

介護老人福祉施設重要事項説明書

＜令和7年6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 048-557-3115 (午前9時～午後5時まで)

担当 生活相談員 恩田 三千代

*御不明な点は、なんでもおたずねください。

2 介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム緑風苑の概要

(1) 提供できるサービスの種類

施設名称	介護老人福祉施設「特別養護老人ホーム緑風苑」
所在地	埼玉県行田市大字須加1529番地
介護保険指定番号	介護老人福祉施設(埼玉県1173700111号)

(2) 施設の職員体制 従来型

職 種	常 勤	非常勤	合 計	業 務 内 容	基準人員
管理者	1名		1名	施設管理全般	1名
医 師		1名	1名	診療・健康管理等	
生活相談員	2名		2名	生活上の相談等	1名
栄養士	2名		2名	栄養管理等	1名
介護支援専門員	1名		1名	介護支援専門員	1名
介護職員	36名以上		36名以上	医療・健康管理業務等 日常介護業務等	36名以上
看護師	3名以上		3名以上		3名以上
機能訓練指導員	1名		1名	リハビリ、機能回復訓練	1名
事務員(本部)	7名	1名		一般事務・料金請求	

(3) 施設の設備の概要

従来型

定員		定員 115 名(特養 100 名、ショート 15 名)			
居室	個室	1 室		医務室	1 室
	2 人部屋	3 室		静養室	1 室
	4 人部屋	27 室			
浴室		一般浴、リフト浴、機械浴		食堂	1 室
食堂		1 室	機能訓練室		1 室

※ 福祉施設サービスの第三者評価について実施の有無 未実施

3 サービス内容

①施設サービス計画の立案

介護支援専門員と介護関係職員が協議して計画をたて、利用者の方の同意をいただきます。

②食事 朝食 7:00～ 8:00

昼食 12:00～13:00

夕食 18:00～19:00

※原則、食堂においておとりいただきますが、体調や都合に合わせて居室やお好きな場所でおとりいただけます。

③入浴 週に最低2回入浴していただけます。ただし、利用者の状態に応じ、清拭となる場合があります。

④介護 施設サービス計画（ケアプラン）に沿って以下の介護を行います。

着替え、排泄、食事等の介助、おむつ交換、体位交換、シーツ交換、施設内の移動付き添い 等

⑤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。

⑥健康管理 緑風苑では、年間1回の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。

⑦希望食の提供 通常のメニューの他に希望食をご用意しておりますのでご希望に応じて選ぶことができます。

⑧美容サービス 理美容サービスを実施しております。料金は別途かかります。

⑨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ています。

⑩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。

⑪金銭管理サービス 日常生活等に必要な少額の金銭管理を緑風苑で受け付けます。サービス開始には契約が必要です。

⑫所持品等の保管 特別な事情がある所持品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に制限があります。

⑬レクリエーション 日々のクラブ活動のほか、種々の年間3回程度の入居者交流会等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がございます。

