

# 老人福祉施設重要事項説明書

社会福祉法人 まあれ愛恵会

特別養護老人ホーム 上尾たいようの杜

# 介護老人福祉施設重要事項説明書

〈2026年4月1日現在〉

## 1. 上尾たいようの杜の概要

### (1) 目的及び運営方針

- ・利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。
- ・事業者職員は、利用者が可能な限り、居宅における生活への復帰ができることを念頭に、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事等の介護、相談、援助、社会生活上の便宜の供与、その他、日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話、家族の身体的、精神的負担の軽減を行うものとする。
- ・地域や家族との結びつきを重視し、関係市町村、居宅介護支援事業所及び他の居宅サービス事業所並びにその他の保険医療サービス及び福祉サービスを提供する者との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

### (2) 提供できるサービスの種類

事業所名	特別養護老人ホーム上尾たいようの杜
所在地	埼玉県上尾市大字西門前 755 番地 1
電話番号	048-774-9700
指定事業所番号	1171603218

### (3) 設備概要

定員	100名	医務室	1室
居室 ユニット型個室	100室	機能訓練室(他と兼ねる)	9室
浴室	個浴・リフト浴 機械浴があります	相談室	1室
		地域交流スペース	1室
共同生活室	9室		

(4) 職員体制：表中の人員は表題に示す時点のものであり、法令が定める職種別の職員基準配置人員を下回らない範囲で変動します。

職種	2026年4月1日の人員配置			業務内容
	常勤(兼務含)	非常勤	計	
施設長	1	0	1	管理全般
医師	0	1	1	診療、健康管理等
生活相談員	2	0	2	生活相談等
介護支援専門員	1	1	2	サービス計画の立案等
管理栄養士	1	0	1	栄養管理等
看護職員 (准看護師含)	2	4	6	医療、健康管理等
	内正看護師	2	2	
機能訓練指導員	1	0	1	機能回復訓練等
介護職員	40	16	56	日常介護等
事務員	3	9	12	一般事務、清掃

(5) 職員勤務時間

介護職員	早番 7:00~16:00	日勤 8:30~17:30	遅番 11:30~20:30	夜勤 16:30~9:30
看護職員	日勤 8:30~17:30			

2. 提供するサービスについての相談窓口

電話番号：048-774-9700

責任者：施設長 二橋友也 担当者：生活相談員 澤田しのぶ・齋藤友美

ご不明な点は、何でもお尋ね下さい。

3. サービス提供にあたっての方針

- (1) 事業者は、職員研修を定期・必要時実施し、適切なサービスを行い、事故発生の防止のため業務手順を作成し、必要に応じて改善を行います。
- (2) 事業者は、身体拘束は原則として行いません。ただし、利用者又は他の利用者等の生命身体を保護するためにやむを得ない場合、その態様及び時間、その際の利用者の心身状況を家族に説明し、同意を得た上で行います。なお、身体拘束を行う際は、できるだけ利用者の負担とならないよう配慮するとともに、実施の記録を作成します。
- (3) 事業者は、褥瘡が発生しないよう適切な介護を行うとともに、その発生を防止するための体制を整備します。
- (4) 事業者は、施設内で発症が予測される感染症等に対し、対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果を介護職員その他の職員に周知徹底を図ります。

4. サービス内容

事業者は、以下のサービスを提供します。

(1) 介護保険適用サービス内容

①施設サービス計画の作成：利用について解決すべき課題を把握し、利用者の意向を踏まえた上で、介護福祉施設サービスの目標及びその達成時期、サービス内容、サービスを提供する上での留意点等を盛り込んだ施設サービス計画を作成し、利用者又は家族に説明の上、同意をいただきます。

②生活介護：施設サービス計画に沿って下記の介護を行います。

・入浴介助・排泄介助・体位変換・シーツ交換・離床介助・着替え介助・整容介助・食事介助  
レクリエーション

・施設内の移動の付き添い等

\*入浴：週に最低2回入浴します。ただし、利用者の状態に応じ特別浴又は清拭となる場合があります。

③食事

朝食時間：8:00～ 昼食時間 12:00～ おやつ 15:00～ 夕食時間 18:00～

\*食事は、実費をお支払いいただきます。

④生活相談：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。

- ⑤健康管理：月1回嘱託医による回診、年1回健康診断を行います。また、医務室にて診療や健康サービスを受けることができます。
- ⑥居室：居室の場所は利用者の状況等により決めさせていただきます。入所後においても利用者の状況等により変更することがあります。

