

# 社会福祉法人 ルストホフ志木

## ケアハウス リヒト

### 重要事項説明書

当事業所はご契約者に対して軽費老人ホーム〔ケアハウス〕のサービスを提供します。施設の概要や提供されるサービス内容及び契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

#### ◆◆目次◆◆

1. 施設経営法人	2
2. 施設概要	2
3. 運営方針	2
4. 当施設の併設事業	2
5. 職員の配置状況	3
6. 当施設が提供するサービスの概要	4
7. 居室及び設備の概要	4
8. 協力医療機関	5
9. 緊急時及び事故発生時の対応について	6
10. 身体拘束について	6
11. サービス提供の記録・閲覧について	7
12. 秘密の保持	7
13. 生活援助等	7
14. 苦情処理体制について	7
15. ご利用料金について	8
16. 第三者評価の実施について	9

令和8年4月1日

## 1. 施設経営法人

- |           |                   |
|-----------|-------------------|
| (1) 法人名   | 社会福祉法人 ルストホフ志木    |
| (2) 法人所在地 | 埼玉県志木市本町2丁目10番50号 |
| (3) 代表者氏名 | 理事長 西川 留美加        |

## 2. 施設概要

- |            |  |
|------------|--|
| (1) 施設の種類  | 軽費老人ホーム〔ケアハウス〕                                       |
| (2) 施設の目的  | 老人福祉法（平成6年法律第56号）の理念に基づき、高齢者に対し適切なサービスを提供することを目的とする。 |
| (3) 施設の名称  | ケアハウス リヒト  |
| (4) 施設の所在地 | 埼玉県志木市本町2丁目10番50号                                    |
| (5) 電話番号   | 048-471-8484   |
| (6) 施設長氏名  | 西川 留美加   |
| (7) 開設年月   | 平成9年6月1日   |
| (8) 入所定員   | 21名  |

## 3. 施設の運営方針

ケアハウスは、居室であることを踏まえつつ、高齢者の特性を配慮した住みよい住居を提供し、入居者の自立性の尊重を基本としながら日常生活上必要な便宜を供与、入居者が健康で、明るい生活ができるよう配慮したサービスを提供することを目的とする。

## 4. 当施設の併設事業

〔介護老人福祉施設〕	平成12年3月	1日指定
〔短期入所生活介護〕	平成12年3月	24日指定
〔介護予防短期入所生活介護〕	平成18年4月	1日指定
〔通所介護〕	平成12年3月	24日指定
〔総合事業通所介護〕	平成18年4月	1日指定
〔居宅介護支援事業所〕	平成11年9月	20日指定
〔訪問介護〕	平成12年3月	24日指定
〔総合事業訪問介護〕	平成18年4月	1日指定

〔地域包括支援センター〕 平成22年3月 24日指定

〔認知症対応型共同生活介護〕 平成26年6月 10日指定

## 5. 職員の配置状況

当施設では、入居者に対して軽費老人ホーム〔ケアハウス〕のサービスを提供する職員として、以下の職種を配置しています。

<主な職員の配置状況>※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	職員数	備 考
1. 施設長	1名	
2. 生活相談員	1名	
3. 介護員	1名	非常勤1名
4. 調理員	1名	併設する介護老人福祉施設と兼務
5. 事務員	1名	
※調理業務は、当施設厨房にて、調理を行います。		

