

2024年8月1日

## 特別養護老人ホーム 新緑の郷 重要事項説明書

### 1 事業所の概要

事業所名	特別養護老人ホーム 新緑の郷(ユニット)
所在地	川崎市高津区久末473番地14
介護保険事業所番号	第1475303002号
管理者及び連絡先	施設長 小林秀夫 044-948-7025

### 2 事業所の職員体制等

職種	従事するサービス種類、業務	人員
管理者	施設運営管理	1名
医師	健康管理	1名以上
介護支援専門員	サービス計画の作成	1名以上
生活相談員	相談、ご家族窓口	1名以上
介護職員	入居者介護	13名以上
看護師	入居者看護	2名以上
機能訓練指導員	機能回復指導	1名以上
栄養士又は管理栄養士	入居者栄養管理	1名以上
調理員	食事提供	業務委託
その他の従業者	事務・経理	1名以上

### 3 設備の概要

区分	数量・規模		備考
利用定員	40名		特別養護老人ホーム40名
居室	個室	40室	個室4階:20室(2ユニット) 個室5階:20室(2ユニット)
共同生活室	4室		1ユニットに1箇所設置
浴室	5室		ユニットバスと特殊浴槽
便所	12箇所		
洗面所	44箇所		各部屋に1箇所及び食堂に1箇所
医務室	1室		4階に設置
静養室	1室		4階医務室隣に設置
相談室	1室		1階に設置
会議室	1室		5階に設置
地域交流スペース	1室		1階に設置

#### 4 入所の要件

- (1) 要介護3以上の認定を受けている方。
- (2) 要介護1又は2の認定を受けている方のうち、やむを得ない事情により居宅において日常生活を営むことが困難である方(次の「特例入所の要件」のいずれかに該当する方)。

#### 【特例入所の要件】

- ア 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。
- イ 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる。
- ウ 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態である。
- エ 単身世帯又は同居家族が高齢・病弱である若しくは育児・就労等により、家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である。

#### 5 退所の要件

要介護認定により要介護1又は2であって、特例入所の要件に該当しなくなった場合、心身の状況や退所後の環境等を十分に検討したうえで退所を決定するものとする。

#### 6 サービス内容

- |       |  |
|-------|--|
| ①食 事  | 朝食 8:00～9:30<br>昼食 12:30～14:00<br>夕食 17:30～19:00 |
| ②介 護  | 着替え介助、排せつ介助、おむつ交換、体位変換、施設内移動の付き添いなど。             |
| ③入 浴  | 最低、週2回入浴可能です。体調等によって清拭となる場合があります。                |
| ④機能訓練 | 利用者の状況に応じて機能訓練を実施します。                            |
| ⑤健康管理 | 委託医療機関医師来所時、必要に応じて診療を受けることができます。                 |
| ⑤余暇活動 | 各クラブ活動、買い物、行事、レクリエーション等を定期的の実施いたします。             |

#### 7 利用者負担

- (1) 利用者の方からいただく利用者負担金は、次表のとおりです。この金額は、次の3種類に分かれます。(なお、②又は③の費用が必要となる場合には、事前に詳細を説明のうえ、利用者の同意を得なければならないこととされています。疑問点等があれば、お尋ねください。)

## ① 介護報酬に係る利用者負担金

種 類	金 額	内 容
1)基本額 1日単位合計 ×10.72(地域加算)	要介護1 719円 要介護2 794円 要介護3 874円 要介護4 950円 要介護5 1024円  (※基本単位のみ金額)	1日あたりの負担額

※金額は基本額のみ表記 加算の状況に応じ金額が変わります

## \* 介護費1割の単位内訳(1日あたり)

種 類	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	内 容
基本額	670	740	815	886	955	ユニット型個室

加算額	内 容	単位数	算定単位	1割負担	2割負担	3割負担
個別機能訓練加算(Ⅰ)	個別に機能回復訓練の計画書を作成及び実施	12	1日につき	13円	26円	39円
個別機能訓練加算(Ⅱ)	同加算(Ⅰ)の実施及び厚労省への情報提供	20	1月につき	22円	43円	65円
個別機能訓練加算(Ⅲ)	口腔、栄養の加算算定し関係職種で情報共有	20	1月につき	22円	43円	65円
ADL維持等加算(Ⅰ)	ADLの評価を行い厚労省への情報提供	30	1月につき	33円	65円	97円
ADL維持等加算(Ⅱ)	同加算(Ⅰ)評価の結果、平均値が一定以上の場合	60		65円	129円	193円
若年性認知症入所者受入加算	若年性認知症の入居者を受け入れた場合	120	1日につき	129円	258円	386円
精神科医療養指導加算	精神科を担当する医師による療養指導が月2回以上行われている場合	5		6円	11円	16円
外泊時加算	病院又は診療所への入院を要した場合及び居宅における外泊を認めた場合	246	1日につき 月6日 限度	264円	528円	792円
外泊時在宅サービス利用費用	入所者に対して居宅における外泊を認め、当該入所者が在宅サービスを利用した場合	560		601円	1,201円	1,801円
初期加算	入所日から30日以内の期間。30日以上入院後の再入所も同様。	30	1日につき	33円	65円	97円
再入所時栄養連携加算	対象者のみ(退院時等)	200	1回限り	215円	429円	644円

