

社団医療法人 英静会 介護医療院 森の詩

重 要 事 項 説 明 書

(令和7年4月1日改定)

1. 施設の目的と運営方針

社団医療法人英静会が運営する介護医療院 森の詩 (以下、「当施設」という。) は、長期にわたり療養が必要である入所者に対し、施設サービス計画に基づき、療養上の管理、医学的管理下における看護、介護、機能訓練、その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことにより、療養生活の質の向上、可能な限りその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようサービスを提供することを目的とする。

当施設は、入所者の意思及び人格を尊重し、常に入所者の立場に立ってサービスの提供に努める。事業の運営にあたっては、関係行政機関、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設、医療機関との連携を取り、総合的にサービスが受けられるように努める。

2. 施設の概要

(1) 施設の名称等

施設の名称	社団医療法人 英静会 介護医療院 森の詩	
施設の所在地	〒321-1261 栃木県日光市今市674番地	
管理者氏名	理事長 森 亮善	
電話番号及びFAX番号	電話番号 0288-22-1024	FAX番号 0288-22-2671
介護保険事業所指定番号	09B0600038	

(2) 敷地及び建物

敷 地		2 7 0 0 . 6 9 m ²
建 物	構 造	鉄筋コンクリート
	延床面積	4 6 0 8 . 9 5 m ²
	利用定員	4 7 名

(3) 居室

居室の種類	室数	面積
一人部屋	3 室	1 2 . 5 5 m ²
二人部屋	7 室	1 9 . 5 6 m ²
三人部屋	2 室	2 7 . 6 3 m ²
四人部屋	6 室	3 3 . 7 9 m ²

(4) 主な設備

設備の種類	室数	面積
食堂	1 室	6 0 . 7 8 m ²
機能訓練室	1 室	4 5 . 0 m ²
一般浴室	1 室	2 0 . 7 8 m ²
機械浴室	特殊浴槽 1台	2 7 . 6 0 m ²

3. 職員の体制と勤務体制

(1) 職員の体制

職種	保有資格	員数	区分	職務内容
施設長	医師	1名	常勤	施設の運営管理及び医学的管理

医師	医師	2名	常勤	病状把握、日常的な医学的管理 当直は行わずオンコール体制
薬剤師	薬剤師	1名	常勤	薬剤管理、服薬指導、調剤
看護職員	看護師 准看護師	16名	常勤 11名 非常勤 5名	医師の指示による処置、健康状態の チェック、日常生活動作の援助
リハビリ職員	理学療法士	2名	常勤 1名 非 常勤 1名	利用者の心身の諸機能の改善、維持 を図るためのリハビリテーションの 実施、指導
介護職員	介護福祉士等	13名	常勤 10名 非常勤 3名	日常生活動作の援助、介護
栄養士	管理栄養士	1名	常勤	症状に応じた食事の提供、栄養ケア・ マネジメント等の栄養管理、栄養指導
放射線技士	診療放射線技師等	2名	常勤	医師の指示に基づき、画像撮影を行う。
歯科衛生士	歯科衛生士	1名	非常勤	歯科医師の指導の下に口腔衛生管理、 職員への口腔ケアに係る技術的助言、 指導等を行う。
臨床検査技士	臨床検査技士	2名	常勤 1名 非常勤 1名	医師の指示に基づき、病気の診断や 治療に必要な臨床検査を実施する。
臨床工学技士	臨床工学技士	3名	常勤	医師の指示に基づき、医療機器や 生命維持装置の保守点検、操作、 管理を行う。
介護支援専門員	介護支援専門員	1名	常勤	相談援助、施設サービス計画の作成・ 変更、多職種連携、家族との調整、 介護保険代行申請
事務		2名	常勤	窓口業務、施設サービス利用料、その 他費用の請求業務のほか庶務全般

(2) 職員の勤務体制

職種	勤務体制
医師	8:30～17:30
看護職員 介護職員	早番 7:30～16:30 日勤 8:30～17:30 遅番 12:00～20:00、16:00～20:00 夜勤 17:10～8:50
薬剤師 管理栄養士 放射線技士 臨床検査技士 臨床工学技士 介護支援専門員 理学療法士	月・火・水・金曜日 8:30～17:30 木・土曜日 8:30～12:30
歯科衛生士	2回/週
事務	8:30～17:30

4. 施設サービスの概要

(1) 施設サービス内容

種類	内容
食事・栄養管理	・管理栄養士が栄養管理を行い、利用者の身体状況に配慮した食事を提供します。 ・食事はできるだけ離床して食堂で適切な方法による食事の自立についても必要な支援を行います。

