

ケアハウス生目の郷 重要事項説明書

ケアハウス 生目の郷

重要事項説明書

あなたに対する入居サービス提供開始にあたり、厚生省令第107号第12条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業者

事業者の名称	社会福祉法人 海菊会
事業者の所在地	宮崎市大字小松字口ノ坪2872番地1
法人種別	社会福祉法人
代表者名	長沼 弘三郎
電話番号	0985-47-3355
指定年月日及び指定番号	平成16年5月11日 4570102402

2. ご利用施設

施設の名称	ケアハウス 生目の郷
施設の所在地	宮崎市大字小松字口ノ坪2872番地1
施設長名	福森 修
電話番号	0985-47-3355
ファクシミリ番号	0985-47-5288

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	家庭環境、住宅事情等の理由により、居宅において生活することが困難な高齢者に入居をして頂き、高齢者が健康で明るい生活を送れるようにする。
施設運営の方針	食事の提供・入居者からの相談の受付を通じ、入居者が存する機能に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう援助する。

4. サービス内容

- (1) 食事の提供 朝食(7:30~8:30) 昼食(11:30~12:30) 夕食(17:15~18:15)
- (2) 相談 相談員が常時各種の生活相談に応じ、適切な助言と必要に応じて行政及び関係機関への紹介、手続き等の援助を行なう。
- (3) 緊急時の対応 急変時には、原則としては主治医に連絡を取り救急車を手配する。

5. サービス委託業者

所在地	東京都千代田区丸の内2-7-3 東京ビルディング20階
名称	日清医療食品(株)
代表者名	代表取締役社長 立林 勝美
電話番号	03-3287-3611
事業の内容	病院・施設等給食委託業務
委託の内容	給食委託業務

6. 施設の概要

(1) 敷地及び建物

敷地		2 2 7 7 . 9 3 m ²
建物	構造	鉄筋コンクリート3階建（耐火建築）
	延べ床面積	2 8 3 0 . 9 5 m ²
	利用定員	5 0 名（自立：2 0 名、介護付：3 0 名）

(2) 主な設備

設備の種類	数	設備の種類	数
介護専用居室	5 0 室（定員50名）	一般浴室	2 箇所
一時介護室	1 室	機械浴室	1 箇所
食堂	1 箇所	多目的便所・一般便所	3箇所・53箇所
機能訓練室	1 室	居室内浴室	20箇所

7. 職員体制（主たる職員）

令和 7 年 1 月 1 日現在

従業員の職種	区分				合 計 人 員	常 勤 換算後 の人員	兼務の状況等	保 有 資 格
	常勤		非常勤					
	専 従	兼 務	専 従	兼 務				
管理者(施設長)	1	0	0	0	1.0	1.0		社会福祉施設長資格認定課程講習終了
生活相談員	0	3	0	0	3.0	1.0	介護職員	社会福祉士・介護福祉士
介護職員 看護職員 計画作成担当者	9	12	1	0	22.0	14.8	生活相談員・ 看護職・ 介護支援専門員	介護福祉士・実務者研修・介護支援専門員・准看護師
介護補助職員	0	0	3	0	3.0	2.3		実務者研修
栄養士	1	0	0	0	1.0	1.0		管理栄養士
事務職員	1	1	1	0	3.0	2.4	生活相談員	社会福祉施設長資格認定講習課程修了・ 日商簿記3級・社会福祉主事

8. 職員の勤務体制

従業員の職種	主 な 勤 務 体 制	休 暇
管理者	日勤（9：00～18：00）	シフトによる
生活相談員	日勤（8：30～17：30）	シフトによる
介護職員	早番（7：30～16：30） 日勤（8：30～17：30） 日勤（9：30～18：30） 夜勤（16：00～9：00）	シフトによる
栄養士	日勤（8：30～17：30）	シフトによる
事務職員	日勤（8：00～17：00）	シフトによる

	日勤（８：３０～１７：３０）	
--	----------------	--

９．営業日

営業日	年中無休
-----	------

１０．苦情等申立先

当施設ご利用相談室	苦情責任者 福森 修 苦情担当窓口 三輪 俊太・迫田 恵美・恒吉 香里・緒方 慎也 ご利用時間 毎日午前８時３０分～午後１７時３０分 ご利用方法 電話０９８５－４７－３３５５（面談 施設内）
国民健康保険団体連合会	住所 〒880-8581 宮崎市下原町２３１－１ 電話 ０９８５－３５－５３０１
宮崎市役所長寿支援課	住所 〒880-8505 宮崎市橘通西１－１－１ 電話 ０９８５－２１－１７７３

１１．協力医療機関

医療機関の名称	猪島医院
院長名	内野 竜二
所在地	宮崎市大塚町馬場崎３５２０番地２
電話番号	０９８５－５１－７７００
診療科	外科、内科、胃腸科、肛門科、放射線科
契約の概要	当施設と猪島医院とは、往診の依頼および入所者に病状の急変があった場合に緊密に連絡をとります。

