

重要事項説明書

(地域密着型介護老人福祉施設)

社会福祉法人 寿星会

地域密着型特別養護老人ホーム 悠久の栖

地域密着型介護老人福祉施設 悠久の栖

重要事項説明書

令和 8 年 8 月 1 日改訂

1. 法人・施設の概要

名 称	社会福祉法人 寿星会
代表者氏名・役職	理事長 横山 英幸
施設長氏名	栗田 啓子
施設名称	地域密着型特別養護老人ホーム 悠久の栖
施設所在地	埼玉県川口市大字道合字八本木 9 3 7 - 1
電話番号	0 4 8 - 2 8 7 - 5 1 5 1
F A X 番号	0 4 8 - 2 8 7 - 4 1 4 1

2. 地域密着型介護老人福祉施設 悠久の栖の概要

(1) 運営の方針

当施設は、施設のサービス計画に基づき、可能な限り居宅における生活への復帰を念頭において、入浴、排泄、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の世話、機能訓練、健康管理および療養上の世話を行うことにより、ご契約者がその有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるようになることを目指します。

(2) 提供できるサービスの種類

施設名称	悠久の栖
所在地	埼玉県川口市大字道合字八本木 937 番一1
介護保険法	地域密着型介護老人福祉施設 (事業所番号 1 1 9 0 2 0 0 5 3 3)
老人福祉法	特別養護老人ホーム
その他	生活保護法適用施設

(3) 同施設の設備の概要

定員	2 8 名
居室（4 人部屋）	7 室 4 9 . 8 5 m ² ～5 6 . 9 0 m ²
浴室	2 室 一般浴、特別浴室
食堂・機能訓練室	1 室 1 1 9 . 8 5 m ²
医務室	1 室 2 2 . 6 3 m ²
看護職員室	1 室 1 3 . 5 5 m ²
介護職員室	1 室 2 2 . 2 7 m ²
静養室	1 室 2 2 . 2 7 m ²

(4) 当施設の職員体制・勤務体制

職 種	計	指定基準
管理者	1	1
医師	1	1
生活相談員	1	1
管理栄養士	1	1
調理員	1	1
機能訓練指導員	1	1
介護支援専門員	1	1
看護職員	1	1
介護職員	1 3	1 0
計	2 1	1 8

①時間帯による職員数	
時間帯	介護職員等の数
朝 食	フロアー 3名
日 勤	フロアー 4名
夕 食	フロアー 3名
夜 勤	フロアー 2名
②配置医師等による診察日	
曜日	医師
火曜日	林 夢夏

・介護職員 早番 7:00～16:00
 日勤 9:00～18:00
 遅番 11:00～20:00
 夜勤 17:00～10:00

・看護師 日勤 8:30～17:30
 ・管理者、生活相談員、介護支援専門員
 管理栄養士、事務員 日勤 8:30～17:30

＊ 職員の配置については、指定基準を遵守しています。

3. サービスの内容

項 目	サービス内容
施設サービス計画の立案	・国の定めるサービス計画書を使用します。
食 事	・管理栄養士の立てる献立表により、栄養と契約者の身体状況や嗜好、季節感等を配慮したバラエティに富んだ食事を提供いたします。 ・食事時間 - 朝食 午前7:30～午前8:30 - 昼食 午後0:00～午後1:00 - オヤツ午後3:00～ - 夕食 午後6:00～午後7:00 ・食事は、原則として共同スペースをご利用いただきます。
排 泄	・契約者の状況に応じて適切な排せつ介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。

