

特別養護老人ホーム フレシール岩槻  
重要事項説明書

＜ 令和 7年 4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 048-790-2601 （午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分まで）

担当 生活相談員・介護支援専門員

※ ご不明な点は、なんでもお尋ねください。

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 北友会               |
| 法人所在地 | 埼玉県さいたま市岩槻区大字加倉字坂下 190 番 |
| 電話番号  | 048-790-2601             |
| 代表者氏名 | 本田 隆治                    |
| 設立年月日 | 平成 15 年 7 月 10 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 フレシール岩槻 |
| 介護保険指定番号 | 1176514790        |
| 電話番号     | 048-790-2601      |
| FAX 番号   | 048-790-2602      |
| 開設年月日    | 平成 28 年 4 月 1 日   |
| ユニット数    | 8 ユニット            |
| 入居定員     | 96 名（1 ユニット 12 名） |

(3) 同施設の設備の概要（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     | 27室 | 各ユニットに3室                        |
| 浴室        | 10室 | 特殊浴槽6基（ストレッチャー浴・ボランテ）<br>一般浴槽4基 |
| 医務室       | 1室  | 1階                              |

※各居室内には、ベッド、エアコン・洗面台が備え付けてあります。

※居室の変更につきましては、契約者や入居者から居室の変更希望の申し出があった場合、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、入居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、入居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（特養定員 96 名）（令和 7 年 4 月 1 日現在）

① 管理者 1 人（8：30～17：30 勤務）

管理者は、施設の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行う。

② 医師 1 人（第一水曜日～第四水曜日 10：00～12：00 勤務）

医師は、入居者の健康状況に注意するとともに、健康保持のための適切な措置をとる。

③ 生活相談員 1 人（8：30～17：30 勤務）

生活相談員は、入居者及び家族等からの相談に応じ、必要な助言その他援助を行うとともに、職員に対する技術指導、関係機関との連絡調整等を行う。

④ 介護支援専門員 2 人（8：30～17：30 勤務）

介護支援専門員は、施設サービス計画の作成を行う。

⑤ 機能訓練指導員 1 人（8：30～17：30 勤務）

機能訓練指導員は、機能の減衰を防止するための訓練を行う。

⑥ 管理栄養士 2 人（8：30～17：30 勤務）

管理栄養士は、給食の献立作成、入居者の栄養指導、調理員の指導等を行う。

⑦ 看護職員 6 人（8：30～17：30 勤務）

看護職員は、入居者の日々の健康状態のチェック、保健衛生上の指導や看護を行う。

⑧ 介護職員 43 人（早番・日勤・遅番・夜勤の 24 時間交代制勤務）

介護職員は、入居者の入浴、給食等の介助及び援助を行う。

1 フロア（1 日職員配置）

早番 7：00～16：00 2 人

日勤 9：00～18：00 1～2 人

遅番 1 11：00～20：00 1 人

遅番 2 13：00～22：00 1 人

夜勤 22：00～翌 7：00 1 人

⑨ 事務職員 3 人（8：30～17：30 勤務）

事務職員は、必要な事務を行う。

⑩ 調理員 15 人（6：00～20：00 で交代制勤務）

調理員は、献立に基づき、給食を調理し、配膳を行う。

※調理員等は業務委託を行っております。

### 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

専門職（介護支援専門員、相談員等）介護職員が協議して計画を立て、入居者様又はご家族に説明し同意をいただきます。

#### ② 食事

朝食... 7 時 45 分～ 9 時

昼食...11 時 45 分～13 時

夕食...17 時 45 分～19 時

※衛生上の観点から、食事提供は調理完了から 2 時間以内とし、上記の時間内にお召し上がり頂く事になります。

#### ③ 入浴

週に最低 2 回の入浴になります。但し、身体の状態に応じて入浴介助もしくは特別浴または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、体位交換、シーツ交換、移動の付き添い等

