

【重要事項説明書】

利用者に対するケアハウス（軽費老人ホーム）施設サービス提供開始にあたり、「軽費老人ホームの設備及び運営に関する基準」に基づき、当施設が利用者に説明すべき事項は次のとおりです。

1. 設置・経営主体

法人名	社会福祉法人 彩光会
法人所在地	埼玉県上尾市大字上野567番地
代表者名	理事長 中村 康彦
電話番号	048-726-6514

2. ご利用施設

施設名	ケアハウスあけぼの
施設所在地	埼玉県上尾市大字上野567番地
施設長名	沼田 博
電話番号	048-726-5565
FAX番号	048-726-6088

3. 施設概要

利用定員	50名（1人用居室42室、2人用居室4室）
共同設備	食堂、浴室、玄関、相談室、ゲストルーム、洗濯場等
居室設備	トイレ、洗面台、冷蔵庫、ミニキッチン、エアコン、ナースコール等

4. 職員数（令和3年8月23日現在）

- (1) 施設長（兼務） 1名
- (2) 事務員（兼務） 1名
- (3) 生活相談員 1名
- (4) 介護職員 3名
- (5) 管理栄養士（兼務） 1名

5. 職員の職務内容

- (1) 施設長は、理事長の命を受け、所属職員を指揮監督し、施設の業務を統括するものとする。
- (2) 事務員は、財産管理・庶務等の事務を行う。
- (3) 生活相談員は、利用者の生活向上に必要な生活指導・相談・支援等を行う。
- (4) 介護職員は、利用者の支援等を行う。
- (5) 管理栄養士は、利用者の食事・栄養摂取についての相談・支援を行う。

6. 職員の勤務体制

職 種	勤 務 体 制
施設長 事務員	8 : 30 ~ 17 : 30
生活相談員 介護職員	早番 (7 : 15 ~ 16 : 15) 日勤 (8 : 45 ~ 17 : 45) 遅番 (10 : 00 ~ 19 : 00)
管理栄養士	9 : 00 ~ 18 : 00

7. サービスの提供年月日

- * サービスの提供は、入居の契約日から契約終了日までの間とする。
契約日は、_____年_____月_____日とする。
- * 契約日は、予め施設との間で定められた日、実際に入居された日、または居室の鍵をお渡しした日のいずれか最初に訪れる日とする。
- * 契約終了日は、予め施設との間で定められた日、利用者が死亡した日、利用者・施設のいずれかから契約の解除を申し出て予告期間が満了となった日、または居室内の私物を全て搬出し原状回復を完了して居室の鍵を返却された日のうち最も遅い日とする。

8. サービス内容

種 類	内 容
相談及び援助	利用者及びその家族からの相談について誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努める。
食 事	管理栄養士の立てる献立により、栄養バランスに配慮した食事を提供する。また、利用者の体質等により必要な場合は、可能な限り食材や提供方法の変更を行う。 (食事時間) 朝食 8 : 00 ~ 9 : 00 昼食 11 : 30 ~ 12 : 30 夕食 17 : 15 ~ 18 : 15
入 浴	毎日 7 : 15 ~ 19 : 00 (毎週水・土曜 10 : 00 ~ 12 : 00 は清掃のため入浴不可)
掃 除	利用者自身で行う。介護認定を受けている場合は、ヘルパーサービス等の利用が可能。
保健衛生	利用者の健康保持・疾病予防のため、定期的に健康診断を行う。費用は施設負担とする。
緊急時の対応	利用者の緊急時等必要な場合には、主治医あるいは協力医療機関等に責任をもって引継ぐと同時に身元引受人に連絡する。 非常通報装置や、全館一斉放送設備を活用し、緊急の連絡を速やかに行う。

介護保険サービス等の利用	日常生活上の援助及び介護を必要とする状態になった場合は、介護保険サービス等の利用が出来る。 利用者が適切なサービスを受けることができる様、必要な援助を行うよう努める。
夜間の管理体制	宿直職員 1名（有事の際は特別養護老人ホーム夜勤職員も対応）
巡回バスの運行	毎週／月・水・金（年末年始除く） 1日2便運行 片道 150円 〈第1便〉 9：15発 〈第2便〉 10：30発
利用者活動への協力	施設での生活が健康で明るいものとなるよう、季節ごとの行事・各種レクリエーション・外出活動等、適宜企画・実施をする。

9. 利用料等

(1) サービスの提供に関する費用 (利用者の所得の状況その他事情を勘案して徴収すべき費用として都道府県知事が定める額に限る。以下、「事務費」とする。)

月額 10,000円～49,100円

(2) 生活費 (食材料費及び共用部分に係る光熱水費に限る。)

月額 48,764円
冬季加算 2,150円 (11月～3月のみ)

