

(予防) 併設短期入所生活
川口シニアセンター
重要事項説明書（令和 07 年 12 月 1 日改訂）

この説明書はご契約者に対して（予防）併設短期入所生活介護サービスを提供するために、施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを説明するものです。

1. 事業主体概要

事業主体名	社会福祉法人 厚生会
法人の種類	社会福祉法人
代表者氏名	理事長 田平 芳寛
所在地	埼玉県川口市西新井宿 1216-6 〒333-0833 電話 048-291-2120 Fax 048-291-2160
他の介護保険事業	介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設

2. 事業者の概要

施設名称	特別養護老人ホーム 川口シニアセンター
開設年月日	平成 17 年 12 月 1 日
介護保険事業者番号	埼玉県 事業者番号 1170203010
所在地	埼玉県川口市西新井宿 1216-6 〒333-0833 電話 048-291-2120 Fax 048-291-2160
管理者	施設長 牧内 修一
交通の便	<p>【公共機関利用の場合】</p> <ul style="list-style-type: none">埼玉高速鉄道「新井宿」下車 徒歩約 15 分国際興業バス東浦和発「新井宿行」にて「石神下」下車 3 分 バス運行本数が少ないので時刻表をご確認ください。 <p>【お車の場合】</p> <p>東京外環自動車道下「石神南」交差点より 1 分</p>
施設の目的	施設は、利用者一人一人の意思及び人格を尊重し、利用前の居宅における生活と利用中の生活が連續したものとなるよう配慮しながら、利用者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援することにより、利用者の心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るよう、法人理念の実現をめざして介護サービスを提供します。
	<p>法人理念 「3つのSの約束」</p> <p>☆ 「安全」 (Safety) の約束 ☆ 「よりよいサービス」 (Service) の約束 ☆ 「笑顔」 (Smile) の約束</p>

3. 施設設備の概要

建物構造 (全館)	東館 3,506.66 m ² 西館 2,561.33 m ² 計 6,067.99 m ²
居室の概要 (全体)	(入所施設) 東館 ユニット型個室 66 室 (10.65 m ² 以上) 西館 ユニット型個室 40 室 (同) 従来型多床室 20 床 (4 人部屋 4 室) (2 人部屋 2 室) (短期入所) 東館 ユニット型個室 7 室 (10.65 m ² 以上) 施設全体 計 133 床
浴室	東館 1 階 チェア一浴 1 基 (個浴、仰臥浴の場合は東館 2 階又は 3 階浴室を利用)
医務室	1 室 (東館 1 階)
相談室	東館 1 室
緊急対応方法	・緊急時対応マニュアル等に従い対応 ・協力医療機関「医療法人社団厚生会 埼玉厚生病院」等と連携
防犯防災設備 避難設備等の概要	非常時避難路 (スロープ) 火災通報装置及び誘導灯設置 スプリンクラー設置 消火器設置
事故発生の防止及び 発生時の対応	・事故対策委員会を設置し、安全な環境整備、職員研修を実施するとともに、事故内容を記録・分析検討の上、発生防止策を講じる。 ・事故発生した場合、速やかに市町村及びご家族 (身元引受人) に連絡するとともに、必要な措置を講じる。 ・賠償すべき事故が発生した場合には速やかに損害賠償を行う。 損害賠償責任保険加入 ((福) 全社協しせつの損害補償)

4. 職員体制

職種	配置数 (常勤換算)		主な業務内容
	ユニット型 (113 床) (短期入所含)	地域密着型 (20 床)	
管理者	1 名		施設運営全般の管理
医師 (非常勤)	1 名		健康管理・療養生活上の指導
看護職員	3 名以上	1 名以上	健康管理・療養生活上の介護等
介護職員	35 名以上	6 名以上	生活全般の世話や支援等
生活相談員	2 名		施設入所相談及び生活上の相談等
機能訓練指導員	1 名		日常生活機能の回復又は減退防止
介護支援専門員	3 名		施設介護サービス計画作成等
管理栄養士	2 名		栄養管理、食事献立立案等
事務職員	2 名		一般事務・利用料請求等

5. 勤務体制

介護職員	①早番 1 ②早番 2 ③日勤 ④遅番 ⑤準夜勤 ⑥深夜勤	7:00 ~ 15:30 7:30 ~ 16:00 8:30 ~ 17:00 11:00 ~ 19:30 13:30 ~ 22:00 22:00 ~ 翌 7:00
看護職員	日勤帯のみ	8:30 ~ 17:00
生活相談員	日勤帯のみ	8:30 ~ 17:00
その他の職種	日勤帯のみ	8:30 ~ 17:00

