

# 重要事項説明書

ケアハウス吉舎

### 1. 事業（法人）の概要

事業主体名	社会福祉法人 優輝福祉会
代表者名	理事長 森重 利夫
本部所在地・連絡先	(住所) 〒729-4211 広島県三次市吉舎町吉舎606番地  (電話) 0824-43-3121 (FAX) 0824-43-3122

### 2. 事業所（ご利用施設）

施設の名称	ケアハウス吉舎
所在地・連絡先	(住所) 〒729-4211 広島県三次市吉舎町吉舎606番地  (電話) 0824-43-3110 (FAX) 0824-43-3335
管理者の氏名	施設長(管理者) 高下 孝二郎

### 3. 事業の目的及び運営方針

#### (1) 事業の目的

本事業所は、一人暮らし等で入居された高齢者が自立した日常生活を維持できるよう住まいの提供や、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ことを目的とします。身体機能の低下等により支援又は介護を要する状況となった場合に於いても介護保険制度の居宅サービス等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ます。

#### (2) 運営方針

本事業所は、利用者の自立を支援するとともに利用者の意思及び人格を尊重し、心豊かで生き甲斐のある日常生活の保持を目指すとともに、地域や家庭との連携に努めます。

#### (3) その他

事項	内容
身体的拘束の禁止	入居者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束、その他入居者の行動を制限する行為は行いません。 やむを得ない場合には、その理由を示して入居者・家族の了解を得ます。
感染症・食中毒の 予防及びまん延対策	感染症及び食中毒の予防及びまん延防止の対策委員会を設置し定期的に検討します。又感染症及び食中毒の予防マニュアルに沿った対応・実践を行いません。
職員研修	職員の資質向上を図るため、施設内外の研修 その他、施設内外の研修にも積極的に参加します。
秘密保持	正当な理由なく、業務上知り得た入居者又は家族の秘密や個人情報保持します。
地域等との連携	地域行事への参加、地域住民との交流の機会を積極的に設け、地域の中で暮らす生活環境作りに努めます。 地域の医療及び介護サービス機関との連携を図ります。
居宅サービスの利用	入居者が要支援・要介護状態となった場合には、その心身の状況、おかれている環境等に応じ、適切な居宅サービスが受けれるよう地域包括支援センターや居宅介護支援事業所との連携を図り自立生活を支援します。

#### 4. 事業所（ご利用施設）の概要

施設の類型及び定員	類 型 軽費老人ホーム 表示事項 住居の権利形態：分割払い方式 形 態 及び定員 軽費老人ホーム 定員 10名 特定施設入居者生活介護 定員 20名（併設） 居室区分：全室個室
開設年月日	平成 17 年 9 月 1 日
交通の便	路線バス甲山・三次間運行（中国バス）バス停 0.1km JR 西日本福塩線吉舎駅までタクシーでワンメーター以内
敷地概要（権利関係）	面積：3,448.42㎡（法人所有）
建物概要（権利関係）	鉄筋コンクリート2階建て 延べ床面積 2,275.49㎡
居室の概要	一般居室 10室（全個室：24.0㎡～35.3㎡） 介護居室 20室（相部屋有り：24.0㎡～35.3㎡） 一時介護室 1室（一人室：6.0㎡）
浴室、食堂の概要	ユニットバス（5.8㎡） 食堂・室：兼用（42.3㎡）
共用施設概要	リビング兼食堂、浴室（ユニットバス）、応接室、洗濯室（各ユニット毎）、駐車場
緊急通報装置等緊急連絡・安否確認	全居室及び居室内トイレ、共用施設内トイレ、浴室にナースコール設置