☆施設長…施設の運営管理の全般的業務を管理し、所属職員を指揮監督します。

☆生活相談員…入居者の日常処遇全般の相談及び指導、ご家族との連絡調整等及び施設の事務に従事します。

☆介護員…入居者の日常処遇の実施や環境衛生管理業に従事します。

☆調理員…管理栄養士指導のもと、入居者の献立作成、栄養量計算、調理上の衛生管理等の適正化をはかり調理業務に従事します。

☆事務員…庶務及び会計業務に従事します。

## 6. 当施設が提供するサービスの概要

当施設では、入居者に対して以下のサービスを提供します。

種類	内容
各種生活援助及び助言	施設職員は、入居者からの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、適切な助言を行います。また、必要に応じて各種サービス等との十分な連携を図り、その有効な利用について積極的に支援を行います。
食事の提供	施設は入居者に対して毎日、管理栄養士の献立による栄養バランス及び高齢者の健康を考慮した食事を三食提供します。 特に医師の指示のある場合は、その指示により特別の食事を提供します。
入浴準備	月曜日～土曜日 大浴場：午後3時半～午後5時
緊急時の対応	入居者は、身体状況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、24時間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。職員はナースコール等で入居者から緊急の対応要請があった時は、速やかに適切な対応を行います。 (夜間帯においては特養職員が対応します)
在宅福祉サービス等の利用	施設は、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態になった場合は、ホームヘルパー等の在宅福祉サービスが利用できるよう、連絡等の必要な対応を行います。
自主活動への協力	入居者は、施設の共用設備を使って自由に趣味教養活動や自主的な活動、行事等を行うことができます。
保健衛生	入居者の定期健康診断は年1回以上行ない、その記録を保存する等日常における健康管理に配慮するものとする。また、入居者に対し、健康衛生知識の普及、指導を行います。

## 7. 居室及び施設の概要

当施設では以下の居室をご用意しています。入居される居室は、原則として個室ですが、2人部屋など他の種類の居室への入居をご希望される場合は、その旨お申し出ください。  
(但し、ご契約者の心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)	17室	洋室：約6.6坪(21.80㎡) 13畳
夫婦部屋	2室	洋室：約10坪(32.70㎡) 20畳
合計	19室	居室内の設備：冷暖房・床暖房(一括調整)、水洗トイレ、洗面所、ミニキッチン、緊急通報システ

		ム、収納棚、電話・テレビ取り付け可能
食堂	1室	面積：141.36㎡
浴室	3室	大浴場：男女各1室

☆居室の変更：入居者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、入居者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、入居者や御家族等と協議のうえ決定するものとします。

☆その他共用施設の概要：ロビー、喫茶コーナー、談話室、エレベーター、有料コインランドリー、ラウンジ等

## 8. 協力医療機関

医療を必要とする場合は、入居者の希望により、下記の協力委託医療機関において診療や治療を受けることができます。(但し、下記医療機関での優先的な診療・治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療・治療を義務づけるものでもありません。) なお、個別に契約が必要な医療機関もございます。

### ①協力委託医療機関

医療機関の名称	黒目川診療所朝霞台
所在地	埼玉県朝霞市東弁財1-2-16保ビル1階
診療科	内科・外科

医療機関の名称	医療法人歯健長壽会 金子歯科診療所
所在地	埼玉県さいたま市中央区上落合7-6-2
診療科	歯科

### ②協力医療機関

医療機関の名称	TMG宗岡中央病院
所在地	埼玉県志木市上宗岡5丁目14-50

## 9. 緊急時及び事故発生時の対応について

入居者の容態の変化や事故等があった場合は、ご家族、救急隊等へ連絡するとともに必要な措置を講じます。また、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録をし、保管します。

体調の変化等、緊急の場合は、下記に定める緊急連絡先に連絡します。

緊急連絡先①	
氏名	
住所	
電話番号	
続柄	

  

緊急連絡先②	
氏名	
住所	
電話番号	
続柄	

## 10. 身体拘束について

事業者は、原則として入居者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、入居者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられる時は、入居者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げること留意して、必要最低限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- 1) 緊急性・・・直ちに身体拘束を行わなければ、入居者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。
- 2) 非代替性・・・身体拘束以外に、入居者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限ります。
- 3) 一時性・・・入居者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが無くなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

### 1 1. サービス提供の記録・閲覧について

入居者に提供したサービスについて記録を作成し、2年間保管するとともに、入居者よりご希望があった場合、閲覧することができます。

### 1 2. 秘密の保持

施設職員は正当な理由がなく、業務上知り得た入居者、入居者家族、入居者代理人及び身元保証人の秘密を漏らしません。また、施設は、職員であった者が、正当な理由がなく、その業務上知り得た入所者又はその家族の秘密を漏らすことがないように、必要な措置を講じます。

