

ケアハウス主の園重要事項説明書

2024年8月改定

1、施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 キングス・ガーデン埼玉
- (2) 法人所在地 埼玉県川越市大字天沼新田247-2
- (3) 電話番号 049—232—5155
- (4) 代表者氏名 理事長 片岡 正雄
- (5) 設立年月日 平成2年8月10日

2、ご利用施設

- (1) 施設の種類 ケアハウス
- (2) 施設の名称 主の園
- (3) 施設の所在地 埼玉県川越市大字下小坂612番地
- (4) 電話番号 049—231—5551
- (5) 施設長氏名 鷹野 みさき
- (6) 開設年月日 平成7年10月22日
- (7) 入所定員 87名
- (8) 当施設の目的と運営方針

(目的) ケアハウス主の園（以下「施設」という）は、厚生労働省令「軽費老人ホームの設備及び運営に関する基準」の趣旨とキリスト教の愛の精神に従い、入所者が施設において安心して生き生きと明るい日常生活を送れるように支援することを目的とする。

(運営方針) 施設は、厚生労働省令「軽費老人ホームの設備及び運営に関する基準」に基づき、地域や入所者の家庭との結びつきを重視して、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の提供に努め、市町村（特別区）、老人の福祉を増進することを目的とする事業を行う者、その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者と密接な連携を図り、入所者の処遇に万全を期することを運営方針とする。

3、サービス利用開始日

年 月 日（入所日）以降、本契約の終了事由がない限り、施設及び提供するサービスを利用することができる。

4、居室の概要

(1) 居室等の概要

当施設では以下の居室・設備をご用意しています。入居される居室は、原則として1人部屋ですが、ご夫婦での入居などは2人部屋への入居となります。（但し、ご契約者の自身の状況や居室の空き状況によりご希望に沿えない場合もあります）。

居室・設備の種類	室数	備考
個室（1人部屋）	57 室	Bタイプ～Fタイプ
2人部屋	15 室	Aタイプ
合 計	72 室	
食 堂	1 室	
談話室	1 室	
娯楽室	1 室	
相談室	1 室	
浴 室	2 室	男性用 1 室、女性用 1 室
洗濯室	1 室	各居室内に洗濯機置き場あり

☆居室の変更：お2人用の居室をご利用の方の一方が退去されお1人になった場合には、単身用の居室をご利用していただくことになります（お部屋を変わっていただきます）。

5、職員の配置状況

当施設では、ご契約者に対して日常生活支援サービスを提供する職員として、厚生労働省令「軽費老人ホームの設備及び運営に関する基準」に則って、以下の職員を配置しています。

〈主な職員の配置状況〉（2024年10月1日現在）

職 種	常 勤	非常勤	常勤換算	備 考
1、施設長	1 名			
2、生活相談員	1 名			
3、介護職員	4名	1名	0.3人	
4、事務員	1 名			
5、栄養士	1 名			
6、調理員	委託			
7. 宿直者	(3名)	4名	1人	() 再掲

〈主な職員の勤務体制〉

職 種	勤務体制
施設長 事務員 生活相談員 介護職、栄養士	標準的な時間帯における最低配置人員 2 名 早番：7：20～16：20 日中：8：30～17：30 遅番：9：30～18：30
宿直者	標準的な時間帯における最低配置人員 宿直：17：30～ 8：30 1名

☆土日祝日は最低2名配置体制です。夜間は宿直者1名です。

6、当施設が提供するサービス

(1) 相談・助言等

- ・ 当施設は、入居者から生活全般の諸問題について相談を受けた場合は誠意をもって対応し、適切な助言を行う。また、必要に応じて行政や在宅福祉サービス事業所等の実施機関と連絡を取り、その有効な利用について援助を行うものとします。

(2) 食事

- ・ 入所者に対し毎日3食を給し、高齢者に適した食事を提供するものとします。
- ・ 食品の調理加工及び管理は衛生的に行い、栄養士による毎日の献立表を作成して、栄養のバランスに留意するものとします。

(3) 入浴

- ・ 共同浴場は原則として週3回とし、定められた時間帯に入浴できるように準備を行うものとします。
- ・ 各居室のお風呂は、毎日ご利用いただけます。
- ・ 原則として個別の入浴介助は行いません。

(4) 緊急時の対応

- ・ 入所者は身体の状態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、職員の対応を求めることができます。職員は要請のあった時には、速やかに適切な対応を行います。
- ・ 入所者があらかじめ近親者等緊急連絡先を届け出ている場合は、医療機関への連絡とともにその緊急連絡先にも速やかに連絡を行います。
- ・ 非常災害に関する具体的計画を策定するとともに、定期的に避難及び救出その他必要な訓練をします。