⑭通院サービス 医療上必要な場合（主治医の指示）は、協力医療機関への通院サービスが

行われます。主治医の指示がない場合の通院を除きます。

⑮所持品保管 特別な事情がある所持品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に制限があります。

⑯行政手続代行 介護認定申請等の手続きをお手伝いすることが出来ます。

4. 利用料金

利用料金内訳												
介護度	1日当たりの単位数（単位）					1単位あたりの地域単価（円）	1日当たりの実費（円）			合計		
	介護福祉施設サービス費	日常生活継続支援加算	看護体制加算Ⅰ	看護体制加算Ⅱ	夜勤職員配置加算Ⅰ		利用者負担段階	食費	居住費	利用者負担額（円）※1（30日計算）		
										1割負担	2割負担	3割負担
介護度1 多床室	589	36	4	8	13	10.27	第1段階	300	0	31,830	116,460	139,290
							第2段階	390	430	47,430		
							第3段階①	650	430	55,230		
							第3段階②	1360	430	76,530		
							第4段階	1445	915	93,630		
介護度2 多床室	659	36	4	8	13	10.27	第1段階	300	0	34,288	121,377	146,666
							第2段階	390	430	49,888		
							第3段階①	650	430	57,688		
							第3段階②	1360	430	78,988		
							第4段階	1445	915	96,088		
介護度3 多床室	732	36	4	8	13	10.27	第1段階	300	0	36,852	126,504	154,356
							第2段階	390	430	52,452		
							第3段階①	650	430	60,252		
							第3段階②	1360	430	81,552		
							第4段階	1445	915	98,652		
介護度4 多床室	802	36	4	8	13	10.27	第1段階	300	0	39,311	131,423	161,735
							第2段階	390	430	54,911		
							第3段階①	650	430	62,711		
							第3段階②	1360	430	84,011		
							第4段階	1445	915	101,111		
介護度5 多床室	871	36	4	8	13	10.27	第1段階	300	0	41,734	136,269	169,003
							第2段階	390	430	57,334		
							第3段階①	650	430	65,134		
							第3段階②	1360	430	86,434		
							第4段階	1445	915	103,534		

◆介護職員処遇改善加算について

※1 介護職員処遇改善加算Ⅰが利用料に含まれています。計算方法：1ヶ月の総単位数×14%＜1単位未満の端数四捨五入＞

※介護保険1割負担[所定単位]+加算の合計に地域単価（1単位＝10.27円）を掛けるため、端数処理により金額が若干異なる場合があります。

※下記に記載されている加算が算定された場合は単位が変動し、合計金額も異なりますので、あくまで目安とした金額です。

利用料金

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1割負担	589円	659円	732円	802円	871円
2割負担	1178円	1318円	1464円	1604円	1742円
3割負担	1767円	1977円	2196円	2406円	2613円

段階	1 段階	2 段階	3 段階①	3 段階②	4 段階
居住費	0 円	4 3 0 円	4 3 0 円	4 3 0 円	9 1 5 円
食 費	3 0 0 円	3 9 0 円	6 5 0 円	1 3 6 0 円	1 4 4 5 円

