

軽費老人ホーム（ケアハウス）「ピュアリッツ」重要事項説明書

＜令和 年 月 日現在＞

1. 軽費老人ホーム（ケアハウス）「ピュアリッツ」（以下、「施設」）の概要

(1) 施設の名称等

施設名称	ピュアリッツ
開設年月日	平成13年10月16日
所在地	長野県須坂市大字仁礼7番地10
電話番号	026-215-2662（代表）
FAX番号	026-215-2030
開設者名	社会福祉法人 グリーンアルム福祉会 （理事長 更級 尚）
施設長名	東城 多江子

(2) 施設の運営方針

- ① ピュアリッツは、入居者がその有する能力に応じ自立した生活が営めるよう生活指導について援助を惜しみなく行います。
- ② ピュアリッツは、入居者の人格を尊重し常に入居者の側に立ったサービスの提供に努めます。

(3) 施設の定員及び概要

入居定員	30名		
居室	2人室	計2室	居室設備：トイレ、洗面台、エアコン、シャワースペース、ミニキッチン、ベッド、収納スペース、カーテン、ナースコール
	1人室	計26室	同上
共同設備	温泉浴、洗濯室、便所、食堂、昇降機、談話スペース、全館放送		

(4) 施設の職員体制

職 種	常勤	非常勤	業務内容等
施設長			施設業務の総括管理、所属職員の指揮監督
ケアハウス長			施設長の補佐
生活相談員			入居者・ご家族に対する各種支援及び相談
介護職員			入居者の日常生活全般の支援
事務職員			施設会計事務、庶務全般

2. サービス内容

- ① 各種生活相談及び助言

② 食事の提供（食事場所は、原則として食堂になります）

入居者に対して、栄養士の献立による、栄養バランス及び高齢者の健康に配慮した食事を毎日3食提供します。特に医師の指示がある場合は、その指示により特別の食事を提供します。

朝食	7時30分	～	8時30分
昼食	12時00分	～	13時00分
夕食	18時00分	～	19時00分

③ 入浴

入浴は、施設内の共同温泉浴場を、2日に1回以上の頻度で、原則として、15時30分から18時までと18時30分から19時30分までの間利用できます。

④ 緊急時対応

入居者は、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、昼夜を問わずいつでもナースコール等で対応を求めることができます。（夜間ナースコールは、併設の老健看護師が対応します。）

⑤ 在宅サービスに関しての連絡等の対応

入居者が身体状況の変化等によって日常生活上の援助を必要とする状況になった場合は、小規模多機能型居宅介護等の在宅サービスを利用できるよう、連絡等の必要な対応を行います。

④ 自主活動への協力（クラブ活動、行事等）

入居者は、施設の共用施設を使用して自由に趣味教養活動、自主的クラブ活動及び行事等を行うことができます。

⑤ その他（理美容、買物、行政手続代行等）

⑥ 県の定める軽費老人ホームの設備及び運営の基準に関する条例（平成24年長野県条例第58号。以下「条例」という。）に基づいて必要とされるサービスを行います。

3. 利用料

利用料は、県の定める軽費老人ホーム設置運営要綱（昭和47年4月6日47厚第1号社会部長通知。以下「設置運営要綱」という。）に基づいています。（県の定める設置運営要綱に改正や変更が生じた場合は、それに基づき利用料を改定します）

入居時にかかる費用

① 保証金

（退去時の修繕費、月々の支払が遅延した場合に充当する費用とします。残金は返還いたします。）

300,000円

② 入居時分割併用一時金

下記の金額から選択して頂きます。この金額によって月の管理費が変わります。

<併用納入方式1> 1,920,000円

<併用納入方式2> 720,000円

<分割納入方式> 一時金なし

毎月かかる費用

① 事務費

前年の対象収入により、下表の額になります。(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額です。)ただし、事務費本人負担額を認定するに当たっては、毎年1回、減免申請書を当施設に提出して頂きます。(所得証明書及び年金や恩給の金額通知書等の書類が必要となります。)

対象収入における区分		事務費本人負担額
1	1,500,000 円以下	10,000 円
2	1,500,001 円～1,600,000 円	13,000 円
3	1,600,001 円～1,700,000 円	16,000 円
4	1,700,001 円～1,800,000 円	19,000 円
5	1,800,001 円～1,900,000 円	22,000 円
6	1,900,001 円～2,000,000 円	25,000 円
7	2,000,001 円～2,100,000 円	30,000 円
8	2,100,001 円～2,200,000 円	35,000 円
9	2,200,001 円～2,300,000 円	40,000 円
10	2,300,001 円～2,400,000 円	45,000 円
11	2,400,001 円～2,500,000 円	50,000 円
12	2,500,001 円～2,600,000 円	57,000 円
13	2,600,001 円以上	62,230 円

