

## ケアハウスグレイスフル春日井 重要事項説明書

### 1. 事業主体概要

事業主体の名称	社会福祉法人サン・ビジョン
法人所在地	名古屋市東区葵3丁目25番23号
法人種別	社会福祉法人
代表者職氏名	理事長 唐澤 剛
電話番号	052-856-3311
設立年月日	平成8年2月9日

### 2. ご利用施設

施設の名称	ケアハウスグレイスフル春日井
施設の種別	軽費老人ホーム
施設の所在地	春日井市桃山町5079番地の1
施設長名	鶴巢 操
電話番号	0568-89-2321
FAX番号	0568-89-2305
開設年月日	平成9年4月15日
交通の便	JR中央線春日井駅よりバスまたはタクシー
損害賠償責任保険加入先	あいおいニッセイ同和損保

### 3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	ケアハウスは、一人暮らしや夫婦のみの高齢者が自立した生活を維持できるよう工夫されており、バリアフリーの構造・設備を備えるなど、住宅としての機能を重視した施設です。ここでは、給食や共同浴室の準備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一定の介護を要する状況となっても介護保険制度等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ています。
施設運営の方針	1、利用者に対し、健全な環境の下で、社会福祉事業に関する熱意及び能力を有する職員による適切なサービスを提供します。 2、食事の提供、入浴等の準備、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与、その他の日常生活上必要な便宜を提供することにより、利用者が安心して生き生きと明るく生活できるようにすることを目指します。 3、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ってサービスを提供します。 4、明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行

	<p>い、市町村・居宅介護支援事業者・居宅サービス事業者・他の介護保険施設・医療サービスまたは福祉サービスを提供するものとの密接な連携に努めます。</p> <p>5、事業者は、職員の資質向上を図るため、職員教育と研修に努めるものとします。</p>
--	---

#### 4、施設の概要

- ①敷地 7272.25平方メートル
- 建物 構造 鉄骨鉄筋コンクリート造 5階建（4・5階部分）耐火構造
- 延べ床面積 8425.84平方メートル
- ケアハウス部分は、2825.31平方メートル
- 利用定員 60名

#### ②居室

居室の種類	室数	面積	1人当たりの面積
1人部屋	58室	1387.79㎡	23.93㎡
2人部屋	1室	41.28㎡	20.64㎡

#### ③主な設備

設備の種類	室数	延床面積
食堂	1	129.60㎡
一般浴室	2	125.96㎡
洗濯室	1	8.47㎡
介護職員室	1	18.60㎡
フィットネスルーム	1	85.28㎡
シアタールーム	1	72.00㎡
ゲストルーム	3	74.36㎡
ラウンジ	2	93.57㎡
趣味手芸室・娯楽室・麻雀室・茶室	各1	84.85㎡

#### 5、職員の勤務の体制

##### ①職種及び人員数等

職種	実人数	勤務の体制	保有資格
施設長（常勤・特養施設長兼務）	1	正規の勤務時間帯 （9：00～18：00） 常勤で勤務、4週8休	社会福祉施設長資格 介護福祉士
生活相談員（常勤）	1	1ヶ月単位の変形労働時間制に依ります。	介護支援専門員
介護職員（常勤）	2	31日ある月 176時間	介護福祉士

栄養士（常勤・特養栄養士が兼務）	1	30日ある月 170時間 28日ある月 160時間 29日ある月 160時間	管理栄養士
調理員	調理業務の全部を委託しています。		

②生活相談員及び介護職員の勤務時間は、おおむね以下の通りとします。

平日 7:30～16:30 9:00～18:00  
9:45～18:45 (2～3人による勤務)  
土・日・祝日・年末年始 8:15～18:45 (1人による勤務)

