

介護老人福祉施設重要事項説明書

＜令和7年6月19日現在＞

1. 当施設が提供するサービスについての相談窓口

電話 024-565-2881（平日の午前9時～午後6時まで）

担当 高橋伸英、高野貴子 ※ご不明な点はおたずねください。

2. 特別養護老人ホーム川俣ホームの概要

（1）提供できるサービスの種類

施設名称	社会福祉法人信達福祉会 特別養護老人ホーム川俣ホーム
所在地	福島県伊達郡川俣町大字鶴沢字川端2-1
介護保険指定番号	介護老人福祉施設（0772000774号）

（2）施設の目的

社会福祉法人信達福祉会が設置運営する介護老人福祉施設の適正な運営を確保するため、人員及び管理運営に関する事項を定め、要介護状態にある高齢者に対し、適正な指定介護福祉サービスを提供することを目的とします。

（3）施設の職員体制

※令和7年4月1日現在

※資格者数は重複あり

	常勤	非常勤	業務内容	資格	資格者
管理者	1			社会福祉士	2
生活相談員	2		生活相談	社会福祉主事	9
看護職員	3	2	健康管理	看護師	1
機能訓練担当	1		機能訓練	准看護師	4
介護職員	25	2	介護	介護福祉士	25
介護支援専門員	1		介護計画	介護支援専門員	8
栄養士	2		栄養管理	管理栄養士	1
事務職員	2		事務	栄養士	2
				柔道整復師	1
				介護職員実務者研修	0
				介護職員初任者研修 (2級ヘルパー含む)	22

（4）施設職員の勤務体制

職種	勤務体制
施設長・生活相談員 栄養士・機能訓練指導員 介護支援専門員・事務職員	日勤 9:00～18:00
看護職員	日勤1 8:00～17:00 日勤2 9:00～18:00 遅番 9:30～18:30
介護職員	早番 6:45～15:45 日勤 9:00～18:00 遅番1 10:00～19:00 遅番2 10:30～19:30 夜勤 17:00～10:00

(5) 施設設備の概要

定 員		6 5 名	静養室	1 室 2 床
居室	4 人部屋	1 3 室 (1 室 4 6 . 2 9 m ²)	医務室	1 室
	2 人部屋	2 室 (1 室 2 8 . 0 6 m ²)	食堂	3 室
	1 人部屋	9 室 (1 室 1 5 . 4 7 m ²)	機能訓練室	1 室
浴 室		一般浴槽と特殊浴槽があります	デイルーム	2 室

* 上記は、厚生労働省が定める基準により、指定介護老人福祉施設に設置が義務付けられている施設・設備です。この施設・設備の利用にあたって、利用者に特別にご負担いただく費用はありません。

3. サービス内容

①施設サービス計画の立案

- ・利用者および家族の介護に対する意向にそった施設サービス計画を立案します。

②食 事

- ・管理栄養士の管理する献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。
- ・食事はできるだけ離床して食堂の好きな場所でとっていただけるように配慮します。
- ・食事時間

朝食	8 : 0 0 ~ 9 : 1 5	昼食	1 1 : 4 5 ~ 1 3 : 0 0
間食	1 4 : 3 0 ~ 1 5 : 3 0	夕食	1 7 : 0 0 ~ 1 8 : 0 0

③入 浴

- ・週 2 回の入浴または清拭を行います。
- ・寝たきり等で座位のとれない方は機械浴槽を用いての入浴も可能です。

④排 泄

- ・利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。

⑤その他の介護

- ・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。
- ・個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行なわれるよう援助します。
- ・シーツの定期交換は週 1 回行い、汚れた場合は随時交換します。

⑥機能訓練

- ・機能訓練指導員による入所者の状況に適合した機能訓練を行い、生活機能の維持・改善に努めます。
- ・当事業所の保有するリハビリ器具

移動式平行棒、姿勢矯正用鏡、プーリー、電熱式ホットパック、ハドマー

⑦生活相談

- ・利用者およびその家族からの相談には、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) 高橋伸英、高野貴子

⑧健康管理

- ・嘱託医師により、健康管理に努めます。また、緊急等必要な場合には主治医あるいは協力医療機関等に責任をもって引き継ぎます。
- ・利用者のお薬は医務室で保管いたします。 服薬管理者 看護係長

【当事業所の協力医療機関】

◇済生会川俣病院	嘱託医回診	毎週 1 回
◇村上病院	精神科回診	毎月 2 回
◇二本松訪問歯科	歯科回診	毎週 1 回

・利用者が上記当事業所の協力医療機関以外に通院を希望される場合は、原則として家族の方に送迎していただくことになります。また、本来の治療目的以外の通院等に関しては、当事業所の協力医療機関であっても家族の方に送迎していただくことになります。

