

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

重 要 事 項 説 明 書

2024年 4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、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して頂くとともに、介護福祉施設サービスを提供します。

2. 経営施設法人の概要

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 英司
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 指定介護予防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

3. 事業所の概要

事業所名	特別養護老人ホーム ハーモニーハウス
所在地	福島県大沼郡会津美里町大石字下川原1番地1
介護保険事業所番号	第0772700373号
管理者及び連絡先	施設長 大堀よし子 TEL 0242-57-1620
入所定員	90名 (特養 80名 ・ ショートステイ 10名)

4. 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 (特養・短期合計)	勤務体制
施設長	入所者・業務の管理	1名	8:30~17:30
医師	健康管理	5名 (非常勤5名)	※1
生活相談員	各種相談・サービス評価	1名	8:30~17:30
看護職員	健康管理	16名	6:30~15:30 9:30~18:30 7:00~16:00 12:30~21:30 8:00~15:00 13:00~22:00
介護職員	入浴・排泄・食事等介助	35名	8:30~17:30 22:00~7:00 9:00~18:00
管理栄養士	食事管理	2名	6:00~15:00 9:00~13:00 6:00~10:00 9:00~18:00
調理員	食事調理	6名	7:00~16:00 10:30~19:30 8:30~17:30 15:00~19:30 9:00~16:00
介護支援専門員	サービス計画書の作成	4名	8:30~17:30
機能訓練指導員	機能訓練	1名	8:30~17:30
事務員	庶務・会計等	1名	8:30~17:30

※1内 科；1回以上/月(14:00~16:00)心身医療科；2回/月(13:00~14:00)
外 科；1回/2ヶ月(14:00~16:00)皮膚科；1回/月(17:30~19:00)
歯 科；1回/年(14:00~17:00)
(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。)

5. 設備の概要

区分	数量・規模	備 考
居室	個室 90室	ユニット型個室
食堂	10室	各ユニットにあります
談話コーナー	10箇所	各ユニットにあります
ダイルーム	6箇所	
機能訓練室	1室	集会作業室多目的室
浴室	4室	大浴槽（1）、小浴槽（3）特殊浴槽（2）、プライベート浴槽（5）
便所	26箇所	車椅子対応便所各ユニットにあります
洗面所	23箇所	
医務室	1室	
静養室	1室	
相談室	1室	
その他	6室	理美容1室・洗濯室5室

6. 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
*お客様の状況に応じ、時間・場所をお選び頂けます。
- 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機能訓練 機能訓練室にて、お客様の状況に応じて機能訓練を実施します。
- ⑤健康管理 医務室にて診療を受けることができます。
- ⑥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）
- ⑦レクリエーション お客様の状況によって定期的を実施しております。

7. サービス利用料負担金

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割または2割または3割）。

（1）介護報酬に係るお客様利用料金

区 分	金 額						備 考
	1 割		2 割		3 割		
基本額	要介護1	670円	要介護1	1,340円	要介護1	2,010円	1日あたりの基準額
	要介護2	740円	要介護2	1,480円	要介護2	2,220円	
	要介護3	815円	要介護3	1,630円	要介護3	2,445円	
	要介護4	886円	要介護4	1,772円	要介護4	2,658円	
	要介護5	955円	要介護5	1,910円	要介護5	2,865円	
基本加算額	個別機能訓練加算（Ⅰ）				1日	120円	左記の1割または2割または3割
	精神科医療養指導加算				1日	50円	
	栄養マネジメント強化加算				1日	110円	
	看護体制加算（Ⅰ・Ⅱ）				1日	120円	
	日常生活継続支援加算（Ⅱ）				1日	460円	
	夜勤職員配置加算（Ⅱ）				1日	180円	
	口腔衛生管理加算				1カ月	900円	
	個別機能訓練加算（Ⅱ）				1カ月	200円	
	褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）				1カ月	30円	
	排せつ支援加算（Ⅰ）				1カ月	100円	
	科学的介護推進体制加算（Ⅱ）				1カ月	500円	
	協力医療機関連携加算				1カ月	1,000円	
	高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）				1カ月	100円	
	生産性向上推進体制加算（Ⅰ）				1カ月	100円	
	介護職員処遇改善加算（Ⅰ）				基本料金・加算料金合計×8.3%		
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）				基本料金・加算料金合計×2.7%			
介護職員等ヘルスアップ [®] 等加算				基本料金・加算料金合計×1.6%			

