

重要事項説明書

(従来型)

社会福祉法人 清勝会
特別養護老人ホーム ひので

令和7年3月1日 現在

介護老人福祉施設 ひので 重要事項説明書 (従来型)

1. 事業の目的と運営方針

要介護状態にある方に対し、適正な介護老人福祉施設サービスを提供することにより要介護状態の維持・改善を目的とし、目標を設定して計画的にサービスを提供します。

また、関係市町村 及び 地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

2. 施設の内容

(1) 施設体制

法人名	社会福祉法人 清勝会 (2014年設立)
代表者氏名	理事長 石川 誠司
施設名	特別養護老人ホーム ひので
指定番号	埼玉県指定番号 (介護保険事業者番号 1175700796)
管理者氏名	施設長 石川 智子
所在地	埼玉県蓮田市大字上平野616-1
電話番号	TEL : 048-792-0830 FAX : 048-792-0840
施設開設年月日	2016年4月1日
利用定員	60名
当施設が行っている事業	介護老人福祉施設 従来型

〈施設の運営方針〉

- ① サービス計画に基づき、入所者一人ひとりの意思 及び 人格の尊重と居宅における生活への復帰を念頭に、入所前の生活と入所後の生活が連続したものとなるよう配慮しながら、入所者が相互に社会的関係を築き自主的な日常生活を営むことができるように支援します。
- ② 地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、関係市町村 及び 地域の保健・医療・福祉サービスとの連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

(2) 施設の従業者体制

職 種	従事するサービス種類・業務	人員(常勤換算)	人員基準
施設長	業務の一元的な管理	1名	1名
介護支援専門員	施設サービス計画の作成	1名以上	1名
生活相談員	生活相談 及び 指導	1名以上	1名
介護職員	介護業務・健康管理・指導・保健衛生管理	20名以上	20名
看護職員	健康管理・指導・保健衛生管理向上	2名	2名
機能訓練指導員	身体機能の維持・向上	1名	1名
医師 (管理医)	健康管理 及び 療養上の指導	1名	必要数
歯科医 (嘱託医)	口腔ケア、簡単な歯科治療	1名	指定なし
管理栄養士 (栄養士)	献立作成、栄養計算、栄養指導等	1名	1名
事務職員	事務連絡、自費負担分請求	3名	必要数

※常勤換算:職員各々の週あたりの勤務延べ時間総数を当施設常勤職員の所定勤務時間数(週40時間)で除した数

〈例〉週8時間勤務の介護職員が5名の場合、常勤換算では1名となります。(週8時間×5名÷40時間=1名)

(3) 職種の勤務体制

* 早番	介護職員	7:00 ~ 16:00	
* 日勤	全職種	9:00 ~ 18:00	
* 遅番	介護職員	11:00 ~ 20:00	
* 夜勤	介護職員	16:00 ~ 10:00	(翌朝)
	介護職員	22:00 ~ 7:00	(翌朝)

※日中については 常時6名以上、夜間 及び 深夜については 常時2名の介護職員を配置します。

※上記の職員に加え、時間帯に応じて必要な数の職員を配置します。

(4) 設備の概要

居室のご希望があっても、入所者の心身状況等の介護計画により居室の決定を行いますので、ご希望に添えない場合があることを、予めご了承くださいようお願い致します。

設備の種類	個数・人数	備 考
多床室	60名	4人部屋×15室
居室	15	全室にトイレ・洗面所・収納庫付き
静養室	1	
浴室	3	1階大浴場（一般浴槽・特殊浴槽）、個室浴槽×2
トイレ	21	共同トイレ×5、居室×15、静養室×1
洗濯・汚物処理室	1	洗濯機・乾燥機 各2台（1階）
医務室	1	1階
食堂	1	調理室（1階）