(5) 在宅サービスの利用

- ・ ご契約者が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、介護保険等の申請代行、介護保険等のサービス（訪問介護：ホームヘルプサービス、通所介護：デイサービス等）を利用できるよう、介護支援専門員と連携し迅速な対応に努めます。
- ・ 疾病等により要介護状態になった場合は、特別養護老人ホーム等への入所及び医療機関並びにご家族との調整等の所要の対応を図ります。

(6) 自主活動への協力

- ・ 入所者は、施設の共用設備を使って趣味教養活動や自主的なクラブ活動、行事などを行うことができるものとします。

(7) 保健衛生

- ・ 定期健康診断を年1回以上受けていただき、その記録を保管する等日常における健康管理に配慮するものとします。

(8) 夜間の管理体制

- ・ 宿直員による施設内の見回りを行います。
- ・ おおよそ午後8時より翌朝6時20分までは正面玄関を施錠します。ただし、入所者の夜間帯の入出については配慮をします。

(9) 健康管理

- ・ 当施設では、定期的に健康診断を受ける機会を提供し、その記録の保存、健康の保持、疾病の予防に努めます。

(10) 事故発生時の対応

- ・施設は施設内に事故防止委員会を設置し、介護事故等の事例分析及びそれに基づく再発防止策を講じる。
- ・施設は、事故発生防止のための指針を策定し、職員に対し、年2回以上の事故防止のための研修を実施する。
- ・事故発生時には、危機管理マニュアルに基づいて適せつに対応する。

7、利用料金について

- (1) 利用料は、ご契約者の前年度の収入に応じて変動します。別に定める「利用料表」に基づきます。
- (2) 利用料は、年度毎に行政による見直しが行われるため、ご契約者の前年度の収入が証明出来る書類（源泉徴収票、年金改定通知等）を提出していただきます。その金額が記載されている通帳等のコピーを提出していただく場合もあります。
- (3) 当施設が提供するサービスの内、一部の行事（旅行等）、クラブ活動の参加費用、個別に受ける特別なサービスにおいては、入所者の負担となる場合があります。
- (4) 入院及び外泊等、当施設での欠食について10日前までに所定の手続きをした場合には、食費相当額を1日につき700円返金します。
- (5) 利用料は、毎年4月1日を基準日とし、年度の途中で川越市より利用料の変更がなされた場合は、当該年度の4月1日に遡って徴収します。

8、当施設利用に関する留意事項

- (1) 居室内の維持管理については入所者が行うことになります。修繕や故障が生じた場合には別途定められたガイドラインに従って行います。
- (2) 施設内共用部での飲酒・喫煙はご遠慮ください。共用部を占有して使用することはできません。
- (3) 入所者は、相互に親睦と信頼を深め、良い隣人として融和し、他人の人権を無視するような言動のないように努めるものとします。

9、個人情報保護について

- (1) 当施設では、平成15年法57「個人情報の保護に関する法律」、平成16年4月2日「個人情報に関する基本方針」、平成29年4月14日「医療・介護関係従事者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」及び当法人が別に定める「個人情報保護規程」に基づき、ご契約者及びそのご家族に関する個人情報を適切に取扱います。
- (2) 下記の場合には、必要最小限度の範囲で、ご契約者及びそのご家族に関する個人情報を活用し、また、状況に応じて第三者に情報提供する場合があります。個人情報を活用または第三者に提供する場合には、緊急の医療上の必要性がある場合を除き、「個人情報保護規程」に定める書式によって、ご契約者及びそのご家族の同意をいただきます。
 - ・ ご契約者に対する介護福祉サービスの提供を行うために必要な場合。
 - ・ ご契約者のために行う管理運営業務（入退所管理、会計、事故報告、介護、医療サービス等）を行うために必要な場合。

- ・ 介護保険等に関する事務を行うにあたって、審査機関、保険者及び市町村に対して必要な個人情報を提供する場合。
- ・ ご契約者が医療機関を利用するにあたり、医師等に介護記録やケアプランを提供する場合。
- ・ 他の介護事業者及び医療機関との連携（サービス担当者会議等）、連絡調整のために必要な介護記録やケアプランを提供する場合。
- ・ 損害賠償保険等の請求のために保険会社等に相談する場合、または必要機関に届出る場合
- ・ 外部監査機関及び情報の公開機関から求められた場合。
- ・ 当施設において行われる学生・ボランティア等の実習へ協力する場合。

