

指定介護老人福祉施設

特別養護老人ホーム清寿荘

重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。
(富山県指定第1670600046号)

当施設はご契約者に対して指定介護老人福祉施設サービスを提供します。施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

当施設への入所は、原則として要介護認定の結果「要介護3～5」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でも入所は可能です。

1. 施設経営法人

法人名 社会福祉法人 清寿会 (認可 厚生労働省社第746号)
住 所 富山県滑川市赤浜573番地の1
代表者職氏名 理事長 車谷 亮

2. ご利用施設

- | | |
|------------|--|
| (1) 施設の種類 | 指定介護老人福祉施設 |
| (2) 施設の目的 | 指定介護老人福祉施設・特別養護老人ホーム清寿荘は介護保険法令に従い、ご契約者がその有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的として、ご契約者に、必要な居室及び共用施設等をご利用いただき、ご満足いただける介護福祉施設サービスを提供し、可能な限りの社会復帰を図るよう努めます。 |
| (3) 施設の名称 | 特別養護老人ホーム 清 寿 荘 |
| (4) 施設の所在地 | 富山県滑川市赤浜573番地の1 |
| (5) 電話番号 | 076-475-3600 |
| (6) FAX番号 | 076-475-3959 |
| (7) 施設長 | (社会福祉法人清寿会理事) 藤田博明 |
| (8) 運営方針 | 利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努め、常に高度な介護技術をもって提供したサービスの質の管理、評価を行い、一層のサービス向上に役立てるよう努めます。 |
| (9) 開設年月日 | 昭和59年4月1日 |
| (10) 入所定員 | 80人 |

3. ご利用の事業所の事業者が開設している事業

指定短期入所生活介護（定員20名 予防含む）	令和2年4月1日	
指定介護予防短期入所生活介護	令和2年4月1日	富山県指定第1670600046号
指定通所介護（定員30名 予防含む）	令和2年4月1日	富山県指定第1670600038号
介護予防・日常生活支援総合事業	令和6年年7月1日	滑川市指定第1670600038号
指定居宅介護支援	令和2年4月1日	富山県指定第1670600012号

4. 居室の概要

(1) 居室等の概要

清寿荘では以下の居室・設備をご用意しています。入居される居室は、ご契約者の心身の状況や居室の空き状況により、変更する場合があります。

居室・設備の種類	室数	備 考
個室（1人）	12	一人あたり 15.45㎡
2人部屋	4	一人あたり 9.78㎡
4人部屋	15	一人あたり 8.74㎡
合 計	31	
食 堂	1	
機能回復訓練室	1	
浴 室	2	特殊浴槽(順送式) 1 特殊浴槽(車椅子式) 2 一般浴槽 1
医 務 室	1	隣接して静養室完備

5. 職員の配置状況

ご契約者に対して指定介護老人福祉施設サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

<主な職員の配置状況> ※職員の配置については、指定規準を遵守しています。

職 種	指定基準
施 設 長	1名
医 師（嘱託）	必要な人数
事 務 長	1名
事 務 員	1名以上
生 活 相 談 員	1名以上
介 護 職 員	24名以上
看 護 職 員	3名以上
栄 養 士（管理）	1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

<主な職員の勤務体制>

職 種	勤務時間
介 護 職 員	変形型労働時間制 24 時間 早出 7 : 3 0 ~ 1 6 : 3 0 通常 9 : 3 0 ~ 1 8 : 3 0 夜勤 1 6 : 4 5 ~ 9 : 4 5
看 護 職 員	8 : 4 5 ~ 1 7 : 4 5 2 名以上
機能訓練指導員	8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0 平日のみ 1 名
生活相談員	8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0 平日のみ 1 名以上
介護支援専門員	8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0 平日のみ 1 名
医 師 (嘱 託)	毎週 月曜日・金曜日 1 2 : 4 0 ~ 1 3 : 4 0

6. 提供サービスと利用料金 (別表参照)

