

軽費老人ホーム ケアハウス「シャロン千里」 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 大阪キリスト教女子青年福祉会
法人所在地	〒530-0026 大阪府大阪市北区神山町11番12号
代表者氏名	理事長 朝川 晃子
電話番号	06-6361-0838
設立年月日	1978年3月25日

2. ご利用施設

施設の名称	ケアハウス シャロン千里
施設の所在地	〒565-0874 大阪府吹田市古江台3丁目9番3号
施設長名	川崎 一代
電話番号	06-6872-0505
FAX番号	06-6872-0503
開設年月日	2000年2月1日
定員	50名
損害賠償責任保険加入先	あいおいニッセイ同和損害保険株式会社

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	入居者が心身ともに充実した明るい生活を送ることができるように、入居者の生活の安定及び充実を図ることを目的とします。
施設運営の方針	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宅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万全を尽くします。特に入居者の自主性の尊重を基本として、入居者が明るく、心豊かに暮らせる施設づくりを目指します。

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入居する場合はいずれか一方が60歳以上であれば入居できます。
- (2) 家族と同居することが困難であること。
- (3) 伝染性疾患がなく、かつ共同生活が可能であること。
- (4) 生活費に充てることのできる所得等があり、所定の利用料を継続的に支払うことが可能であること。
- (5) 身元引受人が1名以上得られること。

5. 職員の配置基準と職務

職 種	職務内容	配 置	勤務体制
1. 施設長	総括	1名	常勤
2. 事務職員	庶務、会計業務	1名以上	非常勤
3. 生活相談員	相談、助言、入居調整	1名	常勤
4. 介護職員	日常生活の支援・援助	5名以上	常勤・非常勤
5. 看護職員	健康管理、療養上の世話	1名	非常勤
6. 栄養士	献立作成、調理上の衛生管理	1名以上	常勤
7. 調理員	献立表に基づき食事提供	5名以上	常勤・非常勤
8. 宿直専門員	宿直業務	1名以上	非常勤

6. 施設サービスの概要

(1) 基準サービス

種 類	内 容
食 事	<ul style="list-style-type: none"> ・ 栄養並びに入居者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。 <p>【食事時間】 朝食 8時～9時 昼食 12時～13時 夕食 17時30分～18時30分</p>
入 浴	<ul style="list-style-type: none"> ・ 原則として月曜日～土曜日（祝祭日を除く）とし、年間を通じて週5回以上の入浴の準備を行います。 <p>【入浴時間】 男性 15時～17時30分 女性 15時～20時</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護を必要とする状態になった方は、居宅介護サービス等による入浴介助を受けることができます。その時の入浴時間はその都度決定します。
健 康 管 理	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入居者の健康を確保するため、少なくとも年1回以上の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。 ・ 利用者から健康に係る相談を受けたときは、速やかに医療機関等の紹介など必要な援助を行います。
相談及び援助	<ul style="list-style-type: none"> ・ 各種相談に応ずるとともに、余暇の活用及び居宅介護サービスの活用など必要な助言その他の援助を行います。
社会生活上の便宜	<ul style="list-style-type: none"> ・ 日常生活を営むに必要な行政機関等に対する手続きについて、これを行うことが困難である場合は、申出及び同意に基づき施設が代わって行います。

7. 利用料

(1) 居住に要する費用

居室タイプ	一括方式	併用方式	分割方式
一人部屋Aタイプ (22.05 m ²)	1,735,000円	一括 1,135,000円 月払い 2,500円	7,200円
一人部屋Bタイプ (33.39 m ²)	2,628,000円	一括 1,500,000円 月払い 4,700円	10,900円
二人部屋 (39.44 m ²)	3,470,000円	一括 2,270,000円 月払い 5,000円	14,400円

(2) 生活費及びサービスの提供に要する費用

利用者階層別料金表 (月額)

[単位：円]

