ユニット型指定介護老人福祉施設

ハ　ピ　ネ　ス　も　と　き
重要事項説明書

Vol. 2 （2026年6月1日）

1　ユニット型指定介護老人福祉施設　特別養護老人ホーム　ハピネスもときの概要

（1）　施設の概要

事　業　者　名	社会福祉法人ファミリー
事　業　所　名	特別養護老人ホーム　ハピネスもとき
所　在　地	東京都足立区本木一丁目１４－１３
電　話　番　号	０３－５６５０－４８３１
ＦＡＸ番号	０３－５６５０－４８３２
介護保険指定事業所番号	第　１３７２１１５１１１　号

（2）　施設の設備の概要

居　室	ユニット型個室　99室 ショートステイ　20室 （ユニット型個室）	特別浴室	4ヶ所
		医務室	1室
		機能訓練室	1室
リ　ビ　ン　グ	ユニット毎1ヶ所	カフェ	1ヶ所
ダ　イ　ニ　ン　グ	ユニット毎1ヶ所	ヘアサロン	1ヶ所
個　別　浴　室	ユニット毎1ヶ所	防災拠点型地域交流スペース	1ヶ所

（3）　施設の職員体制

職　種	人　数	業　務　内　容
管　理　者	1名	従事者及び業務の管理
医　師	1名以上	医療に関する業務（非常勤）
生活相談員	1名以上	日常生活の相談・指導業務
介　護　職　員	38名以上	生活全般に関する介護・相談及び援助
看　護　職　員	3名以上	医療・保健衛生に関する業務
栄　養　士	1名以上	献立・栄養指導に関する業務
機能訓練指導員	1名以上	機能訓練に関する業務
介護支援専門員	1名以上	介護計画の作成・管理
事　務　職	1名以上	事務処理全般

※上記に定める者の他、必要に応じその他の人数を配置します。

2　サービスの方針

施設サービス計画に基づき、入浴、排せつ、食事等の介護、相談及び援助、機能訓練、健康管理等を行うことにより、ご入居者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように援助するとともに、ご入居者の意思及び人格を尊重し、常にその人の立場に立ってサービス提供するように努めます。また、関係機関等との連携に努めます。

3　サービスの内容

事　　項	備　　考
食　　事	朝食・昼食・夕食を提供いたします。栄養士（管理栄養士）の立てる献立により、栄養面並びにご入居者の嗜好に合わせた食事や、季節感を感じられる食事を提供します。また、ご相談に応じて外食や特別な食事等も提供いたします。
入　　浴	週に 2 回以上入浴していただくことができます。個々の身体状況に合わせた浴室があり、重度の方でも入浴いただける浴槽もあります。体調不良等で入浴ができない場合は清拭にて援助いたします。
排　　泄	ご入居者の身体状況を考慮し、可能な限り自立して行えるよう支援いたします。
生活相談	健康面や日常生活に関すること等、ご相談に応じます。
機能訓練	日常動作のなかで行える訓練を取り入れ、身体機能の維持に努めます。
介　　護	日常生活全般において実施いたします。
健康管理	嘱託医の管理の元、看護職員・介護職員が連携し、体調の変化の早期発見に努めます。医療が必要と判断した際には速やかに医療機関に引き継ぎます。
施設サービス計画	施設サービス計画の内容について、説明し同意を得、交付します。
そ　の　他	手工芸、レクリエーション、音楽、その他行事・訪問等あります。