清寿荘では、ご契約者に対して、以下のサービスを提供します。

(1) 介護保険給付の対象サービス

以下のサービスについては利用料金の大部分が介護保険から給付されます。

① 栄養管理等

清寿荘では、管理栄養士の立てる献立表により、栄養ならびにご契約者の身体状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。調理業務は専門業者に委託しています。

- ・管理栄養士を配置しています。
- ・管理栄養士及び多職種協同により利用者個々の栄養状態をアセスメントし、嚥下機能に着目した食物の形状等を含めた栄養ケアを策定し、これに基づく栄養管理、定期的な評価を行います。
- ・経管により食事摂取をしている利用者について、経口摂取を進めるために医師の指示に基づく栄養管理を行います。
- ・医師の指示に基づく腎臓病食、糖尿病食等を提供します。
- ・ご契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。
- ・食事時間

朝食 7 : 3 0 ~ 8 : 3 0

昼食 1 2 : 0 0 ~ 1 3 : 0 0

夕食 1 7 : 1 5 ~ 1 8 : 3 0

② 入 浴

- ・入浴または清拭を週 2 回行います。
- ・寝たきりでも特殊浴槽を使用して入浴していただきます。

③ 排 泄

- ・排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

④ 機能訓練

- ・機能訓練指導員により、ご契約者の心身等の状況に応じた日常生活を送るのに必要な機能の回復またはその減退を防止するための訓練を行います。

- ⑤ 健康管理
 - ・医師(嘱託)や、看護師が健康管理を行います。
- ⑥ 看護職員と介護職員の連携による医療的ケア
 - ・当施設では、国の方針に沿って、ご契約者に対する喀痰吸引等のケアの一部の行為を嘱託医、看護職員の指示のもと、看護職員と介護職員が協働して実施することとしております。
- ⑦ その他自立への支援
 - ・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。
 - ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。
 - ・健康増進のため、口腔ケアを実施します。

別表の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額をお支払いください。ご契約者の要介護度に応じて料金が異なります。

※ ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます(償還払い)。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

※ 介護保険からの給付額に変更があった場合は、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

(2) 介護保険の給付対象外サービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

① 食費 (ご契約者に提供する食事の食材料費、調理費相当です。)

利用者負担第1段階	300円
利用者負担第2段階	390円
利用者負担第3段階①	650円
利用者負担第3段階②	1,360円
利用者負担第4段階	1,840円

② 居住費 (多床室は、光熱水費相当、個室は室料と光熱水費相当です。)

・多床室

利用者負担第1段階	0円
利用者負担第2段階	430円
利用者負担第3段階①	430円
利用者負担第3段階②	430円
利用者負担第4段階	915円

・個室

利用者負担第1段階	380円
利用者負担第2段階	480円
利用者負担第3段階①	880円
利用者負担第3段階②	880円
利用者負担第4段階	1,231円

③ 理髪

月1回、理容師の出張による理髪サービスをご利用いただけます。

利用料金： サービス提供業者の提示価格

④ 貴重品の管理

ご契約者の希望により、貴重品管理サービスをご利用いただけます。詳細は、以下のとおりです。

- 管理する金銭の形態：施設の指定する金融機関に預け入れている預金
- お預かりするもの：上記預貯金通帳と金融機関へ届けた印鑑、有価証券、年金証書です。
- 保管管理者：施設長
- 出納方法：出納方法は「清寿荘預り金管理規程」に基づき適切に処理いたします。
- 利用料金： 100円／1日

⑤ 趣味活動

ご契約者の希望により趣味活動等に参加できます。

利用料金： 材料代等の実費をいただくことがあります。

<主なレクリエーションと行事予定>

1月	書初め 左義長
2月	節分 寿司バイキング
3月	ひな祭り
4月	花祭り 追悼法要
5月	芍薬見学
6月	外出 (ショッピング)
7月	運動会
8月	お精霊・仏具磨き
9月	敬老会
10月	紅葉見学
11月	もちつき会
12月	クリスマス会・仏具磨き

