

**重要事項説明書**

記入年月日	
説明者	
所属・職名	

**1. 設置者概要**

種類	個人／ <u>法人</u>	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃ りぶねっと 株式会社 リブネット	
主たる事務所の所在地	〒720-0001 福山市御幸町上岩成610番地	
連絡先	電話番号	084-959-2100
	FAX番号	084-972-3001
	ホームページアドレス	<a href="http://qqhq3wx9k@muse.ocn.ne.jp">http://qqhq3wx9k@muse.ocn.ne.jp</a>
代表者	氏名	廣川 美代子
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成2年1月11日	
主な実施事業	※別添1（設置者が福山市内で実施する他の介護サービス）	

**2. 有料老人ホーム事業の概要****(住まいの概要)**

名称	(ふりがな) じゅうたくがたゆうりょうろうじんほーむあもーれかざぐるま 住宅型有料老人ホームアモーレかざぐるま	
所在地	〒720-0001 福山市御幸町上岩成907番地1	
主な利用交通手段	最寄駅	①JR福塩線万能倉駅 ②中国バス御幸町上岩成下停留所
	交通手段と所要時間	①徒歩 15分 タクシー利用 5分  ②徒歩 2分

連絡先	電話番号	084-959-2100
	FAX番号	084-972-3001
	ホームページアドレス	http://qqhq3wx9k@muse.ocn.ne.jp
管理者	氏名	廣川 彰
	職名	介護職
建物の竣工日	昭和・ <u>平成</u> 24年 10月 1日	
有料老人ホーム事業の開始日	昭和・ <u>平成</u> 24年 10月 1日	

#### (類型) 【表示事項】

- 1 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合）
- 2 介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合）
- ③ 住宅型
- 4 健康型

1又は2に 該当する場 合	介護保険事業者番号	
	指定した自治体名	県（市）
	事業所の指定日	平成 年 月 日
	指定の更新日（直近）	平成 年 月 日

### 3. 建物概要

土地	敷地面積	980.00 m <sup>2</sup>	
	所有関係	① 事業者が自ら所有する土地	
		② 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	1 あり 2 なし
		契約期間	1 あり ( 年 月 日～ 年 月 日) 2 なし
		契約の自動更新	1 あり 2 なし
建物	延床面積	全体	994.35 m <sup>2</sup>
		うち、老人ホーム部分	994.35 m <sup>2</sup>
	耐火構造	1 耐火建築物 ② 準耐火建築物 3 その他（ ）	
	構造	1 鉄筋コンクリート造 ② 鉄骨造	

		3 木造			
		4 その他 ( )			
所有関係	① 事業者が自ら所有する建物				
	2 事業者が賃借する建物	抵当権の設定	1 あり	2 なし	
		契約期間	1 あり ( 年 月 日 ~ 年 月 日) 2 なし		
		契約の自動更新	1 あり	2 なし	
居室の状況	居室区分 【表示事項】	① 全室個室			26 室
		2 相部屋あり			
		最少	人部屋		
		最大	人部屋		
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数
		タイプ 1	有 / 無	14.10 m <sup>2</sup>	2
		タイプ 2	有 / 無	14.12 m <sup>2</sup>	1
		タイプ 3	有 / 無	12.27 m <sup>2</sup>	2
		タイプ 4	有 / 無	14.33 m <sup>2</sup>	4
		タイプ 5	有 / 無	14.37 m <sup>2</sup>	6
		タイプ 6	有 / 無	14.44 m <sup>2</sup>	1
		タイプ 7	有 / 無	14.51 m <sup>2</sup>	5
		タイプ 8	有 / 無	14.53 m <sup>2</sup>	2
		タイプ 9	有 / 無	14.55 m <sup>2</sup>	1
		タイプ 10	有 / 無	14.58 m <sup>2</sup>	2

※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。

共用施設	共用便所における便房	9ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	9ヶ所
			うち車椅子等の対応が可能な便房	5ヶ所
共用浴室	共用浴室	2ヶ所	個室	2ヶ所
			大浴場	0ヶ所
共用浴室における介護浴槽	共用浴室における介護浴槽	0ヶ所	チェア一浴	0ヶ所
			リフト浴	0ヶ所
			ストレッチャー浴	0ヶ所
			その他 ( )	0ヶ所
食堂	① あり	2 なし		

