

重要事項説明書

令和6年4月1日改定

あなたに対する施設サービスの提供の開始にあたって、厚生省令第39号第4条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1 施設経営法人

法 人 名	社会福祉法人 知多福祉会
法 人 所 在 地	〒478-0017 愛知県知多市新知字二股10番地の1
電 話 番 号	0562(56)1411
代 表 者 氏 名	理事長 竹之越 康正
設 立 年 月 日	平成2年3月2日

2 利用施設

施 設 の 種 類	指定介護老人福祉施設 平成12年4月1日指定 愉愛県2374300131号
施 設 の 名 称	特別養護老人ホーム ふれあいの里
施 設 の 所 在 地	〒478-0017 愛知県知多市新知字二股10番地の1
施設長（管理者）名	福田 正
電 話 番 号	0562(56)1411
フアツクス番号	0562(56)1413
開 設 年 月 日	平成3年5月13日
入 所 定 員	100人
施 設 の 敷 地	19,670.76m ²
建 物 の 構 造	鉄筋コンクリート造亜鉛メッキ鋼板葺一部2階建
建 物 の 床 面 積	3,960.63m ²

3 事業の目的と運営の方針

事 業 の 目 的	要介護状態となった高齢者に対して適正な施設サービスを提供する。
事 業 の 方 針	1 ご利用者に対し、健全な環境の下で、社会福祉事業に関する熱意及び能力を有する職員による適切な施設サービスを提供する。 2 ご利用者の施設サービス計画に基づき、可能な限り、居宅における生活への復帰を念頭に置いて、入浴・排泄・食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与、その他の日常生活上の世話、機能訓練・健康管理及び療養上の世話をを行うことにより、ご利用者がその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるようとする。 3 ご利用者の意志及び人格を尊重し、常にその者の立場に立ってサービスを提供するようとする。 4 明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、市町村・居宅介護支援事業者・居宅サービス事業者、他の介護保険施設・その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努める。

4 居室等の概要

(1) 居室

居室の種類	定 数
1人部屋	18室
2人部屋	2室
3人部屋	6室
4人部屋	15室

(2) 主な設備

設備の種類	数	面 積	備 考
食 堂	2	323.6 m ²	
機能訓練室	1	76.3 m ²	
一般浴室	1	41.2 m ²	
特殊浴室	1	54.0 m ²	機械浴、車椅子浴
医務室・看護室	1	24.0 m ²	
静 養 室	1	17.3 m ²	
洗 面 所	3	33.4 m ²	
車椅子用トイレ	1	9.8 m ²	

5 職員の配置状況

職 種	指定基準	配置人数
施設長（管理者）	1名	
医 師	1名以上	
生 活 相 談 員	1名以上	
介 護 職 員	3名以上	
看 護 職 員	3名以上	
機能訓練指導員	1名以上	
介護支援専門員	1名以上	
管 理 栄 養 士	1名以上	
事 務 員	—	
そ の 他 の 職 員	—	

基準に準じて配置

6 勤務体制

従業者の職種	勤 務 体 制	休 暇
施設長（管理者）		
生 活 相 談 員		
介護支援専門員		
管 理 栄 養 士	常勤勤務時間帯(8:30~17:15)	4週8休
機能訓練指導員		
事 務 員	他に非常勤職員勤務	

医 師	内科医 (13:30 ~ 14:30) 嘱託で勤務 精神科医 (14:30 ~ 15:30) 非常勤で勤務 歯科医 非常勤で勤務	週 1 回回診 月 2 回往診 月 3~4 回往診
介 護 職 員	A・B勤 (7:15 ~ 16:00) C勤 (10:30 ~ 19:15) D勤 (11:15 ~ 20:00) E・F勤 (15:45 ~ 10:00) 日勤 (9:30 ~ 18:15) 他に非常勤職員勤務	4週8休
看 護 職 員	常勤勤務時間帯(8:30~17:15) 他に非常勤職員勤務	4週8休

