

重要事項説明書

(軽費老人ホーム・ケアハウスかおり)

当事業所はご契約者に対して軽費老人ホームのサービスを提供します。
事業所の概要や提供されるサービスの内容及び契約上ご注意いただきたいことを
次の通り説明いたします。

1 施設経営法人

法人名	社会福祉法人カリタスの園
法人所在地	東京都杉並区井草4丁目19番28号
電話番号	03-3397-5981
理事長	長崎春美
設立年月日	昭和27年5月20日

2 ご利用施設

施設の種類	軽費老人ホーム(ケアハウス)
施設の目的	「軽費老人ホームの設備及び運営に関する基準」の趣旨に従い、入居者が施設において安心して日常生活を送れるように支援する事を目的とする
施設の名称	ケアハウスかおり
施設の所在地	長崎県長崎市三京町811-33
電話番号	095-850-7217
施設長名	山中晴子
開設年月日	平成10年11月1日
利用者定員	50人

3 運営方針

キリスト教的人間観とカリタス(愛)の精神に基づき、キリストの愛と信頼、
忍耐を持って接することにより、高齢者の特性に配慮した住みよい住居を提供
し、相談機能の充実、余暇活動の援助、疾病、災害等の緊急時の対応等、入居
者が健康で明るい生活ができるよう配慮したサービスを提供します。

4. ご利用施設で実施する併設事業

事業の種類	長崎県知事の事業者指定	
	指定年月日	指定番号
特定施設入居者生活介護事業	平成11年10月1日	4270100631

5 居室の概要

当施設では以下の居室をご用意しています。

居室・設備の種類	室数	備考
個室（一人部屋）	36室	浴室無し
（一人部屋）	8室	浴室有り
2人部屋（夫婦用）	3室	浴室有り
合計	47室	
一時介護室	1室	
食堂	1室	
機能訓練室	1室	
浴室	3室	男性浴・女性浴・特浴

6 職員の配置状況

当施設では、ご契約者に対して指定介護福祉サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

《主な職員の配置状況》 ※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	勤務体制	常勤換算	職務内容
施設長	他事業所と兼務	1名	施設運営管理の統括、職員の人事、非常災害対策、関係機関との連絡調整
生活相談員	他事業所と兼務	1名（常勤職員）	利用者の生活向上に必要な生活指導・相談・援助等に関する事
介護職員		1名（常勤職員） 2名（非常勤）	利用者の援助並びにその他の業務 施設内外の美化・保健・衛生・安全に関する事
栄養士		1名（常勤職員）	入居者の食事献立、栄養管理調理上の衛生指導者に関する事
事務員	他事業所と兼務	1名（常勤職員）	庶務、会計経理、物品の管理、文書の作成、予算、決算書の作成に関する事
調理業務は、給食業務委託業者が行います(ニフス株式会社)			

7. 当施設が提供するサービスと利用料金

種 類	内 容
食事の提供	*当事業所では、栄養士(管理栄養士)の立てる献立により、栄養並びに入居者の身体の状態に応じた食事を食堂において提供いたします。特に医師の指示がある場合は、その指示により特別の食事を提供します。 【食事時間】 朝食・・・ 7:40～ 8:40 昼食・・・ 12:00～13:00 夕食・・・ 18:00～19:00 *食事が不要になる時は、食材の準備の都合上、朝食は、前日の午後 6 時、昼食は午前 10 時、夕食は午後 3 時まで申し出て下さい。 *欠食については下記の通り返金いたします。 ①欠食届を 5 日前までに提出された場合 (突然の入院を含む) ②月の初日から末日まで継続して欠食した場合 <u>朝食:100 円 昼食:200 円 夕食:200 円</u> *一ヶ月通しての欠食届を出されている方が、食事をされる場合は 朝食:200 円・昼食・夕食:各 350 円を徴収致します。
入浴の準備	・毎日、午後 2 時から午後 7 時まで利用できます
生活相談	・入居者及びその家族から生活全般の諸問題について相談を受けた場合は、誠意を持って対応し、適切な助言、必要に応じて行政及び関係機関との連絡、手続等の援助を行います。
緊急時の対応	・入居者が急病若しくは火災緊急避難を要する事態が発生した場合には、昼夜を問わず、24 時間いつでもナースコール等で職員の対応を求めることができます。 ・職員は、ナースコール等で入居者から緊急の対応の要請があった時は、速やかに適切な対応を行います。
生活援助	入居者が日常生活の援助及び介護を必要とする状態になった場合は、外部の在宅福祉サービスが利用できるよう連絡などの必要な対応を行います。
自主活動への協力	・当事業所では、生活が健康で明るいものとなるよう、必要に応じて助言を行うと共に、入居者が自主的に趣味、教養、娯楽等のレクリエーションを実施する場合、行事に協力し、便宜を供します。

(1) 【基本利用料】(契約書第 14 条)