※上記は厚生労働省が定める基準により、従来型指定介護老人福祉施設に義務付けられている施設設備です

○居室の変更

同居者・隣接居室者とのトラブルがあった場合は、居室の空き状況等に応じて検討致します。

また、入居者の心身の状況により居室を変更する場合もございます。

3. 基本サービス

①食事

管理栄養士(栄養士)の立てる献立表により、栄養 ならびに 入居者の身体 の状況 及び 嗜好を考慮した食事を提供します。食事は入所者の自立支援の為、基本的に共同生活室にて召し上がって頂きます。

＜食事の時間＞ *朝食 8:00～9:00 *昼食 12:00～13:00 *夕食 18:00～19:00

②介護

食事等の介助、着替え介助、排せつ介助、おむつ交換、体位変換、施設内移動の付き添い、相談等の精神的ケア、日常生活上のお世話を行います。

③入浴

1週間に2回、適切な入浴機会の提供を行います。

ただし、体調等の理由により入浴して頂けない場合は清拭を行います。

また、心身の状況等で一般浴槽をご利用頂けない場合でも、寝台機械浴槽を使用して入浴することができます。

④機能訓練

入所者の心身の状況に応じて、日常生活を送るうえで必要な機能の回復 または その減退を防止する為の訓練を実施します。

⑤理容・美容

月1回、理容・美容サービスを実施しております。(料金は自己負担)

⑥レクリエーション

入所者のご希望により参加できます。

⑦その他 自立への支援

・寝たきり防止の為、できる限り離床に配慮致します。

・清潔で快適な生活・適切な整容が行われるよう援助致します。

・口腔衛生に気を配り毎日歯磨きを行います。また、歯科医による検診・簡単な治療を施設内で行います。

4. 利用料金

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、当該介護老人福祉施設のサービスが法定代理受領サービスであるときは、介護保険法による介護報酬の告示上の額として設定します。

また、介護保険関係法令の改定により料金に変更になる場合は、変更された額に合わせて入所者の負担額が変更になります。この場合、事前に説明をし入所者及びご家族等の承諾を得ます。

◆介護報酬告示額

(1) 基本料金（1ヶ月（30日の場合）の自己負担額）

介護区分	1日あたりの利用単位数	1割	2割	3割
要介護1	589 単位	18,147 円	36,294 円	54,441 円
要介護2	659 単位	20,303 円	40,607 円	60,911 円
要介護3	732 単位	22,552 円	45,105 円	67,658 円
要介護4	802 単位	24,709 円	49,419 円	74,128 円
要介護5	871 単位	26,835 円	53,671 円	80,506 円

