

# 住宅型有料老人ホーム ゆたかっ子みずさわ南

## 重 要 事 項 説 明 書

### 1. 事業の目的と運営方針

- (1) 株式会社 ケアサービスゆたか が経営（運営）する住宅型有料老人ホーム ゆたかっ子 みずさわ南（以下、「当館」という。）が行う介護等サービス（以下、「サービス」という。）の適正な運営を確保するために、人員及び管理運営に関する事項を定め、管理者や職員が要介護状態にある高齢者（以下、「入居者様」という。）に対し、適切なサービスを提供することを目的とする。
- (2) 当館は、関係法令に基づき、可能な限り、入居者様がその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことが出来るようサービスの提供に万全を期するものとする。
- (3) 入居者様の意思及び人格を尊重し、常に入居者様の立場に立ってサービスを提供するように努める。
- (4) 事業の実施に当たっては、岩手県、関係市町村、地域の保健・医療・福祉等関係諸機関と綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

### 2. 当館の概要

#### (1) 名称・所在地 等

|         |                            |
|---------|----------------------------|
| 名 称     | 住宅型有料老人ホーム ゆたかっ子みずさわ南      |
| 所 在 地   | 岩手県奥州市水沢字桜屋敷 485 番地        |
| 設置・運営主体 | 株式会社 ケアサービスゆたか 代表取締役 佐々木 裕 |

#### (2) サービスについての相談窓口

電話 0197-34-2802 FAX 0197-34-2803

原則は、午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分までとなります。

ただし、お急ぎの場合にはこの限りではございません。

担当 受付担当者 ※ご不明な点は何でもお尋ねください。

#### (3) 設備の概要

|            |                                                                                                |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 定 員        | 20 名                                                                                           |
| 居 室（全室個室）  | 20 部屋 1 部屋面積 16.20 m <sup>2</sup><br>(居室面積 13.86 m <sup>2</sup> 、居室トイレ面積 2.34 m <sup>2</sup> ) |
| 食堂 兼 機能訓練室 | 1 ヶ所 (60.18 m <sup>2</sup> )                                                                   |
| 食堂用トイレ     | 2 ヶ所 (7.20 m <sup>2</sup> )                                                                    |
| 共 同 浴 室    | 1 ユニット (4.90 m <sup>2</sup> ) ※介護浴室（リフト機能付）                                                    |
| 相 談 室      | 1 ヶ所 (6.48 m <sup>2</sup> )                                                                    |

### 3. 運営の体制

#### (1) 職員の配置

| 職 種 名   | 配 置 数           | 資 格                          | 業 務 内 容            |
|---------|-----------------|------------------------------|--------------------|
| 管 理 者   | 1 人<br>(非常勤兼務)  | 生活相談員<br>作業療法士               | 業務等の管理             |
| 相 談 員   | 1 人<br>(常勤兼務)   | 介護福祉士                        | 生活相談<br>サービスの提供調整等 |
| 介 護 職 員 | 1 人以上<br>(常勤兼務) | 介護福祉士<br>ヘルパー2 級<br>介護初任者研修等 | 入居者様の健康管理等         |

#### (2) 勤務体制

| 形 態 | 人 員   | 勤 務 時 間 帯        | そ の 他                             |
|-----|-------|------------------|-----------------------------------|
| 日 勤 | 1 人以上 | 8 : 30 ~ 17 : 30 | 夜勤帯は併設小規模多機能ホーム<br>ゆたかの訪問サービス他を利用 |

### 4. 生活支援サービスの内容

| 種 類          | サ ー ビ ス の 内 容                                                     |
|--------------|-------------------------------------------------------------------|
| 基 本          | ●生活相談 ●定時巡視による安否確認                                                |
| 介 護<br>(保険外) | ●入浴介助 ●身体介護 ●健康管理 ●理容サービス ●所持品保管<br>●行政手続き代行 ●日常費用支払い代行 ●居室掃除、洗濯等 |

