社会福祉法人かつみ会
ケアハウスエンゼルの丘
重要事項説明書 （令和7年1月1日）

当施設は、ご利用者の皆様に対して施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意頂きたいことを次のとおり説明します。

1、ご利用施設

(1)名称

ケアハウスエンゼルの丘

(2)目的

この規定は、当施設の管理運営について必要な事項を定め、業務の適正且つ円滑な執行と老人福祉の理念に基づき、入居者の生活の安定並びに生活の充実を図ることを目的とします。

(3)所在地

〒369-0215　埼玉県深谷市今泉６２５番地

(4)電話番号・ＦＡＸ番号

電話　　048-546-1200

ＦＡＸ　048-546-1201

(5)施設長

センター長　栗原　玲央

(6)運営方針

当施設の管理運営については、ケアハウスが居宅であることを踏まえつつ、高齢者の特性に配慮した住み良い住居を提供し、入居者の自主性の尊重を基本として、入居者が明るく、心豊かに生活出来るよう、配慮していくものとします。

(7)事業開始年月日

平成12年10月15日

(8)開設年月日

平成12年10月15日

(9)入居定員

52名(内ケアハウス22名)

2、施設経営法人

(1)法人名

社会福祉法人かつみ会

(2)法人所在地

〒369-0217

埼玉県深谷市山河557番地1

(3)電話番号・ＦＡＸ番号

電話　　048-585-0462

ＦＡＸ　048-585-5251

(4)代表者氏名

理事長　　伊　藤　重　来

(5)法人設立年月日

昭和56年4月1日

3、利用施設の概要

(1)建物の構造

鉄骨鉄筋コンクリート造亜鉛メッキ鋼板葺陸屋根5階建

(2)建物の延床面積

3551.89㎡

(3)法人の事業

事業の種類

１、ケアハウス	１ケ所
２、居宅介護支援事業所	３ケ所
３、通所介護事業所	２ケ所
４、訪問介護事業所	２ケ所
５、特定施設入居者生活介護	１ケ所
６、短期入所者生活介護	３ケ所
７、保育園	５ケ所
８、学童クラブ	11ケ所
９、特別養護老人ホーム	１ケ所
１０、認知症対応型　通所介護事業所	１ケ所

4、利用対象者

① 年齢は原則として60歳以上であること、但し、夫婦の場合はいずれか一方が60歳以上であればこの限りではありません。

② 自炊が出来ない程度の身体機能の低下等が認められ、また高齢等のため独立して生活するには不安が認められ、家族による援助を受けることが困難な方が対象となります。

③ 伝染病疾患及び精神的疾患等を有せず、且つ問題行動を伴わなく、共同生活に適応できる方が対象となります。

④ 各種サービスを利用することにより、自立した日常生活を送れる方が対象となります。

⑤ 生活費に充てることができる資産・所得・仕送り等があり、所定の利用料が負担できる方が対象となります。

5、居室の概要

当施設では、（以下の居室)設備をご用意しております。

居室・設備の種類	室数	備　　考
一人部屋	42室	
二人部屋	5室	
食　堂	1室	1階に設置
浴　室	3室	一般浴(男女別に5階に設置)　機械浴(デイと共用)
機能回復訓練室	1室	1階に設置(デイと共用)

6、職員の配置状況

当施設では利用者に対してサービスを提供する職員として、以下の職員を配置しております。

職種	職員数	指定基準
①　施設長(センター長)	1名(兼務)	1名
②　介護職員	1名	1名以上
③　生活相談員	1名(兼務)	1名
④　管理栄養士	1名(兼務)	1名以上

7、サービスの概要

①　食事

当施設では、管理栄養士又は栄養士が管理した献立により、栄養並びに入居者の身体状況および施行を考慮した食事を提供いたします。

(食事時間)　　朝食　8時
　　昼食　12時
　　夕食　17時30分

食事場所は、食堂にて食事をとって頂くことを原則としております。但し、入居者が自分で運搬を行うか自分の管理のもとに運搬をし、かつ原則として前項に掲げる食事時間内に食器を返却する場合は、居室で食事をとることはさしつかえありません。

外出・外泊等により食事が不要な場合には、３日前に欠食届を提出して下さい。月末の利用料請求時に請求額より欠食分の料金を差引きます。

②　入浴

入浴は以下の時間帯で利用することができます。但し、浴室の清掃日(毎週火曜日)は、シャワー利用のみとなります。

(入浴時間)　　15時～16時30分

③　相談及び援助

ご入居者様及びご家族様から、ご入居者様の生活についてのあらゆるご相談に誠実に対応し、可能な限り必要な援助を行うように努めます。

④　社会生活上の便宜

ご入居者様からの要望を考慮の上、野外活動・季節行事のイベント・地域交流・買い物・レク活動等を実施し、教養娯楽・域外活動を支援いたします。また必要希望に応じて行政機関等の手続きを代行いたします。