(2) 加算料金等（下記のうち該当する項目のみ頂きます。また、地域による料金差額(係数)は含まれていません）

- ア) 初期加算 1日につき 300円 (30単位) 〈自己負担額 30円〉
入所日から30日間 または ひと月を超える入院後の再入所時に 30日間加算
- イ) 栄養マネジメント強化加算 1日につき 110円 (11単位) 〈自己負担額 11円〉
管理栄養士を配置し、入所者ごとに作成された栄養ケア計画に従った栄養管理がされている場合に加算
- ウ) 療養食加算 1食につき 60円 (6単位) 〈自己負担額 6円〉
医師の指示（食事箋）に基づく治療食（糖尿病食・肝臓病食・減塩食）を提供した場合に加算
- エ) 外泊時費用（外泊加算） 1日につき 2,460円 (246単位) /月6日を限度 〈自己負担額 246円〉
外泊や入院で施設に在所していない日であっても、**外泊 または 入院をした翌日から 帰所 または 退院した前日までの期間**において、月6日を限度に基本料金に代えてご負担いただく加算
※月末より 月をまたいで外泊 または 入院した場合は、**最長12日間の算定**となります。
- オ) 看護体制加算（Ⅰ） 1日につき 40円 (4単位) 〈自己負担額 4円〉
入所定員が51名以上で、常勤の看護師を1名以上配置している場合に加算
- カ) 夜勤職員配置加算（Ⅰ） 1日につき 130円 (13単位) 〈自己負担額 13円〉
入所定員が51名以上で、介護・看護職員の夜勤配置基準+1名以上配置されている場合に加算
- キ) 若年性認知症入所者受入加算 1日につき 1,200円 (120単位) 〈自己負担額 120円〉
満40歳～64歳の若年性認知症の受け入れ、及び 本人・家族の希望を踏まえたサービスを行った場合に加算
- ク) 看取り介護加算（Ⅰ）
- ・ 死亡日以前4日以上30日以下 1日につき 1,440円 (144単位) 〈自己負担額 144円〉
 - ・ 死亡日前日 及び 前々日 1日につき 6,800円 (680単位) 〈自己負担額 680円〉
 - ・ 死亡日 1日につき 12,800円 (1280単位) 〈自己負担額 1,280円〉
- ・ 常勤看護師1名以上、医療機関との連携による24時間の連絡体制
 - ・ 看取りに関する指針策定、入所者への説明と同意
 - ・ 職員研修の実施
 - ・ 医師、看護職員、介護職員の協議で看取り指針の見直し
 - ・ 個室 または 静養室 の利用
- （入所者要件）
- ・ 医師が医学的所見に基づいて、回復の見込みがないと診断した者
 - ・ 医師等が共同で作成した介護計画を説明し、同意のある者
 - ・ 看取りの指針に基づく介護を説明し、同意の上で介護を受けている者
- ケ) サービス提供体制強化加算Ⅰ 1日につき 220円 (22単位) 〈自己負担額 22円〉
介護職員の介護福祉士有資格者の割合が80%以上 または 勤続10年以上の介護福祉士が35%以上である場合に加算
- コ) サービス提供体制強化加算Ⅱ 1日につき 180円 (18単位) 〈自己負担額 18円〉
介護職員の介護福祉士有資格者の割合が60%以上である場合に加算

サ) サービス提供体制強化加算Ⅲ	1日につき	60円 (6単位)	〈自己負担額 6円〉 介護職員総数のうち介護福祉士の割合が50%以上 または 勤続7年以上の職員が30%以上である場合に加算
シ) 生産性向上推進体制加算Ⅱ	1月につき	100円 (10単位)	〈自己負担額 10円〉 生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動の継続や見守り機器のテクノロジー導入をしている場合に加算
ス) 精神科医療養指導加算	1日につき	50円 (5単位)	〈自己負担額 5円〉 認知書である入所者が1/3以上を占めている施設において、精神科医師による定期的な療養指導を月2回以上実施している場合に加算
セ) 個別機能訓練加算Ⅰ	1日につき	120円 (12単位)	〈自己負担額 12円〉 理学療法士が、個別機能訓練計画に基づき機能訓練を計画的に行った場合に加算
ソ) 個別機能訓練加算Ⅱ	1月につき	200円 (20単位)	〈自己負担額 20円〉
タ) ADL維持等加算Ⅰ	1月につき	300円 (30単位)	〈自己負担額 30円〉
チ) ADL維持等加算Ⅱ	1月につき	600円 (60単位)	〈自己負担額 60円〉
ツ) 口腔衛生管理加算Ⅱ	1月につき	1,100円 (110単位)	〈自己負担額 110円〉
テ) 安全対策体制加算	1回限り	200円 (20単位)	〈自己負担額 20円〉
ト) 排せつ支援加算Ⅰ	1月につき	100円 (10単位)	〈自己負担額 10円〉
ナ) 褥瘡マネジメント加算Ⅰ	1月につき	30円 (3単位)	〈自己負担額 3円〉
ニ) 褥瘡マネジメント加算Ⅱ	1月につき	130円 (13単位)	〈自己負担額 13円〉
ヌ) 自立支援促進加算	1月につき	2,800円 (280単位)	〈自己負担額 280円〉
ネ) 科学的介護推進体制加算Ⅱ	1月につき	500円 (50単位)	〈自己負担額 50円〉
ノ) 介護職等員処遇改善加算Ⅰ	1月につき	利用総単位数に 14% を乗じた金額 介護職員処遇改善交付金に関する加算	

◆その他の費用

(1)「居住費」及び「食費」(1日あたりの金額)

