

重要事項説明書

令和 6年 10月 1日現在

1. 事業の目的

事業者は、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、入居者に対し、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していただくとともに、介護福祉施設サービスを提供します。

2. 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6
代表者役職・氏名	理事長 三瓶 英司
事業の概要	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 ハーモニーみどりヶ丘 ヴェール

3. 事業所の概要

事業所名	ハーモニーみどりヶ丘 ヴェール
所在地	福島県郡山市緑ヶ丘東六丁目26番地6
介護保険事業所番号	第0790300495号
管理者及び連絡先	管理者 飛知和 好夫 TEL 024-983-0555
入所定員	29名

4. 施設運営の方針等

施設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・援助を実施いたします。

サービスの提供に当たっては、「施設サービス計画書」に沿って提供します。

5. 事業所の職員体制等

職 種	人 員	勤務体制
管 理 者 (本体施設と兼務)	1名	8:30~17:30
医 師	1名以上	※1
生 活 相 談 員	1名以上	8:30~17:30
看 護 職 員 (本体施設と兼務)	1名以上	6:30~15:30 8:30~17:30 9:00~18:00
介 護 職 員	9名以上	11:00~20:00 13:00~22:00 22:00~7:00
管 理 栄 養 士 (本体施設と兼務)	1名以上	8:30~17:30
介 護 支 援 専 門 員	1名以上	8:30~17:30
機 能 訓 練 指 導 員 (本体施設と兼務)	1名以上	8:30~17:30

※1 内科；2回/月(10:00~11:00) 精神科；2回/月(14:00~15:00)
(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

室名	室数	備考
居室	個室 29室	ユニット型個室
食堂・居間・談話コーナー	3室	各ユニットにあります
浴室	2箇所	個別浴槽(2) 機械浴槽(1)
トイレ	9箇所	車椅子対応 ユニットに各3箇所あります
相談室	1室	
事務室	1室	
医務室	1室	
その他		みんなの広場

7. サービス内容

- ①食事 朝食 8:00~9:00 昼食 12:15~13:15 夕食 18:00~19:00
お客様の状況に応じ、時間・場所をお選びいただけます。
- ②介護 着替え介助、排泄介助、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 診療所にて診療を受けることができます。
- ⑤理容・美容 理容サービスを実施しております。(料金は自己負担)
- ⑥レクリエーション お客様の状況に応じ定期的に実施しております。

8. サービス利用料金

お客様からいただく負担金の内訳は、下記のとおりとなっております。
 保険者から交付された「介護保険負担割合証」による負担割合（1割、2割または3割）。

（1） 介護報酬に係るお客様負担金（費用全体の1割、2割または3割）

区分	金 額						備考
	1 割		2 割		3 割		
基本額	要介護1	682円	要介護1	1364円	要介護1	2046円	1日あたりの基準額
	要介護2	753円	要介護2	1506円	要介護2	2259円	
	要介護3	828円	要介護3	1656円	要介護3	2484円	
	要介護4	901円	要介護4	1802円	要介護4	2703円	
	要介護5	971円	要介護5	1942円	要介護5	2913円	

