

重要事項説明書

		記入年月日	令和2年7月1日
記入者名	柴田忠和	所属・職名	所長

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 checked="" type="checkbox"/> 営利法人 <input type="checkbox"/> (有限会社)
	名称	(ふりがな) ゆうげんがいしゃ かいごせんたーすみれ 有限会社 介護センターすみれ
事業主体の主たる事務所の所在地	〒473-0904	愛知県豊田市中町蔵前40
事業主体の連絡先	電話番号	0565-53-7060
	FAX番号	0565-53-7060
	ホームページアドレス	<input checked="" type="checkbox"/> なし あり : http://www.kaigosumire.com
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	柴田賢二
	職名	代表取締役
事業主体の設立年月日	平成15年7月16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	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	特定施設老人ホームやほぎ介護センタースマレ	岡崎市大和町字徳御堂 60-1
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>				
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	特定施設老人ホーム岡崎介護センタースマレ	岡崎市細川町字下大針 193-1
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	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		
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) とくていしせつろうじんほーむ とよたかいごせんたーすみれ 特定施設老人ホーム 豊田介護センタースマレ	
施設の所在地	〒473-0904	愛知県豊田市中町蔵前40
施設の連絡先	電話番号	0565-53-7060
	FAX 番号	0565-53-7060
	ホームページ	なし
	ドレス	あり : http://
施設の開設年月日		
施設の管理者の氏名及び職名	氏名	中野由香里
	職名	管理者
施設までの主な利用交通手段		
名鉄三河線竹村駅徒歩 10 分		
施設の類型及び表示事項	介護付有料老人ホーム (一般型特定施設入所者生活介護) 利用権方式	
介護保険事業所番号	第 2373001508 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 16 年 11 月 1 日	
指定の年月日	平成 16 年 10 月 29 日	
指定の更新年月日	平成 30 年 4 月 1 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名			1名	0.50
生活相談員	1名				1名	1.00
看護職員	1名		3名		4名	2.30
介護職員	7名		11名		18名	13.9
機能訓練指導員			1名		1名	0.60
計画作成担当者		1名			1名	0.50
栄養士		1名			1名	
調理員	1名		2名		3名	1.50
事務員					0名	
その他従業者			2名		2名	0.50

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	4名		3名	
介護職員基礎研修				
訪問介護員1級				
2級	1名		5名	
3級				
介護支援専門員		1名		

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			1名	
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）

2名

平均時の人数

2名

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	1名				1名	1.00
看護職員	1名		3名		4名	2.30
介護職員	7名		11名		18名	13.9
機能訓練指導員			1名		1名	0.64
計画作成担当者		1名			1名	0.50
その他従業者			2名		2名	0.50

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	4名		3名	
介護職員基礎研修				
訪問介護員1級				
2級	1名		5名	
3級				
介護支援専門員		1名		

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			1名	
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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	資格等の名称 介護福祉士・介護支援専門員
---------------------	----	----------------------------------------	-------------------------

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 1.00:3.00

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				2名		
前年度1年間の退職者数			1名	2名		
業務に従事した経験年数	/		/		/	
1年未満の者の人数				1名		
1年以上3年未満の者の人数			1名	4名		
3年以上5年未満の者の人数		2名	1名	5名		
5年以上10年未満の者の人数		2名	2名	3名	1名	
10年以上の者の人数	1名		3名	6名		
	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		1名		1名		
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

① 『安心して暮らせるやさしい環境』

当施設では利用者が安心して暮らせるよう、健康の保持増進を図ります。

施設職員が第二の家族を目標に利用者との信頼関係を構築し、『安心して暮らせるやさしい施設』の運営体制を確立する。

② 『自立支援を目標に支え合う体制』

ノーマライゼーションの理念に基づきできる限り利用者の残存能力を生かしていただき自立支援を支え合う運営体制を行う。

③ 『生き生きとした暮らしの実現』

ボランティアや地域住民の方に積極的に参加して頂き、地域社会とコミュニケーションを図ることで社会参加機会の充実を図り、いつまでも生き生きとした生活を送れるような運営体制を行う。

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	<input type="checkbox"/> なし	あり
夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無	<input type="checkbox"/> なし	あり
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	<input type="checkbox"/> 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	青山医院	医院長 青山滋	所在地 豊田市若林西町後口79番地
	なりたクリニック		所在地 愛知県豊田市住吉町上根1-3

(協力の内容) (協力の内容) 科目 内科・小児科
健康診断の実施 急患時・緊急時の対応
利用者が医療に関する協力が必要な場合はこれに対応する。

協力歯科医療機関	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	その名称 加藤歯科医院 医院長 加藤至
----------	----	----------------------------------------	---------------------

