

「指定介護予防認知症対応型共同生活介護」

「認知症対応型共同生活介護」

ハーモニー松長 重要事項説明書

2021年4月1日現在

1. 事業の目的

介護保険法令の趣旨に従い、お客様がその有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、お客様に対し、その日常生活を営むために必要な居室及び共用施設等を使用させていただくとともに、指定介護予防認知症対応型共同生活介護、認知症対応型共同生活介護サービスを提供します。

2. 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	指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム ハーモニーハウス 指定短期入所生活介護事業所 特別養護老人ホーム ハーモニーハウス 軽費老人ホーム ケアハウス ハーモニーあいづ

3. 事業所の概要

事業所名	ハーモニー松長（指定介護予防認知症対応型共同生活介護、認知症対応型共同生活介護）
所在地	福島県会津若松市一箕町松長五丁目11番地31
介護保険事業所番号	第0790200141号
管理者及び連絡先	管理者 猪俣 由美 TEL 0242-37-0505
入居定員	9名

4. 事業所運営方針

事業所において提供するサービスは、排泄・移動・その他必要な身体の介助、健康状態の確認、機能の減退を防止するための訓練、入浴等の介助・食事の提供及び介助、日常生活における介護及び福祉用具の相談・助言・その他お客様に必要な相談・援助を実施致します。サービスの提供に当たっては、「指定介護予防認知症対応型共同生活介護計画書」「認知症対応型共同生活介護計画書」に沿って提供します。

5. 事業所の職員体制等

職種	従事するサービス種類・業務	人 員		勤務体制
		小規模多機能型居宅介護	認知症対応型共同生活介護	
管理者	お客様・業務の管理	1名		8:30~17:30
介護支援専門員 計画作成担当者	サービス計画書の作成	1名	1名	8:30~17:30
看護職員	健康管理	2名		6:00~15:00 7:00~16:00 7:30~16:30 8:00~17:00 8:30~17:30 10:30~19:30 13:00~22:00 22:00~7:00
介護職員	入浴・排泄・食事等介助	11名 (小規模多機能居宅介護と兼務)		

6. 設備の概要

室名	室数	備 考
居室	個室 9室	
食堂・居間	1室	
小浴室	1箇所	個人浴室 ※併設事業所と共用
大浴室	1箇所	一般浴室・ ※併設事業所と共用
トイレ	3箇所	車椅子対応
倉庫	2箇所	
事務室	1室	※併設事業所と共用
休憩室	1室	※併設事業所と共用
汚物処理室	1室	

7・事業実施地域

会津若松市

会津若松市以外の地域の方は、ご相談ください。

8. サービス内容

- ①食事 朝食 7:30~8:30 昼食 12:00~13:00 夕食 18:00~19:00
- ②介護 着替え介助、排泄介助、下着（おむつ）交換、体位変換、施設内移動の付き添い、レクリエーション等
- ③入浴 週2回以上可能です。
- ④健康管理 日常的な健康管理を行います。
- ⑤レクリエーション お客様の状況に応じ定期的を実施しております。

9. サービス利用料金

お客様からいただく利用料金の内訳は、下記のとおりとなっております。

(1) 介護報酬に係るお客様利用料金（一日当たり）

区分	金額	自己負担一割	自己負担二割	自己負担三割	
基本額	要支援2	7,600円	760円	1,520円	2,280円
	要介護1	7,640円	764円	1,528円	2,292円
	要介護2	8,000円	800円	1,600円	2,400円
	要介護3	8,230円	823円	1,646円	2,469円
	要介護4	8,400円	840円	1,680円	2,520円
	要介護5	8,580円	858円	1,716円	2,574円

利用内容により異なる加算額（お客様利用料金※（）は2割・3割負担の方）

加算名称	加算額	備考
初期加算	1日 30円（60円・90円）	入居日から30日以内に限る
介護職員処遇改善 加算Ⅰ	（基本料金＋各加算） ×11.1%	（基本料金＋各加算）にサービス別加算率を乗じた単位数
介護職員特定処遇改善 加算Ⅱ	（基本料金＋各加算） ×2.3%	（基本料金＋各加算（介護職員処遇改善加算を除く）にサービス別加算率を乗じた単位数
入居者の入退院支援の 取組	（アについて） 246円/日 （492円・738円）/日	ア）入院後3カ月以内に退院が見込まれる入居者について、退院後の再入居の受け入れ態勢を整えている場合には、1月に6日を限度として算定
	（イについて） 初期加算30円 60円・90円）/日	イ）医療機関に1ヶ月以上入院したのち、退院して再入居する場合も初期加算の算定

