

生活支援ハウス重要事項説明書兼契約同意書

令和5年12月1日

1 事業主体・事業実施施設の概要

実施主体名	弘前市
事業受託者	社会福祉法人 伸康会
実施施設名	生活支援ハウス 365
事業の種類	弘前市生活支援ハウス運営事業
開設年月日	平成13年12月1日
所在地	青森県弘前市大字独狐字松ヶ沢38-1
電話番号	0172(99)1212
FAX 番号	0172(99)1313
交通の便	弘南バス鯉ヶ沢線、独狐南口で下車、徒歩3分

2 生活支援ハウス運営の方針

- ① 弘前市の生活支援ハウス運営事業実施要綱に則り、適切な運営に努めます。
- ② 懇切丁寧に対応し、利用者・家族に理解しやすいように説明します。
- ③ 利用者の身体の状態と要望を把握したサービス提供に努めます。

3 当事業所の職員体制

職名	人数	業務内容
管理者	1名	統括責任者、通所管理者と兼務
生活援助員	4名	施設内の介護業務

4 当事業所の設備概要

入居利用定員	20名
設備等	食堂、機能訓練室、相談室、浴室、静養室

5 利用料

- ① 別表1(弘前市へ納入)と別表2(生活支援ハウス365へ納入)が、利用料となります。
- ② お支払いは原則、金融機関の自動振替でのお支払いとしております。
振替は、毎月27日前後となりますので、取引口座へのご準備をお願い致します。
(金融機関の営業日が土日祝日により前後する場合がございます)。
領収書は、振替の確認次第、次月請求書と共に、毎月15日前後に発送予定です。

6 サービスの内容

①健康管理サービス	(協力医療機関) 三上内科医院
②食事サービス	1日3食提供します。原則として外泊以外の欠食に関しては料金を請求させていただきます。
③生活相談 ・助言サービス	各種相談、助言を行うとともに緊急時の対応を行います。
④その他	介護サービス及び保険福祉サービスを必要とする場合は、必要に応じ、利用手続きの援助等を行います。

7 入居・退去等

入居者の条件	<ul style="list-style-type: none"> ・原則60歳以上のひとり暮らしの者 ・夫婦のみの世帯に属する者 ・家族による援助を受けることが困難な者 ・独立して生活することに不安のある者
身元引受人等の条件、業務等	<p>契約に基づき利用者が事業者に対する債務について連帯債務者となる身上監護に関すること。</p> <p>利用者の身柄の引き取り、残置財産の引取りを行う。</p>
契約の解除	<p>ア 利用者・ご家族のご都合でサービスを終了する場合 退所を希望する日の10日前までにお申し出ください。</p> <p>イ 利用者がお亡くなりになられた場合</p> <p>ウ 利用者の要介護認定区分が、原則として要介護2以上と認定された場合</p> <p>エ 利用者が入院し、1か月以内に退院できる見込みがない場合</p> <p>オ 利用料金を2か月分以上滞納し、その支払いを督促したにもかかわらず、10日以内に支払われなかった場合</p> <p>カ 入所継続判定会議等で、当施設において可能な適切なサービスの提供を超えると判断された場合 (例) 利用者の病状、心身状態等が著しく悪化した場合 (例) 利用者やご家族などが、当施設の規定やサービス方針に従っていただけない場合 (例) 共同生活において、粗野な言動、粗暴行為が見られた場合</p> <p>キ 天災、災害、施設・設備の故障その他やむを得ない理由により、当施設を利用することができない場合</p>
原状回復	<p>退去される際には、ご利用された室内について、通常の使用に伴い生じた損耗を除き、原状回復していただきます。</p> <p>(例) 冷蔵庫下の鏽跡</p> <p>(例) 床、フローリングの色落ち(こぼした後の手入れ不足などによるもの。但し日照、建物構造欠陥などで発生したものは除く、)</p> <p>(例) 壁等の釘穴、ねじ穴(下地ボードの張替えなどが必要な場合)</p> <p>(例) 日常の不適切な用法、手入れによる設備の毀損</p>

