

軽費老人ホーム月街 重要事項説明書

□ 1. 事業主体概要

設置者の名称	社会福祉法人祥水園
法人所在地	奈良県五條市野原西3丁目3-41
代表者氏名	理事長 塩崎 万規子
電話番号	0747-23-0615
設立年月日	昭和51年2月1日

□ 2. ご利用施設

施設の名称	軽費老人ホーム月街
施設の所在地	奈良県五條市野原東6丁目2-53
施設長名	西村 瑞樹
電話番号	0747-23-0617
FAX番号	0747-25-4101
開設年月日	昭和51年2月1日
定員	50名
損害賠償責任保険加入先	東京海上火災（A～C棟）、セコム（仮設）

□ 3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	品質方針を定め、食事や入浴などの基本となるサービスを提供するほか身体機能の低下等により介護を要する状況となっても介護保険制度の居宅サービスを利用することにより、自立した心豊かな生活が維持できるように万全を期することを目的とする。
施設運営の方針	①社会地域法人内部署と協調し福祉サービス活動を支援する。 ②ご利用者が尊厳を持ち、自立した心豊かな生活ができるように支援する。 ③生活支援に関する技術と知識を高め、業務の継続的改善を行う。

□ 4. 利用要件

- (1) 年齢が60歳以上であること。ただし利用者の配偶者、三親等内の親族と共に利用する場合はいずれか一方が60歳以上であれば利用できます。
- (2) 家族と同居することが困難であること。
- (3) 伝染性疾患がなく、かつ共同生活が可能であること。
- (4) 生活費に充てることのできる所得等があり、所定の利用料を継続的に支払うことが可能であること。
- (5) 身元引受人が得られること。ただし真にやむを得ない特別の事情があると認められる場合は相談に応じます。

□ 5. 職員の配置基準と職務

職種	職務内容	配置	勤務体制
1. 施設長	総括	1名	常勤
2. 事務員	庶務、会計業務	1名	常勤
3. 生活相談員	相談、助言、入居調整	1名	常勤
4. 介護職員	日常生活の支援・援助	4名	常勤
5. 看護職員	健康管理、療養上の世話	1名	常勤
6. 栄養士	献立作成、調理上の衛生管理	1名	常勤
7. 調理員	献立表に基づき食事提供	2名	常勤

□ 6. 施設サービスの概要

(1) 基準サービス

種類	内容
食 事	<p>【食事時間】 朝食 7時00分 ～ 7時30分 昼食 12時 ～ 12時30分 夕食 18時 ～ 18時30分</p> <p>衛生上又は管理上許容可能な一定時間に限り取り置きをすることができます</p>
入 浴	<p>入 浴 日 原則 毎日 入浴時間 12時30分～19時30分（但し男女で時間が変わります。）</p>
健 康 管 理	<p>年2回以上の健康診断を行うなど必要な指導援助を行います。 利用者から健康に係る相談を受けたときは、速やかに医療機関等の紹介など必要な援助を行います。</p>
相談及び援助	<p>各種相談に応ずるとともに、余暇の活用及び居宅介護サービスの活用など必要な助言その他の援助を行います。</p>
社会生活上の便宜	<p>日常生活を営むに必要な行政機関等に対する手続きについて、これを行うことが困難である場合は、申出及び同意に基づき施設が代わって行います。</p>

(2) 基準外のサービス

種類	内容
受診付き添い	緊急時以外に職員が付き添ったときは別途料金が必要となります。
服薬支援	服薬管理が必要となったときは別途料金が必要となります。
散髪美々	毎月2回 美容師が1回2500円でカットとシャンプーを実施します。
訪問歯科	個別契約になります

□ 7. 利用料

祥水園軽費老人ホーム 利用者階層別料金表（月額） [単位：円]