入 浴	・年間を通じて、週 2 回以上の入浴または清拭を行います。 ・身体状況に応じた入浴機器を用いての入浴が可能です。
生活介護	・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。 ・清潔な寝具を提供します。 ・シーツ交換は、週 1 回行います。ただし、必要な場合はその都度交換いたします。 ・枕カバー、包布交換は、週 1 回行います。ただし、必要な場合その都度交換いたします。 ・ふとん乾燥消毒は、適宜実施します。
健康管理	・定期健康診断（年 1 回） ・血圧、検温などの健康チェック。ただし、必要があればその都度実施します。 ・嘱託医師により、1 週間 1 回診察日を設けて健康管理に努めます。 ・医療の必要性の判断は、嘱託医師または協力医療機関等の医師が行います。 ・医療が必要と判断された場合は、速やかに医療機関に通院もしくは入院していただきます。 ・通院や入院、緊急受診等をされた場合、主治医より治療上の判断を求められることがありますので、契約者及びご家族には責任を持って対処していただきます。その際、可能な範囲でご相談に応じさせていただきます。
機能訓練・生活リハビリ	・機能訓練指導員による契約者の状況に適合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。 ・手芸、貼り絵など生活リハビリを取り入

	れ、精神的機能の低下を防止するよう努めます。
生活相談	・ 契約者およびご家族からの相談について、誠意を持って応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。 (相談窓口) 生活相談員
余暇活動	・ 施設での生活を実りあるものとするため、適宜レクリエーションを企画します。 ①個別活動 ②小グループ活動 ③フロアー活動 ④クラブ活動 ⑤施設行事
所持品保管	・ 若干の身の回り品については備え付けの収納庫等にてお預かりします。
行政手続き代行	・ 行政機関への手続きが必要な場合は、契約者やご家族の状況によっては代行して行います。
金銭等の管理	・ 契約者又はその家族が金銭管理等を行うことが困難な場合、同意を得た上で預かることができます。 ・ 預かり金に関する帳票類は翌月ご送付します。

4. 契約者負担金

(1) 契約者の方からいただく契約者負担金は別表1のとおりです。

①介護保険の給付の対象となるサービス並びに居室及び食費にかかる自己負担

②介護保険の給付の対象とならないサービスの二種類になります。

③入院外泊時の居室料負担金につきましては、居室確保の観点から、下記の通り同額を徴収することとします。

第4段階	9 1 5 円
第3段階②	5 3 0 円
第3段階①	4 3 0 円
第2段階	4 3 0 円

疑問点等がございましたら、ご遠慮なくお尋ねください。

(2) 支払方法

当月分を1か月ごとに清算し、翌月10日までに請求します。お支払は原則として契約者の方の取引銀行の自動引き落としとしてお願いします。

但し、これによりがたい場合は、ご相談に応じます。

5. 入所の手続き

(1) 川口市に在住し介護認定を受けた方で、当施設の入所申込書に必要事項を記入し、お申込み下さい。

(2) 入所前に事前面接をおこないます。その後、当施設の入所検討委員会で入所が決定した場合は契約となります。契約の有効期限は介護保険認定機関と同じです。但し、引続き認定を受け、利用者又はご家族から契約終了の申出がない場合は、自動的に更新されるものとします。