8 遵守事項

禁止制限事項	<ul style="list-style-type: none"> ・入居時の持ち込み物品、施設での生活における外出時の持ち込み物品内に刃物等金属類、火器、禁制品は厳禁となります。 ・施設保安の必要上、お取扱に危険が伴う物の有無を確認するため、施設出入り時のお荷物について、また居室内設備点検に併せて、所持品を点検する場合がございます。
火災予防	<ul style="list-style-type: none"> ・居室内で追加の暖房器具を使用する場合は、電気式の器具に限定いたします。 ・館内及び敷地内は禁煙です。
災害時（地震）	廊下に飛び出さないで、避難誘導に従ってください。
災害時（火事）	万一自室で出火した場合は、非常ベルを押して、職員へ通報してください。火災発生時は、一斉放送と避難誘導をします。
防犯	挙動不審者を見かけた時は、すぐ職員に連絡してください
駐車場	来訪者は駐車を利用できますが、場内での事故や盗難の責任は当施設では一切負いません
ごみ処理	毎日定時に収集します
清掃	共用部分の清掃は職員が行いますが、各部屋は各自で清潔保持に努めていただきますようご協力お願いします。
騒音	ドアの開閉音やテレビ等の音量は、他入居者に迷惑をかける恐れがあるためご注意ください。
トイレ	トイレトーパー以外の紙を使用しないでください。
緊急時の対応	健康上・防犯上の緊急時には、ナースコールを押してください。
金銭の管理	<p>現金や貴重品については、施設側で預かりません。</p> <p>入居者個々で保管管理していただきますので、保管管理に不安がある場合には持ち込まないでください。</p> <p>お買い物などにご入用の際は、施設側で立替払いをして、後日請求清算いたします。</p>

9 サービス内容に関する苦情・相談

当事業所の相談・苦情窓口

担当者：相澤千賀子(施設内生活援助員)

電 話：0172-99-1212 / FAX：0172-99-1313

10 緊急時の対応と方法

入居中に容体が急変した場合は、主治医・救急隊・ご家族・介護支援専門員等へ早急に連絡いたします。また当事業所の介護サービスで賠償すべき事故が発生した場合は、賠償責任保険の範囲内で賠償いたします。

11 非常災害対策

防災時の対応	初期消火と消防署への通報、避難など。
防災設備	火災通報機、粉末消火器。
防災訓練	避難、火器通報など必要な訓練を年2回実施する。
防災責任者	防火管理者 三上 寛寿

12 生活支援ハウス利用料

利用料＝ ①居住部門負担額（弘前市）
 ＋②居住部門以外負担額（生活支援ハウス365）

①居住部門負担額（弘前市へ納入） ※弘前市で設定

対 象 収 入 に よ る 階 層 区 分		利 用 者 負 担 額
A	1,200,000 円以下	0 円
B	1,200,001 円～1,300,000 円	4,000 円
C	1,300,001 円～1,400,000 円	7,000 円
D	1,400,001 円～1,500,000 円	10,000 円
E	1,500,001 円～1,600,000 円	13,000 円
F	1,600,001 円～1,700,000 円	16,000 円
G	1,700,001 円～1,800,000 円	19,000 円
H	1,800,001 円～1,900,000 円	22,000 円
I	1,900,001 円～2,000,000 円	25,000 円
J	2,000,001 円～2,100,000 円	30,000 円
K	2,100,001 円～2,200,000 円	35,000 円
L	2,200,001 円～2,300,000 円	40,000 円
M	2,300,001 円～2,400,000 円	45,000 円
N	2,400,001 円以上	50,000 円

（注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う。

（注2） 夫婦で入居する場合には、夫婦の収入及び必要経費を合算し、合計額の2分の1をそれぞれ個々の対象収入とする。

②居住部門以外負担額（365へ納入）

表1

費目	金額 (30日計算例)	備考
光熱水費	15,000円	日額500円 ※12月～3月までは暖房費日額300円が追加となります。
共益費	5,000円	月額計算とするが、入所日数が15日を超えなかった場合には、半額精算とする(令和4年7月1日改定)
食費	43,500円	朝450円、昼550円、夕450円 令和5年10月1日改定 ※生活保護を受けられている方 (朝350円 昼450円 夕350円) 令和5年10月1日改定
寝具代	3,000円	日額100円
(暖房費)	(9,000円)	(日額300円 冬期間のみ(12月～3月)) 令和5年4月1日追記
合計	66,500円	

