

ケアハウス 光寿苑

重要事項説明書

◆◆目次◆◆

1. 施設経営法人	1
2. ご利用施設	1
3. 居室の概要	2
4. 職員の配置状況	2
5. 当施設が提供するサービスと利用料金.....	3
6. 個人情報保護の対応について.....	4
7. 高齢者虐待防止について.....	4
8. 緊急時等の対応について.....	4
9. 事故発生時の対応について.....	4
10. 苦情の受付について.....	5
11. 契約の解除について.....	6
12. 契約者および契約者の家族等の禁止行為.....	6

1. 施設経営法人

- | | |
|-----------|-------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 東合川福祉会 |
| (2) 法人所在地 | 福岡県久留米市東合川九丁目8番1号 |
| (3) 電話番号 | 0942-43-2818 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 木下 由美子 |
| (5) 設立年月 | 昭和58年9月16日 |

2. ご利用施設

- | | |
|-----------------|--|
| (1) 施設の種類 | 軽費老人ホーム（ケアハウス） |
| (2) 施設の目的 | 自立支援事業 |
| (3) 施設の名称 | ケアハウス 光寿苑 |
| (4) 施設の所在地 | 福岡県久留米市宮ノ陣町大杜467-1 |
| (5) 電話番号 | 0942-37-3545 |
| (6) 事業所長（管理者）氏名 | 施設長 木下 由美子 |
| (7) 当施設の運営方針 | ホームの健全な環境に努め、入居者の人間性を尊重し、明るく楽しいホームにし、老人が安心して生活できる極力個人の自立性を尊重し、住まいの需要への対応を重視する。 |
| (8) 開設年月 | 平成8年4月1日 |
| (9) 入所定員 | 30 人 |

3. 居室の概要

(1) 居室等の概要

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、1人部屋を準備しています。

洗面所、便所、調理設備、玄関、など、居室の設備は高齢者の使い勝手を十分配慮したものとし、車椅子使用でも利用しやすい設備としています。

居室・設備の種類	室数(特定)	居室・設備の種類	室数
個室(1人部屋)	30室(15室)	食堂	1室
一時介護室	1室	浴室	1室

※上記は、厚生労働省が定める基準により、指定特定施設入所者生活介護事業所及び指定介護予防特定施設入居者生活介護に必置が義務づけられている施設・設備です。

※居室の変更：ご契約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、ご契約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、ご契約者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

4. 職員の配置状況

(1) 主な職員の配置状況

職 種	常勤換算	配置基準
1. 施設長(管理者)	1名	1名
2. 生活相談員	1名	1名
3. 栄養士	1名	1名
4. 事務員	1名	1名
5. その他の職員・調理員	3名以上	実情に応じて 適当数の配置

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数(例：週40時間)で除した数です。

(2) 主な職員の勤務体制

職 種	勤 務 体 制
1. 介護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 02番： 7:30~16:30 1名 06番： 9:30~18:30 1名 12番： 17:00~ 9:30 1名

2.	生活相談員	04番： 8：30～17：30	1名
3.	栄養士	04番： 8：30～17：30	1名
4.	事務員	04番： 8：30～17：30	1名
5.	看護師	04番： 8：30～17：30	1名

5. 当施設が提供するサービスと利用料金

(1) サービス内容

- ①食事の提供（朝食 8：00 昼食 12：00 夕食 18：00）
- ②入浴の準備（月曜日～土曜日 15：00～20：00）
- ③各種生活相談と助言
- ④健康管理（バイタル測定、内服管理…希望者のみ）
- ⑤夜間帯の安否確認
- ⑥罹病、負傷等緊急時の対応

(2) 利用料金

- ①利用料の額については、国の定める基準に従って、生活費、事務費、管理費を合算した額を、別途個人別に算定して通知徴収します。
- ②①の他、各居室の電気量及び水道料並びにごみ処理代、冬季加算（11月～3月の期間）請求させていただきます。
- ③健康管理上必要となる諸費用（薬剤管理費…必要と判断される方）
（（介護予防）特定施設入居者生活介護利用者除く）
薬剤管理費：500円/月
- ④日常生活上必要となる諸費用（理美容代、おむつ代…希望者のみ）
紙おむつ代：1枚 100円
パット代：1枚 30円
- ⑤入居一時金
保証金：20万円

※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事があります。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2か月前までにご説明いたします。

(3) 利用料金のお支払い方法(契約書第12条…利用料の納入参照)

利用料金については、原則として1か月分を翌月25日、郵便局より自動引き落としさせていただきます。

(4) 入居中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご契約者の希望により、下記協力医療機関において診療や入院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・入院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・入院治療を義務づけるものでもありません。)

①嘱託医

医療機関の名称	所在地	診療科
みやき統合医療クリニック	佐賀県三養基郡みやき町白壁 1074 番地 3	内科 循環器科

②協力医療機関

医療機関の名称	所在地	診療科
新古賀病院	久留米市天神町 1 2 0	総合

6. 個人情報保護の対応について

- (1) 個人情報の取得に際して、利用目的を特定して通知または公表し、利用目的にしたがって、適切に個人情報の収集、利用、提供を行います。
- (2) 個人情報の収集、利用、提供にあたっては本人および代理人の同意を得るようにします。
- (3) 個人情報の紛失、漏えい、改ざん及び不正アクセスなどのリスクに対して、必要な安全対策、予防措置等を講じて適切な管理を行います。

