

介護老人福祉施設重要事項説明書

< 令和 8 年 8 月 1 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 (2階) 048-260-5900 (担当) 生活相談員 風間 隆太

(3階) 048-260-5901 (担当) 生活相談員 関本 綾子

* 窓口対応時間は9時～17時までです。ご不明な点は、なんでもおたずねください。

2 川口市特別養護老人ホームの概要

(1) 提供できるサービスの種類 介護老人福祉施設サービス及び付随するサービス

(2) 施設の名称及び所在地等

施設名称	川口市特別養護老人ホーム (サンデピア内)
所在地	川口市大字赤井1055番地
介護保険指定番号	介護老人福祉施設 (埼玉県 1170203853 号)

(3) 施設の職員体制

職種	業務内容	勤務形態・人数
管理者	サービス管理全般	常勤兼務 1名
医師	診療、健康管理等	非常勤 2名
生活相談員	生活上の相談	常勤 2名以上
看護職員	医療、健康管理業務等	常勤 3名以上
機能訓練指導員	リハビリテーション・機能回復訓練等	常勤 2名以上
介護支援専門員	サービス計画の立案・管理等	常勤 1名以上
介護職員	日常介護業務等	常勤40名以上
栄養士	栄養管理等	常勤 1名以上

※ 当施設は、開設当初から特別養護老人ホームと短期入所生活介護事業を一体として業務運営しており、上記人数につきましても、両施設職員の合計人数です。

(両施設とも法定基準は超えております。)

(4) 施設の設備の概要

定員		100名 (別に短期入所生活介護 20名)		
居室	4人部屋	25室	静養室	1室
	2人部屋	4室	医務室	1室
	個室	12室	食堂	3箇所
	その他	人部屋 室	機能回復訓練室	1室
浴室		一般浴槽と特殊浴槽があります。 (計4箇所)	談話室	1室
			宿泊室	2室

※ 上記居室数につきましては、特別養護老人ホームと短期入所生活介護事業の合計数です。

3 サービス内容

サービス項目	内 容
施設サービス計画 (ケアプラン) 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たて、入所者の方に説明し、同意をいただきます。
居室	定員1名から4名の居室が用意されていますが、入所者の状況等により別途ご相談して決めさせていただきます。入居後においても入所者の状況等により変更することがあります。
食事	朝食 7:30～ 8:30 昼食 12:00～13:00 夕食 18:00～19:00 以上の他、湯茶等のサービスがあります。 原則、食堂においておとりいただきます。
入浴	週に2回入浴していただきます。 ただし、入所者の状態に応じ、特別浴または清拭となる場合があります。
介護	施設サービス計画(ケアプラン)に沿って下記の介護が行われます。 着替え、排泄、食事等の介助、おむつ交換、体位変換、シーツ交換、施設内の移動の付き添い等
機能訓練	入所者の状況に応じ、訓練室等において機能訓練を行います。
生活相談	常勤の生活相談員に、介護以外の日常生活に関することも含め相談できます。
健康管理	当施設では、年間1回健康診断を行います。日程については、別途ご連絡します。また、診療や健康相談サービスを受けることができます。 なお、希望されるインフルエンザ予防接種については、主治医の指示のもとで、実費負担いただきます。
緊急時の対応	体調の変化等、緊急の場合は緊急連絡先に連絡します。また、入所者の状態に応じて居室での対応が困難と判断される場合は、居室外にて、ベッドを移動し、見守り等を行う場合があります。
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ます。
療養食の提供	当施設では、通常のメニューのほかに医療上必要な場合等のために、医師の食事箋に基づき療養食をご用意しております。詳しくは職員にお尋ねください。
行政手続代行	要介護認定の更新にかかる手続など、施設職員で代行可能な手続を施設にて受け付けます。ご希望の際は、職員にお申し出ください。 ただし、手続に係る経費はその都度お支払いいただきます。
日常費用の受入・支払代行	介護以外の日常生活に係る諸費用に関する受入・支払代金を申し込むことができます。サービスご利用に際しては、別途「日常費用受入・支払代行契約書」の締結が必要となります。
所持品等の保管	特別な事情がある所持品等についてはお預かりいたします。 ただし、預けることのできる所持品等の種類や量等に制限があります。詳しくは、職員にお尋ねください。
レクリエーション	当施設では、定期のクラブ活動のほか、種々の行事が行われます。 行事によっては、別途参加費がかかるものもございます。 詳しくは、その都度ご説明のうえ、ご承諾をいただきます。
その他	①通院送迎：通院が必要な場合は、ホームから医療機関までの送迎を利用することができます。ただし、遠方の医療機関への入院・通院に関しては、別途料金がかかります。 ②理 美 容：理美容サービスを実施しております。ご希望の際は職員へご相談ください。別途料金がかかります。 ③そ の 他：介護保険の適用を受けられないサービス等については、その都度お申し出を受けご相談させていただきます。

