

ケアハウスひまわり 重要事項説明書

ケアハウスにおけるサービス提供に当たり、施設の概要や提供されるサービスの内容、利用上の留意事項等の重要事項について次の通り説明します。

ご入所は、原則として60歳以上の方が対象となります。

1 事業の目的と運営方針

社会福祉法人おもと会（以下「事業者」という。）が開設するケアハウスひまわり（以下「施設」という。）は、老人福祉法（昭和38年法律第133号）の目的及び基本的理念に基づき、無料又は低額な料金で、身体機能の低下等により自立した日常生活を営むことについて不安が認められる者（以下「入所者」という。）を入所させ、施設の従業者等（以下「従業者」という。）が、食事の提供、入浴等の準備、相談及び援助、健康管理、社会生活上の便宜の供与など、日常生活上必要なサービスを提供することにより、入所者が安心して生き生きと明るく生活できるようにすることを目的とします。

2 事業者（法人）の概要

事業者（法人）	社会福祉法人おもと会
所在地	〒900-0006 沖縄県那覇市天久1000番地
代表者	理事長 石井 和博
設立年月日	1972年5月9日
電話番号	098-862-1000

3 施設の概要

(1) 施設の概要

施設名	ケアハウスひまわり
所在地	〒901-0215 沖縄県豊見城市字渡嘉敷140番地1
施設長	比嘉 宏吉
開設年月日	1998年4月1日
電話番号	098-851-0105
FAX番号	098-856-6578

(2) 設備の概要

居室	49室 個室が48室。2人部屋が1室あります。トイレ、洗面台、シャワー、収納クローゼット、簡易調理設備（ミニキッチン）、インターホン、ナースコール、ベッド、マットレス、カーテン、ルームエアコンを備えています。
談話室、娯楽室又は集会室	レクリエーションや日常の歓談に使用いただけます。

食堂	入所者の全員が使用できる十分な広さを備えた食堂等を設け、入所者が使用しやすい適切な備品類を備えます。
浴室	入所者が使用しやすい適切な設備を設けます。
洗面所	入所者が使用しやすい適切な洗面設備を設けます。
便所	入所者が使用しやすい適切な便所を設けます。
面談室	相談などを行えます。
その他	以下の設備を設けています。 <ul style="list-style-type: none"> ・調理室 ・洗濯室又は洗濯場（各階） ・宿直室 ・事務室 ・消火設備その他の非常災害に際して必要な設備 ・施設内に一斉に放送できる設備 ・エレベーター

(3) 施設の従業者体制

	職務の内容	人数
施設長	業務の一元的な管理	1名
生活相談員	入所者の生活相談、助言、支援等	1名
介護職員（常勤換算）	入所者の日常生活の介護、援助	2名以上
事務員	庶務及び会計、その他業務	1名
その他の従業者	調理スタッフ	2名

(4) 定員

定員	50名
----	-----

4 施設サービスの概要

(1) 基本サービス

種類	内容
入浴	・2日に1回以上の頻度で入浴の機会を提供し、入所者の清潔の保持に努めます。
食事	・入所者の心身の状況及び嗜好を配慮した食事を適切な時間に提供します。 【食事時間】 朝食 8時00分～ 9時00分 昼食 12時00分～13時00分 夕食 18時00分～19時00分 ・一時的な疾病等により、食堂において食事をするのが困難な場合は、居室において食事を提供するなど、必要な配慮を行います。
相談及び援助	・常に入所者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、入所者又はその家族に対し、その相談に適切に応じるとともに、必要な助言その他の援助を行います。
社会生活上の便宜	・要介護認定の申請等入所者が日常生活を営むために必要な行政機関等に対する手続きについて、入所者又はその家族が行うことが困難である場合には、

	<p>その者の意思を踏まえて速やかに必要な支援を行います。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・常に入所者の家族との連携を図るとともに、入所者とその家族との交流の機会を確保するように努めます。 ・入所者の外出の機会を確保するように努めます。
居宅サービス等の利用	<ul style="list-style-type: none"> ・入所者が要介護又は要支援状態となった場合には、その心身の状況、置かれている環境等に応じ、適切に居宅サービス等が受けられるよう必要な援助を行います。
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ・定期健診を行うなど入所者の健康管理に努めます。

