

介護老人福祉施設 重要事項説明書

< 2025年 11月 1日 現在 >

社会福祉法人 敬愛会

特別養護老人ホーム ふれ愛の郷

1、特別養護老人ホーム ふれ愛の郷 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	ふれ愛の郷
所在地	埼玉県加須市新川通 179-1
介護保険指定番号	介護老人福祉施設 埼玉県 1173600089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(1)	診療、健康管理等	1名(1)
生活相談員	1名()	名()	生活上の相談等	1名()
栄養士	1名()	名()	栄養管理等	1名()
機能訓練指導員	1名()	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()	1名()	サービス計画の立案・管理等	2名(2)
事務職員	1名()	1名(1)	一般事務・料金請求等	2名(1)
看護職員	看護師 准看護師	2名() 2名()	医療、健康管理業務等	2名() 2名()
	社会福祉士	3名(2)	3名(2)	
	介護福祉士	8名(5)	8名(5)	
1～2級修了者 初任者研修修了者	8名(1)	1名()	日常介護業務等	9名(1)
その他	名()	名()		名()
() 内は男性再掲				

(4) 施設の設備の概要

定 員		6 0 名	静養室	1 室
居 室	4人部屋	1 2 室	医務室	1 室
	2人部屋	4 室	食堂	1 室
	個室	4 室	機能訓練室	1 室
	その他	デイルーム 2コーナー	談話室	1 室
浴 室		一般浴槽・特殊浴槽あり		

2、 サービス内容

- ① 食 事 (時間) 朝 食 7：30 より
 　　昼 食 12：00 より
 　　おやつ (選択) 15：00 より
 　　夕 食 18：00 より
 　※食事時間・場所は個々のご希望・容態により多少変更可
 　　(場所) 食 堂 又は 居 室
- ② 入 浴 週 2回以上入浴していただけます。ただし、ご利用者の身体状況等により、中止、清拭、入浴方法の変更等が考えられます。
- ③ 介 護 施設サービス計画に沿って下記の介護が行われます。
 　食事・入浴・排泄（オムツ介助）・衣類着脱・洗濯・体位交換・シーツ交換・施設内移動介助 等
- ④ 機能訓練 生活リハビリテーションをテーマとし、必要に応じて訓練を行います。共有スペースおよび居室等にて行います。
- ⑤ 生活相談 常勤の生活相談員および介護支援専門員に介護以外の日常生活に関することも含め相談をすることができます。
- ⑥ 健康管理 年 2回の健康診断を行います。
 　また、診療や、健康相談サービスを受けることができます。嘱託医による定期回診をいたします。

- ⑦ 特別食の提供 通常メニューの他に、医療上必要な場合等のために特別メニュー提供（療養食）提供の用意があります。料金は、別途かかります。
- ⑧ 理美容サービス 月に1回理美容サービスを実施しております。ご利用の際は別途料金がかかります。
- ⑨ 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。
詳しくは、係りの職員の方にてご相談をお受けします。
- ⑩ レクリエーション クラブ活動や、各行事、イベント等が企画されます。行事によっては、別途費用のかかるものもございます。
詳しくはその都度、ご説明のうえご承諾をいただきます。
- ⑪ その他のサービス ア、希望食の提供
可能な限りでの対応をさせて頂きます。
但し、ご希望の際は別途費用となる場合もあります。
- イ、通院サービス
協力病院および近隣病院への通院は無料です。
但し、遠方の病院への通院や頻回な通院は、ご家族の協力をお願いします。
- ウ、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いただくか、こちらよりご相談させていただきます。

3、 利用料金

ご利用者は、サービスの対価として【重要事項説明書別紙】に定める利用単位ごとの料金をもとに計算された月ごとの合計額を支払います。

4、 支払方法

料金のお支払いは、口座振替とさせていただきます。なお、口座振替にあたり収納代行会社（株式会社ジェーシービー）へ振替口座を預金口座振替依頼書にてご指定頂きます。お支払（振替）期日は、利用の翌月収納代行会社による指定日（26日前後）となります。また、退所時に精算金がある場合や、期日に振替がなされなかった場合、原則、施設所定の口座へ振り込みにてお支払いいただきます。振込手数料は、支払者側のご負担とさせていただきます。

5、 料金の変更等

- ・介護保険関係法令の改正により料金を変更する場合は事前にご説明の書類又は【重要事項説明書別紙】にてご案内させていただきます。
- ・その他不明な点がございましたら、遠慮なくお問合せください。

