

特別養護老人ホーム
アルクオーレ安城横山

重要事項説明書

あなたに対する指定介護福祉施設サービス提供にあたり、当事業所があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業者の概要

法人名	社会福祉法人 百陽会
代表者氏名	理事長 牧 功
法人所在地	愛知県岡崎市大平町字古渕25番地
電話番号	(0564) 25-0294
ファックス番号	(0564) 25-0299

2. 事業所の概要

(1) 名称等

施設名	特別養護老人ホーム アルクオーレ安城横山
施設長名	馬場 哲朗
施設所在地	愛知県安城市横山町赤子10番地
介護保険指定番号	2393100082
電話番号	(0566) 72-6541
ファックス番号	(0566) 72-1707

(2) 施設の目的と運営の方針

施設の目的	身体上又は精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とし、かつ居宅においてこれを受けることが困難な方がご利用できます。地域における高齢者福祉の拠点として、高齢者がいつまでもその人らしい生活ができるよう適正な指定介護福祉施設サービスを提供します。
運営の方針	① 入居者一人ひとりの意思及び人格を尊重し、施設サービス計画に基づき、その居宅における生活への復帰を念頭に置いて、入居前の居宅における生活と入居後の生活が連続したものとなるよう配慮しながら、各ユニットにおいて入居者が相互に社会関係を築き、自立的な日常生活を営むよう支援します。 ② 事業の実施にあたっては、地域や家庭との結びつきを重視し、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

(3) 職員体制

(令和6年10月1日現在)

職種	常勤	非常勤	計
管理者	1名		1名
医師		1名	1名
生活相談員	1名以上(常勤兼務)		1名以上

介護支援専門員	1名以上		1名以上
看護職員	1名以上	1名以上	2名以上
介護職員	15名以上	3名以上	18名以上
機能訓練指導員		1名以上	1名以上
管理栄養士	1名以上		1名以上
調理員	2名以上	2名以上	4名以上

(4) 設備の概要

入居定員	29名（新田ユニット10名、高棚ユニット10名、桜井ユニット9名）	医務室 看護職員室	1室 1室
居室（個室）	29室 *	共同生活室	3室
浴室	一般浴室は各ユニットに1室	特浴	1室
見守りシステム	29台	座浴	1室

*本人様及びユニット間の要介護度・認知症度及び職員体制等を勘案して、施設全体の適切な運営のために居室変更もあり得ます。

3. サービス内容

施設サービス計画の立案	入居者様お一人お一人の日常生活全般を支援する観点に立って、施設サービス計画を作成します。そのため、施設サービス計画書の作成または変更にあたっては、入居者様とご家族様の希望やアセスメント結果に基づいて行います。
食事	当施設では、管理栄養士のたてる献立表により、入居者様の身体状況及び嗜好に沿った季節感あふれる美味しい食事を提供します。 食事はユニットごとに食堂（共同生活室）で摂っていただきますが、身体状況によっては居室でも食べられるよう配慮します。出来るだけ離床して食事を召し上がってください。 朝食 8:00～ 昼食 12:00～ おやつ 15:00～ 夕食 18:00～
特別食の提供	入居者様のご希望に応じて特別な食事を提供します。 利用料金：実費
入浴	年間を通じて、週2回以上の入浴又は清拭を行います。
排泄	入居者様の状況に応じて適切な排泄助（随時誘導）を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
機能訓練	機能訓練指導員により、入居者様の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施し

	ます。
相談及び援助	入居者様及びそのご家族様からの相談について誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。
健康管理	・インフルエンザ予防接種に係る費用など：実費 ・医師（内科）により、定期的に診察日を設けて健康管理に努めます。ただし、医師のご都合により曜日・時間に変更になることもあります。 ・緊急等必要な場合には救命救急病院あるいは協力医療機関等に引き継ぎます。 ・嘱託医師：山下 高範 診療科：内科 診察日：2回／月
理美容サービス	利用料金：実費
※行政手続代行	入居者様からの依頼があれば、入居者様に代わって各種行政手続の代行を行います。交通費は1km当たり10円で、申請手数料等は実費を頂きます。
※日常費用支払代行	入居者様及びご家族様にとって日用品の購入が困難である場合、購入代行サービスをご利用いただけます。ご利用になられる場合には、事前に税込み購入代金を生活相談員又は1階事務所までお持ち下さい。生活相談員等の職員の業務の合間に購入しますので、お急ぎの場合は対応できない事があります。交通費は1km当たり10円。
※所持金管理	入居者様のご希望により、所持金管理サービスをご利用できます。 ・管理する金銭の形態：施設の指定する金融機関に預け入れてある預金 ・お預かりする物：上記預金通帳と届出印（2人の職員が個々に保管） ・管理者：施設長 ・出納方法：手続の概要は以下のとおりです。 ① 預金の預け入れ又は引き出しが必要な場合、備え付けの届出書を管理者へ提出していただきます。 ② 管理者は、上記届出書の内容に従い、預金通帳及び届け出印を保管している職員二人に指示します。 ③ 管理者又は管理者が指名する職員は出入金の都度、出入金記録を作成し、月初に前月の写しを入居者様に交付します。 ・利用料金：（入出金回数及び日数にかかわらず）月1,500円。
※その他	複写物の交付：複写物を必要とする場合には、実費をご負担いただきます。（1枚当たり10円）

