介護老人福祉施設
重要事項説明書

社会福祉法人博光会

特別養護老人ホーム　あけみ苑

特別養護老人ホーム　あけみ苑
重要事項説明書
＜　2026 年 8 月 1 日 現在 ＞

1　法人理念及び運営方針

(1)　法人理念

ご利用者に対し自立を支援し、良質で高度な介護サービスを提供するとともに、ご利用者及びその家族が高い満足度を得られる事を目指します。また、社会福祉事業を積極的に推進し、地域社会の発展に貢献します。

(2)　運営方針

ご利用者の人生がより輝いたものになるために、「安心・安全・ふれあい・生きがい・幸せ」の５つをテーマに掲げ、それぞれのテーマに対して、ご家族の期待を超えるサービスを提供していきます。

(3)　事業の目的

特別養護老人ホームあけみ苑の運営について必要な事項を定め、業務の適正かつ円滑な執行と老人福祉法の理念と介護保険法に基づき、又、「さいたま市指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営の基準等に関する条例」の遵守を通じて、ご利用者の生活の安定及び生活の充実並びにご家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的とする。

2　法人および施設の概要

(1)　法人概要

法人名	社会福祉法人　博光会
法人所在地	埼玉県さいたま市緑区原山 4 丁目 18 番 9 号
電話番号	048-886-1111
代表者氏名	斎藤　健二
設立年月日	2017 年 1 月 5 日

(2)　施設概要

施設の種類	ユニット型指定介護老人福祉施設
施設の名称	特別養護老人ホーム　あけみ苑
介護保険指定番号	1176516431
施設長	斎藤　健二
所在地	埼玉県さいたま市緑区原山 4 丁目 18 番 9 号
電話番号	048-886-1111
FAX 番号	048-885-5555
開設年月日	2018 年 4 月 1 日
入居定員	8 ユニット 96 名　（1 ユニット 12 名）

（3） 当施設の設備の概要（特養定員 96 名）

居室・設備の種類	室数	備考
ユニット型個室	96室	１ユニット12名（計8ユニット）
共同生活室（食堂）	8室	各ユニットに1室
共同トイレ	24室	各ユニットに3室
浴室	9室	機械浴槽　1基　　個浴槽　4基 特殊浴槽　4基　　リフト浴　2基
医務室	1室	1階
地域交流スペース	1室	1階

※居室の変更につきましては、原則行う事ができません。
但し、ご利用者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、ご利用者や代理人等と協議のうえ決定するものとします。

（4） 同施設の職員体制及び職務内容

	常勤	非常勤	職務内容
施設長	1		施設従業者の管理及び業務の管理を一元的に行う
医師		2	ご利用者の健康状況、健康保持のための適切な措置をとる
生活相談員	1	1	ご利用者、ご家族の相談援助、関係機関との連絡調整
介護支援専門員	1		施設サービス計画の作成を行う
介護職員	30	32	ご利用者の入浴、食事等の介助及び援助行う
看護職員	4	1	ご利用者の健康状態のチェック、保健衛生上の指導や看護を行う
管理栄養士	1		ご利用者の栄養指導、調理員の指導等行う
調理員	業務委託		献立に基づき給食を調理し配膳を行う
機能訓練指導員	1		機能の減衰を防止するための訓練を行う
事務員	2	1	必要な事務を行う
その他	0	8	営繕・清掃等など行う

（5）同施設の職員勤務体制

	勤務体制
施設長	9 時～18 時
医師	非常勤（毎週木曜日往診）
歯科医師	非常勤（毎週水曜日往診）
生活相談員	9 時～18 時
介護支援専門員	9 時～18 時
介護職員	常勤：24 時間交代制勤務・シフトに準ずる　　非常勤：7 時～21 時・シフトに準ずる
看護職員	8 時～18 時 30 分交代制勤務・シフトに準ずる
管理栄養士	9 時～18 時

調理員(業務委託)	シフトに準ずる
機能訓練指導員	9 時～18 時
事務員	9 時～18 時
その他	9 時～18 時

3　サービス内容

サービス内容に関しては以下の通りとなります。

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立て、ご本人又はご家族に説明し同意をいただきます。

② 食事

ご利用者の嚥下状態を考慮し食事の提供を行います。

朝食…8 時～

昼食…12 時～

おやつ…15 時～

夕食…17 時 30 分～

③ 入浴

週に 2 回の入浴になります。但し、身体の状況に応じ、入浴を控えて清拭等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、入浴等の介助、口腔ケア、体位交換、シーツ交換、移動・移乗介助　等

