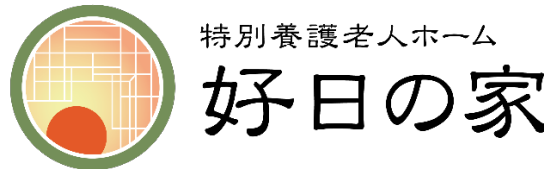


指定介護老人福祉施設  
重要事項説明書

社会福祉法人 久壽会  
特別養護老人ホーム 好日の家



特別養護老人ホーム 好日の家 重要事項説明書（令和6年8月1日現在）

1法人の概要

法人の名称	社会福祉法人 久壽会
代表者名	理事長 平塚 大
所在地	埼玉県坂戸市浅羽1130-1
連絡先	049-298-3633

2事業所の概要

事業所名	特別養護老人ホーム 好日の家
所在地	埼玉県坂戸市浅羽1130-1
介護保険 事業所番号	1176001301
管理者	施設長 平塚 大

連絡先	049-298-3633
-----	--------------

### 3職員の配置

職 種	従事するサービスの種類・業種	人 員
管理者	従業者・施設の管理業務	1名
医師	健康管理及び療養上の指導	1名以上（非常勤1名）
看護師	心身の健康管理・口腔衛生と機能のチェック・保健衛生管理・看護、介護業務	4名以上（常勤換算）
介護職員	日常生活全般の介護業務	34名以上（常勤換算）
機能訓練員	日常生活機能の低下予防	1名以上（兼務）
介護支援専門員	ケアプランの作成	1名以上
生活相談員	相談業務	1名以上
管理栄養士	食事の管理・献立作成	1名以上

### 4設備の概要

区 分	数 量・規 模
居室（定員110名）	ユニット型個室
食堂	10か所
浴室	1階2か所・2階4か所・3階4か所
特浴	2階1か所・3階1か所
医務室	1階
その他の設備	トイレ・洗面所・相談室・洗濯室等

### 5施設サービス計画

当施設の介護支援専門員（ケアマネージャー）が入居者様の解決すべき課題を把握し利用者の意向を踏まえた上で施設サービス計画書を作成します。

### 6サービス内容

#### 1. 食事

朝食8：00～  
昼食12：00～  
夕食17：30～

#### 2. 介護

食事介助、入浴介助、着替え介助、排泄介助（おむつ交換含む）口腔ケア、移動介助、移乗介助、体位交換、シーツ交換、相談等の精神的ケア、日常生活の世話等を行う。

#### 3. 入浴

利用者が身体の清潔を維持し精神的に快適な生活を営むことができるよう入浴サービスを提供します。利用者の容態により寝台浴になることや、また発熱等症状に応じ清拭となる場合もあります。

#### 4. 健康管理

当施設では、嘱託医による健康管理及び看護職員によるバイタルチェック、投薬等医療的管理を行っています。また、毎週1回、診療室にて診療や健康相談サービスを受けることができるほか、年間1回の健康診断を行います。日程については別途ご連絡いたします。

5. **理容・美容**  
理容、美容師の出張によるサービスを実施しております。※料金は実費となります。
6. **虐待の防止について**  
当施設は利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために次に掲げるとおり必要な措置を講じます。
  - ・研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や知識の向上に努めます。
  - ・成年後見制度の利用を支援します。
  - ・サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に擁護する者）による虐待を受けたと思われる入居者様を発見した場合は速やかに、これを市町村に通報します。
  - ・従業者が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか従業者が利用者の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

## 7. 身体拘束防止について

当施設は、利用者または他の利用者等の生命、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、その他の行動制限は行いません。緊急やむを得ない場合は次の三つの要件を満たしていると判断された場合に限りです。

