

ケアハウスふたば 重要事項説明書

ご入居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、当施設がご入居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 桐生療育双葉会
法人所在地	桐生市広沢町一丁目2648番地の1
代表者名	理事長 近藤 理
電話番号	0277-54-1182

2. ご利用施設

施設の名称	ケアハウス ふたば
施設所在地	桐生市広沢町一丁目2643番地の1
施設長名	諸井 直彦
電話番号	0277-54-8905
FAX番号	0277-54-8903

3. 併設施設・事業所

特別養護老人ホーム 双葉苑	定員：56名
ユニット型特別養護老人ホーム 双葉苑	定員：34名
ショートステイ ふたば	定員：10名
デイサービス ふたば	定員：30名
介護支援 ふたば	
桐生市地域包括支援センター双葉苑	

4. 施設の概要

建 物	構 造	鉄筋コンクリート造、一部鉄骨造	
	延べ床面積	4755.43㎡（ケアハウス 1436.68㎡）	
	利用定員	36名	
居 室	居室の種類	室 数	居室面積
	1人部屋	30室	22.63㎡
	2人部屋	2室	36.51㎡
	2人部屋	1室	38.06㎡

5. 職員数

(1) 施設長	1名
(2) 生活相談員	1名
(3) 介護職員	2名以上
(4) 栄養士	1名以上（介護老人施設と兼務）
(5) 事務員	1名以上（介護老人施設と兼務）
(6) 調理員	1名以上（介護老人施設と兼務）

※注 上記職員数は、常勤あるいは常勤換算したものです。

6. 主な職員の職務内容

- (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、施設会計・財務管理・庶務等の事務を行う。
- (3) 生活相談員は、ご入居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、ご入居者の支援ならびに共用部分の清掃等を行う。
- (5) 栄養士は、ご入居者の食事・栄養摂取についての相談・支援を行う。
- (6) 調理員は、ご入居者の給食業務を行う。

7. 主な職員の勤務体制

職 種	勤務体制
施設長 事務員 栄養士	日勤（８：３０～１７：３０）
生活相談員 介護職員	早番（７：３０～１６：３０） 日勤（８：３０～１７：３０） 遅番（９：３０～１８：３０） 宿直（１７：３０～翌８：３０）

8. 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いたします。

契約日は、_____年_____月_____日です。

*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うちのいずれかといたします。

*契約終了日は、予め施設との間で定められた日、ご入居者、施設のいずれからか契約の解除を申し出、予告期間が満了となった日、または居室の鍵が返却された日といたします。

9. サービスの内容

種 類	内 容
相談及び援助	当施設は、ご入居者及びそのご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ます。

食 事	栄養士の立てる献立により、栄養並びにご入居者の身体の状態に応じた食事を提供いたします。 (食事時間) 朝食 7 : 4 0 ~ 昼食 1 2 : 2 0 ~ 夕食 1 8 : 0 0 ~
入 浴	1 3 : 0 0 ~ 1 6 : 0 0 まで入浴できます。
保健衛生	ご入居者の健康の保持・疾病の予防のため、定期的に健康診断を行います。(費用は施設側で負担します)
緊急時の対応	ご入居者の緊急時等、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き継ぎます。 また、災害時等は、非常通報装置や全館放送設備を活用し、緊急の連絡を速やかに行います。
夜間の管理体制	宿直職員 1 名
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できます。 ご入居者が適切なサービスを受けることができるよう、必要な援助を行うよう努めます。
利用者の活動への協力	施設での生活が健康で明るいものとなるよう、ご入居者が自主的に趣味・教養娯楽・交流行事等を行う場合には、必要に応じ協力いたします。 また、季節イベントや体操教室等のレクリエーション行事を適宜企画いたします。

1 0. 利用料

(1) ケアハウス利用料

- ①ケアハウスふたばの入居者利用料徴収額表(別表)に基づき、毎月のサービス費を前年の収入の階層に応じて請求いたします。ケアハウスの収入は、群馬県の軽費老人ホーム収入認定の手引き、国の通知に準拠しています。必ずしも所得税の考え方と一致するわけではありません。前年の収入により決定した利用料は、7月利用料から翌年6月の利用料となります。
- ②契約開始日、契約終了日が月途中である場合、生活費・管理費のみ、該当月の暦日数で日割り計算するものといたします。(※小数点以下は切り捨て)
- ③サービス費は、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、ご入居時及び翌年以降も、収入等に関する資料を年一度必ず提出してください。指定期日までに書類の提出がない場合は、入居者利用料徴収額表の最高額となります。
- ④11月～3月までは冬期加算が別途かかります。

