ケアハウス　ゆーとりあ　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　五常会
法人所在地	大阪府堺市中区見野山１６４番地
代表者氏名	理事長　山本　晃
電話番号	072-236-8779
設立年月日	昭和56年3月31日

２．ご利用施設

施設の名称	ケアハウス　ゆーとりあ
施設の所在地	大阪府堺市中区見野山１６２番地
施設長名	施設長　安川朱実
電話・ＦＡＸ番号	電話072-236-9946　　ＦＡＸ072-234-8674
開設年月日	平成6年4月1日
定員	50名

３．事業の目的と運営の方針

事業の目的	軽費老人ホームの設備及び運営に関する基準（平成20年厚生労働省令第107号）に従い、低額な料金で身体機能の低下や家庭環境、住宅事情等の理由により、居宅において生活することが困難な方に入所していただき、日常生活上の必要な便宜を提供し、もって健康で明るい生活を送っていただくことを目的とします。
施設運営の方針	高齢者の特性に配慮した住みよい住居を提供し、入居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、食事の提供、入浴等の準備、相談機能の充実、余暇活動の援助、疾病、災害等緊急時の対応等に万全を期することを基本方針とします。

４．利用要件

（１）年齢が60歳以上であること。ただし入居者の配偶者、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）自炊ができない程度の身体機能の低下等が認められ、又は高齢等のため独立して生活するには不安が認められる者であって、ご家族による援助を受けることが困難な方。

（３）伝染性疾患がなく、かつ共同生活が可能である方。

（４）生活費に充てることができる所得等があり、所定の利用料を継続的に負担できる方。

（５）身元保証人が得られること。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　（※特定施設入居者生活介護指定に係る職員は別途配置）

（共通職員）

職　　種	職務内容	配置	勤務体制
1．施　設　長	総括	1名	常勤1名
2．生活相談員	日常生活での相談・助言等	1名	常勤1名
3．栄　養　士	献立作成、調理上の衛生管理	1名	常勤1名
4．調　理　員	献立表に基づき食事提供	4名	常勤2名、非常勤2名

（直接処遇職員）

職　　種	職務内容	配置	勤務体制
1．介 護 職 員	日常生活の支援・援助	1名	常勤1名

※「軽費老人ホームの設備及び運営に関する基準」において常勤換算方法が用いられている職種については下記の換算方法を用います。

常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数（週 40 時間）で除した数です。

（例）週 20 時間勤務の介護職員が 2 名いる場合、常勤換算では、1 名（20 時間×2 名÷40 時間＝1 名）となります。

6．施設サービスの概要

（1）基準サービス

種　　類	内　　容
食　　事	食事時間は、（朝食）　8時00分～ 8時45分 （昼食）12時00分～12時45分　（夕食）18時00分～18時45分 1日3食、食堂にて提供いたします。ただし、体調不良時や特別な事情がある場合はこの限りではありません。なお、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。
入　　浴	入浴は、隔日以上に準備いたします。 また、事情がある場合は家族浴室をご利用ください。
生活相談と援助	入居者から要望があれば、常時各種の生活相談に応じ、適切な助言と必要に応じて行政および関係機関への紹介、手続き等の援助を行います。
保　健　衛　生	少なくとも年2回以上健康診断を受ける機会を提供するなど必要な指導援助を行います。
日常生活の支援	入居者が日常生活を営むために、保健医療・福祉サービスの活用について必要な支援を行うとともに、特別な介護を必要とする状態になった場合は、居宅介護サービスが導入できるよう所要の措置をとるものとします。この場合の費用は入居者の負担となります。
疾病、負傷等緊急時の対応	急病若しくは負傷等緊急を要する場合、必要な援助を行ないます。
余暇活動への援助	入居者が趣味、教養娯楽、交流行事等のレクリエーションに参加できる機会を提供いたします。

（２）基準外のサービス

種　　類	内　　容
クラブ費	実費
理美容費	実費
日用品費	実費（個人の使用に係るもの）
行事参加費	実費（外出行事、旅行等の個人の負担に係るもの）

※居宅介護サービス費や医療費、個別の有料サービス等は自己負担

７．利用料

●居住に要する費用

居住に要する費用（管理費）	①又は②のどちらかの方法でお支払い下さい。 なお、①の一括納入方式の場合、20 年未満の期間以内に退居される場合は 20 年から経過期間を差し引いた期間に応じ均等払いでご返金します。		
	①一括納入方式	5,380,000 円	20 年間分前払い
	②分割納入方式	30,330 円	月割り納入

●生活費及びサービスの提供に要する費用等

※別紙「ケアハウスゆーとりあ料金規定」を必ず参照してください。

８．利用料の請求及び支払い

利用料等の支払いは、入居者指定口座からの自動引き落しによる支払い。引き落し日は毎月２８日（但し、金融機関が休業日場合は翌日）になります。なお、利用料は次月分、電気料金・通話料等の使用料及びその他のサービス費用は前月分として１か月ごとに計算して請求致します。また、請求書は、利用明細を添えて毎月 15 日までにお渡しいたします。