#### ⑤ 機能訓練

週 1 回程度で、居室や一階機能訓練室にて機能訓練指導員が行います。

#### ⑥ 生活相談

介護以外の日常生活に関する事等も、ご相談ください。

又、ご相談に関する施設からのご連絡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っております。

また、嘱託医による毎月 1 回の診療を実施いたします。

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。

嘱託医（内科） ひかりクリニック

住所：埼玉県さいたま市大宮区大成町 3-339-2 光ビル

電話：048-729-7070

協力病院 医療法人一成会 さいたま記念病院

住所：埼玉県さいたま市見沼区東宮下西 196

電話：048-686-3111

⑧ 療養食・行事食の提供

療養食（医療上必要な場合等）や行事食の提供も致します。料金については通常の食費に加算し、個人負担となる場合がございます。

⑨ 理美容サービス

希望の方は、専門の理美容の方に来て頂き行います。理美容業者からの請求により実費をご負担いただきます。

⑩ 行政代行手続

行政手続きの必要があれば生活相談員へご相談ください。事由により、費用が発生する場合は別途頂戴することもございます。専門家を斡旋・依頼する時は、個別に対応をお願い致します。

⑪ 所持品保管

衣類や個人の持ち物は、収納家具等をお持ちいただき保管ください。持ち物に関しましては、必ずお名前をご記入下さい。

⑫ レクリエーション

各ユニットにて実施をしております。

また、事業計画に基づき、計画が立てられます。その他ご希望により個人の趣味活動を援助いたします。材料費用等が発生した場合、実費をご負担いただきます。

⑬ 事故発生時の対応方法

施設にて事故などが発生した場合は、速やかに必要な処置を講ずる他、入居者様ご家族にご連絡などを行います。

⑭ 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。

⑮ 日用品等の提供

日常生活品の購入代金等入居者様の日常生活に要する費用で、入居者様にご負担いただくことが適当であるもの（嗜好品の購入代金等）にかかる費用をご負担いただきます。

⑯ 入居者の入院対応・定期受診について

定期的な受診等に関しては原則ご家族に対応していただきます。  
入院の手続き、対応等もご家族対応となります。

4 利用料金

施設利用料金は、別紙料金表に定める自己負担分をお支払いいただきます。また、介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、入居者様の負担額を変更します。（料金表別紙）

【お支払方法】

毎月 20 日までに前月分の請求書を発行いたします。請求書発行月の 28 日に指定の銀行口座より振替させていただきます。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。領収書は次の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、大切に保管ください。

【お振込口座】

|      |                          |
|------|--------------------------|
| 銀行名  | りそな銀行 金町支店（店番 172）       |
| 口座番号 | 普通預金 1401360             |
| 口座名義 | 社会福祉法人 北友会               |
|      | 理事長 本田 隆治                |
| 口座カナ | フク）ホクユウカイ リジチョウ ホンダ タカハル |

## 5 退去の手続き

### (1) 退去手続き

#### ① 入居者様のご都合で退去される場合

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。

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。

- ・入居者様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入居者様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（要介護 1、2 の方はやむを得ない場合のみ可）

※この場合、所定の期間の経過をもって退去していただくことになります。

- ・入居者様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。

#### ② その他

※入居者様が、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、または入居者様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。

※入居者様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く場合がございます。

尚、この場合、退院後に再度入居を希望される場合は、お申し出下さい。

※居室費は外泊・入院された場合第 1 段階から第 3 段階の方は、6 日目までは負担限度額認定の適用が受けられますので、各段階の居室費を請求させていただきますが 7 日目以降は負担限度額認定が適応されない為、基準費用額 2,500(日額)の料金が発生します。

※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。

## 6 退去時の援助

契約の終了により入居者様が退去する際には、入居者様及びご家族の希望、入居者様が退去後に生活なさる環境等を勘案し、円滑な退去のために必要な援助を行います。

## 7 当施設のサービスの特徴等

### (1) 運営の方針

入居者様一人ひとりが自立した存在として、これからも充実した人生を送っていただくために、また、サービスを通じて最高の満足を感じていただけるよう、尊厳と感謝を忘れず、常に入居者様のニーズを捉えたサービスを「安全・安心・快適・楽しみ・生きがい」の5つの視点から提供します。