(2) 食費

食費につきましては、生活費の中に含まれております。外出・外泊等で一日全ての食事が欠食であった場合、一日につき1,000円を減免いたします。

(3) ケアハウス利用料以外の負担金

①居室水道光熱費は、各居室のメーター値に基づき別途請求いたします。(ガス代のみ固定料金) 外泊や入院等によるご不在、ご使用の有無に関わらず、基本料金・固定料金が生じます。

また、月途中で入退去された場合には、契約開始日からもしくは契約終了日までの日数で基本料金を日割り計算し、実際に使用された料金を加えご請求いたします。(小数点以下切り捨て)

②洗濯機・乾燥機使用料 (1台1回あたり200円)

③ご入居者が自身での金銭管理が困難となった場合は金銭管理を施設側にて行います。
(金銭管理手数料：月額1,000円)

④その他、日常生活に要する費用又は特別なサービスに要する費用は本人にご負担いただくこともあります。

(4) 介護保険サービス費用

当施設の介護保険サービスをご利用になった場合には、各サービスのご利用金額をケアハウスご利用料金請求時に合わせまして請求いたします。

(5) 支払方法等

前記の利用料・負担金は、次の方法よりお支払いいただきますようお願いいたします。

ただし、趣味娯楽活動等に要する費用・特別なサービスに要する費用につきましてはその都度お支払いいただく場合があります。

事業所指定の金融機関からの口座振替

利用できる金融機関： 群馬銀行 / ゆうちょ銀行

※サービス利用月の翌月25日に引落しさせていただきます。

(該当日が金融機関の休日の場合は、翌営業日となります。)

引落し手数料(群馬銀行55円/回・ゆうちょ銀行10円/回)をご負担いただきます。

1.1. 契約の解除

(1) 以下に該当したときは契約を解除させていただく場合があります。

①入居の条件に関して虚偽の届け出を行って入居した場合

②利用料その他の支払いを3か月以上にわたって遅延したとき

③事務費の減額の申請にあたって虚偽の届け出を行ったとき

④施設長の承諾を得ないで、施設の建物、付帯設備等の造作・模様替えを行い、かつ、原状回復しないとき

⑤ホームヘルプサービス等の在宅保険福祉サービス等の利用によっても、日常生活の維持ができなくなったとき(各種サービスの利用等について、ご自身で判断できなくなったとき)

⑥共同生活の秩序を著しく乱し、他の入居者に迷惑をかけるとき

⑦入居者及び家族等の著しい不信行為によりこの契約を継続することが困難となった場合

⑧入居者又は、ご家族等から職員に対するセクシュアルハラスメント又は、パワーハラスメント、身体的、精神的暴力などが認められた場合

⑨外泊時の帰宅予定日を連絡しないとき

⑩入院期間が3か月以上の長期間に及ぶとき

⑪入居者から契約解除の申し出、届出があったとき

⑫その他契約書及び運営規程に違反したとき

(2) 解除の通知と届出

契約を解除させていただく解除日の1か月前までにご入居者に通知いたします。ご入居者から契約解除する場合は、解除日の1か月前までに届け出が必要です。

1 2. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

第三者評価の実施状況 : 未実施

1 3. 苦情の受付

(1) 当施設における苦情受付

当施設における 苦情受付	苦情受付窓口 : 生活相談員 田島 淳子 苦情解決責任者 : 施設長 諸井 直彦 受付時間 : 8:30~17:30 (土日、祝日を除く) ご利用方法 : 電話 0277-54-8905 ※1階・3階にご意見箱を設置しています。
法人設置の 第三者委員	田中 久仁夫 電話 0277-52-5516 富所 榮子 電話 0277-53-9637 ※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。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

桐生市保健福祉部 健康長寿課	所在地 桐生市織姫町1番1号 電話番号 0277-46-1111 FAX 0277-45-2940 受付時間 8:30~17:15 (土日、祝日を除く)
群馬県国民健康保険 団体連合会	所在地 前橋市元総社町335番8号 電話番号 027-290-1363 FAX 027-255-5308 受付時間 8:30~17:15 (土日、祝日を除く)
群馬県社会福祉 協議会	所在地 前橋市新前橋町13番12号 電話番号 027-255-6033 FAX 027-255-6173 受付時間 8:30~17:15 (土日、祝日を除く)

