

特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護
アーク向陽

重要事項説明書

1. 事業者の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 向陽会	
代表者名	理事長 小林 之夫	
所在地	福井県福井市定正1丁目1325	
電話・FAX番号	0776-56-4560	0776-56-4566
設立年月日	令和3年3月19日	

2. 事業所の概要

施設の種別	特定施設入居者生活介護 介護予防特定施設入居者生活介護	
事業所名	アーク向陽	
所在地	福井県福井市定正1丁目1325	
電話・FAX番号	0776-56-4560	0776-56-4566
事業所番号	1870103627	
開設年月日	令和3年4月1日	
管理者の氏名	小林 良徳	
利用定員	10人	

3. 事業の目的及び運営方針

事業の目的	社会福祉法人 向陽会が設置運営する【アーク向陽】は、要介護状態にあるご利用者に対し、適正な特定施設入居者生活介護を提供することを目的とする。
-------	--

運営方針	<ol style="list-style-type: none">1 事業所の従業者は、特定施設入居者生活介護サービス計画に基づき、ご利用者が当該施設において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、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の支援、機能訓練及び療養上の支援を行う。2 安定的かつ継続的な事業運営に努める。3 事業の実施に当たっては、居宅介護支援事業者（介護予防支援事業者）その他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るとともに、関係市町村とも連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。
------	---

4. 施設の概要

(1) 構造等

	敷 地	2,502.67 m ²
建 物	構 造	木造 2階建 (準耐火建築)
	延床面積	1,671.95 m ²
	特定施設入居者生活介護専用部分	355.96 m ²

(2) 居室

居室の種類	室 数	面積 (一人あたりの面積)	備 考
一人部屋	10	194.40 m ² (19.44 m ² ×10室)	ナースコール設置

(3) 主な設備

設 備	室 数	面積 (一人あたりの面積)	備 考
食 堂	1 (1F)	38.52 m ² (3.85 m ²)	10人
相 談 室	1 (1F)	8.23 m ²	1F共用部分
共 同 生 活 室	1 (1F)	8.10 m ² (0.81 m ²)	洗濯・汚物室
	1 (1F)	19.44 m ²	脱衣・浴室 (機械浴)

5. 職員の配置状況

従業者の種類	人数	区 分				備 考
		常勤 (人)		非常勤 (人)		
		専従	兼務	専従	兼務	
管 理 者	1		1			生活相談員兼務
計画作成担当者	1		1			
生 活 相 談 員	2		2		1	
介 護 職 員	10	1	7	3	1	常勤換算 4.9名
看 護 師	1	1				
機能訓練指導員	1				1	

6. 特定施設入居者生活介護のサービス内容と費用

(1) 介護保険給付対象サービス

ア サービス内容

種 類	内 容	
食 事	食 事 時 間	
	朝食	7:30～ 8:30
	昼食	12:00～13:00
	夕食	17:30～18:30
	<p>基本的には食堂でのお食事となりますが、体調の優れない時等は、居室等でお食事をして頂くことができます。又、嗜好に応じ一部メニューを選択することができますのでご相談ください。</p> <p>ご利用者の状態に合わせ、以下のような形態の食事の提供を行いません。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 消化不良な方、咀嚼困難な方 (主食：お粥、軟飯 副食：刻み食 超刻み食、トロミ食) ・ アレルギーのある方 (青魚→白身魚など他の食材で対応) ・ 高血圧、腎臓食の方 (塩分制限食〔塩分は1日7グラム以下〕) ・ 糖尿病の方 (カロリー制限〔身長体重を考慮のうえ、医師の指示を仰ぐ〕) 	
入 浴	<p>ご利用者の心身の状況に応じて適切な入浴介助を行うと共に、入浴の自立についても適切な援助を行います。週2回の入浴又は清拭を行います。</p>	
排 泄	<p>ご利用者の状況に応じて適切な排泄介助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。おむつを使用する方に対しては必要に応じ随時交換を行います。</p>	
離床、更衣、整容等	<p>寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。 生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。 個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。 シーツの交換は週1回行います。</p>	
機 能 訓 練	<p>機能訓練指導員により利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。</p>	
医療機関送迎	<p>送迎は原則家族にお願いします。</p>	

イ 費用

利用料金は、利用者様の要介護度に応じて異なります。

【介護サービス料金表】

(単位)

	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
自己負担額 1日当り	185	316	546	613	684	749	819
自己負担額 (1ヶ月:30日)	5550	9480	16380	18390	20520	22470	24570

※上記金額以外に次のような加算料金が追加されます。(1単位=10,14円)