※負担割合：3割（平成30年8月1日以降）

「合計所得金額（給与収入や事業収入等から給与所得控除や必要経費を控除した額）220万円以上」かつ「年金収入＋その他合計所得金額340万円以上（単身世帯の場合。夫婦世帯の場合463万円以上）」

⇒単身で年金収入のみの場合344万円以上ある人。

※負担割合：2割（平成27年8月1日以降）

「合計所得金額160万円以上」かつ「年金収入＋その他合計所得金額280万円以上（単身世帯の場合。夫婦世帯の場合346万円以上）」

⇒単身で年金収入のみの場合280万円以上ある人。

利用内容により異なる加算額（お客様利用料金 1割または2割または3割）

加算名称	加算額	備考
初期加算	1日 300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。
安全対策体制加算	1回 200円	入居時に1回
入院又は外泊時加算	2,460円	入院や外泊の際 1ヶ月に6日を限度
退所前後訪問相談援助加算	4,600円	入居中1回または2回、退居後1回を限度として相談援助を行った場合。
退所時相談援助加算	4,000円	退居後の相談援助を行い、かつ市町村等に対して必要な情報を提供した場合。
退所前連携加算	5,000円	居宅介護支援事業所と退居前から連携、情報提供とサービス調整を行った場合。
経口維持加算	1月 4,000円	経口維持加算（I）
療養食加算	1回 60円	
看取り介護加算	1日 720円 1日 1,440円 1日 6,800円 1日 12,800円	死亡日以前31日以上～45日以下 死亡日以前4日以上～30日以下 死亡日の前日又は前々日 死亡日
在宅復帰支援機能加算	1日 100円	
在宅・入所相互利用加算	1日 400円	

(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 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	2,000円
	パーマ	4,500円
	毛染め	3,500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に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	820	300
非市町村民世帯税	老齢福祉年金受給者	利用者負担第1段階	820	300
	・合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金(遺族年金と障害年金)収入額の合計が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1,650万円以下の方	利用者負担第2段階	820	390
	・合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金(遺族年金と障害年金)収入額の合計が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1,550万円以下の方	利用者負担第3段階①	1,171	650
	・合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金(遺族年金と障害年金)収入額の合計が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1,500万円以下の方	利用者負担第3段階②		1,360
上記以外の方		利用者負担第4段階	1,171	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 16円 ※ハーモニーハウス貸し出し

※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、上記以外退去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、お客様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。

8. 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。

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。
- ③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。
- ④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。
- ⑤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。
- ⑥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職員は、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、事業者の実施したサービスに起因しない事由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起因して損害が発生した場合

13. 協力病院等

(1)

名 称	高田厚生病院
代表者	院長 上野 修一
科 目	内科、心身医療科、外科、皮膚科
所在地	大沼郡会津美里町字高田甲 2 9 8 1
連絡先	0 2 4 2 (5 4) 2 2 1 1

(2)

名 称	金子歯科医院
代表者	院長 金子 典弘
科 目	歯科
所在地	大沼郡会津美里町字北川原 2 7 - 1
連絡先	0 2 4 2 (5 6) 3 9 8 8

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. 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 大堀 よし子
苦情受付担当者	生活相談員 鈴木 茜
第三者委員	長峯 栄一 024-942-5790
	菊地 健治 090-4880-9282
受付時間	随時対応
連絡先	TEL 0242-57-1620
	FAX 0242-57-1621
	E-mail harmony-house@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

16. 虐待防止のための措置

当事業所のお客様 虐待防止等の相談・責任者

施設長 大堀 よし子

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。

17. 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、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) お客様に関わる介護計画（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、お客様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。

20 年 月 日

本人（お客様） 住所.....

氏名..... 印

保 証 人 住所.....

氏名..... 印

続柄（お客様との関係）.....

[説明確認欄]

20 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	
事業者名	特別養護老人ホーム ハーモニーハウス	
	施設長 大堀 よし子	
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。

お客様	氏名	印
保証人	氏名	印

ハーモニーハウス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居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。
- 5 預り保証金は利用料の3ヶ月を根拠とし、事業者とお客様の協議の上、同意の下で受入ができるものであり、入居の必須の条件にはあたらないもの、また支払わないことでお客様は何ら不利益を受けることがないものとする。

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

特別養護老人ホームハーモニーハウス

施設長 大堀 よし子 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、特別養護老人ホームハーモニーハウスに預け入れることに下記のとおり同意します。

記

1. 特別養護老人ホームハーモニーハウスにおいては、特別養護老人ホームハーモニーハウス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。