

「軽費老人ホーム ケアハウスA I D A」の入所契約に伴う

重 要 事 項 説 明 書

2 0 2 4, 4, 1

当施設が提供するサービスの内容、その他契約上ご留意いただきたい事項を、「入所契約書」並びに「本重要事項説明書」によりご説明いたします。

1、施設経営法人

- |     |       |                |
|-----|-------|----------------|
| (1) | 法人名   | 社会福祉法人 鶯園      |
| (2) | 法人所在地 | 岡山県津山市瓜生337-1  |
| (3) | 電話番号  | (0868) 26-0888 |
| (4) | 代表者氏名 | 理事長 小林 和彦      |
| (5) | 設立年月日 | 昭和48年1月31日     |

2、施設の概要

(1) 施設の種類

「指定軽費老人ホーム」

(2) 施設の目的

この施設は、60歳以上で身体機能の低下が認められ、又は高齢等のため独立して生活するには不安が認められる方であって、家族と同居できない方及び自炊等に困難不安がある方がご利用いただけます。

当施設は、老人福祉法令に従い、入所者の方に、必要な施設サービスを提供することにより、入所者の方へのケアの充実並びに生活の安定を図ることを目的とします。

(3) 施設の名称 軽費老人ホーム 「ケアハウスA I D A」

(4) 施設の所在地 岡山県美作市井口41-2

(5) 電話番号 (0868) 74-2888

(6) 施設長 小林 弘典

(7) 施設の運営方針

施設サービスの提供に当たっては、入所者の自主性の尊重を基本として入所者の方が明るく心豊かな生活ができるよう食事の提供、相談機能の充実、余暇活動の援助、疾病、災害時の対応等处遇に万全を期すよう努めます。

その施設の運営に当たっては、老人福祉法令等の趣旨及び内容に沿って運営いたします。

(8) 開設年月日 平成7年4月1日

3、職員の配置状況

当施設では、以下の職種の職員を配置しております。

| 職 種     | 員 数（常勤換算） | 指定基準 |
|---------|-----------|------|
| 1、施設長   | 1名（兼務）    | 1 名  |
| 2、事務員   | 1名        | 1 名  |
| 3、生活相談員 | 1名（1、0）   | 1 名  |
| 4、介護職員  | 2名（2、0）   | 1 名  |

（職務内容）

- 1、施設長は、施設に従事する職員の管理及び業務の管理その他施設の運営を統括する。
- 2、事務員は、諸事務を担当する。
- 3、生活相談員は、入所者の日常の相談・助言業務を中心としながら、入所者の快適な生活の援助をする。
- 4、介護職員は、入所者の生活援助及び生活指導に従事する。

（主な職種の勤務体制）

| （職 種）         | （勤 務 体 制）                                                      |
|---------------|----------------------------------------------------------------|
| 生活相談員<br>介護職員 | 標準的な時間帯における最低配置人員<br>日勤 7：30 ～ 16：30 1名<br>遅出 10：00 ～ 19：00 1名 |

4、利用定員 15人

## 5、居室の概要

| 居室・設備の種類 | 室 数 | 備 考  |
|----------|-----|------|
| 居室 1人部屋  | 15室 |      |
| 食 堂      | 1室  |      |
| 浴 室      | 1室  | 介護浴槽 |

## 6. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、入所者に対して以下のサービスを提供します。

### 〔1〕提供するサービス内容

（基本規則）

- ・入所者の処遇については、老人福祉法の理念に基づき、入所者がその心身の状況に応じて快適な日常生活を営むことができるよう配慮いたします。

（相談、助言）

- ・入所者に対しては親身になって各種相談に応じるとともに、適切な助言を行い、必要に応じて行政や介護保険サービス等の実施者と十分な連絡を取り、その有効な利用について積極的に援助を行います。