③宿直勤務

夜間及び深夜の時間帯（18:00～翌日9:00）を通じて、併設特養等の職員（1名）が宿直勤務を行っています。

## 6. 施設サービスの概要

種類	内容
食事	<ul style="list-style-type: none"> <li>管理栄養士の立てる献立により栄養に配慮した食事を提供します。</li> <li>献立は法人の栄養士が立て、業務委託している厨房業者が調理します。</li> <li>朝食：ご飯またはパンのどちらかを選べます。 昼食及び夕食：統一メニューです。</li> <li>主食は、普通に炊いたご飯・軟らかく炊いたご飯・粥を用意しています。</li> <li>アレルギー等の禁止食材がありましたら、ご相談に応じております。</li> </ul> <p>【食事時間】 朝食 7:30～8:30 昼食 11:45～12:45 夕食 17:45～18:45</p> <p>【食費の返還について】 外出・外泊・入院等で欠食される場合は、原則として4日前の17時までに「欠食届・食事代返還請求書」をご提出ください。1食単位で食費を減額いたします。急な入院等の場合は、当日分より減額いたします。</p> <p>【1食当たりの返還額】 朝食：105円 昼食：245円 夕食：210円</p> <p>【付き添い食】 朝食：235円 昼食：665円 夕食：510円</p>
入浴	<ul style="list-style-type: none"> <li>大浴場にて、年間を通じて毎日入浴できます。</li> </ul> <p>入浴時間 訪問介護員等による介助入浴：13:00～15:00 一般浴：15:00～21:00</p>
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>平素より健康管理には十分留意し、異常があればすみやかに申し出るとともに、速やかに医療機関に受診してください。</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>健康管理のため、年1度定期健康診断を受け、結果をご提出ください。</li> </ul> <p>【当施設の協力医療機関】 春日井市民病院（救急搬送時） 春日井市鷹来町1-1-1 0568-57-0057</p>
衛生管理等	<ul style="list-style-type: none"> <li>当施設において感染症または食中毒が発生し、または蔓延しないよう必要な措置を講じます。</li> <li>併設特別養護老人ホームと一体的に運営しております。</li> </ul>
生活相談等	<ul style="list-style-type: none"> <li>当施設は、利用者及びその家族から、利用者の生活についてのご相談に誠意をもって応じ、必要な助言その他の支援を行うよう努めます。</li> <li>要介護認定に係る申請や証明書の交付等、利用者が必要とする手続き等について、利用者またはその家族が行うことが困難な場合は、ご相談に応じます。</li> </ul>
社会生活上の便宜	<ul style="list-style-type: none"> <li>当施設では、利用者からの要望等を考慮し、行事計画を作成し、教養娯楽・日常生活支援、クラブ活動等の事業を行います。</li> <li>外出の機会の確保のため、春日井市民病院・スーパー・市役所・春日井駅等を巡回する無料送迎バスを平日の毎日運行しています。</li> </ul>
居宅サービス等の利用	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者が日常生活上の援助や介護を必要とする状態になったときは、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所等と連携し、適切に居宅サービス等を受けることができるよう必要な支援を行います。</li> <li>常時の要介護状態等、利用者が当施設での生活を営むことが困難になった場合は、他事業者等と連携し、情報提供等の必要な支援を行います。</li> </ul>
秘密保持等	<ul style="list-style-type: none"> <li>職員が正当な理由なく、その業務上知り得た利用者またはご家族の秘密を漏らすことのないように、施設は必要な措置を講じます。</li> <li>個人情報の取扱いについては、別紙「利用者様・ご家族等の個人情報取扱いに関する同意書」に基づき取り扱います。利用者様・ご家族等の個人情報は、あらかじめ同意をいただくことなく外部に提供することはありません。但し、法令等で認められた場合や緊急対応時等、業務上必要な範囲において、関係機関に提供させていただく場合があります。</li> </ul>

#### 7. ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類	指定年月日	介護保険事業所番号	定員
指定介護老人福祉施設	平成12年4月1日	愛知県2372500187号	100人
指定短期入所生活介護 指定介護予防短期入所生活介護	平成12年3月28日 平成18年4月1日	愛知県2372500666号	18人
指定通所介護 指定介護予防通所介護	平成12年2月29日 平成18年4月1日	愛知県2372500567号	50人

地域包括支援センター	平成18年4月1日	愛知県2302500174号	—
------------	-----------	----------------	---

## 8. 利用料の規定

### ①サービスの提供に要する費用及び生活費

ケアハウスグレイスフル春日井 利用者階層別料金表

[単位：円]

