

# ケアハウス「花みずき」重要事項説明書

社会福祉法人 愛 和 会

総合福祉施設 ローズコミュニティ・緑地

## ケアハウス「花みずき」重要事項説明書

ご利用者(又はご利用者の家族)が利用されようとしているケアハウス「花みずき」について、契約を締結する前に事業所の概要と提供しますサービス内容をご説明します。わからないこと、わかりにくいことがあれば、ご遠慮なくご質問ください。

### 1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 愛和会
- (2) 法人所在地 豊中市寺内 1 丁目 1 番 10 号
- (3) 電話番号 06-6866-2941
- (4) FAX 番号 06-6866-2950
- (5) 代表者氏名 理事長 高岡 秀幸
- (6) 設立年月日 平成 14 年 1 月 29 日

### 2. ご利用施設概要

- (1) 建物の構造 鉄筋コンクリート造 地上5階
- (2) 建物延べ床面積 16,136.50㎡
- (3) 施設の周辺環境 京阪神から交通至便で、かつ府立公園として最も大きな服部緑地公園の緑と水に恵まれたところで、豊かな自然環境は利用される方やそのご家族の方にも、きつとご満足いただける位置にあります。
- (4) 併設事業 ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類	指定年月日	指定番号	利用定員
特別養護老人ホーム	平成 15 年 3 月 31 日	2774001933	80 名
短期入所生活介護	平成 15 年 3 月 31 日	2774001933	20 名
通所介護	平成 15 年 3 月 20 日	2774001883	50 名
老人保健施設	平成 15 年 3 月 31 日	2754080048	50 名
通所リハビリ	平成 15 年 3 月 31 日	2754080048	50 名
訪問介護ステーション	平成 15 年 3 月 20 日	2774001875	
居宅介護支援事業	平成 15 年 6 月 30 日	2774002006	

### 3.ご利用施設

(1) 施設の種類:軽費老人ホーム ケアハウス

(2) 施設の目的

軽費老人ホーム施設は、日常生活は自立して行えるが、ひとり暮らしに不安があり、家族の援助を受けることがむずかしい人のため入居を考えている方への施設。

(3) 施設の名称 ケアハウス「花みずき」

(4) 施設の所在地 豊中市寺内 1丁目 1番 10号

地下鉄御堂筋線(北大阪急行電鉄)「服部緑地公園」駅下車、西へ400m 徒歩5分

(5) 電話番号 06-6866-2941 FAX番号 06-6866-2950

(6) 施設長名 長尾 雅子

(7) 愛和会の理念

1. 広く社会のためにより良い保健福祉サービスを提供し、生きがいのある社会生活の増進に貢献する。
2. 人間の尊厳と人権を尊重し、公正で平等な法人活動に努める。
3. 地域社会との協調を深め、創意工夫をこらして利用者の保健福祉の向上と法人の健全な発展を図る。
4. 保健福祉に携わる者としての使命を自覚し、学識、技術の研鑽と人間性の向上に努める。
5. 自主性と和の精神を重んじ、利用者と共に法人に働く誇りと喜びを共にする。

モットー

貢献 創意 協調

(8) 開設年月日 平成 15 年 4 月 1 日

(9) 入居定員 20名

### 4.施設利用対象者

(1) 満60歳以上(ご夫婦もしくは兄弟・親子の場合は、どちらかが60歳以上)で、自立して生活できる方が対象です。自立とは、身の回りの事、掃除、洗濯、買い物が介助なしでできる状態です。

(2) 入所契約の締結前に、感染症等に関する健康診断を受け、その診断書の提出をお願いしていますので、ご協力くださるようお願いいたします。

### 5.居室の概要

施設での居室は、すべて個室で簡単なキッチンや洋式トイレ設備をご用意しています。また、夫婦用居室もご用意しています。

## 6. 職員の配置状況

施設では、ご契約者に対しケアハウス「花みずき」の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	配 置 人 員	指 定 基 準(常勤換算)
1. 施設長〈管理者〉	1名	1名
2. 生活相談員	1名	1名
3. 介護職員	3名	1名

＜主な職種の勤務体制＞

職 種	勤 務 体 制
1. 生活相談員	月～金曜日 8:30～17:00
2. 介護職員	7:30～19:00
3. 事務員	月～金曜日 8:30～17:00

＜主な職種の業務内容＞

生活相談員	ご契約者の日常生活上のご相談に応じ、適宜生活支援を行います。 1名の生活相談員を配置しています。
介護職員	ご契約者の日常生活上の健康保持のための相談・助言をお受けします。
事務員	施設管理に関する事務をおこないます。