6. 協力医療機関

協力医療機関	医療法人社団厚生会 埼玉厚生病院（入院 108 床） 理事長 田平 芳寛 所在地 : 〒334-7611 埼玉県川口市南鳩ヶ谷 6-5-5 電話 048-281-7611 Fax 048-281-7839	
	診療科 内科、脳神経外科、循環器内科、整形外科、外科、眼科、消化器内科、リハビリテーション科、皮膚科	
	医療法人 三誠会 川口誠和病院 院長 服部 晃典 所在地 〒334-0074 埼玉県川口市江戸 3-35-46 電話 Tel 048-285-0661	
	診療科	外科、内科、消化器科、肛門科、乳腺科、婦人科、泌尿器科 整形外科、脳神経外科、循環器科、糖尿病内科、呼吸器科

※入所施設と協力関係のある医療機関は上記の通りです。短期入所サービスを利用中に治療が必要となる場合は、原則、かかりつけ医（主治医）または上記医療機関への受診をお願いすることがあります。この場合はご利用者又はご家族等に事前に説明の上、同意を得、ご家族等の付き添いのもとで受診をお願いします。緊急時はこの限りではありません。

7. サービス内容

(予防) 短期入所生活介護計画の作成（4日以上ご利用の場合）	(予防) 短期入所生活介護計画は利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、居宅サービス計画に沿って作成します。
食事の提供	利用者の栄養状態を定期的に把握し、栄養管理を行うとともに口腔機能や心身状況、食形態や嗜好に配慮した食事を提供します。 おおむねの提供時間 ・朝食 8時より ・昼食 12時より ・夕食 18時より
入浴	ご利用者の心身状況に合わせた入浴設備で入浴を提供します。原則週2回の入浴または清拭の提供を行います。
介護	排泄介助、食事介助、整容介助、入浴介助等個別の短期入所生活介護計画に沿ってケアサービスを提供いたします。
機能訓練	機能訓練指導員の指導のもと日常生活活動やレクリエーション活動等を通じて生活機能（座位保持、口腔機能等）の維持・減退防止を行います。
送迎	短期入所ご利用にあたり、ご希望があれば自宅と施設間の送迎サービスを利用することができます。特別な事情が無い限り、施設への迎車は利用日の午前中、自宅への送車は利用最終日の午後となります。
緊急時の対応	容態変化、外傷等緊急の場合は協力医に連絡し必要な処置を講ずるほか、速やかに「緊急連絡先に記載のご家族等」に連絡いたします。
安全管理	・所轄消防署の指導下にて防災・避難訓練等を年2回以上実施いたします。 ・消化器、スプリンクラー、避難経路等の防災設備点検、また、天災時等の緊急時対応マニュアルを作成し周知します。 ・防火管理責任者：牧内 修一

8. その他、ご利用にあたっての留意事項

治療薬	主治医による治療薬は必ず利用期間に必要量をご持参ください。塗り薬、貼り薬、目薬も必要数ご持参ください。なお、普段から飲んでいる家庭薬や健康食品については、事前打ち合わせにて相談員に申し出ください。
衣類・洗面用品等	持参される者については事前打ち合わせで相談いたします。持参する全ての衣類や洗面用品等は必ずお名前を書いてください。 利用中に着替えられた下着類は事業所にて洗濯しますが、最終日の着替え分は汚れたままお持ち帰りいただきますのであらかじめご了承ください。
来訪・面会	面会時間：8時30分から20時00分 来訪時には必ず <u>東館事務所</u> にて面会届を提出し、来訪者カードが確認できるように着けてください。なお、西館へは来訪者カード（電子キー）が無いと入館できません。また、貸し出しの電子キーを紛失した場合は実費請求させていただきます。
外出	ご利用中の外出はご家族の付き添いの方があれば原則自由です。知人等の方との外出については、ご家族の同意が必要です。 事前に外出届をご提出ください。必要なお薬や所持品等の準備をいたします。
喫煙	所定の喫煙場所以外での喫煙は禁止いたします。タバコは職員がお預かりします。なお、健康保持のため、できる限り禁煙するようご協力ください。
飲酒	適量飲酒は原則自由ですが、施設サービスはありません。ご家族等がお持込の場合は、必ずユニット職員に申出ください。なお、心身の状態により医療・介護上、飲酒制限することがあります。
居室内等での飲食	施設サービスの食事以外に、ご家族等が持込まれる食品を居室・多目的ホールで召し上ることは原則自由ですが、必ず職員に申出ください。但し、治療上制限することがあります。また、食品管理が困難な場合（生もの等）は職員の判断で廃棄させていただくこともあります。
金品の管理	現金、通帳、貴金属、高価アクセサリー等の貴重品はご利用者（自己管理できる方）又はご家族で管理してください。原則、当施設では金品のお預かりを致しません。日常生活に必要な費用が発生する場合は施設にて立替の上、その金額を毎月の介護サービス費に合わせて領収証を添え請求いたします。貴重品等の紛失・盗難については、当施設は一切責任を負いかねます。