⑤ 機能訓練

機能訓練指導員がご利用者にあわせた機能訓練計画を作成し、計画を基に機能訓練を実施いたします。

⑥ 生活相談

介護以外の日常生活に関すること等もご相談いただけます。

又、ご相談に関する施設からのご連絡はご家族または代理人の方へのご連絡とさせていただきます。

⑦ 健康管理

基本的には、施設内看護師が健康管理を行います。

嘱託医による月 1 回の定期往診及び臨時診療を実施いたします。

嘱託歯科医による週 1 回程度の診療を実施いたします。

嘱託歯科衛生士による週１回程度の口腔ケアを実施いたします。

毎月の処方料・薬代等の費用は、嘱託医等からの請求により実費が個人負担となります。
年に１回は健康診断を行います。
必要に応じて、ワクチン接種を行います。

嘱託医　　医療法人誠光会　ひかりクリニック浦和
埼玉県さいたま市南区南浦和 2-41-4　つばさビル４F
℡：048-829-7581
＊入居者様は必ず嘱託医と契約して頂きます。

嘱託歯科医　　西方ファミリー歯科
埼玉県越谷市西方1丁目3342-2
℡：048-940-8051
＊入居者様は嘱託歯科医と契約して頂きます。
＊契約できない場合は、月１回のご家族様での歯科受診を対応して頂きます。

協力病院　　共済病院
埼玉県さいたま市緑区原山 3-15-3
℡：048-882-2867
武南病院
埼玉県川口市東本郷 2026
℡：048-284-2811
福寿眼科クリニック
埼玉県さいたま市緑区東浦和 5-10-10
℡：048-874-8555

⑧ 栄養ケアマネジメント
管理栄養士がご利用者の身体状況、栄養、嗜好に配慮した栄養ケア計画を作成し、計画を基にご利用者にあわせた支援を行います。

⑨ 訪問理美容サービス
希望の方は、訪問理美容の方に来て頂き理美容サービスを行います。訪問理美容サービス業者からの請求により実費が個人負担になります。

⑩ 鍼灸マッサージ治療
希望の方は、医師の指示により、施設常駐の鍼灸師による鍼灸マッサージ治療を行います。
鍼灸マッサージ治療院からの請求により実費が個人負担になります。

⑪ レクリエーション

ご利用者一人ひとりの意向を尊重し、レクリエーションを実施いたします。
費用が発生した場合の料金は実費が個人負担になります。

⑫ その他のサービス

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頂きます。サービス内容によっては別途料金がかかります。

4　利用料金

(1)　施設利用料金は、下記に定める自己負担分をお支払いいただきます。

(2)　施設は、ご利用者に対して、1ヶ月前までに文書で通知することにより利用料および食費等の単価の変更（増額または減額）を申し入れることができます。

(3)　ご利用者が料金の変更を承諾する場合、新たな料金に基づく【料金表 1-1】を作成し、お互いに取り交わします。

(4)　ご利用者は、料金の変更を承諾しない場合、施設に対し、文書で通知することにより、この契約を解約することができます。

【お支払方法】

毎月月末締め、翌月 15 日に当月分の請求書を発行いたします。請求書発行月の27 日（土、日祝日に当たる場合は翌営業日）に指定の銀行口座より自動口座振替をさせて頂きます。振替が出来なかった場合、指定の口座へお振込みいただきます。お支払いいただいた事が確認できた後、領収書の発行を行い翌月の請求書と一緒にご郵送いたします。領収書の再発行はできませんので、大切に保管下さい。

1.ユニット型介護福祉施設サービス費（Ⅰ）

【料金】　　地域単価：10．68 円

	要介護度	1日あたりの単位数	1割負担分（1日/円）	1割負担分（1ヶ月/円）※1	2割負担分（1日/円）	2割負担分（1ヶ月/円）※1	3割負担分（1日/円）	3割負担分（1ヶ月/円）※1
□	要介護1	670	715	21,450	1,431	42,930	2,146	64,380
□	要介護2	740	790	23,700	1,580	47,400	2,370	71,100
□	要介護3	815	870	26,100	1,740	52,200	2,611	78,330
□	要介護4	886	946	28,380	1,892	56,760	2,838	85,140
□	要介護5	955	1,019	30,570	2,039	61,170	3,059	91,770

【食費】

	段階	1日/円	1月/円 ※1
□	第四段階 ※2	1,700	51,000
□	第三段階②	1,420	42,600
	①	680	20,400
□	第二段階	390	11,700
□	第一段階	300	9,000