（食 事）

- ・入所者に対し毎日三食を給し、高齢者に適した食事を提供いたします。
- ・食品の調理、加工及び、献立作成など食事のサービスについては業者に委託

しており、衛生的かつ栄養のバランスに留意しています。

・ 食事時間

|     |              |
|-----|--------------|
| 朝 食 | 8 : 0 0 から   |
| 昼 食 | 1 2 : 0 0 から |
| 夕 食 | 1 7 : 4 5 から |

(入 浴)

- ・ 入浴は隔日以上とし、定められた時間帯（午後 1 : 3 0 ~ 1 6 : 0 0）に入浴できるよう準備を行います。
- ・ 原則として個別の入浴介助は行わないものとします。

(生活援助)

- ・ 入所者に対する日常生活援助は、原則として行わないこととします。
- ・ 入所開始後において、心身の故障等により家事等ができず、又病気等で介護者が必要になった場合は、外部の介護保険サービスが受けられるよう迅速に対応いたします。この場合、所用にかかる費用は入所者の負担とします。

(健康管理)

- ・ 入所者の健康の保持増進を図るため、必要な健康相談を行うとともに保健衛生知識の普及指導に努めます。

(年間行事計画及び日課)

- ・ 入所者が生きがいをもって日常生活を送ることができるよう、買い物や趣味教養娯楽、交流行事その他のサービスを行います。

## 〔2〕 1ヶ月当たりのサービス料金

下記の「利用料」によって提供するサービスに係る合計金額をお支払いいただきます。

※ 下記の表は、一ヶ月を 3 0 日として計算した標準的な金額です。記載した金額が変更となる場合があります。

☆ 施設利用料は、生活費（食事代を含む）、サービスの提供に要する費用、居住に要する費用となります。

☆ 生活費（食事代を含む）について、3 日前までの届出による欠食の場合は、食事代を利用料より差し引かせて頂きます。

朝食 2 5 0 円 昼食 3 5 0 円 夕食 3 5 0 円)

☆ 月途中の入退所の際の利用料は、日割り計算とします。

- |                                                                                   |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----|
| ○理美容のサービスを提供した場合                                                                  | 実 費 |
| ○当施設が負担する以外の医療品類等を提供した場合                                                          | 実 費 |
| ○その他個人が負担することが適当と認められるサービスを提供した場合                                                 | 実 費 |
| * 上記の自己負担を含むサービスを提供する際には、事前に当該サービス内容及び費用をご説明し同意をいただきます。                           |     |
| * 経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相応な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容とその事由についてご説明し同意をいただきます。 |     |

以下のサービスについては、当施設において原則として無料でサービスいたします。

- レクリエーション
- 通院（旧英田町内、旧美作町内に限る）、緊急入院等の移送
- 貴重品の管理（入所者のご希望により、貴重品の管理をいたします。）
  - ・ 管理する金銭の形態：施設の指定する金融機関に預け入れている預貯金通帳と金融機関に届け出の印鑑、年金等

- ・ 出納方法：預金の預け入れ及び引き出しが必要な場合、備え付けの届出書を提出していただきます。

当施設は上記届出の内容に従い、預金の預け入れ及び引き出しを行います。

当施設は出入金の都度、出入金記録を作成し、その写しを入所者または身元引受人へ交付いたします。

### 【 3 】 利用料金の支払い方法

前記【 2 】の料金・費用は、1ヶ月毎に計算しご請求いたしますので、翌月15日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。

|   |                                 |               |     |       |  |
|---|---------------------------------|---------------|-----|-------|--|
| ア | お預かりしている通帳から引き落とし               |               |     |       |  |
| イ | 窓口での現金支払い                       |               |     |       |  |
| ウ | 下記指定口座への振り込み                    |               |     |       |  |
|   | 中国銀行                            | 周匝支店          |     |       |  |
|   | 普通預金                            | 1 1 7 6 2 0 8 |     |       |  |
|   | 名 義                             | ケアハウスA I D A  | 施設長 | 小林 弘典 |  |
| エ | 金融機関の口座より自動振替（中銀・郵便局・J A晴れの国岡山） |               |     |       |  |