(3) 必要な書類など

①介護保険被保険者証・介護保険負担割合証

②介護保険負担限度額認定証

③医療保険被保険者証・医療資格確認書（健康保険、国民健康保険）

④老人医療証

⑤健康診断書

(4) その他お持ちいただくもの

①衣類

②テレビが必要な方は持参して頂いています。

③使い慣れた思い出の品等については、収納スペースに限りがございますので、個別にご相談下さい。

6. 施設サービスが提供できない場合がございます

(1) 入院して医療・治療が必要と判断された場合

※入院が長引くことを主治医等が判断した場合は、契約を継続したまま一旦退所していただくことがありますのでご了承ください。

(2) 施設として適切な指定介護老人福祉施設サービスを提供することが困難な場合

7. 退所の手続

(1) 契約者のご都合で退所される場合

いつでも申し出により退所できます。ただし、退所先及び身元引受人の確認をさせていただきます。

(2) 自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

①契約者が他の介護保険施設に入居した場合

（例えば、老人保健施設、療養型病床施設）

- ②介護保険給付で、サービスを受けていた契約者の要介護認定区分が、「非該当」（自立）又は「要支援１・要支援２」と認定された場合

※この場合、所定の期間の経過をもって退所していただくことになります。

- ③契約者がお亡くなりになった場合

- ④やむを得ない事情により施設を閉鎖する場合

- （３）施設は次の事由に当てはまる場合、契約者・身元引取人・保証人・後見人・保佐人に対して、文書で通知することにより、この契約を解約することができます。

- ①契約者のサービス料金の支払いが、正当な理由なく連続して３ヶ月以上遅延し料金を支払うよう催告したにもかかわらず１４日以内に支払わない場合

- ②契約者・身元引取人・保証人・後見人・保佐人が、施設や施設職員又は他の利用者に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為を行い、その状態が改善されない場合

- （４）金品の受け渡しについて

- （１）（２）等の事由で退去される場合は、所持・預かり金品のすべてを原則として契約者あるいは契約上の身元引受人・保証人・後見人・保佐人にご返却します。

８．施設利用に当たっての留意事項

事 項	内 容
面 会	・面会時間 １３：００～１６：３０ それ以外についてはご相談ください。
外出、外泊	・必ず行き先と帰園時間、食事の有無など必要なことを所定の用紙で職員にお届け下さい。
飲 酒	・施設内での飲酒はご遠慮下さい。
喫 煙	・施設内全面禁煙となっております。
所持品の持込み	・衣装箱３個程度の衣類と、床頭台に収納できる程度の身の回り品とさせていただきます。
施設外での受診	・嘱託医師、協力病院医師の指導ではなく、契約者の方やご家族の希望で他の医療機関を受診する場合は、ご家族で対応をお願いします。また、診察結果、処方薬等については職員にお申し出下さい。
宗教・政治活動	・施設内で、他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠くください。
食べ物の持込み	・健康上の理由により、職員にお尋ねください。

９．要介護認定の申請に係る援助

- （１）契約者が要介護認定の更新申請を円滑に行えるよう援助します。

(2) 契約者が希望する場合は、要介護認定の申請を代わって行います。

10. サービス提供の記録の保存

施設サービスの提供に関する記録を作成することとし、これをご契約終了後 5 年間保管いたします。

11. 退所時の援助

契約の終了により契約者が退所する際には、契約者及びその家族の希望、契約者が退所後に生活されることとなる環境等を勘案し、円滑な退所のために必要な援助を行います。

12. 秘密保持の厳守

(1) 施設及びすべての職員は、サービスを提供する上で知り得た契約者及びその家族に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は、本契約終了後も同様といたします。

(2) 個人情報については、施設が提供するサービスを適正かつ円滑に提供するために必要な範囲で情報を収集し、利用目的に沿った利用を行います。

①内部での利用

契約者等に提供する施設サービス、介護保険事務、施設サービスに係る業務

②外部への提供

(1) 契約者等にて提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護事業所等との連携
(サービス推進担当者会議等)、照会の回答

(2) 契約者の疾病治療、健康維持のため、主治医等医師への連絡及び健康記録・生活提供記録

(3) ご家族への心身状況の説明

③介護保険事務

(1) 審査支払機関へのレセプト等の提供

(2) 支払審査機関又は保険者からの照会・回答

(3) 損害賠償保険などに係わる保険会社等への相談又は届出等

13. 緊急時の対応方法

契約者の容態に変化等などがあった場合は、医師に連絡するなど必要な処置を講ずるほか、緊急連絡先のご家族の方に速やかに連絡いたします。

【第1緊急連絡先】

氏 名	
住 所	
電話番号	
続 柄	
携帯番号	

【第2緊急連絡先】

氏 名	
住 所	
電話番号	
続 柄	
携帯番号	

1 4. 事故発生時の対応について

当事業所は、万全の体制でサービスの提供にあたりますが、万一事故が発生した場合には、速やかに契約者のご家族、関係市町村等にご連絡するとともに、事故に遭われた方の救済、事故の拡大の防止等の必要な措置を講じます。又、契約者に賠償すべき事故が発生した場合には、誠意をもって速やかに損害賠償を行い、更に原因の究明と再発防止に努めます。