## (2) 介護保険適用外サービスの内容

- ①理美容サービス：定期的に委託業者による利用サービスを実施しております。別途実費をお支払いいただきます。
- ②行政手続き：行政手続きの代行を行っています。ご希望の場合は職員にお申し出下さい。ただし、手続きに係る実費をお支払いいただきます。

## 5. 料金等について

### (1) 料金

【別紙】により決めさせていただきます。なお、その際には利用者に関する所得段階を証明する市区町村発行の証明書類が必要となります。

### (2) 利用料金の変更

介護保険関係法令の改正等により、利用料金に変更になる場合がございます。また、居住費につきましても公共料金等の変更に伴い料金変更されることがございます。

### (3) 支払い方法

当月の料金の合計額を翌月の20日頃までに請求書を通知し、27日(銀行休業日の場合、その翌営業日)に口座自動引き落としにより料金を徴収します。

料金の支払いが確認後、利用者に対し領収証を発行します。

## 6. 入退所について

### (1) 入所について

#### ①入所に当たり事前に提出(提示)していただく書類

診療情報提供書(指定事項が記載された3か月以内のもの)、介護保険被保険者証、介護保険負担割合証、介護保険負担限度額認定証、健康保険資格確認書、後期高齢者医療資格確認書

#### ②入所時に提出(提示)していただく書類

契約書、重要事項説明書、介護保険被保険者証、介護保険負担割合証、健康保険資格確認書、後期高齢者医療資格確認書、その他必要な書類

#### ③契約成立後入所され、サービスの提供を開始します。

居室サービス計画書の作成を依頼している場合、事前に担当介護支援専門員とご相談下さい。

### (2) 退所について

#### ①利用者の都合で退所される場合

- ・退所を希望される日の7日前までに文書でお申し出下さい。

#### ②自動終了の場合

以下の場合には双方の通知がなくても、自動的にサービスが終了いたします。

- ・利用者が他の介護保険施設等に入所した場合・・・その翌日

- ・利用者がお亡くなりになった場合 . . . 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)又は要支援と認定された場合 . . . 所定期間の経過をもって退所

## 7. その他の場合

- ・利用者が、サービス利用料金の支払を支払期限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、その催告日から15日以内に支払われない場合、又は利用者や家族等が事業所や事業所職員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。
- ・利用者が病院又は診療所に入院し、明らかに3カ月以内に退院できる見込がない場合又は入院後3カ月経過しても退院できないことが明らかになった場合、契約を終了させていただき場合がございます。
- ・やむを得ない事情により、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、次の施設内禁止行為を行った場合、利用者、連帯保証人と事業所が協議し契約を終了させていただきます。
  - ア) 喧嘩、口論等他人に迷惑をかけること
  - イ) 政治活動、宗教、習慣等により、自己の利益のために他人の事由を侵害したり、他人を排撃したりすること
  - ウ) 施設の秩序、風紀を乱し、又は安全衛生を害すること
  - エ) 無断で施設もしくは備品に損害を与え、又はこれらを施設外に持ち出すこと
- ・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施設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。

## 8. 受診を必要とされる時の対応方法

医療上受診が必要な場合、当施設にて送迎を行います。通院先の距離により、送迎ができない場合がございます。なお、受診時は家族同伴となります。

## 9. 施設ご利用の留意点

### (1) 面会時間 9:00~20:30

- ・インフルエンザ流行時等、面会を制限する場合がございます。

### (2) 外出、外泊

- ・事前に申し出て下さい。
- ・体調不良等、外出、外泊が困難と判断させていただき場合がございます。その上で外出、外泊された場合、病変等が起きても当施設としては責任を負いかねますのでご了承下さい。

## 10. 非常災害対策

消防法等の規定に基づき非常災害に関する具体的な計画を立て、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行い非常災害に備えます。

### 1.1. 緊急時及び事故発生時の対応方法

利用者に容態の変化等があった場合は、医師に連絡する等の必要な処置を講じるほか、ご家族の方にも速やかに連絡します。なお、利用者の生命や身体の保護・安全確保等が最重要であるため、事故等の負傷者がある場合には嘱託医又は協力病院等への連絡、救急車の手配等を行い、生命や身体の保護を最優先にします。