利用料等のお支払いについて、支払い期日から 3 か月以上遅延し、さらに支払いの督促から 14 日以内にお支払いがない場合には、予告期間を置いて通告し、契約を解約した上で未払い分をお支払いいただくことになります。

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	面会時間は午前9時～午後7時です。面会簿に必要事項をご記入願います。
外出・外泊	外出・外泊届をその都度ご提出お願いします。但し、欠食を伴わない外出の場合は口頭での連絡でお願いします。
門　　限	門限は午後 9 時です。なお、門限時間以降の帰所になる時は事前にご連絡下さい。
火器等の使用	アイロン、電気ストーブ、トースター、オーブンレンジ、ローソク、線香等、火事の恐れになる物は持ち込み禁止となっております。詳しくはお尋ねください。
喫　　煙	全館禁煙ですので所定の場所での喫煙をお願いします。居室での喫煙は厳禁です。

迷惑行為等	けんか、暴行、中傷、口論、飲酒・泥酔等他人に迷惑を及ぼすことは慎んで下さい。

１０．個人情報の保護

（１）サービスを提供するうえで知り得た入居者又はそのご家族等に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩いたしません。なお、この守秘義務は本契約が終了した後も継続いたします。

（２）入居者に医療上緊急の必要性がある場合には、医療機関等に契約者に関する心身等の情報を提供できるものといたします。

（３）前２項に拘わらず、入居者に係るサービス提供において他の関係機関との連携を図るなど正当な理由がある場合には、入居者又はそのご家族等の同意を文書により得た上で、入居者又はそのご家族等の個人情報を用いることができるものといたします。

１１．高齢者虐待の防止

入居者等の人権擁護・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、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労を相談できる体制を整える他、職員が入居者等の権利擁護に取り組める環境整備に努めます。

１２． 身体拘束について

施設では、原則として入居者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、入居者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、入居者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることに留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

（１）緊急性‥‥‥直ちに身体拘束を行わなければ、入居者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。

（２）非代替性‥‥身体拘束以外に、入居者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限ります。

（３）一時性‥‥‥入居者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

１３．非常災害について

施設では、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ防災計画を作成し、防災計画に基づき、年２回以上、入居者及び従業者等の訓練を行います。

１４．緊急時の対応

入居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。

１５．協力医療機関

医療機関の名称	（医）錦秀会
所　在　地	大阪市住吉区南住吉 3-3-7
診　療　科	内科・外科・整形外科・リハビリテーション科　他
医療機関の名称	（医）正雅会　辻本病院
所　在　地	大阪狭山市池之原２丁目１１２８－２
診　療　科	内科・外科
医療機関の名称	社会福祉法人五常会診療所
所　在　地	堺市中区見野山１６４番地
診　療　科	内科・精神科
医療機関の名称	（医）暁美会　田中病院
所　在　地	堺市美原区黒山３９－１０
診　療　科	内科・外科・整形外科・リハビリテーション科　他
医療機関の名称	（医）佑絢会　ナカイデンタルクリニック
所　在　地	堺市南区赤坂台 2-5-11
診　療　科	歯科

１６．苦情相談窓口

当施設における苦情やご要望をご相談ください。また、ご不明な点がございましたら、お気軽にお尋ねください。

【事業者の窓口】 社会福祉法人　五常会 ケアハウス　ゆーとりあ	堺市中区見野山１６２番地 電　話　０７２（２３６）９９４６ ＦＡＸ　０７２（２３４）８６７４ 時　間　午前８時４５分～午後５時４５分 担当者　相談員　藤林　裕貴子
【堺市の窓口】 堺市健康福祉局 長寿社会部介護事業者課	堺市堺区南瓦町３番１号 電　話　０７２（２２８）７３４８ ＦＡＸ　０７２（２２８）７４８１ 時　間　午前９時００分～午後５時３０分（土･日・祝日除く）
【公的団体の窓口】 大阪府社会福祉協議会 （運営適正化委員会）	大阪市中央区谷町７丁目４番 15 号 大阪府社会福祉会館５階 電　話　０６（６１９１）３１５０ ＦＡＸ　０６（６１９１）５６６０ 時　間　午前９時００分～午後５時３０分（土･日・祝日除く）

１７．第三者評価実施状況

当施設は、第三者評価機関による評価を実施しておりません。

令和　　年　　月　　日

入居者に対して重要事項の説明を行いました。

事業者　住　所　堺市中区見野山１６４番地
名　称　社会福祉法人　五常会
代表者　理事長　山本　晃　　印

事業所　住　所　堺市中区見野山１６２番地
名　称　ケアハウス　ゆーとりあ
管理者　施設長　安川　朱実

説明者　（職種）

（氏名）　　印

私は、施設から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。

入居者　住　所

氏　名　　印

私は、入居者の意思を確認した上、上記署名を代行しました。
【代筆者】（続柄：　　）

身元保証人　住　所
（入居者の家族等）
氏　名　　印