7. 高齢者虐待防止について

当事業所において、介護従事者等は次に掲げる行為は行いません。

尚、従事者等による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通知いたします。

- (1) 高齢者の身体に外傷が生じ、又は生じる恐れのある暴行を加えること。
- (2) 高齢者を衰弱させるような著しい減食又は長時間の放置、その他の高齢者を養護すべき職務上の義務を著しく怠ること。
- (3) 高齢者に対する著しい暴言、又は著しく拒絶的な対応、その他の高齢者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。
- (4) 高齢者にわいせつな行為をすること、又は高齢者をしてわいせつな行為をさせること。
- (5) 高齢者の財産を不当に処分すること、その他当該高齢者から不当に財産上の利益を得ること。

8. 緊急時等の対応について

病状等の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかにご家族と主治医又は協力医療機関への連絡を行い指示を仰ぎ対応します。なお、緊急やむを得ない場合は救急車の要請を行います。

9. 事故発生時の対応について

- (1) ご契約者に対する介護の提供により事故が発生した場合は、市町村、ご家族とご利用者にかかる居宅介護支援事業者等に連絡を行い、必要な措置を行います。
- (2) 賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。
- (3) 事故が発生した際にはその原因を解明し、再発を防ぐための対策を図ります。

10. 苦情の受付について

(1) 当施設における苦情の受付

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。

○苦情受付窓口（担当者）

〔職名〕 〔生活相談員〕 栗木 雄

○電話番号 0942-37-3545

○受付時間 毎日 8:30～18:00

※苦情受付ボックスを1階玄関下駄箱上に設置しています。

(2) 苦情相談委員（第三者委員）

氏 名	職業及び職歴	連絡先
長尾 孝彦	人権擁護委員	0942-33 - 7915
丸山 信子	東合川福祉会 評議員	090-5926-9157

(3) 行政機関その他苦情受付機関

①久留米市役所 健康福祉部

所在地 久留米市城南町15番地の3

【長寿支援課】

連絡先 0942-30-9184

【介護保険課】

連絡先 0942-30-9205

受付時間 8:30～17:15

②国民健康保険団体連合会

所在地 福岡市博多区吉塚本町13番47号

連絡先 092-642-7859

FAX 092-642-7857

受付時間 8:30～17:00

③福岡県運営適正化委員会（社会福祉法人 福岡県社会福祉協議会）

所在地 春日市原町3丁目1番地7 クローバープラザ4階

連絡先 092-915-3511

FAX 092-915-3512

相談日 火曜日～日曜日

受付時間 9:00～17:00

(4) 利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等

アンケート調査・意見箱等利用者の意見等を把握する取組	あり
福岡県福祉サービス第三者評価の実施	なし

11. 契約の解除について（契約書第22条…契約の解除参照）

以下の事項に該当する場合は、当施設から退所して頂くことがあります

- ① 他の入居者の生活、又は健康に重大な影響を及ぼす恐れがあるとき。
- ② 利用料その他の費用等の支払いを怠って、その滞納額が3ヶ月に達したとき。
- ③ 不正の手段によって入居したとき及び、提出書類等で虚偽の事項を申告した場合。
- ④ その他、この契約の各項に違反したとき、及び入居者心得に違反し、甲の指示又は指導に従わないとき。
- ⑤ 契約者または契約者のご家族の非協力により、双方の信頼関係を損壊する行為に改善の見込みがない場合や、社会通念を超えたと思われる苦情などにより、当施設の通常の業務に支障が出ると判断した場合。
- ⑥ 契約者または契約者のご家族から職員に対するハラスメント行為などにより、職員の心身に危害が生じ、または生ずる恐れがある場合であって、その危害の発生又は再発生を防止する事が著しく困難である等により、契約者に対してサービスを提供する事が著しく困難となった場合。

12. 契約者および契約者の家族等の禁止行為

- (1) 職員に対する身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為）
例：物を投げつける、蹴る、刃物をむける、唾を吐く 等
- (2) 職員に対する精神的暴力（個人の尊厳や人格を言葉や態度により傷つけたりおとしめたりする行為）
例：大声を発する、怒鳴る、特定の職員に嫌がらせをする、「この程度できて当然」と理不尽なサービスを要求する 等
- (3) 職員に対するセクシャルハラスメント（意に沿わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等性的な嫌がらせ行為など）
例：必要もなく手や腕、体を触る、抱きしめる、性的な卑劣な言動 等

令和 年 月 日

ケアハウス光寿苑のサービスの提供に関し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

ケアハウス 光寿苑

施設長 木下由美子 印

説明者職名 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、ケアハウス光寿苑のサービスの提供開始に同意しました。

利用者氏名 印

下記の代理人欄は、ご利用者が心身の障害により判断できない場合、又は自署できない場合ご記入ください。

代理人住所

氏名 印

区分

注：区分欄には、家族・親族の方は続柄を、その他の方は、成年後見人、身元引受人等とご記入ください。