研修・実習・見学、取材等の協力依頼への対応	外部からの研修・実習、見学、取材等の協力依頼があった場合、社会福祉施設としての社会的役割を果たす上で必要と思われるものについて受け入れます。この場合、ご利用者及びご家族のプライバシーの保護、生命と安全の確保が最優先ですが、事前に範囲を定めた上で、ご協力をいただくことがあります。
-----------------------	---

9. 苦情相談機関

当施設における生活やサービスについての苦情や相談は、以下の窓口でお受けいたします。

苦情相談窓口	苦情相談受付担当者： 生活相談室 鈴木 真也 電話 048-291-2120	
	苦情解決責任者 : 施設長 牧内 修一	
	受付時間 : 毎日 8時30分～17時00分	
	第三者委員 上木 里子 電話 048-285-1097 内田 龍一 電話 048-229-1130 小櫃 芳江 電話 048-284-1285	
	第三者委員はご利用者等と施設の間に入り、公平、中立な立場で問題解決への調整、助言をしていただけます。	
	その他 * 苦情相談受付箱を東西館1階エレベーター横に設置しています。 * 家族懇談会を開催し、家族等から意見・相談等を直接伺います	
行政等の苦情相談受付機関	川口市役所 介護保険課	電話 048-259-7293 (事業者係) 受付時間：9：00～17：00 (平日のみ)
	埼玉県国民健康保険連合会	電話 048-824-2568 受付時間：9：00～17：00 (平日のみ)
	埼玉県社会福祉協議会	電話 048-822-1243 受付時間：9：00～17：00 (平日のみ)

10. 第三者評価の実施状況

第三者評価	実施状況	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	実施年月日	年 月 日
	評価機関			
	評価結果			

1.1. 個人情報の保護

(1) 個人情報保護に対しての基本方針

① 個人情報に関する法令・規範の遵守

社会福祉法人厚生会は、当法人が扱う個人情報の重要性を認識し、その適正な保護のために、個人情報管理規定を策定し、個人情報保護に関する法令、その他の関係法令及び厚生労働省のガイドラインを遵守し、利用者・家族及び職員の個人情報の保護を図ります。

② 個人情報の適切な収集・利用・提供の実施

*個人情報の取得に際して、その利用目的を特定し通知、または公表し（事業所内掲示）利用目的に従って個人情報の収集・利用・提供を行います。

*個人情報の紛失、漏洩、改ざん及び不正アクセス等のリスクに対して、必要な安全対策、予防措置を講じて適切な管理を行います。

③個人情報に関する意思統一の徹底

個人情報の取り扱いに関する規定を明確にし、職員に周知徹底します。また、関係業者、医療機関等に対しても適切に個人情報を取り扱うよう要請します。

④個人情報保護活動を継続的に改善・推進

自主的に的確な個人情報の保護措置が講じられるよう、個人情報管理規定を定期的に見直し、これを遵守すると共に、職員研修を行います。

(2) 個人情報保護に関するお問い合わせ窓口

当法人が保有する個人情報についてのご質問やお問い合わせ、あるいは開示、訂正、削除、利用停止の依頼について下記の窓口で対応いたします。

個人情報保護相談窓口

受付担当： 施設長 牧内 修一（個人情報管理責任者）

受付時間： 毎月曜～金曜日 8時30分～17時00分

(3) 個人情報の使用に同意いただく内容

以下に定める条件のとおり、社会福祉法人厚生会が、ご利用者、ご家族及びその身元引受人、連帯保証人の個人情報を下記の使用目的の必要事項の範囲で使用、提供、または収集することに同意をお願いします。