4 利用料金

(1) 基本料金

- ① 施設利用料 (川口市の地域単価10.45円を乗じた表示となっております。)

利用した場合の基本利用料は以下のとおりです。介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

※ 入所者負担額は、介護保険負担割合証に記載された割合の額です。

※ 負担限度額は、負担限度額認定証に記載された段階の額です。

【多床室】【従来型個室】

介護度 ()は単位数		要介護1 (589)	要介護2 (659)	要介護3 (732)	要介護4 (802)	要介護5 (871)
1日あたりの基本利用料		6,155円	6,886円	7,649円	8,380円	9,101円
入所者負担額	1割の額	616円	689円	765円	838円	911円
	2割の額	1,231円	1,378円	1,530円	1,676円	1,821円
	3割の額	1,847円	2,066円	2,295円	2,514円	2,731円

② 居住費

負担限度額	第1段階	第2段階	第3段階(1)	第3段階(2)	第4段階
多床室	0円	430円	430円	530円	1,067円
従来型個室	380円	480円	880円	980円	1,231円

③ 食費

入所者負担額	朝食	昼食	夕食	1日あたりの額(※)
一般食	433円	556円	556円	3食 1,545円
経管栄養食	1食 400円		2食 800円	3食 1,200円

※ なお、段階別による1日あたりの負担限度額は以下のとおりです。

負担限度額	第1段階	第2段階	第3段階(1)	第3段階(2)	第4段階
食費	300円	390円	680円	1,420円	1,545円

④ その他の日常生活費(出納管理費) 200円/日

※ 月ごとの集計を国保連への請求と振り分ける関係から、1日当りの単価は1円単位で変動する場合があります。予めご了承ください。

※ 要件を満たす場合に、基本利用料に以下の料金が加算されます。なお、入所者負担額は介護保険負担割合証に記載された割合の額です。

【共通加算】

加算項目	要 件	利用料	入所者負担額		
			1割	2割	3割
科学的介護推進体制加算	各種データを厚生労働省へ提出している場合	1月につき 418円	42円	84円	126円
日常生活継続支援加算（Ⅰ）	新規入所者のうち要介護度4・5の入所者が一定割合以上であり、かつ、介護福祉士を一定以上配置している場合	1日につき 376円	38円	76円	113円
看護体制加算（Ⅰ）ロ	常勤の看護師を1名以上配置している場合	1日につき 41円	5円	9円	13円
看護体制加算（Ⅱ）ロ	一定以上の看護職員を配置している場合	1日につき 83円	9円	17円	25円
精神科医療養指導加算	精神科を担当する医師により療養指導が月2回行われている場合	1日につき 52円	6円	11円	16円
個別機能訓練加算（Ⅰ）	機能訓練指導員等により機能訓練を行う場合	1日につき 125円	13円	25円	38円
夜勤職員配置加算(Ⅰ)ロ	夜勤を行う介護・看護職員が最低基準を1以上上回っている場合	1日につき 135円	14円	27円	41円
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	職員の負担軽減に資する生産性向上の取り組みをしている場合	1月につき 104円	11円	21円	32円
介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）		所定単位×136／1000（1月につき）			

