

ケアハウスさわやか 重要事項説明書

1. 事業主体概要

事業者の名称	社会福祉法人 親孝行の里
法人所在地	群馬県太田市藪塚町3922
代表者氏名	理事長 笹川 和弘
電話番号	0277-78-1165
設立年月日	平成13年7月12日

2. ご利用施設

施設の名称	軽費老人ホーム ケアハウスさわやか
施設の所在地	群馬県太田市藪塚町3922
施設長名	施設長 松場 敬一
電話番号	0277-78-1165
FAX番号	0277-78-1090
開設年月日	平成15年4月1日
定員	30名（個室26室、二人部屋2室）
損害賠償 責任保険加入先	介護保険・社会福祉事業者総合保険 （あいおいニッセイ同和）

3. 事業の目的と運営方針

事業の目的	ケアハウスは、一人暮らしや夫婦のみの高齢者が自立した生活を維持できるよう工夫された、いわゆる「ケア付き住宅」で、車椅子での生活を容易にする構造・設備を備えるなど、住宅としての機能を重視した施設です。ここでは、食事や入浴などの生活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住サービスを利用することにより、自立した生活を維持できるように配慮しています。
施設運営の方針	施設は、居宅における生活への復帰が可能な場合には復帰を念頭におき、その他の場合には、生活の場として老人の特性に配慮した住みよい住居を提供し、利用者の自主性の尊重を基本として、入居者が明るく心豊かな生活ができるよう、相談・助言等の援助、食事の提供、入浴設備の提供、疾病・災害等緊急時の対応、居宅サービスの利用への協力、余暇活動の支援等、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように万全を期することを基本方針としています。

4. 施設職員の配置状況

施設に勤務する職員の職種、員数及び職務内容は次のとおりです。

(1) 施設長 1名（併設介護老人福祉施設の施設長と兼務）

施設長は、施設の職員の管理、業務の実施状況の把握、その他の管理を一元的に行う。また、職員に対して必要な指揮命令を行う。

(2) 生活相談員 1名

生活相談員は、入所者からの相談に応じるとともに、適切な助言及び必要な支援を行う。

(3) 介護職員 2名

介護職員は、入所者に対して必要な生活支援等を行う。

(4) 管理栄養士 1名（併設介護老人福祉施設と兼務）

管理栄養士は、献立の作成、栄養量の計算、調理上の衛生管理等を行うとともに給食委託業者の監督、指導を行う。

(5) 事務員 2名（併設介護老人福祉施設と兼務）

事務員は、施設の運営に必要な庶務業務等を行う。

5. 施設サービスの概要

種類	内容
食 事	<ul style="list-style-type: none">・ 食事の提供に当たっては、食品の種類及び調理方法等について常に工夫し、栄養並びに入所者の嗜好、心身の状況を考慮したバラエティーに富んだ食事を提供します。 <p>【食事時間】 朝食 8時00分 ～ 9時00分 昼食 12時00分 ～ 13時00分 夕食 18時00分 ～ 19時00分</p> <ul style="list-style-type: none">・ 温冷配膳車からの配膳下膳は、原則セルフサービスです。ただし、体調不良やADLが低下した場合は、その限りではありません。・ 食事が不要となる場合は、前々日の19時までにお申し出ください。・ 急変等による食止めについては、料金発生はいたしません。
入 浴	<ul style="list-style-type: none">・ 大浴場の利用日、時間は次の通りです。 <p>【利用日】 水曜日・日曜日を除く週5日</p> <p>【利用時間】 13時00分より16時30分まで入浴いただけます。</p> <p>ただし、男女の時間スケジュール表（別に定める）に基づいた利用時間となります。</p> <p>※なお、感染症対策等により、利用日や利用時間に変更になることがあります。</p> <p>※常時失禁のある方、一人で入浴出来ない方は入浴できません。</p>