安全 「心身に関わる様々なリスクを回避した」環境やサービスを提供します。

安心 「心が安らぎ穏やかに過ごす事ができる」環境やサービスを提供します。

快適 「心身共に心地よい条件を備えた」環境やサービスを提供します。

楽しみ 「満ち足りていて、嬉しさや喜びを実感できる」環境やサービスを提供します。

生きがい 「生きる喜びやほりあいを実感できる」環境やサービスを提供します。

### (2) サービス利用のために

#### ①身体拘束について

身体拘束は、原則として行いません。ただし、生命や身体の安全確保のためなど、やむを得ない場合には、入居者様又はご家族の同意を得たうえで一時的に行なうことがあります。また、身体拘束を行った際には、必ず経過報告をさせていただき、一日も早い身体拘束解除を目指します。

#### ②虐待の防止について

施設は、入居者様等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ・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 身体拘束廃止・高齢者虐待防止委員会委員長**

- ・成年後見制度の利用を支援します。
- ・職員が支援にあたっての悩みや苦悩を相談できる体制を整えるほか、職員が入居者様等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。
- ・虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について職員に周知徹底を図っています。
- ・虐待防止のための指針の整備をしています。
- ・職員に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- ・サービス提供中に、当該施設職員又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる入居者様を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

#### ③食事・排泄・レクリエーション・リスクマネジメント等の各委員会を組織します。（年度により委員会を変更・追加する場合もございます）

#### ④職員は可能な限り各種研修を受講します。

施設内研修及び外部研修等

(3) 提供するサービスの第三者評価の実施状況  
行っておりません。

(4) 施設利用に当たっての留意事項

- |           |   |
|-----------|---|
| ①面会       | 9：00～18：00の間、自由に面会できます。<br>時間外の面会を希望される際は、ご相談下さい。<br>受付で面会簿をご記入ください。<br>※感染流行期などで変更となる場合がございます。   |
| ②外出、外泊    | 健康上の理由で医師が禁止した場合を除き、安全確保を基本とし事前に届出を施設長へ提出のうえ、自由に行えます。   |
| ③飲酒、喫煙    | 原則禁止になります。  |
| ④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。<br>施設、設備（居室内備え付けの物、壁紙等）を壊したり、汚したりした場合には、入居者様もしくはご家族の負担により原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。  |
| ⑤所持品の持ち込み | 居室に収納家具はございませんので、所持品が入る程度の整理タンスのお持込をお願い致します。お仏壇などを持ち込まれても結構です。ろうそく等、火器は厳禁となります。<br>※冷蔵庫の持ち込みについて<br>品質管理、衛生面等の問題もある為、原則禁止となります。<br>※入居者の携帯電話のお持込について<br>ペースメーカーをご使用になられている入居者様もおりますので、携帯電話のお持込に関しましては原則禁止。<br>又、ご面会の方につきましてはご使用になられる際は、ご本人の居室にて使用していただきますようお願い致します。<br>なお、ペット類は原則的として施設内への立ち入りは禁止させていただきます。 |
| ⑥宗教活動等    | 原則として、ご本人の自由ですが、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。  |



## 8 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、ご家族へ速やかにご連絡いたします。

ご家族に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。その際に必ずご家族に連絡できるように協力をお願いいたします。また入院対応、医師の指示により家族対応が必要になります。

## 9 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。                                   |
| (2) 消防設備   | 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。              |
| (3) 避難訓練   | 消防法の定めにより、以下の訓練を最低数として実施します。<br>総合訓練 年 2 回（内 1 回夜間想定） |
| (4) 防火管理者  | 事務主任 木村 あゆみ   |

## 10 サービス内容に関する相談・苦情

- (1) 苦情受付担当者                      事務長  
    苦情解決責任者                      施設長
- (2) 電話番号                              048-790-2601
- (3) FAX 番号                              048-790-2602
- (4) その他、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。

### ・岩槻区役所高齢介護課

住所：さいたま市岩槻区本町 3-2-5

電話：048-790-0169

### ・さいたま市介護保険課

住所：さいたま市浦和区常盤六丁目 4 番 4 号

電話：048-829-1264・1265

### ・埼玉県国民健康保険団体連合会

住所：さいたま市中央区大字下落合 1704

電話：048-824-2568

### ・第三者委員連絡先

氏名：武田 友宏(社会福祉法人北友会 監事)