4. 利用料金

（1）介護保険給付対象サービス費（ユニット型地域密着型施設サービス費）なお1単位

は10,270円です。

＊介護保険の自己負担額は提示された「負担割合証」に基づいて計算します。

基本介護サービス費

要介護度	自己負担分（1日当たり）
要介護度1	682単位
要介護度2	753単位
要介護度3	828単位
要介護度4	901単位
要介護度5	971単位

加算

加算項目	加算金額（1日当り）
夜勤職員配置加算	46単位
初期加算（入居後30日間のみ）	30単位
看護体制加算（Ⅰ）イ	12単位
看護体制加算（Ⅱ）イ	23単位
栄養マネジメント強化加算	11単位
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6単位
科学的介護推進体制加算（Ⅰ）	40単位／月額
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	10単位／月額
介護職員処遇改善加算	総単位数の13.6%
若年性認知症利用者受入加算（対象者のみ）	120単位／日額
安全対策体制加算（入所時のみ）	20単位／月額

その他の加算等

＊入院・外泊時に入院・外泊時費用が算定されます。1日246単位、ただし1ヶ月当たり6日限度ですが、月をまたぐ場合は最大で12日間。

＊看取り介護加算 死亡日から遡って、最長30日間で最大6,528単位。

（2）介護保険給付対象外サービス費

①食費 1日当たり1,445円。ただし、負担限度額の認定を受けている方で認定証を提示された方は、その認定証に記載された金額となります。

② 居住費 1日当たり2,066円。ただし、負担限度額の認定を受けている方で認定証を提示された方は、その認定証に記載された金額となります。

③居室確保料 入院等で外泊された方は、7日目以降は居室確保料として1日当たり2,066円となります。

④その他 理美容等をご利用されたときは実費

※上記枠内の※について

対象の場合、若しくは必要に応じて請求いたします。

(3) 支払方法

- ①岡崎信用金庫の自動振替サービスにより支払っていただきます。なお、振替費用は施設が負担します。
- ②毎月、利用月分の利用料金請求書を利用翌月 20 日までに身元引受人に送付いたします。
- ③利用翌月の 26 日に自動振替をいたします。
- ④自動振替ができなかった場合は、下記口座に振込みでお支払い下さい。なお、振込み費用はご負担願います。

振込み先金融機関	岡崎信用金庫本店営業部
振込先口座番号	普通 9042893
振込先口座名	社会福祉法人百陽会 理事長 牧 功

5. 入退居の手続

- (1) 入居手続 空床が発生しましたら入居待機者 1 番の方にご連絡しますから、施設の指定する日時に本人及び身元引受人が施設に来ていただき契約をお願いします。

*契約に必要な物

- ① 介護保険被保険者証及び利用者負担限度額認定証（ある方のみ）
- ② 本人様と身元引受人様の印鑑（シャチハタ印はご遠慮下さい）
- ③ 自動振替用の岡崎信用金庫通帳及び届出印（確認のため）
- ④ 健康保険証等
- ⑤ 指定書式による健康診断書（提出済の方を除きます）

*生活に必要な物

衣類等の身の回り品。小さな整理たんす。冷暖房完備ですからストーブ等の暖房器具の持ち込みはご遠慮下さい。家具等の持ち込みは生活相談員にご相談下さい。

- (2) 退居手続 契約書記載の事由で契約が終了しましたら、契約終了日までに私物を搬出し、居室を明け渡してください。

- ①入居者様が預けられた書類等は退居日にお渡しします。
- ②入居者様の都合で退居される場合は、法人指定の退居届を提出してください。
- ③退居時、居室や備品が甲の行為により破損又は汚損等していた場合は修復費用を負担していただきます。