対象収入による階層区分		利 用 料 金			
		サービスの提供に要する費用	生活費	暖房・冷房費	計
1	1,500,000円以下	10,000	54,420	2,040	66,460
2	1,500,000円～1,600,000円	13,000	54,420	2,040	69,460
3	1,600,001円～1,700,000円	16,000	54,420	2,040	72,460
4	1,700,001円～1,800,000円	19,000	54,420	2,040	75,460
5	1,800,001円～1,900,000円	22,000	54,420	2,040	78,460
6	1,900,001円～2,000,000円	25,000	54,420	2,040	81,460
7	2,000,001円～2,100,000円	30,000	54,420	2,040	86,460
8	2,100,001円～2,200,000円	35,000	54,420	2,040	91,460
9	2,200,001円～2,300,000円	40,000	54,420	2,040	96,460
10	2,300,001円～2,400,000円	45,000	54,420	2,040	101,460
11	2,400,001円～2,500,000円	50,000	54,420	2,040	106,460
12	2,500,001円～2,600,000円	57,000	54,420	2,040	113,460
13	2,600,001円～2,700,000円	64,000	54,420	2,040	120,460
14	2,700,001円～2,800,000円	71,000	54,420	2,040	127,460
15	2,800,001円～2,900,000円	78,000	54,420	2,040	134,460
16	2,900,001円～3,000,000円	85,000	54,420	2,040	141,460
17	3,000,001円～3,100,000円	93,000	54,420	2,040	149,460
18	3,100,001円～3,200,000円	101,000	54,420	2,040	157,460
19	3,200,001円～3,300,000円	109,000	54,420	2,040	165,460
20	3,300,001円～3,400,000円	110,620	54,420	2,040	167,080
21	3,400,001円以上	全額(110,620)	54,420	2,040	167,080
①外泊・入院が7日を越える場合は生活費のみ、越えた日数分を日割り計算した半額を返還する。事務費・暖房費は返還しない。					
②暖房費（生活費冬期加算）は、11月～3月、冷房費（生活費夏期加算）は4月～10月の利用料に加算される。					
③年度途中で利用料の改正があった場合、遡及して差額を徴収することがある。					

注1 この表における「対象収入」とは、前年の収入（社会通念上収入として設定することが適当でないものを除く。）から、租税、社会保険料、医療費等の必要経費を控除した後の収入をいいます。

注2 本人からのサービスの提供に要する費用の徴収額（月額）は上表により求めた額とします。

注3 夫婦で入居する場合については、夫婦の収入及び必要経費を合算し、合計額の2分の1をそれぞれ個々の対象収入とし、その額が150万円以下に該当する場合の夫婦それぞれのサービスの提供に関する費用徴収額については、それぞれ7,000円とします。

□ 8. 利用料の請求及び支払い

入居料金は上表を基に1か月ごとに計算しますので、翌月の15日（但し15日が休日の時は前銀行営業日まで）に銀行引き落としができるようにしていただくか、または直接、施設にご持参されるか、いずれかの方法でお支払い下さい。また、基準外サービス等については、サービスを受けた時点でお支払いいただく場合もあります。尚、2か月以上の利用料滞納が発生しますと、退園対象になります。

□ 9. 当施設ご利用に当って留意いただく事項

種 類	内 容
来訪・面会	面会時間 午前9:00～午後20:00 必ず、事務所カウンター前で面会者名簿に記入をお願いします。 インフルエンザ等感染症流行時には、面会時間、方法にご配慮下さい。
外出・外泊	行き先等を必ず職員に申し出てください。
喫 煙	施設敷地内は全面禁煙となっております。
迷惑行為等	暴力・暴言・他の利用者に迷惑がかかることは禁止します。
入浴時間	男女で時間が分かれています。お間違えないようにお願いします。
ペット	ペットの持ち込みはお断りいたします。

□ 10. 個人情報の保護

職員は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護従事者における個人情報の適切な取り扱いの為のガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めます。

職員が得た利用者の個人情報については、原則として施設の介護サービスの提供以外の目的で利用しないものとし、外部への情報提供については必要に応じて利用者又はその家族の了解を得るものとします。

□ 11. 高齢者虐待の防止

利用者等の人権擁護・虐待防止の為に、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 研修等を通じて、職員の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。
- (2) 個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。
- (3) 職員が支援にあたっての悩みや苦勞を相談できる体制を整える他、職員が利用者等の権利擁護に取り組める環境整備に努めます。