⑨その他

・施設における行事のスナップ写真撮影及び公開を実施しております。

※個人情報保護法に基づき写真撮影及び公開を希望されない場合には申し出下さい。

4. 利用料金

(1) 施設利用料一部負担金ならびに本人負担分

①要介護区分により料金が変わります。【介護保険被保険者証をご提示ください。】

②介護保険給付を利用する場合は、保険者の定める負担割合に応じて、短期入所生活介護費が 1 割～3 割の自己負担となります。【介護保険負担割合証をご提示ください。】

ただし、介護保険支給限度額の超過分につきましては、全額自己負担（10 割）となります。

・介護保険負担割合、要介護区分に応じた介護サービス費 【1 日当たりの料金】

要介護区分	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービス料金	5, 8 9 0 円	6, 5 9 0 円	7, 3 2 0 円	8, 0 2 0 円	8, 7 1 0 円
自己負担額（1 割）	5 8 9 円	6 5 9 円	7 3 2 円	8 0 2 円	8 7 1 円
自己負担額（2 割）	1, 1 7 8 円	1, 3 1 8 円	1, 4 6 4 円	1, 6 0 4 円	1, 7 4 2 円
自己負担額（3 割）	1, 7 6 7 円	1, 9 7 7 円	2, 1 9 6 円	2, 4 0 6 円	2, 6 1 3 円

(2) 算定加算【厚生労働大臣が定めるそれぞれの基準を満たしている場合に算定します】

・以下の料金は、介護保険給付を受けた場合の 1 割の自己負担分の料金です。

・保険者の定める負担割合に応じて 1 割～3 割の自己負担を頂きます。ただし、介護保険給付を利用しない場合には全額自己負担（10 割）の料金となります。

* 日常生活継続支援加算	3 6 円／日
* サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	2 2 円／日
* サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	1 8 円／日
* サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6 円／日
* 夜勤職員配置加算（Ⅰ）ロ	1 3 円／日
* 夜勤職員配置加算（Ⅲ）ロ	1 6 円／日
* 看護体制加算（Ⅰ）ロ	4 円／日
* 看護体制加算（Ⅱ）ロ	8 円／日
* 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）	1 0 円／月
* 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）	5 円／月
* 精神科医療養指導加算	5 円／日

* 若年性認知症入所者受入加算	1 2 0 円／日
* 初期加算	3 0 円／日
(入所日から30日間および、30日間を超える入院後に再び入所した場合)	
* 栄養マネジメント強化加算	1 1 円／日
* 個別機能訓練加算 (Ⅰ)	1 2 円／日
* 個別機能訓練加算 (Ⅱ)	2 0 円／月
* 個別機能訓練加算 (Ⅲ)	2 0 円／月
* 経口移行加算	2 8 円／日
* 経口維持加算 (Ⅰ)	4 0 0 円／月
* 経口維持加算 (Ⅱ)	1 0 0 円／月
* 療養食加算	6 円／回 (食)
* 口腔衛生管理加算 (Ⅰ)	9 0 円／月
* 口腔衛生管理加算 (Ⅱ)	1 1 0 円／月
* 退所前後訪問相談援助加算	4 6 0 円／回
* 退所時相談援助加算	4 0 0 円／回
* 退所前連携加算	5 0 0 円／回
* 退所時情報提供加算	2 5 0 円／回
* 排せつ支援加算 (Ⅰ)	1 0 円／月
* 排せつ支援加算 (Ⅱ)	1 5 円／月
* 排せつ支援加算 (Ⅲ)	2 0 円／月
* 褥瘡マネジメント加算 (Ⅰ)	3 円／月
* 褥瘡マネジメント加算 (Ⅱ)	1 3 円／月
* 再入所時栄養連携加算	2 0 0 円／回
* 退所時栄養情報連携加算	7 0 円／回
* 看取り介護加算 (Ⅰ)	7 2 円／日 (死亡日以前31日以上45日以下)
	1 4 4 円／日 (死亡日以前4～30日)
	6 8 0 円／日 (死亡日の前日・前々日)
	1, 2 8 0 円／日 (死亡日)
* 生活機能向上連携加算 (Ⅰ)	1 0 0 円／回 (3月に1回を限度)
* 生活機能向上連携加算 (Ⅱ)	1 0 0 円／回 (3月に1回を限度)
* ADL維持等加算 (Ⅰ)	3 0 円／月
* ADL維持等加算 (Ⅱ)	6 0 円／月
* 自立支援促進加算	3 0 0 円／月
* 科学的介護推進体制加算 (Ⅰ)	4 0 円／月
* 科学的介護推進体制加算 (Ⅱ)	5 0 円／月
* 安全対策体制加算	2 0 円／日 (入所初日)
* 生産性向上推進体制加算 (Ⅰ)	1 0 0 円／月
* 生産性向上推進体制加算 (Ⅱ)	1 0 円／月
* 協力医療機関連携加算 (Ⅰ)	5 0 円／月
* 協力医療機関連携加算 (Ⅱ)	5 円／月

