

重要事項説明書

(一般入居者)



当施設は、ご契約者様に対して軽費老人ホーム ケアハウス フォレスト 四季の里 のサービスを提供いたします。
施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意頂きたいことを次の通り説明いたします。

●● 目次 ●●

1. 施設経営法人	1
2. ご利用施設	1
3. 施設の概要	2
4. 職員体制	3
5. 当施設が提供するサービスと利用料金	4
6. 利用料	6
7. 苦情相談窓口	7
8. 非常時の対策	8
9. 当施設ご利用にあたって留意いただく事項	9

社会福祉法人由起会

ケアハウス フォレスト 四季の里

1. 施設経営法人

法人名	社会福祉法人由起会
法人所在地	長崎県佐世保市上柚木町2515番地
代表者氏名	品川 一博
電話番号	0956-46-0988
FAX	0956-46-1664
設立年月日	昭和56年 8月 11日(法人認可)

2. ご利用施設

施設の種類	ケアハウス(軽費老人ホーム)
	介護予防特定施設入居者生活介護 平成22年 5月 1日 指定 長崎県 4270203930 特定施設入居者生活介護 平成22年 5月 1日 指定 長崎県 4270203930
施設の目的	人と人とのふれあいを大切に、最高に価値あるものをすべての人に。
施設の名称	軽費老人ホーム ケアハウス フォレスト四季の里
施設の所在地	長崎県佐世保市柚木町2409番地
施設長(管理者)氏名	品川 裕子
電話番号	0956-41-8585
FAX番号	0956-41-8586
開設年月日	平成14年 4月 1日 (特定施設入居者生活介護開設は平成22年 5月 1日)
当施設の運営方針	<ul style="list-style-type: none"> ・社会福祉法人としての社会的責任を持って、常に積極的な経営を目指します。 ・個人の尊厳を大切に、安らぎと信頼のある施設を目指します。 ・地域社会と積極的に交流を図り、地域福祉に貢献できる施設を目指します。 ・「聞く」「理解する」「共感する」を介護の基本として、質の高いサービス提供のため、介護の専門性向上に努めます。
交通の便	JR佐世保駅より車で25分 JR佐世保駅よりバスで柚木行 所要時間45分
損害賠償責任保険加入先	東京海上日動火災保険株式会社

3. 施設の概要

(1) 敷地及び建物

敷地		4,736㎡
建物	構造	鉄筋コンクリート構造4階建
	延べ床面積	3,899,58㎡
	利用定員	50名

(2) 主な設備

ユニットの居室・設備	室数	備考
個人居室	46 室	Aタイプ 28,59㎡ Bタイプ 35,10㎡
夫婦部屋	2 室	Cタイプ 46,98㎡
浴室	3 室	1F 大浴室 4F 浴室 4F 個人浴
共同トイレ	5 室	1F ~ 4Fまで全て車椅子対応
洗濯室	5 室	1F 1カ所 2・3F 各2カ所
談話コーナー	5 室	1F 1カ所 2・3F 各2カ所

全体の設備	室数	備考
メインダイニング	1 箇所	2F 173,4㎡
カルチャールーム	1 箇所	1F 60,19㎡
静養室	1 箇所	1F 17,58㎡
座敷	3 箇所	1・2・3F 各1カ所 (各6畳)
相談室	1 箇所	1F 27㎡

4. 職員体制

当施設では、ご契約者に対して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。

① 主な職員の配置状況

職 種	人 数	主 な 業 務
施設長	1 名	施設管理者として職員の管理、調整、業務実施の把握、その他必要な指揮、命令など
生活相談員	2 名	入居生活者全般の相談、助言、その他入居生活に関わる連絡調整、事務処理など
看護職員	3 名	入居者の健康管理、医療面の助言、病院受診の援助など
介護職員	9 名	特定施設入居者生活介護に関わる直接処遇の介護全般の実施など
機能訓練指導員	1 名	身体能力の維持向上を目指した機能訓練に関わる評価、計画の作成、実施など
介護支援専門員	2 名	施設介護サービス計画(ケアプラン)の作成、実施、評価、相談、及びサービス提供に関する総合的な連絡調整など
栄養士	1 名	施設内の食事に関わる、栄養管理、個別メニューの検討など

② 主な職種の勤務体制

職 種	勤 務 体 制
看護職員	日勤 8:30 ~ 17:45 早出 7:30 ~ 16:45
介護職員	夜勤 17:00 ~ 9:00

③ 医師(嘱託医)