#### 5. 利用料（※消費税込みの価格）

費用の納入方式	銀行口座引き落とし（一括）																					
一時金（保証金）	200,000円																					
<table border="1"> <tr> <td>用途</td> <td>ご退去時の居室現状回復費用等のためにお預かりします。原則、ご退去時にご返金いたします。</td> </tr> <tr> <td>解約時の返還金</td> <td>居室の現状回復費用がお預かり金額より超える場合は返還金は無し。</td> </tr> </table>	用途	ご退去時の居室現状回復費用等のためにお預かりします。原則、ご退去時にご返金いたします。	解約時の返還金	居室の現状回復費用がお預かり金額より超える場合は返還金は無し。																		
用途	ご退去時の居室現状回復費用等のためにお預かりします。原則、ご退去時にご返金いたします。																					
解約時の返還金	居室の現状回復費用がお預かり金額より超える場合は返還金は無し。																					
介護費用の一時金 ※要介護者等の人数に応じた介護職員等の数については「10. 職員体制」に記載	※介護費用の一時金は特に設けない。																					
<table border="1"> <tr> <td>解約時の返還金</td> <td>無し</td> </tr> </table>	解約時の返還金	無し																				
解約時の返還金	無し																					
月額利用料	別途利用表により																					
<table border="1"> <tr> <td rowspan="7">内 訳</td> <td>管理費</td> <td>6,800円・7,200円・9,000円</td> </tr> <tr> <td> <table border="1"> <tr> <td>用途</td> <td>共用施設等の維持管理費、事務費、生活サービス等に係わる人件費他。</td> </tr> </table> </td> <td></td> </tr> <tr> <td>事務費</td> <td>10,200円～85,300円 収入に応じて区分されています。</td> </tr> <tr> <td>生活費（食費）</td> <td>44,640円/月 内訳：朝食)380円 昼食)530円 夕食)530円 ※実食数により清算致します。</td> </tr> <tr> <td>介護保険対象外費用 （介護保険に係る利用料を除く）</td> <td>実費をご負担いただきます。 月払い方式。 ※料金は、別添・介護サービス一覧表のとおり。</td> </tr> <tr> <td>光熱水費</td> <td>居室の電気料は自己負担。共用施設の電気料および水道料は別途にご負担していただきます。その他、冬期（11月～3月）暖房費（1,930円/月）をご負担いただきます。</td> </tr> <tr> <td>家賃相当額</td> <td>管理費に含まれている。</td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td>新聞代、電話料金、その他個人的支出費用はすべて自己負担。</td> </tr> <tr> <td>改定ルール</td> <td>物価の変動又は人件費等を勘案し、運営懇談会の意見を聴いたうえで改定。</td> </tr> </table>	内 訳	管理費	6,800円・7,200円・9,000円	<table border="1"> <tr> <td>用途</td> <td>共用施設等の維持管理費、事務費、生活サービス等に係わる人件費他。</td> </tr> </table>	用途	共用施設等の維持管理費、事務費、生活サービス等に係わる人件費他。		事務費	10,200円～85,300円 収入に応じて区分されています。	生活費（食費）	44,640円/月 内訳：朝食)380円 昼食)530円 夕食)530円 ※実食数により清算致します。	介護保険対象外費用 （介護保険に係る利用料を除く）	実費をご負担いただきます。 月払い方式。 ※料金は、別添・介護サービス一覧表のとおり。	光熱水費	居室の電気料は自己負担。共用施設の電気料および水道料は別途にご負担していただきます。その他、冬期（11月～3月）暖房費（1,930円/月）をご負担いただきます。	家賃相当額	管理費に含まれている。	その他	新聞代、電話料金、その他個人的支出費用はすべて自己負担。	改定ルール	物価の変動又は人件費等を勘案し、運営懇談会の意見を聴いたうえで改定。	
内 訳		管理費	6,800円・7,200円・9,000円																			
		<table border="1"> <tr> <td>用途</td> <td>共用施設等の維持管理費、事務費、生活サービス等に係わる人件費他。</td> </tr> </table>	用途	共用施設等の維持管理費、事務費、生活サービス等に係わる人件費他。																		
		用途	共用施設等の維持管理費、事務費、生活サービス等に係わる人件費他。																			
		事務費	10,200円～85,300円 収入に応じて区分されています。																			
		生活費（食費）	44,640円/月 内訳：朝食)380円 昼食)530円 夕食)530円 ※実食数により清算致します。																			
		介護保険対象外費用 （介護保険に係る利用料を除く）	実費をご負担いただきます。 月払い方式。 ※料金は、別添・介護サービス一覧表のとおり。																			
	光熱水費	居室の電気料は自己負担。共用施設の電気料および水道料は別途にご負担していただきます。その他、冬期（11月～3月）暖房費（1,930円/月）をご負担いただきます。																				
家賃相当額	管理費に含まれている。																					
その他	新聞代、電話料金、その他個人的支出費用はすべて自己負担。																					
改定ルール	物価の変動又は人件費等を勘案し、運営懇談会の意見を聴いたうえで改定。																					
一時金の返還金の保全措置 ・銀行保証の有無及び内容 ・その他の保全措置の有無及び内容	有・ <input type="checkbox"/> 無 有・ <input type="checkbox"/> 無																					
消費税	食費、管理費、介護料（介護保険利用料は非課税）については課税																					

