

重要事項説明書

令和8年8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 知多福社会
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 愛知県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 ァ ッ 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	19,670.76㎡
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	3,960.63㎡

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にする。 3 ご利用者の意志及び人格を尊重し、常にその人の立場に立ってサービスを提供するようにする。 4 明るく家庭的な雰囲気を持ち、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	1 8 室
2 人 部 屋	2 室
3 人 部 屋	6 室
4 人 部 屋	1 5 室

(2) 主な設備

設 備 の 種 類	数	面 積	備 考
食 堂	2	3 2 3 . 6 m ²	
機 能 訓 練 室	1	7 6 . 3 m ²	
一 般 浴 室	1	4 1 . 2 m ²	
特 殊 浴 室	1	5 4 . 0 m ²	機械浴、車椅子浴
医務室・看護室	1	2 4 . 0 m ²	
静 養 室	1	1 7 . 3 m ²	
洗 面 所	3	3 3 . 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	基準に準じて配置
医 師	1 名以上	
生 活 相 談 員	1 名以上	
介 護 職 員	3 1 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	—	

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 機能訓練指導員 事 務 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

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) G 勤 (22 : 00 ~ 7 : 00) 日 勤 (8 : 30 ~ 17 : 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	・ 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。 ・ 身体状況等により提供時間を決め提供を行います。 <table><tr><td>食 事 時 間</td><td><1 部食></td><td><2 部食></td></tr><tr><td>朝 食</td><td>7 時 30 分～</td><td>8 時 00 分～</td></tr><tr><td>昼 食</td><td>11 時 45 分～</td><td>12 時 15 分～</td></tr><tr><td>夕 食</td><td>17 時 30 分～</td><td>18 時 00 分～</td></tr></table>	食 事 時 間	<1 部食>	<2 部食>	朝 食	7 時 30 分～	8 時 00 分～	昼 食	11 時 45 分～	12 時 15 分～	夕 食	17 時 30 分～	18 時 00 分～
食 事 時 間	<1 部食>	<2 部食>												
朝 食	7 時 30 分～	8 時 00 分～												
昼 食	11 時 45 分～	12 時 15 分～												
夕 食	17 時 30 分～	18 時 00 分～												
排	泄	・ 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。 (定時トイレ誘導又はおむつ交換の時間) <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 colspan="2">定時以外でも随時行います</td></tr></table>	4:00	8:30	13:00 (誘導のみ)	16:00	18:30 (誘導のみ)	21:30	定時以外でも随時行います					
4:00	8:30	13:00 (誘導のみ)	16:00											
18:30 (誘導のみ)	21:30	定時以外でも随時行います												

入 浴	・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	・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	・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。 ・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	・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	・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	・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）ロ	4 単位／日
看護体制加算（Ⅱ）ロ	8 単位／日

夜勤職員配置加算（Ⅰ）ロ	13単位／日
サービス提供体制強化加算Ⅰ	22単位／日
個別機能訓練加算（Ⅰ）	12単位／日
精神科医療養指導加算	5単位／日
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロ	1か月の合計単位数に17.6％を加算
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	10単位／月

◆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。 ※30日超える病院への入院の後に退院し、施設に再入居した場合にも算定されます。
安全対策体制加算	20単位/新規入所時	外部の研修を受けた担当者が配置され、施設内に安全対策部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制が整備されています。入所初日に1回を限度として加算されます。
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。
看取り加算（Ⅰ）	死亡日以前（31～45日） 72単位/日 死亡日前（4～30日） 144単位/日 死亡日前（2～3日） 680単位/日 死亡日 1,280単位/日	医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断された入居者に、本人及びご家族の同意のもと、医師、看護師、介護職員などの多職種が協働し施設で看取りをさせていただく方への加算です。

◆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
	9 1 5 円	1, 2 3 1 円
食 費	1, 5 4 5 円	

- ・行事食を希望された場合、月1回程度320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。
- ・食事が不必要な場合は、前日までにお申し出ください。前日までに申し出があった場合、一日単位で不必要とされた時に「食事に係る自己負担額」は、免除されます。

◆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	9 1 5 円
	個 室	1, 2 3 1 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		利用者負担額第1段階	0 円	3 8 0 円	3 0 0 円
世帯全員が市町村民税非課税の方	高齢福祉年金受給者	利用者負担額第2段階	4 3 0 円	4 8 0 円	3 9 0 円
	課税年金収入額と合計所得金額の合計が82.65万円以下の方				
	課税年金収入額と合計所得金額の合計が82.65万円超120万円以下の方	利用者負担額第3段階①	4 3 0 円	8 8 0 円	6 8 0 円
	合計所得金額の合計が120万円以上の方	利用者負担額第3段階②	5 3 0 円	9 8 0 円	1, 4 2 0 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。

