

ケアハウスサンフレンズ 重要事項説明書

(R7. 4. 1 改定)

1. 事業主体概要

事業者の名称	社会福祉法人 東翔会
法人所在地	福岡県大牟田市沖田町 510番地
代表者氏名	理事長 堀 奈美
電話番号	0944-43-1223 / FAX 0944-43-1273
設立年月日	平成6年2月4日

2. ご利用施設

施設の名称	ケアハウスサンフレンズ
施設の所在地	福岡県大牟田市沖田町 510番地
施設長名	施設長 林 洋一郎
電話番号	0944-43-1223 / FAX 0944-43-1273
開設年月日	平成7年2月20日
交通の便	JR・西鉄電車大牟田駅から約3km。一部橋バス停から約250m
職員配置	管理者、生活相談員、調理員等を配置し入居者の生活支援に努める

3. 事業の目的と運営方針

事業の目的	ケアハウスは、一人暮らしや夫婦のみの高齢者が自立した生活を維持できるよう工夫され、住宅としての機能を重視した施設です。ここでは、食事や入浴などの生活の基本となるサービスを提供するほか、身体機能の低下等により介護を要する状況になっても在宅福祉サービスを利用することにより、自立した生活を維持できるよう配慮しています。
施設運営方針	一人ひとりの人権を尊重し、安心とやすらぎをもって、その人らしい豊かな生活を送れるよう支援します。

4. 施設の概要

種類	室数	設備内容等
居室（一人部屋）	11室	1室 22.5㎡・冷暖房完備、緊急コール、キッチン洗面所、トイレ、ベランダ
居室（二人部屋）	2室	1室 45.0㎡・冷暖房完備、緊急コール、キッチン洗面所、トイレ、押入、ベランダ
食堂	1室	56.7㎡・冷暖房完備・給湯設備有
談話室・集会室	1室	54.0㎡
浴室	1室	42.5㎡・循環式浴槽、シャワー設備有
洗濯室	1室	4.5㎡・全自動洗濯機（有料）、乾燥機（有料）
エレベーター	1基	ストレッチャー対応

*防災設備として、消防法等に定められたスプリンクラー、自動火災報知器、非常通報装置、消火器、誘導灯等を設置しています。

5. 施設サービスの概要

種 類	内 容
食 事	<p>栄養士の立てる献立により栄養と利用者の身体状況に配慮した変化にとんだ食事を提供します</p> <p>【食事時間】 朝食 午前8時頃 昼食 正午頃 夕食 午後5時頃</p>
入 浴	原則、月曜日から土曜日まで入浴できます。日曜日は浴室清掃のためシャワーのみ利用することができます。
健康管理	<p>【当施設の協力医療機関】</p> <p>一般社団法人 福岡県社会保険医療協会 社会保険 大牟田天領病院 病院長 向山 政志 所在地 大牟田市天領町1丁目100番地</p>
相談及び援助	当施設は、利用者及びその家族から、利用者の生活についてのあらゆるご相談に誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。
緊急時の対応	入居者の容態急変等の場合、各室に設置されているナースコールで職員等と呼ばい出し緊急対応が可能です。
在宅福祉サービスの利用	入居者の身体状況に応じて日常生活の援助が必要になった場合は、訪問介護、訪問看護等の在宅福祉サービスの利用が可能です。
健康管理	入居者の健康管理の一環として、年一回定期健康診断の確保、必要に応じて助言等を行います。
社会生活上の便宜	当施設では、利用者等からの要望等を考慮し年間行事計画を作成し、教養娯楽・日常生活支援・サークル等の行事を行います。

6. ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類	福岡県知事事業指定		定員
	指定年月日	指定番号	
介護老人福祉施設事業	平成26年7月1日	福岡県第4071503108号	50名
介護老人福祉施設事業	平成26年4月1日	福岡県第4071500633号	30名
通所介護事業	平成12年4月1日	福岡県第4071500716号	65名
訪問介護事業	平成12年4月1日	福岡県第4071500674号	
訪問看護事業	平成12年4月1日	福岡県第4064490099号	
短期入所生活介護事業	平成12年4月1日	福岡県第4071500690号	20名
居宅介護支援事業	平成11年9月1日	福岡県第4071500351号	
認知症対応型共同生活介護事業	平成13年4月1日	福岡県第4071500690号	27名
小規模多機能型居宅介護事業	平成20年5月1日	福岡県第4091500225号	25名
認知症対応型通所介護事業	平成21年5月1日	福岡県第4091500365号	12名

7. 利用料

ケアハウスサンフレンズ 利用者階層別料金表

[単位：円]

