川口市ケアハウス　重要事項説明書

＜　令和　８年　１０月　１日　現在　＞

１　当施設が提供するサービスについての相談窓口

電話・FAX　０４８－２８０－１６８１（担当）生活相談員　池端　淳一・吉澤　麻里子

※　窓口対応時間は９時から１７時までです。ご不明な点は、何でもお尋ねください。

２　川口市ケアハウスの概要

（１）施設の名称及び所在地

施設名称　　川口市ケアハウス（川口市高齢者総合福祉センター　サンテピア内）

住　　所　　川口市大字赤井１０５５番地

（２）施設の職員体制

職種	業務内容	勤務形態・人数
管理者	サービス管理全般	常勤兼務　１名
医師	診療、健康管理等	非常勤　　１名
生活相談員	生活上の相談	常勤　１名以上
介護職員	日常介護業務等	常勤　２名以上
栄養士	栄養管理等	常勤　１名以上
事務員	一般事務・料金請求等	常勤　１名以上

（３）施設の設備の概要

<table>
<tr><td colspan="2">定員</td><td>５０名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">居室</td><td>２人部屋</td><td>５室</td><td colspan="2" rowspan="2">各居室内にトイレ、洗面所、ミニキッチンがあります。</td></tr>
<tr><td>個室</td><td>４０室</td></tr>
<tr><td colspan="2">食堂</td><td>１箇所</td><td>デイルーム</td><td>２箇所</td></tr>
<tr><td colspan="2">娯楽室</td><td>１箇所</td><td>談話コーナー</td><td>２箇所</td></tr>
<tr><td colspan="2">浴室</td><td>大浴場と家族風呂があります。（計４箇所）</td><td colspan="2">洗濯室　１箇所
洗濯機・・・４台（２００円／回）
乾燥機・・・２台（２００円／回）
※使用可能時間は６時から２１時までです。</td></tr>
</table>

３　サービスの内容

サービス項目	内　容
居室	個室４０室、２人部屋５室を用意しております。
食事	朝食（７：３０～　８：３０）、昼食（１２：００～１３：００）、夕食（１８：００～１９：００）原則、食堂においておとりいただきます。
入浴	入浴日は、月曜日～土曜日とします。入浴時間は、１３：００～１６：３０とします。
生活相談	常勤の生活相談員に日常生活や介護に関することを相談できます。
健康管理	当施設では、年間１回健康診断を行います。日程については、別途ご連絡します。また、健康相談サービスを受けることができます。 なお、希望されるインフルエンザ予防接種については、主治医の指示のもとで実費負担いただきます。
安全管理	防災、避難訓練等設備を含め安全面に常時配慮しています。
特別食の提供	通常のメニューのほかに医療上必要な場合等のために特別な食事をご用意します。詳しくは職員にお尋ねください。
レクリエーション	当施設では、定期のクラブ活動のほか、種々の行事が行われます。 行事によっては、別途参加費がかかるものもございます。詳しくは、その都度ご説明のうえご承諾をいただきます。

4　料金

利用料金は、以下のとおりとします。

対象収入による階層区分		利用料（１人につき月額）　単位：円			
		①　居住に要する費用	②　生活費	③　サービス提供に要する費用	合計
1	1,500,000 円以下	29,800	51,804	10,000	91,604
2	1,500,001 円～1,600,000 円			13,000	94,604
3	1,600,001 円～1,700,000 円			16,000	97,604
4	1,700,001 円～1,800,000 円			19,000	100,604
5	1,800,001 円～1,900,000 円			22,000	103,604
6	1,900,001 円～2,000,000 円			25,000	106,604
7	2,000,001 円～2,100,000 円			30,000	111,604
8	2,100,001 円～2,200,000 円			35,000	116,604
9	2,200,001 円～2,300,000 円			40,000	121,604
10	2,300,001 円～2,400,000 円			45,000	126,604
11	2,400,001 円以上			46,500	128,104