	入居者や家族が利用できる調理設備	1 あり ② なし
	エレベーター	① あり (車椅子対応) ② あり (ストレッチャー対応) 3 あり (上記1・2に該当しない) 4 なし
消防用設備等	消火器	① あり 2 なし
	自動火災報知設備	① あり 2 なし
	火災通報設備	① あり 2 なし
	スプリンクラー	① あり 2 なし
	防火管理者	① あり 2 なし
	防災計画	① あり 2 なし
その他		

#### 4. サービスの内容

##### (全体の方針)

運営に関する方針	『利用者様、ご家族様、地域の皆様を愛(アモーレ)で支える暮らしをご提供する』これを基本理念とし、サービスの提供を行います。 ●お客様が自然と笑顔になるようなぬくもりのあるサービスを提供いたします。 ●従業員が常に笑顔で働ける環境を作ります。 ●事業活動を通じて、明るく楽しい生活を送ることができる地域環境の実現につとめます。
介護サービス	1 あり 2 委託 ③ なし
入浴、排せつ又は食事の介護	1 あり 2 委託 ③ なし
食事の提供	① あり 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	① あり 2 委託 3 なし
健康管理の供与	① あり 2 委託 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	① あり 2 委託 3 なし
生活相談サービス	① あり 2 委託 3 なし

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		① 救急車の手配 ② 入退院の付き添い ③ 通院介助 ④ その他 ( )		
協力医療機関	1	名称	長外科胃腸医院	
		住所	広島県福山市駅家町法成寺 4-1	
		診療科目	内科・胃腸科	
		協力内容	24時間体制	
	2	名称		
		住所		
		診療科目		
		協力内容		
協力歯科医療機関		名称	甲斐歯科医院	
		住所	福山市芦田町下有地 980	
		協力内容		

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可	1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 ③ その他 ( )	
判断基準の内容	介護度・状況により家族と相談のうえ	
手続きの内容	家族と相談	
追加的費用の有無	1 あり ② なし	
居室利用権の取扱い	賃貸	
前払金償却の調整の有無	1 あり ② なし	
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	1 あり ② なし
	便所の変更	1 あり ② なし
	浴室の変更	1 あり ② なし
	洗面所の変更	1 あり ② なし
	台所の変更	1 あり ② なし
	その他の変更	1 あり (変更内容) ② なし

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	① あり 2 なし
	要支援の者	① あり 2 なし

	要介護の者	① あり 2 なし
留意事項		
契約の解除の内容	入居契約書 第5章 契約の終了参照	
設置者から解約を求める場合	解約条項	27 条
	解約予告期間	1 ヶ月
入居者からの解約予告期間		1 ヶ月
体験入居の内容	① あり (内容: 5,000円/泊・食事付) 2 なし	
入居定員		26 人
その他		

## 5. 職員体制

※有料老人ホームの職員について記載すること（同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません）。

### (職種別の職員数)

	職員数 (実人数)			常勤換算人数 ※1※2
	合計		常勤	
管理者	1			1 0.5
生活相談員				
直接処遇職員				4
介護職員	4		4	2.8
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
事務員	1	1		1
その他職員	3		3	2.6
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 <sup>※2</sup>				40

※1 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。

※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。

(資格を有している介護職員の人数)

	合計	常勤	非常勤
社会福祉士			
介護福祉士	1		1
実務者研修の修了者	2		2
初任者研修の修了者	3		3
介護支援専門員	1		1

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計	常勤	非常勤
看護師又は准看護師			
理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復士			
あん摩マッサージ指圧師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 ( 16 時 30 分～ 9 時 30 分)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	人	人
介護職員	2 人	2 人

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	契約上の職員配置比率※ 【表示事項】	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 d 3 : 1 以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数：常勤換算職員数)	: 1

※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択

外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制(外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名称	
	通所介護事業所の名称	

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務				① あり 2 なし				
	業務に係る資格等			① あり					
	資格等の名称		ヘルパー2級						
	看護職員		介護職員		生活相談員		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	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									
応じた職員の人数に 従事した経験年数に 応じた職務に従事した経験年数に	1年未満								
	1年以上			2					
	3年未満								
	3年以上			3					
	5年未満								
	5年以上 10年未満			1					
従業者の健康診断の実施状況				① あり	2 なし				

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態	① 利用権方式		
【表示事項】	2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式		
利用料金の支払い方式 【表示事項】	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 ③ 月払い方式 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択		
年齢に応じた金額設定 要介護状態に応じた金額設定	1 あり	② なし	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式

入院等による不在時における 利用料金（月払い）の取扱い	1 減額なし ② 日割り計算で減額 3 不在期間が　　日以上の場合に限り、日割り計算で減額
利用料金 の改定	条件 手続き

