

【介護老人福祉施設 清寿園 重要事項説明書】

＜令和6年6月1日改正＞

社会福祉法人清寿会の理念

社会福祉法人清寿会は「人間愛」に基づき
利用者様の立場を尊重し、言葉や行動に思いやりと責任を持ち
利用者様が生き甲斐を持てる生活支援をします。

基本方針

1. 私たちは、福祉・介護・医療等との積極的な連携により、利用者
に信頼される個別ケアに努めます。
2. 私たちは、プロとしてのケアを目指し、科学的実証研究に基づく専
門知識と技術の習得に努めます。
3. 私たちは、地域社会の福祉課題解決に向け、必要な制度・サービ
スの創造と提供に努めます。
4. 私たちは、高齢者の生活の場において、全ての虐待行為を戒め、そ
の防止・啓発に努めます。
5. 私たちは、高齢者福祉・介護事業体として法令を遵守し、地域経済
の活性化に努めます。

1 サービスについての相談及び連絡

(1) 相談窓口

月～土曜 8:30～17:30 電話048-763-3331

生活相談員 江森 薫 古屋 康一 川上 美佳

(2) 当園からの連絡

重要な事項について、ご家族様に報告、連絡、相談、説明及び了解を得る必要が生じた場合は、原則として、ご家族様等のうち、利用者契約書に記載された代理人様を窓口とさせていただきます。

2 介護老人福祉施設清寿園（特別養護老人ホーム清寿園）の概要

(1) サービスの種類 介護老人福祉施設サービス及び付随するサービス

(2) 施設の名称及び所在地等

施設名称	清 寿 園
所在地	〒344-0051 春日部市内牧2072番地
介護保険指定番号	介護老人福祉施設（埼玉県1170600041号）

(3) 施設の職員体制

	常勤	非常勤	計	主な業務内容	
管理者	(1)	—	(1)	サービスの管理全般	
医師	—	1	1	診療、健康管理	
生活相談員	3	—	3	生活上の相談、連絡調整	
管理栄養士	2	—	2	栄養管理、給食全般	
機能訓練指導員	(1)	—	(1)	身体の機能訓練	
介護支援専門員	2	1	3	施設サービス計画の作成、管理	
事務職員	(4)	—	(4)	一般事務・料金請求	
看護介護職員	資 格				
	看護師	4	2	6	医療、健康管理業務
	准看護師	3	3・(1)	6・(1)	
	介護福祉士	17	9	26	介護全般
	初任者研修・実務者研修	13	4	17	
	その他	10	2	12	

★調理業務・・・委託（園内厨房にて調理）

（ ） 兼務

(4) 施設設備、備品等

①入所定員 150名（清館100名・寿館50名）

②居 室 清館 2, 3階 各フロア 4人部屋12室 1人部部屋2室

※各室 ベッド、床頭台、ロッカー（タンス）、洗面台

寿館 4人部屋12室 2人部屋1室

※各室 ベッド、床頭台、ロッカー、洗面台、トイレ

③その他施設 食堂 浴室（一般浴室、機械浴室、個浴）、医務室 静養室

- ④テレビ 清館 各階2台・・・居室でのご利用はご相談下さい。
寿館 1階3台、2階2台・・・居室でのご利用はできません。

⑤新聞・書籍 ご希望により購読できます。

★ラジオは備えておりません。個人のラジオは、居室でもイヤホンでご利用いただけます。
(コンセントを使用される場合はコンセント使用料をいただきます)

3 サービス内容

(1) 施設サービス計画

- ① 介護支援専門員（ケアマネジャー）が、利用者様及びご家族のご要望を考慮し、生活相談員、介護、看護、栄養職員等と協議して「施設サービス計画書」案を作成します。
- ② 利用者様またはご家族に、その内容及び効果について、他の選択肢を含めて説明し、同意を得た上で決定します。
- ③ 決定した「施設サービス計画書」にもとづいてサービスを提供します。

(2) 居室及びベッド

- ① 居室及びベッドは、利用者様ご本人や他の利用者様の心身の状況、及び安全への配慮のため、施設が決定し、状況に応じて変更させていただきますが、ご了承下さい。
- ② 居室及びベッド変更の際、ご家族へのご連絡は致しませんがご了承下さい。

(3) 食事及びおやつ

- ① 開始時間 朝食8：00～ 昼食12：00～ おやつ15：00～ 夕食17：45～
※湯茶等のサービスもあります。(行事等、都合により食事時間を変更させていただく場合があります。)
- ② 場 所 食堂（体調不良等の場合は居室にて）
- ③ 献 立 管理栄養士が献立を作成し、季節感のある食べやすいお食事を提供します。
施設内の厨房で調理します。
- ④ 特 別 食 医療上必要な方には、特別食を提供します。
- ⑤ そ の 他 利用者様のご要望等により、献立とは別にご用意する食品等については、実費をいただきます。