6、 入退所の手続き

（1）入所手続き

ご来所又はお電話にてご相談をいただきました後に、入所が決まりましたら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の相談をして下さい。

（2）退所手続き

①ご利用者の都合による退所

退所希望の30日前までにお申出ください。

②自動終了

以下の場合は双方の通知なくと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）又は要支援と認定された場合
- ・ご利用者がお亡くなりになった場合
- ・ご利用者又は、ご家族の以下のようない行為があり、ハラスメントと該当するとみなされる場合契約解除いたします
- ・セクシャルハラスメント（体を触る、手を握る、性的な卑猥な言動等）
- ・カスタマーハラスメント（暴力又は乱暴な言動、無理な要求、物を投げつける、刃物をむける等）（社会通念を超えたと思われる苦情）
- ・その他（個人の番号を聞く、ストーカー行為）
- ・サービス利用中に、ご契約者本人以外の写真や動画の撮影、また

録音などをインターネットなどに掲載する行為があった場合

③その他

- ご利用者がサービス料金の支払いについて、利用契約書に記載する支払期限を15日以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、催告日から15日以内に支払わない場合、又はご利用者ご家族などが当施設や当施設職員に対して本契約を継続しがたい背信行為を行った場合は退所していただくことがございます。
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ヶ月しても退院できないことが明らかになった場合、ご家族に連絡しご理解いただいた上で契約を終了させていただきます。
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下さい。
- やむを得ない理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ことがございます。この場合、契約終了30日前までに文書にてお知らせいたします。
- 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、ご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当施設をご利用される場合はその利用に要する実費を請求いたします。

7、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、施設の提携する医療機関に受診もしくは救急車の依頼等必要な処置を講ずる他、【重要事項説明書別紙】に記載されたご家族の方に速やかに連絡いたします。

8、事故発生時の対応

- 事業者はご利用者に対する施設サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかにご利用者ご家族に連絡し、必要な措置を講じます。また、医療機関にて治療・入院にいたる事故（軽微なものを除く）は県・保険者（市区町村）に報告します。
当該事故の状況及び事故に際して採った措置について記録します。
- 事業者は、事故の原因が事業者の責めに帰す場合、所定の手続きを経て損害賠償を速やかに行います。

9、サービス内容に関する相談・苦情

施設の設備又はサービスに関するご利用者の要望、苦情等に対し、【重

要事項別紙】に定めた窓口にて迅速に対応します。

10、福祉サービス第三者評価の実施状況

実施の有無 有・無

年　　月　　日

特別養護老人ホームふれ愛の郷の入所にあたり、ご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。

【事業者】　　名　称　　社会福祉法人　敬　愛　会
　　　　　　　　所在地　　埼玉県加須市新川通179-1

【説明者】　　所　属　　特別養護老人ホーム　ふれ愛の郷

氏　名 _____ (印)

私は、契約書及び本書面より、事業者からふれ愛の郷の利用についての重要な事項の説明を受け、了承しました。

【ご利用者】　住　所 _____

氏　名 _____ (印)

ご利用者は、身体の状況等により署名ができないため、本人の意思を確認のうえ、私が本人に代わって、その署名を代行しました。

【署名代行者】　住　所 _____

氏　名 _____ (印)

【重要事項説明書 別紙】

1. 利用料金

(1) 基本単位 ・ 施設利用料

	1日あたり自己負担	
	2~4人部屋	個室
要介護 1	589単位	589単位
要介護 2	659単位	659単位
要介護 3	732単位	732単位
要介護 4	802単位	802単位
要介護 5	871単位	871単位

※介護保険負担割合証によるものとする。

食 費	1900円／日
住 居 費	2~4人部屋 900円／日
	個室 1500円／日

※ 利用料金は上記単位に地域区分（加須市6級地）の割合（10.27）を乗じた金額となります。

※ 食費、居住費につきましては、所得に応じた負担限度額が設けられています。限度額の適用を受けるには、あらかじめ市町村に申請を行い、負担限度額認定証の交付を受ける必要があります。この認定証に基づき、請求額が決まります。

※ 入所後30日間に限り料金に一日あたり30単位の加算があります。（初期加算）（30日を越える病院に入院後に施設に再び入所した場合も同様）

※ 入所後、最初の一日目のみに20単位の加算があります。（安全対策体制加算）

※ 入所期間中に入院、又は外泊した期間の取扱いについては、介護保険給付の扱いに応じた料金となります。1日246単位（6日／月）を上限とする。
(当該入院が月をまたがる場合は最大で12日) (外泊時費用)