【一食あたり/円】

	段階	朝	昼	夕
□	第四段階 ※1	400	650	650

【居住費】

	段階	1日あたり/円	1月あたり/円 ※1
□	第四段階 ※2	2,700	81,000
□	第三段階②	1,470	44.100
	①	1,370	41,100
□	第二段階	880	26.400
□	第一段階	880	26,400

※1　1ヶ月あたりは30日で計算しております。
※2　第四段階が基本料金になります。
※3　入院、外泊時に居室を確保している場合、居住費の負担が生じます。なお、介護保険負担限度額認定証をお持ちの方で入院・外泊加算のある場合は各段階の居住費を入院・外泊加算の期間を超えた7日目以降は日額2700円の負担となります。

３．加算

加算名		1日の単位数	1割負担分（1日/円）	2割負担分（1日/円）	3割負担分（1日/円）
□	初期加算	30	32	64	96
□	安全対策体制加算	20	22	43	64
□	日常生活継続支援加算（Ⅱ）	46	50	99	148
□	看護体制加算（Ⅰ）ロ	4	5	9	13

□	看護体制加算（Ⅱ）ロ	8	9	17	26
□	夜勤職員配置加算（Ⅱ）ロ	18	20	39	58
□	個別機能訓練加算（Ⅰ）	12	13	26	39
□	個別機能訓練加算（Ⅱ）	20	22	43	64
□	入院・外泊加算（月 6 日まで）	246	263	526	789
□	栄養マネジメント強化加算	11	12	24	36
□	療養食加算（1 回）	6	7	13	20
□	経口移行加算	28	30	60	90
□	経口維持加算（Ⅰ）	400/月	428/月	855/月	1282/月
□	経口維持加算（Ⅱ）	100/月	107/月	214/月	321/月
□	口腔衛生管理加算（Ⅰ）	90/月	97/月	193/月	289/月
□	口腔衛生管理加算（Ⅱ）	110/月	118/月	235/月	353/月
□	看取り介護加算（Ⅰ）（死亡日）	1280	1367	2734	4101
□	看取り介護加算（Ⅰ） （死亡日の前日及び前々日）	680	727	1,453	2,179
□	看取り介護加算（Ⅰ） （死亡日以前 4 日以上 30 日以下）	144	154	308	462
□	看取り介護加算（Ⅰ） （死亡日 31～45 日以前）	72	77	154	231
□	自立支援促進加算	300	321/月	641/月	962/月
□	サービス提供体制強化加算　（Ⅰ）	22	24	47	71
□	サービス提供体制強化加算　（Ⅱ）	18	20	39	58
□	サービス提供体制強化加算　（Ⅲ）	6	7	13	20
□	介護職員処遇改善加算（Ⅱ-ロ）	加算率 17.2%			
□	科学的介護推進体制加算（Ⅰ）	40/月	43/月	86/月	129/月
□	科学的介護推進体制加算（Ⅱ）	50/月	54/月	107/月	161/月
□	生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	10/月	11/月	22/月	33/月

※詳細は契約時にご説明させていただきます。

※施設の体制が整い次第、新たな加算を算定させていただく場合があります。

４．その他

理美容代（カット等）	実費
日用品費　※1	実費
ご利用者の選定する特別な食事代（選択食等）※2	実費
教養娯楽費（ご利用者個人が希望するもの）	実費
ドライクリーニング	実費
その他個別にかかる費用	実費

※1　日用品につきましては、個別選択による介護サービスに要する料金です。
※2　ご利用者の選定する特別な食事代（選択食等）に関しては通常の食事代と別途徴収いたします。

【お振込口座】

銀行名　　群馬銀行
支店名　　大宮支店
口座種類　普通
口座番号　０７１６６３２
口座名義　社会福祉法人博光会
　　理事長　　斎藤　健二
口座カナ　フク）ハクコウカイ　リジチョウ　サイトウ　ケンジ

5　退居の手続き

（1）退居手続き

① ご利用者のご都合で退居される場合
退去を希望する日の 14 日前までに文書にてお申し出下さい。

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。
・ご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ご利用者の要介護認定区分が、非該当(自立)、要支援、または要介護 1、2 と認定された場合（但し、要介護 1、2 の方はやむを得ない事情により特別養護老人ホーム以外での生活が困難と認められる場合は可）
※この場合、所定の期間の経過をもって退居していただくことになります。
・ご利用者がお亡くなりになった場合もしくは被保険者資格を喪失した場合。

・ご利用者が、サービス利用料金の支払を 2 ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず 30 日以内に支払わない場合。
・ご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難いほどの背信行為を行った場合や、カスタマーハラスメント、セクシ

