

介護老人福祉施設重要事項説明書

【 令和 7年 1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 048-286-3000

担当 生活相談員 高木 雄亮

* ご不明な点は、なんでもおたずねください。

2 特別養護老人ホーム ひかり苑 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	特別養護老人ホーム ひかり苑
所在地	埼玉県川口市坂下町4丁目16番地3号
介護保険指定番号	1172000091号

(3) 施設の職員体制

	常勤	非常勤	業務内容	計	
管理者	1名		サービス管理全般	1名	
医師	名	1名	診療、健康管理等	1名	
生活相談員	1名	名	生活上の相談等	1名	
管理栄養士	1名	名	栄養管理等	1名	
機能訓練指導員	名	1名	リハビリテーション・機能回復訓練等	1名	
介護支援専門員	1名	名	サービス計画の立案・管理等	1名	
事務職員	3名	名	一般事務・料金請求等	3名	
看護・介護職員	看護師	3名	医療、健康管理業務等	5名	
	准看護師	1名		2名	3名
	介護福祉士	18名	1名	日常介護業務等	19名
	初任者研修	名	名		0名
	その他	3名	名		3名

(4) 施設の設備の概要

定員		54名	静養室	1室
居室	4人部屋	7室	医務室	1室
	2人部屋	8室	食堂	2室
	従来型個室	10室	機能訓練室	1室
浴室	一般浴槽と機械浴槽（座浴・臥床浴）があります。			

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、利用者又は御家族の方に説明し、同意をいただきます。

②食事：管理栄養士による栄養ケアマネジメントを行います。食事時間等は次のとおりです。

朝食 7：00～ 8：00

昼食 12：00～ 13：00

夕食 18：00～ 19：00

以上の他、おやつ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。

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：施設サービス計画に沿って下記の介護を行います。

着替え、排泄、食事等の介助、おむつ交換、体位変換、シーツ交換、移動の付き添い等

⑤機能訓練：必要に応じ訓練室等において機能維持訓練を行います。

⑥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。

⑦健康管理：当施設では、嘱託医による健康管理及び看護師によるバイタルチェック・投薬等医療的管理を行っています。

また、診療や健康相談サービスを受けることができます。

⑧緊急時の対応：

体調の変化等、緊急の場合は必要な緊急措置を行うとともに家族等の緊急連絡先に連絡します。

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療養食の提供：

当施設では、医師の指示による療養食を提供いたします。

⑪行政手続代行：

利用者に関する煩雑な行政手続きを可能な範囲で代行致します（詳細は別紙「実費負担同意書内」）。

⑫日常費用の受入、保管管理及び支払代行：

介護以外の日常生活に係る諸費用に関する受入、保管管理及び支払代行を申し込むことができます。

⑬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。

⑭レクリエーション：

当施設では、レクリエーションや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。その都度ご説明のうえご承諾をいただきます。

⑮通帳管理、保管について：

- ・施設長が月1回、預金台帳の点検を行います。
- ・入居者の預金通帳の出し入れについては週3回行います。
- ・通帳をお預かりしている場合、年4回、通帳の写しを御家族様等へ送付します（詳細は別紙「実費負担同意書内」）。

⑯その他のサービス

ア 希望食の提供

当施設では、通常のメニューのほかに希望食をご用意しております。ご利用の際は前までにお申出ください。料金は別途かかります。

イ 通院サービス

医療上必要な場合は、通院サービスが行われます。料金は別途かかる場合があります。

ウ 理美容サービス

月に2回理容師の出張サービスをご利用いただけます。料金は別途かかります。

エ その他のサービス

介護保険以外の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。サービスの内容によっては別途料金がかかります。

4 料金（1割負担の方。2割負担の方は約2倍、3割負担の方は約3倍料金になります）

(1) 基本サービス費 ※地域区分（5級地）1単位=10.45円になります。

要介護度	利用単位/日	金額/日
要介護1	589	616円
要介護2	659	689円
要介護3	732	765円
要介護4	802	838円
要介護5	871	911円

※ 入所後及び30日を超える医療機関への入院後に再び入所した場合には入所した日から起算して30日間は、初期加算として一日につき、P9の単位が加算となります。

※入所期間中に入院または外泊した期間があるときは、介護報酬請求の取り扱いに準じ算定される料金となります。外泊や入院された場合で施設に所在していない日であっても外泊又は入院の翌日から6日間は外泊時費用1日につき246単位=257円を加算します。月をまたがる継続入院に関しては、最長12日まで算定。但し、外泊時に短期入所生活介護用のベッドとして利用した際はその限りではありません。

