

重要事項説明書

ご入居者に対するケアハウス（軽費老人ホーム）施設サービス提供開始にあたり、「軽費老人ホームの設備及び運営に関する基準」に基づき、当施設がご入居者に説明すべき事項は次の通りです。

1 設置・経営主体

法人名	社会福祉法人 シティ・ケアサービス
法人所在地	福岡市南区長住3丁目7番1号
代表者名	理事長 榎本 重孝
電話番号	092-554-0294

2 ご利用施設

施設の名称	ケアハウス「シティ・ハウス神松寺」
施設の所在地	福岡市城南区神松寺1丁目7番1号
施設長名	大林 賢士
電話番号	092-874-1294
FAX 番号	092-874-2940

3 ご利用施設であわせて実施する事業

介護保険指定居宅サービス	福岡県知事の事業者指定番号	利用定数
(介護予防) 通所介護	福岡県 4071300315 号	25人
(介護予防) 認知症対応型共同生活介護	福岡市 4071300299 号	8人

4 施設の概要

建 物	構 造	鉄筋コンクリート造 地上4階建（耐火建築）		
	延べ床面積	2715.83㎡（ケアハウス専用1993.66㎡）		
	利用定員	40名		
居 室	居室の種類	室 数	居室面積	1人あたり面積
	1人部屋（A・B）	28室	24.11㎡	24.11㎡
	1人部屋（C・D）	6室	32.14㎡	32.14㎡
	2人部屋（E）	3室	48.22㎡	24.11㎡

5 職員数

- | | |
|-------------|------|
| (1) 施設長 | 1名 |
| (2) 事務員（兼務） | (1名) |
| (3) 生活相談員 | 1名 |
| (4) 介護職員 | 2名以上 |
| (5) 栄養士 | 1名 |
| (6) 調理員（委託） | (4名) |

※注 上記の職員数は、常勤あるいは常勤換算したものです。

6 職員の職務内容

- (1) 施設長は、理事長の命を受け、所属職員を指揮監督し、施設の業務を統括するものとする。
- (2) 事務員は、施設会計・財産管理・庶務等の事務を行う。
- (3) 生活相談員は、入居者の生活向上に必要な生活指導・相談・支援等を行う。
- (4) 介護職員は、入居者の支援ならびに清掃を行う。
- (5) 栄養士は、入居者の食事・栄養摂取についての相談・支援を行う。

7 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休 暇
施設長 (事務員)	正規の勤務時間帯（9：00～18：00）	4週8休
生活相談員 介護職員 栄養士	早番（7：15～16：15） 日勤（9：00～18：00） 遅出（10：00～19：00） 宿直（18：00～翌9：00）	4週8休

8 サービスの提供年月日

- * サービスの提供は、入居の契約日から契約終了日までの間と致します。
契約日は、_____年 _____月 _____日 です。
- * 契約日は、予め施設との間で定められた日、実際に入居された日、または居室の鍵をお渡しした日のうち、いずれか最初に訪れる日と致します。
- * 契約終了日は、予め施設との間で定められた日、入居者、施設のいずれからか契約の解除を申し出、予告期間が満了となった日、または居室内の私物をすべて搬出し原状回復を完了して居室の鍵を返却された日のうち最も遅い日と致します。

9 サービス内容

種 類	内 容
相談及び援助	当施設は、ご入居者およびそのご家族からの相談について、誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。
食 事	<p>栄養士の立てる献立により、栄養バランスに配慮した食事を提供します。又、入居者の体質等により必要な場合は、可能な限り食材や提供方法の変更を行います。</p> <p>(食事時間) 朝食 7 : 3 0 ~ 8 : 3 0 昼食 1 2 : 0 0 ~ 1 3 : 0 0 夕食 1 7 : 3 0 ~ 1 9 : 0 0</p>
緊急時の対応	ご入居者の緊急時等必要な場合には主治医あるいは協力医療機関等に責任をもって引き継ぎます。非常通報装置や、全館一斉放送設備を活用し、緊急の連絡を速やかに行います。
入 浴	毎日 1 5 : 0 0 ~ 2 1 : 0 0 まで入浴できます。
夜間の管理体制	宿直職員 1 名
介護保険サービス等の利用	日常生活上の援助及び介護を必要とする状態になった場合は、介護保険サービス等の利用が出来ます。ご入居者が適切なサービスを受けることが出来るよう、必要な援助を行うよう努めます。
保健衛生	ご入居者の健康の保持・疾病の予防の為、定期的に健康診断を行います。(費用は施設側で負担致します。)
利用者の活動への協力	施設での生活が健康で明るいものとなるよう必要に応じ、ご入居者が自主的に趣味・教養娯楽・交流行事等を行なう場合には、必要に応じ協力致します。また、ボランティア教室、バスハイク等適宜レクリエーション行事を企画致します。

