

軽費老人ホーム ケアハウスハーモニーほんごう 重要事項説明書

2022年 10月 1日現在

1. 施設経営法人の概要

法人名	社会福祉法人 心愛会	
所在地	福島県郡山市緑ヶ丘東六丁目26番地2	
代表者役職氏名	理事長 三瓶 英才	
事業の概要	軽費老人ホームケアハウス 特別養護老人ホーム 老人居宅介護等事業 老人短期入所事業 老人デイサービス事業	障がい福祉サービス事業 小規模多機能型居宅介護事業 認知症対応型共同生活援助事業 居宅介護支援事業 地域包括支援センター

2. 施設の概要

施設名	ケアハウス ハーモニーほんごう
所在地	福島県大沼郡会津美里町字北川原14番地
管理者及び連絡先	施設長 一ノ瀬 祥子 TEL 0242-57-1255
入居定員	50名

3. 施設の目的

社会福祉法及び老人福祉法令の趣旨に従い、60歳以上の方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あると認められる方であって、家族による援助を受けることが困難な方に入居いただき、食事の提供、入浴等の準備、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与その他の日常生活上必要な便宜を提供することにより、お客様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。

4. 施設の運営方針

- (1) 施設は、お客様の自主性を基本として意思及び人格を尊重し、常にお客様の立場に立ってサービスの提供を行なうものとします。
- (2) 施設は、地域や家族との結びつきを重視した運営を行い、社会福祉事業に関する熱意及び能力を有する職員による適切なサービスの提供に努めるとともに、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスを提供する関係機関との連携に努めるものとします。

5. 施設の職員及び職務・職務体制

職種	職務の内容	人員	勤務体制
施設長	業務の実施状況の把握と管理、職員の管理	1名	8:30～17:30
生活相談員	お客様からの相談、助言、支援 保健医療福祉サービス提供者との連携 苦情、事故等の記録	1名	9:30～18:30
			6:00～15:00
介護職員	お客様の日常生活の援助	2名以上	11:00～20:00
栄養士	献立作成、栄養量計算 調理上の衛生管理	1名	20:00～6:00
			8:30～17:30
調理員	調理	4名以上	9:00～18:00
			6:00～15:00
			10:30～19:30

(上記時間については若干の変更がある場合がございます。)

6. 設備の概要

区分	数量・規模	区分	数量・規模
居室	個室48室 2人部屋1室	浴室	大浴場2室 個浴1室
食堂	1室	調理室	1室
ダイルーム	2箇所	トイレ	4箇所
洗面所	3箇所	セミナー室	1室
洗濯場	2箇所	エレベーター	1箇所
事務室	1室	宿直室	1室
面談室	1室		