病院受診(協力医療機関)	住 所	電 話 番 号
上尾ハートクリニック	埼玉県上尾市春日1-4-22	048-871-7348
西村ハートクリニック	埼玉県上尾市宮本町3-2	048-778-2526
藤村病院	埼玉県上尾市仲町1-8-33	048-776-1111

### 1.2. 個人情報保護の取り扱い

社会福祉法人まあれ愛恵会個人情報保護規定及び個人情報保護に関する基本方針に基づき、適正かつ適切な取り扱いに努めます。

### 1.3. 相談、要望、苦情等の窓口

(1) 介護老人福祉施設に関する相談、要望、苦情等(個人情報保護含)は下記までお申し出下さい。

特別養護老人ホーム上尾たいようの杜 電話番号 048-774-9700

(受付時間9:00~17:00)

- ・苦情解決責任者：施設長 二橋友也
- ・苦情解決担当者：生活相談員 澤田しのぶ・齋藤友美
- ・第三者委員：河野光成 電話番号 090-8566-9099  
山下久司 電話番号 090-4006-7262

(2) 当施設以外の相談、苦情窓口

名 称	住 所	電 話 番 号
上尾市高齢介護課	埼玉県上尾市本町3-1-1	048-775-5126
埼玉県国民健康保険団体連合会	埼玉県さいたま市中央区大字下落合1704	048-824-2761
埼玉県運営適正化委員会 (埼玉県社会福祉協議会内)	埼玉県さいたま市浦和区針ヶ谷4-2-65	048-822-1243

### 1.4. 第三者による評価の実施状況

ある(なし)

特別養護老人ホーム上尾たいようの杜 料金表  
利用者負担額

基本サービス費	項 目		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	介護福祉施設サービス費 (1日単位)	1割	688円	760円	837円	910円	981円
		2割	1,375円	1,520円	1,674円	1,820円	1,952円
		3割	2,064円	2,280円	2,511円	2,730円	2,943円
保険給付サービス利用料 加算サービス	項 目		1割	2割	3割		
	初期加算		31円	62円	93円	入所日から30日間算定	
	看護体制加算(Ⅰ)(Ⅱ)		13円	25円	37円		
	夜勤職員配置加算(Ⅱ)ロ		19円	37円	56円		
	個別機能訓練加算(Ⅰ)		13円	25円	37円		
	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)		19円	37円	56円		
	療養食加算(1食あたり)		7円	13円	19円		
	入院・外泊時加算		253円	506円	758円	1か月に6日間を限度で算定 (初日・最終日を除く)	
	退所時情報提供加算		257円	514円	771円		
	退所時栄養情報連携加算		72円	144円	216円		
	精神科医師定期的療養指導加算		6円	11円	16円		
	安全対策体制加算		21円	41円	62円	入所初日に限り算定	
	看取り介護加算(Ⅰ)		○死亡日以前31日～45日 <b>1割</b> ：74円/日 <b>2割</b> ：148円/日 <b>3割</b> ：222円/日 ○死亡日以前4日～30日 <b>1割</b> ：148円/日 <b>2割</b> ：296円/日 <b>3割</b> ：444円/日 ○死亡日の前日及び前々日 <b>1割</b> ：699円/日 <b>2割</b> ：1,397円/日 <b>3割</b> ：2,095円/日 ○死亡日 <b>1割</b> ：1,315円/日 <b>2割</b> ：2,629円/日 <b>3割</b> ：3,944円/日				
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)		1か月の合計単位数の11.3%					

居住費(低所得要件により減額)	2,340円(外泊や入院期間中も料金が発生します) ※負担限度額認定をお持ちの方でも7月度日目以降は減額適用されません	
食費(低所得要件により減額)	1,650円	
電化製品電気代(テレビ、加湿器等)	50円	左記保険給付外サービスは該当時支払いが発生することに 同意します・同意しません
コピー代(1枚)	10円	
日用品 ※原則、家族に持参していただきます。	歯ブラシ	
	歯磨き粉	
	BOXティッシュ	
	入歯洗浄剤	
理美容代	実費相当額	