- *認知症チームケア推進加算（Ⅱ） 120円／月
- *新興感染症等施設療養費 240円／日
- *介護職員等処遇改善加算（Ⅰ） 利用月に算定した合計単位数の14.0％

（３）当施設の居住費・食費の負担額

内 容	設 定 額 (日 額)		段階区分	利 用 料 金 (負担限度額)	適 用
居住費 1日分	多床室	915円	第一段階	日額 0円	既入所者、 新規入所者
			第二段階	〃 430円	〃
			第三段階	〃 430円	〃
		960円	第四段階	〃 960円	〃
	従来型 個室	1,231円	第一段階	日額 380円	〃
			第二段階	〃 480円	〃
			第三段階	〃 880円	〃
		1,280円	第四段階	〃 1,280円	〃
食 費 1日分	1,445円		第一段階	日額 300円	入所者
			第二段階	〃 390円	〃
			第三段階①	〃 650円	〃
			第三段階②	〃 1,360円	〃
	1,650円		第四段階	〃 1,650円	〃
その他	金銭等管理サービス費			月額 1,500円	入所者の契約による
	理美容代			実 費	
	上記に掲げるものの他、介護老人福祉施設利用の中で提供されるサービスのうち、日常生活において通常必要となるものに係る費用で、利用者が負担することが適当と認められる費用			実 費	

・段階区分の第1段階から第3段階は、国が定める利用者負担限度額段階の第1段階から第3段階にそれぞれ該当する者をいう。

・段階区分第4段階は、第1段階から第3段階以外の者をいう。

※利用者がまだ負担限度額認定を受けていない場合には、第四段階の設定額を一旦支払っていただき、負担限度額認定を受けた後、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）。償還払は、負担限度額認定申請を行った月の初日にさかのぼって適用となります。

※食費について、ご利用者の栄養摂取を目的としてではなく、嗜好に伴うメニュー変更がある場合には、1食あたり20円の増額となります。

〈従来型個室利用料について〉

* 従来型個室をご利用の場合であっても、次の場合には、多床室利用の扱いとなります。

イ 感染症（新型コロナウイルス、インフルエンザ、ノロウイルス等）等罹患により、医師が個室利用の必要があると判断した日から解除指示されるまでの期間（30日以内）

ロ 医師の診断により余命間近で利用者の状態、家族の付添いの希望等により個室での看取りを行う場合

ハ 著しい精神症状等により、他の同室者の心身状況に重大な影響を及ぼすおそれがあるとして、個室利用の必要があると医師が判断した日から解除指示がされるまでの期間

ニ 居室等の面積が、10.65 m²以下である場合

*従来型個室に該当する居室は以下の居室になります。

【6号、7号、12号、13号、21号、22号、23号、25号、31号、32号室】

(4) 短期入院または外泊をされた場合に支払っていただく1日あたりの利用料金

		2日目～7日目	8日目以降
1. サービス利用料金		2,460円	0円
2. 自己負担額	1割	246円	0円
	2割	492円	0円
	3割	738円	0円
*食事に係る標準自己負担額は、入院・外泊した日と退院・帰園した日以外は、負担はありません。			
*月をまたぐ場合は最長12日間適用されます。			

*介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、利用者の負担額を変更します。

(5) その他の料金

①理美容サービス

・当事業所では月2回、毎月第2・第4月曜日に理容サービスを実施しております。希望される方はお申し込みください。 料金 カット代2,000円 顔剃り1,000円

②金銭等管理サービス

・施設入所利用に係る諸費用の受払い・手続代行等を行います。希望される方はお申し込みください。

金銭等管理サービス費用 基本料金 月額 1,500円

*サービス利用に関しては、別途「金銭等管理サービス委託契約」の締結が必要となります。

*金銭等管理サービスの実施にあたっては、「社会福祉法人信達福祉会特別養護老人ホーム 預り金等管理要綱」に従い、厳正に行います。

*本人または身元引受人の求めに応じ、随時、帳簿の閲覧、説明、複写物の交付に応じます。コピー代は実費いただきます。

*利用料に関する領収書の再発行は致しません。ただし、「利用料領収証明書」を発行いたします。 利用料領収証明書発行手数料 1回 300円

③その他

・介護老人福祉施設利用の中で提供されるサービスのうち、日常生活においても通常必要となるものにかかる費用で、利用者が負担することが適当と認められる費用については自己負担となります。