ャルハラスメント、その他のハラスメント行為、当施設の従業者や他のご利用者の生命、身体、健康に重大な影響を及ぼすおそれがあり、又はご利用者の重大な自傷行為があった場合など、本契約を継続しがたい事情が生じた場合、退居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。

・ご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。尚、この場合、退院後に再度入所を希望される場合は、お申し出下さい。

・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、退居していただく場合がございます。

6　退居時の援助

契約の終了によりご利用者が退居する際には、ご利用者及びご家族の希望、ご利用者が退居後に生活なさる環境等を勘案し、円滑な退居のために必要な援助を行います。

7　施設利用にあたっての留意事項

① 面会	原則 9 時～18 時の間、自由に面会できます。 事務所で所定の用紙に氏名等をご記入ください。 体調不良の方のご面会はお控えください。 但し、感染症対策のため、入館・面会制限をさせて頂く場合がございます。
② 外出、外泊	健康上の理由で医師が禁止した場合、感染症蔓延等で施設が制限する場合を除き、出発前日までに、外出・外泊先、用件、施設の出発帰着予定日時を届け出て下さい
③ 医療機関への受診	医療機関への受診の付き添い、送迎は原則ご家族でお願いいたします。
④ 飲酒、喫煙	飲酒、喫煙（電子タバコ含む）は、お断りいたしております。 火器(ライター、マッチ等)につきましては、持ち込みできません。
⑤設備、器具の利用	居室及び共用スペース、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。故意又は無断で施設・設備に損害

を与え、またはこれらを施設外に持ち出した場合には、ご利用者もしくはご家族の自己負担により現状に復していただくか、又は相当な代価をお支払いいただきます。

⑥所持品の持ち込み　以下の持ち込みは禁止とさせていただきます。
・凶器（刃物、ナイフ、はさみ、かみそりなど）
・高価な貴金属類、現金
・火器類
・酒類
・ペット　等

・携帯電話のお持ち込みについて
携帯電話の持ち込みは自己管理ができる方のみ可能ですが、共同生活の為、ご使用になられる際はご本人様の居室にて使用していただきますようお願い致します。
・食品の持ち込みについて
持ち込みは可能ですが、栄養管理や衛生管理の関係から、持ち込みの際は職員にお声かけ下さい。
＊持ち込まれた携帯電話・テレビ・貴金属・腕時計などは入居者様自身での自己管理をお願いします。破損紛失等につきまして施設は責任を負いません。

⑦身体拘束の禁止　身体拘束は、原則として行いません。万一、身体の安全確保のためなど、やむを得ない場合には、事前にご利用者及び代理人、そのご家族へ説明し同意を得たうえで一時的に行なうことがあります。但し、真に緊急の際には、代理人またはご家族の同意なくとも身体拘束を行い、事後に代理人、ご家族への説明・同意をいただきます。

⑧宗教活動等　原則として、ご利用者の自由ですが、施設内での布教活動及び政治活動等は一切お断りします。

⑨迷惑行為の禁止　けんか、口論、泥酔等、他人に迷惑をかけることや、施設の秩序、風紀を乱すこと、安全衛生を害すること、ハラスメント行為などは、ご利用者、ご面会の方共に、禁止とさせていただきます。
通常業務に支障をきたすご利用者・ご家族様の過度な要

求（カスタマーハラスメント）にはお答えできません。

8　虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げる通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	施設長　斎藤　健二

2　虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。

3　虐待防止のための指針の整備をしています。

4　従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。

5　サービス提供中に、当該事業所授業者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、これを市町村に通知します。

9　事故発生の防止及び発生時の対応

1　安全かつ適切に質の高いサービスを提供するために「事故発生防止のための指針」を定め、事故を防止するための体制を整備する。

2　ご利用者に対するサービス提供により事故が発生した場合は、速やかに市区町村、代理人、ご家族等に対して連絡を行う等必要な措置を講じるものとする。

3　事故が発生した場合には、事故の状況及び事故に際して採った処置を記録する。

4　サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行うものとします。

5　事業所は、民間企業の提供する損害賠償責任保険に加入しています。前項規程の賠償に相当する可能性がある場合は、利用者又はご家族の方に当該保険の調査等の手続にご協力頂く場合があります。

