

軽費老人ホーム ケアハウス「ルンビニ大治」 重要事項説明書（一般）

（令和8年4月改定）

1 事業主体概要

| | |
|--------|--------------------------------|
| 事業者の名称 | 社会福祉法人 大樹会 |
| 法人所在地 | 〒490-1145 愛知県海部郡大治町大字中島字大門先141 |
| 代表者氏名 | 理事長 松葉 洋子 |
| 電話番号 | 052-445-6681 |
| 設立年月日 | 平成9年6月24日 |

2 施設概要

| | |
|-------------|-----------------------------|
| 施設の名称 | 軽費老人ホーム ケアハウス ルンビニ大治 |
| 施設の所在地 | 〒490-1145 愛知県海部郡大治町中島大門先141 |
| 施設長名 | 松葉 洋子 |
| 電話番号 | 052-445-6681 |
| FAX番号 | 052-445-6682 |
| 開設年月日 | 平成10年5月21日 |
| 交通の便 | バス停「大治町役場前」下車 北へ徒歩5分 |
| 損害賠償責任保険加入先 | 社会福祉法人全国社会福祉協議会 しせつの損害補償 |

3 事業の目的と運営の方針

| | |
|---------|---|
| 事業の目的 | 利用者の意向を尊重して多様な福祉サービスが総合的に提供されるよう創意工夫するとともに、利用者が個人の尊厳を保持しつつ、自立した生活を地域社会において営むことができるように配慮します。 |
| 施設運営の方針 | 一日一日が心安らかに過ごせる場づくりを目指して、入居者の特性に配慮した住みやすい住居の提供と、明るく心豊かな生活ができるよう相談業務、食事の提供、余暇活動の援助・疾病・災害等の対策に万全を期します。 |

4 職員の配置基準

| 職 種 | 職務内容 | 配置 |
|-------|-------------------------------|----|
| 管理者 | 施設の業務統括、職員の指揮監督等 | 1名 |
| 生活相談員 | 入居者の生活相談、関係機関との連絡調整等 | 1名 |
| 栄養士 | 入居者の食事の献立作成、栄養計算、入居者に対する栄養指導等 | 1名 |
| 介護職員 | 入居者の日常生活の支援・援助等 | 1名 |
| 事務職員 | 施設会計、財産管理、庶務等の事務業務 | 1名 |

5 施設サービスの概要

| 種 類 | 内 容 | |
|------------------|---|---|
| 相談及び援助 | <ul style="list-style-type: none"> 入居者に対して親身になって各相談に応ずるとともに、適切な助言を行い、必要に応じて行政や在宅福祉サービス等の実施者と十分な連携をとり、その有効な利用について積極的に援助を行います。 常に職員と入居者との連携を深め、信頼関係を築きます。 | |
| 介助サービスの利用 | <ul style="list-style-type: none"> 施設で自立した生活を継続する過程で、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、介護保険サービス等の利用ができるよう支援します。 | |
| 食 事 | 【食事時間】 朝食： 8時00分～ 昼食： 12時00分～ 夕食： 17時00分～ | 入居者の食事は、1日3食を給付し、予め作成された栄養面を配慮した内容の豊かな献立に従って、家庭的な雰囲気の中で随時適温の状態を提供できるよう努めるとともに、嗜好、健康状態を考慮して適切な加工等のサービスを行います。 |
| 入 浴 | 【入浴時間】 17時00分～20時00分 （日曜日以外実施） | <ul style="list-style-type: none"> 入浴が楽しく、リフレッシュできるような環境に努めます。 衛生面・安全管理に留意します。 レジオネラ菌対策の徹底を図ります。 |
| 緊急時の対応・健康管理 | <ul style="list-style-type: none"> 入居者からの訴えには誠意を持って対応し、適切な助言・処置を速やかに行います。 病院に通院していただくためのサポートをして、入居者の健康状態の把握に努めます。 年1回の健康診断を受ける機会を提供する等必要な指導援助を行います。 | |
| 月間行事計画・生活上の便宜の供与 | <ul style="list-style-type: none"> 入居者からの要望等を考慮した月間・年間行事計画を作成し、教養娯楽・日常生活支援等の事業を行います。 入居者が、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は、原則、入居者又は身元保証人が行うものとします。ただし、やむを得ない事情がある場合、施設は、入居者又は保証人と協議して対応します。 | |
| 夜間の管理体制 | 宿直員1名 | |

6 その他の事業

| 事業の種類 | 事業内容 |
|-------------|--|
| 特定施設入居者生活介護 | 施設で生活される中で、要介護認定を受けられた入居者に対し、介護サービス計画に基づいて入浴・排せつ・食事などの介護や、機能回復訓練などを行います。24時間体制での介護サービスで安心して生活できます。費用は、介護度によって増額されます。 |
| 往診治療 | 1人で通院が困難な入居者は、医師・看護師の往診を受け、投薬の処方まで可能にする医療制度です。診療科目は内科全般と軽度の眼科、歯科です。往診料は各種保険、福祉給付金資格者証が適応されます。 |