(2) その他のサービスの概要と利用料金について

以下のサービスは、利用料金の全額がお客様の負担となります。

① 行政手続代行に要した費用

お客様の希望により、手続きの代行を事業所にて受け付けます。その際要した各種申請、郵便物等に関わる郵送料、切手代等の費用。

②健康管理費

インフルエンザ予防接種費用

③教養娯楽費

お客様のご希望によりレクリエーションやクラブ活動等に積極的に参加していただくことができます。

利用料金 材料費は自己負担となります。

(例) 花、習字、絵画、手芸、陶芸等

(3) 居住費・食費

居住費と食費については、下表のとおりになります。

[単位：円] (1日当たり)

居 住 費	1, 5 0 0円
食 費	1, 3 5 0円 (一食450円)

(4) サービス提供以外に関わる費用

①購読料

新聞、雑誌等の個人購読をご希望される場合は、自己負担となります。

②私物洗濯代

お客様又は、ご家族の希望によりクリーニングの申し出があった場合は、自己負担となります。

③趣味的活動に要した費用

お客様の趣味的活動に関する材料等のご希望又は、施設で希望を募り実施する旅行等についての費用は自己負担となります。

④日常生活費

日常生活上、お客様又はご家族のご希望により嗜好に基づく日用品については自己負担していただくことが適当であるものに係る費用をご負担していただきます。

(例) 化粧品、オブラート、健康食品等、マッサージ、訪問販売等
居室内でお客様のご希望で選択された日用品等については
ご家族と相談し同意を得た上で対応致します。

⑤電気製品持込使用料

全室個室のためお客様の希望により必要とされる電気製品使用料は自己負担となります。

テレビ 日額 16円 電気毛布 日額 16円

冷蔵庫 日額 50円

※上記以外にご希望される製品については、ご相談を受けるとともに
に料金の同意を得るものと致します。

(5) 入居者の入院に係る取り扱い

入居者が病院に入院した場合、3ヶ月以内に退院すれば、退院後も再び共同生活住居に入居できるものとします。但し入院中に於いては、居住維持費として一日1500円を要します。

(6) 預り保証金

入所時に預り保証金として20万円を施設へ預入していただきます。上記はお客様が入居中2ヶ月以上の利用料の滞納及び退居時に滞納等が生じ、文書により催告したにもかかわらず支払が無い場合、その額を預り保証金より精算させていただきます。この場合、預り保証金を滞納等に充当し、かつ契約を継続する等の事由が生ずる場合、お客様は施設が預り保証金より精算した旨の通知をした日から30日以内に預り保証金満額20万円を充足していただきます。

また、上記以外退居時の居室の原状回復に要した費用についても預り保証金より精算させていただきます。

以上の事項が無い場合は、退居時に事業者はお客様へ預り保証金全額20万円を返却致します。

(7) 支払方法

毎月1日～月末で利用料を計算し、お客様から指定された金融機関口座より翌月25日の自動引落としとなります。土日祝日の場合は、翌営業日に

引落としとなります。

※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2ヶ月前までにご説明します。

10. サービス利用に当たっての留意点

①面会時間 面会時間は、制限がありません。

※来訪者は、必ず職員に申し出て下さい。

※来訪される場合、食品等の持込みは必ず職員に申し出て下さい。

②金銭・貴重品の管理

金銭・貴重品を持参された際においては、自己管理、自己責任をお願い致します。

③外出・外泊 外出・外泊をされる場合は、事前にお届けください。

④喫煙 喫煙は、指定の場所以外ではご遠慮ください。

⑤設備の利用 居室及び共用施設、敷地をその本来の用途にしたがって利用してください。

⑥所持品の持ち込み

持ち込めないものもありますので、事前にご相談ください。

⑦施設外での受診

お客様の健康状態に応じて受診できます。

⑧その他

当施設の職員や他のお客様に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

11. 事故発生時の対応方法

サービス提供にあたり、事故・体調の急変等が生じた場合は、家族、救急機関等に連絡します。事故対策マニュアルに従い、緊急連絡等を行います。また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。

12. 守秘義務

事業者及びサービス従事者は、指定介護予防認知症対応型共同生活介護・認知症対応型共同生活介護サービスを提供するうえで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。

事業者は、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。

事業者は、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。

13. 損害賠償責任

(1) 損害賠償責任

事業者は、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、お客様の置かれた心身の状況を考慮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

事業者は、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、事業者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っ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に起因して損害が発生した場合
- ④ お客様が、事業者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

14. 協力医療機関等

(1) 協力医療機関

名 称	わたなベクリニック
代表者	院長 渡辺 一志
科 目	内科、小児科
所在地	福島県会津若松市一箕町松長一丁目17番地32
連絡先	0242(24)0506

(2) バックアップ施設

名 称	特別養護老人ホーム ハーモニーハウス
代表者	施設長 大堀 よし子
所在地	大沼郡会津美里町大石字下川原1番地1
連絡先	0242(57)1620

15・運営推進会議の設置

当事業所では、認知症対応型共同生活介護、介護予防認知症対応型共同
生活介護の提供にあたり、サービスの提供状況について定期的に報告する
とともに、その内容等についての評価、要望、助言を受けるため、下記の
通り運営推進会議を設置しています。