【対象者のみ】

加算項目	要 件	利用料	入所者負担額		
			1割	2割	3割
初期加算	入所日から30日間又は30日を超える入院から再入所した場合	1日につき 313円	32円	63円	94円
療養食加算	医師の食事箋に基づき療養食を提供した場合	1食につき 62円	7円	13円	19円
外泊時費用 （月6日を限度）	病院等に入院を要した場合及び外泊をした場合	1日につき 2,570円	257円	514円	771円
看取り介護加算（Ⅰ）	医師が一般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診断した者について看取り介護を行った場合				
	死亡日以前30日以上45日以下	1日につき 752円	76円	151円	226円
	死亡日以前4日以上30日以下	1日につき 1,504円	151円	301円	452円
	死亡日の前日及び前々日	1日につき 7,106円	711円	1,422円	2,132円
	死亡日	1日につき 13,376円	1,338円	2,676円	4,013円

※ 退所時の相談援助や、退所後に利用されるサービスとの連携に費用がかかる場合があります。該当する場合はお知らせいたします。

（２）その他の料金

- ① 行政手続代行費 実費
- ② 日常費用受入・支払代行 別途「日常業務受入・支払代行契約」を結んでいただきます。
- ③ レクリエーション費 特に施設外で行われる、日帰りツアー費については、一部負担いただきます。

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いたします。

- ・ 入所者が病院または診療所に入院し、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、文書で通知のうえ、契約を終了させていただく場合がございます。この場合、退院後に再度入所をご希望される場合は、お申し出ください。
- ・ 厚生労働大臣が定める医療における特定行為またはそれに準ずる医療行為が必要となった場合、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いたします。
- ・ 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いたします。
- ・ 入所者またはその家族等が、事業者やホームの職員または他の入所者等に対して、本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合、ただちに退所していただく場合がございます。
- ・ 上記①から④による退所が行われ、契約が終了した場合であって、入所者のやむを得ない事由によりその契約終了日の翌日以降ホームを利用することとなるときは、その利用に要する実費を請求します。

6 当施設のサービスの特徴等

別添の資料をご覧ください。

7 秘密の保持

- (1) 職員に業務上知り得た入所者又はその家族の秘密を保持させるため、職員である期間及び職員でなくなった場合においても、その秘密を保持すべき旨を職員との雇用契約の内容とします。
- (2) 入所者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で入所者の個人情報を用いませぬ。また入所者の家族の個人情報についても、あらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で入所者の家族の個人情報を用いませぬ。
- (3) 入所者又はその家族の個人情報について、「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取扱いに努めます。

8 緊急時の対応方法

入所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、ご契約者やそのご家族に対し速やかに連絡いたします。

9 事故発生時の対応

事故が発生した場合には、ご契約者やそのご家族に対し速やかに状況を報告、説明し、その被害の拡大防止を図るなど必要な措置を講じます。

10 非常災害対策

事業者は、非常災害に関する具体的な計画を立て、非常災害に備えるため、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

11 虐待の防止

当施設は、入所者の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者	福田 隆文
-------------	-------

- (2) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について職員に周知徹底を図っています。

- (3) 虐待の防止のための指針を整備しています。

- (4) 職員に対して、虐待の防止のための研修を定期的実施しています。

- (5) サービス提供中に、当施設職員又は養護者（入所者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

12 身体的拘束等の禁止

当施設は、サービス提供にあたって、入所者又は他の入所者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行いません。ただし、入所者本人又は他の入所者の生命又は身体に対して危険が及ぶことが考えられる場合、入所者及びその家族等へ説明し同意を得た上で、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由その他必要な事項を記録します。

また、身体的拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じます。

- (1) 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従事者に周知徹底を図っています。
- (2) 身体的拘束等の適正化のための指針を整備しています。
- (3) 職員に対して、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施しています。

13 業務継続計画の策定等

当施設は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する事業を継続的に実施及び、非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し当該業務継続計画に従い次の措置を講じます。