日常生活継続支援加算(Ⅱ)	厚生労働大臣が定める人員体制、入所時の介護度、認知症度が満たした場合	46	1日につき	50円	99円	148円
退所時等相談援助加算	(1)退所前訪問相談援助加算 (入所中1回(又は2回)限度)	460	1回につき	494円	987円	1,480円
	(2)退所後訪問相談援助加算 (退所後1回限度)	460		494円	987円	1,480円
	(3)退所時相談援助加算	400	1回限り	429円	858円	1,287円
	(4)退所前連携加算	500		536円	1,072円	1,608円
栄養マネジメント強化加算	入所者ごとの継続的な栄養管理を強化して実施した場合	11	1日につき	12円	24円	36円
経口移行加算	対象者のみ	28	1日につき	30円	60円	90円
経口維持加算(Ⅰ)	対象者のみ	400	1月につき	429円	858円	1,287円
経口維持加算(Ⅱ)	対象者のみ (Ⅰの算定が条件)	100		108円	215円	322円
口腔衛生管理加算(Ⅰ)	口腔衛生の管理等	90		97円	193円	290円
口腔衛生管理加算(Ⅱ)	口腔衛生の管理等	110		118円	236円	354円
療養食加算	対象者のみ (1日に3回を限度)	6	1回につき	7円	13円	20円
看護体制加算(Ⅰ)イ	常勤看護師1名以上配置	6	1日につき	7円	13円	20円
看護体制加算(Ⅱ)イ	看護師3名以上配置	13		14円	28円	42円
看取り介護加算(Ⅰ)	(1)死亡日以前31日以上45日以下	72	1日につき	78円	155円	232円
	(2)死亡日以前4日以上30日以下	144		155円	309円	463円
	(3)死亡日以前2日又は3日	680		729円	1,458円	2,187円
	(4)死亡日	1,280		1,373円	2,745円	4,117円
看取り介護加算(Ⅱ) (24時間医師と連携をとれている場合)	(1)死亡日以前31日以上45日以下	72	1日につき	78円	155円	232円
	(2)死亡日以前4日以上30日以下	144		155円	309円	463円
	(3)死亡日以前2日又は3日	780		837円	1,673円	2,509円
	(4)死亡日	1,580		1,694円	3,388円	5,082円
在宅復帰支援機能加算	対象者のみ	10		11円	22円	33円

認知症専門ケア加算(Ⅰ)	入居者のうち、認知症の対象者が1/2以上	3	1日につき	4円	7円	10円
認知症専門ケア加算(Ⅱ)	同加算(Ⅰ)を満たし専門的な研修を修了した職員を配置	4		5円	9円	13円
認知症行動・心理症状緊急対応加算	対象者のみ(入所日から7日間限度)	200		215円	429円	644円
褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)	対象者のみ(継続的に入所者ごとの褥瘡管理をした場合)	3	1月につき	4円	7円	10円
褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)		13		14円	28円	42円
排せつ支援加算(Ⅰ)	対象者のみ(継続的に入所者ごとの排せつに係る支援を行った場合)	10	1月につき	11円	22円	33円
排せつ支援加算(Ⅱ)		15		16円	32円	48円
排せつ支援加算(Ⅲ)		20		22円	43円	65円
科学的介護推進体制加算(Ⅰ)	入居者毎の心身の状態等の基本情報(Ⅱは疾病情報も)を厚労省へ情報提供し情報を活用	40	1月につき	43円	86円	129円
科学的介護推進体制加算(Ⅱ)		50		54円	108円	161円
安全対策体制加算	組織的な安全対策の実施及び体制の整備等	20	入居時に1回	22円	43円	65円
夜勤職員配置加算(Ⅱ)イ	ユニット型を算定。入所定員50人以下	27	1日につき	29円	58円	87円
夜勤職員配置加算(Ⅳ)イ	イのサービス費を算定する場合かつ入所定員50人以下	33		36円	71円	106円
サービス提供体制加算(Ⅰ)	介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の80以上又は勤続年数10年以上の介護福祉士の占める割合が100分の35以上等	22	1日につき	24円	47円	71円
サービス提供体制加算(Ⅱ)	介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の60以上等	18		20円	39円	58円
サービス提供体制加算(Ⅲ)	介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上又看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が100分の75以上等	6		7円	13円	20円
認知症チームケア推進加算Ⅰ	認知症の専門的な研修を修了者を1名以上配置	150	1月につき	160円	321円	482円
認知症チームケア推進加算Ⅱ	(Ⅰ)の要件及び予防等に資するチームケアを実施	120	1月につき	129円	258円	386円
高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ	医療機関と連携し感染に対し適切な対応を行っている	10	1月につき	11円	22円	33円
高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ	医療機関から感染制御に対する指導を受けている	5	1月につき	6円	11円	16円
生産性向上推進体制加算Ⅰ	見守り機器等のテクノロジーを複数台導入	100	1月につき	108円	215円	322円
生産性向上推進体制加算Ⅱ	見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入	10	1月につき	11円	22円	33円