1 0 利用料

(1) ケアハウス利用料

- *シティケア神松寺(ケアハウス)の利用料金表(別紙)に基づき、毎月の利用料を前年の収入の階層に応じて請求致します。
- *契約開始日、契約終了日が月途中である場合、サービス費・生活費のみ、該当月の暦日数で日割り計算し、計算するものと致します。(※小数点以下第1位を四捨五入し、1円単位といたします。)
- *サービス費は、前年の対象収入により翌年度の階層(金額)が決定されるため、入居時及び翌年以降、年1回収入等に関する資料を必ず提出してください。
- *2日前までに欠食する旨の届出があった場合、朝食200円、昼食250円、夕食250円を欠食返金分として翌月分の請求にて精算致します。

(2) 居室水道光熱費

居室水道光熱費は、各居室のメーター値に基づき、電気料金は毎月、上下水道金は隔月にて、別途請求致します。上下水道料金は、外泊や入院等によるご入居者のご不在、ご使用の有無に関わらず、基本料金が生じます。また、月途中で入居・退去された場合には、契約開始日からもしくは契約終了日までの日数で日割り計算した基本料金に実際に使用された料金を加え、ご請求致します。(該当月の暦日数で日割り計算した額とします。

※小数点以下第1位を四捨五入し、1円単位といたします。)

(3) 介護保険サービス費用

当法人の介護保険在宅サービスをご利用になった場合には、各サービス事業所のご利用料金をケアハウスご利用料金請求時に合わせて請求致します。

(4) 入居者の選定により提供するもの

区 分	利 用 料
特別な食事	要した費用の実費
日常生活に要する費用 で本人に負担いただく ことが適当であるもの	日常生活品の代行購入代金 レクリエーション費用 趣味の会活動費用

※(1)～(4)の上記負担額で計算した場合の料金と実際の請求額は、端数処理の関係上、若干の差異が生じることがあります。

(5) 支払方法等

利用者負担金は、次のいずれかの方法によりお支払いいただきますようお願いいたします。

ア 事業所指定の金融機関からの口座振替

※サービス利用月の翌月25日に引落しさせていただきます。

(該当日が金融機関の休日の場合は、翌営業日となります。)

イ その他の金融機関からの口座振替

※事業所指定の金融機関以外にも対応が可能な金融機関があります。その場合、事業所指定金融機関の手続きに比べてお時間を要することがあります。

※サービス利用月の翌月27日に引落しさせていただきます。

(該当日が金融機関の休日の場合は、翌営業日となります。)

ウ 銀行振込 (振込手数料はお客様負担となります。)

※サービス利用月の翌月末日までに事業所指定の口座へお振込みいただきますようお願いいたします。

エ その他

※上記ア・イ・ウの支払方法が困難な場合は、現金でのお支払も考慮します。

その場合、サービス利用月の翌月末日までにお支払いいただきますようお願いいたします。

1.1 介護サービス記録の利用者への開示

- (1) 当施設は、サービスを提供した際には、あらかじめ定めた「個別サービス提供記録書」等の書面に、提供したサービス内容等を記録します。
- (2) 当施設は、前項にある「個別サービス提供記録書」等の記録をサービス完結の日から5年間はこれを適正に保存し、ご利用者、ご家族の求めに応じて閲覧に供し、又は実費負担によりその写しを交付します。 ※白黒A4 1枚 10円

1.2 苦情等申立先

当施設ご利用 相談室	窓口担当者 肥川 さとみ 解決責任者 施設長 大林 賢士 ご利用時間 午前9時～午後6時（月曜日～金曜日） ご利用方法 電話（092）874-1294 ファックス（092）874-2940 意見箱（食堂内に設置）
法人設置の 第三者委員	・村井正昭（弁護士） （092）752-3208 はかた共同法律事務所 ・碓山浩泰（会社員） 090-7464-4634