対象収入による階層区分		利 用 料 金		
		サービスの提供に要する費用（月額）	生活費（月額）	月額合計
1	1,500,000円以下	10,000	48,760	58,760
2	1,500,001円～1,600,000円	13,000	48,760	61,760
3	1,600,001円～1,700,000円	16,000	48,760	64,760
4	1,700,001円～1,800,000円	19,000	48,760	67,760
5	1,800,001円～1,900,000円	22,000	48,760	70,760
6	1,900,001円～2,000,000円	25,000	48,760	73,760
7	2,000,001円～2,100,000円	30,000	48,760	78,760
8	2,100,001円～2,200,000円	35,000	48,760	83,760
9	2,200,001円～2,300,000円	40,000	48,760	88,760
10	2,300,001円～2,400,000円	40,430	48,760	89,190
11	2,400,001円～2,500,000円	40,430	48,760	89,190
12	2,500,001円～2,600,000円	40,430	48,760	89,190
13	2,600,001円～2,700,000円	40,430	48,760	89,190
14	2,700,001円～2,800,000円	40,430	48,760	89,190
15	2,800,001円～2,900,000円	40,430	48,760	89,190
16	2,900,001円～3,000,000円	40,430	48,760	89,190
17	3,000,001円～3,100,000円	40,430	48,760	89,190
18	3,100,001円以上	40,430	48,760	89,190

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徴収額（月額）は上記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要する費用徴収額については、上記表の額から30%減額した額を本人からの徴収額とします。  
この場合100円未満の端数は切り捨てるものとします。

## ②居住に要する費用

年額 60,000円

毎年4月に施設指定の金融機関口座に納付していただきます。

入居年度と退居年度については、居住月数に応じて月割りで計算された額を納付していただきます。

## ③保証金（契約時）

300,000円（一人部屋使用） 500,000円（二人部屋使用）

退去時における居室の原状回復費用、及び利用料が滞納された場合の保証金とします。利用料等の滞納がない場合は、居室の原状回復費用に充て残額は返還します。

## ④生活費に係る冬期加算額（11月から3月まで） 月額 2,150円

## ⑤居室に係る光熱水費 別紙 水道光熱費料金表によります。

## ⑥その他

駐車場料金 月額 5000円

通信費（電話・FAX等） 実際利用料金

その他施設設備利用料

ゲストルーム（和室・洋室）1泊 2,000円（食事代は別途実費ご負担頂きます。）

コインランドリー（大型1回400円、小型1回300円） 乾燥機 1回 100円

※洗濯機と乾燥機の使用は専用カードが必要です。専用カードは1枚3,100円で利用料と一緒に引き落としされます。

※専用カードは毎月第1・第3木曜日に事務所にて販売します。

行事食（寿司等）1回につき315円加算します。

## 9、料金のお支払方法

- ・毎月月末に締め切り、翌月の10日までに請求書をお渡しします。  
お支払方法は、原則として口座引き落としでお願いします。口座は当施設での指定金融機関（東濃信用金庫 鷹来支店）に開設していただくようお願いします。口座引き落とし手続きが完了するまでは銀行振込にてお願いします。
- ・口座引き落としは、ご利用翌月の15日（土・日・祝日の場合はその前の平日）に指定口座より引き落としされます。
- ・銀行振込は請求書同封の振込用紙にてご利用翌月の15日（土・日・祝日の場合はその前の平日）までにお振込みください。銀行により手数料がかかりますのでご了承ください。
- ・残高不足にならないよう毎月の口座確認をお願いします。

## 10、事故発生の防止及び発生時の対応

- ・事業者は、利用者に対するサービスの提供にあたって事故が発生した場合は、速やかに利用者の身元引受人等関係者に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。
- ・上記事故が発生した場合、事業者はその原因を調査し、利用者との誠意をもって協議し必要な対応策を講じるとともに、今後同様の事故が生じないよう努めるものとします。

## 1.1、非常災害時の対策

併設特別養護老人ホームと一体的に運営しています。

非常時の対応	別途定める「グレイスフル春日井防火規定」に則して対応します。
近隣との協力関係	近隣施設と連携して非常時の相互の応援体制を整えています。
非常時の訓練等	別途定める「グレイスフル春日井防火規定」に則して避難訓練を実施します。
設置している消火設備等	自動火災報知設備 火災通報設備 避難用すべり台 ガス漏れ警報設備 非常放送設備 避難用螺旋階段 自家発電設備 スプリンクラー 屋内消火器 誘導灯・標識 非常電源設備 カーテン・カーペット類は防炎タイプを使用しています。
消防計画等	消防署への届出日：令和5年10月1日 防火管理者：特養主任相談員 石田 直史

