

『ケアハウス西陵』

重要事項説明書

社会福祉法人陵風会

ケアハウス西陵は、入居者に対して施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意ください。以下の通りご説明いたします。

1. 施設経営法人

- | | |
|-----------|--------------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 陵風会 |
| (2) 法人所在地 | 鹿児島県鹿児島市西陵 1 丁目 43 番 1 号 |
| (3) 電話番号 | 099-282-4373 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 徳田 恵子 |
| (5) 設立年月日 | 平成 11 年 6 月 15 日 |

2. ご利用施設

- | | |
|-------------|---|
| (1) 施設の種類 | 軽費老人ホーム (ケアハウス) |
| (2) 施設の目的 | 家庭環境・住宅事情等の理由により、居宅において生活することが困難な高齢者に対し、日常生活上必要な便宜を供与し、健康で明るい生活が送れるようにすることを目的とする。 |
| (3) 施設の名称 | ケアハウス西陵 |
| (4) 施設の所在地 | 鹿児島県鹿児島市西陵 1 丁目 43 番 1 号 |
| (5) 電話番号 | 099-282-4373 |
| (6) 施設長 | 神崎 香織 |
| (7) 施設の運営方針 | |

入居者のニーズを的確に把握することに努め、愛情と尊敬の念を持って接すると共に、安心・快適に過ごして頂けるように「居心地の良さ」を追求し、入居者が明るく健康的に過ごせるよう最大限支援いたします。

3. 施設の概要

- | | |
|--------------|-------------------------|
| (1) 建物の構造 | 鉄筋コンクリート造 4 階建 |
| (2) 建物の延べ床面積 | 2,931.13 m ² |
| (3) 入所定員 | 50 名 |
| (4) 入居資格 | |
- ① 年齢は原則として 60 歳以上の方。ただし、お二人でご入居を希望される場合は、どちらかお一人が 60 歳に達していればご利用できます。
 - ② 自炊ができ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る方で、家族による援助を受けることが困難な方。
 - ③ 伝染病疾患等を有せず、且つ問題行動を伴わず、共同生活に適應できる方。
 - ④ 各種サービスを利用することにより、自立した生活を送れる方。

- ⑤ 生活費に充てることができる資産、所得、支送り等があり、所定の利用料を負担できる方。

(5) 入居に必要な書類

入居を希望される方は、次の書類を施設長に提出します。

- ・入居申込書
- ・本人の住民票
- ・収入申告書
- ・健康診断書
- ・身元保証書
- ・その他施設長が必要と認めた書類

4. 提供するサービス

ケアハウス西陵では、入居者に対して以下のサービスを提供します。

(1) 相談及び助言

- ・入居者の生活相談に応じ、援助等を行います。

(2) 食事

- ・栄養士の立てる献立により、栄養なら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。

(食事時間)

朝食 7 : 4 5 ~ 昼食 1 1 : 4 5 ~ 夕食 1 7 : 4 5 ~

(3) 入浴

2階に大浴場があり、毎日入浴できます。(入浴時間) 1 0 : 3 0 ~ 2 0 : 0 0

(4) 緊急時の対応

- ・入居者は、身体状態の急激な変化等、緊急の対応を必要とする状態になった時には、昼夜を問わずいつでもナースコール等で職員の対応を求めることができます。

(5) 保健衛生

- ・定期的に健康診断を受ける機会を提供し、その記録を保存する等、日常における健康管理に配慮します。
- ・入居者の健康保持にあたり、高齢者特有の疾病防止に努めます。
- ・入居者に対して、随時保健衛生知識の普及・指導を行います。

(6) 外部(在宅)サービスの利用

- ・入居者が身体状況の変化等によって日常生活において援助を必要とする状態になった場合で、入居者自身からホームヘルプサービス等の外部サービス利用の希望があった場合には、連絡等の必要な援助を行います。
- ・外部サービスの利用に関する費用は利用者本人の負担とします。