対象収入による階層区分		利用料金（月額）				
階層	年 収	事務費	管理費	生活費	水道費	合 計
1	1,500,000以下	10,000	15,000	48,760	1,249	75,009
2	1,500,001～1,600,000	13,000	15,000	48,760	1,249	78,009
3	1,600,001～1,700,000	16,000	15,000	48,760	1,249	81,009
4	1,700,001～1,800,000	19,000	15,000	48,760	1,249	84,009
5	1,800,001～1,900,000	22,000	15,000	48,760	1,249	87,009
6	1,900,001～2,000,000	25,000	15,000	48,760	1,249	90,009
7	2,000,001～2,100,000	30,000	15,000	48,760	1,249	95,009
8	2,100,001～2,200,000	35,000	15,000	48,760	1,249	100,009
9	2,200,001～2,300,000	40,000	15,000	48,760	1,249	105,009
10	2,300,001～2,400,000	45,000	15,000	48,760	1,249	110,009
11	2,400,001～2,500,000	50,000	15,000	48,760	1,249	115,009
12	2,500,001～2,600,000	57,000	15,000	48,760	1,249	122,009
13	2,600,001以上	61,600	15,000	48,760	1,249	126,609

（備考） 1. 電気代は、各室のメーターの使用量により実費負担です。

2. 11月から翌年3月まで、うえの利用料金に冬期加算(月額)2,150円が加算されます。

3. 事務費、生活費、冬期加算等は、国の基準額が改定された時は変更される場合があります。

4. 電話機等の設置は、利用者と電話会社の個人契約になります。

5. 食事の提供は基本サービスの一つで、一日3食の提供が義務付けられており、自己都合で食事を取られない場合でも、原則として日割りによる減額はいりません。

6. 入院等により1ヶ月以上長期にわたり居室を空けられた場合の事務費、管理費の日割りによる減額はいりません。ただし、生活費については、連続して10日以上不在の場合は、日割りによる減額を行います。

（収入認定）

1. この表における「対象収入」とは、前年の収入（社会通念上収入として認定することが適当でないものを除く。）から、租税、社会保険料、医療費等の必要経費を控除した後の収入をいいます。

2. 本人からの事務費徴収額（月額）は前項表により求めた額とします。

3. 夫婦で入居される場合は、夫婦の収入及び必要経費を各々合算し、各々の合計額の2分の1をそれぞれ個々の対象収入とし、その額が150万円以下に該当する場合は夫婦それぞれの事務費徴収額については、前項表の額から30%減額した額とします。この場合100円未満は切り捨てます。

8. 利用料金の支払方法等

当月分の利用料金は、1ヶ月ごとに計算し翌月に請求しますので、同月末までに次の方法によりお支払いいただきます。

①事務室窓口にて現金支払い。

- ②銀行口座への振り込み。 西日本シティ銀行 大牟田支店
口座番号 (普通預金) 1104868
社会福祉法人 東翔会 理事長 堀 奈美
- ③入居者の金融機関預金口座からの自動引き落とし。

9. 入居一時金

入居時に入居一時金400,000円が必要です。
この入居一時金は、一般的に住居費、家賃等に相当するものです。
入居年数20年未満で退去される場合は、一定の算定方法に基づき入居月数に応じ返還されます。

(算定方法)

入居一時金400,000円を240ヶ月(満20年)で除した額に入居月数を乗じて得た額を400,000円から差し引いた残額(100円未満は切り捨て。)を返還します。