7. お客様に提供するサービス内容

- (1) 食事 朝食 7時30分～9時00分
 昼食 12時00分～14時00分
 夕食 18時00分～20時00分

※食事は原則として食堂でおとりいただきます。

※訪問介護サービスを受けている場合はこの限りではありません。

※特別食(心臓食、腎臓食、糖尿食、アレルギー食)等は主治医の指示に基づき個別に対応致します。

(2) 入浴

毎日 13時～20時 男女別に定められた時間内に、ご自由にお入りいただけます。
 個浴は予約制、有料となります。

(3) 緊急時対応

非常通報装置や全館一斉放送設備、居室にはナースコールが設置されています。

お客様の状態が急変した場合にはかかりつけ医、救急指定病院との連携で速やかに対応致します。

(4) 夜間の対応

宿直体制をとり職員が緊急時に対応できるよう体制を整えております。

(5) 相談助言

心身の健康状態、家庭生活等の各種相談に応じます。

また、ご意見箱の設置や苦情解決委員会の体制により要望や苦情なども速やかに対応いたします。

(6) 保健衛生

定期的な健康チェックを行い、健康の保持、疾病の予防に努めます。

(7) 介護保険サービスの利用

日常生活上の援助や介護が必要となった場合、通常の在宅と同じく介護保険サービスを利用することができます。

(8) 活動への協力

自主的に趣味、教養娯楽、交流事業等を行う場合にはできる限りご協力いたします。また、クラブ活動等もあり、ご自由に参加していただけます。

(9) 外出、外泊

自由となっておりますが、安否確認、食事の調整のため届出をお願いいたします。

(10) 門限

特に定めておりません。

正面玄関の施錠以降のお帰りは、以正面玄関脇のインターホンにて対応いたします。

8. 施設の利用に当たっての留意点

(1) 面会、宿泊

ご面会の際には所定の面会簿、宿泊の際には施設利用申込に記入の上、事務室にお声かけください。

(2) 飲酒、喫煙

飲酒、喫煙は自由です。

ただし、喫煙については指定の場所のみとなります。居室での喫煙は禁止しております。個人の責任による生活の場ですので、他のお客様の迷惑にならないようご協力ください。

(3) 火気の取り扱い

居室内は安全のため火気の取り扱いをお断りさせていただきます。

(火鉢、豆炭、石油ストーブ、石油コンロ等の火災の恐れのあるもの)

(4) 設備、備品の利用

施設の備品等をご利用になる場合は職員へお声かけください。

(5) ペットの持ち込み

居室内、外において原則的には禁止となります。

(6) 居室内の家具等の持ち込み

生活に必要な家具等の持ち込みは自由です。

(7) 禁止事項

安心して生活いただくために営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動は禁止いたします。

(8) 送迎

送迎は行っておりません。

9. 利用料その他の費用の額

(1) 利用料金は次のとおりとなります。①事務費、②生活費、③管理費 の合計金額。

	前年の年間収入	①事務費	②生活費 (食事費、共益費)	③管理費 (家賃)	月額合計
1	1,500,000円以下	10,000	44,513円	23,300円	79,413円
2	1,500,001~1,600,000円	13,000			82,413円
3	1,600,001~1,700,000円	16,000			85,413円
4	1,700,001~1,800,000円	19,000			88,413円
5	1,800,001~1,900,000円	22,000			91,413円
6	1,900,001~2,000,000円	25,000			94,413円
7	2,000,001~2,100,000円	30,000			99,413円
8	2,100,001~2,200,000円	35,000			104,413円
9	2,200,001~2,300,000円	40,000			109,413円
10	2,300,001~2,400,000円	45,000			114,413円
11	2,400,001~2,500,000円	50,000			119,413円
12	2,500,001~2,600,000円	57,000			126,413円
13	2,600,001~2,700,000円	64,000			133,413円
14	2,700,001以上	68,262			137,675円

上記金額は国の基準により定めてありますが、基準が改定し多少変更することがございます。

注) 事務費は対象収入額に応じて、負担額が変わります。「対象収入」とは、前年の収入から租税、社会保険料、医療費などを控除した額をいいます。

(2) お二人（ご夫婦等）で入居の場合

お二人の収入及び必要経費を合算し、その合計額の2分の1をそれぞれ個々の対象収入とします。

また、その額が150万円以下の場合、お二人それぞれの事務徴収額を30%減額いたします。

(3) 入退居時の管理費について

月の途中での入居及び退去に伴う管理費については下記のとおりとします。

管理費 23,300円 ÷ 入退去のその月の日数 × ご利用日数（小数点以下切り捨て）

(4) その他の利用料

①居室内で使用した電気代、電話代は自己負担です。

②洗濯機利用料は、洗濯機使用料100円、乾燥機使用料200円となります。

③水道料は、1,300円、給湯器料は、300円となり、毎月定額となります。

④冬季加算料金として 11月～3月までの5ヶ月間は、共有部分の暖房費として、1ヶ月あたり4,881円が加算されます。

(5) 入居一時金の500,000円について

退去時に入居期間分を精算してお返しいたします。

50万円をお支払いになった場合の精算方法

《「240ヶ月(20年間)－入居期間(月単位)」÷240ヶ月》×50万円＝お返しする金額。

ただし、退去時の居室の原状回復に要した費用については、入居一時金より精算させていただきます

(6) その他の負担金

クラブ活動、レクリエーション等、お客様本人が選定したサービスに費用が発生する場合には自己負担となります。なお、費用が発生する場合には必ず事前にご説明もしくは掲示いたします。また、居室内の備品破損時はその理由により自己負担いただく場合があります。

10. 支払方法

翌月1日から月末までの利用料と前月の利用料の精算分について計算し、お客様から指定された金融機関より毎月月末の1日前の日（末日が土曜日、日曜日または祝日等の金融機関営業日以外の場合は金融機関のその月の最終営業日の1日前の日）に自動引き落としとなります。