4　サービス利用に当たっての留意事項

事　　項	備　　考
訪　　問	訪問時間は午前 9 時から午後 6 時までです。来訪の際は、訪問票へ必要事項をご記入ください。（上記以外の時間はご相談下さい）
訪問者の宿泊	訪問者が宿泊する場合は、事前にお申し出ください。
外出・外泊	外出・外泊の際は、外出・外泊届へ必要事項を記入してください。
飲　　酒	酒類に関しては事前に相談の上、お持込いただくことができます。他のご入居者へ迷惑をかけず、健康を害さない程度にお楽しみください。ただし主治医からの指示等により飲酒をご遠慮いただく場合もございます。
喫　　煙	災害予防のため居室等での喫煙はご遠慮いただいております。喫煙をされる場合は、所定の場所にて喫煙されるようお願い致します。煙草およびライターは、職員で管理させていただく場合がございます。ただし主治医からの指示等により喫煙をご遠慮いただく場合もございます。
各種証書 金銭・貴重品の管理	緊急時対応や申請作業のため、健康保険被保険者証・介護保険被保険者証等は施設でお預かりします。金銭に関しましては、管理上の問題により、原則施設ではお預かりすることはできません。ご家族、ご入居者にて居室内で管理していただくことになりますので、ご了承ください。
食べ物の持ち込み	管理や健康上のことがございますので、職員へご相談ください。
所持品の持ち込み	今までの生活を継続していただくために、ご自分らしい居室環境づくりをしていただくことができます。ご自宅で使用していた家具等はご持参いただいて結構です。
設備・器具の利用	設備・器具はご自由にお使いください。但し、故意又は重大な過失により、滅失、破損、汚損等があった場合は、協議の上、自己の費用により現状に復するか、又は相当の代価をお支払いいただきます。
身体拘束	原則としておこないません。但し、緊急やむを得ない場合は、同意の上行う場合がありますが、同時に拘束をしない対応を検討していきます。
宗教・政治活動	他ご入居者、職員等に対する宗教活動、政治活動はご遠慮ください。
サービス提供中におけるリスクマネジメント	ご入居者への介護サービスについては、基本的に自立を支援する内容となっております。安全面には細心の注意を払うようには致しますが、ご入居者の意思を尊重し、制約の少ない生活送っていただくよう支援するうえで、移動時の転倒や車いす・ベッドからの転落等の事故がおこり得ることはご了承ください。
感染症等の発生、流行時の面会	施設内での蔓延を防止するため、場合によっては面会等を制限することがあります。
居室について	居室についてはお選びいただけません。ご入居者の心身の状態により、居室を変更する場合があります。また予めご了承ください。
男性介護職員の有無	有
禁止行為	けんか、口論、泥酔、薬物乱用等他人に迷惑をかけること。 施設の秩序、風紀を乱し、安全衛生を害すること。 故意又は無断で、施設もしくは備品に損害を与え、またはこれらを勝手に持ち出すこと。 職員に対するハラスメント行為（身体的暴力、精神的暴力、セクシャルハラスメント等）

５　利用料金

（１）基本料金（施設利用料）

介護老人福祉施設サービス費（特別養護老人ホーム・ユニット型）

	介護報酬基準額		介護保険適用時の一日当り自己負担額		
			1割	2割	3割
要介護度１	ユニット型個室	7,303円	730円	1,460円	2,190円
要介護度２		8,066円	806円	1,613円	2,419円
要介護度３		8,883円	888円	1,776円	2,665円
要介護度４		9,657円	965円	1,931円	2,897円
要介護度５		10,409円	1,040円	2,081円	3,122円

（２）加算料金

個別の実施状況及び施設の体制に応じて下記のとおり加算させていただきます。

		加算金額（単位：円／日）		
		1割	2割	3割
日常生活継続支援加算	（Ⅰ）	40円	79円	118円
	（Ⅱ）	51円	102円	153円
看護体制加算	（Ⅰ）ロ	5円	9円	13円
	（Ⅱ）ロ	9円	18円	27円
夜勤職員配置加算	（Ⅰ）ロ	15円	29円	43円
	（Ⅱ）ロ	20円	40円	60円
初期加算		33円	66円	99円
個別機能訓練加算	（Ⅰ）	13円	26円	39円
	（Ⅱ）	22円	44円	66円
自立支援促進加算		305/月	610/月	915/月
若年性認知症入所者受入加算		131円	262円	393円
認知症チームケア推進加算	（Ⅰ）	164円/月	327円/月	491/月
	（Ⅱ）	131円/月	262円/月	393円/月
精神科医師療養指導加算		5円	11円	17円
退所時栄養情報連携加算		70/回	140/回	210/回
看取り介護加算		死亡日以前31～45日　79円	158円	237円
		死亡日以前4～30日　157円	314円	471円
		死亡日の前日・前々日　742円	1,484円	2,226円
		死亡日　1,396円	2,792円	4,188円
サービス提供体制強化加算	（Ⅰ）イ	20円	40円	60円
	（Ⅰ）ロ	13円	26円	39円
	（Ⅱ）	7円	14円	21円
	（Ⅲ）	7円	14円	21円
経口移行加算		31円	62円	93円
経口維持加算	（Ⅰ）	436円/月	872円/月	1308円/月
	（Ⅱ）	109円/月	218円/月	327円/月
口腔衛生管理加算（Ⅰ）		99円/月	197円/月	295円/月
療養食加算　※1日3回を限度		7円/1回	13円/1回	20円/1回
褥瘡マネジメント加算	（Ⅰ）	3円	6円	9円
	（Ⅱ）	13円	26円	39円
安全対策体制加算　※1人につき1回を限度		22円/回	44円/回	66円/回
科学的介護推進体制加算	（Ⅰ）	44円/月	88円/月	132円/月
	（Ⅱ）	55円/月	110円/月	165円/月

