

重要事項説明書

作成日 令和7年9月

1 事業主体概要

事業主体名	株式会社 福あーるメディカルレジデンス
代表者名	太田 友樹
所在地	福岡市早良区荒江3丁目15-21
電話番号	092-821-0189
設立年月日	平成17年2月1日

2 施設概要

施設名	メディカルレジデンスＫＡＩ早良
特定施設入所者生活介護	平成17年2月1日指定 福岡県 4071401683号
その他の指定事業	なし
施設の類型	介護付有料老人ホーム
施設目的と運営の方針	要介護状態又は要支援状態にある入居者に対し、適切な指定特定施設入所者生活介護サービスを提供することを目的とする。 介護保険法並びに関係する厚生省令、告示の趣旨、内容を遵守し、特定施設サービス計画に基づき、日常生活上の世話及び機能訓練等の適切なサービスが総合的かつ効率的に提供されるよう配慮するとともに、利用者の意思および人格を尊重し、常に利用者の立場にたったサービス提供に努める。
施設長名	太田 友樹
開設年月日	平成17年2月1日
所在地・電話番号	福岡市早良区荒江3丁目15-21 092-821-0189
交通の便	西鉄バス 原農協前停留所 約90m
敷地概要（権利関係）	敷地面積：1073.77 m ² 有料老人ホーム運営のため15年間は貸付とし、その後は再度話し合いの上決定する。
建物概要（権利関係）	延べ床面積：1365.77 m ²

3 主な設備等の概要

設備の種類	設備の数	備考（面積等の説明）
居室	35室（定員35名） 全室個室、介護居室として対応可	18.1m ² ～18.71m ²
浴室	4室 ・1階 共同浴室（介護浴室） ・2,3,4階 介護用ユニット形式浴室	1階共同浴室は、併設のデイサービスセンターと共に。
トイレ	各居室設置、1階共用6箇所、2階共用2箇所	共用は併設医療機関含む。
健康管理室	1室 ・1階	
食堂	4室 ・1階（機能回復訓練室兼用） ・2,3,4階	
多目的室	3室 ・2,3,4階	
廊下の幅	最低 1.6 m	
その他共用施設の概要	◦洗濯室3室 ◦2,3,4階 ◦共用ミニキッチン3箇所 ◦2,3,4階	
ナースコール等緊急連絡・安否確認	浴室、トイレ、各居室にナースコール設置。 夜間も職員を配置。	

4 主な従業者の概要

	職員数	常勤換算後の人 数	夜間勤務職員数	備考
従業員の内訳	施設長	1	1	
	生活相談員	1	1	
	直接処遇職員	12	10.6	1
	機能訓練指導員	※1	※1	
	計画作成担当者	※1	※1	生活相談員兼務
	栄養士			委託
	調理員			委託
	事務職員	1	1	
	その他職員	2(2)	1	

5 利用料金の支払方法

上記の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、翌月15日頃に明細を添えてご請求します。
支払いが必要な場合については下記の口座にお振込ください。

福岡銀行 荒江支店 普通預金口座 口座番号 1440685
(有) 俊生会

6 施設の利用者数等に関する概要

入居定員	35名		
入居状況 令和 7年 9月 現在	総数 (性別内訳)		18名 (女性 11名、男性 7名)
	平均年齢		89歳

7 特定施設入所者生活介護の事業指定に係る事項

(令和 7年 9月 現在)

利用者数		18名				
従業者	区分			常勤換算後の人員	備考	
	常勤		非常勤			
	専従	兼務	専従	兼務		
内訳	施設長 (管理者)		1		1	
	生活相談員		1	1	1	
	看護職員	2	1		2.4	
	介護職員	7	2		8.2	
	機能訓練指導員	1			1	看護職兼務
	計画作成担当者		1	1	1	生活相談員兼務
常勤換算方法の考え方		週40時間 8時間／日で計算				

参考：事業者指定に関わる従業者の勤務体制の概要

従業者の種類	標準的な状態における勤務体制	休暇
管 理 者	8:30～17:30常勤で勤務	4週9休
生活相談員	8:30～17:30常勤で勤務	4週9休
看 護 職 員	早出 7:00～16:00 日勤 8:30～17:30 遅出 9:30～18:30 夜勤 17:00～翌9:00	4週9休
介 護 職 員		4週9休
機能訓練指導員		4週9休
計画作成担当者		4週9休

8 介護の場所等の基本的考え方

要介護時（痴呆を含む）に 介護を行う場所	契約居室（個室） 但し、入居者に対して、より適切な介護を提供するために必要と判断した場合には、別の居室に移動することがあります。 介護場所の変更の判断に際しては、次に掲げる手続きをとるものとします。 一 事業者の指定する医師の意見を聞く 二 入居者の意思を確認する 三 入居者の身元引受人（キーパーソン）の意見を聞く
-------------------------	---