契約者に対する当事業所の介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。但し、事業者が故意・過失が認められない場合は、この限りではありません。なお、次の各号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 契約者が、契約締結時にその心身の状況およ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が唯一の原因と判断される状況で損害が発生した場合。
- ② 契約者の急激な体調の変化や不慮の事故等、事業者の実施した介護サービスによらない事由が唯一の原因と判断される状況で損害が発生した場合。
- ③ 契約者が、事業者もしくはサービス従業者の依頼に反して行った行為が唯一の原因と判断される状況で損害が発生した場合。

1 5. 非常災害対策

非常時の対応	別途定める「消防計画」により対応します。
防火管理者	鈴木 大一
防災訓練	定期的に消防防災訓練を実施します。
防災設備	自動火災通報装置・非常用通報装置・スプリンクラー 非常食等必要な設備を備えています。

1 6. 施設への要望・苦情等についての相談窓口

苦情受付窓口（担当者）	連絡先
生活相談員 （五嶋 俊行）	0 4 8 - 2 8 7 - 5 1 5 1
第三者委員 （矢作 光子）	0 4 8 - 2 8 1 - 4 6 3 2

川口市役所 介護保険課	0 4 8 - 2 5 9 - 7 2 9 3
埼玉県国民健康保険団体連合会	0 4 8 - 8 2 4 - 2 5 6 8
埼玉県社会福祉協議会内 (埼玉県運営適正化委員会)	0 4 8 - 8 2 2 - 1 1 9 4

17. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

実施の有無 有 ☒ 無

18. 当施設が提供するサービスについての相談窓口

生活相談員（担当者）	五嶋 俊行 横山 澄恵
電話番号	0 4 8 - 2 8 7 - 5 1 5 1
相談受付時間	8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0

* ご不明な点等がございましたら、何でもご遠慮なくご相談ください。

19. 協力医療機関

施設は契約者に入院治療が必要になった時の備えとし、近隣の病院・医院に承諾を得て、協力医療機関をさだめています。また、協力歯科医療機関についても定めています。

協力医療機関名	武南病院
所在地	埼玉県川口市東本郷1 4 3 2
電話番号	0 4 8 - 2 8 2 - 8 2 2 2
診療科目	内科・外科・整形外科・脳神経外科・皮膚科等

協力医療機関名	医療法人社団 東川口病院
所在地	埼玉県川口市2 - 1 0 - 8
電話番号	0 4 8 - 2 9 5 - 1 0 0 0
診療科目	内科・外科・整形外科・耳鼻咽喉科・泌尿器科等

協力医療機関名	医療法人高輪会 浦和歯科
所在地	埼玉県さいたま市南区別所3 - 1 6 - 9
電話番号	0 4 8 - 8 6 5 - 6 6 6 1
診療科目	一般歯科・訪問歯科

介護老人福祉施設入所に当たり、契約者に対して契約書及び本書面に基づいて重要事項を説明しました。

令和____年____月____日

<事業者>

所在地 〒333-0835
埼玉県川口市大字道合字八本木 937-1
名 称 社会福祉法人 寿星会
地域密着型特別養護老人ホーム 悠久の栖

説明者 氏 名 _____ ㊞

私は、契約書及び本書面により、事業者から介護老人福祉施設特別養護老人ホーム悠久の栖についての重要事項の説明を受けました。

<契約者>

住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

<ご家族・ご親族代表保証人・身元引取人・成年後見人・保佐人>

住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

<ご家族・ご親族代表保証人・身元引取人・成年後見人・保佐人>

住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