介護職員等処遇改善加算	（Ⅰ）イ	介護老人福祉施設サービス費及び加算合計×16.3%×10.90 円にて得た額の 1 割～3 割
	（Ⅰ）ロ	介護老人福祉施設サービス費及び加算合計×17.6%×10.90 円にて得た額の 1 割～3 割
	（Ⅱ）イ	介護老人福祉施設サービス費及び加算合計×15.9%×10.90 円にて得た額の 1 割～3 割
	（Ⅱ）ロ	介護老人福祉施設サービス費及び加算合計×17.2%×10.90 円にて得た額の 1 割～3 割
	（Ⅲ）	介護老人福祉施設サービス費及び加算合計×13.6%×10.90 円にて得た額の 1 割～3 割
	（Ⅳ）	介護老人福祉施設サービス費及び加算合計×11.3%×10.90 円にて得た額の 1 割～3 割

※施設の職員体制や取り組みなどによって変動します。
※端数処理のため、多少金額が変動します。
※介護保険制度に基づき、料金を算定しております。介護報酬改定により変更される場合がございます。

（3）居住費

居住費	一日あたりの自己負担額
ユニット型個室	2,500 円

※但し、市町村から「介護保険負担限度額認定証」の交付を受けた方は、認定証に記載された負担限度額がご入居者の負担額となります。

（4）食費

食費	一日あたりの自己負担額
ユニット型個室	1,800 円

※但し、市町村から「介護保険負担限度額認定証」の交付を受けた方は、認定証に記載された負担限度額がご入居者の負担額となります。

（5）その他のサービス料

	料金	備考
往診・受診に係る医療費	実費	往診の際の費用、または体調変化等で病院等を受診される場合の費用
薬代	実費	回診・受診等により薬の処方を受ける場合
嗜好等に係る交通費	実費 （タクシー料金に準じる）	施設車両を使用される場合
特別利用料	実費	行楽地等の入場料、施設内カフェ・施設内ショップ等を利用された際の料金
電気代	50 円/1 日	コンセントを使用する電気製品を持ち込まれる場合 【対象】テレビ、冷蔵庫、パソコン、タブレット、その他職員が認めた機器
理美容費	実費	理髪、美容のサービス利用料
マッサージ代	実費	希望によるマッサージのサービス利用料
クラブ費	実費	入居者による希望参加型のレクリエーションやクラブ活動参加時の材料費等
日常生活費	実費	ご入居者・ご家族の自由な選択に基づき希望を確認した上で、使用する個人の物品等（ティッシュ、歯ブラシ、シャンプー、リンス等）
個別物品費	実費	ご入居者・ご家族が購入を希望され、個別に購入する物品（個別対応の車椅子や介護靴等）
クリーニング代	実費	施設で洗濯できないドライクリーニング品等の洗濯費

特別な食事代	実費	ご入居者が特別に希望した食事費用(外食や出前等)
私物処分費	実費	退居時にお引き取りができない場合等

（6）外泊・入院時の費用負担

病院又は診療所に入院または自宅等に外泊した場合、7 日目以降のご入居者は利用者負担限度額に関係なく、1 日あたり居住費基準額 2,500 円のご負担いただきます。ただし、月をまたがる場合は、連続した 12 日間までは利用者負担限度額に応じた金額にて算定いたします。また、入院・外泊期間中にご入居者が当該居室をショートステイに活用することに同意し、居室を空床利用型のショートステイの利用者に使用させていただく場合は、その利用日数分のお支払いは必要ありません。その場合、私物（貴重品を除く）は、施設側が責任を持って保管させていただきます。