(2) 加算

※地域区分(5級地)1単位=10.45円になります。

加算項目	単位/日	金額/日	内 容
初期加算	30単位	1割:32円 2割:63円 3割:94円	入居後、30日間又は30日を超える病院への入退院後に戻られた場合は30日間に限り加算
安全対策体制加算	20単位	1割:21円 2割:42円 3割:63円	外部の研修を受けた担当者が配置され、施設内に安全対策部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制が整備されている場合に加算(入居時に1回)
看護体制加算Ⅰ(口)	4単位	1割:5円 2割:9円 3割:13円	常勤の看護師を1名以上配置している場合に加算
夜勤職員配置加算(Ⅰ)口	13単位	1割:14円 2割:27円 3割:41円	夜勤を行う介護職員の数が、夜勤を行う介護職員の数に1を加えた数以上である加算
療養食加算	6単位/ 1回	1割:7円 2割:13円 3割:19円	医師の指示箋に基づく療養食を提供した場合(1日3回まで)
口腔衛生管理加算(Ⅰ)	90単位/ /月	1割:94円 2割:188円 3割:282円	歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入居者に対して口腔ケアを月2回以上行っている場合等に加算
口腔衛生管理加算(Ⅱ)	110単位/ /月	1割:115円 2割:230円 3割:345円	(Ⅰ)の基準に適合し、口腔衛生の管理に当たって、当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合に加算
経口維持加算(Ⅰ)	400単位/ /月	1割:418円 2割:836円 3割:1,254円	口から食べる楽しみを支援するための他職種による取組み
経口維持加算(Ⅱ)	100単位/ /月	1割:105円 2割:209円 3割:314円	
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)			基本単位と全加算単位の合計に対し、14.0%の加算
若年性認知症受け入れ加算	120単位	1割:126円 2割:251円 3割:377円	受け入れた若年性認知症入所者ごとに個別の担当者を定め、その者を中心に、当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行っている場合に加算

日常生活継続支援加算 (I)	36単位	1割: 38円 2割: 76円 3割: 113円	重度の要介護状態の者や認知症の入所者が多くを占める施設において、介護福祉士資格を有する職員を手厚く配置することにより、可能な限り個人の尊厳を保持しつつ日常生活を継続することができるように支援することを評価する加算
看取り介護加算 (I)	死亡日以前 45~31日は 72単位	1割: 76円 2割: 151円 3割: 226円	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入所者について、本人及び家族とともに医師、看護職員、介護職員等が共同して随時本人又はその家族に対して十分な説明を行い、合意しながら、その人らしさを尊重した看取りが出来るように支援することを主眼とする加算
	死亡日以前 30~4日は 144単位	1割: 151円 2割: 301円 3割: 452円	
	死亡日の前 日・前々日 は680単位	1割: 711円 2割: 1,422円 3割: 2,132円	
	死亡日は 1,280単位	1割: 1,338円 2割: 2,676円 3割: 4,013円	

※施設サービス単位と加算単位を合算し、円換算した金額の各負担割合の1割、2割、3割が利用者負担金です。

(3) 食費及び居住費

①食費 介護給付対象外

食費負担減免制度により、所得段階に応じて下記のとおりになります。

ただし、段階は市への申請後に決定され、市より認定証が交付されます。

段階	内容	負担額/日
第1段階	生活保護受給者 世帯（世帯を分離している配偶者含む。以下同じ。）全員が 住民税非課税である老齢福祉年金受給者。	300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、非課税年金（遺族・障害）収入の合計が80万円以下の方	390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・非課税年金（遺族・障害）収入の合計が80万円超120万円以下の方。	650円
第3段階②	上記①の課税・非課税年金（遺族・障害）収入の合計が120万円以上の方。	1,360円
第4段階	上記以外の方（認定証は発行されません）	1,700円
身体の状況により特別な食事の提供が必要な方		実費

① 居住費（従来型個室） 介護給付対象外

居住費負担減免制度により、所得段階に応じて下記のとおり居住費負担額となります。ただし、段階は市への申請後に決定され、市より認定証が交付されます。

段階	内容	負担額/日
第1段階	生活保護受給者 世帯（世帯を分離している配偶者含む。以下同じ。）全員が住民税非課税である老齢福祉年金受給者。	380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、非課税年金（遺族・障害）収入の合計が80万円以下の方	480円
第3段階①	世帯全員が住民税非課税で、上記①の課税・非課税年金（遺族・障害）収入の合計が120万円以上の方。	880円
第3段階②	上記①の課税・非課税年金（遺族・障害）収入の合計が120万円以上の方。	880円
第4段階	上記以外の方（認定証は発行されません）	1,231円