お支払いいただくご利用料金は、別紙(1)のとおりです。

- ・基本利用料(月額)・・・基本利用料とは事務費、生活費、管理費をいいます。
- ・対象収入とは、前年の収入から、社会保険料、医療費、介護サービス費等の必要経費を控除した後の金額です。
- ・11月から3月まで冬期加算として、2,150円が加算されます。
- ・ご夫婦の場合は、収入及び必要経費を合算し、合算額の2分の1が1人分の対象収入額です。
- ・国、県のケアハウス設置運営要綱改正に伴い、単価は変更いたします。

(2) その他の費用

- ・入居者は、基本利用料の他に、以下の費用を支払うことになります。

①居室に係る光熱水費

②施設が提供するサービスのうち日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、入居者に負担させることが適当な費用 (別紙2)

(イ)送迎等(病院)

(ロ)私的契約 有料サービス料金

8. 利用料金のお支払方法(契約書第 16 条)

入居者は、利用料、使用料の通知を受けた時は、利用料は当月分として

電気・水道の使用料は前月分として、当月 10 日までに以下のいずれかの方法でお支払下さい。

1) 銀行振込み

2) 銀行自動送金

名 儀	社会福祉法人 カリタスの園	
	長崎春美	
銀行名	十八親和銀行	長崎漁港支店
	普通預金	
	口座番号	0 5 7 3 0 9

3) 郵便局自動払込

口座番号	1 7 6 9 0 - 9 3 4 3 8 1
加入者名	社会福祉法人カリタスの園
	ケアハウスかおり

4) 現金(事務室)払い

9. 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を保証するものではありません。また、下記医療機関での優先的な診療を義務づけるものではありません。)

① 協力医療機関

医療機関の名称	カリタス診療所
所在地	長崎県長崎市西出津町 67-5
診療科	内科

10. 非常災害時対策

当施設では、災害、地震、風水害等非常災害に備えて、消火、避難、救出等に関する計画を定め、定期的に訓練の実施を行います。

11. 苦情処理の受付について

- (1) 苦情解決責任者 (施設長)
- (2) 苦情受付窓口 (生活相談員)
(計画作成担当者)
- (3) 第三者委員 2名

(4) 行政機関その他苦情受付機関

長崎市役所	所在地	長崎市魚の町 4-1
高齢者すこやか支援課	電話番号	095-829-1146
国民健康保険団体連合会	所在地	長崎市今博多町 8-2
	電話番号	095-826-7291

(5) 苦情解決の方法

① 苦情の受付

苦情は、面接、電話、書面などにより苦情受付担当者が随時受け付けます。
なお、第三者委員に直接申し出ることもできます。

② 苦情受付の報告・確認

苦情受付担当者は、受け付けた苦情すべてを苦情解決責任者に報告し、必要に応じ、第三者委員にも報告します。(苦情申出人が第三者委員への報告を拒否した場合を除く) 第三者委員は、内容を確認し、苦情申出人に対し、報告を受けた旨を通知します。

③ 苦情解決のための話し合い

苦情解決責任者は、苦情申出人との話し合いによる解決に努めます。

その際、苦情申出人、苦情解決責任者は必要に応じて第三者委員の助言を求めることができます。

④ 苦情解決委員会において解決できない苦情は、法人の苦情解決委員会又は理事会の承認を得て、法第 83 条の規定に基づき、長崎県社会福祉協議会(長崎市茂里町 3-24 095-846-8600)に設置されている運営適正委員会に、審査を申し立てることができます。

1 2. ハラスメント防止対策について

事業者は、適切なサービスの提供を確保する観点から、職場・介護現場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより職員の就業環境が害されることを防止するため、方針の明確化等の必要な措置を講じます。

契約者（利用者）様、ご家族様または身元引受人等からの事業所やサービス従事者、その他関係者に対して次の①～③の行為を行った場合は、サービスのご利用を一時中止及び契約を解除させていただく場合があります。

- ① 暴言、暴力、嫌がらせ、誹謗中傷などの迷惑行為、その他著しく常識を逸脱する行為。
- ② パワーハラスメント、セクシャルハラスメント、カスタマーハラスメントなど身体的・精神的暴力・性的嫌がらせ、いちじるしい威圧的行為。
- ③ サービス利用中の従業者の写真や動画撮影、録音などを無断で SNS などに掲載すること。

年 月 日

軽費老人ホーム ケアハウスかおりの入居に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

長崎市三京町 811-33 ケアハウスかおり

説明者職名 _____ 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、内容を理解し承諾いたしました。

【ご利用者】

住 所 _____

氏 名 _____ 印

【署名代行者】（続柄 _____）

私は、利用者の意志を確認したうえ、上記署名を代行しました。

住 所 _____

氏 名 _____ 印

【身元保証人】

住 所 _____

氏 名 _____ 印