	居住費	食費	日用品
多床室	950 円	1,580 円	実費

※負担限度額認定証の発行を受けている方は、証書に記載されている「居住費」及び「食費」の額とします。
ただし、前述の**外泊時費用の算定期間を超えた外泊または入院期間の居住費は、減額の適用ができないため
帰所または退院した前日まで「1日につき 950円」**をご負担いただきます。
なお、空床期間に入所者 及び ご家族の同意のうえで他の利用者が空床を利用する場合には、自己負担額は発生致しません。

(2) 運営基準 (厚労省令) で定められた「その他の費用」(全額自己負担)

区 分	金額・単位	内 容 の 説 明
① 特別な食事代	実費	* 入所者の選択による外食・注文食・行事食など、(1)に定める通常の食事の提供に要する費用の額では困難な食費の額 * 個人的な嗜好品等 (日常嗜好飲料以外)

区分	金額・単位	内 容 の 説 明
② 理美容代	1回 2,100円 ~ 2,500円	入所者・家族希望による理髪 (カット・顔剃り)
	1回 6,000円 ~ 6,500円	入所者・家族希望による毛染めまたは パーマ (理髪含む)
③ クラブ活動費	実費	入所者の希望によって参加した場合の材料費等
④ 複写物の交付	1頁 10円	
⑤ 電気器具使用料	1日 100円	個室 で個人が使用する電化製品の電気代 (1品目につき)
⑥ その他の費用	実費	* 医療機関に受診・入院した場合の治療費 及び 薬代 * 個人の希望する日用品の購入代金 * 個人にご負担いただくことが適当であると思われるもの

5. 利用料金のお支払い方法

施設利用料 及び 費用の計算は 1ヶ月ごとの月末締めとし、翌月10日頃までに請求書を郵送致しますので、同月25日までに下記の銀行口座までお支払下さい。(施設では現金のお取り扱いを行っておりません)
また、口座振替をご希望の場合は、請求書郵送の同月25日にご登録済の口座より振替させて頂きます。

- ① お振込の場合 (当施設指定口座への振込手数料は ご利用者様のご負担となります)

金融機関 : 埼玉縣信用金庫 蓮田支店 (普) 1 7 4 6 8 5 1

シャカイフクシホウジン セイショウカイ リジ イシカワ セイジ

口座名義 : 社会福祉法人 清勝会 理事 石川 誠司

- ② 口座振替の場合 (当施設指定金融機関 <埼玉縣信用金庫> に限る)

振 替 日 : 毎月25日 (25日が土日祝日の場合は 次の月曜日)

(※前日までに振替用の登録口座へのご入金をお願い致します)

6. サービス利用にあたっての留意事項

- (1) 入所者 または その家族は、体調の変化があった際 施設の職員にご一報下さい。
- (2) 入所者 及び 家族は、施設内の設備を利用される際 必ず職員に声を掛けて下さい。
- (3) 施設内での 金銭 及び 食べ物等 のやりとりは ご遠慮下さい。
- (4) 職員に対する贈り物や飲料のもてなしは、お受けできません。
- (5) 施設内での 他者に対する宗教活動 及び 政治活動 はご遠慮下さい。
- (6) ペットの持ち込みはお断りします。
- (7) 入所後の家族による面会は、定期的にお願いします。
- (8) 入所者の方への食事の持ち込みは、感染症の蔓延している時期 (食中毒やノロウイルス感染症)にはお断りするか、当日中に召し上がっていただく等 制限する場合があります。
- (9) 施設内は禁煙となっております。
- (10) 飲酒は原則禁止となっておりますが、行事など運営上必要が生じた場合には管理者の管理監督により飲酒を許可する場合があります。

7. 非常災害対策

施設では、非常災害 及び その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えると共に 常に関係機関との連絡を密にし、とるべき措置について予め防災計画を作成し、防災計画に基づき年2回以上 入所者 及び 職員の訓練を行います。(防火管理者：野村 裕子)

8. 緊急時の対応

サービス提供時に入所者の病状が急変した場合 及び その他必要な場合は、速やかに主治医や協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。