(2) 有料サービス

施設は入所者又は代理人との合意に基づき、以下の有料サービスを提供するものとします。

① 特別な食事

注文食、行事食など、入所者又は代理人が選定する特別な食事を提供します。

② 入所者の嗜好品の購入

入所者又は代理人の希望により、必要に応じて従業員が代行します。

③ サービス提供に関する記録の複写物の提供

入所者又は代理人の希望により、サービス提供に関する記録の複写物の提供をします。

④ 行事、レクリエーション活動

一部の行事等については有料となります。入所者又は代理人の希望によりご参加頂けます。

⑤ 理美容サービス 理美容師の出張による理美容サービスをご利用いただけます。

⑥ コインランドリー 施設内に洗濯機、衣類乾燥機を設置しております。

⑦ インフルエンザ等感染症予防対策

入所者及び代理人、ご家族の意向を確認し、インフルエンザ等感染症の予防接種を行います。

⑧ カーテンクリーニング 居室の衛生保持のため、年1回カーテンクリーニングを行います。

⑨ 害虫駆除 衛生保持のため、年に1回以上、居室の衛生害虫駆除作業を行います。

5 利用料等

(1) サービス提供に要する費用

人件費・施設維持管理費等国の基準で定められた料金です。別表のように、入所者の前年対象収入によって異なります。

(2) 生活費：食材料費及び共用部分に係る光熱水費です。

(3) 居住に要する費用：光熱水費を除きます。

(4) 光熱水費：居室内で使用される電気・水道等の料金です。

(5) その他の費用

① 入所者又は代理人が選定する特別な食事に関する費用の額

入所者又は代理人の選択により外食、注文食、行事食など、①に定める通常の食事の提供に要する費用の額では困難な食費の額については、通常の食費を控除した額を入所者又は代理人が負担します。当該額は、提供ごとの食事の内容による価格とします。

② サービス提供に関する記録の複写物に関する費用：1複写につき10～80円

- ③ 教養娯楽設備等の提供、行事・レクリエーション活動等の活動費
材料代等の実費及び車両の使用等に要する費用の一部等をご負担いただきます。
- ⑤ 理美容代：実費（理美容事業者へ直接お支払いください）
- ⑥ インフルエンザ等感染症予防接種（希望者）：実費（医療機関へ直接お支払いください）
- ⑦ 健康診断（年1回）：実費（医療機関へ直接お支払いください）

保証金 100,000円

※以下に該当する場合に、この保証金を充当します。

ア 月々の利用料が支払えなくなった場合

イ 退去時における居室の原状回復に要する費用が発生した場合

(6) 利用料金の変更

上記(5)に定める費用については、経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合、事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う1月前にご説明します。

<別表> ケアハウスひまわり 入所者階層別料金表 (単位：円)

対象収入による階層区分		利 用 料 金			
		事務費(月額)	生活費(月額)	居住に要する費用	計
1	1,500,000円以下	10,000円	46,324	33,900	90,224
2	1,500,001円 ～ 1,600,000円	13,000円	46,324	33,900	93,224
3	1,600,001円 ～ 1,700,000円	16,000円	46,324	33,900	96,224
4	1,700,001円 ～ 1,800,000円	19,000円	46,324	33,900	99,224
5	1,800,001円 ～ 1,900,000円	22,000円	46,324	33,900	102,224
6	1,900,001円 ～ 2,000,000円	25,000円	46,324	33,900	105,224
7	2,000,001円 ～ 2,100,000円	30,000円	46,324	33,900	110,224
8	2,100,001円 ～ 2,200,000円	35,000円	46,324	33,900	115,224
9	2,200,001円 ～ 2,300,000円	40,000円	46,324	33,900	120,224
10	2,300,001円 ～ 2,400,000円	45,000円	46,324	33,900	125,224
11	2,400,001円 以上	48,600円	46,324	33,900	128,824
		11月から3月までの冬期には暖房費として一人月額1,900円を加算します。			
		ただし、当該利用料金は、沖縄県軽費老人ホーム利用料等取扱基準改正に伴い変更を致します。			

注1 「対象収入」とは、前年の収入（社会通念上収入として設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 夫婦で入所する場合については、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し、その額が150万円以下に該当する場合の夫婦それぞれの事務費徴収額については、前項表の額から30パーセント減額した額とします。この場合100円未満は切り捨てるものとします。