6. 施設利用に当たっての留意事項

面会・面会時間	入居者様及び他入居者様の生活の平穏と施設管理の必要性から施設の定めた規則及び職員の指示に従ってください。
---------	--

	① 面会時間は原則として、9：00～19：00とします。 ② 受付職員及びユニット職員に入居者様のお名前と面会である旨を申し出てください。 ③ 入居者様居室での宿泊を希望されるご家族は、事前に施設長の許可を得てください。 ＊宿泊者の19時から翌日9時30分までの外出は保安管理上ご遠慮下さい。 ＊他の入居者や職員に対する迷惑行為を行った場合、又は職員の指示に従わない場合は退去していただくことがあります。
外出・外泊	外出・外泊の際には必ず事前に行き先と帰設時間を職員に申し出てください。お食事不要の場合は、1日前までにご連絡下さい。
喫煙	喫煙は所定の場所でお願ひします。
設備、器具の利用	施設内の居室や設備・機具等は本来の用法に従ってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがあります。
迷惑行為等	騒音等、他の入居者様の迷惑になる行為はご遠慮願ひます。また、許可なく他の入居者様の居室等に立ち入らないようにしてください。
貴重品の管理	紛失や盗難を防止するために、できる限り居室に持ち込まないようにし、貴重品の紛失や盗難については責任を負いかねます。
嘱託医師以外の医療機関への受診	受診については、その介添えにはできるだけ配慮はいたしますが、ご家族様での対応をお願いします。
宗教活動・政治活動	施設内で他の入居者様に対する宗教活動・政治活動はご遠慮下さい。
動物飼育	施設内でのペットの飼育はお断りします。また、ご家族等の面会時にペットの施設内立ち入りも公衆衛生面、ペット嫌いな他入居者様への配慮からお断りします。ただし、盲導犬及び介助犬は除きます。
その他	ご家族様等の連絡先や緊急連絡先が変わったときには至急お知らせ下さい。

協力医療機関

医療機関、医師名	安城更生病院
所在地、電話番号	安城市安城町東広畔28番地 ☎0566-75-2111

7. 緊急時の対応

入居者様に容態の変化があった場合は、医師に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族様に速やかに連絡いたします。

＊看護職員と24時間連絡体制を取っております。昼間は施設内PHS携帯により、夜間

は当番制による携帯電話でのオンコール体制で対応します。

*別紙にてご家族緊急連絡先等を記入していただきます。

8. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「特別養護老人ホーム アルクオーレ安城横山消防計画」に沿って対応を行います。			
防災訓練	別途定める「特別養護老人ホーム アルクオーレ安城横山消防計画」に沿って定期的に夜間及び昼間を想定した避難訓練を、入居者様も参加して実施します。			
防災設備	設備名称	個 数	設備名称	個 数
	スプリンクラー設備	有り	消火器	13本
	屋外避難階段	1箇所	補助散水栓	有り
	自動火災報知設備	有り	火災通報装置	有り
	誘導灯	有り	非常放送設備	有り
	自家発電設備	有り		
	居室カーテン等は難燃性能のあるものを使用しております。			
消防計画等	安城消防署への届出日：令和2年3月13日 防火管理者：馬場 哲朗			

9. 事故発生時における対応

日頃から事故が発生しないよう職員には講習会実施や外部研修会参加を勧めて計画的に教育・指導していますが、万が一事故が発生した場合は、下記の手順にて対応します。

対応方法	① 事故が発生した場合、速やかに看護職員及び施設長（施設長不在の場合は相談員）に連絡し、他の職員と共に入居者様の被害が最小限になるような対応をとる。 ② 事故関係職員は、入居者様対応が収拾したら施設長（施設長不在の場合は看護職員又は相談員）に速やかに口頭で報告する。ただし、事故にあった入居者様が病院への緊急搬送を要する場合においては、家族への連絡を最優先とする。 ③ 上記緊急対応を終えたら、法人指定の「事故報告書」を作成し、ユニットリーダーを通じて施設長に提出する。 ④ 施設長は事故内容を把握し、家族対応、保険者（安城市）への報告、損害保険会社へ連絡に関して判断し対応する。安城市への報告は、安城市指定の事故報告書を使用する。 ⑤ 施設長は事故の内容に応じて、関係職員による「事故検討会」を開催し、原因を分析し改善案を立案し、今後の再発防止に努める。
------	---

損害賠償責任	介護サービスの提供により、施設側の過失に基づき入居者様に賠償すべき事故が発生した場合には速やかに行います。
損害賠償保険	東京海上日動火災保険株式会社の損害賠償保険に加入しています。