10. 苦情相談窓口

*サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

ご利用者相談室：窓口担当者 生活相談員 兵頭 晴美(社会福祉士)
苦情解決責任者 施設長 林 洋一郎

利用時間：月曜日～金曜日 午前8時30分から午後5時30分

ご利用方法：面談、又は電話(0944-43-1223)等での苦情申し出

*次の公的機関においても、苦情申し出ができます。

・大牟田市保健福祉部 福祉支援室 福祉課 介護保険担当

電話番号 0944-41-2683

・福岡県国民健康保険団体連合会

電話番号 092-642-7859

・福岡県運営適正化委員会

電話番号 092-915-3511

*苦情処理第三者委員 氏名 渡辺 芳子 TEL 0944-57-2268

氏名 木田 秀樹 TEL 0944-52-6696

中立、公平な立場で苦情を受付け、相談にのっていただける委員です。

11. 個人情報保護

入居者及び家族等の個人情報については、個人情報に関する法律並びに東翔会個人情報保護規程に基づき遵守します。

ただし、次の様な場合は、法律、規程等の範囲内で最小限の情報を利用、或いは提供させていただく場合がありますので、ご了承をお願いします。

①入居者の介護・支援等に必要の個人情報の提供。

- ・介護サービスに関わるもの。
- ・介護保険請求に関わるもの。
- ・入居者の一般的管理業務等(入退去、会計、事故報告、医療サービス等)に関す

るもの。

- ・高齢者福祉の充実、向上の観点から必要と思われる情報（サービス改善等のための資料作成及び職員、研修生等の教育及実習等に必要な事項）

②入居者、その家族等の個人情報等を第3者へ提供する範囲。

- ・入居者が医療機関を利用するとき、診療等に必要な記録、心身の状態、介護状況等の情報。
- ・介護保険業務等（介護保険審査支払機関、保険者及び関係市町村）に必要な情報。
- ・他の介護事業者、医療従事者等との連絡調整会議等に必要な介護プラン、記録等の情報。
- ・研修、実習等に必要な最小限の情報。
- ・損害賠償保険等への請求等に関する必要最小限の情報、資料等。
- ・部外監査機関、情報公表機関等から求められる情報、資料等。

1 2. 秘密の保持

業務上知り得た入居者又はその家族の秘密を保持します。また、職員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持します。

1 3. 当施設のご利用にあたって留意いただく事項

当施設は、防犯、安全対策等の関係から通常は、午後9時に施錠し、翌朝午前7時に開錠します。

1 4. 非常災害対策

当施設は、非常災害対策に関する具体的（消防、風水害、地震等）計画を作成し防火管理者または火気・消防等についての責任を定めております。

1 5. 業務継続計画の策定

感染症や非常災害の発生において、入居者に対しサービスの提供を継続的に実施するため、及び早期の業務再開を図るための「業務継続計画」を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要な研修及び訓練を実施します。

1 6. 感染症の予防及びまん延の防止のための措置

感染症の発生及びまん延等に関する取組の徹底を求める観点から必要時の委員会の開催、施設としての指針の整備、研修の実施等に取り組みます。

来訪・面会	ご自由ですが、来訪者等の氏名・住所等のお届出をお願いします。
外出・外泊	ご自由ですが、安全管理上の問題から事前にお届出をお願いします。
衛生保持	施設の清潔、整頓、その他環境衛生の保持のご協力をお願いします。
飲酒・喫煙	飲酒される場合は、他の入居者等の迷惑にならない範囲でお願いします。 自室での喫煙は火災予防のため禁止です。喫煙されるときは、施設が指定する定められた場所で行ってください。
火器等の使用	火災予防のため、火気等の使用は原則として禁止です。特に必要な場合は事

用禁止	前に職員にご相談ください。
迷惑行為等	自己中心的な行動、騒音、異臭等他の入居者等の迷惑になる行為等は禁止します。
職員への禁止行為	身体的暴力、精神的暴力、セクシュアルハラスメント等の行為は固くお断りします。
職員等の居室への立入	入居者の身体、衛生、防犯等、安全確保のため職員が居室に立ち入る場合がありますのでご了承ください。
動物飼育	原則、飼育等は禁止です。特別な事情等がある場合は相談員へご相談ください。
事故等の対応	<p>事故等が発生した場合は、必要に応じて医療機関等へ連絡等、迅速且つ適切な対応を行うとともに家族等への連絡、報告等を行います。</p> <p>事故等が施設の瑕疵、或は職員の過失、故意、不注意等により入居者へ被害を与えた場合は、その被害、損害の程度に応じて施設が責任を持って弁償を行います。</p> <p>ただし、入居者が日常生活を営む中での事故、或は本人の不注意等での事故の場合は、緊急的対応、措置は施設が責任を持って行いますが、それ以外の治療費、損害等については自己負担、自己責任でお願いします。</p>
退去時の留意事項	<p>退去の場合、居室、備品等の汚損、破損、滅失があった場合は原状回復、又居室の清掃、畳、ふすま等の張替等の費用は入居者の負担となります。</p> <p>入院等何らかの事情により6ヶ月以上居室を空けられる場合、又は常時見守りや介護が必要になり、外部サービスを利用しても居室での生活が困難になった場合は、原則として退去となります。</p>
その他	他の入居者、施設等に迷惑になるような政治、宗教、営利活動等は禁止です。所持品等の管理は自己責任で管理し、盗難等の責任は負いかねます。

私は、本書面にに基づき上記重要事項の説明を受け、内容を理解し承諾いたしました。

令和 年 月 日

【 利 用 者 】

住 所

T E L

氏 名

㊞

【 代 筆 者 】

私は、下記の理由により、本人(利用者)の意思を確認のうえ、上記署名を代行しました。

住 所

T E L

氏 名

㊞ (続柄)

(代筆の理由)

【 説 明 者 】

ケアハウス サンフレンズ

生活相談員 兵頭 晴美 ㊞
(社会福祉士)