(協力の内容)
急患発生時および、緊急時の対応 往診の派遣

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

--

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	介護保険の要支援 1. 2 要介護 1～要介護 5 の認定を受けている方		
契約の解除の内容	<p>下記の各号に該当するときは、状況により相当の予告期間を置いてこの契約の解除をすることができる。</p> <p>①入居申込書、契約書等に虚偽の事項を記載し、その他不正な手段により入居したとき。</p> <p>②利用料等、乙が甲に支払うべき費用等を1ヶ月以上滞納したとき。</p> <p>③利用料等の支払いをしつぱし延滞することにより、その支払い能力がなく且つその延延がこの契約における甲、乙間の信頼関係を著しく害するものであると甲が認めたとき。</p> <p>④長期の不在により、この契約を継続する意思がないと甲が認めたとき。</p> <p>⑤本施設での生活が困難な状態になったとき。</p> <p>⑥共同生活の秩序を乱す行為があったとき。</p>		
体験入居の内容	1泊 ￥5,040		
入居定員	25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				1		1
75歳以上85歳未満		1	3	1		5
85歳以上	4	3	1	3	4	15
	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	3			4

入居者の平均年齢 87.2歳

入居者の男女別人数 男性 9人 女性 16人

入居率（一時的に不在となっている者を含む。） 100%

豊田市外からの転入者数（豊田市外住民登録者を含む。） 2人

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	1					1
社会福祉施設		1				1
医療機関						
死亡者	1	1		1		3
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			1			1
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	3	2	17	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			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
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	0	m 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	25	13.04~14.64 m ²
	介護居室相部屋	あり	なし		m ²
					m ²
					m ²
共用便所の設置数	うち男女別の対応が可能な数			0	
	うち車椅子等の対応が可能な数			4	
個室の便所の設置数	個室における便所の設置割合			0	
	うち車椅子等の対応が可能な数			0	
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		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	<input checked="" type="checkbox"/> あり
その他、共用施設の設備状況			
なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 談話室9・45㎡×1 機能訓練室・食堂 1階 73・23㎡ 事務室35.26㎡ 機能訓練室・食堂 2階 75・08㎡ 健康管理室5.94㎡ 脱衣場 20・65㎡ 浴室 23・60㎡	
バリアフリーの対応状況			
(その内容) 全設備車椅子対応可能			
緊急通報装置の設置状況	なし	<input checked="" type="checkbox"/> 一部あり	各居室内にあり
外線電話回線の設置状況	なし	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 各居室内にあり
施設の敷地に関する事項			
敷地の面積		496㎡	
事業所を運営する法人が所有	<input checked="" type="checkbox"/> なし	一部あり	あり
抵当権の設定		<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり
貸借 (借地)			
なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	契約期間	始 2005年5月 終 2054年5月
契約の自動更新			<input checked="" type="checkbox"/> なし あり
施設の建物に関する事項			
建物の延床面積		961㎡	
事業所を運営する法人が所有	なし	一部あり	<input checked="" type="checkbox"/> あり
抵当権の設定		<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり
貸借 (借家)			
<input checked="" type="checkbox"/> 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	豊田介護センタースマレお客様相談室	
電話番号	0565-53-7060	
対応している時間	平日	午前9時～午後4時
	土曜	午後0時～午後4時
	日曜・祝日	午後0時～午後4時
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	豊田市介護保険課	
電話番号	0565-34-6634	
対応している時間	平日	午前8時30分～午後5時15分
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日等	あり	

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"/>	(その内容) あいおい損害保険 介護保険施設賠償責任保険の保障範囲
----	-------------------------------------	--------------------------------------

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 checked="" type="checkbox"/>	<p>1. (その内容) 特定施設入所者生活介護サービスの提供にあたって、事故が発生した場合には、速やかに家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。</p> <p>2. 事故により入居者様に損害が発生した場合は、施設は速やかにその損害を賠償します。ただし、施設に故意、過失がない場合はこの限りではありません。当該事故発生につき入居者様に重過失がある場合は、損害賠償の額を減額することがあります。</p>
----	-------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

サービスの提供内容に関する特色等

(その内容) 小規模施設を活かした温かみのある施設です。

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

<input checked="" type="checkbox"/>	あり	実施した年月日	
		当該結果の開示状況	<input checked="" type="checkbox"/> あり

第三者による評価の実施状況

<input checked="" type="checkbox"/>	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 <input checked="" type="checkbox"/>

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					
①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	最多価格帯	
	人の入居の場合	円	万円	万円	戸
		最低の額	最高の額	最多価格帯	
	人の入居の場合	円	円	円	戸
		最低の額	最高の額	最多価格帯	
	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	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)	
②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	あり
		サービス提供を開始した月		なし	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)	

③利用者の個別的な選択による介護サービス利用料		なし	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	なし	あり
	サービス提供を開始した月	なし	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	(「あり」の場合、その内容)	
④その他に要する一時金		なし	あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			
名称			
解約時返還金の算定方法			
保全措置の実施状況			
なし	あり	(「あり」の場合、その内容)	
一時金に対する留意事項等			
なし	あり	(「あり」の場合、その内容)	

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		166,920円	
管理費	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	48,600円
(「あり」の場合、その用途) 管理費=1,500円(1日)×30日×消費税=48,600円			
食費	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	38,880円
(「あり」の場合、その内容) 食費=1,200円(1日)×30日×消費税=38,800円			
光熱水費	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	19,440円
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 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	60,000円
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 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。

入退院時、入院中のサービス ・医療費 <input type="checkbox"/> 移送サービス <input type="checkbox"/> 入退院時の同行 ・協力医療機関 ・協力医療機関以外 <input type="checkbox"/> 入院中の洗濯物交換・買い物 <input type="checkbox"/> 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1～V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。