10、苦情の受付について

(1) 当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

- ・ 苦情受付窓口 担当者名 瀬山 康隆
- ・ 受付時間 毎週月曜日～金曜日 9：30～16：00

(2) 当施設における苦情の受付体制

- ア 苦情解決責任者 鷹野 みさき
- イ 苦情受付担当者 瀬山 康隆
- ウ 苦情受付第三者委員 家城 幸江
石井 陵太

○第三者委員へ依頼したい場合は、kgsyunosou@mb.inc.ne.jp (苦情受付担当者アドレス) へメール、または苦情受付担当者へお申し出ください。

(3) 行政による苦情の受付

川越市役所 高齢者いきがい課 TEL 049-224-8811 (代表)
TEL 049-224-5809

11、第三者評価の実施状況

現在 外部機関による第三者評価は受けておりません。

12、水害ハザードマップにおける

ケアハウス主の園の所在地（川越市下小坂 612）について

水害ハザードマップの有無	洪水		雨水出水（内水）		高潮	
	☐ 有	☐ 無	☐ 有	☒ 無	☐ 有	☒ 無
水害ハザードマップにおける主の園の所在地	該当する図面（ハザードマップ）における施設の所在地は別添のとおりです。 なお、水害ハザードマップに記載されている内容については今後変更される場合があります。					

13、契約の終了について

(1) 当施設との契約では契約が終了する期日は特に定めていません。従って、以下のような事由がない限り、継続して当施設をご利用いただけますが、仮に下記の事項に該当するに至った場合には、当施設との契約は終了し、ご契約者に退所していただくことになります。

ア ご契約者の心身の状況から、当施設での生活が困難となった場合。

イ 施設の滅失や重大な毀損^{きそん}により、ご契約者の当施設での生活が不可能となった場合。

ウ ご契約者が退所を申し出、又は契約を解除する場合。

エ 当施設が契約を解除する場合。

(2) 契約期間中であっても、ご契約者から退所を申し出ることができます。その場合には、退所を希望する日の30日前までに退去届をご提出下さい。

14、居室の明渡しについて

(1) ご契約者の所有物は、全て引き取っていただきます。

(2) 所有物の引き取り完了日を明渡しの日とします。

(3) 死亡による契約の解除の場合には15日以内にその所有物を引き取り、居室を明渡ししていただくことになります。その期間を過ぎても、なお残置された所有物についてはこれを放棄したものとし、施設が自由に処分できるものとします。

15、協力病院

林医院

ファースト歯科

武蔵野総合病院

☆ 連絡や問合せについては施設を経由して行いますので、個人で直接問合せを行うことはご遠慮下さい。

16、利用料金表（令和6年8月1日現在）※「6、利用料について」を合わせてご参照下さい。

事務費（前年の収入により算定されます。）					
階層	収入区分	事務費	階層	収入区分	事務費
1階層	150万円以下（夫婦）	7,000円	6階層	190万円超 200万円以下	25,000円
1階層	150万円以下（単身）	10,000円	7階層	200万円超 210万円以下	30,000円
2階層	150万円超 160万円以下	13,000円	8階層	210万円超 220万円以下	35,000円
3階層	160万円超 170万円以下	16,000円	9階層	220万円超 230万円以下	40,000円
4階層	170万円超 180万円以下	19,000円	10階層	230万円超 240万円以下	45,000円
5階層	180万円超 190万円以下	22,000円	11階層	240万円超	49,900円

生活費	48,764円	冷暖房費	2,150円	（7月～9月、11月～3月）	
-----	---------	------	--------	----------------	--

管理費（部屋代に相当し、部屋のタイプにより定められます。一括と分割が選択できます。）					
タイプ	一 括	分 割	タイプ	一 括	分 割
A	12,061,350円	52,626円	D	7,719,264円	33,680円
B・C	9,649,080円	42,100円	E	8,576,960円	37,422円
C'	8,040,900円	35,084円	F	6,432,720円	28,067円

17、その他

この重要事項説明書は、契約書等の内容から重要と思われる部分を抜粋したものです。詳細については、契約書をご熟読下さい。

年 月 日

「ケアハウス主の園」のサービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

ケアハウス主の園

説明者 職名 _____ 氏名 _____ 印

私は、施設から本書面による重要事項の説明を受け、ケアハウス主の園のサービスの提供開始に同意しました。

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

身元保証人住所 _____

氏名 _____ 印

代理人 住所 _____

氏名 _____ 印