9 協力医療機関等

協力医療機関（又は嘱託医） の概要及び協力内容	たけとみクリニック、村上華林堂病院、白十字会 白十字病院、定期健診、緊急時の対応、治療、日常の健康相談・看護指導、他の医療機関に入院、治療を要する場合の紹介
入居者が医療を要する場合 の対応	付き添い、連絡代行等をホームが行う。 医療保険制度で支給される以外の費用は利用者負担。
重度化した場合の対応	入院治療を要すると判断した場合の医療機関への紹介。
看取りの対応	ご本人・ご家族の意向を基に介護計画を作成し尊厳あるターミナルケアを目指します。

看取り指針・重度化した時の指針については合わせて重要事項にてご説明致します。

10 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「防災計画」にのっとり対応を行ないます。			
平常時の訓練等	別途定める「防災計画」にのっとり訓練を行ないます。			
防災設備	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	各フロア、各居室	防火扉・シャッター	各フロア
	非常階段	2箇所	屋内消火栓	各フロア
	自動火災報知器	各フロア、各居室	非常通報装置	1箇所
	誘導等	各フロア、階段	漏電火災報知器	
	ガス漏れ報知器	各フロア	各フロア	
	・共用部、居室のカーテン、布団は防炎性能のあるものを使用します。			
防災計画等	消防署への届出日：令和7年 9月26日 防火管理者：森田 美紀			

11 その他ご利用の際の留意事項

来訪	来訪者は、必ずその都度職員に届け出てください。来訪者が宿泊される場合には必ず許可を得てください。
外出・外泊	外出・外泊の場合には必ず行き先と帰宅予定時間を職員に届け出てください。
居室・設備・器具の利用	居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用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。
喫煙・飲酒	喫煙・飲酒に関しましては、お断りさせていただいております。
食事について	<ul style="list-style-type: none"> お食事の時間は、朝食が8時、昼食が12時、夕食が18時となっております。食事開始から2時間以内にお召し上がり下さい。 食事のメニューとしまして、魚か肉かのいずれかの選択は可能となっております。(随時ではございません。) お食事の場所としまして、フロアもしくは居室での選択が可能な場合もございます。
迷惑行為等	騒音等、他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の利用者の居室等に立ち入らないようにしてください。
所持品、現金等の管理	入居者預り金（ご本人の希望で嗜好品等を購入する為1万円迄を預かりとする）出納票に入出金の都度記入し、月末キーパーソンが確認する
宗教・政治活動	施設内で他の利用者に対する宗教活動及び政治活動、その他過度の勧誘行為はご遠慮ください。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育は、お断りさせていただいております。

12 損害賠償について

本契約第10条より

第10条

1 事業者は、本契約に基づくサービスの提供に当たって、万が一事故が発生し入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、不可抗力による場合を除き、速やかに入居者に対して損害を賠償します。但し、入居者に重大な過失がある場合は賠償額を減ずることができます。

13 契約の終了について

1 本契約は、次の各号の一つに該当するときは、終了します。

- 一 入居者が死亡した場合
- 二 要介護認定により入居者が自立と認定された場合
- 三 ホームの入居契約が終了した場合
- 四 ホームが介護保険法法令等に基づく特定施設入所者生活介護の事業者指定を取消された場合
又は指定を辞退した場合
- 五 入居者がホームの特定施設入所者生活介護に代えて、他の介護サービスの利用を選択した場合
- 六 第28条から第30条に基づき、本契約が解約又は解除された場合

本契約第29条より

第29条

- 1 事業者は、入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことが本契約をこれ以上将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難であると認められる場合に、本契約を解除することができます。
 - 一 入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき
 - 二 月額の利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅延するとき
 - 三 第20条（禁止または制限される行為）の規程に違反したとき
 - 四 入居者の行動が、他の利用者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができないとき
 - 五 入居者の全身状態の悪化により、当施設での介護が困難と総合的に判断されたとき
- 2 前号の規定に基づく契約の解除の場合は、事業所は次の各号の手続きによって行います。
 - 一 契約の解除の通告について90日の予告期間をおく
 - 二 前号の通告に先立ち、入居者および身元引受人等に弁明の機会を設ける
 - 三 解除通告に伴う予告期間中に、入居者の移転先の有無を確認し、移転先がない場合には、入居者や身元引受人等、その他関係者・関係機関と協議し、移転先の確保について協力する
- 3 前項の場合、事業者は次の手続きを行います。
 - 一 一定の観察期間をおくこと。
 - 二 医師の意見を聞くこと。
 - 三 契約解除の通告について3ヶ月以上の予告期間をおくこと。
 - 四 前号の通告に先立ち、入居者本人の意思を確認するとともに、入居契約で定める身元引受人の意見を聞くこと。
- 4 事業者は、本契約に基づくサービス利用料金の支払いにつき、入居者がしばしば遅延し、その支払いがない場合など、本契約における事業者と入居者の信頼関係を著しく害するものと判断した場合には、3ヶ月の予告期間をおいて、本契約を解除することができます。この場合、前項第4号の規定を準用します。
- 5 前項において、入居者が介護保険法令等に定める法定代理受領サービスを希望しており、本契約第6条第2項第一号の費用の利用料の支払いを遅延する場合には、事業者が本契約の解除に先立ち行う予告期間は6ヶ月とします。