①　居住に要する費用

建築年次に川口市が算定した金額を基に料金を設定しております。

ただし、２人部屋を単身の方が利用する場合の居住に要する費用は５９，６００円とします。

②　生活費

食材料費や共用で使用する部分の光熱水費、施設の維持管理費など、入所者個人の専用ではないものに係る費用を算定しております。

ただし、１１月から３月までについては冬期加算（月額）２，１５０円を加えて得た額とします。

③　サービスの提供に要する費用

対象収入により階層区分の額とします。

※「対象収入」とは、前年の収入から租税、社会保険料、医療費等の必要経費を控除した後の収入とします。

※夫婦で入居する場合は、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のそれぞれの費用徴収額については、上記表の③（サービスの提供に要する費用）の額から３０％減額した額を費用徴収額とします。この場合、１００円未満の端数は切り捨てとします。なお、①（居住費に要する費用）及び②（生活費）は全額負担となります。

④　居住に係る光熱水費

ア　上下水道料金…川口市が定める基本料金（一般家庭用）を参考に一律料金とします。

イ　電気料金…　　毎月、定期検針を実施し、使用した数量分の費用を頂きます。

ウ　電話料金…　　居室ごとに使用した電話代金を頂きます。

⑤　入所者が選定する特別なサービスに係る費用

⑥　その他の費用

レクリエーション費…参加費がかかるものについては、その都度ご説明の上、ご承諾をいただきます。

5　利用料の減額又は免除について

次の各号に該当する場合、利用料金の一部を減額又は免除します。

（1）入所者が５日以上入院又は外泊し、給食を受けなかったとき

（2）自然災害その他入所者の責めに帰すべき理由によらないで居室を使用することができないとき

6　秘密の保持

（1）職員に業務上知り得た入所者又はその家族の秘密を保持させるため、職員である期間及び職員でなくなった場

合においても、その秘密を保持すべき旨を職員との雇用契約の内容とします。
（2）入所者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で入所者の個人情報を用いません。また入所者の家族の個人情報についても、あらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で入所者の家族の個人情報を用いません。
（3）入所者又はその家族の個人情報について、「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業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」を遵守し、適切な取扱いに努めます。

7　緊急時の対応について

体調の変化等、緊急の場合は、ご契約者やそのご家族に対し速やかに連絡します。

8　事故発生時の対応について

事故が発生した場合には、ご契約者やそのご家族に対し速やかに状況を報告、説明し、その被害の拡大防止を図るなど必要な措置を講じます。

9　非常災害対策

事業者は、非常災害に関する具体的な計画を立て、非常災害に備えるため、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

１０　虐待の防止

当施設は、入所者の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。
（1）虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者	池端　淳一

（2）虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について職員に周知徹底を図っています。
（3）虐待の防止のための指針を整備しています。
（4）職員に対して、虐待の防止のための研修を定期的に実施しています。
（5）サービス提供中に、当施設職員又は養護者（入所者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる入所者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

１１　身体的拘束等の禁止

当施設は、サービス提供にあたって、入所者又は他の入所者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行いません。ただし、入所者本人又は他の入所者の生命又は身体に対して危険が及ぶことが考えられる場合、入所者及びその家族等へ説明し同意を得た上で、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由その他必要な事項を記録します。

また、身体的拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じます。
（1）身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について職員に周知徹底を図っています。
（2）身体的拘束等の適正化のための指針を整備しています。
（3）職員に対して、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的に実施しています。

１２　業務継続計画の策定等

当施設は、感染症や非常災害の発生時において、入所者に対する事業を継続的に実施及び、非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し当該業務継続計画に従い次の措置を講じます。
（1）職員に対し業務継続計画について周知し、必要な研修及び訓練を定期的に実施しています。
（2）定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行っています。

１３　衛生管理等

当施設は、入所者の使用する施設、食器その他の設備及び飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。

また、感染症が発生又はまん延しないように次の措置を講じます。

（1）感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について職員に周知徹底を図っています。

（2）感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。

（3）職員に対して、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に実施しています。

１４　カスタマーハラスメント

当施設は、安心してサービスをご利用いただくとともに、職員が安全で働きやすい環境を確保するため入所者またはご家族等からの言動のうち、社会通念上相当な範囲を超え、職員の就業環境を害するおそれのある行為については、カスタマーハラスメントに該当する場合があります。具体的には、次のような行為が該当することがあります。