8、利用料

入居者は、利用料として別表に定める月額料金を、1ヶ月毎に計算しご請求いたしますので、翌月28日までに指定の方法によりお支払いしていただきます。

9、当施設をご利用にあたって留意頂く事項

① 専用居室

居室の清掃・日常的な維持管理は、入居者が行います。居室のごみ・廃棄物については、入居者が定められた場所まで運搬していただくことが原則です。

居室において、喫煙・練炭・火鉢・石油ストーブなど火気類の使用を安全面から禁止とします。

居室にカーテンを持ち込む場合においては、防火面から防炎カーテンとさせていただきます。

② 居室造作・原状回復について

原則居室の造作・模様替えは出来ませんが、施設長の許可を得て行った居室の模様替えなどについては、退去時に自己の費用により原状回復していただきます。

入居者は自らの不始末で、スプリンクラー作動により自分の居室並びに他居室及び館内を破損した場合は、直ちに自己の費用により原状回復をしていただきます。

③ 外泊について

入居者は、外泊する時は事前に宿泊先及び帰着予定日、時間等を届出が必要です。

④ 面会・宿泊について

ⅰ 面会時間は原則９時から１９時３０分といたします。

ⅱ 入居者以外の外来者が宿泊される場合は、事前の届け出が必要です。

⑤ 喫煙

施設内では、喫煙スペース以外での喫煙は出来ません。（全ての居室を禁煙といたします。）

⑥ 迷惑行為について

ⅰ 他の入居者への迷惑行為や施設の秩序を及び風紀を乱す等、共同生活に甚しく支障をきたす行為。

ⅱ バルコニーは他の入居者のプライバシーに十分に注意をして利用して下さい。

ⅲ テレビ・ラジオ等の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利用して下さい。

ⅳ 専用居室において動物の飼育をすることは出来ません。

ⅴ 指定した場所以外で火気を用いることは出来ません。

ⅵ 原則として政治的活動及び宗教活動は行えません。但し理事長の許可を受けた場合は別です。また入居者個人の政治活動・信仰の自由を妨げるものではありません。

ⅶ 届け出のない外泊と届出のない長時間の外出。（外泊する時は事前に宿泊先と帰着予定日等を施設長に届出書を提出していただきます。外出は、外出ノートに記入してから出かけて頂きます。）

10、契約の終了

① 以下の場合には当施設の利用契約は自動的に終了します。

ⅰ 入居者が死亡したとき

ⅱ やむをえない事由により当施設を閉鎖したとき

ⅲ 当施設の減失や重大な毀損により、サービスの提供が不可能になったとき

② 以下に該当したとき、契約を解除させて頂く場合があります。

ⅰ 入居の条件に関して虚偽の届け出を行って入居したとき

ⅱ 利用料その他の支払いを３カ月以上にわたって遅延したとき

ⅲ 事務費の減額の申請に当たって虚偽の届け出を行ったとき

ⅳ 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、現状回復をしないとき

ⅴ 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であるにもかかわらず、介護保険サービスを受けることができないとき

ⅵ 金銭の管理、各種サービスの利用等について、自分で判断できなくなったとき

ⅶ 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

ⅷ 外泊時の帰着予定日(無断で外泊したときはその日)から３０日を超えて帰着せず、かつ、帰着の日を連絡しないとき

ⅸ 入院期間が３ヵ月以上の長期間に及ぶとき

ⅹ 入居者から契約解除の申し出、届出があったとき

ⅺ その他契約書及び重要事項説明書に違反したとき

② 解除の通知と届出

契約を解除させて頂く場合は、解除日の３ヶ月前までに入居者に通知いたします。入居者から契約解除する場合は、解除日の１ヶ月前までに届出が必要です。

11、身元保証人

ⅰ 入居者は入居に際し１名の身元保証人を定めて下さい。

ⅱ 身元保証人は入居者に契約不備があった場合には、この契約から生じる一切の責務について、入居者と連帯して履行の責を負うとともに、必要な場合には入居者の身柄を引き取る責任を負うものとします。

ⅲ 身元保証人に関する事項について変更のあった場合には、その旨を直ちに通知して下さい。

12、非常災害対策

消火設備・非常放送用設備等、災害・非常時に備えて必要な設備を設けると共に、非常災害等に対して具体的な防災計画・避難計画をたて、入居者も参加した訓練を年２回行います。