### 5. 食事の提供

(1) 食事は、入居者様の身体状況や嗜好及び栄養面を考慮したものとし、概ね次の時間に提供します。

① 朝食 8 時 00 分～

② 昼食 12 時 00 分～

③ 夕食 17 時 00 分～

(2) また、入居者様の自立支援に配慮して可能な限り離床して食堂で行います。

(3) 入居者様の状態に合わせた特別食（粥食、きざみ食他）の提供も行います。

ただし、特別食の提供に伴う別料金は発生しません。

### 6. 入居資格

次の条件に該当する方がご利用いただけます。

(1) 単身高齢者世帯（60 歳以上）

なお、住民基本台帳で世帯を構成する者の記載があっても、民生委員等からの情報等により実質単身世帯と認められる者は対象者としません。

(2) 要介護認定 1 ～ 5 の認定を受けられている方（2 号被保険者も含む。）

(3) 共同生活を営むことができる方（認知症の方は事前面接の上、入居の可否を決定します。）

(4) 高度医療を要しない方及び常時の介護を要しない方。

## 7. ご利用料金

(1) 各種のサービス料金は次のとおりです。 (単位：円)

| 項 目          |                            | 日 額                             | 月 額     | 摘 要                                                      |
|--------------|----------------------------|---------------------------------|---------|----------------------------------------------------------|
| 基本<br>料<br>金 | 敷 金（非課税）                   |                                 | 42,000  | 入居時の一時払い。                                                |
|              | 家 賃（非課税）                   | 1,400                           | 42,000  |                                                          |
|              | 共益費（非課税）                   | 700                             | 21,000  | 通年                                                       |
|              | 食 費（税込）                    | 1,770                           | 53,100  | 朝食 480 円、昼食 600 円、<br>おやつ 110 円、夕食 580 円                 |
|              | 生活支援サービス（税込）               | 840                             | 25,200  | 安否確認、生活相談、緊急時の連絡等                                        |
|              | 介護サービス費（税込）<br>（介護保険外サービス） | 3,300                           | 99,000  | 要介護区分関係なし<br>介護保険外における身体介護、生活援助等<br>※併設小規模多機能サービス利用の場合減額 |
| そ<br>の<br>他  | 理・美容費（税込）                  | 1 回                             | 2,200 円 |                                                          |
|              | 手続き代行費（税込）                 | 1 時間                            | 1,100 円 |                                                          |
|              | 通院の交通費（税込）                 | 地域内（片道）550 円、地域外、リフト（片道）1,100 円 |         |                                                          |
|              | 通院等付添料（税込）                 | 1 受診                            | 3,300 円 |                                                          |
|              | 買い物支援費（税込）                 | 1 回                             | 550 円   |                                                          |
|              | 洗濯費（税込）                    | 1 回                             | 220 円   |                                                          |
|              | オムツ代（税込）                   | 基本的に家族が購入。※施設備品利用の場合実費請求。       |         |                                                          |
|              | オムツ処理費（税込）                 | 月額                              | 550 円   |                                                          |
|              | そ の 他                      | 当館の定めた実費をご負担願います。               |         |                                                          |

注1 月額とは 30 日における算定であり 1 ヶ月の目安です。

注2 日割計算の場合は日額×利用日数として算定します。

## (2) 支払方法

毎月 20 日までに前月分のご請求をいたしますので、翌月 1 日までにお支払いください。お支払いを確認後に領収書を発行します。

お支払方法は、① 当館の窓口で現金払い、② 指定する口座への振込、③ 口座自動振替の中からご自由にお選びいただけます。

## 8. 入退去の手続き

### (1) 入居手続き

入居前に契約を締結してからサービスの提供を開始します。

### (2) 退居手続き

#### ① 入居者様のご都合で退居される場合

退居を希望される日の 2 ヶ月前までにお申し出ください。

## ② 終了

以下の場合には契約書の定めのほか、サービスを終了できます。

- ・入居者様が介護保険施設等に本入所となる場合。
- ・入居者様がお亡くなりになった場合。

## ③ その他

- ・入居者様が入居利用料金の支払いを3ヶ月以上遅延し、料金を支払うように催告したにもかかわらず10日以内に支払わない場合、又は入居者様や連帯保証人の方等が当館や当館の職員に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、退居していただく場合がございます。この場合、契約終了10日前までに文書で通知いたします。
- ・やむを得ない事情により、当館を閉鎖又は縮小する場合は契約を終了し、退居していただく場合がございます。この場合、契約終了30日前までに文書で通知いたします。

## 9. サービスの特徴等

### (1) サービス利用のために

| 事 項          | 有無 | 備 考            |
|--------------|----|----------------|
| 男性介護職員の有無    | 有  |                |
| 職員の研修の実施     | 有  |                |
| サービスマニュアルの作成 | 有  |                |
| 身体拘束         | 無  | 身体拘束3原則を準用します。 |
| その他          |    |                |