・そもそも要求に理由がない又はサービス等と全く関係のない要求
・契約等により想定しているサービスを著しく超える要求
・対応が著しく困難な又は対応が不可能な要求
・不当な損害賠償要求
・身体的な攻撃（暴行、傷害等）
・精神的な攻撃（脅迫、中傷、名誉棄損、侮辱、暴言、土下座の強要等）
・威圧的な言動
・継続的、執拗な言動
・拘束的な言動（不退去、居座り、監禁）

これらの行為が認められた場合には、サービスの提供の中止を含めたサービスの提供方法の見直しについてご相談させていただくことがあります。

なお、介護サービスに関する正当なご意見・ご要望・苦情につきましては、誠意をもって対応いたしますので、遠慮なくお申し出ください。

１５　原状回復

原状回復とは、入所者が居住、使用中に故意・過失、善管注意義務違反、その他通常の使用を超えるような使用により、汚損、破壊若しくは滅失した場合にそれらを復旧することと定義し、経年変化や通常の使用による損耗等は含まれないものとします。

１６　相談、要望、苦情等の窓口

当施設のサービスに関する相談、要望、苦情等は、下記窓口までお申し出ください。

☆サービス相談窓口☆
電話番号０４８―２８０―１６８１　○担当者等：生活相談員　池端　淳一
生活相談員　吉澤　麻里子

１７　提供するサービスの第三者評価の実施状況

評価の実施状況	１　あり	実施日	年　月　日
		評価機関名称	
		結果の開示	１　あり　２　なし
	②　なし		

１８　第三者委員（福祉サービスの苦情解決制度）

当施設では、地域にお住まいの以下の方を第三者委員（福祉サービス調整委員）として選任し、地域住民の立場から当施設のサービスに対するご意見などをいただいています。入所者は、当施設への苦情やご意見を第三者委員（福祉サービス調整委員）に相談することもできます。

＜第三者委員一覧＞

名　　前	経　　歴	連絡先
菅原（すがわら）　啓高（ひろたか）	・弁護士	【事務所】 ０４８－２４０－０７２５
田原（たはら）　浩之（ひろゆき）	・川口市民生委員児童委員協議会 理事 ・中央地区民生委員児童委員協議会　会長	０４８－２２２－４１２３
笠原（かさはら）　博（ひろし）	・川口地区保護司会副会長	０４８－２６６－１８８３

※第三者委員(福祉サービスの苦情解決制度)を利用するには施設の担当者または本部事務局へご相談ください。

始めに、苦情受付担当者が相談に応じます。

直接言いづらい、解決されないなど、施設と入所者との話合いで解決できない問題について、この制度の利用を希望する場合、職員にその旨をお伝えいただくか、本部事務局へご相談ください。

施設の担当者または本部事務局から第三者委員（福祉サービス調整委員）へ連絡・調整をして、解決を図ります。

※本部事務局　（住所）川口市大字赤井１０５５番地　（電話）０４８－２２９－３３８７

１９　協力病院

当施設では、入院治療を必要とする入所者のために、下記の病院と協力病院の契約をしています。

医療機関名	住　　所
川口市立医療センター	川口市大字西新井宿１８０
医療法人社団大成会　武南病院	川口市東本郷２０２６
医療法人社団厚生会　埼玉厚生病院	川口市南鳩ヶ谷６－５－５

令和　　年　　月　　日

川口市ケアハウス入所にあたり、入所者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

所在地　　川口市大字赤井１０５５番地
事業者　　名　称　　社会福祉法人　川口市社会福祉事業団
説明者　　所属　川口市ケアハウス
氏名　　印

私は、契約書及び本書面により、事業者から川口市ケアハウスについての重要事項の説明を受け、同意しました。

入所者　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印　（代理人）　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印