※市町村が所得や課税状況により認定する利用者負担段階により金額が決まります。

*その他、介護サービスに係る評価等が行われた場合、以下の料金が加算されます。

- ・日常生活継続支援加算 1 日あたり 3 6 円 (2 割 7 2 円 3 割 1 0 8 円)
- ・初期加算 入所 3 0 日 3 0 円 (2 割 6 0 円 3 割 9 0 円)
- ・外泊時費用 (1 月に 6 日限度) 1 日あたり 2 4 6 円 (2 割 4 9 6 円 3 割 7 3 8 円)
- ・看護体制加算 (Ⅰ) (Ⅱ) 1 日あたり (Ⅰ)4 円(2割8円3割12円) (Ⅱ)8 円(2割16円3割24円)
- ・生産性向上推進体制加算(Ⅰ)(Ⅱ) 1 月あたり (Ⅰ)100 円(2割200円3割300円) (Ⅱ)10 円(2割20円3割30円)
- ・夜間職員配置加算 (Ⅰ) ロ 1 日あたり 1 3 円 (2 割 2 6 円 3 割 3 9 円)
- ・若年性認知症入所者受入加算 1 日あたり 1 2 0 円 (2 割 2 4 0 円 3 割 3 6 0 円)
- ・個別機能訓練加算(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ) 1 日あたり (Ⅰ)12 円(2割24円3割36円) (Ⅱ)20 円(2割60円3割80円)
(Ⅲ)20 円(2割60円3割80円)
- ・認知症チームケア推進加算(Ⅰ)(Ⅱ) 1 月あたり (Ⅰ)150 円(2割300円3割450円) (Ⅱ)120 円(2割240円3割360円)
- ・新興感染症等施設療養費 1 日あたり 240 円(2割480円3割720円)1 月 1 回連続 5 日を限度
- ・生活機能向上連携加算(Ⅰ)(Ⅱ) 1 月あたり (Ⅰ)100 円(2割200円3割300円) (Ⅱ)200 円(2割400円3割800円)
- ・自立支援促進加算 1 月あたり 3 0 0 円 (2 割 6 0 0 円 3 割 9 0 0 円)
- ・高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)(Ⅱ) 1 月あたり (Ⅰ)10 円(2割20円3割30円) (Ⅱ)5 円(2割10円3割15円)
- ・退所前訪問相談援助加算 1 回につき 4 6 0 円 (2 割 9 2 0 円 3 割 1 3 8 0 円)
- ・退所後訪問相談援助加算 1 回 4 6 0 円 (2 割 9 2 0 円 3 割 1 3 8 0 円)
- ・退所時相談援助加算 1 回 4 0 0 円 (2 割 8 0 0 円 3 割 1 2 0 0 円)
- ・退所前連携加算 1 回 5 0 0 円 (2 割 1 0 0 0 円 3 割 1 5 0 0 円)
- ・栄養マネジメント強化加算 1 日あたり 1 1 円 (2 割 2 2 円 3 割 3 3 円)
- ・再入所時栄養連携加算 1 回あたり 2 0 0 円 (2 割 4 0 0 円 3 割 6 0 0 円)
- ・療養食加算 1 回あたり 6 円(2割12円3割18円) 1 日 3 回を限度
- ・経口移行加算 1 回あたり 2 8 円 (2 割 5 6 円 3 割 8 4 円)
- ・経口維持加算 (Ⅰ) (Ⅱ) 1 日あたり (Ⅰ)400 円(2割800円3割1200円) (Ⅱ)100 円(2割200円3割300円)
- ・退所時栄養情報連携加算 1 回あたり 7 0 円 (2 割 1 4 0 円 3 割 2 1 0 円)
- ・口腔衛生管理加算 (Ⅰ) (Ⅱ) 1 月あたり (Ⅰ)90 円(2割180円3割270円) (Ⅱ)110 円(2割220円3割330円)
- ・退所時情報提供加算 1 回あたり 2 5 0 円 (2 割 5 0 0 円 3 割 7 5 0 円)
- ・看取り介護加算 (Ⅱ) : 死亡日 1 日につき 7 2 円 (2 割 1 4 4 円 3 割 2 1 6 円)
以前 3 1 日～4 5 日
- ・看取り介護加算 (Ⅱ) : 死亡日 1 日につき 1 4 4 円 (2 割 2 8 8 円 3 割 4 3 2 円)
以前 4 ～3 0 日
- ・看取り介護加算 (Ⅱ) : 死亡日 1 日につき 7 8 0 円 (2 割 1 5 6 0 円 3 割 2 3 4 0 円)
前日及び前々日
- ・看取り介護加算 (Ⅱ) : 死亡日 1 日につき 1 5 8 0 円 (2 割 3 1 6 0 円 3 割 4 7 4 0 円)
- ・配置医師緊急時対応加算 : 下記以外 1 日につき 3 2 5 円 (2 割 6 5 0 円 3 割 9 7 5 円)
- ・配置医師緊急時対応加算 : 早朝・夜間 1 日につき 6 5 0 円 (2 割 1 3 0 0 円 3 割 1 9 5 0 円)
- ・配置医師緊急時対応加算 : 深夜 1 回につき 1 3 0 0 円 (2 割 2 6 0 0 円 3 割 3 9 0 0 円)
- ・排せつ支援加算 (Ⅰ) 1 月あたり 1 0 円 (2 割 2 0 円 3 割 3 0 円)
- ・褥瘡マネジメント加算 (Ⅰ) (Ⅱ) 1 月あたり (Ⅰ)3 円(2割6円3割9円) (Ⅱ)13 円(2割26円3割39円)