7 入居者及び保証人の資格要件

(1) 入居者の要件

- ① 60歳以上の方。ただし、その方の配偶者、三親等内の親族その他特別な事情により当該者とともに入所させることが必要と認められる場合は、いずれか一方が60歳以上であれば入居できます。
- ② 自立した日常生活を営むことに不安があると認められ、家族による援助を受けることが困難な方
- ③ 共同生活のできる方
- ④ 所定の利用料や必要な実費が収められる方
- ⑤ 保証人（2名）のある方（※難しい場合は、施設が推奨する保証人会社との契約が必要になります。契約には、別途費用がかかります。）

(2) 保証人の要件

- ・速やかに施設からの呼び出しに対応していただける方（例：入居者の訴え、救急搬送、病院受診の付添い等）
- ・入居者が、体調不良で泊り込みでのお世話がが必要な場合、対応いただける方
- ・入居者が利用料をお支払いいただけない場合は、代わって負担いただける方
- ・退居時に、身元引受のできる方（例：次の施設の申し込み等）
- ・施設よりの要請・指示にご協力いただける方

8 利用料等

(1) 保証金

190,000円（前納）

利用料が滞納された場合、退居時（居室を原状回復）のリフォーム代等の経費と相殺を希望された場合は、その残額が返還されます。

(2) 施設利用料

本人様の前年の収入に応じ、県で決められている金額（千草の会を除く）でご利用いただけます。

ただし、国の定める基準に基づき利用料を改定することがあります。

11月から3月は、公共部の暖房費として冬期加算月額¥1,960を徴収します。

| 階層 | 本人様の前年の収入※ | サービスの提供に要する費用 | 生活費 | 管理費 | 水道料金 | 千草の会 | 合計 |
|----|-----------------------|---------------|--------|--------|-------|-------|---------|
| 1 | 1,500,000円以下 | 10,000 | 46,320 | 12,620 | 1,240 | 2,000 | 72,180 |
| 2 | 1,500,001円～1,600,000円 | 13,000 | | | | | 75,180 |
| 3 | 1,600,001円～1,700,000円 | 16,000 | | | | | 78,180 |
| 4 | 1,700,001円～1,800,000円 | 19,000 | | | | | 81,180 |
| 5 | 1,800,001円～1,900,000円 | 22,000 | | | | | 84,180 |
| 6 | 1,900,001円～2,000,000円 | 25,000 | | | | | 87,180 |
| 7 | 2,000,001円～2,100,000円 | 30,000 | | | | | 92,180 |
| 8 | 2,100,001円～2,200,000円 | 35,000 | | | | | 97,180 |
| 9 | 2,200,001円～2,300,000円 | 40,000 | | | | | 102,180 |
| 10 | 2,300,001円～2,400,000円 | 45,000 | | | | | 107,180 |
| 11 | 2,400,001円～2,500,000円 | 50,000 | | | | | 112,180 |
| 12 | 2,500,001円～2,600,000円 | 57,000 | | | | | 119,180 |
| 13 | 2,600,001円～2,700,000円 | 64,000 | | | | | 126,180 |
| 14 | 2,700,001円以上 | 65,020 | | | | | 127,200 |

※ 「前年の収入」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。

※ 夫婦で入居する場合は、夫婦の前年の収入から夫婦の必要経費を控除した額の2分の1をそれぞれ個々の収入とし、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は、上表の額から30パーセント減額した額（100円未満切捨て）とします。

| | | | |
|---|---------------|------------------------|--|
| 1 | サービスの提供に要する費用 | 施設の運営管理に要する経費 | 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します。 |
| 2 | 生活費 | 食材料費及び共用部分に係る水道光熱費 | |
| 3 | 管理費 | 家賃に相当する経費 | |
| 4 | 水道料金 | 各居室のミニキッチン、洗面台、トイレの水道代 | |
| 5 | 冬期加算 | 11月～3月のみ暖房費として加算します | |
| 6 | 千草の会 | 入居者の自治会費 | |

(3) その他「日常生活に関するサービス料金」

| | | | | | | | | |
|---------------------------------|-------------|------|-------------------------|-----|--------|------------|----------------------|-----|
| 食堂の配下膳サービス ①配膳のみ ②配膳・下膳両方 | 1,500円/月 | コピー代 | B5・A4 (片面) | 白黒 | 10円/1枚 | B4・A3 (片面) | 20円/1枚 | 白黒 |
| | 3,000円/月 | | | カラー | 30円/1枚 | | 40円/1枚 | カラー |
| 個浴使用料 | 500円/1回 | FAX代 | | | 30円/1枚 | シュレッダー代 | 2円/1枚 | |
| 理美容室代 (月1回) | 実費負担 | 献立表 | 40円/1枚 | | | 電話代 | 10円/1回 | |
| ゲストルーム使用料 | 2,500円/1人1泊 | ゲスト食 | 朝食：340円 昼食：360円 夕食：340円 | | | ゲスト寝具代 | 1,000円 (シーツ・クリーニング代) | |