- ① 切迫性…利用者本人、または他の利用者の生命、または身体が危険にさらされる可能性が高いこと。
  - ② 非代替性…身体拘束、その他の行動制限を行う以外に代替する方法がないこと。
  - ③ 一時性…身体拘束、その他の行動制限が一時的なものであること。
- 緊急やむを得ない場合に該当するか否かの判断は、各部署が集まり検討した上で判断します。その後利用者本人やご家族に対して、身体拘束の内容・理由・拘束の時間や期限等を明記した文書を持って、説明と同意を頂きます。また、身体拘束を行っている期間中でも定期的に見直しを行い、それを記録に残します。

## 7 サービス利用料金

### 1) 介護保険対象費用

平成27年8月1日から、新たに「介護保険負担割合証」が各市区町村から発行されています。

「介護保険負担割合証」の「利用者負担の割合」が「1割」又は「2割」で利用料金が異なりますので、ご注意ください。

尚、以下の料金（「介護福祉施設サービス費」、「加算料金」）は、「利用者負担の割合」

を「1割」で記載しています。

「2割」及び「3割」の利用料金を含め、詳細は別紙の利用料金表をご参照下さい。

### <介護福祉施設サービス費>（1日あたりの自己負担分）

要介護度	介護福祉施設サービス費（Ⅰ） （居室：ユニット型個室）
要介護1	670円
要介護2	740円
要介護3	815円
要介護4	886円
要介護5	955円

### <加算料金一覧>

加算料金については項目が該当した際に料金が発生します。

当施設では、以下のA-①～A-⑩の加算項目及び加算料金につきましては、基本的に毎月の当施設利用料金（月額）に含まれるものとなります。

番号	加算項目	加算料金
A-①	看護体制加算（Ⅰ）□	4単位/日 常勤の看護師を1名以上配置している場

A-②	看護体制加算 (II) 口	8単位/日 常勤の看護師を1名以上配置し、協力病院と24時間の連携体制を確保している場
A-③	夜勤職員配置加算 (II) 口	18単位/日 夜勤職員を一定以上配置している場合
A-④	精神科医療養指導加算	5単位/日 精神科医師による療養指導が、 月2回以上行われている場合
A-⑤	日常生活継続支援加算 (II)	46単位/日 新規入居者の認知症高齢者等の割合が 一定以上を超えている場合
A-⑥	介護職員等処遇改善加算 (I)	介護福祉施設サービス費及び加算料金に 14%を乗じた料金
A-⑦	自立支援促進加算	280単位/月 医師が自立支援に必要な医学的評価の実施・見直しを行うと共に、その結果特に自立支援対応が必要な入所者に対して多職種共同による支援計画を策定し、3ヶ月に1回以上の計画見直しと、評価結果の厚生労働省への提出及びその情報を活用した自立支援実施を行った場合
A-⑧	褥瘡マネジメント加算 (I) ~ (II)	3・13単位/月 褥瘡発生に関連するリスクについて入所時及び3ヶ月に1回以上評価を行い、評価結果等を厚生労働省へ提出してその情報を活用した褥瘡管理を行うと共に、評価に基づく褥瘡ケア計画の作成及び定期的な見直しを行っている場合
A-⑨	科学的介護推進体制加算 (II)	50単位/月 入所者の心身状況等の基本的情報を厚生労働省へ提出し、その情報をサービス提供に当たって活用している場合

A-⑩	個別機能訓練加算 (I)	12単位/月 個別機能訓練計画書の 作成・実施を行っている場合
A-⑪	高齢者施設等感染対策向上加算 (II)	5単位/月 診療報酬における感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から、3年に1回以上施設内で感染者が発生した場合の感染制御等に係る実地指導を受けている

※上記加算項目以外に加算項目に該当することになった場合に発生する加算料金 (B-①～B-⑳) もございます。

「加算項目に該当することとなった場合」とは、当施設が加算要件を満たした場合及びご家族（身元引受人・法定代理人等）の希望又は医師及び歯科医師の指示にて発生する加算も含まれております。