## 7. 施設の入所にあたっての留意事項

### 【 1 】 入所時及び入所中の必要事項

○入所者は、施設入所時及び毎年6月に利用料認定（サービスの提供に要する費用）に要する次の書類を事業所へ提出してください。

- ・ 収入額の認定に必要な書類

- イ 前年分の所得税の確定申告書の写し
- ロ 確定申告のない場合は、年金通知書の写し又は所得の源泉徴収票、その他の収入を証明できる書類
- ハ 利用料を縁故者が負担する場合は、その縁故者の収入を証明できる書類。

- ・ 必要経費の認定に必要な書類

- イ 租税、医療費、社会保険料等の領収書。
- ロ その他、必要経費を証明できる書類。

- ・ その他、事業者が指定する書類。

○定期健康診断を入所時及び年1回以上受けていただきます。（その記録は保存し、日常の健康管理に活用します。）

### 【 2 】 契約の解除

1 事業所は入所者が次の各号に該当したときは、二ヶ月の予告期間において、この契約を解除することができます。

- ① 入所時または入所中の必要書類に関して、虚偽の届出を行った場合。
- ② 利用料を支払わない場合。
- ③ 施設長の許可を得ないで施設の建物、付帯施設等の造作、模様替えを行い、且つ原状回復をしない場合。
- ④ 個別の日常生活上の援助（調理は除く）又は、介護を必要になった状態にもかかわらず、必要な介護等を受けることができなくなった場合。
- ⑤ 金銭の管理、各種サービスの利用について入所者自身で判断ができなくなった場合。
- ⑥ その他、共同生活の秩序を著しく乱し、他の入所者に迷惑を掛ける場合。 2

入所者は、この契約を解除しようとするときは、30日以上の予告期間をもって事業所の定める契約解除届を事業所に提出していただきます。

- 2 事業所は、入所者が病気療養等で3ヶ月以上お部屋を不在とする場合、身元引受人と協議してこの契約を解除することができます。

### 【3】契約の終了

- 1 入所者が死亡したときに終了します。
- 2 事業所が解散命令を受けた場合、破産した場合又は、やむを得ない事由により当施設が閉鎖した場合に終了します。
- 3 施設の滅失や重大な毀損により、サービスの提供が不可能になった場合に終了します。

### 【4】円滑な退所のための援助

入所者が当施設を退所する場合には、入所者の希望により、事業者は入所者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、円滑な退所のために必要な援助を以下のとおり速やかに行います。また、事業者からの契約解除による退所の場合にも、相応の努力をいたします。

- 病院もしくは診療所または介護老人福祉施設等の紹介
- 居宅介護支援事業所の紹介
- その他の保険医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介

### 【5】身元引受人

- 1 ご利用者様は契約時にご利用者様の残置者や利用料金の滞納があった場合に備えて一切の残置物の引き取り及び債務の保証人として身元引受人を定めていただきます。  
○当施設は、「身元引受人」に連絡のうえ、残置物を引き取って頂きます。  
○また、引き渡しにかかる費用については、身元引受人にご負担いただきます。
- 2 連帯保証人となる方については、本契約書から生じる利用者の債務について限度額60万円の範囲内で連帯してご負担いただきます。その額は利用者又は、連帯保証人が亡くなったときに確定し、生じた債務について、ご負担いただく場合があります。
- 3 連帯保証人からの請求があった場合には本会及び施設は、連帯保証人の方に利用料等の支払い状況、滞納の額、損害賠償の額等、利用者全ての債務等に関する情報を提供します。