・入所期間中の入院・外泊した期間の取扱い、または、退所を希望された時の相談援助加算等については、介護保険給付の扱いに応じた料金となりますのでご了承ください。

*電化製品を使用される場合は、電気料金をいただきます。

・テレビ 月額 500円

・ラジオ・ラジカセ・電気剃刀・電気毛布・電気ポット・その他 月額 100円

(6) 基本料金の軽減措置

施設利用料・居住費・食費ともに、減免・減額の制度がありますのでおたずねください。

(7) 支払方法

原則として、施設入所利用にかかる諸費用の支払・手続きにかかわる金銭等管理サービスの契約をしていただくこととなります。

5. 退所手続き

①利用者の都合で退所される場合、退所を希望する日の15日前までにお申し出ください。

②利用者が病院または診療所等に入院し、明らかに3ヶ月以内に退院できる見込みがない場合、または入院後3ヶ月経過しても退院できないことが明らかになった場合
施設との話し合いのもと退所の手続きをとっていただくこととなります。

③利用者の医療的依存度が高くなり、常時医療的管理が必要となった場合

④自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了します。

- ・利用者が他の介護保険施設に入所した場合。

- ・介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、非該当(自立)または要支援、要介護1または2と認定され、特例入所に該当しない場合、前の要介護認定期間をもって退所していただくこととなります。退所後の生活についてのご相談に対応します。

- ・利用者がお亡くなりになった場合。

⑤その他

- ・利用者が、サービス利用料金の支払を3ヶ月以上遅滞し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず15日以内に支払わない場合、または利用者や家族などが当施設や当施設の従事者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、退所していただく場合がございます。この場合、契約終了30日前までに文書で通知致します。

- ・当施設では、職員および他の利用者の安全と尊厳を守るため、著しい迷惑行為や不当な要求、暴言・暴力等のカスタマーハラスメントに対しては、必要に応じてサービス提供の見直し、契約の解除、関係機関への通報等の対応を行う場合がございます。

- ・やむを得ない事情により、当施設を閉鎖または縮小する場合、契約を終了し、退所していただく場合がございます。この場合、契約終了30日前までに文書で通知致します。

6. 施設のサービスの特徴

(1) 運営方針

<安全・安心・ゆとりの川俣ホーム>

1. 川俣ホームは、利用者の主体性と自主性を尊重し、人間としての尊厳に根ざした介護を進めます。

1. 川俣ホームは、家族・地域社会との連携を密にし、あたたかい家庭的環境を築きます。

(2) サービス利用のために

事 項	有 無	備 考
事業所職員への研修の実施	有	職場研修定期開催と外部研修参加
サービスマニュアルの作成	有	

身体的拘束適正化の取り組み	有	安全確保のため、やむを得ず行う場合は、家族の了解を求め、契約書のとおり記録等をとります。
同性介助への配慮	有	同性介助への配慮
人権擁護・虐待の防止	有	従業者に対する研修の実施
外部評価の実施	有	法人サービス評価、家族満足度調査
第三者の評価の受審	無	

(3) 施設利用に当たっての遵守事項

①来訪・面会

来訪・面会は歓迎します。 面会時間 毎日 午前9時～午後6時

②外泊・外出

外泊・外出の際には必ず行き先と帰園時間を届出により職員に申し出てください。送迎は家族の方となります。

＊外泊が長期（原則として8日間以上）になる場合は、契約書第11条3項により、契約は終了となります。

③飲酒・喫煙

飲酒はできますが、基本的にお酒は施設でお預かりすることになります。喫煙につきましては、園内禁煙になっています。ご協力をお願いします。

④居室・設備・器具の利用

施設内の居室や設備・器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがあります。

⑤金銭・貴重品の管理

個人で所持の場合は、なるべく最小限にしてください。その場合は、原則的に自己管理となりますので、万が一紛失等の際は施設での責任は負いかねます。

⑥所持品の持ち込み

すべてのものに記名をしてください。

⑦家具・テレビ等電化製品・植物の持ち込み

希望される方は、事前に申し出て許可を得るようにしてください。

⑧協力医療機関以外の受診

緊急の場合を除き、受診手続き、通院等は原則として家族の方に行っていただくことになります。

⑨宗教活動・政治活動

施設内での他の利用者に対する宗教活動および政治活動はご遠慮ください。

⑩動物飼育

施設内へのペットの持込みおよび飼育はお断りします。

⑪居室の変更

利用者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、利用者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、利用者や家族等と協議のうえ決定するものとします。