以下のB-①～B-㉔の加算単位は、令和6年6月時点の単位を掲載しております。

番号	加算項目	加算料金
B-①	初期加算（新規入所後30日まで）	30単位/日
B-②	外泊時費用（月6日を限度）※入院時を含む	246単位/日
B-③	外泊時在宅サービス費用（月に6回を限度）	560単位/日
B-④	サービス提供体制強化加算 (I) ～ (III)	6・18・22単位/日
B-⑤	常勤医師配置加算	25単位/日
B-⑥	個別機能訓練加算 (II) ～ (III)	20・30単位/日
B-⑦	再入所時栄養連携加算（1人につき1回を限度）	200単位/回
B-⑧	栄養マネジメント強化加算	11単位/日
B-⑨	退所時栄養情報連携加算	70単位/回

B-⑩	経口維持加算 (I) ~ (II)	100・400単位/月
B-⑪	経口移行加算	28単位/日
B-⑫	口腔衛生管理加算 (I) ~ (II)	90・110単位/月
B-⑬	療養食加算 (医師の指示がある場合)	6単位/日
B-⑭	配置医師緊急時対応加算	早朝・夜間 650単位/回 通常の勤務時間外の場合 325単位/回 深夜 1,300単位/回
B-⑮	障害者生活支援体制加算	26単位/日
B-⑯	認知症専門ケア加算 (I) ~ (II)	3・4単位/日
B-⑰	若年性認知症入所者受入加算	120単位/日
B-⑱	認知症行動・心理症状緊急対応加算	200単位/日
B-⑲	協力医療機関連携加算 (1) ~ (2)	100・5単位/月
B-⑳	褥瘡マネジメント加算 (III) (3月に1回を限 る)	10単位/月
B-㉑	排泄支援加算 (I) ~ (IV)	10・15・20・100単位/月
B-㉒	生産性向上推進体制加算 (I) ~ (II)	100・10単位/月
B-㉓	特別通院送迎加算	594単位/月
B-㉔	安全対策体制加算 (1人につき1回を限度)	20単位/回
B-㉕	生活機能向上連携加算 (I) ~ (II)	100・200単位/月
B-㉖	高齢者施設等感染対策向上加算 (I)	10単位/月
B-㉗	ADL維持等加算 (I) ~ (II)	30・60単位/月
B-㉘	退所前訪問相談援助加算	460単位/回
B-㉙	退所後訪問相談援助加算	460単位/回
B-㉚	退所時相談援助加算 (1人につき1回を限度)	400単位/回
B-㉛	退所前連携加算 (1人につき1回を限度)	500単位/回
B-㉜	在宅・入所相互利用加算	40単位/日
B-㉝	看取り介護加算 (I) (死亡日以前31~45日)	72単位/日
	看取り介護加算 (I) (死亡日以前4~30日)	144単位/日
	看取り介護加算 (I) (死亡日の前日及び前々)	680単位/日

	看取り介護加算 (I) (死亡日)	1,280単位/日
B-34	看取り介護加算 (II) (死亡日以前31~45日)	72単位/日
	看取り介護加算 (II) (死亡日以前4~30日)	144単位/日
	看取り介護加算 (II) (死亡日の前日及び前々)	780単位/日
	看取り介護加算 (II) (死亡日)	1,580単位/日
B-35	在宅復帰支援機能加算	10単位/日
B-36	退所時情報提供加算	250単位/回
B-37	新興感染症等施設療養費	240単位/日
B-38	認知症チームケア推進加算 (I)	150単位/月
B-39	認知症チーム推進加算 (II)	120単位/月

※料金についてご不明なことがございましたら、遠慮なく生活相談員までお問い合わせください。

<地域区分>坂戸市(6級地6%) 10,27円

※(介護福祉施設サービス費+該当加算料金)×10,27円=1日あたりの介護

#### 8 入居者負担金

- 1) 利用者の方から頂く入居者負担金は、別紙の通りです。ご不明な点があればお尋ねください。
- 2) お支払いは貯金口座自動振替(引き落とし)でお願い致します。ご利用月の1日から月末までのご請求分が翌月28日に引き落としになります。(引き落とし日が土日祝日の場合は翌営業日となります)。請求書は翌月20日頃に、領収書は引き落とし完了の翌月20日頃に発行致します。引き落としが出来なかった場合は、翌引き落とし月に翌月分と合計して引き落としとなります。
- 3) 介護保険の給付対象外となるサービス