表2

ポータブルトイレ使用料	日額100円(洗浄含む)
電化製品・器具持ち込み料	1点につき月額500円 入所日数が15日を超えなかった場合には、半額精算とする(令和4年7月1日改定)

※令和5年4月1日現在の負担額となります。経費変動によって金額に変動が生じます

(同意日) 令和 年 月 日

(交付日) 令和 年 月 日

生活支援ハウス利用にあたり、利用者に対して本書面に基づいて、重要事項を説明しました。

事業所

所在地 弘前市大字独狐字松ヶ沢 38-2

名称 生活支援ハウス 365

説明者 _____ 印

私は、本書面により事業者から生活支援ハウス利用について、重要事項の説明を受け、同意します。

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

代理人 住所 _____

氏名 _____ 印

個人情報利用同意書

私(及び私の家族)の個人情報については、下記により必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

1 使用目的

- (1) 介護サービスの提供を受けるにあたって、介護支援専門員と介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合。
- (2) 上記(1)の外、介護支援専門員又は介護サービス事業所との連携調整のために必要な場合。
- (3) 現に介護サービスの提供を受けている場合で、私が体調等を崩し又はケガ等で病院へ行ったときで、医師・看護師に説明する場合。

2 個人情報を提供する事業所

- (1) 居宅サービス計画に掲載されている介護サービス事業所
- (2) 病院又は診療所(体調を崩し又はケガ等で診療することになった場合)

3 使用する期間

サービスの提供を受けている期間

4 使用する条件

- (1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に漏洩することのないよう細心の注意を払う。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録する。

令和 年 月 日

生活支援ハウス365管理者殿

住 所 _____

氏名 _____ 印

(家族) 住 所 _____

氏名 _____ 印

サービス利用に伴う確認表兼同意書

私は、サービスを利用するにあたり、下記内容について同意します。

チェック	質 問 項 目	内 容
	写真・映像等の使用	<p>行事等ご本人の施設での様子を記録する場合がございますが、その記録を下記項目に限定して使用させていただきます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設新聞及びホームページ・ブログ等への掲載 <input type="checkbox"/>掲載不可 ・伸康会施設内掲示板への掲載 <input type="checkbox"/>掲載不可
	自然骨折のリスク	<p>スタッフ一同十分注意してサービス提供に努めておりますが、まれに高齢及び骨粗鬆症等の疾病に伴う自然骨折のリスクが報告されております。</p> <p>その場合、医療機関への受診でも、骨折の原因を特定できない場合があります。</p>
	居 室 の 変 更	<p>入所中は、体調不良その他の理由により居室変更させていただく場合があります。変更の際は、その旨ご連絡させていただきます <input type="checkbox"/>連絡不要</p>
	買い物注文の制限	<p>定期的に買い物注文を聴取しますが、医療管理等必要なケースや利用料のお支払状況によっては、制限させていただきます <input type="checkbox"/>買物注文不要</p>
	緊 急 時 の 対 応	<p>利用者様が危険な状態であると判断したとき、協力病院（注）又はかかりつけ医に連絡させていただきます。</p> <p>また、原則として身元引受人へご連絡しますが、連絡が繋がらなかった場合は、連帯保証人へご連絡させていただきます。</p>
	事 故 の リ ス ク	<p>入所中は現場スタッフ一同、十分注意してサービス提供しておりますが、マンツーマンでの対応はできかねるため、サービス提供中に転倒や認知症に伴う徘徊・異食行為等 事故に至るリスクがあります。</p> <p>ただし、利用者様に対して損害すべき事故が発生した場合は、加入している保険の範囲内で損害賠償いたします。</p>
	苦情・要望の扱い	<p>当施設は日々サービス向上に努めておりますが、苦情・要望等ございましたら遠慮なく担当職員までご連絡ください。</p> <p>その内容が当施設の方針又はサービスの提供範囲を超え、ご本人・ご家族様のご要望にお応えできない場合、その旨お伝えします。</p>