② 居住費（多床室） 介護給付対象外

居住費負担減免制度により、所得段階に応じて下記のとおり居住費負担額となります。ただし、段階は市への申請後に決定され市より認定証が交付されます。

段階	内容	負担額/日
第1段階	生活保護受給者 世帯（世帯を分離している配偶者含む。以下同じ。）全員が住民税非課税である老齢福祉年金受給者。	0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、非課税年金（遺族・障害）収入の合計が80万円以下の方	430円
第3段階①	世帯全員が住民税非課税で、上記①の課税・非課税年金（遺族・障害）収入の合計が120万円以上の方。	430円
第3段階②	上記①の課税・非課税年金（遺族・障害）収入の合計が120万円以上の方。	430円
第4段階	上記以外の方（認定証は発行されません）	915円

(4) その他

- ①日用品費 利用1日につき300円 ※希望による。（詳細は別紙「実費負担同意書内」）
- ②理美容代 月2回程度、理容師と美容師が来苑します。ご利用される場合は実費。
カット1,650円、パーマ4,000円、カラー4,000円、顔剃り600円
誘導サービス200円、各居室回り700円
- ③その他、代行申請等の際に必要な書類のコピー代や切手代等の実費（詳細は別紙「実費負担同意書内」）

(5) 自己負担軽減制度

施設利用に伴って上記の料金をご負担いただくこととなりますが、この料金については、次の制度によって軽減を受けられる場合があります。種々の手続きが必要となりますので契約時に担当者をご相談ください。

(6) 利用者負担金及びその変更

- ①利用者はサービスの対価として「重要事項説明書」の記載に従い、利用者負担金を支払います。
- ②利用者負担金うち関係法令に基づいて定められたものが、契約期間中に変更になった場合、関係法令に従って改定後の利用者負担金が適用されます。その際には、事業者は利用者に事前に説明します。
- ③事業者は、提供するサービスのうち、介護保険の適用を受けないものがある場合には、特にそのサービス内容及び利用者負担金を説明し、利用者の同意を得ます。
- ④事業者が、前項の利用者負担金の変更（増額又は減額）を行う場合には、利用者に対して変更予定日の1ヶ月前までに文章により説明し、同意を得ます。

(7) 利用料金等の支払い

毎月、20日頃までに前月分の請求書を郵送いたしますので、毎月28日にご指定の口座より、お引き落としをさせていただきます。

ただし、退所される場合は、退所日までの分をその都度請求いたしますので、15日以内にお支払いください。

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。

(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7日前までにお申し出ください。

② 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いたします。

- ・利用者が他の介護保険施設に入所した場合……その翌日
- ・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）または要支援と認定された場合は、所定の期間の経過を持って退所していただくこととなります。
- ・利用者がお亡くなりになった場合……その翌日

③ その他

- ・利用者が、サービス利用料金の支払いを支払期限（15日間）までに支払うことがなく、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、または利用者やご家族などが当施設や当施設の従業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いたします。
- ・利用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。
- ・上記①から③による退所が行われ、契約が終了した場合であって、利用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 緊急時の対応方法

ご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、ご家族の方に速やかに連絡いたします。

緊急連絡先①	
氏名	
住所	
電話番号（携帯）	
続柄	
勤務先/電話番号	

緊急連絡先②	
氏名	
住所	
電話番号（携帯）	
続柄	
勤務先/電話番号	

緊急連絡先③	
氏名	
住所	
電話番号（携帯）	
続柄	
勤務先/電話番号	

7 その他

この契約の履行等に関する相談や苦情につきましては、本施設生活相談員のほか、介護保険証を発行した市区町村、国民健康保険団体連合会の窓口でもお受けしています。

○相談、要望、苦情等の窓口

☆サービス相談窓口☆

- | | | | |
|---|--|-----|-------|
| 1 | 特別養護老人ホーム ひかり苑
電話番号 048-286-3000 | 担当者 | 高木 雄亮 |
| 2 | 苦情解決責任者
特別養護老人ホーム ひかり苑
電話番号 048-286-3000 | 施設長 | 高橋 経政 |
| 3 | 市町村 川口市役所 介護保険課
電話番号 048-258-1110 | | |
| 4 | 国民健康保険団体連合会
電話番号 048-824-2568 | | |
| 5 | 第三者委員 | | |

8 事故発生時の対応方法

- (1) 利用者に対するサービス提供時に事故が発生した場合は、速やかに利用者家族等、市町村に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 前項の事故の状況及び、事故に際してとった対応を記録します。
- (3) 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 第三者評価の実施状況 有 ・ 無

10 協力病院

医療法人あかつき会 はとがや病院 電話番号 048-281-1468
盆栽町歯いしゃ 電話番号 048-778-9163