居住費	ご利用者が利用する居室を提供します。 利用料金：サービス利用料金表参考 ※入院時の取り扱いについては、施設を退去していただく場合の(3)に記載
食費	ご入居様の栄養状態に適した食事を提供します。 利用料金：サービス利用料金表参考 ※当日のキャンセルは、食費をご負担いただきます。
特別食の提供	ご入居者のご希望に基づいて特別な食事を提供します。 利用料金：特別な食事の為に要した追加の費用
理美容	カット他 実費
日常生活費	日常生活にあたる消耗品等 1日あたり200円 ※主な内容に関しては別紙参考
電気製品 個別使用料	テレビ、パソコン、オーディオ等 1日あたり50円 ※冷蔵庫、電気毛布、あんか等に関しては要相談の製品もあります。料金に関してはその都度、ご説明します。
複写の交付	複写物を必要とする場合には実費相当分としてご負担いただきます。1枚につき10円



ご入居者の移送	緊急時以外の通院、及び外泊は基本のご家族様対応でお願いいたします。 入院につきましては協力病院に限り、移送サービスいたしません。 尚、状況・状態等により相談に応じます。
所定の料金	ご契約者が、契約終了後も居室を明け渡さない場合等に、本来の契約終了日の翌日から現実に居室が明け渡された日までの期間に係わる料金がかかります。1日あたりの居住費・食費も含む。
郵送の料金	郵送での請求書等をご希望される場合 月額200円

※経済状況の変化、その他やむを得ない理由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する理由について、変更を行う1か月前までにご説明します。

※居室と食事に係わる費用について、負担限度額認定を受けている場合は、認定証に記載してある負担限度額になります。

## 9 当施設のサービス方針

日々是好日（にちにちこれこうじつ）

「その日その日が最上であり、最高であり、かけがいのない1日」を理念とし、ご家族様にも安心しておまかせいただける場所。ひとりひとりにあった個別ケアを大切にされた場所。笑顔あふれる場所にしていくことを踏まえサービスの提供をしていきます。

## 10 サービス利用に当たっての留意事項

### 1) 訪問（面会）時間

面会時間は、午前9時00分から午後5時30分までとなります。面会する場合は、「面会票」をご記入のうえ、窓口へ提出してください。特に面会場所が必要な場合は、あらかじめお申し出ください。また、ご来所の際は、施設内での携帯電話の使用については、居室のみとし、他の場所での使用は禁止させていただきます。感染症予防の観点から季節によって談話コーナーに限定させていただきます（冬季中のみ）。

※居室での飲食物の保管は、衛生上・感染症予防の観点から支障がありますので、ユニットの担当職員にお預けください。

※その他の時間にご面会をご希望される場合には、事前にご連絡をお願いします。

### 2) 外出・外泊

外出・外泊をされる場合は、あらかじめ「外出・外泊届」を窓口へ提出していただきます。利用者が外出、外泊される場合はその都度、外出・外泊先、用件、帰着予定日時等をあらかじめ届け出てください。また、食事のキャンセルについては、前々日までご連絡いただきます。

### 3) 立替金

当施設は預り金制度を行っていないため、行事等で外出した場合、理美容代等がかかった料金（実費分）を施設で立替金とし、月の請求分にてお支払いいただきます。

※ご家族様の負担にならないよう、別紙の「立替金使用限度額希望シート」に基づき、ご家族様のご希望額を超えないよう努めさせていただきます。

### 4) 飲酒・喫煙

タバコは、館内及び敷地内においての喫煙はご遠慮いただきます（タバコ、ライターは持ち込みできません）。飲酒については、利用者及びご家族等の希望を尊重させていただき、居室などの限られた場所となります。しかし、医師の指示等、また他の入居者の迷惑とならない範囲でお願いいたします。尚、酒類はお預かりさせていただきます。