種類	内容
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ・ 随時、健康についての相談等、職員が対応いたします。 ・ 毎月1回定期的に血圧、体温測定等行います。 ・ 定期健康診断の受診機会を年1回以上設けます。
相談及び援助	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入所者及びその家族から、入所者の生活についてあらゆる相談に誠意をもって応じ、可能な限り必要な支援を行うよう努めます。 ・ 要介護認定の申請等入所者が日常生活を送るために必要な行政機関等に対する手続き方法など、相談及び支援に対応します。
教養娯楽	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入所者からの要望等をお聞きし、年間行事計画により教養娯楽、日常生活支援、各種サークル活動等の提供を行います。 ・ 月1回の買い物ツアー（近郊スーパー等）を実施しています。 ・ 月1回の外食ツアー（近郊飲食店等）を実施しています。 ・ 月1回のパンの訪問販売を実施しています。 ・ 月1回の訪問販売を実施しています。
衛生管理	<ul style="list-style-type: none"> ・ 施設における感染症及び食中毒の予防及び蔓延の防止のための対策の指針を整備し、職員に周知徹底し、定期的な研修を実施し、入所者が安心して生活ができるように努めます。
協力医療機関	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入所者の病状の急変等に備えるため、次の医療機関と協定しています。 <ul style="list-style-type: none"> ① 医療法人社団三思会 東邦病院 ② 医療法人宏愛会 宏愛会第一病院
非常災害対策	<ul style="list-style-type: none"> ・ 施設は、消火設備その他非常災害に際して必要な設備を整備しています。 ・ 非常災害時における通報及び連携体制を整備し、定期的（年2回）に避難誘導、救出その他必要な訓練を行います。
身体拘束	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入所者に対するサービスの提供に当たっては、入所者本人又は他の入所者等の生命又は身体を保護するために緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入所者の行動を制限する行動を行いません。 ・ 緊急やむを得ず身体的拘束を行う場合は、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。

6. ご利用施設で併せて実施している事業

事業の種類	指定年月日	介護保険事業所番号	定員
特別養護老人ホーム	平成 15 年 4 月 1 日	1072900549	58 名
通所介護事業所	平成 15 年 4 月 1 日	1072900564	30 名／日
居宅介護支援事業所	平成 15 年 4 月 1 日	1072900572	35 名／人
訪問介護事業所	平成 21 年 5 月 1 日	1070501562	藪塚地区
藪塚地域包括支援センター	平成 27 年 4 月 1 日	1000500106	藪塚地区

7. 施設の利用に当たっての留意事項

(1) 外出及び外泊

外出及び外泊は自由です。ただし、外出（短時間のものは除く）又は外泊しようとする場合は、事前にその都度、「外出・外泊先、用件、施設への帰着予定日時等」を届け出て下さい。

(2) 面会

面会時間は、曜日等を問わず 8 時 30 分～20 時 00 分です。

（防犯対策のため、20 時 00 分に正面玄関を施錠します）

面会の際は、3 階軽費事務所に備え付けの「面会用紙」に必要事項を記入してから、面会してください。又、面会時において「お薬等」を持参した場合は、必ず職員へ届け出て下さい。

(3) 喫煙

施設内は原則禁煙です。

(4) 火気の使用

施設内は、地下 1 階厨房以外原則「火気厳禁」です。居室内、共有部を問わず決して火気を使用しないで下さい。

(5) 施設内の禁止行為

ア けんか、口論、泥酔、薬物乱用等、他入所者等に迷惑をかける事

イ 宗教、習慣等など自己の利益のために他人の自由を侵害したり、他人を排撃したりする事

ウ 施設の秩序、風紀を乱し、又は安全衛生を害する事

エ 故意又は無断で建物や設備、備品に損害を与え、又はこれらを施設外へ持ち出す事

オ その他、別紙「当施設ご利用に当たっての留意事項」参照

8. 事故発生時の対応について

(1) サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに群馬県及び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。又、その際採った処置等を記録いたします。

(2) 事故が生じた際には、その原因を解明し、再発防止に努めます。

- (3) 施設の責任により入所者に対して生じた損害については、速やかに損害賠償をさせていただきます。ただし、その損害の発生について、入所者に故意又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限り、施設の損害賠償額を減じる場合があります。
- (4) 事故の発生において、施設の責任が無いと認められる場合、施設は、損害賠償責任を負わないものとします。