□ 12. 事故発生時の対応について

・事業者はご利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合、保証人またはご家族へ速やかに連絡するとともに、必要に応じて保険者への連絡等必要な措置を講じます。

・事業者は前項の事故の状況及び事故に際してとった処置について記録を行います

□ 1 3. 緊急時の対応

利用者に病状の急変が生じた場合は、速やかに主治医または協力医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、緊急連絡先へも速やかに連絡します。

囑託医

医療機関の名称	上田医院
所在地	奈良県大和高田市内本町 7-29
診療科	内科

協力医療機関

医療機関の名称	南奈良総合医療センター
所在地	奈良県吉野郡大淀町大字福神 8 番 1
診療科	総合

歯科協力医療機関

医療機関の名称	加藤歯科医院
所在地	五條市野原西 1 丁目 6 番 2 号

□ 1 4. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める消防計画により対応いたします。
平時の訓練	・別途定める消防計画に則り、年 2 回、避難・防災訓練を、ご利用者の方も参加して実施します。
防災設備	<ul style="list-style-type: none"> ・自動火災報知機 有 ・ガス漏れ報知機 有 ・非常用電源 有 ・室内防火栓 有 ・カーテン等は防災性能のある物を使用しています。 ・震災に備えての備蓄（食料・飲料水 3 日分） （その他、拡声器・携帯ラジオ・懐中電灯 等）
消防計画	消防署への届出日： 令和 4 年 5 月 防火管理者： 西村 瑞樹

□ 1 5. 損害賠償について

1. 当施設において、事業者の責任により、ご利用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、ご利用者側に故意または過失が認められる場合においてご利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。
2. 事業者は、自己の責に帰する事由がない限り、損害賠償責任を負いません。とりわけ以下の各号に該当する場合には、事業者は損害賠償責任を免れます。
 - ①ご利用者、その保証人、ご家族が、契約締結に際し、ご利用者の心身の状況及び病歴などの重要事項について、故意これを告げず、または、不実の告知を行ったことにもつぱら起因して損害が発生した場合。
 - ②ご利用者、保証人、ご家族がサービス実施にあたって必要な事項に関する聴取、確認に対して故意にこれを告げず、または不実の告知を行ったことにもつぱら起因して損害が発生した場合。

- ③ご利用者の急激な体調の変化等、事業者の実施したサービスを原因としない事由にもっぱら起因して損害が発生した場合。
- ④ご利用者が事業者若くはサービス従事者の指示等に反して行った行為にもっぱら起因して損害が発生した場合。

□ 16. 苦情相談窓口

※サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

祥水園内 受付窓口	担当者：西村 瑞樹	TEL:0747-23-0617
	責任者：塩崎 万規子	TEL:0747-23-0615
祥水園第三者委員	岩城 祥英	TEL:0747-24-3951
	藤山 純一	TEL:0742-32-2000

ご利用時間：9時00分～18時00分

※下記の行政機関でも相談や苦情を受け付けています

ご利用者相談窓口：①〒630-8051

奈良市登大路町30 TEL 0742-22-1101
担当 奈良県福祉部福祉政策課

②〒637-0061

橿原市大久保町320-11 TEL 0744-29-1212
担当 奈良県運営適正化委員会
奈良県社会福祉協議会

③〒637-0061

橿原市大久保町301-1 市町村会館 5F TEL 0744-29-8311
担当 奈良県国民健康保険団体連合会

④〒648-0041

五條市本町1丁目1番1号TEL 0747-22-4001
担当 五條市役所 介護福祉課

ご利用時間：①～④まで月～金 午前8:30～午後17:00（祝日、休日及び年末年始を除く）

利用者に対して本書面に基づき重要な事項を説明しました。

令和 年 月 日 ()

所在地 〒637-0038 五條市野原東6丁目2-53

名称 軽費老人ホーム月街

説明者 氏名 _____ 印

私は、本書面に基づき上記重要事項の説明を受け、内容を理解し承諾いたしました。

令和 年 月 日

【利用者】

住 所

氏 名 _____ 印

【代筆者】(続柄: _____)

私は、利用者の意思を確認した上、上記署名を代行しました。

住 所

氏 名 _____ 印