対象収入による階層区分		利 用 料 金		
		生活費	サービスの提供に要する費用	合 計
1	1,500,000円以下	44,810円	10,000円	54,810円
2	1,500,000円～1,600,000円	44,810	13,000	57,810
3	1,600,001円～1,700,000円	44,810	16,000	60,810
4	1,700,001円～1,800,000円	44,810	19,000	63,810
5	1,800,001円～1,900,000円	44,810	22,000	66,810
6	1,900,001円～2,000,000円	44,810	25,000	69,810
7	2,000,001円～2,100,000円	44,810	30,000	74,810
8	2,100,001円～2,200,000円	44,810	35,000	79,810
9	2,200,001円～2,300,000円	44,810	40,000	84,810
10	2,300,001円～2,400,000円	44,810	45,000	89,810
11	2,400,001円～2,500,000円	44,810	50,000	94,810
12	2,500,001円～2,600,000円	44,810	57,000	101,810
13	2,600,001円～2,700,000円	44,810	64,000	108,810
14	2,700,001円～2,800,000円	44,810	71,000	115,810
15	2,800,001円以上	44,810	73,200	118,010
1 1月から3月までの冬期には暖房費として1人月額2,070円を加算します。				
但し、大阪府が定める軽費老人ホームが入所者から受領する利用料の額の改正に伴い変更します。				

注1 この表における「対象収入」とは、前年の収入（社会通念上収入として設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います。

注2 本人からのサービスの提供に要する費用の徴収額（月額）は上表により求めた額とします。

注3 夫婦で入居する場合については、夫婦の収入及び必要経費を合算し、合計額の2分の1をそれぞれ個々の対象収入とし、その額が150万円以下に該当する場合の夫婦それぞれのサービスの提供に関する費用徴収額については、上表の額から30パーセント減額した額とします。この場合100円未満は切り捨てるものとします。

(3) 居室に係る費用及び特別なサービスに係る費用等

- ①居室内の水光熱費
- ②電話は各人でNTTとの個人契約となります。費用は入居者の実費負担となります。
- ③食費は3日前までに1日分(3食)の取り消しを申し出た場合は、1日分1,000円として日割計算し、次月に精算します。

④居室内設備利用料

<居室内：冷暖房・空調設備、温水供給費、塵芥処理費、配管清掃費、修繕費など>

一人部屋 Aタイプ 月 11,300円 Bタイプ 月 15,450円

二人部屋 月 22,600円

- ⑤二人部屋単身利用料 月 20,000円
- ⑥洗濯機使用料 15分 100円
- ⑦乾燥機使用料 30分 100円
- ⑧冷蔵庫使用料 月 300円
- ⑨居室への食事の配下膳 1回 300円
- ⑩服薬管理 1日1回/月 1,000円
- ⑪看護師による健康チェック 1回 300円 (血圧測定、疾病チェックなど)
- ⑫訪問診療の介助 1回 1,000円
- ⑬生活援助・身体介護 15分 500円 (買い物、病院への送迎など)
- ⑭証明書発行手数料 1枚 500円
- ⑮行政機関等手続代行 1回 500円～

⑯退去時の利用料精算方法

イ. 居住に要する費用 入居契約書第18条(居住に要する費用の返還)に従って返還金を精算します。

ロ. 生活費 食費1日1,000円(3食欠食の場合)を日割計算にて返還します。

ハ. 居住に要する費用、サービスの提供に要する費用、居室内設備利用料、二人部屋単身利用料、洗濯機使用料、冷蔵庫使用料、服薬管理については、月単位で精算します。

二. 居室の原状回復

- ・居室内の模様替え等を行った場合は、入居契約書第12条(現状回復の義務及び費用負担)に従って、入居者が実費を負担します。
- ・居室の状況に応じ、入居時の室内に戻すためのクリーニング代・壁面クロス張替・天井クロス張替・床張替・トイレ便座取替え等の実費を入居者が負担します。

☆経済状況の著しい変化その他やむを得ない事情がある場合は、相当な額に変更することがあります。その場合は事前に内容の変更と変更する事由について、変更を行う1か月前までにご説明します。