6 利用料金のお支払方法

利用料は、1月ごとに計算し、翌月の10日までにご請求いたしますので、請求された月の17日までに、次のいずれかの方法でお支払いをお願いします。

- ① 入所者又は代理人の銀行口座からの自動引き落とし
- ② 指定口座への現金振込み

7 施設を退所いただく場合等

(1) 入所者の退所

施設との契約では、契約が終了する期日は特に定めていません。次の事由があった場合に、施設との契約は終了し、入所者に退所していただくことになります。

- ① 事業者が解散、破産した場合又はやむを得ない事由により施設を閉鎖した場合
- ② 施設の滅失や重大な毀損により、入所者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ③ 入所者又は代理人から退所の申し出があった場合
- ④ 施設から退所の申し出を行った場合

(2) 入所者からの退所の申出（中途解約・契約解除）

契約の有効期間であっても、入所者から施設へ退所を申し出ることができます。その場合には、退所を希望する日の30日前までに退居届出書をご提出下さい。ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除し、施設を退所することができます。

- ① 施設が提供するサービス利用料金の変更に同意できない場合
- ② 施設の運営規程の変更に同意できない場合
- ③ 施設若しくは従業者が正当な理由なく本契約に定めるサービスを実施しない場合
- ④ 施設若しくは従業者が守秘義務に違反した場合
- ⑤ 施設若しくは従業者が故意又は過失により入所者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑥ 他の入所者が入所者の身体・財物・信用等を傷つけた場合若しくは傷つける恐れがある場合において、施設が適切な対応をとらない場合

(3) 施設からの申出により退所していただく場合

以下の事項に該当する場合には、施設から退所いただく場合があります。

- ① 入所者又は代理人が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ② 入所者又は代理人によるサービス利用料金の支払いが6ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ 入所者又は代理人が、故意又は重大な過失により施設又は従業者若しくは、他の入所者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ④ 入所者が他の施設（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院等）に入所した場合

(4) 円滑な退所のための援助

入所者が施設を退所する場合には、入所者の希望により、施設は入所者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、円滑な退所のために必要な以下の援助を入所者に対して速やかに行います。

- ① 適切な病院若しくは診療所又は介護老人保健施設等の紹介
- ② 居宅介護支援事業者の紹介
- ③ その他保健医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介

8 代理人等について

- (1) 施設では、契約締結に当たり、代理人、連帯保証人及び身元保証人の設定をお願いしています。

- ① 代理人は、入所者のご家族又は縁故者若しくは成年後見人等の中から選任していただくものとします。
 - ② 代理人は原則として連帯保証人を兼ねることとします。但し、施設と代理人と協議の上、代理人とは別の者を連帯保証人とすることができるものとします。
 - ③ 連帯保証人は身元保証人を兼ねるものとします。
- (2) 代理人の職務は、次の通りとします。
- ① 入所者に代わって又は入所者とともに、解約・解除の意思表示及び手続き、その他入所者を代理して行う意思表示、施設の意思表示や報告・通知の受領、施設との協議等を行うこと。
 - ② 入所者を代理して、又は入所者に代わって、サービス利用料等を支払うこと。
- (3) 連帯保証人の職務は次の通りとします。
入所者と連帯して、本契約から生じる入所者の債務を負担すること。
- (4) 身元保証人の職務は、次の通りとします。
利用契約が終了した後、施設に残された入所者の所持品（残置物）を入所者自身が引き取れない場合の受取り及び当該受取り又は処分にかかる費用を負担すること。
- (5) 連帯保証人の負担する保証債務の内容は以下のとおりとします。
- ① 連帯保証人の負担は、極度額1,000,000円を限度とします。
 - ② 連帯保証人が負担する債務の元本は、入所者、代理人又は連帯保証人が死亡したときに、確定するものとします。
 - ③ 施設は、連帯保証人から請求があったときは、遅滞なく、利用料等の支払状況や滞納金の額、損害賠償の額等、入所者の全ての債務の額等に関する情報を提供します。
 - ④ 連帯保証人が死亡又は破産手続開始決定を受けた場合、もしくは連帯保証人について成年後見が開始された場合は、入所者又は代理人は別の連帯保証人を選任するものとします。

9 サービス利用に当たっての留意事項

(1) ご来所の際

- ① 入所者又は代理人は、体調の変化があった際には施設の従業者にご一報ください。
- ② 入所者は、施設内の機械及び器具を利用される際、必ず従業者に声をかけてください。