#### 5) 所持品等の持ち込み

タンス等の家具、仏壇等をご相談ください。ライターや刃物等の危険物の持ち込みはお断りいたします。また多額の現金や高価な品物の持ち込みも原則お断りいたします。紛失、破損時の責任は負いかねますのでご了承ください。また電化製品につきましては、毎月別途料金を頂きますが、アンペアに限りがありますので消費電力の大きい物についてはお断りさせていただく場合があります。極端にスペースをとるものにつきましてもお断りさせていただく場合がありますので、その都度ご相談ください。入居施設で他の方との共同生活となるため、ペット等の持ち込みはご遠慮いただいております。

#### 6) 施設・設備の使用上の注意

- ・居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用してください。
- ・故意に、またわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり汚したりした場合には、入居者の自己負担により現状に修復していただくか、又は相当の代価をいただく場合があります。
- ・入居者の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場合に、入居者の居室内に立ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。但し、その場合ご本人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。
- ・入居される部屋内において、個人のご希望による造作は禁止となっております。

#### 7) 施設外での受診

医療を必要とする場合、協力医療機関において診療を受けることができます。利用者、ご家族のご希望で他の医療機関を受診する場合には、医療機関の確保・移送・手続き及び付き添いはご家族でお願いいたします。

#### 8) 禁止事項

当施設では多くの方に安心していただく為に、入居者及びその関係者による「営利行為」「宗教の勧誘」「特定の政治活動」は固く禁止いたします。

#### 11 施設を退去していただく場合

以下のような理由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当施設との契約は終了し、入居者に退去していただくこととなります。

- ① 要介護認定により入居者の心身の状況が自立または要支援と判断された場合
- ② 事業者が解散、破産した場合又はやむを得ない理由により当施設を閉鎖した場合
- ③ 施設の滅失や重大な毀損により入居者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ④ 当施設が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑤ 入居者から退去の申し出があった場合
- ⑥ 事業者から退去の申し出を行った場合
- 1) 入居者から退去の申し出（中途解約・契約解除）

契約の有効期間内であっても入居者から当施設に退去を申し出ることができます。

その場合には退去する30日前まで解約届出書をご提出してください。

ただし以下の場合には、即時に契約を解約・解除し退去することができます。

- ① 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ② 施設の運営規定に同意できなかった場合
- ③ 入居者が入院された場合（3か月以内に退院が見込めない場合）
- ④ 事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める介護福祉施設サービスを実施しない場合
- ⑤ 事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑥ 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失により入居者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑦ 他の利用者が入居者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける具体的な恐れがある場合において、事業者が適切な対応を取らない場合

#### 2) 事業者からの申し出において退去していただく場合（契約解除）

以下の事項に当該する場合には、当施設から退去していただくことがあります。

- ① 入居者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
- ② 入居者による、サービス利用料金の支払いが2ヶ月以上遅延し、相当期間を定めて催告したにも関わらずこれが支払われない場合

- ③ 入居者が故意又は重大な過失により事業者またはサービス従事者もしくは他の利用者等の財物・信用等を傷つけ、又は著しい背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
- ④ 入居者の他の利用者やサービス従事者の生命・身体・健康に重大な影響を及ぼす恐れがあり、あるいは入居者が自傷行為を繰り返すなどによって、本契約を継続しがたい事情を生じた場合
- ⑤ 入居者が連続して3か月以上病院または診療所に入院すると見込まれたる場合もしくは入院した場合
- ⑥ 入居者が介護保険施設に入所した場合もしくは介護療養型医療施設、介護保険施設に入院した場合

