

重要事項説明書

(短期入所生活介護サービス)

(介護予防短期入所生活介護サービス)

社会福祉法人 寿星会

特別養護老人ホーム 悠久の栖

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

法人・施設名称	社会福祉法人寿星会 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
代表者氏名・役職	理事長 横山 英幸
施設長名	栗田 啓子
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
介護保険指定番号	1 1 7 0 2 0 5 9 5 7

2. 運営方針の概要

- ① 契約者の意思及び人格を尊重して、常に契約者の立場に立った施設介護サービスの提供に勤めるものとする。
- ② 施設の職員は、契約者が可能な限り居宅における生活への復帰ができることを念頭に、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、食事などの介護、相談、援助、社会生活上の便宜の供与、その他日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話、家族の身体的、精神的負担の軽減を行うものとする。
- ③ 地域や家族との結びつきを重視し、関係市町村、居宅介護支援事業所、及びほかの居宅サービス事業者並びに医療機関等と綿密な連携を図り、総合的な施設介護サービスの提供に勤めるものとする。

3. 施設の設備概要

定員	8 0 名（1 ユニット：1 0 名）
居室（ユニット型）	8 室 1 4 . 7 m ² ～1 5 . 0 m ²
浴室	4 室 一般浴（2 室） 特別浴室（2 室）
食堂・共同生活室	8 室 1 1 9 . 7 m ² ～1 2 7 . 0 8 m ²
医務室	1 室 2 2 . 6 3 m ²
介護材料室	2 室 1 0 . 8 0 m ²
リネン室	2 室 1 0 . 8 0 m ²
理美容室	1 室 1 3 . 0 6 m ²
マッサージ室	1 室 1 3 . 0 8 m ²

汚物処理室	2室 18.06㎡
介護職員室	4室 12.60㎡～17.89㎡

4. 施設の職員体制

職種	計	指定基準	業務内容
管理者	1	1	管理全般
医師	1	1	診療・健康管理等
生活相談員	1	1	生活上の相談 従業者への技術指導
管理栄養士	1	1	栄養管理・指導
調理員	委託		食事の調理
機能訓練指導員	1	1	機能減退防止訓練等
介護支援専門員	1	1	サービス計画の立案・管理等
看護職員	※4.0	3	看護・健康管理業務
介護職員	31	26	介護業務
※常勤換算人数			

- ・介護職員 早番 7:00～16:00 日勤 8:30～17:30 遅番 11:00～20:00 夜勤 16:00～9:00
- ・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。

※職員数は常勤換算の人数です。

5. サービス内容

項 目	サービス内容
短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護）計画の立案	・介護支援専門員と介護関係職員が協議して計画を立て、契約者又はご家族の方に説明し、同意をいただきます。
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致します。 ・通常メニュー以外に、医療上必要な場合には、特別食をご用意しております。詳しくは、職員にお尋ね下さい。

	・湯茶のサービスがあります。 ・行事食を用意する場合もございます。その際は、その都度お知らせを致します。 ・各ユニットに設置してある電化製品もご使用できます。ご使用の際は、職員にお声をお掛け下さい。 ・食事時間 - 朝 食 午前 7 : 3 0 ~ 午前 8 : 3 0 - 昼 食 午後 1 2 : 0 0 ~ 午後 1 : 0 0 - おやつ 午後 3 : 0 0 ~ - 夕 食 午後 6 : 0 0 ~ 午後 7 : 0 0
入浴	・週 2 回入浴していただきます。 ・身体状況に応じて特別浴又は清拭となる場合があります。
介護	・ケアプランに沿って介護を行います。 ・食事、入浴、排泄、着替えなどの介助、体位交換、シーツ交換、施設内の移動の付き添い等
健康管理・通院サービス	・医療の必要性の判断は、契約者の主治医もしく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及び生活リハビリを行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。
生活相談	・契約者及びご家族からの相談について、誠意を持って応じます。 (相談窓口) 生活相談員
安全管理	・防災、避難訓練等設備を含め、安全面に常時配慮しています。
所持品管理	・お荷物については、必要最小限でお願い致します。 ・特別な事情がある所持品についてはお預かり致します。但し、預けることのできる所持品などの種

	類や量等には制限がございます。 詳しくは、職員にお尋ね下さい。
居室	居室の場所は状況等により決めさせていただきます。利用中においても、契約者の状況などにより変更することがあります。

6. 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。

第4段階	2, 550円
第3段階②	1, 470円
第3段階①	1, 310円
第2段階	880円
第1段階	880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。お支払は口座振込で料金をお支払いしていただきます。口座振込の確認ができ次第、契約者に領収書を発行致します。

7. 利用の手続き

(1) 利用前に事前面接をおこないます。その後、当施設の職員で利用の可否を決定させていただきます。利用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。

(2) 必要な書類など

①介護保険被保険者証

②医療保険被保険者証・医療資格確認証（健康保険、国民健康保険）

③老人医療証

(3) その他お持ちいただくもの

①テレビ（必要な方）

②衣類 外・中履き

8. 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

(2) 施設として適切な指定短期入所介護（指定介護予防短期入所生活介護）

サービスを提供することが困難な場合

9. キャンセルの手続

(1) 契約者のご都合でキャンセルされる場合

体調不良等によりキャンセルをご希望の場合は、ご連絡を頂ければ承ります。
但し理由によりキャンセル料が発生する場合がございます。

(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)と認定された場合

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・身元引取人や保証人・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

③上記①から②による退所が行われ、契約が終了した場合であって、契約者のやむを得ない事情によりその契約終了日の翌日以降施設を利用することとなる時は、その利用に要する実費を請求します。

(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。

10. 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	・必ず行き先と帰設時間、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	・禁止とさせていただきます。
喫 煙	・禁止とさせていただきます。

所持品の持込み	・利用日数に応じた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	・主治医、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、他の契約者に対する宗教活動及び政治活動はご遠く下さい。
食べ物の持込み	・職員にお尋ねください。

1 1. 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。

1 2. 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。

1 3. 秘密保持の厳守（個人情報保護に関する基本方針参照）

- （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の回答
- （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

1 4. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

第三者評価の実施 : 無し

1 5. 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	
自宅電話番号	
続 柄	
携帯番号・職場の連絡先	

【第2 緊急連絡先】

氏 名	
住 所	
自宅電話番号	
続 柄	
携帯番号・職場の連絡先	

1 6. 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・身元引取人や保証人・後見人・保佐人が、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。

17. 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。

18. 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	048-287-5151
第三者委員 矢作 光子	048-281-4632
川口市役所 介護保険課	048-259-7293
埼玉県国民健康保険団体連合会	048-824-2568
埼玉県社会福祉協議会 (埼玉県運営適正化委員会)	048-822-1194

19. 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
電話番号	048-287-5151
相談受付時間	8:30～17:30

* 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。

短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護）サービスに当たり、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
特別養護老人ホーム 悠久の栖

説明者 氏名 _____ (印)

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 _____ (印)

<ご家族代表保証人・身元引取人・成年後見・保佐人>

住 所 _____
氏 名 _____ (印)

<ご家族代表保証人・身元引取人・成年後見人・保佐人>

住 所 _____
氏 名 _____ (印)