また、当施設では 下記の医療機関にご協力いただき、入所者の状態が急変した場合等には 速やかに対応をお願いするようにしています。

○協力医療機関

① 県西在宅クリニック 久喜駅前 住所： 久喜市久喜東2-35-5 TEL：0480-53-6738

○協力病院

① 蓮田病院 住所： 蓮田市根金1662-1 TEL：048-766-8111

② 東大宮やました歯科・矯正歯科医院
住所： さいたま市見沼区東大宮3-3-14 TEL：048-871-8344

◎ 緊急時の連絡先

入所者の容体に変化等あった場合は、医師に連絡するなど必要な処置を講ずるほか ご家族様に速やかにご連絡いたします。

【第1 緊急連絡先】

氏 名	(続柄：)
住 所	
自宅電話番号	
携帯電話番号	

【第2 緊急連絡先】

氏 名	(続柄：)
住 所	
自宅電話番号	
携帯電話番号	

9. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族・市町村 及び 関係諸機関等への連絡を行うなど 必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には 損害賠償を速やかに行います。
(※事故対策委員会を1ヶ月に1回以上行います)

10. 守秘義務に関する対策

施設 及び 職員は、業務上知り得た 入所者 または その家族の秘密を保守します。

また、退職後においても これらの秘密を保守すべき旨を、職員との雇用契約の内容としています。

11. 入所者の尊厳

入所者の人権・プライバシー保護のため 業務マニュアルを作成し、職員教育を行います。

12. 身体拘束の禁止

原則として、入所者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。

ただし、緊急のやむを得ない理由により 拘束せざるを得ない場合には、事前に入居者 及び その家族へ十分な説明をし、同意を得ると共に その態様 及び 時間、その際の入所者の心身の状況 ならびに 緊急のやむを得ない理由について記録します。

13. 契約の解除（退所）

(1) 入所者からの申し出による場合（中途解約・契約解除）

契約の有効期間であっても、入所者から退所を申し出ることができます。

その場合には、退所を希望する日の7日前までに申し出たうえで書面のご提出をお願い致します。

ただし、以下の場合には即時に契約を解約・解除し、施設を退所することができます。

- ア 入所者が3ヶ月を超えて長期入院をされる場合 または 見込まれる場合
- イ 施設 もしくは 職員が 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
- ウ 施設 もしくは 職員が 守秘義務に違反した場合
- エ 施設 もしくは 職員が 故意 または 過失により 入所者の身体・財物・信用等を傷付けたり、著しい不信行為を行うなど、本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- オ 入所者の身体・財物・信用等を他の入所者が傷付けた場合、もしくは その恐れがある場合に 施設が適切な対応をとらない場合
- カ 利用料金の変更があった際に、その内容に対する同意をいただけない場合

(2) 自動終了

以下の場合には、自動的に契約を終了します。

- ア 入所者が他の介護保険施設に入居した場合
- イ 入所者の要介護認定区分が、非該当(自立) または 要支援 と認定された場合
- ウ 入所者が逝去された場合

(3) 施設からの申し出による場合

以下の事項に該当する場合には、当施設を退所していただくことがあります。

- ア サービス利用料金の支払いが3ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらず、この料金が支払われない場合（契約終了の30日前までに文書で通知）
- イ 入所者が 故意 または 重大な過失により、施設 または 職員 及び 他の入所者等の生命・身体・財物・信用等を気付けたり、著しい不信行為を行うことなどにより 本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合（契約終了の30日前までに文書で通知）
- ウ 入所者が 病院 または 診療所に入院して、連続して概ね3ヶ月を超えて入院すると見込まれる場合、もしくは 入院した場合
〈7日間以上3ヶ月以内の入院の場合〉
3ヶ月以内に退院された場合、退院後 再び施設に入所することができます。
〈3ヶ月以内の退院が見込まれない場合〉
3ヶ月以内の退院が見込まれないことが明らかになった場合、契約を解除させていただくことがあります。
この場合、退院後 再び当施設に優先的に入所することはできません。
- エ 法人 もしくは 施設が、解散・破産した場合 または やむを得ない事情により 事業を閉鎖・縮小することになった場合（契約終了の30日前までに文書で通知）
- オ 震災等による施設の減失や重大な毀損により、入所者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- カ 施設が介護保険の指定を取り消された場合 または 指定を辞退した場合