	(食事時間) 朝食 7:00～ 昼食 12:00～ 夕食 18:00～
医療・看護	・担当医・看護職員による日常的な医学管理・看護を行います。 ・定期診察(週1回)、それ以外でも必要がある場合は、適宜診察します。 ・緊急時の医療対応
排泄	・心身の状況に応じて、排泄の自立を念頭に必要な援助を行います。 ・おむつを使用している利用者については、おむつを適切に交換します。 ・入所者のプライバシーに配慮した対応を行います。
入浴	・年間を通じて週2回の入浴又は清拭を行います。 ・一般浴槽の他、必要に応じて機械浴槽やシャワー浴で対応します。 ・利用者の体調等により、入浴ができなかった場合は、清拭や入浴日の振替にて対応します。
離床・着替え・整容等	・生活機能低下や褥瘡予防のため、できる限り離床に配慮します。 ・清潔で快適な生活が送れるよう、尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。
機能訓練	・入所者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復、又はその減退を防止するための訓練を実施します。
口腔衛生管理及び口腔ケア	・歯科医師の指示・指導のもと、誤嚥性肺炎や口腔疾患を予防し、口腔機能を維持するため、口腔清掃の指導、ケアを行います。
相談及び援助	・いかなる相談についても、誠意をもって対応し、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。
その他	・入所者の嗜好に応じた趣味・教養・娯楽に係る活動の機会の提供に努めるとともに、これらの活動の支援をします。

(2) その他

サービス提供記録の保管	この契約の終了後、5年間保管します。
サービス提供記録の閲覧	窓口営業時間内
サービス提供記録の複写物の交付	複写に際しては、実費相当額を負担していただきます。

5. 施設サービス利用料

(1) 施設サービス費：Ⅱ型介護医療院サービス費I

【多床室】 令和6年4月1日～令和7年7月31日

(日光市：7等級地 1単位/10.14円)

要介護度	サービス費					
	1割負担(円)		2割負担(円)		3割負担(円)	
	1日	1ヶ月(30日計算)	1日	1ヶ月(30日計算)	1日	1ヶ月(30日計算)
要介護1	786	23,580	1,572	47,160	2,358	70,740
要介護2	883	26,490	1,766	52,980	2,649	79,470
要介護3	1,092	32,760	2,184	65,520	3,276	98,280
要介護4	1,181	35,430	2,362	70,860	3,540	106,200
要介護5	1,261	37,830	2,522	75,660	3,783	113,490

【多床室】 **令和7年8月1日～変更**

(日光市：7等級地 1単位/10.14円)

	サービス費
--	-------

要介護度	1 割負担(円)		2割負担(円)		3割負担(円)	
	1 日	1 ヶ月(30日計算)	1 日	1 ヶ月(30日計算)	1 日	1 ヶ月(30日計算)
要介護 1	760	22,800	1,520	45,600	2,280	68,400
要介護 2	857	25,710	1,714	51,420	2,571	77,130
要介護 3	1,066	31,980	2,132	63,960	3,198	95,940
要介護 4	1,155	34,650	2,310	69,300	3,465	103,950
要介護 5	1,235	37,050	2,470	74,100	3,705	111,150

【従来型個室】 令和6年4月1日～

(日光市：7 等級地 1 単位/10.14円)

要介護度	サービス費					
	1 割負担(円)		2 割負担(円)		3割負担(円)	
	1 日	1 ヶ月(30日計算)	1 日	1 ヶ月(30日計算)	1 日	1 ヶ月(30日計算)
要介護 1	675	20,250	1,350	40,500	2,025	60,750
要介護 2	771	23,130	1,544	46,260	2,313	69,390
要介護 3	981	29,430	1,962	58,860	2,943	88,290
要介護 4	1,069	32,070	2,138	64,140	3,207	96,210
要介護 5	1,149	34,470	2,298	68,940	3,447	103,410

(2) 各種加算

次のようなサービスを実施した場合に加算されます。

(日光市：7 等級地 1 単位/10.14円)