### (2) 入居にあたっての留意事項

- ① 面会 原則として午前9時から午後6時の間でお願いします。
- ② 外出・外泊 原則として保証人様等の付き添いが必要です。
- ③ 喫煙・飲酒 原則禁煙。飲酒については時間・場所を指定いたします。  
※なお、医師の判断により禁止される場合もございます。
- ④ 設備、器具の利用 ご利用の際は職員へお話しください。
- ⑤ 金銭貴重品の管理 ご相談に応じます。
- ⑥ 所持品の持ち込み 特に制限はございません。ご相談ください。
- ⑦ 施設外への受診 施設において送迎いたしますが、送迎費及び付き添い費は別途料金表に記載の料金をご請求いたします。
- ⑧ 宗教、政治活動 ご遠慮ください。
- ⑨ ペットの愛玩 ご遠慮ください。

## 1 0. 虐待防止に関する事項

(1) 事業者は、利用者等の人権の擁護、虐待の防止等のために、次に掲げる必要な措置を講じます。

① 虐待防止に関する責任者の配置

虐待防止に関する責任者 管理者

② 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修の実施し、人権意識の向上や、知識・技術の向上に努めます。そして、従業者が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

③ 関連する他制度等の利活用に努めます。

1. 個別支援計画の作成等適切な支援の実施に努めます。

2. 利用者及びその家族からの苦情等解決体制の整備、利活用を図ります。

3. 成年後見制度の利用を支援します。

4. その他虐待防止のために必要な措置を執ります。

④ 事業者は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを保険者に通報するものとします。

## 1 1. 身体拘束原則禁止

(1) 施設はサービスの提供に当たっては、当該入居者又は他の入居者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入居者の行動を制限する行為は行わない。

(2) 施設は、前項の身体的拘束等を行う場合には、次の手続きにより行う。

① 身体拘束廃止委員会を設置する。

② 身体拘束に関する説明書・経過観察記録に身体的拘束等にかかる態様及び時間、その際の入居者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録する。

③ 入居者又はその家族に説明し、その他方法がなかったか改善方法を検討する。

## 1 2. 事故発生時・緊急時の対応

(1) サービス提供中にご入居者様の心身の状況に異変、事故及びその他緊急事態が生じた場合は、速やかに救急機関（救急隊員）に通報をすると共に、連帯保証人様、管理者及びかかりつけ医等医療機関に連絡し、適切な措置を講じます。

(2) サービス提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。ただし、当館の責に帰すべからざる事由による場合は、この限りではありません。

### 1 3. 非常災害対策

- (1) 災害時の対応 消防計画に基づき、迅速に対応します。
- (2) 防災設備 防火設備基準を満たしております。
- (3) 防災訓練 総合防災訓練を年2回実施いたします。
- (4) 防火責任者 防火管理者（小規模多機能ホームゆたかみずさわ南 兼務）

### 1 4. 秘密保持等

- (1) 職員は正当な理由なく、業務上知り得た入居者様又はその連帯保証人様の情報を第三者に漏らさないものとする。
- (2) 退職者等が正当な理由なく、業務上知り得た入居者様又はその連帯保証人様の情報を第三者に漏らさぬよう必要な措置を講じます。
- (3) 居宅介護支援事業者等に対して、入居者様に関する情報を提供する際には、あらかじめ文書により入居者様又は連帯保証人様の同意を得ます。
- (4) 入居者様の居室には、入居者様の同意なしに入室はいたしません。ただし、緊急時等についてはこの限りではありません。

### 1 5. サービス内容に関する相談苦情

#### ① 当施設ご入居者相談・苦情担当

- 1. 苦情解決責任者 代表取締役 佐々木 裕〔連絡先 0197-47-6010〕
- 2. 苦情受付担当者 管理者 佐々木 光司〔連絡先 0197-34-0171〕

#### ②行政その他の苦情受付相談・苦情窓口

- 岩手県 健康福祉部 長寿社会課 介護福祉担当〔連絡先 019-629-5435〕
- 国民健康保険団体連合会 相談窓口〔連絡先 019-604-6700〕
- 奥州市 健康福祉部 長寿社会課〔連絡先 0197-24-2111〕

### 1 6. 医療機関

協力医は、下記の医療機関や歯科診療所の協力をいただき、入居者様の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