・認知症専門ケア加算（Ⅰ）（Ⅱ）	1日につき	（Ⅰ）3円（2割6円3割9円）（Ⅱ）4円（2割8円3割12円）
・認知症行動・心理症状緊急対応加算	1日につき	200円（2割400円 3割600円）
・在宅復帰支援機能加算	1日につき	10円（2割 20円 3割 30円）
・在宅入所相互利用加算	1日につき	40円（2割 80円 3割 120円）
・在宅サービスを利用したときの費用	1日につき	40円（2割 80円 3割 120円）
・介護職員処遇改善加算（Ⅰ）		1ヶ月の総単位数×14.0%
・協力医療機関連携加算	1日につき	100円（2割200円3割300円） （R7.4.1以降）50円（2割100円3割150円）
・高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）（Ⅱ）	1月あたり	（Ⅰ）40円 （Ⅱ）50円
・科学的介護推進体制加算（Ⅰ）（Ⅱ）	1月あたり	（Ⅰ）40円（2割80円3割120円）（Ⅱ）50円（2割100円3割150円）
・安全対策体制加算（入所時1回を限度）	1月につき	20円（2割 40円 3割 60円）
・自立支援促進加算	1月につき	280円（2割560円3割840円）
・ADL維持等加算（Ⅰ）（Ⅱ）	1月につき	（Ⅰ）30円（2割60円3割90円）（Ⅱ）60円（2割120円3割180円）

※利用者負担割合（1割、2割または3割）においては、「介護保険負担割合証」に記載されている割合に応じて請求とする。

・地域区分（6級地 1単位あたり10,27円）

①外泊費用

入院又は外泊期間中において、居室が契約者のために確保されている場合は、居住費915円をお支払いいただきます。（6日間は介護保険からの補足給付があり、7日目以降全額となります）但し、居室（空床）を短期入所生活介護に利用した期間は、居住費をお支払いいただく必要はありません。

②金銭管理サービス

契約有り；月額1,000円。但し入所日数が15日以下の場合は500円に減額されます。

③理美容費

訪問美容サービス（カット）2,000円（顔そり）1000円

④個人専有家電の電気料金

1家電につき 月額1,000円。但し、利用日数が20日以内の場合は一日あたり50円とします

⑤コピー代（モノクロ1枚20円、カラー1枚50円）

⑥通信費 切手代等実費をいただきます。

⑦その他の費用

希望食・行事参加費・通院サービス・買物サービスの等定めのない料金については、ご希望の際事前にご案内します。

（2）支払方法

毎月末締めで利用料を計算し、翌月10日を目安に請求書に明細を付して交付します。原則としてサービス利用月の翌月25日（土・日・祝日の場合は翌営業日）口座振替にてお支払いいただきます。ご利用できる金融機関はゆうちょ銀行及び足利銀行です。口座振替が確認出来たら領収書を発行いたします。尚、口座振替にかかる手数料が1回につき、ゆうちょ銀行は10円、足利銀行は110円のご負担が必要になります。

5 入退所の手続

(1) 入所手続

入所と同時に契約を結びサービスの提供を開始します。居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員と御相談ください。

(2) 退所手続

① 利用者のご都合で退所される場合。

退所を希望する日の30日前までにお申し出ください。

② 自動終了

以下の場合は双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

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お客様の要介護認定区分が、非該当（自立）又は要支援と認定された場合。この場合所定の期間（前要介護認定期限）の経過を持って退所していただくことになります。

利用者がお亡くなりになった場合

③ その他

利用者が、サービス利用料金の支払いが正当な理由なく支払方法に定める期限を超えて遅延し、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、又は利用者やご家族等が、事業者やサービス従業者、他の入所者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。当事業所で提供できない医療行為や介護サービスが生じた場合もしくは強要された場合は契約を終了し、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。

利用者が病院又は診療所に入院し、明らかに3ヶ月以内に退院できる見込みがない場合又は入院後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は、相談、契約を終了させていただき場合がございます。この場合、退院後に再度入所を希望される場合はお申し出ください。