医療機関の名称	あおやま訪問・救急クリニック
院長名	青山 剛士
所在地	宮崎市池内町榎迫５２３－２５
電話番号	０５０－５５３０－４０１３
診療科	救急科、内科
契約の概要	当施設とあおやま訪問・救急クリニックとは、往診の依頼および入所者に病状の急変があった場合に緊密に連絡をとります。

医療機関の名称	巴 外科内科
院長名	巴 寛・巴 朋子
所在地	宮崎市大字恒久寺ノ前５９８８番地
電話番号	０９８５－５１－１７７７
診療科	外科 / 内科 / 整形外科 / リハビリテーション科 / 胃腸科 / 肛

	門科 / 訪問診療
契約の概要	当施設と巴外科内科とは、往診の依頼および入所者に病状の急変があった場合に緊密に連絡をとります。

医療機関の名称	宮崎北歯科医院
院長名	兵頭 由規
所在地	宮崎市大字芳士１０９８番地６
電話番号	０９８５－３９－８１４８
診察科	歯科
契約の概要	当施設と宮崎北歯科医院とは、往診の依頼および入所者に病状の急変があった場合に緊密に連絡をとります。

医療機関の名称	さくらデンタルクリニック
院長名	前田 雄一郎
所在地	宮崎市高岡町内山２６０２番地１
電話番号	０９８５－６４－８５８３
診察科	歯科
契約の概要	当施設とさくらデンタルクリニックとは、往診の依頼および入所者に病状の急変があった場合に緊密に連絡をとります。

医療機関の名称	藤木病院
院長名	藤木 啓
所在地	宮崎市大字小松２９８８（生目）
電話番号	０９８５－４７－０４１５
診察科	内科、外科、胃腸科、肛門科、リハビリテーション科
契約の概要	当施設と藤木病院とは、入所者に病状の急変があった場合に緊密に連絡をとります。

１２．非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「消防計画書」にのっとり対応を行います。			
平常時の訓練等	別途定める「消防計画書」にのっとり年２回の夜間および昼夜を想定した非難訓練を、入居者の方も参加して実施します。			
防災設備	設備名称	個数等	設備名称	箇所
	スプリンクラー	あり	防火扉・シャッター	３箇所
	非難階段	２箇所	屋内消火栓	６箇所
	自動火災報知機	あり	非常通報装置	あり
	誘導灯	１８箇所	漏電火災報知機	あり
	ガス漏れ報知器	あり	非常用電源	あり

	カーテン布団等は防災性能のあるものを使用しております
消防計画等	消防署への届出日：令和元年5月13日 防火管理者：福森 修

13. 施設利用料（個人負担額：月額）

※令和7年4月1日改定

（1）保証金（200,000円） 保証金は、入居の時に必要です。

（2）事務費、生活費、管理費

年収	事務費	生活費	管理費
150万円以下	10,000	48,764 ※冬季加算(11月～3月) 2,160	21,600
～160万円	13,000		
～170万円	16,000		
～180万円	19,000		
～190万円	22,000		
～200万円	25,000		
～210万円	30,000		
～220万円	35,000		
～230万円	40,000		
～240万円	45,000		
～250万円	50,000		
～260万円	57,000		
～270万円	64,000		
270万円以上	70,700		

※利用料の合計金額は、事務費・生活費・管理費・電気、水道代（一律12,300円）・持込家電品料の合算となります。

※※生活費の中で食事代については、欠食する日の3日前（欠食日は含まない）までに施設に届けた場合には、朝食であれば225円、昼食であれば275円、夕食であれば275円を、其々の欠食回数に乗じて算出し、当該月の利用料請求の際に、その算出された料金を利用料より減額いたします。

（令和7年2月1日改定）

※※※利用料は社会的状況の変化、消費増税等により変動する場合があります。

14. 当施設ご利用の際に留意していただく事項

来訪・面会	来訪者は、面会簿に記入し、必ずその都度職員に声かけして下さい。 来訪者が宿泊される場合は必ず許可を得て下さい。
外出・外泊	外泊・外出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。
託医師以外の医療	個人で受診して頂きます。

機関への受診	
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したがってご利用ください。 これに反したご利用方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。
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、むやみに他の入所者の居室等に立ち入らないようにしてください。
所持品の管理	ご自身での管理をお願いいたします。
現金等の管理	ご自身での管理をお願いいたします。
宗教活動・政治活動	施設内での他の入所者に対する宗教活動、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。
禁煙	全館禁煙となっておりますので、ご協力をお願いします。

私は、本書面に基づいて乙の職員（職名 生活相談員 氏名 三輪 俊太）から上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

令和 年 月 日

入居者 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

入居者の保証人 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

続柄 _____

入居者の保証人 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

続柄 _____