## 1.2、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、次の窓口で受け付けます。

ご利用相談窓口： 担当者 山田 明美（生活相談員）

苦情解決責任者： 鶴巣 操（施設長）

ご利用時間：毎日 9：00～18：00 場 所： ケアハウス4階ワーカー室

電話番号： 0568-89-2321 FAX:0568-89-2305

②上記以外の相談窓口 【第三者委員】

当法人では、NPO 法人「あいち福祉オンブズマン」と契約しております。

「あいち福祉オンブズマン」では、地域福祉の増進と施設サービスの向上を目的に、利用者様・ご家族の権利擁護に関する相談を受け付けております。

「あいち福祉オンブズマン」

所在地 〒460-0002 名古屋市中区丸の内3-5-35

弁護士ビル1004号 水谷博昭法律事務所

電話相談窓口 TEL・FAX:052-963-0338

火曜・木曜の13：00～17：00は、相談員が直接電話に出ます。それ以外は、留守番電話かFAXにてご伝言下さい。

## 1.3、損害賠償

損害賠償保険は、あいおいニッセイ同和損保株式会社に加入しています。なお、賠償すべき事故等が発生したサービスによっては、同サービスの委託先業者が加入する保険等を適用する場合があります。

14. 当施設ご利用にあたって留意いただく事項

来訪・面会	来訪の際は、1階事務所にて「受付票」をご記入のうえ、入館証を携帯してください。玄関が施錠されている場合は、インターホンにてお呼び出しください。
外出・外泊	事前にワーカー室までお届けください。
喫煙	自室での喫煙は許可しておりますが、火気の取り扱いには十分注意してください。
迷惑行為等	以下の行為は、禁止しております。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ けんか、口論、泥酔、薬物乱用等他人に迷惑をかけること。</li> <li>・ 宗教、習慣等により、自己の利益のために他人の自由を侵害したり、他人を排撃したりすること。</li> <li>・ 指定した場所以外で火気を用いること。</li> <li>・ 施設の秩序、風紀を乱し、または安全衛生を害すること。</li> <li>・ 故意または無断で、施設もしくは備品に損害を与え、またはこれらを施設外に持ち出すこと。</li> <li>・ 他の利用者等に対する政治活動・宗教活動・営業活動。</li> </ul>
緊急対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 居室にはナースコールが設置されており、常時ナースコール対応いたします（夜間深夜の時間帯は、併設の特別養護老人ホーム夜勤者及び宿直者にて対応します）。しかし、施設では医師や看護師は配置されておりませんので、急な体調不良等の場合は、ご家族に連絡させていただきますのでよろしくお願いいたします。</li> <li>・ 緊急時の救急搬送は人命優先となるため、救急隊の判断や医療機関の状況により、ご希望の病院以外へ搬送される場合があります。</li> </ul>
協力医療機関	春日井市民病院（春日井市鷹来町1-1-1）（緊急搬送）
動物飼育	施設長の許可が必要です。
情報提供	利用者様が無断で外出し所在が確認できない場合、施設の判断で警察や消防、行政へ捜索依頼をさせていただく場合があります。
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 電気ストーブ等、火災の恐れがある物の持ち込み使用はご遠慮ください。</li> <li>・ サービスの提供に要する費用及び生活費を確定させるために、利用者様の同意を得て、源泉徴収票や医療費通知書等をコピーさせていただきます。</li> </ul>

私は、本書面により、事業者（職名 生活相談員 氏名 山田 明美 ）から上記軽費老人ホームについて重要事項の説明を受けたことを確認します。

また、この重要事項は2通作成し、利用者および事業者は署名または記名押印のうえ、各自その1通を保有します。

年 月 日

ご利用者	住所		
	氏名		実印
署名代理人	私は、利用者本人の契約意思を確認し、その承諾を得て、利用者本人に代わり、上記署名を致しました。		
	続柄	利用者の	
	住所		
	氏名		実印
	署名代行理由		
身元引受人	続柄	利用者の	
	住所		
	氏名		実印
事業者	所在地	愛知県名古屋市東区葵3-25-23	
	名称	社会福祉法人サン・ビジョン	印
	代表者名	理事長 唐澤 剛	