## 負担限度額認定要件

	配偶者がいない場合	配偶者がいる場合
第1段階	・生活保護受給者または老齢年金受給者(世帯全員住民税非課税)等	
第2段階	<ul style="list-style-type: none"> <li>世帯全員住民税非課税で本人の合計所得金額+課税年金収入額が年間80万円以下</li> <li>本人の預貯金等が650万円以下</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>世帯全員と配偶者が住民税非課税で本人の合計所得金額+課税年金収入額年間80万円以下</li> <li>夫婦の預貯金等が1,650万円以下</li> </ul>
第3段階①	<ul style="list-style-type: none"> <li>世帯全員住民税非課税で本人の合計所得金額+課税年金収入額が年間80万円超120万円以下</li> <li>本人の預貯金等が550万円以下</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>世帯全員と配偶者が住民税非課税で本人の合計所得金額+課税年金収入額年間80万円超120万円以下</li> <li>夫婦の預貯金等が1,550万円以下</li> </ul>
第3段階②	<ul style="list-style-type: none"> <li>世帯全員住民税非課税で本人の合計所得金額+課税年金収入額が年間120万円超</li> <li>本人の預貯金等が500万円以下</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>世帯全員と配偶者が住民税非課税で本人の合計所得金額+課税年金収入額年間120万円超</li> <li>夫婦の預貯金等が1,500万円以下</li> </ul>

介護保険負担限度額認定	居住費	食費
第1段階	880円	300円
第2段階	880円	390円
第3段階①	1,370円	650円
第3段階②	1,370円	1,360円

年 月 日

介護老人福祉施設入所にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明をしました。

事業者

事業者名：社会福祉法人 まあれ愛恵会

住 所：埼玉県さいたま市南区南浦和2丁目12番17号

代表者名：理事長 海田英彦 印

事業所

事業所名：特別養護老人ホーム 上尾たいようの杜

住 所：埼玉県上尾市大字西門前755番地1

(指定事業所番号) 1171603218号

代表者名：施設長 二橋友也

説明者： 印

私は、本書面により事業者から介護老人福祉施設についての重要事項の説明及び別紙の説明を受けここに同意します。

利用者(契約者)

住 所：

氏 名： 印

連帯保証人(続柄： )

住 所：

電話番号：

氏 名： 印

附則

この重要事項説明書は令和7年4月1日から施行する。

この重要事項説明書は令和8年1月1日から施行する。

この重要事項説明書は令和8年4月1日から施行する。

# 個人情報使用同意書

社会福祉法人まあれ愛恵会 特別養護老人ホーム上尾たいようの杜は、利用者等の個人情報を適切に取り扱うことは、介護サービスに携わる者の重大な責務と考えます。当施設が保有する利用者等の個人情報に関し適正かつ適切な取り扱いに努力するとともに、広く社会からの信頼を得るために、自主的なルール及び体制を確立し、個人情報に関連する法令その他関係法令及び厚生労働省のガイドラインを遵守し、個人情報の保護を図ることをここに宣言します。

## 記

### 1. 使用する目的

事業者が介護老人福祉施設事業のサービスを円滑に実施するため、サービス担当者会議等において、情報共有が必要な場合に使用する。

### 2. 使用にあたっての条件

①個人情報の提供は1に記載する目的の範囲で、必要最小限に留め情報提供の際には関係者以外に漏洩しないよう細心の注意を払うこと。

②事業者は、個人情報を使用した会議、相手方、内容等を記録しておくこと。

### 3. 個人情報内容

①氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等、事業者がサービスを提供するために必要な利用者や家族に関する情報

②その他

施設内での写真の掲示	左記内容について 同意する ・ 同意しない
広報誌への写真の掲載	左記内容について 同意する ・ 同意しない
ホームページへの写真の掲載	左記内容について 同意する ・ 同意しない

### 4. 使用する期間

契約書に記載された契約開始日から退所するまで。

年 月 日

介護老人福祉施設入所にあたり、利用者に個人情報の使用についての説明をしました。

事業者

事業者名：社会福祉法人 まあれ愛恵会

住 所：埼玉県さいたま市南区南浦和2丁目12番17号

代表者名：理事長 海田英彦 印

事業所

事業所名：特別養護老人ホーム上尾たいようの杜

(指定事業所番号) 1171603218 号

代表者名：施設長 二橋友也

説明者名： 印

私は、本書面により、事業者から個人情報の使用についての説明を受けここに同意します。

利用者(契約者)

住 所：

氏 名： 印

家族代表者(続柄： )

住 所：

電話番号：

氏 名： 印

連帯保証人(続柄： )

住 所：

電話番号：

氏 名： 印