⑥ サービス提供の記録の保存と情報開示

サービス提供の記録を作成することとし、これを契約終了後5年間保存します。ご契約者は、サービス提供の記録をいつでも閲覧できます。複写物を必要とする場合には、実費をご負担いただきます。

1枚につき 実費

- ⑦ 移動売店
お買い物代金： 実費
- ⑧ 日常生活上必要となる諸費用実費
日常生活用品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用をご負担いただきます。
ただし、おむつ代は介護保険給付対象です。ご負担の必要はありません。
- ⑨ 協力医療機関以外の病院受診の際にタクシーを利用した場合の料金：実費
- ⑩ 契約書第20条に定める所定の料金
ご契約者が、契約終了後も居室を明け渡さない場合等に、本来の契約終了日から現実に明け渡された日までの期間にかかる料金
一日につき： 実費

(3) 利用料金のお支払方法(契約書第5条参照)

前記(1)、(2)の料金、費用は1か月ごとに計算し、ご請求しますので、指定の期日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。(1ヶ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します。)

- ① 金融機関口座からの自動引き落とし
すべての金融機関でご利用できます。
- ② 窓口での現金支払い
- ④ 指定口座への振込み
北陸銀行滑川支店普通預金
口座名義 社会福祉法人清寿会
口座番号 普通口座 4053953
※ 口座振り込み手数料は、ご契約者の負担とします。

(4) 入所中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、下記協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。ただし、下記医療機関での優先的な診療、入院治療を保証するものではありません。また下記医療機関での診療、入院治療を義務付けるものでもありません。

① 協力医療機関

医療機関の名称	厚生連滑川病院
所在地	滑川市常盤町119
診療科	総合病院

② 嘱託医

医療機関の名称・医師名	くるまたにクリニック 車谷 亮
所在地	滑川市上小泉395

7. 施設を退所していただく場合(契約の終了について)

当施設との契約では契約が終了する期日は特に定めていません。したがって、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのよう

な事項に該当するにいたった場合には、当施設との契約は終了し、ご契約者に退所して頂く事になります。(契約書第13条参照)

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">① 要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立、要支援または要介護1～2と判定された場合② 事業者が解散した場合、破産した場合またはやむを得ない事由により施設を閉鎖した場合③ 施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合④ 当施設が介護保険の指定を取り消された場合または指定を辞退した場合⑤ ご契約者から退所の申し出があった場合⑥ 事業者から退所の申し出を行った場合 |
|--|

(1) ご契約者からの退所の申し出(中途解約・契約解除)(契約書第15条、第16条)

契約の有効期間であっても、ご契約者から当施設からの退所を申し出ることができます。その場合には、退所を希望する日の7日前までに解約届出書をご提出ください。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約、解除し、施設を退所する事ができます。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">① 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合② ご契約者が入院された場合③ 事業者もしくは職員が正当な理由なく本契約に定める介護福祉施設サービスを実施しない場合④ 事業者もしくは職員が守秘義務に違反した場合⑤ 事業者もしくは職員が故意または過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合⑥ 他の利用者がご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合 |
|---|

(2) 事業者からの申し出により退所していただく場合(契約解除)(契約書第17条参照)

以下の事項に該当する場合には、当施設から退所していただくことがあります。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">① ご契約者が、契約締結時その心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、または不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合② ご契約者によるサービス利用料金の支払いが6か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合③ ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者または職員もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけまたは著しい不信行為を行うことによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合④ ご契約者が連続して3か月を超えて病院又は診療所に入院すると見込まれる場合もしくは入院した場合⑤ ご契約者が介護老人保健施設に入所した場合もしくは介護療養型医療施設または介護医療院に入院した場合 |
|---|

<入院期間中の利用料金>

上記、入院期間中の利用料金については、介護保険から給付される費用の一部と居

住費をご負担いただきます。

居住費	多床室	915円
	個室	1,231円

<円滑な退所のための援助> (契約書第18条)