本契約第30条より

第30条

- 1 入居者は、本契約の有効期間中、いつでも本契約を解除することができます。この場合、入居者は契約終了を希望する日の30日前までに事業者に書面により通知するものとします。

1.4 苦情の受付について

ホーム内の体制	<p>窓口担当者</p> <ul style="list-style-type: none">・ ご利用時間 担当者勤務日における午前9時～午後5時 (但し、事情により即時に対応できない場合があります)・ ご利用方法 電話：092-821-0189 <p>その他</p> <ul style="list-style-type: none">・ 各職員にて随時受け付け致します。・ 苦情箱の設置（談話コーナーに設置します）
ホーム外の窓口	<ul style="list-style-type: none">・ 福岡市内区役所 介護保険課・ 国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口 092-642-7859

苦情解決の流れ

苦情の受付

苦情受付担当者は、利用者からの苦情・疑問を隨時受け付けます。
苦情を受けた担当者は、内容、苦情の申し出人の意向を確認します。

苦情受付の報告・確認

苦情受付担当者は、受けつけた苦情を苦情解決責任者に報告します。

苦情解決に向けての話し合い

苦情解決責任者は、申し出人との話し合いによる解決に努めます。
話し合いの結果や改善事項等は書面に記録し確認を行います。
苦情受付担当者による対応で解決できない場合は責任者と申出人との話し合いによる解決に努めます。

苦情解決結果検討

個人情報に関するものを除き、施設内で検討会を行い再発の防止とサービスの質の向上に努めます。

介護付有料老人ホームパッセオでは、利用者及びご家族からの苦情に適切に対応する体制を整えています。

苦情解決責任者・苦情受付担当者は下記の通りです。

1. 苦情受付担当者　　相談員（介護計画作成担当者）

水上　美枝子

電　　話： 092-821-0189

FAX： 092-847-0707

2. 苦情解決責任者　　施設長　太田　友樹

電　　話： 092-821-0189

FAX： 092-847-0707

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致します。

（2）苦情受付の報告・確認

苦情受付担当者が受け付けた苦情を苦情受付責任者に報告いたします。

（3）苦情解決のための話し合い

苦情解決責任者は申し出人と誠意をもって話し合い、解決に努めます。

（4）本事業所で解決できない苦情は、お住まいの市町村や「福岡県国民健康保険団体連合」「公的機関」へ申し立てが出来きます。

介護サービス苦情相談窓口

高齢者サービス支援課 在宅指導係

電話（092）711-4257

公的機関の相談窓口

福岡市 東 区役所・介護保険課 電話092-645-1069

博多区役所・介護保険課 電話092-419-1081

中央区役所・介護保険課 電話092-718-1102

南 区役所・介護保険課 電話092-559-5125

城南区役所・介護保険課 電話092-833-4105

早良区役所・介護保険課 電話092-833-4355

西 区役所・介護保険課 電話092-895-7066

受付時間 午前8時30分から午後5時まで
(土・日・祝日を除く)

福岡県国民健康保険団体連合会介護保険相談窓口

電話（092）642-7859

15 夜間の看護体制について

看護責任者 _____

1. 当施設はたけとみクリニックと24時間連絡体制が確立されており、健康上の管理等を行う体制を確保しております。
2. 心身に重度化が見られる場合は速やかに連携を図りたけとみクリニック、協力病院への入院等の手続きを行います。

添付書類：「介護サービス等の一覧表」

説明年月日 令和 年 月 日

説明者氏名 _____ 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、指定特定施設入所者生活介護サービスの提供開始に同意しました。

(※利用申込に際し、判断能力に障害がある場合には、立会人が署名)

入居者住所 _____

氏名 _____ 印

(代筆者氏名) _____ 印 (続柄) _____

(立会人氏名) _____ 印

この重要事項説明書は、厚生省令第37号 第8条居宅サービス基準第178条の規定に基づき、利用者申込書またはその家族への重要事項説明のために作成したものです。