医療機関の名称	介護老人保健施設コスモス
医師の氏名	品川 一博
所在地	長崎県佐世保市上柚木町2515
電話番号	0956-46-0988

医療機関の名称	品川医院
医師の氏名	品川 知明
診療科目	内科・循環器科・リハビリテーション科
所在地	長崎県佐世保市柚木町2188
電話番号	0956-46-0005

医療機関の名称	山口歯科
医師の氏名	山口 真広
診療科目	歯科
所在地	長崎県佐世保市瀬戸越3丁目5-5
電話番号	0956-40-6480

5. 当施設が提供するサービス

① サービス内容

種 類	内 容
食 事	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養士の立てる献立表により、栄養並びに利用者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。 ・食事中は緊急事態や必要に応じた食事介助のため、介護職員を配置します。 (食事時間) 朝食 7:45 ~ 8:30 昼食 11:45 ~ 12:45 夕食 17:00 ~ 17:45
入 浴	<ul style="list-style-type: none"> ・入浴は原則毎日ご利用できます。 ・入浴中は、当施設職員による見守り・介助等のサービスはありませんので、お一人での入浴が困難な方は通所サービスを利用されるか、特定施設入居者生活介護の適用となります。
排 泄	<ul style="list-style-type: none"> ・常時、排泄に介助を必要とされる方は特定施設入居者生活介護または、他施設への転床をご検討いただくこととなります。
生活援助	<ul style="list-style-type: none"> ・当施設職員による掃除、洗濯等のサービスは行なっておりません。 ご自身での掃除等が困難な方はヘルパーサービスを利用されるか、特定施設入居者生活介護の適用となります。
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ・嘱託医や看護職員が、健康管理を行います。また、緊急時必要な場合には、主治医あるいは協力医療機関などに責任を持って引き継ぎます。 ・協力医療機関以外への定期受診はご契約者様本人またはご家族様対応でお願いします。(急変時は除きます。)
相談及び援助	<ul style="list-style-type: none"> ・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。
社会生活上の便宜	<ul style="list-style-type: none"> ・当施設は、利用者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・サークル等の事業を行います。
レクリエーション行事	<ul style="list-style-type: none"> ・施設行事計画に沿ったレクリエーション行事を企画します。

注: 特定施設入居者生活介護の定員は29名迄です

②有料となるサービス等

種 類	内 容	費用など
食事形態	ご契約者様のご希望や栄養管理上の理由に基づいて、二度炊き粥食、きざみ食等の提供ができます。	無 料
食事配膳	ご契約者様は原則、食堂にて食事をとっていただくことになっております。正当な理由なく食事の居室への配膳をご希望される場合は料金が発生いたします。	1回 100円 (1食毎の配膳・下膳)
おむつ類の提供	ご希望に沿って、紙おむつ、パット類、リハビリパンツなどの提供を致します。	実 費
協力医療機関 以外の通院	協力医療機関(品川医院)以外の通院が必要な場合は、ご本人又は、ご家族様でご対応いただくか、有料ヘルパーの通院同行サービスのご利用をお願い致します。 ご家族様、有料ヘルパーでの対応が困難場合は相談の上、当施設職員対応での通院同行を行います。	当施設職員対応での通院介助費 (30分毎2,000円)
貴重品などの管理	・原則、通帳などの財産に係わる貴重品の管理は行なっておりません。 ・日用品や食品を購入する程度の現金であれば、施設預り金管理規程に基づきお預かり致します。	無 料
行政手続きの代行	・行政機関等での書類申請交付、各種手続き等を代行致します。	実 費
レクレーション クラブ活動	ご契約者様のご希望により、レクレーションやクラブ活動に参加していただく事ができます。 材料費、行事費用など発生することがあります。	実 費
理美容サービス	・月に1回 理・美容をご利用頂けます。	実 費
洗濯機の利用	・施設設置の洗濯機を利用できます。	洗濯1回 200円 乾燥1回 200円
行事ドライブ	・不定期的にお食事ドライブやお花見ドライブを行います。 ・ガソリン代として200円いただきます。	ガソリン代として 200円
コピー機の使用	・私的目的でのコピー機の使用ができます。	1枚 10円
そ の 他	・当施設の利用において、介護保険が適応されないサービスを希望される場合には、その内容によっては実費負担が発生する場合がありますので、その都度ご相談ください。	実 費

7. 苦情相談窓口

当施設では、苦情の解決に向けて下記の通り苦情相談解決責任者、苦情相談窓口責任者、苦情相談受付担当者及び第三者苦情受付窓口の体制を整えております。

① 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。

施設内ご利用相談窓口	苦情相談解決責任者 品川 裕子（施設長） 苦情相談窓口責任者 石井 美千代 苦情相談受付担当者 全職員
ご利用方法	受付時間（9:00 ～ 18:00） TEL 0956-41-8585 FAX 0956-41-8586
※直接の相談は相談室などを利用し、プライバシーへの配慮をいたします。	