### 【6】残置物の引き取り

- 1 事業者は、この契約が解除または終了した場合、入所者の所有物を保、入所者及び身元引受人に引き取りをお願いします。
- 2 入所者及び身元引受人は、この連絡を受けたとき15日以内にその所有物を引き取り、居室の明け渡しを行ってください。
- 3 明け渡しの期日を過ぎても、残っている所有物については、事業所で処分させていただきます。

### 【7】サービスの利用に関する留意事項

当施設に入所するに当たって、他の入所者との共同生活の場としての快適性、安全性を確保するため下記の事項をお守りください。

#### (1) 面会

面会時間 午前8時から午後8時

面会の際は、必ず面会カードにご記入ください。

(2) 外出、外泊

外出、外泊をされる場合は「外出・外泊届」にて3日前までにお申し出ください。

(3) 施設設備の使用上の注意（契約書第20条～第22条参照）

- ・ 居室及び共用施設・敷地をその本来の用途に従って使用してください。
- ・ 故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設設備を壊したり、汚したりした場合には、自己負担により現状に回復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただくことがあります。
- ・ 入所者に対するサービスの実施又は安全衛生等の必要があると認められる場合には、入所者の居室内に立ち入り、必要な措置をとることができるものとします。ただし、その場合は、入所者本人のプライバシー等の保護について十分な配慮を行います。

(4) 喫煙

施設内の喫煙スペース以外では喫煙できません。

(5) 入所者心得の遵守

- ・ 喧嘩、暴行、中傷、口論、泥酔等他人に迷惑を及ぼさないよう遵守してください。
- ・ 犬、猫等のペットを飼育しないでください。
- ・ 当施設の職員や他の入所者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動等を行うことはできません。
- ・ 身の回り等、居室内の清潔、清掃に心がけて下さい。
- ・ ゴミ、不用品は、所定の日・場所に出して下さい。
- ・ 洗濯は、共同洗濯室をご利用下さい。（洗濯機—1回100円）  
（乾燥機—1回100円）

〔8〕入所中の医療の提供について

医療を必要とする場合、入所者の希望により、下記の協力医療機関において診療等を受けることができます。（ただし、下記医療機関での優先的な診療等を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療等を義務づけるものではありません。）

|        |             |              |
|--------|-------------|--------------|
| 協力医療機関 | ・ 青山医院      | 0868-74-2005 |
|        | ・ 遠藤歯科クリニック | 0868-74-3318 |

〔9〕入所者の入院に係る取り扱いについて

当施設に入所中に、医療機関への入院の必要が生じた場合の対応は、以下のとおりです。

- 3ヶ月以内の退院が見込まれない場合は、契約を解除する場合があります。この場合には、当施設に再び優先的に入所することはできません。
- （入院期間中の利用料金については、生活費（食事代を含む）について欠食分を減額します。）

8. その他施設の運営に関する重要事項

〔1〕サービス提供における事業者の義務

当施設は、入所者に対してサービスを提供するにあたり次のことを守ります。

- (1) 入所者の生命、身体、財産の安全に配慮します。
- (2) 入所者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師または看護師と連携の上、入所者から聴取・確認します。

- (3) 非常災害に関する具体的計画を策定するとともに、入所者に対して定期的に避難救出その他必要な訓練を行います。
- (4) 入所者が受けている要介護認定の有効期間の満了30日前までに、要介護認定の更新の申請のために必要な援助をおこないます。
- (5) 入所者に提供したサービスについて記録を作成し5年間保存するとともに入所者等の請求に応じてこれを閲覧させ、複写物を交付します。
- (6) 入所者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。ただし入所者または他の入所者等の生命・身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、適切な手続きをとり、身体等を拘束または行動の制限をする場合があります。
- (7) インフルエンザ、O157、レジオネラ症等の感染症及び食中毒予防対策のため、医療機関等との連携を密にした職員間相互による研修会等を定期的に実施します。また、併設のロマンシティあいだ「感染症及び、食中毒防止の為に委員会」（施設長、生活相談員、介護職員、看護職員、管理栄養士等により構成する）が開催される際に生活相談員等が参加することにより、感染源にならない為の知識の習得とその未然防止並びにまん延防止を図るよう努めます。
- (8) 入所者の介護サービス上の事故を防止する為、日々のサービス提供に係る事故につながる事が予測される対象について、併設のロマンシティあいだにて開催される委員会（施設長、生活相談員、介護職員、看護職員等からなる事故防止検討委員会）へ生活相談員等が参加し、その未然防止、対応を徹底するよう努めます。