(利用料金のプラン【代表的なプランを例】)

		プラン1	プラン2
入居者 の状況	要介護度	2	2
	年齢	歳	
居室の状況	床面積	14.10 m <sup>2</sup>	14.10 m <sup>2</sup>
	便所	1 有 ② 無	1 有 ② 無
	浴室	1 有 ② 無	1 有 ② 無
	台所	1 有 ② 無	1 有 ② 無
入居時点で 必要な費用	前払金	円	
	敷金	140,000円	136,000円
月額費用の合計		142,500円	111,500円
家賃		39,000円	34,000円
サービス 費用	特定施設入居者生活介護※ <sup>1</sup> の費用	円	
	2 介護保険外※	食費	46,500円
		共益費	27,000円
		生活支援管理費	30,000円
		その他	4,000円

※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。

※2 有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない）

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	建築等設備費 修繕費及び管理事務費等を基にして近隣の同種の住宅家賃と比較して算定した。
敷金	一般家賃 39,000 円の 3.6 か月分相当を基に算定した。
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
共益費	共用部分の消耗品費、各種点検費、設備、備品、ゴミ処理費、水道光熱費及び清掃費等を基にして定めた。
生活支援管理費	各種支援人件費及び消耗品費等を基に定めた。
食費費	食材費、調理人件費及び消耗品費を基に定めた。

利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2
その他のサービス利用料	

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

費目	算定根拠
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担	
特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乗せサービス）	

※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能

算定根拠		
想定居住期間（償却年月数）		ヶ月
償却の開始日		入居日
想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額（初期償却額）		円
初期償却率		%
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	
	入居後3月を超えた契約終了	
前払金の保全先	1 連帯保証を行う銀行等の名称	
	2 信託契約を行う信託会社等の名称	
	3 保証保険を行う保険会社の名称	
	4 全国有料老人ホーム協会	
	5 その他（名称：）	

## 7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	7人
	女性	13人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	5人
	75歳以上 85歳未満	9人
	85歳以上	6人
要介護度別	自立	0人

	要支援 1	3 人
	要支援 2	2 人
	要介護 1	3 人
	要介護 2	3 人
	要介護 3	4 人
	要介護 4	4 人
	要介護 5	1 人
入居期間別	6ヶ月未満	3 人
	6ヶ月以上1年未満	3 人
	1年以上5年未満	9 人
	5年以上10年未満	5 人
	10年以上15年未満	人
	15年以上	人

#### (入居者の属性)

平均年齢	84.7 歳
入居者数の合計	20 人
入居率※	77 %
※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。	

R 1. 10. 23 現在

#### (前年度における退去者の状況)

退去先別の人 数	自宅等	1 人
	社会福祉施設	0 人
	医療機関	0 人
	死亡者	9 人
	その他	1 人
生前解約の状 況	施設側の申し出	人
	(解約事由の例)	
	入居者側の申し出	人
	(解約事由の例)	

#### 8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況) ※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

窓口の名称	苦情に対応する窓口	
電話番号	084-959-2100	
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	9:00~17:00
	日曜・祝日	なし
定休日	日曜・祝日	

公的機関においても苦情申し出等が出来ます。

福山市介護保険相談窓口 084-928-1281

#### (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)

損害賠償責任保険の加入状況	① あり	(その内容) 株式会社損害保険ジャパン 賠償責任保険
	2 なし	
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	1 あり	(その内容)
	② なし	
事故対応及びその予防のための指針	1 あり	2 なし

#### (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	1 あり  ② なし	実施日	
		結果の開示	1 あり 2 なし
第三者による評価の実施状況	1 あり  ② なし	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし

#### 9. 入居希望者への事前情報開示

入居契約書の雛形	① 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	① 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
事業収支計画書	① 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付

	3 公開していない
財務諸表の要旨	① 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
財務諸表の原本	① 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない

## 10. その他

運営懇談会	① あり	(開催頻度) 年 1 回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
2 代替措置なし		
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 あり (提携ホーム名： ) 2 なし	
有料老人ホーム設置時の老人 福祉法第 29 条第 1 項に規定 する届出	① あり 2 なし 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の 居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要	
高齢者の居住の安定確保に關 する法律第 5 条第 1 項に規定 するサービス付き高齢者向け 住宅の登録	1 あり 2 なし	
有料老人ホーム設置運営指導	① あり 2 なし	
指針「7 規模及び構造設備」 に合致しない事項		
合致しない事項がある場合 の内容	共有部分に備える浴室については、居室内に浴室を備えていない戸数 10 戸に対し 1 箇所以上の割合で備えることとし、居室のある階ごと に備える。	
「8 規模及び構造設備の 特則」への適合性	1 適合している (代替措置) 2 適合している (将来の改善計画) ③ 適合していない	
有料老人ホーム設置運営指導 指針の不適合事項		