利用内容により異なる加算額（お客様利用料金は1割、2割または3割）

加算名称	加算額（1日）			備考
	1割	2割	3割	
初期加算	30円	60円	90円	入居日又は1ヶ月以上の入院後の再入居日から30日以内に限る
入院又は外泊時加算	246円	492円	738円	入院や外泊の際、1ヶ月に6日を限度
安全対策体制加算	20円	40円	60円	事故の発生・再発を防止するための措置を適切に実施している
療養食加算	6円	12円	18円	食事療法に基づき特別食を提供の場合
看取り介護加算（Ⅰ）	72円	144円	216円	死亡日以前31日以上45日以下
	144円	288円	432円	死亡日以前4日以上30日以下
	680円	1360円	2040円	死亡日の前日及び前々日
	1280円	2560円	3840円	死亡日
精神科医療養指導加算	5円	10円	15円	認知症高齢者に対して、精神科医が療養指導を行った場合
栄養マネジメント強化加算（Ⅰ）	11円	22円	33円	管理栄養士が継続的に入所者ごとの栄養管理を実施し、厚生労働省へ情報を提出した場合
看護体制加算（Ⅰ）	4円	8円	12円	常勤看護師が1人以上
看護体制加算（Ⅱ）	8円	16円	24円	入居者数25又は、その端数を増やすごとに1人以上配置
夜勤職員配置加算（Ⅱ）	18円	36円	54円	人員基準+1人以上の介護又は看護職員を夜間に配置した場合
サービス提供体制強化加算	18円	36円	54円	介護福祉士の配置を特に強化して基準を満たしていることにより、サービスの質が一定に保たれていると判断し算定される加算
日常生活継続支援加算	46円	92円	138円	要介護度や認知症自立度の重い方を積極的に受け入れている場合
個別機能訓練加算（Ⅰ）	12円	24円	36円	身体機能を維持することを目的として取り組む個別計画を作成している（ひと月当たり）
個別機能訓練加算（Ⅱ）	20円	40円	60円	身体機能を維持することを目的として取り組む個別計画を作成しており、その情報を厚生労働省へ情報提出した場合（ひと月当たり）
排せつ支援加算（Ⅰ）	10円	20円	30円	排泄障害等のため、排泄に介護を要する入居者に対して多職種が協働して支援計画を立て支援し、厚生労働省へ情報提出した場合（ひと月当たり）
褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）	3円	6円	9円	褥瘡発生を予防するため、定期的に評価、実践、管理をする。厚生労働省へ情報を提出した場合、さらに評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入居者ごとに、医師や看護師等の他職種が共同して、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成した場合（ひと月当たり）
褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）	13円	26円	39円	上記内容を満たし、評価の結果、入居時に褥瘡が発生するとされた入居者について褥瘡が発生しない（ひと月当たり）
科学的介護推進体制加算（Ⅰ）	40円	80円	120円	お客様のお身体・栄養等の状態を厚生労働省へ情報提出した場合（ひと月当たり）
科学的介護推進体制加算（Ⅱ）	50円	100円	150円	上記内容に追加し、医療情報を提供した場合（ひと月当たり）
ADL維持等加算（Ⅰ）	3円	6円	9円	日常生活動作（ADL）をバーセルインデックスという指標を用いて、6ヶ月ごとの状態変化が見られた場合（ひと月当たり）
ADL維持等加算（Ⅱ）	6円	12円	18円	上記内容に追加し、状態変化の値が平均値2以上の場合（ひと月当たり）
特別通院送迎加算	594円	1188円	1782円	透析が必要な方で病院等の送迎が困難な方で、月に12回以上、通院のため送迎を行った場合（ひと月当たり）
退所時情報提供加算	250円	500円	750円	医療機関へ退所する入居者の心身の状況、生活歴等の情報を、入居者等の同意を得て医療機関へ提供した場合（1回）
介護職員処遇改善加算（Ⅰ） 基本料金・加算料金合計×14.0%				

(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、利用料金の全額が入居者の負担となります。

① 行政手続代行に要した費用

入居者の希望により、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 理容・美容費

月に3回出張による調髪サービスをご利用いただけます。また、ご希望の日時があれば対応いたします。

利用料金 カット ・ ・ ・ 1,700円

カット+顔剃り ・ ・ ・ 2,000円

※出張料はいただきません。

料金改正の場合は掲示にてお知らせいたします。

④ 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

居住費と食費の利用負担額については、下表のとおりになります。ただし利用者負担第1段階から3段階の減免に関しては負担限度額認定を受けている場合のみ適用となり認定証に記載している負担限度額となります。 [単位：円] (1日当たり)

対象者		区分	居住費	食費
生活保護受給者		利用者負担第1段階	880	300
市町村 民税 非課税 世帯	・ 高齢福祉年金受給者 ・ 預貯金等の合計が単身で1000万円以下(夫婦の場合は2000万円以下)の方	利用者負担第2段階	880	390
	・ 本人の前年の合計所得金額+年金収入額が80万円以下の方 ・ 預貯金等が、単身(1人世帯・配偶者なし)の場合は650万円以下(夫婦の場合は1650万円以下)の方	利用者負担第3段階①	1,370	650
	・ 本人の前年の合計所得金額+年金収入額が80万円超120万円以下の方 ・ 預貯金等が、単身(1人世帯・配偶者なし)の場合は550万円以下(夫婦の場合は1550万円以下)の方	利用者負担第3段階②	1,370	1,360
	・ 本人の前年の合計所得金額+年金収入額が120万円超の方 ・ 預貯金等が、単身(1人世帯・配偶者なし)の場合は500万円以下(夫婦の場合は1500万円以下)の方	利用者負担第4段階	2,066	1,650
上記以外の方		利用者負担第4段階	2,066	1,650

(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いたします。

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

冷蔵庫 日額 50円

電気毛布 日額 17円

⑥誕生日費用

毎年、お客様のお誕生日をお祝いするための企画をします。その際、ご家族様に一部費用負担をお願いします。

お誕生日費用 1000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料金の同意を得るものといたします。

(5) 預り保証金

入居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、退居時に施設はお客様へ預り保証金全額20万円を返却致します。

(6) 支払方法

毎月1日～月末で利用料を計算し、入居者から指定された金融機関より翌月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。

9. 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、自己責任をお願いいたします。

- 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。

10. 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。

11. 守秘義務

事業者及びサービス従事者は、介護老人福祉施設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。

12. 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

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

13. 協力病院等

(1)

名 称	財団法人 星総合病院
代表者	院長 渡辺 直彦
科 目	内科、整形外科、消化器科、循環器科、精神科、外科 等
所在地	郡山市向河原町159番1号
連絡先	024(983)5511