3) 入居者が病院等に入院された場合の対応について

当施設に入居中に、医療機関への入院の必要が生じた場合の対応は以下の通りとなります。

- ① 検査入院等、6日間以内の短期入院の場合  
6日間以内の入院された場合は、退院後再び施設に入居することができます。但し入院期間中であっても、所定の利用料金（サービス利用料金による）をご負担いただきます。（1日分の居住費は別途、各段階限度額を徴収します）
  - ② 7日間以上3か月以内の入院の場合  
7日間以上入院された場合には、入所者及びご家族の希望を伺い、そのまま居室を確保する場合は介護保険より居住費の補足給付が受けられないため、第1～3段階の方であっても、居住費の全額（第4段階相当の1日あたり2,488円）を負担いただくこととなります。尚、退去を希望される場合には、契約を解除することになり居住費はかかりません。  
但し、契約を解除した場合であっても、3か月以内に退院された場合には再び当施設に優先的に入居できるよう努めます。
  - ③ 3か月退院が見込まれない場合  
3か月以内の退院が見込まれない場合には、契約を解除する場合があります。この場合には、当施設に再び優先的に入居することはできません。
- ※入院中の空きベッドは、ショートステイの利用者に使用させていただく場合があります。その場合その利用日数分の居住費は差し引かれます。

4) 円滑な退去の為の援助

入居者が当施設を退居する場合には、入居者の希望により、事業者は入居者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、円滑な退去の為に必要な以下の援助をご入居者に対して速やかに行います。また、事業所からの解除による退居の場合にも、相応の努力をいたします。

- ・病院もしくは診療所または介護老人保健施設等の紹介
- ・居宅介護支援事業所の紹介
- ・その他保険医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介

5) 入所開始予定日の中止または延期

入所開始前に利用者のご都合で中止または延期する場合、下記のキャンセル料がかかります。

① 入所日の前日 17時までにご連絡いただいた場合	1日の居住費（4段階）
② 入所日の前日 17時までにご連絡がなかった場合	1日の居住費（4段階） と食事代

※延期の場合は、入所日前日までの居住費（4段階のみ）が発生いたします。

※延期出来る期間は入所予定から7日間以内とします。

12身元引受人

・契約締結にあたり、身元引受人をお願いすることになります。しかしながら、入居者において社会通念上、身元引受人を立てることができないと考えられる事情がある場合には、入居契約締結にあたって、身元引受人の必要はありません。

・身元引受人には、これまで最も身近にいて、入居者のお世話をされてきた家族や親族にさせていただくのが望ましいと考えておりますが、必ずしも、これらの方に限る趣旨ではありません。

- ・身元引受人は、入居者の利用料金等の経済的な責務については、入居者と連帯して、その責務の履行義務を負うことになります。
- ・入居者が入居中に死亡した場合においては、そのご遺体や残置品の引取り等の処理についても、身元引受人がその責任で行う必要があります。また、入居者が死亡されていない場合でも、入居契約が終了した後、当施設に残された入居者の残置物を入居者自身が引取りできない場合には、身元引受人にこれを引き取っていただく場合があります。これらの引取り等に係る費用については、入居者または身元引受人にご負担いただくことになります。
- ・身元引受人が死亡または破産宣告をうけた場合には、事業者はまた新たな身元引受人を立てていただく為に、入居者にご協力をお願いする場合があります。

### 13 事故発生時の対応等

#### 1) 事故発生時の対応

施設は、介護サービスの提供にあたって事故が発生した場合は、すみやかにご利用者のご家族・ご利用者の後見人又は身元引受人等関係者に連絡・報告を行うとともに、利用者の生命の安全の確保を最優先にした対応を講じます。

#### 2) 損害賠償

施設は、サービス提供によりご利用者に賠償すべき事故が発生した場合には、天災地災等不可抗力による場合を除き、速やかに誠意を持って損害賠償を行います。但し、当該事故の発生につき、施設に故意過失がない場合はこの限りではありません。また、ご利用者に重過失がある場合は、損害賠償の額を減じることができます。