## 6. サービスの内容

一時金（家賃相当額に充当）に含まれるサービス	入居者が居住する居室、その他共用施設の利用のための費用
月額利用料（介護費用を除く）に含まれるサービス	1、食事サービス（1日3食）：配下膳、お茶の準備等 2、健康サービス：健康相談等
ホームが提供する介護サービスの内容、頻度及び費用負担	別添 介護サービス等の一覧表による
上記以外の別途費用負担の必要なサービスとその利用料	別添 介護サービス等の一覧表による
苦情解決の体制	苦情処理細則に従い対応する。
損害賠償	損害保険に加入

## 7. 介護を行う場所

介護時（認知症を含む）に介護を行う場所	居室及び共用施設にて介護を行う。
入居後に居室または施設を住み替える場合	一時介護室へ移る場合 （判断基準・手続、追加費用の要否、居室利用権の取扱い、入居一時金償却の調整の有無、従前居室からの面積の増減有無、従前居室との仕様の変更の有無等）
	介護居室へ住み替える場合（同上）
	他のホームへ住み替える場合（同上）

## 8. 医療

協力医療機関（または嘱託医）の概要及び協力内容	医療機関	病院名	三次中央病院
		所在地	広島県三次市東酒屋町 10531 番地
		電話番号	0824-65-0101
		診療科目	内科
		入院設備	有
	医療機関	病院名	三浦クリニック
		所在地	広島県三次市吉舎町吉舎 770 番地
		電話番号	0824-43-2020
		診療科目	内科
	医療機関	病院名	田中医院
		所在地	広島県三次市吉舎町吉舎 493 番地
		電話番号	0824-43-2109
		診療科目	外科・内科
	医療機関	病院名	金子歯科医院
		所在地	広島県三次市吉舎町三玉 508 番地
		電話番号	0824-43-2171
		診療科目	歯科
	入院設備		無
	<p>〈協力内容〉</p> <p>一般医療管理に関する相談 医療に関する治療の訴え及び必要のあった場合の対処 協力医療機関での対応が困難な場合、他機関への紹介等</p> <p>〈健康診断〉</p> <p>年2回、機会の提供のみ行います。 費用に関しては、実費負担でお願いします</p>		
入居者が医療を要する場合の費用負担	協力医療機関又は入居者が選択する医療機関において治療を受ける費用については、医療保険制度に基づく費用を負担していただきます。		

## 9. 職員体制

令和6年4月1日現在

		職員数	常勤換算後の人数	夜間勤務職員数 ※直直職員を含む	備考
従業者の内訳	施設長	1人	1人		
	生活相談員	1人	1人		
	介護職員	1人	1人	(2人)	
	栄養士	1人	—人		調理員兼務
	調理員	4人	—人		
	事務職員	1人	1人		
	その他職員	—人			
常勤換算の方法の考え方		週37時間56分勤務として換算			
職員の勤務体制概要 (介護職員勤務)		早出：7:00～15:30 日勤：8:30～17:00 (夜勤：16:30～9:30 ※特定施設と一体)			