① 使用期限

介護サービス提供に必要な期間及び契約期限に準じます。

② 使用目的

*介護保険における介護認定の申請及び更新・変更

*利用者の介護サービス計画（ケアプラン）立案、サービス担当者会議、介護従事者カンファレンス等で情報共有するとき

*医療機関、福祉事業者、介護支援専門員、介護サービス事業者、自治体（保険者）

その他社会福祉団体等の連絡調整のとき

*ご利用者が医療サービスを希望するとき、及び主治医の意見を求める必要のとき

*当施設で実施される実習、体験学習等への協力のとき

*上記各号にかかわらず緊急を要する連絡等のとき

③ 使用条件

- *個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供にかかる目的以外利用しません。
- また、ご利用者とのサービス利用にかかる契約の締結前からサービス終了後においてもみだりに第三者へ漏洩しません。
- *個人情報を使用した会議等の内容や経過を記録し、ご利用者側からの請求があれば開示することができます。
- *行事等でご利用者の写真、ビデオ撮影を行い、当施設の販促物やホームページに掲載することがあります。写真・ビデオの撮影、掲載を希望されない方は事前事後にかかわらず申し出を受けることができます。(申出先：施設長 牧内 修一)
- *ご利用者の居室の表札は安全な医療・介護サービスを提供する上で必要なものです。しかし、表示を希望されないご利用者又はご家族は申し出いただくことができます。

12. 緊急時の対応

ご利用者の体調の変化等緊急時は下記に定める緊急時連絡先にご連絡いたします。

緊急時連絡先 ①	氏名	フリガナ	続柄	
	住所	〒		
	電話番号	ご自宅	携帯	
		勤務先		
	連絡時、配慮してほしいこと			
緊急時連絡先 ②	氏名	フリガナ	続柄	
	住所	〒		
	電話番号	ご自宅	携帯	
		勤務先		
	連絡時、配慮してほしいこと			

1 3. 利用料その他の費用の額

(1) 利用料

- ① 施設が法定代理受領サービスに該当する指定介護サービスを提供した場合の利用料の額は介護保険法による介護報酬の告示上の額とします。
- ② 施設は、指定介護サービスが法定代理受領サービスであるときは、介護報酬告示上の額に介護負担割合証に記載された負担割合を乗じた額を請求します。
- ③ 居住費（滞在費）及び食費の全額は「滞在に要する費用」として利用者の負担となり、施設とご利用者の契約によるものとします。ただし介護保険負担限度額の認定受けていいるご利用者の場合、認定証に記載された金額を一日当たりの料金とし、利用日数を乗じた額を請求します。
- ④ 施設サービス料金はご利用者の所得により負担段階が異なります。別紙にてご利用者ごとに説明いたします。
- ⑤ その他介護保険の給付対象とならないサービス料金として（2）に掲げる費用の支払を求める場合、その場合はご利用者又はご家族等に対し事前に説明、同意を得た上でサービスを提供し、月次施設サービス費に追加して請求いたします。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス料金

サービス	内 容	料 金
特別食	ご利用者の希望に基づいた特別な食事	実費 <input type="checkbox"/>
レクリエーション活動等	外食、買い物ツアー等に伴い、別途食事代や買い物代がかかります。また、クラブ活動の材料費等（生け花等）かかる場合は実費を請求いたします。	実費 <input type="checkbox"/>
その他日常生活上の諸費用	口腔ケア用品、入浴用品、タオル類、紙類	実費 <input type="checkbox"/>

日用品費（A セットまたは、B セットをお選びください。）

A セット	歯ブラシ、歯磨き粉、石鹼、シャンプー、タオル類、ティッシュペーパー、トイレットペーパー、おしぶり、入れ歯洗浄	210 円/日 <input type="checkbox"/>
B セット	歯ブラシ、歯磨き粉、石鹼、シャンプー、タオル類、ティッシュペーパー、トイレットペーパー、おしぶり	190 円/日 <input type="checkbox"/>

※日用品費は個別に提供させていただくものであり、一律に提供し画一的に徴収するものではありません

（4）支払い方法

毎月、10日前後に前月分の請求書を発行いたしますので、14日以内にお支払いください。お支払い方法は、ご契約時に銀行振込（振込手数料はご負担願います）、口座自動引落の二通りからお選びいただけます。

（5）償還払い

ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合又は要介護認定申請中の場合は、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。償還払いとなる場合、ご利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

令和 年 月 日

指定（予防）短期入所生活介護サービス提供にあたり、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者 社会福祉法人 厚生会
特別養護老人ホーム 川口シニアセンター

所在地 埼玉県川口市西新井宿 1216-6

管理者 施設長 牧内 修一

説明者 所属

氏名 _____

私は、契約書及び本書面に基づいて重要事項の説明を受け理解しましたので、指定（予防）短期入所生活介護サービスの提供開始及び個人情報の使用に同意いたしました。

なお、代理人欄については、利用申込者の判断能力等に障害がみられる場合に、家族、成年後見人等との契約者、または第三者である立会人において記載及び同意いたします。

利用者 (入居者)	住 所	
	氏 名	
家族代表 (代理人)	住 所	
	氏 名	
身元引受人	住 所	
	氏 名	
連帯保証人	住 所	
	氏 名	