## 7. 提供するサービスについて

種 類	サ ー ビ ス 内 容
生活相談・援助	各種生活相談及び援助をおこないます
食事の提供	1日3食 管理栄養士による献立の食事を食堂でご用意します
入浴のサービス	入浴設備の管理・入浴の準備をいたします
レクリエーション	趣味・教養・娯楽等の援助
緊急時の対応	急病・災害等に対し必要な措置を講じます

★ 医療サービスは併設の「豊中あいわ苑診療所」の利用ができます。

## 8. 利用料金について

### (1) 居住に要する費用

施設建設費及び長期修繕費 20 年間分の入居者分担金で、下記のいずれかの方式を選んでいただけます。なお、一括払いのご利用で 20 年以内に退居される場合には、月割りにて返還いたします。

	入居時の一括支払額	分割払い(月額)
一括方式	9,090,000 円	
併用方式	5,000,000 円	18,000 円
分割方式		40,100 円
退去時返戻金	一括払いの場合、20 年以内の退居時に、未経過期間分を精算返戻いたします。	

### (2) 生活費・サービスの提供に要する費用

主に食事サービスに使用される経費です。(月額 48,760 円)

なお、3 日前までにお申し出いただければ 1 日単位(1 日 950 円)で返金します。

(※介護保険を使い施設内併設の通所介護及び通所リハビリを利用される場合にのみ昼食代 300 円の返金となります)

施設運営のため入居者費用負担は国の基準により下記のとおりです。

対象収入による階層区分		生活費	サービスの提供に要する費用	月額合計
1	1,500,000 円 以下	48,760 円	10,000 円	58,760 円
2	1,500,001 円 ~ 1,600,000 円	48,760 円	13,000 円	61,760 円
3	1,600,001 円 ~ 1,700,000 円	48,760 円	16,000 円	64,760 円
4	1,700,001 円 ~ 1,800,000 円	48,760 円	19,000 円	67,760 円
5	1,800,001 円 ~ 1,900,000 円	48,760 円	22,000 円	70,760 円
6	1,900,001 円 ~ 2,000,000 円	48,760 円	25,000 円	73,760 円
7	2,000,001 円 ~ 2,100,000 円	48,760 円	30,000 円	78,760 円
8	2,100,001 円 ~ 2,200,000 円	48,760 円	35,000 円	83,760 円
9	2,200,001 円 ~ 2,300,000 円	48,760 円	40,000 円	88,760 円
10	2,300,001 円 ~ 2,400,000 円	48,760 円	45,000 円	93,760 円
11	2,400,001 円 ~ 2,500,000 円	48,760 円	50,000 円	98,760 円
12	2,500,001 円 ~ 2,600,000 円	48,760 円	57,000 円	105,760 円
13	2,600,001 円 ~ 2,700,000 円	48,760 円	64,000 円	112,760 円
14	2,700,001 円 ~ 2,800,000 円	48,760 円	71,000 円	119,760 円
15	2,800,001 円 ~ 2,900,000 円	48,760 円	78,000 円	126,760 円
16	2,900,001 円 ~ 3,000,000 円	48,760 円	85,000 円	133,760 円
17	3,000,001 円 ~ 3,100,000 円	48,760 円	92,000 円	140,760 円
18	3,100,001 円 以上	48,760 円	145,666 円	194,426 円

(生活費・サービスの提供に要する費用は国の基準により毎年改定いたします)

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います。

注)2 夫婦でご入居される場合はご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し、その額が150万以下に該当する場合の夫婦はそれぞれのサービスの提供に要する費用徴収額については、上記表の額から30%減額した額を本人からのサービスの提供に要する費用徴収額(月額)とします。この場合100円未満は切り捨てとします。

注)3 11月～3月は、暖房費としての加算経費が必要です。(月額 2,100円)

注)4 電気代・水道代は別途使用量による額を個人負担といたしております。

## 9. 利用料金のお支払方法について

(1)居住に要する費用(旧局長通知の「管理費」)を一括方式でのお支払い方法は、毎月のサービスの提供に要する費用(旧局長通知の「事務費」)・生活費を指定銀行口座自動引き落としでお支払いいただきます。

(2)居住に要する費用を併用方式または分割方式でお支払いの方は毎月のサービス提供に要する費用・生活費の他に、居住に要する費用の分割払い月額(併用方式では18,000円、分割方式では40,100円)を加算してお支払いいただきます。

(3)毎月ご利用の光熱費(電気代・水道代)は利用表に従って、1)・2)と共にご請求致します。翌月26日に指定銀行口座より自動引き落としでお支払いいただきます。

(4)居住に要する費用を一括方式及び併用方式でお支払いの場合は入居月の前月20日までに下記口座へお振込み下さい。

銀行	三菱UFJ銀行
支店	梅田支店(044)
種類	普通
口座名義	フク)アイワカイ リジチョウ タカオカ ヒデユキ 社会福祉法人愛和会 理事長 高岡 秀幸
口座番号	0302595