### 1 3. 生活援助等

要支援、要介護の認定を受けた入居者は、併設する在宅福祉サービスもしくは、外部の在宅福祉サービスを利用することができます。また、サービスの利用には別途費用がかかります。

### 1 4. 苦情・相談の窓口

(1) 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・相談窓口

社会福祉法人 ルストホフ志木 ケアハウス相談員 砂川 かん奈

電話番号：048-471-8484

受付時間：毎週月曜日～金曜日 9：00～17：00

○ 苦情解決責任者

社会福祉法人 ルストホフ志木 ケアハウス施設長 西川 留美加

電話番号：048-473-3000

受付時間：毎週月曜日～金曜日 9：00～17：00

○ 第三者委員

神谷 敏弘 電話番号 090-2146-3528

工藤 貴宣 電話番号 048-472-8276

○ 志木市相談窓口 健康福祉部長寿応援課

電話番号：048-473-1395

## 15. ご利用料金について

お支払いいただく料金は次のとおりです。

- (1) 利用料は、入居者の前年度の収入に応じて変動するため、別に定める「ケアハウス利用料金表」に基づきます。
- (2) 利用料は、毎年度行政による見直しが行われるため、入居者の前年度の収入が証明できる書類（年金・給与等源泉徴収票、確定申告書等）または、その金額が記載されている通帳等のコピー、及び支出が証明できる書類（確定申告書等）を提出していただきます。
- (3) 当施設が提供するサービスの内、一部行事（夕涼み会等）の参加費用につきましては、一部入居者負担となる場合があります。
- (4) 入院及び外泊等で不在となる場合の生活費は1日3食欠食した日数で返金いたします。
- (5) 利用料は毎年4月1日を基準日とし、年度の途中で埼玉県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。

\*経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う1か月前までにご説明します。

- (6) その他のサービス

### ①自費サービス

項目	金額	単位	回数	備考
定期処方のお薬確認	1,500円	1ヶ月	1日1回	服薬確認は服用を見届けるまでの範囲とします。 眠前薬は自己管理でお願いします。 1日でもご利用の場合月単位の金額となります。
	3,000円	1ヶ月	1日2回	
	4,500円	1ヶ月	1日3回	
臨時処方されたお薬	50円	都度	1回	市販薬は除く
貼り薬、塗り薬、点眼	50円	都度	1回	
お薬のお預かり	500円	1ヶ月		寮母室にて管理

金銭の管理	3,000円	1ヶ月		事務室・寮母室にて管理。1日でもご利用の場合月単位の金額となります。
居室配膳	100円	1日	何食でも同様	本人の心身の状況等に応じて、また、本人都合により個別に居室配膳を希望された場合。感染症等で施設側の判断により居室配膳対応とした場合は発生いたしません。

※ ご希望があり当施設で対応できる場合にサービスを提供します。

スタッフ数、行事等で対応できない場合もあります。

② 御家族が宿泊された場合の食事代 朝食 300 円、昼食 700 円、夕食 445 円がかかります。

令和8年8月から

② 御家族が宿泊された場合の食事代 朝食 345 円、昼食 700 円、夕食 500 円がかかります。

## 16. 第三者評価の実施について

第三者の評価 の実施状況	<input type="checkbox"/> あり	実施日	令和 年 月 日	
		評価期間名称		
		結果の開示	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	<input checked="" type="checkbox"/> なし			

令和 年 月 日

本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者

住 所 埼玉県志木市本町2-10-50  
法 人 名 社会福祉法人 ルストホフ志木  
代 表 者 理 事 長 西川 留美加 印

事業所

住 所 埼玉県志木市本町2-10-50  
事 業 所 名 ケアハウス リヒト  
代 表 者 施 設 長 西川 留美加 印  
  
説 明 者 生活相談員 砂川 かん奈 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、内容を理解し承諾いたしました。

入居者： 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印

入居者： 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印

私は、本人の契約意志を確認し、本人に代わり上記署名を行いました。

代 理 人： 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印

本人との関係 \_\_\_\_\_

署名代行理由 \_\_\_\_\_

身元保証人： 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

身元保証人： 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印