【夜間看護体制加算】 9単位/日

夜間等の時間帯も含め看護師との24時間絡体制を確保している場合についての加算

【協力医療機関との連携加算】 100単位/月

・協力医療機関と現病歴の情報共有を行っていること。

【処遇改善加算Ⅱ】 総介護報酬(総単位数) × 12.2%分の料金

・厚生省令で定める介護報酬に係る料金体系等に変更があった場合には、ご契約者のご負担額が変更になる場合があります。

【割合負担】

・負担額は1割負担の掲載になります。お客様の所得により負担額が2割、3割に該当する方もおります。その場合は上記料金表の2倍、3倍の金額になります。

(2) 介護保険給付対象外サービス

利用料の全額を負担していただきます。

種 類	内 容	利 用 料
家 賃	各居室のお部屋代	48,000円/月
共 益 費	光熱水費(電気・水道代)・保守管理修繕費等	30,000円/月
日 用 品 費	ご利用者に対して提供される消耗品代(リンス・シャンプー・石鹸・おしぼり等)に係る費用	実 費
食 費	食事を提供するにあたり係る費用(食材費・人件費等) (昼食代におやつ含む)	朝食 450円/回 昼食 650円/回 夕食 600円/回
特別な食事・嗜好品	ご利用者又はそのご家族等のご希望に基づいて提供される特別な食事・嗜好品代	実 費
行事・クラブ参加代	クラブ活動、レクリエーション行事に係る費用(参加は任意です。)	実 費
予 防 接 種 代	インフルエンザ等の予防接種に係る費用	実 費
健 康 診 断 費	健康診断に係る費用	実 費

7. 利用料のお支払い方法

1ヶ月分ずつのお支払いになります。月末に締め、翌月10日頃請求書を郵送もしくはお渡ししますので、事務所窓口で直接お支払い頂くか、自動引き落としにてお支払いをお願い致します。

(引き落とし手数料110円はご負担ください。)

8. サービスの利用に関する留意事項

居室・設備・器具等の利用	事業所内の設備・器具は本来の用法に従ってご利用ください。故意に又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、設備・器具を壊したり、汚したりした場合には、ご利用者又はそのご家族等の自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
居室内への立ち入り	ご利用者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、ご利用者様の居室内に立ち入り、必要な措置をとることができるものとします。但し、その場合ご利用者のプライバシー等の保護について、十分な配慮を行います。
外出・外泊	外出・外泊の際には必ず行き先と帰宅日時を記入した「外出・外泊届」を職員に提出し、許可を取ってください。
来訪・面会	面会時間 8時30分～19時30分 来訪者は面会時間を遵守し、必ずその都度職員に届け出てください。ご家族等の方はご利用者のお部屋に宿泊することが出来ます。但し、事前に職員までお申し出下さい。
医療機関への受診	医療機関に通院する場合の送迎及び付添は、事情によりできるだけ配慮します。
喫煙	全館禁煙とします。ご協力お願いします。
迷惑行為	騒音等其他のご利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の利用者の居室等に立ち入らないでください。
宗教活動・政治活動	事業所内での他のご利用者に対する執拗な宗教活動・政治活動及び営利活動はご遠慮ください。
衛生・風紀	事業所の業務運営上支障のある物品、鋭利な刃物、発火性・引火性のある物質その他危険物を持ち込んだりしないでください。
動物の飼育	事業所内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。
所持金品の管理	所持金品は、自己の責任で管理してください。
原状復帰	退居時には、居室の状態を入居時の原状に回復していただきます。
身上変更届	ご利用者の身上に関する重要な事項に変更が生じたときは、速やかに事業所の従業員に届け出てください。
その他	管理者が留意事項と定める事項は遵守していただきます。

9. 事故発生時の対応

ご利用者に対する特定施設入居者生活介護サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町及びご家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

10. 非常災害時の対応

非常火災時には、別途定める消防計画に則って対応を行います。また、避難訓練を年2回、契約者も参加して行います。

[消防設備]

- ・自動火災報知機
- ・非常通報装置
- ・ガス漏れ探知機
- ・非常用照明
- ・誘導灯
- ・消火器
- ・スプリンクラー
- ・消火栓

11. 損害賠償について

事業所の責任によりご利用者に生じた損害については、事業所は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、その損害の発生について、ご利用者に故意又は過失が認められた場合には、ご利用者のおかれた心身の状況を斟酌して相当と認められるときに限り、事業所の損害賠償責任を減じる場合があります。

12. 苦情申立窓口

当事業所では、ご利用者又はその家族等が満足して特定施設入居者生活介護サービスをご利用いただけるよう、苦情受付担当者と苦情を受け付ける苦情受付窓口を設置しています。

◆体制は次のとおりです。

	氏 名	連 絡 先
苦情受付担当者	小林 良徳	アーク向陽事務室 ご利用方法：電話 0776-56-4560 ：面接 当事業所1階相談室 ：ご意見箱（当事業所1階E V前に設置）
苦情解決責任者	小林 良徳	アーク向陽事務室 電話0776-56-4560

◆苦情の受付方法は次のとおりです。

面接・電話・書面等により苦情受付担当者が受け付けます。苦情受付担当者は、受け付けた要望や苦情内容を確認した上で、ご利用者及びそのご家族等より報告を受けた内容を確認させていただきます。