## 10. 秘密保持と個人情報の保護について

(1)利用者及びそのご家族に関する秘密の保持について

事業者及び事業者の勤務する者は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。

また、この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続いたします。

## (2) 個人情報の保護について

事業者は、利用者及び家族から予め文書で同意を得ない限り、利用者及び家族の個人情報を第三者に提出することはありません。

事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、善良なる管理者の注意を持って管理し、また処分の際には第三者への漏洩を防止するものいたします。

## 11. 契約の解除について

契約解除事由は以下のとおりです。

1. 事業者が解散・破産した場合
2. 施設が滅失した場合。
3. 利用者が死亡した場合。
4. 利用者から契約解除を申し出た場合。
5. 事業者から契約解除を申し出た場合。

(1) 利用者から契約解除を申し出る場合は、30 日以上の予告期間を持って事業者に契約解除届けを提出してください。

(2) 以下の事由によって事業者から契約解除を申し出る場合は、30 日以上の予告期間を置いて通知することがあります。

- ① 入居時に必要な事項について虚偽の届出を行った場合。
- ② 利用料その他の費用の支払いを2ヶ月以上遅延または滞納し、利用者への督促にもかかわらず支払われない場合。
- ③ 心身障害等により常時介護を必要とし、居室での自立した日常生活の維持が困難であると事業者が判断した場合。
- ④ 金銭管理、各種サービスの利用について自己の判断ができなくなったと事業者が判断した場合。
- ⑤ 共同生活の秩序を著しく乱し、他の利用者に迷惑をかける恐れがあると事業者が判断した場合。
- ⑥ その他、本契約を継続しがたい重大な事情のある場合。

## 12. サービスの利用に関する留意事項

施設・設備の使用上の注意

1. 共用施設及び敷地はその本来の用途に従ってご利用ください。
2. 故意又は僅かな注意を払うことにより避けられたにもかかわらず、施設・設備を壊した場合または汚した場合には、利用者の自己負担にて弁済していただくことがあります。
3. 施設職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動、勧誘等を行うことはできません。

4. ペットの持ち込みはできません。
5. 定められた喫煙スペース以外での喫煙はできませんので、ご協力をお願いします。

### 13. 苦情の受付について

(1)当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

苦情受付担当

[職名] 生活相談員 山崎 佳菜

受付時間 月曜日～金曜日 8:30～17:00

電話番号 06-6866-2941

FAX番号 06-6866-2950

(2)行政機関の苦情受付

<p>豊中市の窓口 豊中市福祉部 長寿社会政策課</p>	<p>〒561-8501 所在地 豊中市中桜塚3丁目1番1号 電話番号 06-6858-2838 FAX 06-6858-3146 受付時間 8:45～17:15 月～金(祝日を除く)</p>
<p>豊中市役所 『話して安心、 困りごと相談』</p>	<p>〒561-8501 所在地 豊中市中桜塚3丁目1番1号 電話番号 06-6858-2815 FAX 06-6854-4344 受付時間 9:00～17:15 月～金(祝日を除く)</p>

### 14. 協力医療機関について

以下の協力医療機関を定めております。

医療機関の名称	所在地	電話番号
上田病院	大阪府豊中市稲津町1丁目7-1	06-6334-0831
千船病院	大阪市西淀川区福町3-2-39	06-6471-9541
井上病院	吹田市江の木町16-17	06-6385-8651
宇野歯科医院	豊中市庄内東町2-7-21-1F	06-6332-0648

### 15. 施設利用者さまの個人情報保護について

個人情報の利用目的について

当施設では、利用者さまの個人情報を下記の目的で利用させていただくことがございます。これ

ら以外の目的で利用させていただく必要が生じた場合には、改めて利用者さまからの同意をいただくこととしております。

◎ 介護提供

- 当該利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携
- その他の業務委託
- 家族への心身の状況説明

◎ 当施設の管理運営業務

- 会計・経理
- 事故等の報告
- 当該利用者のサービスの向上
- 入退所等の管理
- その他、当施設の管理運営業務に関する利用

◎ 業務の維持・改善のための基礎資料

- ◎ サービスの質の向上を目的とした当施設内での事例研究
- ◎ 外部監査機関への情報提供

年 月 日

「軽費老人ホーム」のサービス提供に際し、本書面に基つき重要事項の説明を行いました。

ケアハウス「花みずき」 説明者職名

氏 名

私は、本書面に基つきケアハウス「花みずき」の重要事項を受けました。

利用者 住 所

氏 名