#### 3) 施設賠償責任保険

施設は、万一の事故の発生に備えて、「施設賠償責任保険」に加入しています

#### 4) 損害賠償がなされない場合

- ・ご利用者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項又はサービス実施にあたって必要な事項に関する聴取・確認について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことに専ら起因して発生した場合
- ・ご利用者の急激な体調の変化等、施設の実施したサービスを原因としない事由に専ら起因して発生した場合
- ・ご利用者が、施設の指示・依頼に反して行った行為に専ら起因して発生した場合

14第三者による評価の実施状況

- 1 あり [実施日]  
[評価機関名称]  
[結果の開示] 1あり 2なし
- 2 なし

15協力医療機関

1. 名 所：栄クリニック  
住 所：埼玉県坂戸市日の出町16-45  
連絡先：049-227-6501
2. 名 所：医療法人 刀仁会 坂戸中央病院  
住 所：埼玉県坂戸市南町30-8  
連絡先：049-283-0019
3. 名 所：医療法人 眞美会 麻見江ホスピタル  
住 所：埼玉県比企郡鳩山町大橋1066番地  
連絡先：049-296-1155
4. 名 所：米山クリニック  
住 所：埼玉県川越市脇田本町 15-19 2F  
連絡先：049-293-2611
5. 名 所：ひだかK&F訪問看護ステーション  
住 所：埼玉県日高市高萩646-1  
連絡先：042-984-3335
6. 名 所：医療法人 健友会 口腔ケアセンター  
住 所：埼玉県川越市小ヶ谷72-1  
連絡先：049-244-2343

#### 16 非常災害対策

- ・災害時 職員の指示・誘導に従ってください。
- ・防災設備 自動通報装置、スプリンクラー、消火器、屋内消火栓、防火扉、避難階段等を設置
- ・防火訓練 年2回実施

#### 17 業務継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、入所者に対する指定介護老人福祉施設支援の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に行います。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

※「8 業務継続計画の策定等について」は、令和6年3月31日までに実施します。（当該事項は、令和6年3月31日までの間は努力義務とされています。）

## 18相談窓口・苦情問い合わせ

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

### 1) 当施設：相談窓口・苦情対応

相談窓口：社会福祉法人 久壽会 好日の家 生活相談員

電話番号：049-298-3633

苦情受付担当者：相談課主任

苦情解決責任者：施設長

### 2) 次の公的機関においても苦情申出等ができます

#### ①坂戸市役所高齢者福祉課窓口

所在地：埼玉県坂戸市千代田1丁目1-1

電話番号：049-283-1429

#### ②埼玉県国民健康保険団体連合会

所在地：埼玉県さいたま市中央区大字下落合1704 国保会館

電話番号：048-824-2568

#### ③埼玉県社会福祉協議会

所在地：埼玉県さいたま市浦和区針ヶ谷4-52-65

電話番号：048-822-1191

#### ④苦情解決第3者委員会

氏名 岸部 誠

電話番号 090-2142-5395

氏名 松林 茂

電話番号 049-286-4905

氏名 加藤 拓

電話番号 080-4343-3054

## 19 個人情報使用目的、条件、内容、期間

当施設が個人情報の使用目的は以下の通りです。

### 1) 介護サービスの利用者への介護の提供に必要な利用目的

- (1) 介護事業者の内部での利用に係わる事例
  - ・当施設が介護サービスの利用者等に提供する介護サービス及び保険事務
  - ・介護サービスの利用者に係わる当施設の管理運営業務のうち
    - ①入退去の管理 ②会計・経理 ③当該利用者の介護サービスの向上
- (2) 他事業者等への情報提供を伴う事例
  - ・当施設が利用者等に提供する介護サービスのうち
    - ①当該利用者に居宅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との（サービス担当者会議等）照会への回答
    - ②その他の業務委託 ③家族への心身の状況説明
  - ・介護保険事務のうち
    - ①保険事務への委託 ②審査支払機関へのレセプトの提出
    - ②審査支払機関又は保険者からの照会への回答
  - ・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

