

「ケアハウス」

重 要 事 項 説 明 書

入 居 利 用 者

様

社会福祉法人 海の里
ケアハウスパールマリン

ケアハウス重要事項説明書

1. 施設の概要

施 設 名	ケアハウスパールマリン
所 在 地	高知県高知市仁井田 1 6 1 8 番地 1 8
管 理 者 名	施設長 難波 自
電 話 番 号	0 8 8 - 8 4 7 - 7 1 0 0
F A X 番 号	0 8 8 - 8 4 7 - 1 3 3 1

2. 設備の概要

定 員		5 0 名	
居 室	個 室	42 室	1 室平均27.90㎡
	2 人部屋	4 室	1 室平均48.06㎡
食堂		1 室	145.66㎡
談話娯楽室		6 室	
浴室		2 室	
洗濯室		1 室	

3. 職員の配置状況

(1) 主な職員の配置状況

職 種	常 勤	非 常 勤	計
施 設 長	1		1 名
生活相談員	1		1 名
介 護 職員	4	1	5 名
管理栄養士	1		1 名
調 理 員	3		3 名
事 務 職員	1		1 名

(2) 主な職種の勤務体制

職 種	勤 務 体 制
生活相談員	8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0
介 護 職員	標準的な時間帯における最低配置人員
	早出 : 7 : 3 0 ~ 1 6 : 3 0 1 名
	遅出 : 1 1 : 0 0 ~ 2 0 : 0 0 1 名

(3) 職員の研修体制

職員の資質の向上を図るため、下記のとおり研修を行っています。

- ①採用時研修 採用後 6 ヶ月以内 ②継続研修 年 1 回

4. サービスの内容及び利用料金

(1) 当施設が提供する介護サービス

＜サービスの内容＞

種 類	内 容
居 室	・ 高齢者の特性に配慮した住みよい居室をご用意しています。
食 事	・ 高齢者に適した食事を毎日３食提供します。 ・ 食品の調理加工及び保管は衛生的に行い、栄養士による毎日の献立作成で栄養バランスに留意します。 ・ 食事時間は次の通りです。 朝食：８：００～ 昼食：１２：００～ 夕食：１８：００～
入 浴	・ ４階浴室の入浴は、入居者の安全に配慮し、あらかじめ定められた時間帯に入浴できるよう準備を行います。
急 変 時	・ ナースコール等で急病、心身の異変等の訴えがあった場合には、提携医療機関やかかりつけ医に連絡し、適切な対応を行います。
相談助言	・ 各種相談に応ずるとともに、適切な助言を行います。 ・ 必要に応じて行政や提携の医療・福祉サービス施設とも十分な連携をとり、迅速、適切な対応に努めます。
健康管理	・ 定期健康診断を年１回以上実施し、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。
趣味娯楽	・ 暮らしの情報、生きがい文化情報の提供、又、趣味、教養娯楽の集いに関するお手伝いを積極的に行います。

＜サービス利用料金＞

① 毎月払

対 象 収 入		基 本 利 用 料			
年収入による階層区分		生活費	サービスの提供に要する費用	居 住に要する費用	合計金額
1	1,500,000円以下	48,760円	10,000円	40,700円	99,460円
2	1,500,001円～1,600,000円	48,760円	13,000円	40,700円	102,460円
3	1,600,001円～1,700,000円	48,760円	16,000円	40,700円	105,460円
4	1,700,001円～1,800,000円	48,760円	19,000円	40,700円	108,460円
5	1,800,001円～1,900,000円	48,760円	22,000円	40,700円	111,460円
6	1,900,001円～2,000,000円	48,760円	25,000円	40,700円	114,460円
7	2,000,001円～2,100,000円	48,760円	30,000円	40,700円	119,460円
8	2,100,001円～2,200,000円	48,760円	35,000円	40,700円	124,460円
9	2,200,001円～2,300,000円	48,760円	40,000円	40,700円	129,460円
10	2,300,001円～2,400,000円	48,760円	45,000円	40,700円	134,460円
11	2,400,001円～2,500,000円	48,760円	48,160円	40,700円	137,620円
12	2,500,001円～2,600,000円	48,760円	48,160円	40,700円	137,620円
13	2,600,001円～2,700,000円	48,760円	48,160円	40,700円	137,620円
14	2,700,001円～2,800,000円	48,760円	48,160円	40,700円	137,620円
15	2,800,001円～2,900,000円	48,760円	48,160円	40,700円	137,620円
16	2,900,001円～3,000,000円	48,760円	48,160円	40,700円	137,620円
17	3,000,001円～3,100,000円	48,760円	48,160円	40,700円	137,620円
18	3,100,000円以上	48,760円	48,160円	40,700円	137,620円

※ 年収入には恩給、年金、給与、雑所得等一切を含みます。

※ 生活費、サービスの提供に要する費用については毎年、国の定めにより改定されます。

② 尚、夫婦部屋の居住に要する費用は一部屋月額80,510円です。

③ また、一人部屋の居住に要する費用を先払い（20年間）する場合は、次の支払い方法も選択できます。

（１）一括方式 7,976,000円

（２）併用方式 一時金 3,988,000円
毎月払金 20,350円

④ その他の利用料

冬期加算（暖房・11月～3月の5ヶ月）：2,160円／1ヶ月

⑤ 自己負担の使用料（自室）

電気料（個別メータ）、水道料(500円)、電話料(基本料金400円)、その他(新聞等)：実費

(2) 利用料金の支払い方法

前記の料金・費用は、毎月20日までに請求しますので、当月末日までに下記のいずれかの方法でお支払いください。

①口座引き落とし（ご利用できる金融機関：四国銀行又は当施設が指定する金融機関）

②銀行振込 四国銀行 三里支店 普通預金 口座No.0346557

社会福祉法人 海の里 ケアハウスパールマリン 理事長 中谷 裕

5. 当施設の運営方針

高齢者の特性に配慮した住みよい住居を提供し、入居者の自主性を基本として、日常生活上必要な便宜を供与し、入居者が健康で明るい生活ができるよう配慮していきます。

6. 協力医療機関

医療機関の名称	海里マリン病院
所在地	高知市仁井田1617-5 (Tel 088-847-0101)
診療科	整形外科 内科 外科 眼科 放射線科 リハビリテーション科 リウマチ科