不適合事項がある場合の内容	
---------------	--

添付書類： 別添1（設置者が福山市内で実施する他の介護サービス）

別添2（有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供する介護サービス等の一覧表）

### 【説明確認欄】

年　　月　　日

サービス契約の締結に当たり、契約書及び重要事項の説明をしました。

所在地　　広島県福山市御幸町大字上岩成 907 番地 1  
施設名　　住宅型有料老人ホームアモーレかざぐるま

説明者 \_\_\_\_\_ 印

### 【利用同意欄】

利用者　　住 所  
氏 名 印

代理人（選任した場合）　　住 所  
氏 名 印  
続 柄

### 【連帯保証人】

住 所

氏 名 続 柄

民法第465条の2第1項に準ずる　　極度額 250,000円

### 【請求書・明細書及び領収書の送付先】

住 所  
氏 名 続 柄  
電話番号

### 【緊急連絡先】

住 所  
① 氏 名 続 柄  
電話番号  
② 氏 名 続 柄  
電話番号



## 別添1 設置者が福山市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
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>		
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
福祉用具貸与	あり	なし
特定福祉用具販売	あり	なし
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>		
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	あり	なし
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
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし
居宅介護支援	あり	なし
居宅介護支援事業所	かざぐるま	福山市御幸町上岩成907-1
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>		
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
<b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b>		
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
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>		
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

## 別添2

## 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供する介護サービス等の一覧表

特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無						なし	あり	
	特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者一部負担※1）	個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担）			包含※2	都度※2	料金※3	備考
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり				
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり				
おむつ代			なし	あり	○			おむつ・リハバン 110円/枚 パット大 80円/枚・中 40円/枚・小 30円/枚
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり				
特浴介助	なし	あり	なし	あり				
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり				
機能訓練	なし	あり	なし	あり				
通院介助	なし	あり	なし	あり	○			※（協力医療機関以外）500円／回30分迄（付添30分毎500円、上限2000円/日）
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○			
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○			300円／回
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○			
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	○			
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり	○			キサミ及びミキサー食 100円/日
おやつ			なし	あり	○			実費（都度請求）、買物代行別途請求
理美容師による理美容サービス			なし	あり	○			実費 カット1,600円、カラー2,000円、顔そり300円
買い物代行	なし	あり	なし	あり	○			500円／回 30分毎（上限2000円/日）
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	○			500円／回 30分毎（上限2000円/日）
金銭・貯金管理			なし	あり				
健康管理サービス								
定期健康診断、予防接種			なし	あり	○			※回数（年1回以上）医療費で請求 予防接種は協力医により住室内で実施できる
健康相談	なし	あり	なし	あり	○			
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○			
服薬支援	なし	あり	なし	あり	○			
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり	○			
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	なし	あり	なし	あり	○			500円／回 30分毎（上限2000円/日）
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり	○			※（協力医療機関以外）500円／回 30分毎
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり	○			生活支援管理費（家族対応された場合はなし）
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり	○			生活支援管理費（家族対応された場合はなし）

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割又は2割の利用者負担）。

※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額のサービス費用に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。

※3：都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。

# 個人情報使用同意書

私およびその家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用する事に同意します。

## 記

### 1 使用する目的および場合

事業者が、老人福祉法に関する法令に従い、サービス等を円滑に実施するため、介護支援専門員ならびに医療機関等に対し必要な場合に使用する。

### 2 使用にあたっての条件

ア 個人情報の提供は、1に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際には関係者以外に漏れる事の無いよう、細心の注意を払うこと。  
イ 事業者は、1のアに定める個人情報を使用した会議、相手方、内容について記録しておくこと。

### 3 個人情報の内容

ア 氏名・住所・健康状態・病歴・家庭状況等事業者がサービスを行うために必要な、利用者やその家族個人に関する情報。  
イ その他利用者およびその家族に関する情報であって、特定の個人が識別され、または識別されうる情報。