※ 入院・外泊時はショートステイで空床利用をさせていただきます。

尚、入院または外泊期間中でもそのご利用者のために部屋が確保されている場合は上記住居費をいただきます。

ただし、ショートステイで空床利用させて頂いた場合はその期間はいただけません。

又、職員体制および、利用者の状態に応じサービスの提供があった場合、以下のようないい加算付加となります。

- ・栄養ケアマネジメント強化加算 1日あたり 11単位
- ・経口移行加算 1日あたり 28単位 (所定の期間)
- ・経口維持加算 I (著しい誤嚥が認められる方)
1月あたり 400単位 (所定の期間)
- ・経口維持加算 II (誤嚥が認められる方)
1月あたり 100単位 (所定の期間)
- ・療養食加算 1回あたり 6単位 (提供した場合)
(1日3食を限度とする)
- ・口腔衛生管理加算 (I)・(II) 1月あたり 90単位又は110単位
(提供した場合)
- ・日常生活維持支援加算 1日あたり 22単位 (職員体制により加算)
- ・サービス提供体制強化加算 1日あたり 6単位又は12単位又は18単位
(職員体制により加算)
- ・看護体制加算 (I)・(II) 1日あたり 6単位又は13単位
(看護体制により加算)
- ・夜勤職員配置加算 (II) 1日あたり 22単位 (職員体制により加算)
- ・排せつ支援加算 (I) 1月あたり 10単位 (提供した場合)
- ・褥瘡マネジメント加算 (I)・(II) 1月あたり 3単位又は10単位
(提供した場合)
- ・低栄養リスク改善加算 1月あたり 300単位
- ・再入所時栄養連携加算 1回あたり 400単位 (提供した場合)
- ・安全対策体制加算 入所時1回のみ 20単位
- ・自立支援促進加算 1月あたり 280単位 (提供した場合)
- ・科学的介護推進体制加算 (I)・(II) 1月あたり 40単位又は50単位
- ・看取り介護加算 (I) 死亡日以前31日以上45日以下 72単位
死亡日以前 4日以上30日以下 144単位
死亡日の前日及び前々日 680単位
死亡日 1280単位
- ・看取り介護加算 (II) 死亡日以前31日以上45日以下 72単位
死亡日以前 4日以上30日以下 144単位
死亡日の前日及び前々日 780単位
死亡日 1580単位

・配置医師緊急時対応加算	(早朝) 6～8時	650単位
	(夜間) 18～22時	650単位
	(深夜) 22～翌6時	1300単位
・生産性向上推進体制加算（II）	1月あたり	10単位
・認知症チームケア推進加算（II）	1月あたり	120単位（対象者のみ）

※介護職員等処遇改善加算II 上記加算を算定した単位数の13.6%を乗じた単位数

（2）その他の料金

①日常生活費	ご利用者の日常生活上の便宜にかかる費用 Aセット 200円／日 Bセット 250円／日
②おやつ代（選択）	150～350円
③特別食	実費（メニューによって異なります。）
④希望食	実費
⑤行政手続代行費	実費
⑥理美容費（散髪）	2,800円
⑦電気使用料	テレビ、電気毛布、アンカ等をご利用される方は、（1日50円／1家電）の費用をいただきます。
⑧送迎費	基本ご家族対応とさせて頂きますが、施設側で送迎対応となった場合については交通費実費相当額をいただきます。

上記の他レクリエーションや行事の費用、買い物サービス費用など自己負担となります。

2 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、以下の関係医療機関等に必要な処置を講ずる他、家族の方に速やかに連絡いたします。

但し、緊急を要する場合は、救急隊の判断によって希望する病院に搬送できないこともあります。

緊急連絡先 ①			
氏 名			
住 所			
電話番号・携帯番号			
続 柄			
緊急連絡先 ②			
氏 名			
住 所			
電話番号・携帯番号			
続 柄			
かかりつけ医			
病院名		医師名	
住 所			
電話番号			
緊急時に搬送を希望する病院			
病院名			

※ 上記連絡先、①②の順に連絡いたします。

※ 上記搬送先希望でも、救急隊の判断によって搬送できない場合もあります。

3 サービス内容に関する相談・苦情

苦情相談窓口 ふれ愛の郷

生活相談員 村井 夏実

0480-72-1590

(受付時間 8:30~17:30)

社会福祉法人 敬愛会

第三者委員 本島 明和

0480-52-3109

社会福祉法人 敬愛会

第三者委員 武笠 真一

048-832-8435

その他の苦情 加須市役所 高齢者福祉課 0480-62-1111

受付機関 埼玉県国民健康保険団体連合会 048-824-2568