8. 利用料の請求及び支払い

利用料は上表を基に1か月ごとに計算し、毎月25日までに施設が指定する金融機関の口座にお支払いください。

9. 当施設ご入居に当って留意いただく事項

種 類	内 容
来訪・面会	入居者に来訪者があったときは、その都度来訪者カードに記入し、事務所に届け出てください。
外出・外泊	入居者は、外出（短時間のものは除く）又は外泊しようとするときは、その前日までに、その都度、外出・外泊先、用件、施設へ帰着する予定時間等を施設長に届け出てください。
入居者留意事項	<ol style="list-style-type: none"> 1. 入居者は、相互に親睦と信頼を深め、善き隣人として融和し、他人の人権を無視するような言動がないように気をつけてください。 2. バルコニーは災害・非常時の避難経路となりますので、避難に支障が出ないように充分注意してご利用してください。 3. テレビ、ラジオ等音響機器の夜間における利用は、他の入居者の迷惑にならないようボリュームを落としてご利用してください。 4. 入浴に際しては、他の入居者も利用することを考え清潔の維持に留意してください。
専用居室	<ol style="list-style-type: none"> 1. 居室の清掃、日常的な維持管理は入居者が行います。 2. 居室のゴミ・廃棄物については、入居者が定められた場所まで運搬することを原則とします。 3. 居室において、煙草の喫煙、石油ストーブ、電気ストーブ、アイロン、ろうそく、線香等火気類の使用を禁じます。なお、煙草の喫煙及びアイロンの使用については、施設が指定する場所を利用ください。 <ul style="list-style-type: none"> ・喫煙コーナー 3～5階の談話コーナー ・アイロン 2階介護者教室
部外者の利用	外来者を宿泊させるときは、あらかじめ施設長に届け出てください。但し、入居者が在室中である場合に限りです。
施設内禁止行為	<ol style="list-style-type: none"> 1. けんか、口論、泥酔、薬物乱用等他人に迷惑をかけること。 2. 宗教活動、政治活動、営業活動、習慣等により、他人の自由を侵害したり、他人を排撃したりなど迷惑を及ぼすような行動をすること。 3. 指定した場所以外で火気を用いること。 4. 施設の秩序、風紀を乱し、又は安全衛生を害すること。 5. 故意又は無断で、施設若しくは備品に損害を与え、又はこれらを施設外に持ち出すこと。 6. 施設内で動物を飼育すること。

10. 個人情報の保護

職員は、入居者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護従事者における個人情報の適切な取り扱いの為のガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めます。

職員が得た入居者の個人情報については、原則として施設の介護サービスの提供以外の目的で利用しないものとし、外部への情報提供については必要に応じて入居者又はその家族の了解を得るものとします。

1 1. 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や技術の向上に努めます。
- (2) 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。

1 2. 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。

1 3. 苦情相談窓口

- (1) サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

相談窓口 平井 佐津紀（主任・生活相談員）
電話番号 06-6872-0505 FAX 06-6872-0503
受付時間 9時～17時（日・祝日を除く）

- (2) 公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

大阪府健康福祉部高齢介護室施設課 施設指導グループ
所在地 大阪府大阪府中央区大手前2丁目1番22号
電話番号 06-6944-7106 FAX 06-6944-6670
受付時間 9時～17時（土日、祝日を除く）

大阪府社会福祉協議会 運営適正化委員会
所在地 大阪府大阪府中央区谷町7丁目4番15号
大阪府社会福祉会館 5階
電話番号 06-6191-3150 FAX 06-6191-5660
受付時間 9時～17時（土日、祝日を除く）

- (3) 苦情処理第三者委員

公平中立な立場で、苦情を受け付け相談にのっていただける委員です。

氏名 大岡 真知子
住所 吹田市高野台5-4-11

氏名 辻 加代
住所 吹田市千里山東2-17 D404

年 月 日

軽費老人ホーム ケアハウス「シャロン千里」の入居に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

【 説 明 者 】

軽費老人ホーム ケアハウス「シャロン千里」

職名・氏名

㊞

私は、本書面に基づき上記重要事項の説明を受け、内容を理解し同意いたしました。

【 利 用 者 】

住 所

氏 名

㊞

【 署名代行者 】(続柄：)

私は、利用者の意思を確認した上、上記署名を代行しました。

住 所

氏 名

㊞