(2)

名 称	阪本歯科クリニック
代表者	院長 阪本義之
科 目	歯科
所在地	郡山市田村町下行合字御膳前2-1
連絡先	024(956)4511

14. 非常災害対策

施設の消防計画書に沿って、月1回防災訓練を実施いたします。

15. 提供するサービスの第三者評価の実施

当施設は第三者評価の実施をしておりません。

16. 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	管理者	飛知和 好夫
苦情受付担当者	生活相談員	菅家 美保
第三者委員	委員長	菊地 健治 090-4880-9282
	副委員長	長峯 栄一 024-942-5790
受付時間	随時対応	
連絡先	TEL 024-983-0555 FAX 024-983-0556 法人メールアドレス 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。

(1)

機関名	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）
住所	福島市渡利字七社宮111
連絡先	TEL 024(523)2943 月～金曜日の午前9時～午後5時

(2)

機関名	郡山市保健福祉部介護保険課（郡山市役所内）
住所	郡山市朝日一丁目23-7
連絡先	TEL 024-924-3021 月～金曜日の午前8時30分～午後5時15分（※祝日、年末年始除く）

(3)

機関名	福島県国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口（介護保険課内）
住所	福島市中町3-7
連絡先	TEL 024(528)0040 午前9時～午後4時（※土・日・祝を除く）

17. 当事業所、お客様虐待防止等の相談、責任者

管理者 飛知和 好夫 024-983-0555

お客様の権利擁護、虐待防止の為、職員に対し研修を実施する等の措置を講じます。

18. 変更通知

厚生労働省の通達等により介護給付費体系の変更が生じるときは、入居者及び保証人へご通知致します。

[説明確認欄]

令和 年 月 日

指定介護福祉施設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	
事業所名	地域密着型特別養護老人ホーム ハーモニーみどりヶ丘ヴェール	
	管理者 飛知和 好夫	
説明者	職名	
	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、指定介護福祉施設サービスの提供開始に同意しました。

利用者	氏名	印
保証人	氏名	印

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のため
- (4) 利用者が、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) 利用者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。

令和 年 月 日

本人（利用者） 住所.....

氏名..... 印

保 証 人 住所.....

氏名..... 印

続柄_(利用者との関係).....

入居（利用）後のリスク説明に関する同意書

当施設（事業所）ではお客様が快適な生活を送られますように、安全な環境作りに努めておりますが、お客様の身体・精神状況や病気に伴う様々な症状が原因により、下記の危険性が伴うことを十分にご理解ください。

《高齢者の特徴に関して》

説明 同意

- 歩行時の転倒、ベッドや車椅子からの転落等による骨折・外傷、頭蓋内損傷の恐れがあります。
- 全室個室であること、原則的に拘束を行わないことから、転倒・転落による事故の可能性ががあります。
- 高齢者の骨はもろく、通常に対応や生活でも容易に骨折する恐れがあります。
- 高齢者の皮膚は薄くなっており、少しの摩擦で表皮剥離がしやすい状態にあります。
- 高齢者の血管はもろく、軽度の打撲であっても、皮下出血が出来るやすい状態にあります。
- 加齢や認知症の症状により、水分や食物を飲み込む力が低下します。誤嚥・誤飲・窒息の危険性が高い状態にあります。
- 高齢者であることにより、脳や心臓の疾患が原因で、急変・急死される場合もあります。
- ご本人の全身状態が急に悪化した場合、事業所の判断で緊急に病院へ搬送を行うことがあります。
- 集団生活の場である施設内で、加齢や認知症の症状等によるお客様間でのトラブルが発生する場合があります。

- 完全な施錠はしないため、認知症の症状等が原因でお客様が自ら外に出られることによる事故等がある場合があります。

その他、ご本人の心身状況から想定される事故等

特に要介護認定者等の高齢者は、身体状況及び服用されている薬の影響等から、上記のようなリスクが起りやすいと考えられます。このことは家庭においても起りやすいことです。

令和 年 月 日

上記の内容について、説明をさせていただきました。

社会福祉法人 心愛会

説明者 地域密着型特別養護老人ホーム
ハーモニーみどりヶ丘 ヴェール

職名

氏名 印

私は、本書面に基づいてリスクに関する説明を受け、理解した上で入居（利用）することに同意をいたします。

本書を2部作成し、利用者が1部受け取りました。

利用者 氏名 印

保証人 氏名 印

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、事業者は退居時に入居者へ預り保証金全額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、事業者は入居者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
地域密着型特別養護老人ホーム
ハーモニーみどりヶ丘ヴェール
管理者 飛知和 好夫 様

利用者氏名 _____ 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、地域密着型特別養護老人ホームハーモニーみどりヶ丘ヴェールに預け入れることに下記のとおり同意します。

記

1. 地域密着型特別養護老人ホーム ハーモニーみどりヶ丘ヴェールにおいては、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。