※第三者委員は、苦情に対する社会性、客観性を担保することをもって、法人の信頼や適正化の確保を図ることを目的として設置しております。

○ 次の公的機関においても、苦情の申出等ができます。

城南区保健福祉センター 福祉・介護保険課 (城南区役所内)	所在地 福岡市城南区鳥飼6丁目1番1号 電話番号 092-833-4102 (直通) FAX番号 092-822-2133 対応時間 9:00～17:00 (月～金)
福岡県社会福祉協議会 福祉サービス苦情相談 窓口	所在地 春日市原町3丁目1番7号 クローバープラザ内 電話番号 092-915-3511 FAX番号 092-584-3354 利用時間 9:00～17:00 (火～日)
福岡市保健福祉局 高齢社会部 介護保険課	所在地 福岡市中央区天神1丁目8番1号 電話番号 092-711-4319 FAX番号 092-726-3328 利用時間 9:00～17:00 (月～金)

1.3 協力医療機関

医療機関の名称	医療法人財団 博愛会 博愛会病院
所在地	福岡市中央区笹丘1丁目28番25号
電話番号	092-741-2626

法人協力歯科医療機関

医療機関の名称	医療法人五洋会 前田歯科クリニック（歯科）
所在地	福岡市中央区六本松4丁目9番12号
電話番号	092-771-3774

1.4 虐待の防止について

当施設は、ご入居者の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 委員会の設置、研修等を通じて、職員のご入居者に対する人権意識の向上や知識の向上に努めます。
- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) サービス提供中に、当施設職員又は養護者（ご入居者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われるご入居者を発見した場合は、速やかに、これを保険者に通報します。
- (4) 職員が支援にあたっての悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか、職員のご入居者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

○介護施設における高齢者虐待に関する行政の相談窓口

福岡市保健福祉局 高齢社会部 介護保険課	所在地	福岡市中央区天神1丁目8番1号
	電話番号	092-711-4319
	FAX番号	092-726-3328
	利用時間	9:00～17:00（月～金）

1.5 身体拘束の禁止

当施設は、サービスの提供にあたり、ご入居者本人もしくは他のご入居者の身体に危険が生じるような緊急やむを得ない場合を除いて、ご入居者の身体を拘束することはありません。緊急やむを得ず、ご入居者の身体を拘束する場合は、その状況・時間・方法等の詳細を「個別サービス提供記録書」等に記録し、閲覧に供します。

1.6 事故発生時の対応及び賠償責任

- (1) 当施設は、ご入居者に対するサービス提供により事故が発生した場合、ご入居者の家族、または身元引受人並びに福岡市及び関係各機関に連絡し、必要な措置を講じます。
※連絡・報告は、「福岡市老人福祉施設事故報告要領」に拠ります。
- (2) 当施設は、サービスの提供によりご入居者に賠償すべき事故が発生した場合、天災地異等不可抗力による場合を除き、速やかに誠意をもって損害賠償を行います。但し、当該事故の発生につき、ご入居者の側に重過失がある場合は、損害賠償の額を減じることができます。
- (3) 当施設は、万一の事故の発生に備えて、賠償責任保険（社会福祉施設総合賠償保障共済）に加入しています。

1 7 非常災害時の対策

防災設備	施設には、火災・地震・風水害等非常災害に備えて、消火器・散水栓・スプリンクラー等の消火設備、非常放送設備、非常階段・滑り台等の避難設備を備え、2日分の非常食を備蓄しています。
平常時の訓練	年2回以上、夜間および昼間を想定した避難訓練を実施し、入居者の方にも参加していただきます。
消防計画等	消防署への届出日：平成29年 9月 1日 防火管理者：坪内 慎二

1 8 退去について

- * 退去を希望される場合は、所定の“退去届け”を提出してください。退去には30日以上の予告期間が必要となります。
- * 金銭の管理や各種サービスについての理解が困難になってこられた場合、利用料の滞納、入居の要件や利用料認定に関して虚偽の届け出を行った場合、他の入居者への迷惑行為があった場合等は、退去していただくことがあります。
- * 退去時の居室原状回復は、各入居者様のご負担で、お願いしております。ハウスクリーニングに加え、和室は畳替え、洋室はワックス清掃が必ず必要となります。その他壁紙の貼り替え、床や柱、備品設備の補修等は状態に応じて必要となります。退去時には、職員がご本人、もしくはご家族と原状回復が必要な箇所を一緒に確認致しますので、お立会い下さいませようお願い致します。