自立支援促進加算	医学的評価し、自立支援に係る支援計画等を策定	280	1月につき	301円	601円	901円
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数の140/1,000加算					
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	所定単位数の136/1,000加算					
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	所定単位数の113/1,000加算					
介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)	所定単位数の90/1,000加算					

※所定単位：サービス費及び各加算の1月の合計単位

\* おむつ代は基本額に含まれております。

\* 外泊及び6日以内の入院期間の取り扱い(外泊は月6日以内と介護保険上で定められています)については、1日あたり264円となります。(介護度によって料金格差はありません)。

\* 居住費につきましては、外泊(入院)等で施設不在時も在籍していれば各区分1日あたりの費用をいただくことになります。

短期入居生活介護に活用させていただいた場合はその日数分は除きます。

② 介護保険以外の主な負担金：滞在費、食費(1日あたり)

所得要件	預貯金要件	区分	居住費	食費
生活保護受給者の方、老齢福祉年金受給者で世帯全員が市民税非課税の方	単身1,000万円以下の方 (夫婦で2,000万円以下の方)	第1段階	880円	300円
世帯全員が市民税非課税の方で、その他の合計所得金額と年金収入額の合計が80万円以下の方	単身650万円以下の方 (夫婦で1,650万円以下の方)	第2段階	880円	390円
世帯全員が市民税非課税の方で、その他の合計所得金額と年金収入額の合計が年間80万円超120万円以下の方	単身550万円以下の方 (夫婦で1,550万円以下の方)	第3段階①	1,370円	650円
世帯全員が市民税非課税の方で、その他の合計所得金額と年金収入額の合計が120万円を超える方	単身500万円以下の方 (夫婦で1,500万円以下の方)	第3段階②	1,370円	1,360円
上記以外の方		第4段階	2,030円	1,950円

\* 世帯全員が市町村民税非課税や生活保護受給者の方は負担軽減制度が設けられています。

介護保険窓口へ申請し「介護保険負担限度額認定証」の交付を受け、当施設に提示することで負担限度額で利用することができます。

\* 食費は3食(朝・昼・夕)のうち1食のみのご利用でも1日分の費用をいただきます。

③ その他の負担金

種類	金額	内容
1)行事代	1回 500円～	ご本人の希望により行事等で特別なお食事を召し上がった場合

2)理美容代	実費	ご利用者の希望・選択によって提供
3)立替金等の 出納管理費	月 2,000円	ご本人のお小遣い、医療費等必要な金銭を施設にて立替し翌月に請求をします。
4)レクリエーション代	実費	活動内容により費用が異なります
5)電気代	実費	個別に電化製品を持ち込まれた場合
6)その他	適宜	個別の消耗品などを使用された場合

## (2)支払方法

利用料金は、次のいずれかの方法により、翌月の27日までにお支払いいただきますようお願いいたします。

A	自動口座引き落とし	ご指定の金融機関の口座から月1回引き落とします。
B	銀行振込	<p>期日までにお振込み願います。 手数料は入居者負担となります。</p> <p>【振込先】 横浜銀行 中山支店 普通口座:6210523</p> <p>シャカイフクシホウジンリョクセイカイ 社会福祉法人緑成会</p> <p>トクベツヨウゴロウジンホームシンリョクノサト 特別養護老人ホーム新緑の郷</p> <p>シセツチョウ コバヤシヒデオ 施設長 小林秀夫</p>