2人室に入居される場合は、それぞれの収入及び必要経費を合算し、その合計額の2分の1をそれぞれ個々の対象収入とします。(なお、その額が150万円以下に該当する場合には、表中の区分1における負担額から30%減額した7,000円がそれぞれの事務費負担額となります)

② 生活費 月額46,320円

お申し出により欠食があった場合は、食数に応じて計算いたします。

③ 管理費

契約時に納入方式を選択して頂き、それによって月額は下記のようになります。

<併用納入方式1>

月額15,000円(入居一時金1,920,000円を支払われた場合)

<併用納入方式2>

月額20,000円(入居一時金720,000円を支払われた場合)

<分割納入方式>

月額23,000円(入居一時金が0円の場合)

- ④ 冬期加算
1 1 月から 3 月までの期間（5 か月間）、暖房費として月額 4,870 円をご負担頂きます。
- ⑤ 温泉使用料
共同浴場に温泉を使用しており、その温泉代金として月額 3,960 円をご負担頂きます。
- ⑥ 居室の電気代・水道代
居室内で使用された量に関して、実費をご負担頂きます。
- ⑦ 娯楽費
レクリエーション活動（季節の行事や誕生会、遠足等）に必要な経費を、実費としてご負担頂きます。
- ⑧ クラブ費
クラブ活動に参加されている入居者に、材料費等の実費をご負担頂きます。
- ⑨ ピュアリッツ自費サービス
介護保険を使わない、自費サービスも用意しております。
ご希望により利用することができます。
（別紙 「ピュアリッツ自費サービス料金表」を参照）
- ⑩ その他（医療費、理美容代、シーツカバー類の使用代等）実績に応じて実費をご負担頂きます。

また、上記以外にかかる費用については、ご説明の上、同意を得て実費をご負担頂く場合があります。

4. 施設利用に当たっての留意事項

面会	おおむね 7：00～19：00 の間とします。なお、ご面会の際は、施設事務室にて面会用紙に記帳をお願いいたします。
外出・外泊	事前（外出・外泊される前日の午前中まで）に所定用紙にてお届けください。
喫煙	施設内は禁煙となっています。（職員の指示に従ってください）
火気の取扱い	居室内では火気使用禁止となっています。

金銭・貴重品の管理	入居者が自ら管理することを原則とします。ただし、事由がある場合には、当法人の「利用者預り金品取扱規程」に基づき取扱いいたします。
居室内の備品・設備	日常的な維持管理は入居者が行ってください。補修等の費用は入居者負担となります。（ただし、設計・施行に起因する補修に関しては、その限りではありません。）
居室内の模様替え	事前に申し出て施設の許可を得てください。ただし、退居時に原状回復することを条件とし、その費用は入居者負担となります。
営利行為・宗教活動 ・政治活動	できません。
ペットの持ち込み	事前に申し出て施設の許可を得てください。
外来客の宿泊	事前に申し出てください。
退居	退居される日のおおむね30日前までに所定用紙にてお届けください。
ハラスメント	利用者及びその家族は、施設職員、他の利用者等に対して、以下の行為を行わないでください。 ①暴言、脅迫、威嚇、侮辱、その他人格を否定するような言動 ②不当な要求、強要、その他業務を妨害する行為 ③プライバシーの侵害、セクシュアルハラスメント（必要もなく手や腕をさわるなどの行為を含む） ④その他法令または公序良俗に反する行為

5. 協力医療機関

当施設では、下記の医療機関・歯科医療機関に協力を頂いています。

協力医療機関		
長野赤十字病院	長野市若里5-22-1	026-226-4131
長野市民病院	長野市富竹1333-1	026-295-1199
長野県立信州医療センター	須坂市立町1332	026-245-1650
クリニックニレイ	須坂市大字仁礼7-10	026-215-2020
協力歯科医療機関		
遠藤歯科医院	須坂市臥竜1-5-16	026-248-1390

6. 非常災害対策

- ・防災設備 スプリンクラー設備、屋内消火栓、消火器、非常階段、自動火災報知設備
- ・防災訓練 年2回（内1回は夜間想定）実施しますので、ご協力ください。
- ・防火管理者 宮下 和義

7. 事故発生時の対応

入居者に事故が発生した場合は、速やかに身元引受人及び主治医等の関係医療機関に連絡

軽費老人ホーム（ケアハウス）の入居契約に当り、入居者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業者 社会福祉法人グリーンアルム福祉会

所在地 長野県須坂市大字仁礼7番地10

名称 ケアハウス「ピュアリッツ」

施設長

説明者 生活相談員

私は、本書面により、事業者から軽費老人ホーム（ケアハウス）についての重要事項の説明を受け、同意致しました。

令和 年 月 日

入居者 (1) 住所

氏名

(2) 住所

氏名

署名代行者 (続柄:)

氏名

代理人 住所

氏名

身元引受人 住所

氏名