加算項目		1 割負担(円)	2 割負担(円)	3 割負担(円)	備 考
初期加算		30	60	90	1日につき、入所から30日
サービス提供強化加算Ⅲ		6	12	18	1日につき
他科受診時費用		362	724	1,086	月4日限度
若年性認知症受入加算		120	240	360	1日につき
外泊時費用		362	724	1,086	月6日限度
経口移行加算		28	56	84	1日につき
経口維持加算Ⅰ		400	800	1,200	1月につき
経口維持加算Ⅱ		100	200	300	1月につき
口腔衛生管理加算Ⅰ		90	180	270	1月につき
口腔衛生管理加算Ⅱ		110	220	330	1月につき
療養食加算		6	12	18	1回につき(1日3回を限度)
時指	退所前訪問指導加算	460	920	1,380	入所中2回まで
	退所後訪問指導加算	460	920	1,380	退所後1回
	退所時指導加算	400	800	1,200	退所時1回
	退所時情報提供加算Ⅰ	500	1,000	1,500	退所時1回
	退所時情報提供加算Ⅱ	250	500	750	退所時1回
	退所前連携加算	500	1,000		退所時1回
	訪問看護指示加算	300	600	900	退所時1回
栄養マネジメント強化加算		11	22	33	1月につき
再入所時栄養連携加算		200	400	600	入所時1回
退所時栄養情報連携加算		70	140	210	月 1 回限度
緊急時治療管理		518	1,036	1,536	月1回、連続3日間
排せつ支援加算Ⅰ		10	20	30	1月につき
排せつ支援加算Ⅱ		15	30	45	1月につき
排せつ支援加算Ⅲ		20	40	60	1月につき
自立支援促進加算		280	560	840	1月につき
科学的介護推進体制加算Ⅱ		60	120	180	1月につき
安全対策体制加算		20	40	60	入所時1回
高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ		10	20	30	1月につき
高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ		5	10	15	1月につき
新興感染症等施設療養費		240	480	720	月1回、連続5日間

生産性向上推進体制加算II	10	20	30	1月につき
協力医療機関連携加算 I	50	100	150	1月につき
介護職員処遇改善加算II	総単位数×4.7%			1月につき

(3) 特別診療費

次のようなサービスを実施した場合に加算されます。

(1 単位/10円)

加算項目	1 割負担(円)	2 割負担(円)	3 割負担(円)	備 考
感染対策指導管理	6	12	18	1日につき
褥瘡対策指導管理I	6	12	18	1日につき
褥瘡対策指導管理II	10	20	30	1日につき
初期入所診療管理	250	500	750	1回
重度療養管理	125	250	375	1日につき
医学情報提供I	220	440	660	1回
医学情報提供II	290	580	870	1回
理学療法I	123	246	369	1回につき
入所日から4ヶ月を超えた場合1ヶ月に11回目以降	86	172	258	1回につき
理学療法注6 (情報提供加算)	33	66	99	1 月につき
理学療法注7 (情報提供加算)	20	40	60	1 月につき
理学療法II	73	146	219	1回につき
入所日から4ヶ月を超えた場合1ヶ月に11回目以降	51	102	153	1回につき
短期集中リハビリテーション	240	480	720	1回につき(入所日から3月以内の期間に集中的に訓練を行った場合、1週につき概ね3日以上実施)
摂食機能療法	208	416	624	月4回まで

(4) 食費及び居住費等

住民税非課税世帯の方で収入・資産の要件を満たした場合は、「介護保険負担限度額認定証」を受けることで、食費・居住費の上限額 (第1段階から第3段階②) が定められ、費用負担が軽減されます。市町村への申請手続きが必要となります。

利用者負担段階		預貯金等の額	居住費 (1日)		食費(1日)	1ヶ月30日合計
第1段階	高齢福祉年金受給者の方で、世帯全員が住民税非課税の方	単身：1,000万円以下 夫婦：2,000万円以下	従来型 個室	550円	300円	25,500円
	生活保護を受給されている方		多床室	0円		9,000円
第2段階	世帯全員が住民税非課税で本人の合計所得金額と課税年金収入額の合計が年額80万円以下の方	単身：650万円以下 夫婦：1,650万円以下	従来型 個室	550円	390円	28,200円
			多床室	430円		24,600円
第3段階①	世帯全員が住民税非課税で本人の合計所得金額と課税年金収入額の合計が年額80万円超 120万円以下の方	単身：550万円以下 夫婦：1,550万円以下	従来型 個室	1,370円	650円	60,600円
			多床室	430円		32,400円
第3段階②	世帯全員が住民税非課税で本人の合計所得金額と課税年金収入額の合計が年額120万円超の方	単身：500万円以下 夫婦：1,550万円以下	従来型 個室	1,370円	1,360円	81,900円
			多床室	430円		53,700円
第4段階	軽減対象外 (本人が住民税課税の場合・同一世帯内に住民税課税者がいる場合・配偶者が住民税課税の場合) ◎施設との契約額		従来型 個室	2,060円	2,100円 (1食700円)	124,800円
			多床室	960円		91,800円