## 8 当施設のサービスの方針等

法人理念

『心技一如』

新緑の郷「運営3理念」

人へのおもいやりを大切にする福祉サービスを追求します。

明るくのびのびした環境づくりに努めます。

高い専門性の確立、円滑な組織をめざします。

## 9 緊急時の対応方法

○サービス提供にあたり事故、体調の急変等が生じた場合は、事前の打ち合せに基づき、家族、看護課、協力病院等に連絡します。

看護課	新緑の郷看護課 連絡先:044-948-7025
協力病院先	リスホームケアクリニック 連絡先:044-567-8502
協力医療機関	医療法人社団緑成会 横浜総合病院 連絡先:045-902-0001
協力歯科	高津区歯科医師会 連絡先:044-822-7614

## 10 相談窓口、苦情対応

○サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

当施設お客様相談窓口	電話番号 044-948-7025 FAX番号 044-948-7023 責任者 施設長 小林 秀夫 対応時間 9:00~17:00
------------	---

当法人お客様相談窓口	電話番号 045-903-8500 FAX番号 045-903-8264 責任者 統括管理部長 小川 昌宏 対応時間 9:00~17:00
------------	--

○公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

高津区役所 保健福祉センター 高齢・障害課	所在地 川崎市高津区下作延2丁目8番1号 電話番号 044-861-3269 受付時間 8:30~17:00 (土曜日・日曜日・祝日・年末年始を除く)
神奈川県国民健康保険 団体連合会介護保険課 介護苦情相談係	所在地 横浜市西区楠町27番地1 電話番号 045-329-3447 受付時間 8:30~17:15 (土曜日・日曜日・祝日・年末年始を除く)

## 11 当法人の概要

法人の名称	社会福祉法人 緑成会
代表者名	理事長 田中 實
所在地・電話	神奈川県横浜市青葉区鉄町2075番地3 045-903-8500
業務の概要	第一種社会福祉事業 特別養護老人ホームの経営 第二種社会福祉事業 老人短期入所事業の経営 老人デイサービス事業の経営 老人介護支援センターの経営 老人居宅介護等事業の経営 障がい福祉サービス事業の経営 横浜市受託事業 地域包括支援センター 地域活動交流事業 公益を目的とする事業 居宅介護支援事業 介護予防型通所事業 介護職員初任者研修事業 地域包括支援センターの事業 地域ケアプラザにおける地域活動・交流の事業 サービス付き高齢者向け住宅の事業
事業所数	6事業所



【説明確認欄】

年 月 日

サービス契約の締結に当たり、前記により重要事項を説明し交付しました。

事業者 社会福祉法人 緑成会  
理事長 田中 實 印

(説明者) 氏名 \_\_\_\_\_ 印

(本人自署の場合は押印不要)

サービス契約の締結に当たり、上記のとおり説明を受け、同意し、交付を受けました。

(利用者) 氏名 \_\_\_\_\_ 印

(本人自署の場合は押印不要)

特別養護老人ホーム 新緑の郷（ユニット）料金表

ユニット型 介護福祉施設サービス費（Ⅰ）	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
	670	740	815	886	955
看護体制加算（Ⅰ）イ	6	6	6	6	6
栄養マネジメント強化加算	11	11	11	11	11
個別機能訓練加算（Ⅰ）	12	12	12	12	12
個別機能訓練加算（Ⅱ）	20	20	20	20	20
日常生活継続支援加算	46	46	46	46	46
合計単位	765	835	910	981	1,050
A 1日：円	820	896	976	1,052	1,126

※1割負担：（基本単位+加算単位）×10.72の1割 単位：円

B	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
居住費	880	880	1,370	1,370	2,030
食費	300	390	650	1,360	1,950

1日合計（A+B）

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
第1段階	2,000	2,076	2,156	2,232	2,306
第2段階	2,090	2,166	2,246	2,322	2,396
第3段階①	2,840	2,916	2,996	3,072	3,146
第3段階②	3,550	3,626	3,706	3,782	3,856
第4段階：1割負担	4,800	4,876	4,956	5,032	5,106
第4段階：2割負担	5,620	5,771	5,931	6,084	6,232
第4段階：3割負担	6,440	6,666	6,907	7,135	7,357

1ヶ月合計（A+B×30日）

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
第1段階	60,000	62,280	64,680	66,960	69,180
第2段階	62,700	64,980	67,380	69,660	71,880
第3段階①	85,200	87,480	89,880	92,160	94,380
第3段階②	106,500	108,780	111,180	113,460	115,680
第4段階：1割負担	144,000	146,280	148,680	150,960	153,180
第4段階：2割負担	168,600	173,130	177,930	182,520	186,960
第4段階：3割負担	193,200	199,980	207,210	214,050	220,710
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位×140/1,000 ※所定単位：サービス費及び各加算の1月の合計単位				

様 要介護 第 段階  
のご利用料となります。

※上記ご利用料金のほか、出納管理料2,000円/月、往診代、薬剤代、理美容代・日用品代(実費)等が別途かかります。