連絡先：080-6526-7613

氏名：尾嶋 孝夫(民生委員)

連絡先：090-8842-8346

※苦情申出人が第三者委員への報告を希望する場合、匿名での苦情および文書による重大な指摘があった場合は、速やかに第三者委員に報告し必要な対応を行います。第三者委員に報告した場合は、必ず返答をもらい苦情申出人に結果を報告します。

令和      年      月      日

私は、契約書および本書面により、これから入居する施設の介護老人福祉施設サービスについての重要事項の説明を受け同意しました。

【契約者】

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

【契約代理人】

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

続柄 \_\_\_\_\_

ユニット型介護老人福祉施設サービスの開始にあたり、入居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交付しました。

【事業者】

|         |                                 |
|---------|---------------------------------|
| 事業者名    | 社会福祉法人 北友会<br>特別養護老人ホーム フレシール岩槻 |
| 指定事業者番号 | 1176514790                      |
| 所在地     | 埼玉県さいたま市岩槻区大字加倉字坂下 190 番        |
| 代表者     | 理事長 本田 隆治                       |

説明者

# 個人情報保護及び取扱いに関する同意書

## 【使用目的】

### 1. 介護サービス提供に関すること

※ご同意いただきましたら□にチェックをお願い致します。

- ☐ 当施設での介護サービス提供に関して、衣類の名前の記入をすること。
- ☐ レクリエーション時などにご本人様の名前をお呼びしたり発表すること。
- ☐ ご本人様の施設生活風景を写真で撮影すること。
- ☐ 施設生活風景を撮影したものを施設内掲示板等に掲示すること。
- ☐ 広報誌やホームページ等に写真を掲載すること。
- ☐ 介護記録などに名前を載せること。また、施設内の会議などにて名前を出すこと。
- ☐ 医療的な情報を聞くこと、また、施設外の医療機関との連絡時に情報提供すること。
- ☐ ケアマネジメントに関して、情報提供や確認、会議などに使用すること。
- ☐ 利用者に関わるケアプランを作成
- ☐ その他関係機関への情報提供をすること。
- ☐ 市区町村等からの要請があった場合など。

### 2. 介護請求に関すること

※ご同意の上、ご入居となります。

- ・当施設での介護保険に関しての請求等で使用。
- ・審査機関、保険者からの問い合わせに回答する等で使用。
- ・公費負担に関する行政機関からの問い合わせに回答する等で使用。

### 3. 当施設の管理業務に関する

※ご同意の上、ご入居となります。

- ・会計、経理になどで使用。
- ・当施設のサービス向上のために使用。
- ・賠償保険などで使用。

## 入居におけるリスクについての同意書

当施設では入居者様が快適な入居生活を送られますよう、安全な環境作りに努めておりますが、入居者様の身体状況や病気に伴う様々な症状が原因により、下記の危険性が伴うことを十分にご理解ください。

ご確認いただきましたら□にチェックをお願いします。

- ☐ 歩行時の転倒、ベッドや車椅子からの転倒等による骨折、外傷、頭蓋内損傷のおそれがあります。
- ☐ 介護老人福祉施設は、原則的に身体拘束を行わないことから、転倒、転落による事故の可能性がります。
- ☐ 高齢者の骨はもろく、通常の対応でも容易に骨折するおそれがあります。
- ☐ 高齢者の皮膚は薄く、少しの摩擦で表皮剥離がしやすい状態にあります。
- ☐ 高齢者の血管はもろく、軽度の打撲であっても皮下出血がしやすい状態にあります。
- ☐ 脳や心臓の疾患により、急変や急死される場合もあります。
- ☐ 本人の全身状態が急に悪化した場合、当施設配置医師（又は看護師）の判断で救急搬送もしくは緊急的に受診を行うことがあります。
- ☐ 受診の際に緊急連絡先の方にご連絡し、受診の付き添いをお願いする場合があります。