## 【2】個人情報の取り扱いについて

当施設において入所者等の個人情報の取り扱いについて、以下に定めるように必要な情報の提供の同意を得たうえで行います。

- (1) 事業者及びサービス従事者または従業員は、サービスを提供するに当たって知り得た入所者または家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。（守秘義務）
- (2) サービス担当者間で共通の目標の下でサービスの提供が適切に行われるために、居宅介護支援事業者、主治医、計画上位置づけられたサービスを行うサービス事業者等が、施設サービス計画の内容について情報提供を求めている場合には、当施設から居宅介護支援事業者、主治医、サービス事業者等に必要な情報を提供します。
- (3) 入所者に医療上の必要がある場合には、医療機関等に入所者の心身等及び必要な情報を提供します。
- (4) 入所者の円滑な退所のために援助を行う際に情報提供を必要とする場合には、生活状況等及び必要な情報を提供します。
- (5) その他入所者の日常生活上必要と思われる事には、入所者または家族の承諾を得たうえで情報の提供をいたします。

## 【3】事故発生時の対応について

当施設において、入所者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は速やかに市町村、入所者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

そして、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録を残すようにします。また、事業者の責任により入所者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。

ただし、その損害の発生について入所者に故意または過失が認められる場合には、入所者の置かれた心身の状況を斟酌して、相当と認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

#### 〔 4 〕 苦情、相談の受付について

当施設における苦情やご相談は以下の要領により受け付けます。

##### （苦情処理要領）

併設の「ロマンシティあいだ」苦情処理委員会により、以下の要領により入所者からの苦情に適切に対応する体制を整えております。苦情 ご意見 ご相談がございましたらご遠慮なくお申し出ください。

- |           |                          |
|-----------|--------------------------|
| 1、苦情解決責任者 | 施設長                      |
| 2、苦情受付担当者 | 生活相談員                    |
|           | （ロマンシティあいだ 0868-74-2888） |
| 3、第三者委員   | 美作市役所 高齢者福祉課長            |
|           | （0868-72-7701）           |
|           | 英田地区民生児童委員協議会 元会長        |
|           | （0868-74-2620）           |
|           | 学識経験者の代表者                |
|           | （0868-75-0785）           |

- \* 苦情 ご意見 ご相談は面接、電話、書面等により、担当者又は第三者委員にお申し出ください。（又、ご意見箱を玄関に設置しております。）
- \* お申し出のあった苦情等につきましては、誠意をもって話し合い、解決に努めます。
- \* ご希望により、第三者委員の立ち合いによる話し合いもできるように配慮いたします。
- \* ロマンシティあいだ で解決できないときは、岡山県社会福祉協議会（086-226-9400）に設置されている「苦情処理運営適正化委員会」に申し立てることができます。

以上

#### 【 説 明 確 認 】

令和 年 月 日

軽費老人ホームのサービス契約の締結に当たり、別紙重要事項の説明をしました。

事業者 住 所 岡山県美作市井口41-2  
事業所名 軽費老人ホーム  
ケアハウスAIDA

説 明 者 \_\_\_\_\_ 印

サービス契約の締結に当たり、別紙重要事項の説明を受け、重要事項説明書の内容について承諾し、サービスの提供を受けることに同意します。

入所者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

家族・身元保証人

続 柄 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

必要に応じて個人情報を関係機関に情報提供することに同意します。

入所者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

家族・身元保証人

続 柄 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印