要望・苦情の受付時間は、月曜日から金曜日までの午前9時から午後5時までです。ただし、祝日・年末年始は除きます。

◆苦情解決の方法は次のとおりです。

苦情解決責任者は、ご利用者及びそのご家族等と誠意を持って話し合い、解決に努めます。

当事業所で解決できない場合は下記に申立することができます。

◆行政機関・その他苦情受付機関

機 関 名	所 在 地	電 話 番 号
福井市福祉保健部介護保険課	福井市大手3丁目10-1	0776-20-5715
福井県国民健康保険団体連合会	福井市西開発4丁目202-1	0776-57-1614
福井県社会福祉協議会（ハート支援室）	福井市光陽2丁目3-22 福井県社会福祉センター内	0776-24-2347

13. サービス利用の終了

契約の有効期間は、契約締結の日からご利用者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の7日前までに、ご契約者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができます。ただし、次のような事項に該当する場合には、当事業所との契約は終了します。

(1) ご契約者からの解約・契約解除の申し出

契約の有効期間であっても、契約書第14条により、ご契約者から利用契約を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の30日前までに解約届出書をご提出ください。

(2) 事業者からの契約解除の申し出

契約書第15条の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

(3) 契約の終了に伴う援助

契約が終了する場合には、事業者はご利用者の心身の状況、おかれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

14. サービス提供における事業者の義務

当事業所では、ご利用者に対してのサービスを提供するにあたり、次のことを遵守いたします。

- ① ご利用者の生命、身体、財産の安全、確保に配慮します。
- ② ご利用者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携の上、ご利用者又はそのご家族等から聴取、確認します。
- ③ ご利用者へ提供したサービスについて記録を作成し、5年間保管するとともに、ご利用者又はそのご家族等の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ④ ご利用者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。
ただし、ご利用者又は他のご利用者の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなど、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。
- ⑤ ご利用者へのサービス提供時において、ご利用者に病状の急変が生じた場合には、速やかに主治医等への連絡を行う等必要な処置を講じます。
- ⑥ ご利用者へのサービスを提供するにあたって知り得たご利用者又はご家族等に関する情報を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。(守秘義務)
- ⑦ 利用者の人権の擁護・虐待の防止のために、事業者の施設長を責任者とする。その必要体制を行なうと共に事業所の従事者に対し研修を実施する等の措置を講ずる

15. 当施設における個人情報の利用目的

【サービスの提供に必要な利用目的】

〔当事業所での利用〕

- ・ 当事業所でご利用者に提供するサービス
- ・ 介護保険事務
- ・ ご利用者に係る管理運営業務のうち
 - －入退居等の事業管理
 - －会計・経理
 - －質向上・安全確保・介護事故あるいは未然防止等の分析・報告
 - －介護サービスの向上

〔他の事業所等への情報提供〕

- ・ 当事業所がご利用者に提供するサービスのうち、
 - －他の介護サービス事業所、病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション等との連携
 - －他の介護サービス事業所等からの照会への回答
 - －ご利用者への介護サービスの提供にあたり、外部の医師等の意見・助言を求める際
 - －給食業務の委託・その他の業務委託
 - －ご家族等への状態説明
- ・ 介護保険事務のうち、
 - －保険事務の委託
 - －審査支払機関又は保険者へのレセプトの提出
 - －審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ・ 介護事業者賠償責任保険などに係る、介護に関する専門の団体、保健会社等への相談又は届出等
- ・ 第三者機関への質向上・安全確保・介護事故対応・未然防止等のための報告

【上記以外の利用目的】

〔当事業所での利用〕

- ・ 介護施設等の管理運営業務のうち、
 - －介護サービスや業務の維持、改善のための基礎資料
 - －介護士・看護師・理学療法士・栄養士・医療事務等の学生実習への協力
 - －介護士・看護師・理学療法士・栄養士等の教育・研修
 - －症例検討
 - －介護サービス等の満足度調査や業務改善のためのアンケート調査

〔学会等への発表〕

- －特定のご利用者・関係者の症例や事例の学会、研究会などでの報告は、氏名、生年月日、住所等を消去することで匿名化する。匿名化困難な場合は、本人の同意を得る。

〔他の事業所等への情報提供を伴う事例〕

- ・ 当事業所の管理運営業務のうち、
 - －外部監査機関への情報提供
 - －当該ご利用者に介護サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答

16. 協力医療機関

当事業所では、下記の医療機関・歯科医療機関に協力いただいています。

・協力医療機関

名 称：舟橋内科クリニック

住 所：福井県福井市舟橋1-110

名 称：森川医院

住 所：福井県福井市下森田桜6-6

・協力歯科医院

名 称：鈴木歯科医院

住 所：福井県福井市上森田1-501

※ 緊急の場合には、「契約者・代理人届出事項」にご記入いただいた連絡先に連絡いたします。

アーク向陽における特定施設入居者生活介護サービスのサービス提供開始にあたり、契約者（利用者）及び代理人（家族）と事業者は、利用契約、重要事項説明書の内容について合意した証として、本書を2通作成し、利用者及び代理人（家族）と事業者及び重要事項説明者が記名捺印の上、各1通を保持するものとする。

令和 年 月 日

契約者（利用者）

住 所

氏 名

㊟

代理人（家族）

住 所

氏 名

㊟

事業者

住 所
名 称

代表者

㊟

重要事項説明者

職 名

氏 名

㊟