### 2) その他の利用の目的

- (1) 当施設の内部の管理運営業務のうち
  - ①介護サービスや業務の維持、改善の為に基礎資料
  - ②施設内にて行われる学生の実習への協力

### 3) 使用にあたっての条件

- ①個人情報の提供は、1・2に記載する目的の範囲内で必要最低限にとどめ、情報提供の際には関係者以外には決して漏れることのないように細心の注意を払うこと。
- ②事業所は、個人情報を使用した会議・出席者・内容等について記録しておくこと。

### 4) 個人情報の内容

- ①氏名、住所、健康状態、病歴、家族状況、その他の利用者や家族等に関する個人情報
- ②認定調査票、主治医意見書、介護認定審査会における判定結果の意見（認定結果通知書）
- ③その他の情報

### 5. 使用期間

- ① 本契約締結日から当事業所の契約終了日まで

## 20 実習生受け入れについて

当施設では介護福祉士、社会福祉士、訪問介護員等を養成する専門学校等の養成機関からの依頼を受け、現場実習の受け入れを行います。実習生が期間中に一人の利用者の方を受け持ち、実際の援助をさせていただくこともあります。実習生が入所者の方々に対して適切な援助を行えるよう養成機関や当施設従業者により指導を行ってまいります。尚、実習生も従業者と同様に個人情報の取り扱いを適正に行うものとします。

## 21 看取り介護に関する指針について

### 1) 理念

人は人道的かつ安らかな終末を迎える権利を保持しています。そのため利用者が可能な限り尊厳と安静を保ち、安らかな死が迎えられるよう、当施設は多職種協働のもとにご利用者の尊厳を支える看取りに努めます。

### 2) 終末期援助の基本

日頃から、終末期における利用者並びにご家族の思いやご希望を確認いたします。これまで生きてこられた個人の歴史を尊重し、ご本人を取り巻く人々（ご家族、施設職員、医師等）が連携を取り合い、「その日」までその人らしく生き、安心して快適な生活を送っていただけるよう援助いたします。

### 3) 看取り介護体制

#### ① 看取り介護の開始時期

医師が一般的に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと判断した利用者につき、医師より利用者又はご家族にその判断内容を説明し、看取り介護に関する計画を作成し、終末期を施設で介護を受けて過ごされることに同意を



いただいて実施いたします。

②看取り介護計画

介護支援専門員、生活相談員、医師、看護師、介護士、管理栄養士、歯科衛生士等が協働して看取り介護に関する計画書を作成し、ご利用者並びにご家族の同意をいただきます。又、看取り介護の体制構築・強化をPDCA サイクルにより推進することといたします。

③具体的支援

看取りに当っては原則個室で行い、多職種協働で週に1回以上定期的にご家族への説明をいたします。清潔への配慮、適切な栄養と水分補給、排泄ケアの他、コミュニケーション（スキンシップ、見守り、声かけ）を心がけ、医師の指示を受けて身体的苦痛の緩和等適切な処置をいたします。

③家族との連絡その他

看取りに当っては、ご利用者の状況を定期的にご家族に連絡しながら、介護を進めますので、ご協力をお願いいたします。

令和 年 月 日

介護老人福祉施設での入居サービスの提供に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。  
特別養護老人ホーム 好日の家

説明者 氏名 \_\_\_\_\_ 印

本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、介護老人福祉サービスの提供開始に同意しました。

利用者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

契約者が事業者から重要事項の説明を受け、介護老人福祉サービスの提供開始に同意をしたことを確認しましたので契約者に代わって署名を代行いたします。  
身元引受人（署名代行者）

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

（契約者との続柄 \_\_\_\_\_）

代理人 ※該当する項目のいずれかに○印

- 1 法定後見 （ 後見 ・ 保佐 ・ 補助 ）  
〈 登記番号 \_\_\_\_\_ 〉
- 2 任意後見  
〈 登記番号 \_\_\_\_\_ 〉
- 3 その他（委任状）

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印