### 4 使用する期間

住宅型有料老人ホームアモーレかざぐるまと私(または代理人)の間に交わされた利用契約書に定めた期間に限るものとし、利用契約が解消された後は私(利用者)および家族に関する個人情報の使用は認めない。

年       月       日

利用者 氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

家族代表 氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

利用者は、身体の状況等により署名が出来ないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わってその署名を代行しました。

署名代行者 氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_



## 入所中のご協力について

### 〈面会〉

- 面会時間は午前10時～午後5時まで(緊急時はこれに限らず)施設玄関を施錠している時間帯には表のインターホンを押してください。
- ご面会の際は面会簿に必要事項をご記入下さい。
- 日曜日は、事務所を閉じている場合があります。  
その時はスタッフにお声掛けください。
- 面会時の飲食物のご持参は、本人様の健康状態によってはお断りする場合があります。持ってこられた場合は職員にお知らせ下さい。尚、生物の持込は禁止しております。

### 〈外出・外泊〉

- 外出・外泊の場合は原則2日前までに届け出てください。
- 用紙は事務所にありますので職員にお尋ねください。
- 食事が不要な場合は前日までにお申し出下さい。その場合には食費は不要です。

### 〈喫煙・飲酒・嗜好品〉

- 全館禁煙です。飲酒は原則禁止です。
- おやつ等はご家族様でお願いいたします。また、医師による制限のある場合もありますのでスタッフに問い合わせの上ご持参ください。

### 〈施設・器具の利用〉

- 施設内の居室や設備、器具は本来の用法にしたがってご利用下さい。  
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あります。
- 居室、トイレにはナースコールを備え付けています。ボタンを押すと職員に連絡が入りますので緊急時にご使用下さい。
- ※緊急時以外で頻繁に鳴らす事はお避け下さい。上限以上の場合は追加料金を頂くことがあります。

### 〈物品管理〉

- 持ち物には全て記名をお願いいたします。
- 衣類は、季節の変わり目毎にご家族様に入れ替えをお願いしています。
- 貴重品等の保管／盗難にご注意下さい。  
紛失された場合は、当施設では責任を負うことができかねますのでご了承ください。
- 個人の通帳・金銭の管理は、原則ご本人又はご家族様でお願いします。
- ※本人又はご家族様での管理が難しい場合は『かけはし』又は後見人制度の利用をお願いしております。

### 〈迷惑行為等〉

- 騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の入所者の居室等に立ち入らないようにして下さい。

### 〈宗教活動・政治活動〉

□施設内での他のご利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮下さい。

### 〈入院・通院〉

□入院時の付添及び入院手続きについては当施設では対応できません。

ご家族様でお願いします。

□入院された場合、状況により一旦退去していただくこともあります。

□緊急時以外の通院に関する介助、付添はご家族の皆様にご協力をお願いします。

(介護タクシー、有料による外出支援をご希望の方はお申し出ください。)

### 〈入居中の事故について〉

□当施設は住宅型有料老人ホームですので常時の介護体制ではありません。

自室もしくは施設内移動中に転倒されるなど、施設の過失に伴う事故でない場合は入院費用等の弁償はできません。

□入居中に状態の急変が生じた場合は、主治医の指示で緊急に病院受診(入院)を行うことがあります。その際ご家族への連絡が遅れることもあります。

□認知症・精神疾患・暴言・暴力その他の理由により、他の入居者とのトラブルが絶えず共同生活が困難となったとき、及び他の入居者又は職員の生命に危害を及ぼし、又はその危害の切迫した恐れがあり、かつ施設における接遇方法等ではこれを防止することができないときは、主治医・ご家族様・担当ケアマネージャーと相談のうえ専門医受診(入院)もしくは契約の解除をお願いすることができます。

□当施設は、全館スプリンクラーを設置する等防災に関しては細心の注意を払っておりますが、緊急事態に備え年2回避難訓練を行います。

### 〈敷金〉

□敷金は入居時にお預かりいたします。契約終了時、クリーニング費及び傷み具合によっては改裝費等を差し引いて返還します。利用料の不払いがあった場合には敷金から充当する場合があります。

### 〈その他〉

□入居時は環境の変化等もあり、身体、精神状態が不安定になられることがありますのでご留意ください。(ご家族様のご協力をお願いする場合があります。)

□施設の電話をご利用の際はコレクトコールでの利用をお願いします。

□状況により転室して頂く場合がございます。

住宅型有料老人ホームアモーレかざぐるま  
管理者 廣川 彰

上記について説明を受け同意いたしました。

年 月 日 ご署名

印