13、緊急時の対応

入居者の身体の急激な変化等で緊急に職員の対応を必要とする状態になった時は、昼夜を問わず２４時間いつでも速やかに主治医や協力医療機関の連絡等必要な措置を講じます。

14、事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族・関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、市町村に報告します。賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

15、苦情の受付

①当施設における苦情やご相談は以下の窓口で受け付けております。

〇苦情受付窓口　ケアハウスエンゼルの丘

担　当　　鈴木　友子
電　話　　048-546-1200
ＦＡＸ　　048-546-1201

〇第三者委員　　小林　喜一郎　　048-585-2527
畠山　敏之　　048-572-1100
高田　元治　　048-585-4544

②行政機関その他苦情受付機関

ⅰ、各市町村介護保険担当課

深谷市役所　電話　048-571-1211
熊谷市役所　　048-524-1111
本庄市役所　　0495-25-1111
寄居町役場　　048-581-7718
美里町役場　　0495-76-1111

ⅱ、埼玉県国民健康保険団体連合会　　048-824-2568

16、サービスの第三者評価の実施状況

実施の有無	無
実施した直近の年月日	
実施した評価機関の名称	
評価結果の開示状況	

17、サービス提供事業者における事業者の義務

当施設は、入居者の方に対してサービスを提供するにあたって、次の事を守ります。

ⅰ、入居者の生命・身体・財産の安全に配慮します。

ⅱ、入居者の体調・健康状態から見て必要な場合には、医師又は看護師と連携のうえ、入居者の方から聴取・確認をいたします。
行事や趣味活動・集団リハビリへの参加により健康の保持や疾病の予防に配慮していきます。

ⅲ、非常災害に関する具体的な計画を策定するとともに、入居者に対して定期的な避難・救出・その他必要な訓練を行います。

ⅳ、入居者が受けている要介護認定の有効期間の満了日３０日前までに、要介護認定の更新の申請のために必要な援助を行います。

ⅴ、入居者に提供した介護サービスについて記録を作成し２年間保存するとともに、入居者の方の請求に応じて閲覧・複写物の交付を行います。

ⅵ、入居者に対する身体拘束その他行動を制限する行為を行いません。但し、入居者または他の入居者の生命・身体を保護するために緊急やむ得ないと判断された場合には、入居者本人や家族に対して、身体拘束の内容・理由・時間帯・機関等を出来る限り詳細に説明し、十分な理解を得てから行います。

ⅶ、事業者および職員はサービスを提供するにあたって知り得た入居者または家続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。また退職後においてもこれらの情報を保守するべき旨を職員との雇用契約の内容としています。
但し、入居者に医療上の必要がある場合には、医療機関等に入居者の心身等の情報を提供いたします。
また、入居者に円滑な退所のための援助を行う際に情報提供を必要とする場合には、入居者の同意を得ます。

ⅷ、入居者の尊厳・プライバシー保護に努め、職員教育を行います。

18、損害賠償について

当施設において、事業者の責任により入居者の方に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様といたします。

但し、その損害の発生について入居者に故意または過失が認められる場合には入居者のおかれた心身の状況を斟酌して認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

19、雑則

ⅰ.理事長が必要と認める場合に入居者懇談会を開催いたします。

附　則

（施行期日）

この重要事項説明書は平成31年　1月　1日から施行する。
この重要事項説明書は令和 1年　12月　1日から施行する。
この重要事項説明書は令和 4年　3月　1日から施行する。
この重要事項説明書は令和 5年　4月　1日から施行する。
この重要事項説明書は令和 5年　9月　15日から施行する。
この重要事項説明書は令和 5年　10月　23日から施行する。
この重要事項説明書は令和 6年　2月　1日から施行する。
この重要事項説明書は令和 6年　7月　1日から施行する。

この重要事項説明書は令和 7年　1月　1日から施行する。

令和　　年　　月　　日

以上の通り、センター長・入居者・身元保証人は重要事項説明書を確認し記名捺印のうえ、
その証としてセンター長・入居者・身元保証人は、本書各1通ずつ保有する。

入居者　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

身元保証人　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

事業者　住所　埼玉県深谷市今泉６２５番地
事業者名　社会福祉法人　かつみ会
ケアハウスエンゼルの丘
管理者名　センター長　栗原　玲央　　印

入居者は、署名が出来ないため、入居者本人の意思を確認のうえ、私が入居者に代わり、
その署名を代行いたします。

署名代行者　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

利用者との関係　（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