7. 協力歯科医療機関

医療機関の名称	さんさんクリニック
所在地	高知市鷹匠町1丁目1番8号 (Tel 088-824-8241)

8. 相談窓口、苦情対応

(1) サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

当施設苦情受付窓口	電話番号	088-847-7100
	FAX番号	088-847-1331
	生活相談員	吉田 有里

(2) 日々の小さな苦情に迅速に対応するため、施設職員ではない第三者の介護相談員を設置しています。

介護相談員氏名	北川 雅洋	中澤 芳美
電話番号		

(3) 公的機関においても、次の機関に対して苦情の申立てができます。

高知市高齢者支援課	所在地	高知市本町5丁目1番45号
	電話番号	088-823-9441
	FAX番号	088-823-9434
	対応時間	午前8時30分から午後5時15分

9. 施設利用にあたっての留意事項

別途「入居のしおり」をご覧ください。

10. 法人の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 海の里
代表者氏名	理事長 中谷 裕
本社所在地・電話	高知県高知市仁井田1618-18 (Tel 088-847-7878)
設立年月	平成6年11月4日
事業所数	8

11. 契約書第11条第2項における原状回復の範囲について

利用者が居室を施設に明け渡すときの原状回復に係る費用については、施設、利用者双方の同意を得て負担額を決定するものとします。業者の選定についても双方の同意を得て行うものとします。

通常損耗（通常の使用に伴って生じる程度の損耗）や経年変化（時間の経過に伴って生じる損耗）は施設の負担とします。

また、損耗の程度によっては異なる場合があります。

部位	項目	説 明	負担 区分
床	畳	畳の裏返し、表替え（特に破損等していないが、次の入居者確保のために行うもの）	施設
		畳の変色（日照・建物構造欠陥による雨漏りなどで発生したもの）	施設
	フローリング	フローリングのワックスがけ	施設
		フローリングの色落ち （日照・建物構造欠陥による雨漏りなどで発生したもの）	施設
		フローリングの色落ち （入居者の不注意で雨が吹き込んだことなどによるもの）	入居者
		キャスター付きのイス、シルバーカー、車いす等によるフローリングのキズ、へこみ（畳・カーペットも同様）	入居者
	カーペットその他	家具の設置による床、カーペットのへこみ、設置跡 ※1	入居者
		カーペットに水、飲み物等をこぼしたことによるシミ、カビ	入居者
		冷蔵庫下のサビ跡（畳・フローリングも同様）	入居者
		たばこの焼け焦げ（畳・フローリングも同様）	入居者
		引越作業、物の移動、シルバーカー、車いすで生じたひっかきキズ （畳・フローリングも同様）	入居者
壁・天井	壁	テレビ、冷蔵庫等の後部壁面の黒ずみ（いわゆる電気ヤケ）	施設
		クロスの変色（日照などの自然現象によるもの）	施設
		壁に貼ったポスターや絵画の跡	施設
		壁等の画鋸、ピン等の穴（下地ボードの張替えは不要な程度のもの）	施設
	クロス	壁等のくぎ穴、ネジ穴（重量物を掛けるためにあけたもので、下地ボードの張替え、補修が必要な程度のもの）	入居者
		タバコのヤニ（クリーニングで除去できる程度のヤニ）	施設
		タバコのヤニ（通常のクリーニングでは除去できない程度のヤニ）	入居者
		結露を放置したことにより拡大したカビ、シミ	入居者
		クーラーから水漏れし、放置したため壁が腐食	入居者
		台所の油污れ	入居者

※1 ベッド、家具などを置く場合は養生してください。

建 具 ・ 柱	ガラス	網入りガラスの亀裂（構造により自然に発生したもの）	施設
		地震で破損したガラス	施設
	その他	網戸の張替え （破損等はしていないが次の入居者確保のために行うもの）	施設
設 備 ・ そ の 他	設備	設備機器の故障、使用不能（機器の耐用年限到来のもの）	施設
		日常の不適切な手入れもしくは用法違反による設備の毀損	入居者
		鍵の取替え（破損、鍵紛失のない場合）	施設
	水回り	電気コンロ置き場、換気扇等の油汚れ	入居者
		トイレ、洗面台、風呂の水垢、カビ等	入居者
	居室	全体のハウスクリーニング（専門業者による） 通常の清掃（具体的には、ゴミの撤去、掃き掃除、拭き掃除、水回り、換気扇、レンジ回りの油汚れの除去等）を実施している場合	施設

費用負担単位は、可能な限り、毀損等の部分に限定したものとし、補修工事の施工が可能な最小単位を基本として、負担割合を決めます。

【説明確認欄】

令和 年 月 日

ケアハウス利用契約の締結にあたり、上記により重要事項を説明しました。

事業者 所在地 高知市仁井田 1 6 1 8 － 1 8

事業者名 社会福祉法人 海の里

説明者 印

ケアハウス利用契約の締結にあたり、上記のとおり説明を受けました。

利用者 住所

氏名 印

（代理人）住所

氏名 印