#### <協力病院 / 診療所>

| 病院・医院名                    | 住 所                         | 電話番号         |
|---------------------------|-----------------------------|--------------|
| まごころ病院<br>(内科/外科/歯科・口腔外科) | 岩手県奥州市胆沢<br>南都田字大持 40 番地    | 0197-46-2121 |
| 総合水沢病院<br>(内科/外科/整形外科)    | 岩手県奥州市水沢<br>大手町三丁目 1 番      | 0197-25-3533 |
| 美希病院<br>(内科/外科/整形外科)      | 岩手県奥州市前沢<br>古城字丑沢上野 100 番地  | 0197-56-6111 |
| 森岡歯科診療所                   | 岩手県奥州市水沢<br>花園町一丁目 2 番 11 号 | 0197-23-6480 |

|         |                          |              |
|---------|--------------------------|--------------|
| 中田町歯科医院 | 岩手県奥州市水沢<br>中田町 3 番 29 号 | 0197-23-3415 |
| ちば歯科医院  | 岩手県奥州市水沢<br>字桜屋敷 420 番地  | 0197-51-1300 |

## 15. 当法人の概要

|               |                                                       |
|---------------|-------------------------------------------------------|
| 名 称 ・ 法 人 種 別 | 株式会社 ケアサービスゆたか                                        |
| 代 表 者 役 職 氏 名 | 代表取締役 佐々木 裕                                           |
| 本 部 所 在 地     | 岩手県奥州市前沢駅東三丁目 4 番地 15                                 |
| 定款に定めた事業      | 1. サービス付高齢者向け住宅、サービス付き有料老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅等の設置、運営、管理     |
|               | 2. 介護保険法に基づく介護事業                                      |
|               | (1) 居宅サービス事業                                          |
|               | (2) 介護予防サービス事業                                        |
|               | (3) 地域密着型サービス事業                                       |
|               | (4) 居宅介護支援事業                                          |
|               | (5) 地域密着型介護予防サービス事業                                   |
|               | (6) 介護予防支援事業                                          |
|               | 3. 前各号に付帯する一切の業務及びコンサルティング事業                          |
|               | 4. 介護に関する相談事業及び支援事業                                   |
|               | 5. 高齢者福祉にかかる配食（訪問給食）事業<br>奥州市委託事業及び自主事業における在宅給食サービス事業 |

令和 年 月 日

「住宅型有料老人ホームゆたかつみずさわ南」入居にあたり、入居者様に対して「住宅型有料老人ホームゆたかつみずさわ南入居契約書」及び「住宅型有料老人ホームゆたかつみずさわ南生活支援サービス契約書」並びに本書面に基づいて重要事項を説明しました。

## 事業者

<事業所名> 株式会社 ケアサービスゆたか

<本部所在地> 岩手県奥州市前沢駅東三丁目4番地15

<代表者名> 代表取締役 佐々木 裕 印

<説明者> 所 属 住宅型有料老人ホーム  
ゆたかつみずさわ南

氏 名 印

私は、「住宅型有料老人ホームゆたかつみずさわ南入居契約書」及び「住宅型有料老人ホームゆたかつみずさわ南生活支援サービス契約書」並びに本書面により、事業者から「住宅型有料老人ホームゆたかつみずさわ南」入居についての重要事項の説明を受け、サービス提供の開始に同意します。

入居者様

住 所

\_\_\_\_\_

氏 名

\_\_\_\_\_ 印

連帯保証人様

住 所

\_\_\_\_\_

氏 名

\_\_\_\_\_ 印



## ＜緊急連絡先＞

|                                         |              |    |
|-----------------------------------------|--------------|----|
| 立<br>会<br>人<br><br>兼<br><br>保<br>証<br>人 | 氏 名          | 様  |
|                                         | 住 所          |    |
|                                         | 電話番号         |    |
|                                         | 続 柄          |    |
|                                         | そ の 他        |    |
|                                         | 氏 名          | 様  |
|                                         | 住 所          |    |
|                                         | 電話番号         |    |
|                                         | 続 柄          |    |
|                                         | そ の 他        |    |
| 主<br><br>治<br><br>医                     | 病院又は<br>診療署名 |    |
|                                         | 医 師 名        | 先生 |
|                                         | 住 所          |    |
|                                         | 電話番号         |    |
|                                         | 病院又は<br>診療所名 |    |
|                                         | 医 師 名        | 先生 |
|                                         | 住 所          |    |
|                                         | 電話番号         |    |