また、日常生活において通常必要となる費用で、その利用者に負担させることが適当であると認められる費用は、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支払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。）

お振り込み、施設窓口にて現金でのお支払いが可能です。

※施設窓口の現金の取り扱い時間は、平日（8：30～17：15）となります。

(4) 高齢者福祉サービス第三者評価について

実施の有無

【有】

実施年月日

2024年11月15日

評価機関名

株式会社 経営志援

評価結果の開示状況

[公表]愛知県

福祉サービス第三者評価推進センターHP

(令和6年度 No.68)

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	知多市にしのみ台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 虐待防止について

利用者の人権の擁護・虐待の防止のため、次の措置を講じるものとします。虐待を防止する為の従事者に対する研修の実施、利用者およびその他家族からの苦情処理体制の整備、その他虐待防止のために必要な措置を講じます。また、事業所はサービス提供中に当該事業所従事者または養護者(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利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

12 身体拘束の制限について

施設サービスの提供に当たっては、利用者の生命又は身体を保護するため止むを得ない場合を除き、身体拘束その他入居者の行動を制限する行為を実施しません。また、緊急やむを得ず身体拘束を行う場合には、家族に説明・同意を得て、その態様および時間、その際の入居者の身体状況、緊急止むを得なかった理由を記録し、定期的に身体拘束廃止に向けてカンファレンスの実施および従事者に対する研修を実施します。

13 秘密保持

当施設は、利用者に対するサービスを円滑に提供するために、本人及び家族の情報を使用させていただくことがあります。ただし、ご本人およびご家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。

14 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。

15 業務継続計画の策定について

感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するため、および非常時の体制で早期の事業再開を図るための業務継続計画を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

16 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 カーテン類は防災性能のあるものを使用しています。

17 当施設利用上の注意事項

面 会	面会時間 10時00分～16時30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をお願いします。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。 ・感染症流行時、発生時は来訪、面会を制限させて頂くことがあります。 ・看取り対応時は、この限りではありません。 ・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。感染症流行時、発生時は外出・外泊を制限させて頂くことがあります。
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、当施設では責任は取れませんので原則として持ち込みをお断りしています。指輪、所持金等持ち込まれる場合は、自己・ご家族様の責任で管理して下さい。
居室の移動	当施設では、入所者の心身の状況等により、居室の移動を行う場合があります。その場合は身元引受人へご相談させて頂き、双方合意の上での移動を原則としていますが、緊急時には事後報告となる場合もありますことをご了承ください。
郵便物	利用者宛ての郵便物が施設に届いた場合は、施設側で一旦開封し、申請書、納付書など身元引受人へ転送を要する書類は転送します。ただし、ご家族様へ転送されるまでに時間を要しますのでご了承下さい。このため、開封を受けたくない、早く届くことをご希望される場合は、当施設住所ではなく身元引受人等の住所を届け出て下さい。 ※退所手続き完了後に、施設に送られました書類は差し戻し扱いとさせていただきますので、送り先変更手続きを行ってください。
迷惑行為 ハラスメント	利用者やその家族から暴力・暴言・悪質なクレーム、施設の秩序・風紀を乱し、安全衛生を害する重大な迷惑行為が認められた場合は対策を講じるとともにその解消に努めます。合理的および理性的な話し合いの結果、利用者およびその家族からの迷惑行為が解消されない場合や再発の可能性がある場合は契約を解消させていただきます。 職員と他の利用者の安心・安全・健康を守り、結果として、ご利用者様へ安定した介護サービスを継続して提供、確保するためにご協力をお願いします。 ＜例示＞ ●身体的暴力 (ものを投げる、叩く、蹴る、つねる、唾を吐く等身体的な力を使って危害を及ぼす行為) ●精神的暴力 (大声で威圧する、怒鳴る、理不尽な要求、暴言等、個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為) ●セクシャルハラスメント (必要もなく腕を触る、胸やお尻・陰部を触る、抱きしめる、性的卑猥な言動をする、つきまとう、その他職員が嫌がる性的な行為をする等) ●その他 (理不尽な要求やクレーム、長時間の拘束等) (職員個人に対する誹謗中傷、威圧、脅迫、侮辱、人格を否定する発言)
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、対応させ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）
金 銭 管 理	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 金銭管理は、原則としてご家族様でお願いいたします。
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。 ・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。 ・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	・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。 ・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。 ・1枚 50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。 ・日額 30円
そ の 他	喫 茶：週1回、喫茶を行います。1品200円 セレクトおやつ：月1回程度 実費 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

⑩

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。

契 約 者 住 所

氏 名

⑩

※契約者が記入できない場合は、記入した方の住所・氏名を次に記入して下さい。

署名代行者 住 所

氏 名

⑩

利用者との関係（ ）

身元引受人 住 所

氏 名

⑩

続 柄 （ ）