記 録 の 開 示	当施設のサービス提供に関し、サービス計画書・診療録等その他必要な記録に関し、ご本人及びご家族（身元引受人）より閲覧を求められた場合はこれに応じます。
調 髪 ・ 整 髪	衛生的な生活のため、定期的に調髪・整髪をしていただきますが、原則として当施設の提携業者をお薦めしております。 ご家族、ご本人が別途調髪・整髪されてもよろしいです。 <input type="checkbox"/> 施設に一任します <input type="checkbox"/> 家族で対応します
車 い す	必要に応じて車いすをご利用になる場合、ご本人または、ご家族でご用意いただいております。 <input type="checkbox"/> R 年 月 日開始 レンタルもご利用いただけます。 <input type="checkbox"/> R 年 月 日開始
電 化 製 品 の 使 用	個人的に電化製品を使用する場合、別途電気料金を実費請求します。 ・テレビ R 年 月 日開始 ・冷蔵庫 R 年 月 日開始 ・暖房器具 R 年 月 日開始 ・他() R 年 月 日開始
私 物 洗 濯	洗濯は業者委託となっており、実費負担で後日請求いたします。 施設内に個人洗濯設備機器はありません。 料金は、業者による重量計算となりますが、衣類の特性などによって若干の追加料金が発生します。
所 持 品 の 点 検	施設保安の必要上、お取扱に危険が伴う物の有無を確認するため、施設出入り時のお荷物について、また不定期に居室内の所持品を点検させていただきます。

令和 年 月 日

本人又は身元引受人

印

(注) 協力医療機関
三上内科医院 (院長 三上 淳)
弘前市北横町 57 TEL0172-35-5601

情報開示に関して

当事業所では、利用者・ご家族様が当事業所サービスに対する理解を深め、サービス向上を図ることを目的として記録等の開示を行っています。

開示請求の手続き

請求権者が請求書に記入し、添付書類を用意したうえ、持参いただくか、郵送にしてご提出ください(同意書や委任状は任意の様式でもかまいません)。

開示請求できる方	請求に必要な書類	
本人	利用記録開示請求書 (様式1)	—
身元引受人		本人身分証の写し (公的機関が証明してるもの)

開示請求の流れ

- ①請求書提出
- ②開示請求回答書
- ③写し費用請求(利用料に合算します)

※原則として、申請書を受理した日から起算して15日以内に開示の可否の決定を行います。

開示請求の費用

A4用紙1枚あたり10円、多色20円

閲覧請求について

閲覧を希望された場合、閲覧の日時、場所を調整する必要がありますので、請求後にこちらから日程調整の連絡をさせていただきます。

記録等開示請求書

年 月 日

生活支援ハウス 365 管理者 様

請求人 〒 _____ 住所 _____

氏 名 _____ (明治・大正・昭和・平成 年 月 日生)

電話番号 _____ (_____)

次のとおり、記録等の開示を請求します。

1 開示請求に係る利用者	氏 名 _____ 生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日(歳) 電話番号 (_____)
2 請求人と利用者との間柄	(1) 利用者の親族 ((利用者からみて)夫、妻、父、母、子、祖父、祖母、その他(_____)) (2) 利用者の親権者、成年被後見人の法定代理人(証明するものを提示) (3) その他(_____)
3 開示を請求する内容	(1) 開示請求する期間: _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日 (2) 記録等の種類(該当する番号又は・を○で囲んでください。) ① 利用記録 ② _____ ③ その他(_____)
4 開示方法	該当する番号を○で囲んでください。 (1) 閲覧 (2) 写しの交付 (3) 閲覧及び写しの交付
5 閲覧の際に同席を希望している者	※(原則2名以内)原則として利用者本人が同席を同意している文書を添付 氏名 _____ 利用者との関係 _____ ----- 氏名 _____ 利用者との関係 _____
6 備考	