(3) 居住に要する費用 (前号の光熱水費及び次号の費用を除く。以下、「管理費」とする。)
納入方式については一人あたり、

① 一括払いとし 20年分の一括納入	5,148,000円
② 分割払いとし月額	23,300円
③ 併用方式とし 20年分の一部の 残りについては月額	2,574,000円を一括 11,600円

(4) 居室に係る光熱水費
電気料金は、1kwあたり25円×使用量 (各居室メーターにより計測)

(5) 利用者が選定する特別なサービスの提供を行ったことに伴い必要となる費用

(6) 前各号に挙げるもののほか、施設において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、利用者に負担させることが適当と認められたもの

* 契約終了日が月途中である場合、事務費及び生活費について、該当月の歴日数で日割り計算し返還する。(小数点第1位を四捨五入し、1円単位とする。) 管理費は1ヶ月分として計算するものとし、日割り計算による返還は行わない。(ケアハウスあけぼの入居契約書第21条による)

* 事務費は、前年の対象収入により翌年度の階層(金額)が決定されるため、入居時及び翌年以降、年1回収入等に関する資料が必要となる。

* 欠食の届出は、該当日前日の15：00までに申し出があった場合、朝食210円、昼食350円、夕食310円を欠食返金分として翌月分の請求にて精算する。

* ゲストルームを利用するときは、事前に申し込みを行う。宿泊に利用するときは、1回2,500円とする。食事を希望する場合は、1食あたり、朝食400円、昼食及び夕食は500円とする。

10. 苦情申立先

当施設相談室	苦情受付担当者	相談員 樽井 雄平
	解決責任者	施設長 沼田 博
	TEL :	048-726-5565
	FAX :	048-726-6088
法人設置の第三者委員	・野澤 愛子	080-9647-1012
	・安部 雅子	080-9647-1257

11. 協力医療機関

医療機関の名称	医療法人社団 愛友会 上尾中央総合病院
所在地	埼玉県上尾市柏座1-10-10
電話番号	048-773-1111(代)

12. 虐待の防止について

当施設は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のために次に掲げるとおり、必要な措置を講ずる。

- (1) 委員会の設置、研修等を通じて、職員の利用者に対する人権意識の向上や知識の向上に努める。
- (2) 成年後見制度の利用を支援する。
- (3) サービス提供中に、当施設職員又は養護者（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。
- (4) 職員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、職員が利用者の権利擁護に取り組める環境の整備に努める。

13. 身体拘束の禁止

当施設はサービスの提供にあたり、利用者本人もしくは他の利用者に危険が生じるような緊急のやむを得ない場合を除いて、利用者の身体を拘束することはない。

14. 退去について

- * 退去を希望する場合は、所定の「退去届」を提出すること。退去には14日以上の予告期間が必要となる。
- * 金銭の管理や各種サービスについての理解が困難となってきた場合、利用料の滞納、入居の要件や利用料認定に関して虚偽の届出を行った場合、他の利用者への迷惑行為があった場合等は、退去していただくことがある。
- * 退去時の居室原状回復は、利用者負担とする。（「ケアハウスあけぼの入居契約書」第14条による）

15. 当施設利用の際に留意いただく事項

来訪・面会	面会時間の設定はなし。来訪者が宿泊する場合には、必ず施設の許可を得ること。 ※面会時は、施設で行っている感染対策に協力いただき、感染症の発生状況によっては、一時的に面会をお断りする場合がある。
外出・外泊	外泊の際は、必ず行き先と帰宅時間を申し出ること。外出の際、帰りが遅くなる場合は職員へ申し出ること。
居室の維持・管理	居室の維持・管理（清掃を含む）は、各自で行うこと。危険な場合、困難な場合は職員へ相談すること。
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利用すること。これに反した利用により破損等が生じた場合、賠償していただく場合がある。
防炎対策	施設敷地内において、防火上、火気の使用は禁止とする。 (例: 噫煙、仏壇のろうそく・線香、石油ストーブ、カセットコンロ等) カーテン、2畳サイズ以上の敷物を持ち込まれる場合は、防炎マークのあるものとすること。
迷惑行為等	騒音等他の利用者の迷惑になる行為は行わないこと。また、むやみに他の利用者の居室等に立ち入らないこと。
宗教活動・政治活動	施設内で他の利用者に対する宗教活動及び政治活動は行わないこと。

年 月 日

ケアハウスあけぼの入居にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

〈事業者〉

所在地 埼玉県上尾市大字上野 5 6 7 番地

名 称 社会福祉法人 彩光会

ケアハウスあけぼの

理事長 中村 康彦 印

説明者 職名 生活相談員

氏名 印

私は本書面により、事業者からケアハウスあけぼのについての重要な事項の説明を受け、同意いたしました。

〈利用者〉

住 所

氏 名 印

〈身元保証人〉

住 所

氏 名 印