10. 苦情の申立先

当施設	苦情受付担当者 新家 隆司（生活相談員） 苦情解決責任者 馬場 哲朗（施設長） ご利用時間 毎日午前8時30分から午後5時30分 ご利用方法 電話 （0566）72-6541 面接 随時 第三者委員 鈴木 久義 住所 愛知県岡崎市石原町字市場47 電話 090-7032-2854 浅井 健一 住所 愛知県岡崎市六名1丁目5番地1 電話 （0564）51-0815 対応の概要 ①苦情受付担当者が苦情申出の窓口として対応します。なお、相談申立者及び入居者様や家族のプライバシーと秘密の保持に十分配慮する。 ②苦情受付担当者は、苦情内容及び苦情申立者の意向を確認、記録し、その内容を苦情解決責任者へ報告する。 ③苦情解決責任者は、苦情内容の報告を受け、その場で解決できると判断される事項については、苦情申立者と話し合って解決を図る。 ④ 記③での解決が困難な場合は、法人事務局長及び第三者委員の立会いを求めて解決を図る。また、安城市介護保険担当課又は国保連の指導を仰ぐことも念頭においておく。
安城市	窓口担当者 安城市役所 介護保険担当課 〒446-8501 安城市桜町18番23号 電話番号 （0566）71-2290
国保連	窓口担当者 愛知県国民健康保険団体連合会 介護保険苦情相談室 〒461-8532 名古屋市東区泉1-6-5 電話番号 （052）971-4165

1 1. 個人情報の保護

入居者様及びご家族様の個人情報は、個人情報の保護に関する法令及び厚生労働省が定める「医療、介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を遵守し、当法人が定める個人情報に関する基本方針をはじめ個人情報に関する諸規程に従って適正かつ適切な取扱いをまいります。

1 2. 身体拘束の禁止

身体拘束は、人権擁護の観点から問題があるだけでなく、入居者様のQOL（生活の質）を根本から損なう危険性があり、身体拘束を行うことによって、入居者様の人間としての尊厳は著しく侵され、更に入居者様への身体的弊害、入居者様及びご家族等への精神的被害及び福祉施設に対する一般市民の信用失墜・不信という社会的被害がもたらされます。

当施設では福祉サービスを提供するにあたっては、当該入居者又は他の入居者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他入居者の行動を制限する行為をいたしません。

1 3. ハラスメント対策

「ハラスメント」とは、意識的・無意識的に特定・不特定多数を問わず不快な想いをさせる、苦痛を与える、居心地の悪さを感じさせる行為のことを指します。ハラスメントにより、身体的、精神的な健康被害の発生や、法的責任を負い、社会的信頼の低下にも大きく影響します。当施設として必要な措置を講じ、従業員のハラスメントの防止に取り組みます。

① ハラスメント対策の指針を整備します。

② ハラスメントの相談窓口を設置します。

「ハラスメントの例」

・身体的暴力…身体的な力を使って危害を及ぼす行為。

例…コップをなげつける／蹴られる／唾を吐く／引っ搔く等。

・精神的暴力…個人の尊厳、人格を言葉・態度によって傷つけ、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等。

・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…必要なく手、腕を触る／抱きしめる／入浴介助中、あからさまに性的な話をする等。

(厚生労働省保健局)

14、高齢者虐待防止

当施設ではご利用者様の尊厳及び安心して過ごせる生活の場を提供する義務に於いて、高齢者虐待防止に向けての取り組みを行います。

- ① 介護従事者に対し研修を実施し、虐待防止に努めていきます。
- ② ご利用者様及びご家族様からの苦情処理体制を整備します。
- ③ 高齢者虐待の防止・発見・対応の責任は介護従事者だけでなく、施設そのものとしてとらえ、重きを置く事とします。

〈高齢者虐待とは〉

身体的虐待……………高齢者の身体に外傷が生じ、又は生じる恐れのある暴行を加えること。

介護放棄・放任…高齢者を衰弱させるような著しい減食または長時間の放置（ネグレスト）、その他の高齢者を擁護すべき職務上の義務を著しく怠ること。

心理的虐待……………高齢者に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応、その他の高齢者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。

性的虐待……………高齢者にわいせつな行為をすること又は高齢者をしてわいせつな行為をさせること。

経済的虐待……………高齢者の財産を不当に処分すること、その他当該高齢者から不当に財産上の利益を得ること。

（高齢者虐待防止法第2条第5項より）

15、第三者評価の実施

当施設では第三者評価の実施はございません。

以上

私は、重要事項説明書の内容につき説明を受け、十分に理解しましたので署名・押印します。

令和 年 月 日

入居者

(住所) _____

(氏名) _____

署名代行者

私は、下記の理由により入居者の意思を確認したうえで、
上記署名を代行しました。

(住所) _____

(氏名) _____

(署名代行の理由) _____

(入居者との関係) _____

身元引受人

(住所) _____

(氏名) _____

(入居者との関係) _____

重要事項説明者

(職・氏名) _____

R6.10.1