けたサービスを実施すると共に、利用者、家族、職員が幸福感を共有できるサービスを心がけます。

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

年齢により一時金の料金が異なる場合		なし		あり	
一時金に関する費用					
居室に要する一時金（一般居室や介護居室、共用部分の利用のための家賃相当額に充当されるもの）		なし		あり	
名称		最低の額		最高の額	
		円		円	
人の入居の場合		円		円	
		円		戸	
名称		最低の額		最高の額	
		円		円	
人の入居の場合		円		円	
		円		戸	
名称		最低の額		最高の額	
		円		円	
人の入居の場合		円		円	
		円		戸	
一時金の償却に関する事項					
償却開始		入居をした月		なし	
		上記以外		あり	
				(その内容)	
初期償却率(%)					
償却年月数					
解約時返還金の算定方法					
保全措置の実施状況		なし		あり	
				(その内容)	
利用者の選定による介護サービス利用料 (人員配置が手厚い場合の介護サービス)		なし		あり	
(「あり」の場合、その内容及び利用料) 「あり」の場合、介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない額に充当するものとしての合理的な積算根拠					
		なし		あり	
名称					
一時金の償却に関する事項					
償却開始		入居をした月		なし	
		サービス提供を開始した月		あり	
		上記以外		(その内容)	
初期償却率(%)					
償却年月数					
解約時返還金の算定方法					
保全措置の実施状況		なし		あり	
				(その内容)	

利用者の個別的な選択による介護サービス利用料		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			
名称			
一時金の償却に関する事項			
償却開始	入居をした月	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
	サービス提供を開始した月	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
	上記以外	(その内容)	
初期償却率(%)			
償却年月数			
解約時返還金の算定方法			
保全措置の実施状況			
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(「あり」の場合、その内容)	
その他に要する一時金		<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			
名称		入居申込金(200,000円) 保証金(250,000円 Aタイプ) (375,000円 Bタイプ 一人使用の場合) (187,500円 Bタイプ 二人利用の場合)	
解約時返還金の算定方法		保証金は、居室の原状回復費用・利用料の未払い分に充当し、残金を返金します。	
保全措置の実施状況			
<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(「あり」の場合、その内容) 保証金は、名古屋銀行平針支店の普通預金にて保全措置します。	
一時金に対する留意事項等			
<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(「あり」の場合、その内容) 入居申込金の返還はありません。	

介護保険給付以外のサービスに要する費用

月額の場合の利用料の額			
管理費	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	タイプA 63,000円 タイプB 63,000円(一人で使用した場合) タイプB 52,500円(二人で使用した場合)
(「あり」の場合、その用途) 施設管理、保守、修繕、事務費、人件費等			
食費	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	47,250円
(「あり」の場合、その内容) 1日 3食(朝、昼、夕)			
水光熱費	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	タイプA 15,750円 タイプB 15,750円(一人で使用した場合) タイプB 10,500円(二人で使用した場合)
利用者の個別的な選択による介護サービス利用料			
人員配置が手厚い場合の介護サービス		<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			
「あり」の場合、介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない額に充当するものとしての合理的な積算根拠		<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
個別的な選択による介護サービス		<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			
家賃相当額	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	タイプA 70,000円 タイプB 100,000円(一人で使用した場合) タイプB 60,000円(二人で使用した場合)
その他に必要な月額利用料		<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			
その他、一時金及び利用料以外に必要な利用料		<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			

添付書類：「介護サービス等の一覧表」

様

説明年月日 平成 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。

・買い物(上記以外の区域) ・役所手続き ・金銭・貯金管理		にて実費利用者負担(交通費含む) 随時(実費徴収)		事業所利用(交通費実費利用者負担) 随時(実費徴収)		事業所利用(交通費実費利用者負担) 随時(実費徴収)
健康管理サービス ・定期健康診断 ・健康相談 ・生活指導・栄養指導 ・服薬支援 ・医師の往診 ・生活リズムの記録(排便・睡眠等)	年1回 随時 随時 月2回		年1回 随時 随時 月2回		医療保険外の費用は利用負担	医療保険外の費用は利用負担
入退院時、入院中のサービス ・医療費 移送サービス 入退院時の同行 ・協力医療機関 ・協力医療機関以外 入院中の洗濯物交換・買い物 入院中の見舞い訪問						
その他のサービス						

注1) 自立、要支援及び要介護状態区分に応じて介護サービス等の一覧表を作成。自立、要支援1・2、要介護～と区分した場合は8区分となるが、一覧表を分かりやすくする観点から、一覧表上サービス内容が同じ表現である場合等は、適宜、複数の区分をまとめることとして差し支えない。

注2) 上記のサービスの項目については、少なくとも記載すべき事項を掲げており、ホームのサービス提供の状況等に応じ、適宜、項目の順序の変更、項目の追加等を行って差し支えないものであること。

注3) 記入にあたっては、回数、費用負担を明らかにすること。

注4) 「その他サービス」欄は、上記以外のサービスを必要に応じて記入すること。