## 10. 入居・退去等

入居者の条件	概ね60歳以上の方で、身体機能の低下等により自立した日常生活を営むことに不安があると認められる者。
身元保証人等の義務及び返還金受取人の届出 入居契約書 第23条・第24条	<p>(身元保証人)</p> <p>第23条 入居者は、身元保証人を定めるものとします。</p> <p>2 前項の身元保証人は、利用者に契約不履行があった場合に、この契約から生じる一切の責務について連帯して履行の責を負うと共に、必要な場合は利用者の身柄を引き取る責任を負うものとする。</p> <p>3 乙は、身元保証人の住所、氏名に変更のあったとき、及び死亡、禁治産者等によって変更するときは、その旨を直ちに通知しなければならない。</p> <p>(返還金受取人)</p> <p>第24条 入居者は、入居一時金受取人を定めるものとする。但し、夫婦等入居者が2名の場合は、それぞれについて各1名を定めることができる。</p> <p>2 返還金受取人は、第23条(身元保証人)に規定する身元保証人がこれを兼ねることができる。</p> <p>3 第1項に規定する返還金受取人に支障が生じた場合は、利用者は直ちにその旨を届け出ると共に、承認を得て、新たに返還金受取人を定めるものとする。</p>
契約の解除 入居契約書 第19条・第20条	<p>(事業者からの契約解除)</p> <p>第19条 事業者は、入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことが本契約をこれ以上将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合に、本契約を解除することがあります。</p> <p>一 入居の要件に関して、虚偽の届け出を行って入居したとき。</p> <p>二 利用料を3か月以上支払わなかったとき。</p> <p>三 事務費の減額に当たって虚偽の届出を行なった場合。</p> <p>四 施設長の承諾を得ないで、施設の建物や付帯設備の造作・模様替えを行い、かつ原状回復を行わない場合。</p> <p>五 個別の日常生活上の援助(調理を除く)又は介護を必要とする状態にあるにも関わらず、それらを受けることができないとき。</p> <p>六 金銭の管理、各種サービスの利用について自分で判断が出来なくなったとき。</p> <p>七 職員に対する身体的暴力(身体的な力を使って危害を及ぼす行為)、職員に対する精神的暴力(人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為)及び職員に対するセクシャルハラスメント(性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為)が認められたとき。</p> <p>八 その他共同生活の秩序を著しく乱し、他の入居者に迷惑をかけたとき。</p> <p>2 前項の規程に基づく契約の解除の場合は、事業者は次の各号の手続きによって行います。</p> <p>一 契約の解除した場合にはその予告期間(1か月間)満了後、遅滞なくその居室を明け渡すものとする。</p> <p>二 前号の通告に先立ち、入居者及び身元保証人等に弁明の機会を設ける。</p> <p>三 解除通告に伴う予告期間中に、入居者の移転先の有無について確認し、移転先がない場合には入居者や身元引受人等、その他関係者。関係機関と協議し、移転先の確保について協力する。</p> <p>(入居者からの解約)</p> <p>第20条 入居者は、事業者に対して予告期間をもって解約解除届けを提出するものとし、契約解除日をもってこの契約は解除されるものとする。</p>

	2 利用者は前項の契約解除日までに居室を明け渡さなければならない。 3 利用者が契約解除届けを提出しないで居室を退去した時は、退去の事実を知った翌日から起算して7日目をもって、この契約は解除されたものとする。
体験入居	可：1泊2日2食付き 料金：5,400円（税込）

### 1.1. 事故発生時の対応について

1. 当施設は、万全の体制で指定サービスの提供に当たりますが、万が一、事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族、関係市町等に連絡するとともに、事故に遭われた方の救済、事故の拡大防止など必要な措置を講じます。
2. 当施設の責に帰すべき事由により利用者の生命・身体、財産等に損害を与えた場合には、誠意を持って速やかに損害賠償を行います。その為に損害保険に加入します。  
 但し、その損害の発生について利用者に故意または過失が認められる場合には、利用者の置かれた心身の状況を考慮して相当と認められる場合には、当施設の損害賠償責任を減じる場合があります。また、施設の責に帰すべからざる事由による場合は、この限りではありません。

### 1.2. 苦情解決の体制

当施設のサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情がございましたら、当施設ご利用相談室までお気軽にご相談ください。また、ご意見箱（玄関に設置）での受付も致しておりますのでご利用ください。責任をもって調査、改善をさせていただきます。

#### (1) サービス内容に関する苦情・虐待相談窓口

担当施設 お客様相談窓口	窓口責任者 生活相談員 池田 祐子 ご利用方法 電話 (0824-43-3110) ご利用時間 9:00~18:00
市町村介護保険相談窓口 三次市福祉事務所 高齢者福祉課 (介護保険係)	住 所 三次市十日市中二丁目8番地1号 電話番号 0824-62-6387 FAX 番号 0824-63-6285 ご利用時間 8:30~17:15
広島県国保連合会 お客様相談窓口	広島県国民健康保険団体連合会 住 所 広島市中区東白島町19番49号国保会館 電話番号 082-554-0783 ご利用時間 8:30~17:15