（7）利用料金の支払方法

口座からの引き落としでのお支払いになります。

毎月、15 日前後に前月分の請求書を発行させていただき、請求月内に引き落としとなります。

6　サービスの利用方法

（1）サービスの利用開始

入居日がサービス利用開始日となります。なお入居日は今後、ご入居者・ご家族・事業所が協議の上、決定させていただきます。

（2）サービスの終了

① ご入居者・ご家族の都合でサービスを終了する場合
② 要介護区分が、非該当（自立・要支援 1・要支援 2）と判定された場合
③ 要介護区分が、要介護 1・要介護 2 と判定された場合で足立区と協議した結果、「特例入所要件（注 1）に該当しない」と判断された場合
④ サービス利用料金を 2 ヶ月以上滞納した場合で、督促通知を発行しても尚、支払いを怠った場合
⑤ 他のご入居者に迷惑と思われる行為や、再三の注意にも応じない場合
⑥ 長期の入院（概ね 3 ヶ月以上）が見込まれる場合については、ご入居者・ご家族・事業所が協議の上決定させていただきます。
⑦ 入居後に身体状況の変化等により、常時医療行為が必要な状態になり、事業所が定める医療枠を超えた場合には、ご入居者・ご家族・事業所が協議の上、サービスの終了となる場合があります。
⑧ 入居後に他の介護保険施設に入所した場合
⑨ ご入居者またはご家族が、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。
⑩ ご契約者が、故意又は重大な過失により事業所又はサービス従事者もしくは他のご入居者等の生命・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。

（注 1）特例入所要件とは、居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由がある場合に特例で入所を継続できる要件です。具体的には次の通りです。

ア）認知症であるものであって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られること
イ）知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られること
ウ）ご家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難で有ること

7　ハラスメントの禁止

介護職員に対するハラスメント行為を防止することは、介護職員が安心して働くことができる環境づくりだけではなく、ご入居者の皆さまに、よりよいサービスを継続して利用していただけることにもつなが

ります。次のようなハラスメント行為は、職員の心身に影響を及ぼすばかりでなく、ご入居者ご自身のサービス提供に支障をきたすことにもなりかねません。ご入居者やご家族と事業者の信頼関係があってこそ、よりよいサービスの提供が可能となります。職員が安心して働くことができる環境作りにご理解とご協力をお願いします。

（1）対象となる人

ご入居者・ご家族等

（2）ハラスメント例

①身体的暴力：身体的な力を使って危害を及ぼす行為

例：コップを投げつける／殴る／蹴る／唾を吐く

②精神的暴力：個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為。

例：大声を発する／怒鳴る／特定の職員にいやがらせをする／「この程度できて当然」と理不尽なサービスを要求する ／威圧的な態度で文句を言う／威圧的な態度で指示をする／長時間に渡り職員を拘束する

③セクシュアルハラスメント：意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為。

例：必要もなく髪や手や腕、身体を触る／抱きしめる／入浴介助中、あからさまに性的な話をする

職員に対するハラスメント行為が確認できた場合には、ハラスメント行為をした方の施設内への立ち入りを禁止させていただくなどの措置を講じる場合がございます。また、ハラスメント行為により、サービスの提供を継続することが不適当であると判断できる場合には、契約を解除させていただきますことをご了承ください。

8　プライバシーに関する対応

（1）事業所の職員は、ご入居者やご家族について知り得た情報については、職員でなくなった場合でも、秘密を守ります。

（2）ご入居者に適切なサービスが提供されるよう連携するサービス事業所間で、ご入居者・ご家族の情報を共有することがありますので同意をお願いします。

※　別紙「個人情報保護に対する基本方針・利用目的」参照

9　緊急時の対応方法および主治医･嘱託医

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、速やかに、主治医、嘱託医、救急隊、ご家族等へ連絡します。

嘱託医	氏　　名	いずみ記念病院　　小泉　章子		
	住　　所	東京都足立区本木 1−3−7	電 話 番 号	03-5888-2111
	氏　　名	梅田診療所からの派遣医師	電 話 番 号	03-5681-5020
	住　　所	東京都足立区梅田 8 - 12 - 10		