1 4. 協力医療機関

東邦病院	所在地 みどり市笠懸町阿左美1155番地 電話番号 0277-76-6311 診療科 総合
恵愛堂病院	所在地 みどり市大間々町大間々504番6号 電話番号 0277-73-2211 診療科 総合

両毛整肢療護園	所在地 電話番号 診療科	桐生市広沢町一丁目2648番1号 0277-54-1182 内科・小児科・整形外科・リハビリ科
森下歯科クリニック	所在地 電話番号 診療科	桐生市錦町一丁目9番27号 0277-47-0155 歯科

15. 虐待の防止

ご入居者等の人権擁護・虐待防止のために、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や技術の向上に努めます。
- (2) サービス提供中に、当施設職員または養護者（ご入居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ご入居者を発見した場合は、速やかにこれを保険者に通報します。
- (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、職員がご入居者等の権利擁護に取り組める環境整備に努めます。

16. 身体拘束の禁止

当施設は、サービスの提供にあたり、ご入居者本人もしくは他のご入居者の身体に危険が生じるような緊急やむを得ない場合を除いて、ご入居者の身体を拘束することはありません。緊急やむを得ず、ご入居者の身体を拘束する場合は、その状況・時間・方法等の詳細を記録し、閲覧に供します。

17. 事故発生時の対応及び賠償責任

- (1) 当施設は、ご入居者に対するサービス提供により事故が発生した場合、ご入居者のご家族、または身元保証人並びに群馬県及び関係各機関に連絡し、必要な措置を講じます。
- (2) 当施設は、サービスの提供によりご入居者に賠償すべき事故が発生した場合、天災地異等不可抗力による場合を除き、速やかに誠意をもって損害賠償を行います。但し、当該事故の発生につき、ご入居者の側に重過失がある場合は、損害賠償の額を減じることができます。

18. 非常災害対策

当施設は、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消防計画を作成し、消防計画に基づき、従事者等の訓練を行います。

19. 退去について

- (1) 退去を希望される場合は、所定の『退去届』を提出してください。退去には30日以上予告期間が必要となります。
- (2) 退去時の居室原状回復は、ご入居者のご負担でお願いしております。当施設の指定する業者のハウスクリーニング、エアコンクリーニングに加え、障子の張り替えが必要となります。その他、壁紙の張り替え、床、備品設備の補修等は状態に応じて必要となります。退去時には、職員がご本人もしくはご家族と原状回復が必要な箇所を一緒に確認いたしますので、お立会くださいますようお願いいたします。

20. 当施設ご利用の際に留意いただく事項

来訪・面会	面会時間は9：00～21：00となります。 来訪者が宿泊される場合には必ず許可を得てください。 ※面会時は、施設で行っている感染症対策にご協力願います。また、感染症の発生状況によっては、一時的に面会をご遠慮いただくこともございますので、予めご了承ください。
外出・外泊	外泊の際には必ず行き先と帰宅時間を職員に申し出てください。また、外出の際、お帰りが遅くなる場合にも職員に申し出て下さい。
居室の維持・管理	居室の維持・管理（清掃等含む）は各自でお願いします。 危険な場合、困難な場合は職員にご相談ください。
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、賠償していただくことがございます。
喫 煙	施設内及び法人敷地内は全面禁煙となっております。
迷惑行為等	騒音等、他のご入居者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他のご入居者の居室等に立ち入らないようにしてください。
宗教活動 政治活動	施設内での他のご入居者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

令和 年 月 日
ケアハウスふたばのご利用に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行い交付しました。

(事業者)

所 在 地 群馬県桐生市広沢町一丁目 2 6 4 3 番地の 1

施 設 名 ケアハウス ふたば

施 設 長 諸 井 直 彦 印

説 明 者 _____ 印

令和 年 月 日

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、同意し、交付を受けました。

(入 居 者)

(1) 住 所 _____

氏 名 _____ 印

(代 筆 者)

私は、本人（入居者）自署不能の為、本人（入居者）の意思を確認したうえ、上記署名を代行しました。

住 所 _____

氏 名 _____ 印 続柄

(入 居 者)

(2) 住 所 _____

氏 名 _____ 印

(代 筆 者)

私は、本人（入居者）自署不能の為、本人（入居者）の意思を確認したうえ、上記署名を代行しました。

住 所 _____

氏 名 _____ 印 続柄

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、同意し、交付を受けました。

(身元保証人)

住 所 _____

氏 名 _____ 印

電 話 番 号 _____

続 柄 _____