利用者数に対して介護及び看護職員は3:1の割合で配置しています。

7 当施設が提供する施設サービスと利用料

(1) 介護福祉施設サービス

介護保険関係法令に基づき、以下のサービスを提供します。

サービスの種類	内 容								
居室の提供	・多床室又は個室								
食 事	<ul style="list-style-type: none"> ・献立は施設の管理栄養士が立て、委託業者が厨房にて調理します。 ・ご利用者の身体状況に配慮し、栄養バランスの良い食事の提供をします。 ・食事はできるだけ離床して食堂で食べていただけるように配慮します。 ・食べられない食品やアレルギーがある方は事前に相談ください。 <p>食 事 時 間</p> <table> <tr> <td>朝 食</td> <td>8時00分～</td> </tr> <tr> <td>昼 食</td> <td>11時45分～</td> </tr> <tr> <td>夕 食</td> <td>17時30分～</td> </tr> </table>	朝 食	8時00分～	昼 食	11時45分～	夕 食	17時30分～		
朝 食	8時00分～								
昼 食	11時45分～								
夕 食	17時30分～								
排 泌	<ul style="list-style-type: none"> ご利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。 <p>(定時トイレ誘導又はおむつ交換の時間)</p> <table> <tr> <td>4:00</td> <td>8:30</td> <td>13:00 (誘導のみ)</td> <td>16:00</td> </tr> <tr> <td>18:30 (誘導のみ)</td> <td>21:30</td> <td>定時以外でも</td> <td>隨時行います</td> </tr> </table>	4:00	8:30	13:00 (誘導のみ)	16:00	18:30 (誘導のみ)	21:30	定時以外でも	隨時行います
4:00	8:30	13:00 (誘導のみ)	16:00						
18:30 (誘導のみ)	21:30	定時以外でも	隨時行います						
入 浴	<ul style="list-style-type: none"> 年間を通して週2回の入浴又は清拭を行います。 しっかりと歩ける方には一般浴槽、歩行不安定・立位が困難な方には車椅子浴槽、寝たきりなどで座位がとれない方には寝たまま湯につかれる特殊浴槽をご利用頂けます。 健康状態に応じて、シャワー浴又は清拭となる場合があります。 								

健 康 管 理	<ul style="list-style-type: none"> ・4週1回の診察日を設けて健康管理に努めます。 また、緊急時必要な場合には主治医あるいは協力病院に責任を持って引き継ぐように致します。
整 容 等	<ul style="list-style-type: none"> ・寝たきり防止のため、できるかぎり離床していただくよう配慮します。 ・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行っていただくよう努めます。 ・個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるように援助します。 ・ベッド等のシーツ交換は週1回、寝具の消毒は委託業者にて実施します。
機 能 訓 練	<ul style="list-style-type: none"> 日々の日常生活動作を通して、身体機能の低下防止に努めます。
相談及び援助	<ul style="list-style-type: none"> ご利用者及びそのご家族からいかなる相談についても、誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。
社会生活上の便宜	<ul style="list-style-type: none"> 必要な教養娯楽設備を整えるとともに、生活を実りあるものとするため、適宜レクリエーション行事を企画します。 行政機関に対する手続きが必要な場合には、ご家族の状況によって、施設職員による代行ができます。

(2) サービス利用料

下記の料金表によって、ご利用者の要介護度に応じた介護福祉施設サービスの費用額から介護保険給付額を除いた金額（介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額）と居住費、食費に係る自己負担額の合計金額をお支払いいただきます。（サービス利用料は、ご利用者の要介護度に応じて異なります。）介護保険制度の改定があった場合は、サービス利用料が変更になることがあります。

◆介護福祉施設サービスに係る費用額（食費・居住費を除く）

1 単位当たりの単価 10.14 円(地域区分7級地)

(1日あたり)

	要介護度 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5
個室・多床室	589 単位	659 単位	732 単位	802 単位	871 単位

◆当施設にて加算の要件が満たされた場合に対象となる体制加算

日常生活継続支援加算 I	3 6 単位／日
看護体制加算（I）□	4 単位／日
看護体制加算（II）□	8 単位／日
夜勤職員配置加算（I）□	1 3 単位／日
サービス提供体制強化加算 I	2 2 単位／日
個別機能訓練加算	1 2 単位／日
精神科医療養指導加算	5 単位／日
介護職員等待遇改善加算	1 か月の合計単位数に 14.0 % を加算

◆該当者のみ対象となる加算

初期加算	30単位／日	施設に慣れていただくために様々な支援が必要なことから、入居日から30日間のみ加算します。
外泊時加算	246単位／日	入院や外泊時に加算されます。月に6日間まで加算します。
療養食加算	6単位／回	入居者の病状（糖尿病・腎臓病・心臓病等）に応じて、嘱託医の指示された治療食を提供させていただく方への加算です。
経口維持加算（I）	400単位／月	医師または歯科医師の指示に基づき、摂食機能障害が認められる方への加算です。