10　協力病院

社会医療法人社団・医善会・いずみ記念病院、特定医療法人社団昭愛会・水野記念病院、医療法人社団けいせい会・東京北部病院と協力病院指定契約を締結しております。

11　事故発生時の対応

サービス提供中に事故が発生した場合は、ご家族に連絡するとともに、受診等必要な措置を講じます。また、ご入居者に対して施設の介護サービスにより賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。（夜間帯の場合は、状況に応じて連絡致します。）

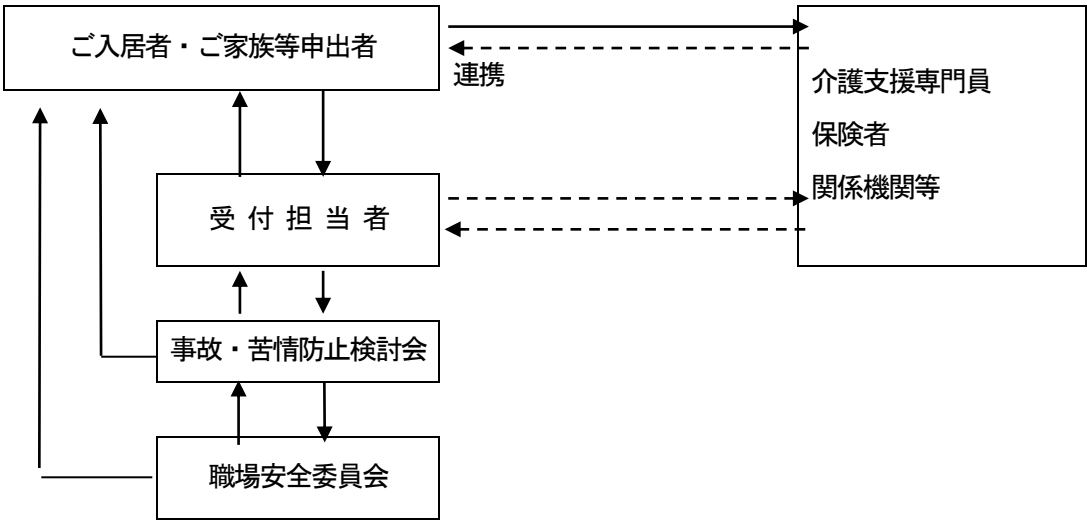
12　サービス内容に関する苦情

（1）施設のお客様相談・苦情受付窓口

担 当 者　　特別養護老人ホーム ハピネスもとき　生活相談員

責 任 者　　特別養護老人ホーム ハピネスもとき　施設長
電　　話　　０３－５６５０－４８３１
受付日時　　午前 9 時～午後 5 時

（２）苦情解決の流れ



（３）　その他

当施設以外に、以下の相談窓口に苦情・相談を申し出る事ができます。

（連絡先）	足立区福祉部介護保険課事業者指導係	０３－３８８０－５１１１
	足立区社会福祉協議会　基幹地域包括支援センター	０３－６８０７－２４６０
	東京都国民健康保険団体連合会　介護相談窓口	０３－６２３８－０１７７
	運営適正化委員会（東京都社会福祉協議会）	０３－５２８３－７０２０

１３　非常災害対策

防 災 時 の 対 応	自動通報装置により消防署へ連絡、及び緊急連絡網により全職員へ連絡します。
防　災　設　備	防火扉・消火栓・消火器により対応可能です。
防　災　訓　練	年 2 回以上の訓練を実施し、うち年 2 回消防の検証をお願いしています。
防 火 責 任 者	責任者を任命しています。

西暦　　年　　月　　日

本書面により、事業者から特別養護老人ホーム　ハピネスもときについての重要事項の説明を受けました。

住　所

【入居者】　氏　名　　印

（代筆の場合続柄）

住　所

【身元引受人】　氏　名　　印

続　柄

サービスの提供開始にあたり、本書面に基づいて重要事項を説明いたしました。

所在地　東京都足立区本木一丁目１４－１３

【事業所】　名称　特別養護老人ホーム　ハピネスもとき

説明者氏名　　印