(2) 禁止行為

以下の行為につきましては、ご遠慮ください。

- ① 決められた場所以外での喫煙・飲酒・飲食等
- ② 従業者又は他の入所者に対し、ハラスメントその他の迷惑行為を行うこと
- ③ 施設内での金銭及び食物等のやりとり
- ④ 従業者に対する贈物や飲食のもてなし
- ⑤ 従業者及び他の入所者に対する身体的・精神的暴力
- ⑥ その他決められた以外の物の持ち込み

(3) その他

- ① 外出（短時間のものは除く）又は外泊しようとするときは、その前日までに、その都度、外出・外泊先、施設へ帰着する予定日時等を施設長に届出てください。
- ② 夜間の午後10時から翌朝午前6時までは玄関を施錠します。ただし、やむを得ない事由により開錠の申出があったときは臨機に対応します。

10 緊急時の対応

サービス提供時に入所者の病状の急変が生じた場合、その他必要な場合には、速やかに主治医又は協力医療機関に連絡等をとるなど必要な措置を講じます。

11 非常災害対策

施設は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えると共に、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ消防計画を作成し、消防計画に基づき、従業者等の訓練を行います。

12 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、代理人、市町村、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

13 身体拘束の禁止

原則として、入所者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には、事前に入所者及び代理人へ十分な説明をし、同意を得ると共に、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

14 高齢者虐待の防止、尊厳の保持

入所者の人権の擁護、虐待の防止のために、研修等を通して従業者の人権意識や知識の向上に努め、入所者の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

入所者の人権及びプライバシーの保護、ハラスメントの防止等のため業務マニュアルを作成し、従業者教育を行います。

15 守秘義務に関する対策

施設及び従業者は、業務上知り得た入所者又は代理人の秘密を洩らさないことを厳守します。また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

16 苦情相談窓口

※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。

ご利用相談室 窓口担当者：大城 ゆき（生活相談員）

ご利用時間：月～金曜日 9時00分 ～ 17時00分

ご連絡先 電話番号 098-851-0105 fax 番号 098-856-6578

※公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

沖縄県福祉サービス運営適正化委員会

沖縄県那覇市首里石嶺町4-373-1沖縄県総合福祉センター東棟 2階

電話番号：098-882-5704 メール：kuzyou@okishakyo.or.jp

受付時間：9時00分～17時00分（土日、祝日を除く）
※介護保険サービスに関する苦情について（介護苦情相談）
沖縄県国民健康保険団体連合会介護福祉課
沖縄県那覇市西3丁目14番18号（国保会館）
電話・fax 番号：098-860-9026

17 協力医療機関等

施設は、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、入所者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

【協力医療機関】

名称 大浜第二病院
住所 沖縄県豊見城市字渡嘉敷150番地

名称 大浜第一病院
住所 沖縄県那覇市天久1000番地

【協力歯科医療機関】

名称 まえざと歯科
住所 沖縄県糸満市真栄里1848-4

◇緊急時の連絡先

なお、緊急の場合には、署名欄にご記入いただいた連絡先に連絡します。

18 損害賠償について

当施設において、施設の責任により入所者に生じた損害については、施設は、速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。ただし、損害の発生について、入所者又は代理人に故意又は過失が認められた場合や、入所者の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、施設の損害賠償責任を減じさせていただきます。

施設は、自己の責めに帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。とりわけ以下の各号に該当する場合には、施設は損害賠償責任を免れます。

- ① 入所者又は代理人が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことに専ら起因して損害が発生した場合
- ② 入所者又は代理人が、サービスの実施のため必要な事項に関する聴取、確認に対して故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことに専ら起因して損害が発生した場合
- ③ 入所者の急激な体調の変化等、施設が実施したサービスを原因としない事由に専ら起因して損害が発生した場合
- ④ 入所者又は代理人が、施設及び従業者の指示・依頼に反して行った行為に専ら起因して損害が発生した場合

令和 年 月 日

ケアハウスの施設サービスの提供の開始に当たり、入所者及び代理人に対して利用契約書及び本書面に基づいて重要事項を説明し交付しました。

所在地 沖縄県豊見城市字渡嘉敷140番地1

施設名 ケアハウスひまわり

施設長 比嘉 宏吉 印

説明者 生活相談員 氏名 印

私は、利用契約書及び本書面により、施設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いたしました。

<入所者（契約者）>

住所

氏名 印

<代理人>

住所

氏名 印

電話番号

<連帯保証人兼身元保証人>

住所

氏名 印

電話番号