- 令和6年8月1日～制度改正により、居住費の基準費用額が変更となりました。第一段階の方を除いて、1日あたり60円引き上げています。
- 令和7年4月1日～食費価格を改訂しました。負担限度額認定証をお持ちの第1段階から第3段階②の方は自己負担額変更はありませんが、第4段階の方は1食700円→700円(+100円)に引き上げています。

【令和7年8月1日～変更】

利用者負担段階		預貯金等の額	居住費(1日)		食費(1日)	1ヶ月30日合計
第1段階	高齢福祉年金受給者の方で、世帯全員が住民税非課税の方	単身：1,000万円以下 夫婦：2,000万円以下	従来型個室	550円	300円	25,500円
	生活保護を受給されている方		多床室	0円		9,000円
第2段階	世帯全員が住民税非課税で本人の合計所得金額と課税年金収入額の合計が年額80.9万円(令和7年8月～変更)以下の方	単身：650万円以下 夫婦：1,650万円以下	従来型個室	550円	390円	28,200円
			多床室	430円		24,600円
第3段階①	世帯全員が住民税非課税で本人の合計所得金額と課税年金収入額の合計が年額80.9万円(令和7年8月～変更)超120万円以下の方	単身：550万円以下 夫婦：1,550万円以下	従来型個室	1,370円	650円	60,600円
			多床室	430円		32,400円
第3段階②	世帯全員が住民税非課税で本人の合計所得金額と課税年金収入額の合計が年額120万円超の方	単身：500万円以下 夫婦：1,550万円以下	従来型個室	1,370円	1,360円	81,900円
			多床室	430円		53,700円
第4段階	軽減対象外(本人が住民税課税の場合・同一世帯内に住民税課税者がいる場合・配偶者が住民税課税の場合) ◎施設との契約額		従来型個室	2,060円	2,100円	124,800円
			多床室	1,220円(+260円)		99,600円

- 令和7年8月1日～制度改正により、II型介護医療院の多床室の室料が徴収されます。但し、第1段階から第3段階②の負担限度額認定証をお持ちの方は、利用者負担の増加はありません。

(5) その他

項目	内容	料金
特別な室料 (差額ベッド代)	個室に入所された場合 (217号室、220号室、222号室)	2,200円/日(税込)
タオル・日用品セット (業者委託)	大判タオル、フェイスタオル、コップ、ティッシュ、ウエットティッシュ、箸、スプーン、フォーク、歯ブラシ、入歯ケース、口腔スポンジ	330円/日 (別紙参照)
病衣等リース (業者委託)	パジャマ、浴衣、肌着、靴下	別紙参照
教養娯楽費	レクリエーション、季節の行事、余暇活動に関わる材料費等	150円/日(税込)
健康管理費	インフルエンザワクチン、肺炎球菌ワクチン等の予防接種費用	予防接種法に基づき、地方自治体が定めた額
理美容	出張サービス(外部委託)	2,000円/回
文書料	健康診断書等	実費負担
テレビ	テレビカードシステム	780分 1,000円/枚
事務管理費	小遣いの入出金管理 テレビカードの保管管理 その他(持込品)の保管管理	500円/月

6. 利用料金のお支払い方法

(1) お支払い方法

1ヶ月毎に請求いたします。末日締めとし、翌月10日以降にお支払い下さい。

※一月に満たないサービス利用期間に関する料金は、利用日数に基づいて計算した

金額となります。

① 窓口(1階)での現金支払い：月～土曜日 9：00～16：30（日・祝日はお休み）

② 銀行口座での振込

振込先：足利銀行 今市支店 普通 131121

口座名：社団医療法人 英静会 理事長 森 亮善

7. 協力医療機関

医療機関の名称	社団医療法人 英静会 森クリニック
所在地	〒321-1261 栃木県日光市今市674番地 当施設と同一建物内
診療科	内科、循環器内科、神経内科、呼吸器内科、外科、整形外科、泌尿器科、婦人科

医療機関の名称	社団医療法人 明倫会 今市病院
所在地	〒321-1261 栃木県日光市今市381番地
診療科	外科、整形外科、脳神経外科、形成外科、小児外科、内科、消化器内科、糖尿病内科、肝臓内科、腎臓内科、循環器内科、呼吸器内科、血液内科、神経内科、泌尿器科、眼科、皮膚科、乳腺科