<運営推進会議>

構 成：利用者、利用者家族、地域住民の代表者、市町村職員、地域包括支援センター
職員、指定介護予防小規模多機能型居宅介護、小規模多機能型居宅介護につい
て知見を有する者等

開 催：隔月で開催。

会議録：運営推進会議の内容、評価、要望、助言等について記録を作成します。

16. 非常災害対策

施設の消防計画書に沿って、防災訓練を実施致します。

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、次の窓口で対応致します。

苦情解決責任者	管理者	猪俣 由美
苦情受付担当者	介護支援専門員	岡野 こずえ
第三者委員		栗城 和夫 0242-25-3774
		長峯 栄一 024-942-5790
受付時間	随時対応	
連絡先	TEL	0242-37-0505
	FAX	0242-37-0506
法人メール	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

18. 虐待防止のための措置

当事業所お客様 虐待防止等の相談・責任者

管理者 猪俣 由美 0242-37-0505

お客様の人権の擁護、虐待防止のため、職員に対し研修を実施する等の措置を講じます。

19. 変更通知

厚生労働省の通達等により介護保険給付費体系の変更が生じるときには、お客様及び保証人へご通知致します。

個人情報の使用に係る同意書

以下に定める条件のとおり、私_____および
保証人_____は、社会福祉法人心愛会が、私および保証人、家族
の情報を下記の利用目的の必要最低限の範囲内で使用、提供、または収集するこ
とに同意します。

1. 利用期間

介護サービス提供に必要な期間及び契約期間に準じます。

2. 利用目的

- (1) 介護保険における介護認定の申請及び更新、変更のため
- (2) 利用者に関わる介護計画（ケアプラン）を立案し、円滑にサービスが提供
されるために実施するサービス担当者会議での情報提供のため
- (3) 医療機関、福祉事業者、介護支援専門員、介護サービス事業者、自治体
（保険者）、その他の社会福祉団体等との連絡調整または地域密着型サービ
ス運営推進会議のため
- (4) お客様が、医療サービスの利用を希望している場合および主治医等の意見
を求める必要のある場合
- (5) お客様の利用する介護事業所内のカンファレンスのため
- (6) 行政の開催する評価会議、サービス担当者会議
- (7) その他サービス提供で必要な場合
- (8) 上記各号に関わらず、緊急を要する時の連絡等の場合
- (9) 生活の状況等をお知らせするために発行する広報等への写真・氏名の掲載

3. 使用条件

- (1) 個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外決し
て利用しない。また、利用者とのサービス利用に関わる契約の締結前か
らサービス終了後においても、第三者に漏らさない。
- (2) 個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて経過を記録し、請
求があれば開示する。
- (3) 広報等への写真・氏名の掲載については、上記（1）（2）の限りでは
ない。

2020年 月 日

本人（お客様） 住所_____

氏名_____ 印_____

保証人 住所_____

氏名_____ 印_____

続柄（利用者との関係）_____

[説明確認欄]

2020 年 月 日

指定介護予防認知症対応型共同生活介護・認知症対応型共同生活介護サービスの提供開始にあたり、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

事業者名 ハーモニー松長

説明者 職名 管理者

氏名 猪俣 由美 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、指定介護予防認知症対応型共同生活介護・認知症対応型共同生活介護サービスの提供開始に同意しました。

お客様 氏名 印

保証人 氏名 印

ハーモニー松長預り保証金管理規程

第1条（預り保証金管理の内容）

- 1 管理する預り保証金は入居中2ヶ月以上の利用料の滞納及び退去時に滞納等が生じた場合、通知した後に預り保証金よりその額を支払うものとする。
- 2 上記以外退居時の居室の原状回復に要した費用についても預り保証金より支払うものとする。
- 3 第1項及び第2項の事項が無い場合、事業者は退居時にお客様へ預り保証金全額20万円を返却するものとする。
- 4 預り保証金の管理責任者は会計責任者とし、補助者は出納職員とする。

第2条（協議事項）

本規程に定められていない事項について問題が生じた場合には、事業者はお客様と誠意をもって協議するものとします。

預り保証金管理同意書

社会福祉法人 心愛会

ハーモニー松長 管理者 猪俣 由美 様

お客様氏名 _____ 印

保証人

住所 _____

氏名 _____ 印

(続柄) _____

私が入居するにあたり保証金として金200,000円を、ハーモニー松長に預け入れることに下記のとおり同意します。

記

1. ハーモニー松長においては、ハーモニー松長預り保証金管理規程に従って預り金事務を遂行すること。
2. 預り保証金事務内容
 - (1) 滞納時の精算等
 - (2) 原状回復費用支払代行
 - (3) その他については、その都度協議する。