## 外泊・入院中の居室の転用に関する同意書

入居者の方が外泊や入院などで居室を使わない場合に、外出から戻るまでの期間、又は退院されるまでの期間に限り、短期入所生活介護（ショートステイ）にお部屋を貸すことを了承いたします。

衣類や家具などのお持込になられたものに関しては、原則としてそのままの状態で使用して頂きますが、お貸ししている方が使用しないようシーツ等で覆ったり、場合によっては移動させて頂くなどの対応をとらせていただきます。尚、短期入所生活介護の入居者様が利用中の期間は、居住費は発生しません。

上記の説明を了承して、外泊・入院時の居室の転用、住居費に関して

了承します

・

了承しません

## 連絡確認表

当施設では、契約代理人様への連絡について下記の通り事前に確認をいただいております。

項目に対してのご要望について○で囲ってください。

|                    |         |            |
|--------------------|---------|------------|
| ● 発熱時（38 度以下）      | 連絡してほしい | ・ 様子をみてほしい |
| ● 発熱時（38 度以上）      | 連絡してほしい | ・ 様子をみてほしい |
| ● 外傷がみられた時         | 連絡してほしい | ・ 様子をみてほしい |
| ● 転倒時（痛み・外傷等が無い場合） | 連絡してほしい | ・ 様子をみてほしい |
| ● 転倒時（痛みがある場合）     | 連絡してほしい | ・ 様子をみてほしい |
| ● 転倒時（外傷がある場合）     | 連絡してほしい | ・ 様子をみてほしい |
| ● 嘔吐がみられた時         | 連絡してほしい | ・ 様子をみてほしい |
| ● 下痢があった時          | 連絡してほしい | ・ 様子をみてほしい |
| ● 食事摂取量の低下がみられた時   | 連絡してほしい | ・ 様子をみてほしい |
| ● 理美容について          | 連絡してほしい | ・ 職員の判断で対応 |
| ● 上記内容が夜間に発生した場合   | 夜間でも連絡  | ・ 翌日に連絡    |

入居者の状態が急激に悪化、もしくは緊急と判断した場合は、上記に関わらず予め頂いた方へのご連絡をさせていただきます。

また、連絡が取れない等の場合は搬送後の連絡となってしまう可能性があることをご了承ください。

## 急変時における延命等に関する意思確認書

1. 私は、急変時において延命処置について以下のように希望します。

- ☐ 急変時、心臓マッサージ及び自動体外式除細動器（AED）は希望し、  
上記以外の延命を希望いたしません。
- ☐ 上記の他すべての延命を希望します。
- ☐ 上記含め一切の延命を希望しません。

2. 私は、献体などの登録を

- ☐ していません。
- ☐ しています。

- (1) 献体
- (2) 骨髄バンク
- (3) アイバンク
- (4) 臓器提供意思カード
- (5) その他 ( )

入居者 氏名

家族代表者 住所

氏名 \_\_\_\_\_

入居者との続柄



## 施設内感染症及びまん延対応についての同意書

社会福祉法人 北友会  
特別養護老人ホーム フレシール岩槻

私 \_\_\_\_\_ は下記の事項について同意を致します。

施設内の感染症の流行時期及びまん延における施設内の状況を理解した上で面会が出来なくなることもあります。

その際はご家族様に施設から連絡し、面会謝絶する場合があります。

面会再開時はご家族様に連絡致します。

介護老人福祉施設入居にあたり、下記の内容について説明しました。

1. 個人情報保護に関する同意書
2. 入居におけるリスクについて
3. 外泊・入院中の居室利用に関しての同意書
4. 連絡確認表
5. 急変時における延命等に関する意思確認書
6. 施設内感染症及びまん延対応についての同意書

事業者

所在地 埼玉県さいたま市岩槻区大字加倉字坂下 190 番

名 称 社会福祉法人 北友会

特別養護老人ホーム フレシール岩槻

理事長 本田 隆治

私は、入居にあたり下記の内容について説明を受け同意いたします。

令和      年      月      日

入居者      住所

氏名

代理人      住所

氏名

入居者との続柄

家族代表者      住所

氏名

入居者との続柄