ご契約者が当施設を退所する場合には、ご契約者の希望により、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境を勘案し、円滑な退所のために必要な以下の援助をご契約者に対して速やかに行います。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">○ 適切な病院もしくは診療所または介護老人保健施設の紹介○ 居宅介護支援事業者の紹介○ その他保健医療サービスまたは福祉サービスの提供者の紹介 |
|---|

8. 残置物引取人

契約締結にあたり、身元引受人をお願いすることはありません。ただし、入所契約が終了した後、清寿荘に残されたご契約者の所持品(残置物)をご契約者自身が引き取れない場合に備えて、「残置物引取人」を定めていただきます。(契約書第21条参照)

清寿荘は、「残置物引取人」に連絡のうえ残置物を引き取っていただきます。また引渡しにかかる費用については、ご契約者または残置物引取人にご負担いただきます。

※ 入所契約締結時に残置物引取人が定められない場合であっても、入所契約を締結することは可能です。

9. 苦情処理体制(契約書第23条参照)

当施設に対する苦情は面接、電話、意見箱、書面により苦情受付担当者が受け付けます。なお、第三者委員に直接苦情を申し出ることもできます。

苦情受付担当者が受け付けた苦情を苦情解決責任者と第三者委員（苦情申出人が第三者委員への報告を拒否した場合を除く）に報告いたします。

苦情解決責任者は、苦情申出人と誠意をもって話し合い、解決に努めます。その際、苦情申出人は第三者委員の助言や立ち合いを求めることができます。

苦情解決責任者は、苦情申出人に改善を約束した事項については一定期間後その結果を報告します。

- | | | |
|----------|----------|----------------------|
| ○苦情受付担当者 | 介護長 黒川博子 | 電話 076-475-3600 |
| | 受付時間 | 毎週月曜日～金曜日 8:30～17:30 |
| ○苦情解決責任者 | 施設長 藤田博明 | |
| ○第三者委員 | 池本 覚 | 電話 076-475-3273 |
| | 柿澤清喜 | 電話 076-475-0840 |

※保険者や下記の公的機関においても苦情申し出ができます。

機関名	住所	電話番号
滑川市健康福祉部 ・福祉課（高齢福祉係） ・医療保健課（介護保険係）	滑川市寺家町 104	076-475-2111 月曜日～金曜日 8：30～17：30
富山県福祉サービス運営適 正化委員会	富山市安住町 5-21	076-432-3280 24 時間対応 留守番電話対応有
富山県国民健康保険団体連 合会	富山市下野豆田 995-3	076-431-9833 24 時間対応 留守番電話対応有

10. 緊急時の対応について

サービスの提供中に利用者に緊急の事態が発生した場合、利用者の主治医又は事業者の協力医療機関に連絡を行い医師の指示に従います。

また予め指定する連絡先にも連絡します。

11. 事故発生時の対応について

(1) サービスの提供により事故が発生した場合は、事故に対する応急の措置を行うとともに、速やかに関係市町村、家族に連絡をします。

(2) 当事業所では、ご契約者に対する指定介護老人福祉施設サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。

12. サービスの第三者評価の実施状況

当該施設で提供しているサービスの内容や課題等について、第三者の観点から評価を行います。

第三者評価機関名	一般社団法人 富山県介護福祉士会
評価実施期間	令和2年7月21日～令和2年12月2日
評価確定日	令和2年12月2日
評価結果の開示状況	ホームページにて公開 http://care-net.biz/16/seijusou

令和 年 月 日

指定介護老人福祉施設・特別養護老人ホーム清寿荘のサービス提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

指定介護老人福祉施設・特別養護老人ホーム清寿荘

説明者・職名 _____ 氏名 _____ 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、指定介護老人福祉施設・特別養護老人ホーム清寿荘のサービス提供開始に同意しました。

契約者 住所 _____

氏名 _____ 印

契約者の家族等 住所 _____

氏名 _____ 印

続柄 _____