

契約入所 重要事項説明書
（養護老人ホーム第一光が丘ハウス）
（養護盲老人ホーム第二光が丘ハウス）

当施設が契約入所者へ各種支援・サービスを提供するに際し、施設の概要や提供されるサービスなど説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業者

法人名	社会福祉法人 光道園
法人所在地	〒916-8585 福井県鯖江市和田町9字1の1
電話番号	0778-62-1234
代表者名	理事長 荒木 博文
設立年月日	昭和33年8月7日

2. 利用施設

事業の種類	契約入所
事業の目的	契約利用者が、心身ともに充実した明るい生活を送ることができるように、また契約利用者がその有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的とする。
施設の名称	養護老人ホーム 第一光が丘ハウス 養護盲老人ホーム 第二光が丘ハウス
施設の所在地	〒916-0146 福井県丹生郡越前町朝日22-7-1
電話番号 FAX番号	（電話）0778-34-8001 （FAX）0778-34-2099
施設長（管理者）氏名	第一光が丘ハウス 荒木 博文 第二光が丘ハウス 荒木 博文
開設年月日	第一光が丘ハウス 昭和48年4月1日 第二光が丘ハウス 昭和50年1月1日
利用定員	第一光が丘ハウス、第二光が丘ともに 50名（うち、契約入所の定員は20%までの10名までとする）

3. サービスの概要

種 類	内 容
食事の提供	・栄養士の立てた献立から、栄養と契約入所者の身体状況に配慮した食事を提供します。 ・食事は契約入所者の摂取状況に合わせて調理します。 ・朝食は 7 時 30 分、昼食は 12 時 00 分、夕食は 18 時 00 分からとなります。
排泄の介助	・排泄の自立を促すため、契約入所者の身体能力を最大限に活用した援助を行うとともに、状況に応じて適切な介助を行います。 ・施設が提供するおむつ以外を希望される場合は、別途自己負担となります。
入浴の提供	・施設での入浴は週 2 回以上行います。また、身体状況に応じて清拭での対応を行います。
健康管理	・週 1 回に医務室にて嘱託医による診療や健康相談を受けることができます。 ・看護職員による健康管理に努めます。 ・緊急時には主治医あるいは関係医療機関に責任を持って引き継ぎます。
相談及び援助	・契約入所者や家族等からのご相談に誠意をもって応じ、可能な限りの援助を行うように努めます。
理美容	・毎月、理美容の機会を設けておりますので、ご希望の方はお申し出ください。
金銭管理	・施設側にて金銭管理を希望される時には、別途費用負担（月 1,500 円）が必要となります。
利用者の自治会	・利用者相互の親睦と自治のための自治会があります。原則として、入会していただきます。会費は年間 1,800 円（月 150 円）で、途中入会の場合は入居の翌月分から収めていただきます。

4. 苦情等の受付・申立先

（１）苦情の受付

当事業所に対する苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

苦情受付窓口（担当者）	第一光が丘ハウス 副施設長 青山 直人 生活相談員 戛山 法広	第二光が丘ハウス 副施設長 山口 信裕 生活相談員 梅田 司
受付時間	月曜日～金曜日 9 時 00 分～18 時 00 分	
電話・FAX	電話：0778-34-8001 / FAX：0778-34-2099	

(2) 行政機関その他苦情受付機関

名 称	所在地	電 話	FAX
越前町役場健康保険課	丹生郡越前町西田中 13-5-1	0778-34-8710	0778-34-1235
福井県国民健康保険団体 連合会	福井市西開発 4 丁目 202 番 1	0776-57-1611	0776-57-1625
福井県運営適正化委員会	福井市光陽 2 丁目 3 番 22 号	0776-24-2347	0776-24-8942

5. 緊急時の対応

- (1) 契約入所者の容体が急変した場合、速やかに主治医または協力医療機関等へ連絡し、必要な措置を講じます。
- (2) 契約入所者への施設サービスの提供により事故が発生した場合、契約者のご家族等や関係市町村へ速やかに連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

6. 協力医療機関

名 称	所在地	電 話	診療科
医療法人寿人会木村病院	鯖江市旭町 4-4-9	0778-51-0478	内科、外科、整形外科他
丹原歯科医院	丹生郡越前町織田 42-75	0778-36-0159	歯科

7. 災害時発生時の対応

災害発生時の対応	別途定める「光道園朝日事業所消防計画」にのっとり対応します。			
近隣との協力関係	非常時には朝日地区の協力のもと対応します。			
平常時の訓練等	別途定める「光道園朝日事業所消防計画」にのっとり、年 2 回以上の避難訓練を、入所者の方も参加して行います。			
防災設備	設備名称	設備の有無	設備名称	設備の有無
	スプリンクラー	全館	防火扉・シャッター	有
	避難階段	有	屋内消火栓	有
	自動火災報知機	有	非常通報装置	有
	誘導灯	有	非常用電源	有
	ガス漏れ報知機	有		

8. 施設ご利用の際に留意いただく事項

持ち物	・衣類、履き物、寝具、日常生活必需品、内服薬・湿布等 ・その他ご自身で必要と思われるものや施設が許可したもの
来訪・面会	・来訪者は必ず職員へ届け出ください。 ・面会は 9 時 00 分～20 時 00 分の時間内をお願いします。ただし、感染症対応によってはこの限りではありません。
外出・外泊	・外出、外泊される場合は、事前に行き先と帰宅時間を職員に申し出てください。
病院受診	・嘱託医の指示で指定の医療機関を受診する際は職員が付き添い送迎しますが、個人的に受診される場合は、職員の付き添いはできません。
居室・設備等の利用	・施設内の居室や設備等は、利用方法にしたがってご使用ください。これに反した利用法により破損等が生じた場合、賠償していただくことがあります。
喫煙・飲酒	・喫煙は決められた場所以外ではお断りいたします。 ・飲酒は、契約入所者の心身の状況に応じて判断させていただきます。
迷惑行為等	・騒音等、他の入所者の迷惑となる行為はおやめください。 ・むやみに他の居室等へ立ち入らないようにしてください。
宗教活動・政治活動	・施設内での他の入居者に対する宗教活動、政治活動はできません。
動物飼育	・施設内への動物、植物の持ち込みおよび飼育はお断りします。

9. 契約入所にかかる利用料金について

(1) 毎月の利用料金について 合計 162,600 円

上記の金額を毎月利用料として徴収する事とする。

(その他料金の変更について)

措置費と同様に加算要件によって金額が変わることがあります。

契約入所にかかるサービス提供の開始に際し、本書面を交付し、重要事項の説明を行いました。

養護老人ホーム 第一光が丘ハウス

養護盲老人ホーム 第二光が丘ハウス

説明日 令和 年 月 日

説明職種名

氏 名

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、社会福祉法人 光道園への契約入所及びサービス提供開始に同意します。

契約入所者住所

氏 名

印

身元引受人住所

氏 名

印