② 施設外部の第三者苦情受付窓口

第三者委員苦情相談窓口	第三者委員：豊村 洋一郎 様
	TEL 0956-46-1100
	第三者委員：三浦 俊治 様
	TEL 0956-46-1252

③ 行政機関その他苦情受付機関

佐世保市役所	住所：佐世保市八幡町1-10
介護保険総合相談窓口	電話：0956-24-1111
長崎県国民健康保険団体連合会	住所：長崎市今博多町8番地2
介護保険サービス苦情申立等相談窓口	電話：095-826-1599
長崎県社会福祉協議会 (運営適正化委員会)	住所：長崎市茂里町3番24号 電話：095-842-6410

※苦情解決の詳細については、別紙「苦情解決の取り組みに関する実施要項」を参照ください。

8. 非常時の対策

非常時の対応	「ケアハウス フォレスト四季の里消防計画」に準じ対応を行います。
平常時の訓練など	「ケアハウス フォレスト四季の里消防計画」に準じ対応を行います。
緊急事態の対応	緊急事態の対応マニュアルに準じ対応致します。

9. 当施設のご利用にあたって留意いただく事項

体調不良時または 身体機能低下時の対応	当施設へ一般入居されたご契約者様に関しましては、施設内では自立した生活を送っていただく事が原則となっておりますが、体調不良時等は一定の期間を設けて(1週間程度)当施設職員により介助・支援を行ないます。 (状態によっては、ご家族様のご協力も必要となりますのでご理解下さい。) また、一定期間を設けても改善の見込みがない場合や、身体機能の低下が認められた場合は、介護保険の利用、他施設や医療機関への転床をご検討いただく事になります。
介護保険の利用	当施設へ一般入居されたご契約者様が介護保険を利用される場合、一般入居を継続し外部サービス(ヘルパーや通所サービスなど)を利用されるか、当施設での特定施設入居者生活介護のサービスを利用される事になります。 詳細説明をご希望の方は当施設の介護支援専門員・生活相談員へお問い合わせください。
緊急時の対応	ご契約者様の急変時は当施設職員対応で、救急搬送等の手配・同行を行ないませんが、このような場合は入院、その他手続きやご家族様による同意など必要となりますのでご家族様が搬送先の病院へ速やかに来ていただく事となります。
持込の制限	衛生管理の観点から、危険物(刃物等)、獣類(ペット等)などは、原則として持ち込むことができません。
来訪・面会	・面会時間 9:00 ~ 18:00(その他必要に応じて面会できます) ・来訪者は、必ず来館者名簿への記入を御願い致します。 ・来訪される場合、食品(腐敗しやすいもの)の持込は御遠慮ください。
外出・外泊	・職員の付添以外で外出、外泊をされる場合は、事前にお申し出頂き、外出届、外泊届への御記入をお願いします。
食事	外出などにより食事が不要な場合は、前日までにお知らせください。

浴室の使用	・浴室内での、毛染め、衣類の洗濯などは禁止です。 ・その他、迷惑行為、浴室の汚染、浴室の破損、危険行為等固く禁止します。
喫煙	所定の場所以外での喫煙はできません。
火気の使用	・消防上の理由から、居室内での火気使用は御遠慮ください。 仏壇などの線香やろうソク、石油温風ヒータ、石油ストーブ等の火気使用による暖房機器類の使用はお断り致します。その他暖房機器などについては、一度お問い合わせください。 ・のれん、絨毯等を使用される場合は防災加工の施された製品をご使用ください。
迷惑行為等	騒音、悪臭など他の入居者の迷惑になる行為は御遠慮ください。また、むやみに他の入居者の居室に立ち入らないようお願いします。
所持品の管理	原則、身の回りの所持品管理は、ご自身でお願い致します。
現金等の管理	原則、身の回りの現金等管理は、ご自身またはお身内の方でお願い致します。
宗教活動・政治活動	当施設内で、他の入居者に対する宗教活動、政治活動は御遠慮ください。
物品販売及び勧誘	入居者は、入居者及び職員に対して物品の販売や購入勧誘等の行為をしてはいけません。

令和8年6月 新規作成

軽費老人ホーム ケアハウス フォレスト 四季の里 のサービスの提供の開始に際し、
本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

軽費老人ホーム ケアハウス フォレスト 四季の里

説明者 職種() 氏名 ⑩

私は、本書面にに基づき事業者から重要事項の説明を受け、内容を理解しサービスの開始に同意致しました。

契約者 住所
氏名 ⑩

身元保証人及び家族代表者 住所
氏名 ⑩