#### (2) 処理体制及び手順

1. 苦情があった場合、担当者は直ちに、苦情を申し出た利用者等と面談の機会を設け、事情を聞き苦情の内容を確認します。
2. 担当者は苦情内容を正確に記録し、管理者に報告します。
3. 管理者は、担当者及び他の従業者を加え苦情処理に向けた検討を行い、その結果を基に具体的な対応を指示します。
4. 管理者は、利用者等と苦情解決に努め、今後の再発防止に向け必要な措置を講じます。
5. 苦情処理の経過及び結果については、台帳に記録し再発防止に役立てます。

#### (3) その他参考事項

1. 管理者は、利用者からの苦情に対し、必要があるときには市町に連絡をします。
2. 管理者は、利用者からの苦情に関して国民健康保険団体連合会が行なう調査に協力し、また、国民健康保険団体連合会からの指導、助言に従って必要な改善を行います。
3. 普段から利用者等からの苦情が出ないよう適切なサービス提供を心掛けます。

### 1.3. 非常災害時の対策

災害時の対応	別途定める「ケアハウス吉舎消防計画」にのっとり対応をします。	
近隣との協力関係	吉舎町内会（自治振興区）と近隣防災協定を締結し、非常時の相互の応援を約束しています。	
平常時の訓練	別途定める「ケアハウス吉舎消防計画」にのっとり年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を入居者の方も参加して実施します。	
防災設備	スプリンクラー…有	防火扉・シャッター…有
	避難階段…有	屋内消火栓…有
	自動火災報知器…有	非常通報装置…有

	誘導灯…有(20箇所)	漏電火災報知器…有
	ガス漏れ報知器…有	非常用電源…有
	カーテン布団等は、防災性能のあるものを使用しております。	
消防計画等	三次消防署吉舎出張所への届出 H28年12月13日 防火管理者 福島 崇志	

14. 当施設ご利用の際にご留意いただく事項

食 事	(食事時間) 朝食 7:00～ 8:30 昼食 12:00～ 13:00 夕食 18:00～ 19:00 各居室にての簡易調理(電気調理器)は可能です。食事の停止は1週間前には申し出て下さい。その場合食事代は徴収致しません。食事形態については予め職員にご相談下さい。特別食等については別途費用を頂きます。食事時間、食事場所を選択することができます。
入 浴	共有浴室については月曜日～土曜日13:00～16:00の間で使用していただきます。利用曜日・時間は、運営懇談会の話し合いのもとで決めさせていただきます。居室にある浴室は、その居室の入居者各自で責任をもって管理して頂きます。
洗 濯	使用取扱い曜日・時間については、運営懇談会の話し合いのもとで決めさせていただきます。早朝・夜間の洗濯機の取扱いはご遠慮下さい。
来訪・面会	面会時間 9時～16時 来訪者は面会時間を遵守し、職員に届け出て下さい。来訪者が宿泊される場合には必ず許可を得てください。
外出・外泊	外出・外泊の際には必ず行き先と帰宅日時を職員に申し出て下さい。
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ご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償して頂くことがあります。
喫煙・飲酒	喫煙は決められた場所以外ではお断りします。居室内での喫煙は防災上認めておりません。飲酒は、健康を損なわない程度で可能です。
迷惑行為等	騒音等他の入居者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、やみくもに他の入居者の居室等に立ち入らないようにして下さい。施設の秩序、風紀を乱し、又は安全衛生を害することを禁止します。
現金等の管理	申出により管理します。(事務手数料として費用負担あり)
宗教活動・政治活動	施設内での他の入居者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮下さい。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育は保健衛生上お断りします。

令和 年 月 日

サービス契約の締結にあたり、上記により重要事項の説明をしました。

(事業者)

事業者名 社会福祉法人 優輝福祉会  
事業者住所 広島県三次市吉舎町吉舎606番地  
事業所名 ケアハウス 吉舎  
代表者氏名 理事長 森重 利夫 印

職 種 \_\_\_\_\_ 説明者氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

上記の重要事項について説明を受け、了解致しました。

(利用者)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

(署名代行者)

私は、下記の理由により、甲の意思を確認したうえ、上記署名を代行しました。

理 由 : \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

(利用者の家族等)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_ 続 柄 \_\_\_\_\_