(4) 入浴

- ① 回 数 1週2回
- ② 利用者様の心身の状態によって、一般浴、機械浴、個浴または清拭となる場合があります。

(5) 介護

整容、着替え、排泄、食事、入浴、移乗、オムツ交換、体位交換、シーツ交換、移動の付き添い等

(6) 機能訓練

必要に応じて、機能訓練を行います。(看護職員で対応できる範囲に限ります。)

(7) 生活相談及び連絡調整

- ① 生活相談員が、介護以外の日常生活に関する事も含めてご相談に応じます。
- ② 生活相談員は、利用者様が施設で生活されるうえで必要な連絡調整等を行います。

(8) 健康管理

毎日・・・看護職員 隔週1回・・・嘱託医
1年1回・・・健康診断（胸部レントゲン撮影）※施設負担
インフルエンザ予防接種（ご本人またはご家族の同意を得て実施）※個人負担

(9) 緊急時・事故発生時の対応

- ① 利用者様の健康状態が急変した場合、又は事故発生時の場合は緊急連絡先のご契約者様又はご家族様に速やかに連絡するとともに、医師に連絡をとる等必要な処置を行い、緊急時・事故発生時より記録を開始します。
- ② ご家族様には、施設から連絡を受けた際は、入院等に関する相談、その他必要な連絡及び対応をしていただくようお願い致します。
- ③ ご家族様には、緊急連絡先や代理人様の変更、その他施設に連絡を要する事項が生じた場合は速やかにご連絡下さるようお願い致します。
(緊急時以外でも、施設から連絡等があった場合は、必要な対応をしていただくようお願い致します。)

(10) 身体拘束等

サービス提供にあたり、利用者または他の利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束を行いません。(Y字抑制帯や車椅子テーブルによる転倒防止、ミトン型の手袋による自傷行為の防止、4本のベット柵使用による転落防止等)

また、やむを得ず身体拘束等を行う場合は、利用者または家族に説明し、同意を求めるととし、身体拘束等の要件に該当しなくなった場合は直ちに拘束を解除します。

(11) 安全管理

- ① 施設・設備等の点検整備・・・適正に実施します。
- ② 防災・避難訓練等・・・・・・年2回(12月・6月)実施します。
- ③ その他・・・・・・利用者様に安心して生活していただけるよう配慮します。

(12) 行政手続代行

- ① ご希望により、行政手続きの代行を致します。(手続きにかかる費用は自己負担となります。)
- ② 手続の内容によっては、代行できない場合があります。

(13) 日常費用の受入・支払代行

- ① 介護以外の日常生活にかかる諸費用に関する受入・支払代行を致します。
- ② サービスのご利用に際しては、別途「日常費用受入・支払代行契約書」の締結が必要です。
- ③ 出納管理料として1月2,000円かかります。

(14) 所持品等の保管

特別な事情がある所持品等についてはお預り致します。(種類や数量等には制限があります。)

(15) レクリエーション・行事等

毎月・・・音楽教室・折り紙・コーヒーサービス

季節毎・・・年間行事

不定期・・・ゲーム等・慰問・地域行事への参加(行事によっては、別途参加費がかかるものがあります。)

(16) 通院介助

- ① 医療上必要な場合に行います。(病院の費用は自己負担)
- ② 協力病院以外と入所以前からの定期的な通院については、ご家族にお願い致します。
- ③ ご家族様の希望による受診、手術に関しての通院・付き添い等はご家族様にお願い致します。

(17) 理容・美容

理容師、美容師が来園します。(自己負担)

(18) 買い物代行

- ① 日常生活に必要な物品購入はその都度代行します。
- ② 物品によっては、ご家族にお願いします。(衣類等については、名前を付けてご持参下さい。) ご持参いただいた際は、介護職員にお渡し下さい。

(19) 洗濯

- ① 日常の衣類等・・・施設で洗濯します。
- ② 特別な衣類等・・・クリーニングに出します。(自己負担)

(20) ご面会と電話でのお問い合わせ

① ご面会

ア. 時間 9:00～17:30 (自動ドアが閉まっている場合はインターホンをご使用下さい。)

イ. お願い ・風邪気味等で体調の優れない方はご遠慮下さい。又、食べ物の持ち込みは10月から3月の期間禁止し、4月から9月の期間に於いては、概ね食べきれの程度をご持参いただき、介護職員にお渡し下さい。(他の利用者様へのおすそわけはご遠慮下さい。)