1 9 当施設ご利用の際に留意いただく事項

来訪・面会	面会時間の設定はありません。来訪者が宿泊される場合には必ず許可を得てください。 ※面会時は、施設で行っている感染症対策にご協力願います。また、感染症の発生状況によっては、一時的に面会をご遠慮いただくことがございますので、予めご了承下さい。
外出・外泊	外泊の際には必ず行き先と帰宅時間を職員に申し出てください。外出の際、お帰りが遅くなる場合は職員に申し出てください。
居室の維持・管理	居室の維持・管理（清掃を含む）は各自でお願いします。危険な場合、困難な場合はご相談ください。
居室・設備器具の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがございます。
喫煙	決められた場所以外での喫煙は、お断りします。
迷惑行為等	騒音等他の入居者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の入居者の居室等に立ち入らないようにしてください。
宗教活動 政治活動	施設内で他の入居者に対する宗教活動および政治活動はご遠慮ください。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込みおよび飼育はお断りします。

この契約の証しとして本契約書及び重要事項説明書を2通作成し、ご入居者及び施設は記名押印のうえ、各自その1通を保有します。

平成 年 月 日

(ご入居者)

私は、この契約書及び重要事項説明書につき、施設の職員（職名_____）
氏名_____）から説明を受け、内容を理解しました。私は、この契約に
定めるところに従い、貴施設に入居し、各種の介護サービスを利用します。

住 所 〒 _____

氏 名 _____ 印

電話番号（FAX） _____

(署名代行者又は法定代理人)

私は、入居者本人の契約意思を確認の上、入居者に代わり、上記署名を行いました。

住 所 〒 _____

氏 名 _____ (続柄) _____ 印

電話番号（FAX） _____

署名を代行した理由 _____

(身元引受人)

私は、この契約書及び重要事項説明書内容につき、説明を受け、身元引受人の責任につ
き理解しました。

住 所 〒 _____

氏 名 _____ (続柄) _____ 印

電話番号（FAX） _____

(施設) 当施設は、ご入居の申し込みを受諾し、この契約に定める各種サービスについて、誠実に責任をもって行います。

事業者名称 : 社会福祉法人 シティ・ケアサービス
所在地 : 福岡市南区長住3丁目7番1号
施設名称 : 「シティ・ハウス神松寺」
施設所在地 : 福岡市城南区神松寺1丁目7番1号
代表者 : 施設長 大林 賢士 ⑩

個人情報の使用に係る同意書

以下に定める条件のとおり、私および家族は、社会福祉法人シティ・ケアサービスが、私及び家族の個人情報を下記の利用目的の範囲内で取得、使用及び介護サービス事業者等第三者に提供することに同意します。

1. 利用期間

介護サービス提供に必要な期間及び契約期間に準じます。

2. 利用目的と情報を提供できる第三者の範囲

1. 介護サービス計画等を作成するため
2. サービス事業者間の連携とサービス担当者会議での情報提供、サービス計画作成担当者に対する照会(依頼)の為
3. 医療機関、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、介護サービス事業者、行政機関、その他必要に応じた地域団体等との連絡調整のため
4. 健康状態の急な変化など主治医の意見を求める必要のある場合
5. 事業者内外のケアカンファレンス(支援方法の検討会議)のため
6. 適切な介護サービスを提供する上で、必要不可欠な場合
7. 緊急を要する時の連絡等の場合
8. 当法人において行われる学生・ボランティア等の実習への協力
9. 施設便りなど広報紙への掲載 ※ (可 写真のみ可 名前のみ可 不可)
10. 当法人ホームページへの掲載 ※ (可 写真のみ可 名前のみ可 不可)
※ いずれかにレ(チェック)をつけて下さい。
11. 上記の各号に関わらず、公表している「利用目的」の範囲内

3. 使用条件

- (1) 個人情報の提供は利用目的の範囲内とし、サービス提供に関わる目的以外には決して利用しないこと。また、サービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了後においても、第三者に漏らさないこと。
- (2) 個人情報を使用した会議の内容などについてその経過を記録し、請求があれば開示する。

平成 年 月 日

利用者 氏名.....印.....

(署名代行人) 氏名.....印.....(利用者との関係).....

家族代表 氏名.....印.....(利用者との関係).....
(身元引受人)