10　緊急時の対応方法

体調の変化を含め緊急の場合は、嘱託医・協力提携病院に連絡する等必要な措置を講じるほか、代理人、ご家族へ速やかにご連絡いたします。

また、代理人、ご家族にご連絡が取れない場合でも、必要が認められた場合には、協力提携病院等へ搬送する等の措置をします。

11 看取り介護の実施

1　特別養護老人ホームあけみ苑は「看取り介護実施の指針」を定め、看取り介護を実施する為の体制を整備する。

2　指針に基づき、看取りに関する職員研修を行うものとする。

3　医師が看取りと判断しご家族等が希望された場合に同意を得るものとする。

12 提供サービスの第三者評価

今後、第三者を定め評価を行い、サービスの向上に努める。

第三者委員　　山宮　力　（地区民生委員）
田邉　修作（地区自治会）

13　非常災害対策

（1）災害時の対応　　人命尊重を基本に、避難を最優先します。
特別養護老人ホームあけみ苑　非常災害BCPに基づき行動いたします。

（2）防災設備　　自動火災通報設備・スプリンクラー・消火器・屋内消火栓・誘導灯等を設置しています。
年2回の法定点検実施。

（3）避難訓練　　消防法の定めにより実施します。
自主点検　月　1回
総合訓練　年　2回

（4）防火・防災管理者　　小松　孝志

14　サービス内容に関する相談・苦情

（1）苦情受付担当者　　生活相談員　菅原　雄人
苦情解決責任者　　施　設　長　斎藤　健二
（2）受付時間　　9時～18時
（3）電話番号　　048-886-1111
（4）FAX　　048-885-5555
（5）メールアドレス　　info@hakukokai.jp
（6）苦情受付相談窓口

当事業所以外に市町村の相談・苦情窓口は下記の通りとなります。

・埼玉県国民健康保険団体連合会介護保険課苦情対応係
住所：〒338-0002 埼玉県さいたま市中央区 大字下落合1704番
電話：048-824-2568

・さいたま市役所　保健福祉局長寿応援部介護保険課
住所：〒330-9588 埼玉県さいたま市浦和区常盤6丁目4番4号
電話：048-829-1264

・緑区役所　高齢介護課
住所：〒336-8587 埼玉県さいたま市緑区大字中尾975番地1
電話：048-712-1178（介護保険係）

(5) その他

施設は従業者研修を次のとおり設けるものとし、また、業務体制を整備しサービスの向上を行う。

1　採用時研修　採用後１か月以内
2　継続研修（内部・外部研修）　　年 12 回以上
3　キャリアアップ研修　　随時

附則

1. この重要事項説明書は、2018 年 4 月 1 日より施行する。
2. この重要事項説明書は、一部内容を訂正し 2018 年 8 月 1 日より施行する。
3. この重要事項説明書は、一部内容を訂正し 2018 年 10 月 1 日より施行する。
4. この重要事項説明書は、一部内容を訂正し 2019 年 5 月 1 日より施行する。
5. この重要事項説明書は、一部内容を訂正し 2019 年 10 月 1 日より施行する。
6. この重要事項説明書は、一部内容を訂正し 2020 年 1 月 15 日より施行する。
7. この重要事項説明書は、一部内容を訂正し 2020 年 9 月 1 日より施行する。
8. この重要事項説明書は、一部内容を訂正し 2020 年 11 月 1 日より施行する。
9. この重要事項説明書は、一部内容を訂正し 2021 年 4 月 1 日より施行する。
10. この重要事項説明書は、一部内容を訂正し 2021 年 8 月 1 日より施行する。
11. この重要事項説明書は、一部内容を訂正し 2023 年 1 月 1 日より施行する。
12. この重要事項説明書は、一部内容を訂正し 2023 年 4 月 1 日より施行する。
13. この重要事項説明書は、一部内容を訂正し 2024 年 1 月 1 日より施行する。
14. この重要事項説明書は、一部内容を訂正し 2024 年 4 月 1 日より施行する。
15. この重要事項説明書は、一部内容を訂正し 2024 年 6 月 1 日より施行する。
16. この重要事項説明書は、一部内容を訂正し 2024 年 8 月 1 日より施行する。
17. この重要事項説明書は、一部内容を訂正し 2026 年 8 月 1 日より施行する。

介護老人福祉施設入所にあたり、ご利用者に対して契約書およ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＞　埼玉県さいたま市緑区原山 4 丁目 18 番 9 号

＜名　称＞　社会福祉法人　博光会

特別養護老人ホーム　あけみ苑

＜ 説明者氏名 ＞ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

私は、契約書および本書面により、施設からこれから入居する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。

＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿＿日

契約者【利用者】

＜ 住　所 ＞ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＜ 氏　名 ＞ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

代理人【身元引受人】

＜ 住　所 ＞ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＜ 氏　名 ＞ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

＜ 続　柄 ＞ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