- ・ 動物をお連れになる際は、原則として園庭をご使用下さい。
- ・ お子様をお連れになる際は、走らないようにお願い致します。

ウ. ご本人様にご面会あった場合 面会受付票に記入の上、面会していただきます。

★面会者の制限等のご要望がある場合は、お申し出下さい。

★社会情勢により面会方法、面会時間については変更がある場合がございます。

② お問い合わせ

ア. ご家族(原則として代理人様)からのお問い合わせには、状況に応じて、可能な範囲でお答えします。

イ. 代理人様以外の方からの利用者様に関するお問い合わせには、原則としてお答え致しません。

4 利用料金

(1) 基本料金(基準額に対し、介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額)

①通常かかる料金(1日当りの自己負担単位)

要介護1	589単位
要介護2	659単位
要介護3	732単位
要介護4	802単位
要介護5	871単位

②加算料金（1日当りの自己負担単位）

看護体制加算Ⅰ	4単位
看護体制加算Ⅱ	8単位
サービス提供体制強化加算Ⅱ	18単位
夜勤職員配置加算Ⅰ	22単位
介護職員処遇改善加算Ⅰ	所定単位数の8.3%
介護職員特定処遇改善加算Ⅰ	所定単位数の2.7%
ベースアップ加算	所定単位数の1.6%

③該当した場合にかかる料金

退所前後訪問相談援助加算	460単位
退所時相談援助加算	400単位
退所前連携加算	500単位
福祉施設外泊時費用 ※1	246単位/日
福祉施設初期加算 ※2	30単位/日
療養食加算 ※3	6単位/回

※1 入院・外泊時、1月につき6日を限度とする。

※2 入所後30日間に限り、上記料金に1日30単位が加算されます。

（1ヶ月以上の入院後の再入所時も同様です）

※3 療養食加算は1日3回を限度とする。

※4 1単位の単価/10,27円（単位数の合計に乘じ金額を算定します）

(2) その他の料金

① 通常かかる料金

ア. 居住費・食費 ※1段階～3段階は世帯全員が市町村民税非課税者

負担段階	対象者区分	居住費	食費
第1段階	生活保護、生活保護受給者	0円	300円
第2段階	課税年金収入金額の合計が80万円以下の方	370円	390円
第3段階①	課税年金収入が80万円超120万円以下の方など	370円	650円
第3段階②	課税年金収入が120万円超の方など	370円	1,360円
第4段階	上記以外の方	855円	1,445円

イ. レクリエーション活動費・・・・・・・・・・実費相当額

ウ. 日用品費・・・・・・・・・・実費相当額

エ. 預り金の出納管理料

日常費用の受入・支払代行含、立替払出納管理・・・1月 2,000円

② 該当した場合にかかる料金

ア. 行政手続代行費・・・必要に応じて

イ. 行事参加費・・・・・・参加費を要する行事に参加した場合

ウ. 通院サービス費・・・・特別な場合

エ. 理美容代・・・・・・カット 1,500円、パーマ 5,000円

オ. 通常の食事以外に希望または必要とする補食代・・・実費

カ. クラブ活動費・・・材料代

キ. コピー代・・・(白黒)・・・10円 (カラー)・・・30円

ク. 居室コンセント使用料・・・使用する場合1日50円

ケ. 口腔ウェットティ・・・(本体)720円 (詰め替え)600円

コ. 入れ歯洗浄剤・・・550円

サ. ティッシュボックス(5箱入)・・・260円

シ. 白色ワセリン・・・900円

ス. 歯ブラシ・・・110円

セ. 歯磨き粉・・・110円

ソ. その他・・・利用者様のご希望で物品を購入した場合等は実費

タ. 死亡退所以外の退所については、別に料金がかかる場合があります。

(3) 自己負担の減額及び免除

所得に応じて基本料金、居室料、食事料の負担軽減措置が受けられる場合があります。

(4) お支払い方法

- ① 毎月、20日迄に前月分をご請求致しますので、28日迄にお支払い下さい。
(退所される場合も、退所日までの分をご請求致しますので、同様にお支払い下さい。)
- ② お支払いいただいた際は、領収書を発行します。
(確定申告の際に必要な場合がありますので、大切に保管して下さい。)
- ③ お支払いは、原則として引落としとさせていただきます。

(5) 料金の変更

介護保険法令の改正等により料金に変更になる場合は、利用者様及びご家族にお知らせ致します。

5 入退所について

(1) 当施設の入所対象範囲

① 対象となる方

ア. 65歳以上で、要介護3～5の方

※要介護1～2の方も緊急時等、認められた場合のみ入所が可能となります。

イ. 40～65歳未満で、「特定疾病」に該当し、要介護1～5の方

② 対象とならない方

ア. 上記①に該当しない方

イ. 手厚い医療の必要な方

例) 感染症・IVH(中心静脈栄養・経静脈的高カロリー輸液)・人工透析(要相談)・経管栄養(鼻腔)・(胃瘻)・気管切開・気管吸引 ※褥瘡(状況による)