※入所者が当施設を退所する場合には、入所者のご希望により施設 または 入所者の心身の状況や置かれている環境等を勘案し、円滑な退所のために必要な以下の援助を速やかに行います。

- * 適切な病院 もしくは 診療所、または 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 保健医療サービス または 福祉サービスの提供者の紹介

14. 苦情相談窓口

◆サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

ご利用相談室	窓口担当者：植山 順子（生活相談員） 解決責任者：石川 智子（施設長）
ご利用時間	月曜日～金曜日 午前9時～午後6時
ご利用方法	電話：048-792-0830

◆公的機関においても、次の機関にて苦情の申し出ができます。

○ 蓮田市役所 長寿支援課 (相談)

所在地：埼玉県蓮田市大字黒浜2799-1 TEL：048-768-3111
受付時間：午前8時30分 ～ 午後5時15分 (土日祝日・年末年始を除く)

○ 埼玉県国民健康保険団体連合会介護保険課

所在地：埼玉県さいたま市中央区大字下落合1704 TEL：048-824-2568
受付時間：午前9時 ～ 午後5時 (土日祝日・年末年始を除く)

※苦情処理 第三者委員 (公平中立な立場で苦情を受け付け、相談にのっていただける方です)

* 木村 久 氏	蓮田市民生委員	TEL：048-766-4613
* 杉崎 きよ子 氏	蓮田市民生委員	TEL：048-766-9155

15. 介護サービス情報の公表について

第三者による評価の実施状況 ☒ なし

16. 損害賠償について

当施設において、施設の責任により入所者に生じた損害について 施設は速やかにその損害を賠償します。

また、守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、損害の発生について入所者に故意 または 過失が認められた場合、且つ 入所者の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、施設の損害賠償責任を軽減させていただきます。

なお、ご希望があれば 個人損害賠償保険の団体加入もございますので、ご相談下さい。

17. 残置物の引き取りについて

ご利用者の入所契約が終了した後、当施設に残されたご利用者の所持品 (残置物)は、2週間以内にご契約者に引き取っていただきます。

なお、期限を過ぎても ご契約者が残置物の引取りを履行しない場合、ご契約者にご連絡のうえ 残置物をお引渡し致します。

また、引渡しに掛かる費用については、ご契約者にご負担いただきます。

18. その他

◆受診・入院時の送迎 及び 付き添い

入所者の受診や入院時の送迎は基本的に施設で行いますが、場合により家族の付き添いをお願いすることもございますので、できる限りのご協力をお願い致します。

◆入所後の外出・外泊

入所後においても基本的にいつでも外出 及び 外泊ができます。その際は 事前に「外出・外泊届」のご提出をお願い致します。届出書類が必要な場合は事務員にお申し付け下さい。

ただし、入所者の当日の体調等の理由により 外出 及び 外泊をご遠慮いただくことがございます。この場合には入所者 及び 家族にその理由をご説明致します。

介護老人福祉施設サービスの開始にあたり、入所者に対して 契約書 及び 本書面に基づいて重要な事項を説明し、同意を得て交付しました。

<施設>

所在地	〒349-0136	埼玉県蓮田市大字上平野616-1	
名称	社会福祉法人 清勝会 特別養護老人ホーム ひので（介護保険事業者番号：1175700796）		
代表者	理事長	石川 誠司	印
説明者	生活相談員 介護支援専門員		印

令和 年 月 日

私は、契約書 及び 本書面により、施設から介護老人福祉施設サービスについて重要な事項の説明を受け、同意し交付を受けました。

<入所者>

住所	
氏名	印

<入所者 保証人1>

住所		
氏名	(続柄)	印

<入所者 保証人2>

住所		
氏名	(続柄)	印