※支払方法：愛知銀行にて口座を設けていただき、翌月の20日に引落します。

9 施設ご利用にあたって留意いただく事項

| | |
|----------|--|
| 来訪・面会 | 所定の面会簿に必要事項をご記入してください。 なお、深夜・早朝の面会は防犯上基本的に受け付けておりませんので、必要な場合は事前に申し出てください。 |
| 外出・外泊 | 都度、外出簿・外泊届 (用件、外泊期間及び食事の有無) を提出してください。 |
| 喫煙 | 指定した場所 |
| 施設内の禁止行為 | 施設内では次の行為を禁止しております。 * 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。 * 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。 * 居室又は敷地内において動物を飼育すること。(入居契約書第28条) |

10 苦情相談サービス窓口

| | | |
|------|----------------|---|
| 施設内 | 苦情相談窓口 | サービスに関する相談や苦情について、次の窓口で対応します。 ご利用時間 : 月～土曜日 9:00～17:00 ご利用方法 : 面談・電話 052-445-6681・苦情箱 (食堂入口付近に設置) 苦情受付担当者 : 石塚貴康 (相談員) |
| | 第三者委員会 | 第三者委員 (1) 公認会計士 宮嶋芳崇 【連絡先 (090) 7675-8666】 (2) 福祉関係者 山崎裕子 【連絡先 (090) 2685-0099】 |
| 公的機関 | 大治町福祉部 民生課 | 所在地 : 海部郡大治町大字馬島字大門西1-1 電話番号 : 052-444-2711 受付時間 : 平日 8:30～17:15 |
| | 愛知県国民健康保険団体連合会 | 所在地 : 名古屋市東区泉1丁目6番5号 電話番号 : 052-971-4165 受付時間 : 平日 9:00～17:00 (12:00～13:00を除く) |

11 協力医療機関

| | |
|--------------------------|--|
| はあと在宅クリニック | 内科・老年精神科 (月2回の往診) 所在地 : 清須市西田中白山5 電話番号 : 052-325-8332 |
| 木の香往診クリニック | 内科・緩和ケア科・眼科・精神科・皮膚科・泌尿器科・整形外科・耳鼻咽喉科 (月2回の往診) 所在地 : 名古屋市北区駒止町2-22 電話番号 : 052-908-8425 |
| アグリホームクリニック きよす | 内科・外科・精神科 (月2回の往診) 所在地 : 清須市西枇杷島町古城2-24-8 電話番号 : 052-908-9005 |
| 医療法人社団大栄会名古屋 桜通デンタルクリニック | 歯科 (週1回の往診) 所在地 : 名古屋市千種区内山3-21-23キャッスル北沢1階 電話番号 : 052-715-7770 |
| たにぐち眼科 | 眼科 (月1回第4水曜日の往診) 所在地 : 名古屋市千種区千代ヶ丘5-50 電話番号 : 052-777-6600 |

12 情報開示

お客様ご自身に関する情報（ご利用者記録、サービス提供記録他）は開示しています。ただし、本人あるいは身元保証人でない方からの請求について、書面により本人のご了解を得てからの提供になります。

13 第三者による評価の実施状況

| | | | |
|---------------|------|---------|----------|
| 第三者による評価の実施状況 | 1 あり | 実施日 | |
| | | 評価機関の名称 | |
| | | 結果の開示 | 1 あり 2なし |
| | ② なし | | |

13 重要事項説明の年月日等

| | | |
|-----------------|-------|-------------------|
| この重要事項説明書の説明年月日 | | 年 月 日 |
| 事業者 | 所在地 | 愛知県海部郡大治町中島大門先141 |
| | 法人名 | 社会福祉法人大樹会 |
| | 代表者名 | 理事長 松葉 洋子 |
| | 事業所名 | ケアハウスルンビニ大治 |
| | 説明者氏名 | 相談員 石塚 貴康 |

上記内容の説明を事業者から確かに受け、内容について同意し、重要事項説明書の交付を受けました。

| | | |
|------|----|--|
| 利用者※ | 住所 | |
| | 氏名 | |

上記署名は、_____が代行しました。

※ 利用者が署名することが難しい場合は、署名を代行した方の続柄、氏名を付記することで差し支えありません。

| | | |
|------|----|--|
| 代理人※ | 住所 | |
| | 氏名 | |

※ 代理人とは、法定代理人又は任意代理人をいう。任意代理人については、同居親族や近縁親族等本人の意思や立場を理解しうる立場の方が望ましい。