◆居住費及び食事に係る標準自己負担額（1日あたり）

居住費	多床室	個室
	915円	1,231円
食費	1,445円	

行事食を希望された場合、月1回程度306円が別途追加となる日があります。

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、ご利用者の負担額を変更します。

◆ご利用者が、短期入院又は外泊をされた場合にお支払いいただく1日当たりの利用料は、以下のとおりです。7日間を超えて入院した場合に、お部屋を維持するための費用です。

(1日あたり)

部屋維持料	多床室	915円
	個室	1,231円

◆居住費・食費の負担軽減額

世帯全員が市町村民税非課税の方（市町村民税世帯非課税者）や生活保護を受けている方の場合は、居住費・食費の負担が軽減されます。

利用者負担段階区分の認定は、お住まいの市町村役場が窓口です。

(1日あたり)

対象者	区分	居住費（居住の種類により異なります。）		食費
		多床室	従来型個室	
生 活 保 護 受 給 者 世帯全員が市町村民税非課税の方	利用者負担額第1段階	0円	380円	300円
	利用者負担額第2段階	390円	430円	390円
	利用者負担額第3段階①	430円	880円	650円
	利用者負担額第3段階②	430円	880円	1360円

(3) 介護保険給付対象サービス以外のサービスと利用料

◆別紙介護保険給付対象外サービス料金表を参照ください。利用者又は身元引受人の希望によりサービスを受ける事が出来ます。ご利用者の個人的な嗜好等による生活用品等は、ご利用者の全額負担となります。

◆利用料金の支払方法

料金、費用は1か月ごとに計算し、請求しますので、請求月の27日(金融機関が休業の場合は翌営業日)に、指定預金口座からの口座振替によりお支払いください。なお、口座振替が困難な場合は、ご相談ください。(1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額となります。)

(4) 高齢者福祉サービス第三者評価について

◆高齢者福祉サービス第三者評価は受審していません。

8 医療について

- (1) 当施設の医師(嘱託)による健康管理や療養指導は介護保険給付対象サービスに含まれていますが、それ以外の医療につきましては、医療保険を適用します。
- (2) ご利用者が入院された場合、付き添いなどの対応はすべてご家族にてお願い致します。また、ご利用者が3か月を超えて入院すると見込まれる場合もしくは入院した場合は退所していただきます。なお、ご利用者の入院時の対応は契約書第16条のとおりです。
- (3) インフルエンザ予防接種：実費自己負担となります。

嘱託医

医療機関の名称	医療法人 修文会 柳澤クリニック
所在地	知多市朝倉町458番地
電話番号	0562(57)6700

協力医療機関

医療機関の名称	特定医療法人 共和会 共和病院
所在地	大府市梶田町二丁目一二三番地
電話番号	0562(46)2222

医療機関の名称	小西歯科
所在地	知多市にしの台4丁目13-10
電話番号	0562(56)3445

医療機関の名称	公立西知多総合病院
所在地	東海市中ノ池三丁目1番地の1
電話番号	0562(33)5500

医療機関の名称	医療法人 贈恩会 知多小嶋記念病院
所在地	知多市新知字永井2番地の1
電話番号	0562(54)2333

9 残置物引取人

入所契約が終了した後、当施設に残されたご利用者の所持品（残置物）をご利用者自身が引き取れない場合には、身元引受人に残置物引取人となっていただきます。

10 苦情申立窓口

当施設のサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情がございましたら、当施設相談窓口までお気軽にご相談ください。

◎知多福祉会相談窓口

・相談受付担当者 特別養護老人ホームふれあいの里 生活相談員

電話 0562（56）1411

・相 談 委 員 知多福祉会 第三者委員2名を含む6名

◎その他の相談窓口

・知多市役所 福祉部 長寿課 電話 0562（33）3151

・知多北部広域連合 苦情相談窓口（給付係） 電話 052（689）2263

・愛知県国民健康保険団体連合会 電話 052（971）4165

11 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合は速やかにご利用者のご家族、市町村等に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