⑫空床利用

利用者に予め説明を行い同意いただいた上で、利用者の入院期間が1週間を超える場

合において、退院までの期間使用していないベッドを短期入所生活介護事業で使用させていただく場合があります。

7. 緊急時・事故発生時の対応方法

- ①利用者の事故、または利用者に容体の変化等があった場合は、医師に連絡する等必要な処置を講ずるほか、家族の方、必要に応じ保険者等に、速やかに連絡致します。
- ②サービス提供にともなって、施設の責めに帰すべき事由により利用者の生命・心身・財産に損害を及ぼした場合は、利用者に対してその損害を賠償します。

8. 非常災害対策

①非常時の対応

別途定める「特別養護老人ホーム川俣ホーム消防計画」「特別養護老人ホーム川俣ホーム業務継続計画（BCP）」に則り対応を行います。

②消防訓練

有事に備えて毎月消防訓練を実施しています。

③防災設備

設備名称	個数等	設備名称	個数等	設備名称	個数等
非常口	8 ヲ所	防火扉	6 ヲ所	非常階段	1 ヲ所
消火器	29 本	消火散水栓	7 ヲ所	漏電火災報知機	有
スプリンクラー	有	自動火災報知機	有	非常通報装置	5 ヲ所
誘導灯及び誘導標識	36 ヲ所	非常警報機	有	非常電源設備	有
* 内容材料・カーテン等は防災加工					

9. サービス内容に関する苦情

①当施設利用者の苦情解決責任者

施設長 成尾 恵

②当施設利用者の苦情受付担当

担 当 高橋伸英 佐藤みゆき 電話番号 024-565-2881

③当施設の苦情解決委員会第三者委員

佐藤常幸 （人権擁護委員） 電話番号 024-565-3165

遠藤貴美子（人権擁護委員） 電話番号 090-4631-3551

④その他

当施設以外に、保険者である市町村、国保連合会の相談・苦情窓口（024-528-0040）または、社会福祉協議会の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

10. 個人情報使用について

事業者は、利用者又は家族の個人情報について、下記の利用期間、利用目的及び使用条件で、使用・提供・収集します。

（1）利用期間

介護サービス提供に必要な期間及び契約期間に準じます。

(2) 利用目的

- ①介護保険における介護認定の申請及び更新、変更のため
- ②利用者に関わる介護計画を立案し、円滑にサービスが提供されるために実施するサービス担当者会議での情報提供のため
- ③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、その他社会福祉団体等との連絡調整のため
- ④利用者が、医療サービスの利用を希望している場合及び主治医等の意見を求める必要がある場合
- ⑤利用者の利用する介護事業所内のカンファレンスのため
- ⑥行政の開催する評価会議、サービス担当者会議で必要な場合
- ⑦その他サービス提供で必要な場合
- ⑧上記各号に関わらず、緊急を要する時の連絡等の場合

(3) 使用条件

- ①個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外決して利用しない。また、利用者とのサービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了後においても、第三者に漏らさない。
- ②個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて経過を記録し、請求があれば開示する。

11. その他運営に関する重要事項

- ①従事者は業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します。
- ②従事者であった者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従事者でなくなった後においても、これらの秘密を保持すべき旨を、従事者との雇用契約の内容とします。
- ③この他、運営に関する重要事項は、社会福祉法人信達福祉会理事長と事業所の管理者との協議に基づき定めます。

12. 当事業所の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 信達福祉会
代表者役職・氏名	理事長 星 祐 一
本部所在地・電話番号	福島県伊達市梁川町字東土橋 6 5 - 1 Tel 0 2 4 - 5 7 7 - 6 6 8 8
定款の目的に定めた事業	1. 第一種社会福祉事業 特別養護老人ホーム 2. 第二種社会福祉事業 老人短期入所事業 老人デイサービス事業

令和 年 月 日

介護老人福祉施設入所にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者

所在地 福島県伊達郡川俣町大字鶴沢字川端 2 - 1

名 称 特別養護老人ホーム 川俣ホーム

説明者 職名 生活相談員

氏名 高橋 伸英 印

私は、契約書および本書面により、事業者から介護老人福祉施設についての重要事項の説明を受けました。

利 用 者 住所 福島県伊達郡川俣町大字鶴沢字川端 2 - 1

氏名 印

記名代行者 住所

氏名 印

身元引受人 住所

氏名 印