(2) 退所手続等

- ① 利用者様のご都合で退所される場合・・・退所を希望する日の7日前までに文書でお申し出下さい。
- ② 自動終了・・・次の場合は、双方の通知が無くても、自動的に契約終了となります。
ア. 利用者様が他の介護保険施設に入所した場合・・・その翌日

イ. 介護保険給付でサービスを受けていて利用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・・・所定の期間の経過をもって退所していただくことになります。

ウ. 利用者様がお亡くなりになった場合・・・その翌日

- ③ 次の事項に該当した場合・・・施設が文書で通知し、30日経過した翌日に退所となります。
- ア. サービス利用料の支払いを支払期限（毎月28日）迄にお支払いがなく、お支払い下さるよう催告したにも関わらず、15日以内にお支払いがない場合。
- イ. 施設が、ご家族に、入院その他利用者様の生活に必要な相談、協力等を求めても、正当な理由がなく相談、協力に応じない場合。
- ウ. 利用者様またはご家族が、契約を誠実に履行されない場合。
- エ. 利用者様やご家族により、施設や職員等または他の利用者様やご家族に対して、契約を継続しがたい相当な事由が発生した場合。
- オ. 利用者様が共同生活は困難と施設が判断した場合。
- カ. やむを得ない事由により、施設を閉鎖または縮小する場合。
- ④ 利用者が病院または診療所に入院し、概ね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見込まれた場合。
- ・この場合については、その後、施設に再入院できる程度に身心の状態が改善された場合または治癒した場合は優先的に入所できるよう配慮します。
 - ・施設は、利用者様が入院された場合、他の利用者様のために入院された利用者様のベッドを使用することがあります。
- ⑤ 上記「②のイ」および「③」の場合で、利用者様のやむを得ない事由により所定の期間を超えて施設を利用した場合には、実費をいただきます。
- ⑥ 退所時のお荷物については、原則としてご家族様にお持ち帰りいただきます。事情により処分を希望される場合は有料となります。

6 賠償責任

- (1) 事業者は、この契約に基づいてサービスを提供するにあたって、事業者もしくは職員等が、故意、過失（予見可能な事項に関して実行可能な予防策を講じなかった等）、もしくはこの契約上の義務に違反して、利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合は、その損害賠償責任を負います。
- ただし、その損害について、利用者にも故意又は重大な過失、その他原因と考えられるやむを得ない状況が認められる場合は、事業者の損害賠償責任を減じる、または免除することができるものとします。
- (2) 利用者は、施設のサービスを受けるにあたって、利用者あるいは家族等が、故意過失、もしくはこの契約上の利用者の義務に違反して、事業者、職員等または他の利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合は、その損害賠償責任を負います。
- その場合、前項のただし書きを準用します。
- (3) 事業者及び利用者は、前2項の賠償は、誠意をもって速やかに対応し、履行するものとします。

7 相談、要望、苦情窓口

当施設のサービスに関するご相談、ご要望、苦情等の窓口は、別紙のとおりです。

8 実習受け入れについて

当園は現場実習受け入れ指定施設を経営しており、概要については下記の通りです。

実習責任者	実習担当者	実習種別
小原 昭廣	江森 薫	介護職員初任者研修・実務者研修 介護福祉士・社会福祉士

現場実習に関する情報の提供を利用者様及びご家族より求められた場合は、実習担当者が提示いたします。

利用者様個人情報については、清寿会の個人情報保護に対する基本方針に沿って適切に対応します。

9 改正

この【重要事項説明書】を改正する場合は、利用者様及びご家族に説明し、それらについて要望をうかがい、同意を求めます。

【緊急連絡先】

★変更があった場合は、速やかに施設にご連絡下さい。

緊急連絡先 1		
氏 名	続柄	
住 所 〒		
電話番号	自 宅 ()	
	携 帯	
緊急連絡先 2		
氏 名	続柄	
住 所 〒		
電話番号	自 宅 ()	
	携 帯	
緊急連絡先 3		
氏 名	続柄	
住 所 〒		
電話番号	自 宅 ()	
	携 帯	

令和 年 月 日

介護老人福祉施設入所にあたり、利用者様に対して契約書及び本書面に基づいて重要事項を説明しました。

<事業所> 指定介護老人福祉施設 清寿園
(指定番号) 埼玉県1170600041号

<所在地> 埼玉県春日部市内牧2072番地

<代表者> 社会福祉法人 清寿会
理事長 佐久間 勝 印

<説明者> 職名 生活相談員 氏名 江森 薫 印

私は、契約書及び本書面により、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を受けました。

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

(代理人) 住所 _____

氏名 _____ 印