9. 個人情報の取り扱い

- (1) 別に定める「個人情報保護に対する基本方針」及び「個人情報の利用目的」に基づき、対応いたします。
- (2) 入所者に関するお問い合わせに対し、慎重に対応させていただきます。又、入所者のプライバシーに関する情報については、前項に基づき対応致しますが、入所者が当施設を利用されているかどうか等のお問い合わせに対してのみ、情報提供させていただきます。お問い合わせに対し回答して欲しくない方のご指定や、情報提供範囲についてご希望等がある場合はご相談ください。

10. 利用料

(別紙1)

令和6年8月1日

入居者利用料徴収額表

ケアハウス さわやか

対象収入による 階層区分(年)		サービスの提供 に要する費用 (月額)	生活費 (月額)	居住に要する 費用 (月額)	合計徴収額 (月額)
1(夫婦)	1,500,000 以下	7,000	46,334	15,000	68,334
1(単身)	1,500,000 以下	10,000	46,334	15,000	71,334
2	1,600,000 以下	13,000	46,334	15,000	74,334
3	1,700,000 以下	16,000	46,334	15,000	77,334
4	1,800,000 以下	19,000	46,334	15,000	80,334
5	1,900,000 以下	22,000	46,334	15,000	83,334
6	2,000,000 以下	25,000	46,334	15,000	86,334
7	2,100,000 以下	30,000	46,334	15,000	91,334
8	2,200,000 以下	35,000	46,334	15,000	96,334
9	2,300,000 以下	40,000	46,334	15,000	101,334
10	2,400,000 以下	45,000	46,334	15,000	106,334
11	2,500,000 以下	50,000	46,334	15,000	111,334
12	2,600,000 以下	57,000	46,334	15,000	118,334
13	2,700,000 以下	64,000	46,334	15,000	125,334
14	2,800,000 以下	69,153	46,334	15,000	130,487
15	2,900,000 以下	69,153	46,334	15,000	130,487
16	3,000,000 以下	69,153	46,334	15,000	130,487
17	3,100,000 以下	69,153	46,334	15,000	130,487
18	3,100,001 以上	69,153	46,334	15,000	130,487

注1) この表における対象収入とは、前年の収入(社会通念上として認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う。

注2) 本人からのサービスの提供に要する費用(月額)は、上表より求めた額とする。

注3) 地区別冬季加算(11月~3月)は、1ヶ月1人当たり2,280円徴収するものとする。

注4) 電気・水道・電話代は個別のメーター使用量による額を個人負担とする。

注5) 駐車場利用料金 月額 2,500円/台(対象者のみ)

注6) 台地区の区費 月額 500円(年間6,000円)

注7) 二人部屋を単身利用する場合は、居住に要する費用を月額30,000円とする。

1 1. 苦情相談窓口

※ サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

苦情受付担当者 : ケアハウス 生活相談員
ご利用時間 : 8時30分 ~ 17時30分
ご利用方法 : 電話 0277-78-1165
FAX 0277-78-1090
3階事務所カウンターに苦情受付箱を設置

※ 公的機関においても、次の機関において苦情の申し出ができます。

福祉サービス運営適正化委員会

所在地 群馬県前橋市新前橋町13-12 群馬県社会福祉協議会内

相談方法 電話 027-255-6669 (受付専用)

FAX 027-255-6173

E-mail kujou@g-shakyo.or.jp

受付時間 来所 月曜日～金曜日：9時00分～17時00分

電話 月曜日～金曜日：9時00分～17時00分

※ 苦情処理第三者委員

氏名 小林道雄

氏名 後藤佳子

公正中立な立場で、苦情を受け付け相談にのっていただける委員です。

私は、本書面に基づき上記重要事項の説明を受け、内容を理解し同意致しました。また、個人情報の利用について説明を受け、必要最低限の範囲内で使用、提供又は収集することに同意します。

令和 年 月 日

【利用者】

住所

氏名

印

【代筆者】

住所

氏名

私は、下記の理由により、本人（利用者）の意思を確認した上、上記署名を代行しました。

理由

[]

【身元保証人】

住所

氏名

印

【説明者】

ケアハウスさわやか

職名

氏名

印