- (1) 職員に対し業務継続計画について周知し、必要な研修及び訓練を定期的実施しています。
- (2) 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っています。

14 衛生管理等

当施設は、入所者の使用する施設、食器その他の設備及び飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。

また、感染症が発生又はまん延しないように次の措置を講じます。

- (1) 感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について職員に周知徹底を図っています。
- (2) 感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
- (3) 職員に対して、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施しています。

15 相談、要望、苦情等の窓口

当施設のサービスに関する相談、要望、苦情等は、サービス提供責任者か下記窓口までお申し出ください。

☆ サービス相談窓口 ☆ (受付時間9時から17時)			
電話：048-260-5900	2階担当：生活相談員	かざま 風間	りゅうた 隆太
048-260-5901	3階担当：生活相談員	せきもと 関本	あやこ 綾子

16 第三者委員（福祉サービスの苦情解決制度）

当施設では、地域にお住まいの以下の方を第三者委員（福祉サービス調整委員）として選任し、地域住民の立場から当施設のサービスに対するご意見などをいただいています。入所者は、当施設への苦情やご意見を第三者委員（福祉サービス調整委員）に相談することもできます。

＜第三者委員一覧＞

名 前	経 歴	連絡先
すがわら ひろたか 菅原 啓高	・ 弁護士	【事務所】 048-240-0725
たはら ひろゆき 田原 浩之	・ 川口市民生委員児童委員協議会 理事 ・ 中央地区民生委員児童委員協議会 会長	048-222-4123
かさはら ひろし 笠原 博	・ 川口地区保護司会副会長	048-266-1883

※ 第三者委員（福祉サービスの苦情解決制度）を利用するには施設の担当者または本部事務局へご相談ください。始めに、苦情受付担当者が相談に応じます。

直接言いづらい、解決されない等、施設と入所者との話し合いで解決できない問題について、この制度の利用を希望する場合、職員にその旨をお伝えいただくか、本部事務局へご相談ください。

施設の担当者または本部事務局から第三者委員（福祉サービス調整委員）へ連絡・調整をして、解決を図ります。

※ 本部事務局 （住所）川口市大字赤井1055番地 （電話）048-229-3387

17 提供するサービスの第三者評価の実施状況

評価の実施状況	1 あり	実施日	年 月 日
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	② なし		

18 行政機関その他苦情受付機関

川口市福祉部 介護保険課	所在地	川口市青木2-1-1
	受付日	月曜日～金曜日 (国民の祝日・休日、12月29日から翌年1月3日までを除く)
	電話番号	048-258-1110
	電話受付時間	午前8時30分～午後5時15分
	窓口受付時間	午前9時00分～午後4時30分
埼玉県国民健康保険団体連合会 介護福祉課 苦情対応係	所在地	さいたま市中央区大字下落合1704番
	電話番号	048-824-2568
	受付日	月曜日～金曜日 (国民の祝日・休日、12月29日から翌年1月3日までを除く)
	受付時間	午前8時30分～正午 午後1時～午後5時

19 協力病院

当施設では、入院治療を必要とする入所者のために、下記の病院と協力病院の契約をしています。

医療機関名	住 所
川口市立医療センター	川口市大字西新井宿180
社会医療法人社団大成会 武南病院	川口市東本郷2026
医療法人社団厚生会 埼玉厚生病院	川口市南鳩ヶ谷6-5-5
医療法人社団桐和会 タムスさくら病院川口	川口市神戸258-1
社団法人 川口歯科医師会	川口市上青木3-12-63

令和 年 月 日

介護老人福祉施設入所にあたり、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ました。

事業者

所在地 川口市大字赤井1055番地
 名 称 社会福祉法人 川口市社会福祉事業団
 説明者 所属 川口市特別養護老人ホーム
 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についての重要事項の説明を受け、同意しました。

入所者 住所 _____

氏名 _____ 印

(代理人) 住所 _____

氏名 _____ 印