やむを得ない事由により、当施設を閉鎖又は縮小する場合、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。平成27年4月1日以降に入所された方

○要介護3以上の方⇒要介護1・2に改善した方で引き続き入所を希望される場合は、特列入所の要件に該当している必要があります。

○要介護1・2の方⇒特列入所の要件に該当しなくなった方は、退所していただく場合があります。

6 当施設のサービスの特徴等

別添の資料や、事業者のホームページ(www.seikoukai.com)をご覧ください。

(1) 施設利用にあたっての留意事項

面会	届出による (時間 : 9 : 30 ~ 17 : 00)
外出、外泊	同上 (")
食事	朝食 (時間 : 8 : 00 ~ 9 : 00)
	昼食 (時間 : 12 : 00 ~ 13 : 00)
	夕食 (時間 : 18 : 00 ~ 19 : 00)

原則として食堂にておとり頂きますが、体調不良時は居室でも食事をおとり頂けます。

7 緊急時の対応方法

御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、御家族の方にできるだけ速やかに連絡いたします。

8 事故発生時の対応

利用者に対し事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、その内容によって東部中央福祉事務所、市町村等に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。また、事故の状況及び事故に際して採った処置を記録し、利用者に賠償すべき事故が発生した場合には損害賠償を速やかに行います。

9 非常災害対策

防災時の対応	施設の防災計画によります
防災設備	同上
防災訓練	年2回
防火責任者	溝上俊亮

10 サービス内容に関する相談・苦情

① 当施設御利用者相談・苦情担当

苦情相談窓口	生活相談員	恩田三千代	電話	048-557-3115
苦情解決責任者	溝上俊亮			

② その他

苦情受付箱 正面入口横に設置しております

第三者委員 府川 吉延 (森経理事務所代表社員 048-554-1331)

高橋 秀雄 (元行田市役所職員 048-559-2014)

行田市健康福祉部高齢者福祉課 048-556-1111 内線269・277

羽生市高齢介護課 048-561-1121

熊谷市長寿生きがい課 048-524-1111

埼玉県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情対応係相談窓口

〒338-0002 さいたま市中央区大字下落合1704 国保会館

電話 048-824-2568

当施設協力医療機関

行田中央総合病院

電話 048-553-2000

フラワー歯科

電話 048-542-4618

11 当法人の概要

名称・法人種別

社会福祉法人 清幸会

代表者役職・氏名

理事長 川 島 治

本部所在地・電話番号

埼玉県行田市須加1563

電話：048-557-3115

入院中及び外泊時のベッド使用についての同意書

わたしの入院中及び外泊時における他者へのベッド使用については、次に定める内容をもって、使用することに同意します。

令和 年 月 日

利 用 者

印

利用者家族

印

1. 使用する目的

介護老人福祉施設の利用対象者である者が、緊急かつ一時的に使用し、もって在宅生活の継続を図ることを目的とする。

2. 使用する期間

ベッド使用を同意した利用者の入院及び外泊期間内

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及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

説明者

所在地 埼玉県行田市須加 1 5 2 9

名 称 特別養護老人ホーム緑風苑

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ました。

利用者 住所

氏名

印

身元保証人 住所

氏名

印

【別紙 1】

担当者（介護支援専門員・生活相談員）

氏名；谷 謙治・恩田 三千代 電話；（048）557－3115
（居室担当者； 号室）

緊急時の対応

体調の変化等緊急の場合、以下に定める緊急連絡先に連絡します。

緊急連絡先①

（氏名） （続柄）

（住所）

（電話番号） — —

（携帯電話番号） — —

※日中連絡のつく場所

（勤務先等）

（電話番号） — —

緊急連絡先②

（氏名） （続柄）

（住所）

（電話番号） — —

（携帯電話番号） — —

※日中連絡のつく場所

（勤務先等）

（電話番号） — —