

住宅型有料老人ホーム「藍の郷」
重要事項説明書

様

住宅型有料老人ホーム「藍の郷」
兵庫県明石市野々上 1 丁目 12 番地の 21

TEL : 0 7 8 - 9 2 6 - 0 9 1 6

FAX : 0 7 8 - 9 2 6 - 0 9 1 7

有限会社 コーワ

住宅型有料老人ホーム「藍の郷」重要事項説明書

入居者に対する入居開始にあたり、当事業所が入居者に説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業者

事業者の名称	有限会社 コーワ
事業者の所在地	兵庫県明石市野々上1丁目12番地の21
代表者名	取締役 下村 正樹
電話番号	078-926-0916

2. ご利用施設

施設の名称	住宅型有料老人ホーム「藍の郷」
施設の所在地	兵庫県明石市野々上1丁目12番地の21
管理者名	宮下 一実
電話番号	078-926-0916
FAX 番号	078-926-0917
開設年月日	平成17年6月15日

3. 事業の目的と運営方針

(1) 事業の目的

有限会社 コーワが開設する住宅型有料老人ホーム事業所(以下「事業所」という。)が、行う指定事業(以下「事業」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、従事者が、自立又は要介護状態にある入居者(以下「入居者」という。)に対し、適正な共同生活を提供することを目的とする。

(2) 運営方針

事業所の従事者は、入居者の心身の特性を踏まえて、共同生活住居において、家庭的な環境の下で食事等の手助けその他の日常生活上の世話をを行うことにより、入居者がその有する能力に応じ自立して、安心した日常生活を営むことができるよう、援助を行う。

事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービス提供に努めるものとする。

4. 施設の概要

(1) 構造等

鉄骨造4階建の内 2階・3階

敷 地		638.78㎡
建 物	延べ床面積	426.28㎡
	利用定員	17 名

(2) 居室(別添図面参照)

居室の種類	室数	一人あたりの面積	備 考
一人部屋	17	10.15 m ² ～11.05 m ²	

(3) 主な設備

設備	広さ	設備	広さ
食堂、居間	48.18 m ²	便所 (2)	2.21 m ²
宿直室、事務室	10.8 m ²		m ²
浴室	3.9 m ²		m ²
脱衣・洗面所	4.0 m ²		m ²
便所(1)	3.24 m ²		m ²

5. 職員体制

従事者の職種	人数(人)	区分				常勤換算後の人数(人)	職務の内容
		常勤(人)		非常勤(人)			
		専従	兼務	専従	兼務		
管理者	1		1			0.5	藍の郷管理
生活支援介助者	11		1	10		2	入居者の援助
〃 夜勤者	10			10		2	〃

6. 職員の勤務体制

従事者の職種	勤務体制
管理者	常勤で勤務(9:00～18:00)
生活支援介助者	常勤及び非常勤で勤務{9:00～18:00(夜間勤務16:45～翌朝9:15)}

7. 営業日

年中無休

8. 施設サービスの概要

(1) サービス内容

以下の内容を、従事者が入居者のお手伝いをします。

種類	内容
日常生活の援助	食事、掃除等家事のお手伝いを行います。
レクリエーション等	手芸・遠足の会等 但し、施設外レクリエーションについて、交通費・入場料等は実費になります。
健康管理	緊急等必要な場合には主治医あるいは協力医療機関等に責任をもって引き継ぎます。
相談及び援助	入居者及びそのご家族からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うように努めます。

2) 費用

種類	内容	利用料
入居費	家賃 2F(9室)、3F(8室)	1ヶ月 55,000円
管理費	施設、建物のメンテナンス、その他管理等。	1ヶ月 40,000円
共益費	共用機器メンテナンス、共用備品等	1ヶ月 15,000円
光熱水費	居室の光熱費 各フロア共用部分の光熱費	1ヶ月 14,000円
食材の提供	新鮮で安価な食材を提供します。	1日 1,650円
理美容サービス	毎月 1回程度 美容室の出張による理髪サービスをご利用いただけます。	実費
おむつ、他介護用品の提供	入居者の身体状況に応じて提供します。	実費
レクリエーション行事	施設行事計画にそってレクリエーション行事を企画致します。	施設外レクリエーションについて実費(交通費・入場料)

* 原状回復

入居期間にかかわらず故意に部屋等に損傷をあたえた場合には実費徴収いたします。

* その他の費用

- ・医療治療費・定期健康診断等その他のサービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、入居者に負担していただくことが適当と認められる費用は、入居者の負担となります。
- ・掃除や洗濯、入浴、排泄及び食事などで介助が必要な方は介護保険でのサービスを利用していただきます。