12 災害時の対策

災 害 対 策	別途定める「社会福祉法人知多福祉会 ふれあいの里消防計画」等に従い対応を行います。
避 難 訓 練	別途定める「社会福祉法人知多福祉会 ふれあいの里消防計画」等に従い年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練をご利用者にも参加いただき実施します。
防 災 設 備	スプリンクラー 消火器具 自動火災報知設備 非常警報設備 防火戸設備 誘導灯 自家発電設備 蓄電池設備 カーテン類は防炎性能のあるものを使用しています。

13 当施設利用上の注意事項

面 会	面会時間 9時00分～17時00分 面会時間を遵守し、必ず面会簿にご記入ください。 面会時に飲食物を持参される際は食べ切れる分でお願いします。ご利用者の状況によっては飲食の制限をさせて頂く場合がございますのでご了承ください。 玄関が施錠されている場合は、脇にあるインターホンで呼び出してください。
外出・外泊	外出・外泊の際には必ず行き先と帰宅時間等を職員にお伝えください。
病院受診	ご利用者の容態に異常がでた場合には、ただちに連絡させていただきます。 協力病院への受診については、原則として施設職員が対応致しますが、必要に応じてご家族の同席をお願いする場合があります。 ご利用者又はご家族のご要望による受診の場合は、ご家族での対応をお願い致します。
居室・設備・器具の利用	居室や設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。 ご利用者の不適切な利用により破損等が生じた場合には、弁償していただくことがあります。
飲 酒	飲酒は行事等で施設が準備したもの以外は禁止です。
貴重品等の管理	貴重品は、紛失や盗難の恐れがありますので、原則として持ち込みをお断りしています。
政治・宗教・営業活動	施設内での政治活動・宗教活動・営業活動は固くお断りしています。
ペット動物	ペット動物等の持ち込みや飼育はお断りしています。
そ の 他	ご利用者から相談や要望があった時には、職員ができるかぎり解決するように努力致しますが、内容によっては対応できない場合があります。その際にはご家族に連絡をさせていただきますのでご協力をお願い致します。
	季節の変わり目などに、衣類の交換をお願い致しますので、対応していただきますようお願い致します。
	ご家族（身元引受人）の連絡先や緊急連絡先が変更された時には、速やかにお知らせください。

介護保険給付対象外サービス

サービスの種類	内 容
理 美 容	年12回予定、移動理美容「たんぽぽ」による理髪サービスがあります。 1回2,600円（カットの場合）
事 務 費 用	公共料金等の支払等代行サービスや預り金の管理などの事務費用です。 月額1,000円
各 種 行 事	原則的に行事等の催し物については保険給付がされません。施設サービスの一環として行われる場合もありますが、費用負担が必要となる場合もあります。 <ul style="list-style-type: none"> ・ショッピング参加費 1回100円 ・ショッピング買物代 実 費 ・ドライブ参加時の飲食代 実 費
ク ラ ブ 活 動	参加したクラブによって異なります。 <ul style="list-style-type: none"> ・クラフトクラブ（材料費） 通常1回100円 ・書道クラブ 1回 50円 など。
日 常 生 活 用 品	<ul style="list-style-type: none"> ・歯ブラシ 1本 200円 ・モアブラシ 1本 650円 ・歯磨き粉 1本 350円 ・入れ歯洗浄剤 1個 25円 ・義歯ケース 1個 500円 ・ティッシュペーパー 1箱 100円
複写サービス	ご利用者またはご家族の希望により被保険者証などの複写を行った時の費用です。紙代を含みます。 <ul style="list-style-type: none"> ・1枚 10円
写真現像サービス (施設印刷)	施設のカラープリンターで印刷します。印刷紙代を含みます。 <ul style="list-style-type: none"> ・1枚 35円
テ レ ビ 貸 出 料	ご利用者またはご家族の希望によりテレビ設置によるテレビ貸出費用です。 <ul style="list-style-type: none"> ・日額 20円
そ の 他	喫 茶：週1～2回、喫茶を行います。1品100円 自 販 機：ジュース類が購入できます。

重要事項説明同意書

令和 年 月 日

介護福祉施設サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行ないました。

説 明 者 特別養護老人ホームふれあいの里

生活相談員

印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、介護福祉施設サービスの提供開始に同意します。

利 用 者 住 所

氏 名

印

家族の代表 住 所

氏 名

印

続 柄 ()