(7) その他

- ・季節行事、クラブ活動、買物送迎等趣味教養活動や行事等に参加することができません。

5. 費用

(1) 預り金

30万円

お二人で入居を希望される場合は50万円

(2) 毎月の利用料

		利用料 (月額)			
階層	対象収入	生活費	事務費	管理費	計
1	1,500,000 以下	46,940	10,000	23,280	80,220
2	1,500,001~1,600,000	46,940	13,000	23,280	83,220
3	1,600,001~1,700,000	46,940	16,000	23,280	86,220
4	1,700,001~1,800,000	46,940	19,000	23,280	89,220
5	1,800,001~1,900,000	46,940	22,000	23,280	92,220
6	1,900,001~2,000,000	46,940	25,000	23,280	95,220
7	2,000,001~2,100,000	46,940	30,000	23,280	100,220
8	2,100,001~2,200,000	46,940	35,000	23,280	105,220
9	2,200,001~2,300,000	46,940	40,000	23,280	110,220
10	2,300,001~2,400,000	46,940	45,000	23,280	115,220
11	2,400,001~2,500,000	46,940	50,000	23,280	120,220
12	2,500,001~2,600,000	46,940	57,000	23,280	127,220
13	2,600,001~2,700,000	46,940	59,000	23,280	129,220
14	2,700,001~2,800,000	46,940	61,000	23,280	131,220
15	2,800,001~2,900,000	46,940	63,000	23,280	133,220
16	2,900,001~3,000,000	46,940	65,000	23,280	135,220
17	3,000,001~3,100,000	46,940	67,000	23,280	137,220
18	3,100,001 以上	46,940	68,200	23,280	138,420

外に、冬季加算金 (11月~3月) を2,160円加算します。

(3) その他

自室で利用する電気・水道料金

6. 連帯保証人

入居者は入居に際し、連帯保証人2名を定めて下さい。

- ① 連帯保証人は入居に契約不履行があった場合は、「国の定める基準に従って生活費、事務費を合算した額」の6ヶ月分を極度額として入居者と連帯して履行の責めを負うとともに、必要なときは入居者の身柄を引き取る責任を負うものとする。
- ② 連帯保証人に関する事項について変更があった場合には、その旨を直ちに通知して下さい。

7. 身上変更の届出

入居者は身上に関する重要な事項に変更が生じた時は、速やかに施設長に届けて下さい。

8. 協力医療機関等

協力医療機関 ー 鹿児島徳洲会病院

9. 苦情解決の体制について

入居者は、サービス等に関する苦情を申し出ることができます。申し出があった場合、施設は速やかに事実関係を調査し、その結果、改善の必要性の有無並びに改善方法について、入居者に報告します。

(1) 苦情解決体制

苦情解決責任者	神 崎 香 織	(施設長)	
苦情受付担当者	中 村 公 紀	(生活相談員)	
第三者委員	橋 口 孝 二	(陵風会監事)	099-281-7421
	永 山 イト子	(陵風会評議員)	099-265-5071

(2) 行政機関その他苦情受付機関

鹿児島市長寿あんしん課	電話	099-216-1147
鹿児島県社会福祉協議会	電話	099-257-3855

10. 個人情報お取り扱い

個人情報の取得、管理、利用にあたり、目的を明示した上で、必要な範囲の情報を取得し、必要な範囲内で利用します。また取得、利用、第三者提供にあたり、ご本人の同意を得ることとします。

1 1. 留意事項

(1) 外泊

外泊しようとする時は、その前日までに、その都度外泊先、用件、施設へ帰着する予定日時及び食事の有無を届け出て下さい。

(2) 喫煙

喫煙は所定の場所で行ってください。居室内での喫煙は防災上認めておりません

(3) 迷惑行為

- ・喧嘩、口論、泥酔、薬物乱用等他人に迷惑をかけること。
- ・宗教、習慣等により自己の利益の為に他人の自由を侵害したり、他人を攻撃したりすること。
- ・指定した場所以外で火気を用いること。
- ・施設の秩序、風紀を乱し、または安全衛生を害すること

(4) 動物飼育

動物の飼育は、保健衛生上禁止しております。

(5) 火気の使用

ろうそく、線香等を含め室内での火気の使用は原則禁止しております。

1 2. 生活保護受給のお客様へ

(1) 預り金30万円は不要と致します。

(2) 1ヵ月以上入院の際は、生活費及び事務費の自己負担はございません。
管理費のみ自己負担と致します。

令和 年 月 日

説明者氏名 _____ 印

入居者氏名 _____ 印

保証人氏名 _____ 印 (続柄)