* 注意

賃料が経済事情の変動や公租公課の増額等にて、金額を変更する場合がございますので、あらかじめご了承ください。

9. 利用料等のお支払方法

毎月、10日に「8 サービスの概要」に記載の金額を基に算定した前月分の利用料等を利用料明細書により請求いたしますので、20日までに下記口座に振り込み送金してお支払いください。

神戸信用金庫 西明石支店 普通預金 口座番号366515
有限会社 コーワ 取締役 下村 正樹

10. 苦情等申立先

当事業所の苦情相談窓口

住宅型有料老人ホーム「藍の郷」 ご利用相談室	窓口担当者 ご利用時間 ご利用方法	管理者:尾崎 輝美 午前9時～午後6時 (土・日・祝日は除く) 電話:078-926-0916 Fax: 078-926-0917 苦情箱(当ホーム内に設置)
---------------------------	-------------------------	--

公的機関苦情相談窓口

明石市高年介護室	連絡先 ご利用時間	078-918-5166 午前9時～午後5時 (土・日・祝日は除く)
----------	--------------	--

11. 協力医療機関

医療機関の名称	医療法人社団医仁会譜久山病院
所在地	明石市西明石北町3-1-23
電話番号	078-927-1514
診療科	内科、外科、整形外科、消化器科、呼吸器科、放射線科、肛門科、麻酔科、リハビリテーション科、緊急
入院設備	ベッド数 81床 療養型39床
緊急救急指定有無	有

医療機関の名称	医療法人社団 阿部医院
所在地	明石市朝霧町3丁目15番地12号
電話番号	078-913-6370
	訪問診療

医療機関の名称	若林歯科医院
所在地	明石市鳥羽357-1
電話番号	078-925-1841
診療科	歯科

医療機関の名称	津川歯科診療所
所在地	明石市大久保町大窪945-1
電話番号	078-938-1022

	訪問歯科
--	------

12. 当施設ご入居の際に留意いただく事項

来訪・面会	来訪者は、必ずその都度職員に届出てください。来訪者が宿泊される場合には必ず許可を得てください。
外出・外泊	外出・外泊の際には必ず行き先と帰宅時間を職員に申出てください。
居室・設備・器具の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがございます。
喫煙・飲酒	喫煙は決められた場所以外ではお断りします。飲酒は原則禁止です。
迷惑行為等	騒音等他の入居者・近隣方の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の入居者の居室等に立ち入らないようにしてください。
所持品の管理	所持金品は、自己責任で管理してください。
宗教・政治活動	施設内で他の入居者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
動物飼育	施設内のペットの持ち込み及び飼育はお断りします。
家庭からの持込物	ベッド、寝具、衣服、その他リネン、家具、電化製品等、入居者が今までに使用して愛着のあるもの等をお持込下さい。（ただし、火気を伴うものはご遠慮願います。持込物に関しては、事前に相談をお願いしております。）

13. 損害賠償

当事業所は以下の内容で損害賠償保険に加入しています。当事業所が入居者に対して賠償すべきことが起こった場合は、契約書本文第22条に基づき、当事業所は金銭等により賠償をいたします。

加入保険名	ひょうご福祉サービス総合補償制度
保険内容	居宅サービス事業者賠償補償制度
賠償できる事項	対人事故・対物事故等
当事業所の連絡先	078-926-0916 (責任者 宮下 一実)

14. 実習生の受入についてのお願い

当事業所は定期的または一時的に学生等の実習生を受け入れます。事業所は該当実習生に対し、契約書第24条における守秘義務に関する事項を遵守させます。また、該当実習生が起こした故意または過失による事故については上記保険会社にて賠償いたします。

15. 住宅型有料老人ホームにあたっては、入居者の要介護度が重くなれば、介護保険の支給限度額を超える居宅介護サービスが必要となる場合も想定されること、又、当ホームで生活できなくなった場合は、当ホームを退去し、特別養護老人ホーム等に入所のお手伝いをさせていただきます。

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、住宅型有料老人ホーム「藍の郷」のサービス内容及び重要事項の説明をしました。

平成 年 月 日

事 業 所

住 所 明石市野々上1丁目12番地の21

事業所(法人)名 有限会社コーワ

施 設 名 住宅型有料老人ホーム「藍の郷」

(事業所番号)

代 表 者 名 下 村 正 樹 印

説 明 者

氏 名 (職 員 名) 印

私は、重要事項説明書に基づいて、住宅型有料老人ホーム「藍の郷」のサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

平成 年 月 日

入 居 者

住 所 _____

氏 名 _____ 印

身元引受人

住 所 _____

氏 名 _____ 印