なお、前項のその他負担金については、その都度指定する方法によりお支払いいただくかもしくはご本人により直接業者への支払いとなります。

11. 非常災害対策

消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を設け、地震、火災等が発生した時は、速やかにお客様の避難等安全を確保するとともに、関係機関へ通報し、適切な措置を講じます。また、防火管理者を定め、地震、火災、風水害等非常災害に備えて避難、救出、消火等に関する計画を立て、定期的に訓練をするなど、お客様の防災意識の啓発に努めるとともに万全の対策を講じます。

12. 感染症対策

施設における感染症又は食中毒の予防及び、まん延の防止のための指針を整備し、その対策委員会を定期的開催するとともに職員へ周知徹底をはかります。また、発生時には感染対策マニュアルに従い迅速に対応します。

日頃より施設内の衛生管理に努め、施設内外を清潔に保ちます。

13. 事故発生の防止及び事故発生時の対応方法

事故発生の防止のための指針を整備し、委員会を定期的に開催します。また、事故発生時には事故対策マニュアルに従い、必要な措置を講じ、記録に残します。

お客様に対し健全な環境の下で安全と安心に重点をおき、住まいとしての環境を整えお客様の心身の状況を十分に把握した上で、職員一人一人が万全の注意と配慮を行い、事故防止に努めます。

防災設備	<ul style="list-style-type: none">・ 自動火災報知機設備・ 消火器・ 誘導灯、誘導標識・ 非常放送設備・ 消防機関へ通報する火災報知設備・ スプリンクラー設備・ 漏電監視装置	<ul style="list-style-type: none">・ 自家発電設備・ 防排煙設備・ 避難階段・ 屋内消火栓・ 防火扉、シャッター・ 防災性のカーテン
------	--	--

14. 損害賠償責任

(1) 損害賠償責任

施設は、契約に基づくサービスの実施にともなって、自己の責に帰すべき事由によりお客様に生じた損害について賠償する責任を負います。ただし、お客様に故意または過失が認められる場合には、入居者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合には、損害賠償責任を減じることができるものとします。

(2) 損害賠償がなされない場合

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

- ① お客様が、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、または不実の告知を行ったことにもつぱら起因して損害が発生した場合
- ② お客様がサービスの実施にあたって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、または不実の告知を行ったことにもつぱら起因して損害が発生した場合
- ③ お客様の急激な体調の変化等、施設の実施したサービスを起因しない事由にもつぱら起因して損害が発生した場合
- ④ お客様、施設もしくはサービス従事者の指示・依頼に反して行った行為にもつぱら起因して損害が発生した場合

15. 秘密保持

職員は、その業務上知り得たお客様またはその家族等に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。この守秘義務は、契約が終了した後も継続します。

施設は、お客様に医療上、緊急の必要性がある場合には、医療機関等にお客様に関する心身等の情報を提供できるものとします。

施設は、お客様の円滑な退居のために援助を行う場合に、お客様に関する情報を提供する際には、あらかじめ文書にてお客様の同意を得るものとします。

16. 協力病院等

名 称	もこぬま内科消化器科医院	代表者	茂古沼 達之
所在地	大沼郡会津美里町字北川原14番地	連絡先	(0242) 56-5622

17. 相談窓口、苦情の対応

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

苦情解決責任者	施 設 長 一ノ瀬 祥子
苦情受付担当者	主 任 猪俣 由美
第三者委員	委員長 栗城 和夫 0242-25-3774
	副委員長 長峯 栄一 024-942-5790
受付時間	随時対応
連絡先	TEL 0242-57-1255
	FAX 0242-57-1256
社会福祉法人心愛会本部	E-mail info@sin-ai.com

上記以外の相談窓口

法人で解決できない苦情は、下記に申し立てることができます。

福島県運営適正化委員会（社会福祉法人福島県社会福祉協議会内）

福島市渡利字七社宮111

TEL 024-523-2943

月～金曜日の午前9時～午後5時

[説明確認欄]

年 月 日

施設入居にあたり、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

	社会福祉法人 心愛会		
施設名	ケアハウス ハーモニーほんごう		
施設長	一ノ瀬 祥子		印
説明者	職名 主任		
氏名	猪俣 由美		印

私は、本書面に基づいて施設から重要事項の説明を受け同意しました。

お客様 氏名.....印

保証人 氏名.....印