8. 協力歯科医療機関

医療機関の名称	いわせ歯科口腔外科耳鼻咽喉科クリニック
所在地	〒321-2351 栃木県日光市塩野室町107番地3
電話番号	0288-32-7311

9. 施設利用にあたっての留意事項

面会時間	・ 面会 (事前予約制) 15：00～16：30 ・ リモート面会 (事前予約制)
外出・外泊	事前に職員にお申し出下さい。外出・外泊許可願いを提出のうえ、主治医の許可が必要となります。
外出中の受診 他科受診	外出中に医療機関を受診される場合は、受診する前に必ずお申し出下さい。他院での診療は、保険扱いにならない場合があります。
居室・設備・器具 の利用	施設内の療養室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用下さい。これに反し、破損等が生じた場合、弁償していただくことがあります。
喫煙・飲酒	施設内での喫煙・飲酒は厳禁とします。
迷惑行為等	騒音等他の利用者の迷惑になる行為は、ご遠慮願います。
金銭、貴重品の管 理	金銭・貴重品の持込は原則お断りいたします。 本人管理の場合、紛失時は自己責任とさせていただきます。
宗教活動・政治活 動・営利活動	施設内での宗教活動・政治活動・営利活動は固くお断りいたします。

10. 事故発生時の対応

- (1) 当施設は、利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を行います。
- (2) 事故の状況及び事故に際して取った処置について記録を行い、事故の原因を解明し、再発防止のために対策を講じます。

- (3) 当施設は、サービスの提供に伴って、当施設の責めに帰すべき事由により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います。

1 1. 災害対応について

当施設では、非常災害時の対応マニュアルを定め対応しています。 消防計画に則り年2回防災訓練を実施しています。 また、食料・飲料水・生活用水を備蓄しております。

1 2. 個人情報の取り扱い

当施設とその職員は、当施設の個人情報保護方針に基づき、業務上知り得た利用者、家族、連帯保証人、身元引受人等の情報を適切に取り扱い、秘密を漏らしません。なお、この守秘義務は、契約終了後も同様です。

※別紙「個人情報の利用目的」により同意を得るものとします。

1 3. 身体拘束

介護保険法令の趣旨に沿って、利用者の意思及び人格を尊重し、当施設は原則として利用者に対し身体拘束を行いません。 ただし、自傷他害の恐れがある等、緊急やむを得ない場合は、施設管理者又は担当医師が判断し、身体拘束及びその他の利用者の行動を制限する行為を行うことがあります。 その場合には、担当職員が内容、期間、向けた取り組みを家族に説明し、予め文書での同意を得た上で開始することとします。

1 4. 虐待の防止の対応

当施設のサービスの提供にあたり、職員または養護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、これを市に通報します。

相談窓口	日光市地域包括支援センター	TEL. 0288-21-2137
	日光市 健康福祉部 高齢福祉課	TEL. 0288-21-5100

1 5. 相談・苦情等の窓口

当施設は、利用者からの相談、苦情等に対する窓口を設置し、施設サービスに関する要望、苦情等に対し、迅速かつ適切に対応します。

連絡先	介護医療院 森の詩	TEL. 0288-22-1024
苦情・相談	地域医療連携室 介護支援専門員 岩崎 玲子	
対応時間	月・火・水・金曜日 8:30～17:30、木・土曜日 8:30～12:30	

公的機関においても、苦情の申し立てができます。

日光市 高齢福祉課	所在地 〒321-1292 栃木県日光市今市本町1番地 TEL. 0288-21-5100 FAX. 0288-21-5105
栃木県 国民健康保険団体 連合会(国保連) 介護保険課 介護サービス担当	所在地 〒320-0033 栃木県宇都宮市本町3番地9号 栃木県本町合同ビル6階 TEL. 028-643-2220 FAX. 028-643-5411
栃木県 高齢対策課 介護保険課	所在地 〒320-8501 栃木県宇都宮市塙田1-1-20 TEL. 028-623-3148 FAX. 028-623-3925

私は、社団医療法人 英静会 介護医療院 森の詩 施設サービス提供開始にあたり、重要事項説明書に基づき、説明をいたしました。

同意を結ぶにあたり、本通2部作成し、利用者または代理人と当施設の双方が記名捺印のうえ、各1通を保有するものとします。

説明日 令和 年 月 日

事業者(法人)名 社団医療法人 英静会

施設名 介護医療院 森の詩

住所 〒321-1261 栃木県日光市今市674番地

代表者名 理事長 森 亮善 (印)

説明者 地域医療連携室 介護支援専門員 岩崎 玲子 (印)

私は、本書面に基づいて、上記職員から重要事項の説明を受け、社団医療法人 英静会 介護医療院 森の詩 施設サービスの提供開始に同意します。

同意日 令和 年 月 日

< 利用者 >

住所

氏名

(印)

< ご家族又は代理人 >

住所

氏 名

印

(利用者との続柄)