

「指定介護老人福祉施設」
特別養護老人ホーム 池田光寿苑
重要事項説明書

令和7年6月24日改定

当施設は介護保険の指定を受けています。
(北海道指定 第0174700245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通り説明します。

☆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」以上と認定された方が対象となります。

◇ 目次 ◇

1. 施設経営法人	2
2. ご利用施設	2
3. 居室の概要	3
4. 職員の配置状況	4
5. 当施設が提供するサービスと利用料金	5～8
6. 看取りにおける対応方法	9
7. 緊急時における対応方法	9
8. 事故発生時の対応について	9
9. 施設を退所していただく場合(契約の終了について)	10～11
10. 身元引受人	11
11. 苦情の受付について	12

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人池田光寿会
(2) 法人所在地 北海道中川郡池田町字西2条10丁目2番地20
(3) 電話番号 015-572-5955
ファックス番号 015-572-5954
(4) 代表者氏名 理事長 畠山 敏彦
(5) 設立年月日 昭和28年5月22日

2. 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は、介護保険法及び関係法令の改正に併せて、その都度趣旨に従い、ご契約者（入所者）に、居室および共用施設等をご利用いただき、その有する能力に応じて、日常生活を営むことができるよう、適切かつ必要な、介護老人福祉施設サービスを提供します。

この施設は、要介護3以上の方で、身体上又は精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難な方が入所いただけます。

- (3) 施設の名称 特別養護老人ホーム池田光寿
平成12年4月1日指定
北海道 第0174700245号
北海道中川郡池田町字西2条10丁目2番地20
(4) 施設所在地
(5) 電話番号 015-572-5955
ファックス番号 015-572-5954
(6) 施設長氏名 三好 なおみ
(7) 開設年月日 昭和60年4月1日
(8) 入所定員 50名

（9）施設の基本理念 本苑は入所者様にとって『やさしい携わり』を約束します。

- （10）施設での面会 10:00、10:30、14:00、14:30、15:00

※予約制となっており、事前にお電話にてお問い合わせいただく事となります。面会時間は15分程度となります。

3. 居室の概要

(1) 居室等の概要

当施設では以下の居室・設備をご用意しています。入所される居室は、原則として2人又は4人部屋です。なお、ご契約者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に添えない場合があります。

居室・設備の種類	室 数	1室当たり面積	備 考
2人部屋	5室	20.50m ²	洗面台1カ所 衣類収納、ナースコール設備
4人部屋	11室	34.10m ²	
合 計	16室		
サロン	3室	ひだまり 31.2m ² きらきら 38.6m ² ぐりん 63.5m ²	大型テレビ、流し台、 テーブル、ソファー
機能訓練室	1室	150.7m ²	行事・レクリエーション、 ボランティア活動の活用 面会ブース
一般浴室	1室	33.45m ²	
特別浴室	1室	32.50m ²	寝台式入浴装置 座位式入浴装置(2タイプ) リフト浴
医務室	1室	40.0m ²	

上記は、厚生労働省が定める基準により、指定介護老人福祉施設に設置が義務づけられている施設・設備です。この施設・設備の利用にあたって、ご契約者に特別にご負担いただく費用はありません。

☆居室の変更：ご契約者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、ご契約者の心身の状況により居室を変更する場合があります。

☆空床利用：ご契約者の同意を得た上で、入院中または外泊時、在宅で生活している要支援・要介護の方のショートステイのために、一時的に空きベッドを活用させて頂くことがあります。なお、その際は、所定の利用料金をご負担いただく必要はありません。

4. 職員の配置状況

当施設では、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する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

職員の配置については、指定基準を遵守しています。

〈主な職員の配置状況〉

職種	配置数	常勤換算数	指定基準
施設長（管理者）	1		1
医師	1（嘱託）		1以上（嘱託可）
介護職員	24	22.8	利用者が3人又はその端数を増す毎に1以上
看護師	4（常勤兼務）	2.0	2以上
機能訓練指導員	4（常勤兼務）	1.0	1以上
介護支援専門員	1（常勤兼務）	1.0	1以上
生活相談員	2（常勤兼務）	1.0	1以上
管理栄養士	1（常勤兼務）	1	1以上（栄養士）

〈主な職種の勤務体制〉

職種	勤務体制
医師	毎週火曜日 14:00～15:00 基本的に2週間に1回の回診を受けられます
介護職員	標準的な時間帯における最低配置時間 日中： 7:00～19:30 夜間： 19:30～ 7:00
看護師 兼 機能訓練指導員	標準的な時間帯における最低配置時間 日中： 9:00～18:00

☆ 土、日は、上記と異なります。

☆ 医師の勤務時間・曜日は、診療の都合により変更となる場合があります。

5. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当施設が提供するサービスについて

- ① 利用料金が介護保険から給付される場合
- ② 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合

（1）介護保険の給付対象となるサービス（契約書第3条参照）

以下のサービスについては、利用料金の9割又は8割若しくは7割が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

① 食事

- ・当施設では、管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びに身体・嚥下の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。また、心身の状況に応じて、適切な方法により、食事摂取に必要な援助を行います。

- ・相互に社会的関係を築くことができるよう、その意思を尊重しつつ、サロンで食事を摂っていただくよう援助します。

☆食事時間☆ 朝 食 7:45～ 9:00
昼 食 12:00～13:00
夕 食 17:00～18:00

②入浴

- ・身体の清潔を維持できるよう、適切な方法により、週2回の入浴の機会を提供します。体調等により入浴できない場合は清拭を行います。
- ・寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

③排泄

- ・心身や皮膚の状態に応じて、適切な方法により、排泄用品の選択を行い、トイレでの排泄介助・誘導、おむつ交換を行います。

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て、日常生活を送るのに必要な機能回復または、その減退を防止するための訓練を実施します。

⑤健康管理

- ・医師や看護師が、健康管理を行います。
- ・【看護体制加算】常勤の看護師を1名以上配置しております。
☆保険給付対象サービス
- ・【精神科医療養指導加算】精神科医が、月2回療養指導を行います。
☆保険給付対象サービス

⑥日常生活の支援

- ・介護老人福祉施設の新規入所者が原則として、要介護3以上となること等を踏まえ、重度者等の積極的な受け入れを行っております。

⑦その他自立への支援

- ・日常生活における家事を、その心身の状況に応じて、それぞれの役割をもって行えるよう、適切に援助します。
- ・離床、着替え、整容等の日常生活上の行為を適切に援助します。

〈サービス利用料金（1日当たり）〉（契約書第6条参照）

下記の料金表によって、ご契約者の要介護度と利用する居室に応じたサービス利用料金から、介護給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払いください。

介護福祉施設サービス費(II) 多床室利用

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
①ご契約者の要介護度とサービス料金	5,890円	6,590円	7,320円	8,020円	8,710円
②サービス種類	栄養マネジメント強化加算			110円	
	精神科医療養指導加算			50円	
	看護体制加算 I ①			60円	
	日常生活継続支援加算 I			360円	
	夜勤職員配置加算 I ①			220円	
	協力医療機関連携加算（月1回）			500円	
	安全対策体制加算（入所時1回のみ）			200円	
③介護職員等 処遇改善加算III	(①の料金+②の料金)	×	11.3%		
④介護保険から 給付される金額	①+②+③の内、9割又は8割若しくは7割				
⑤サービス利用に 係わる自己負担金額	①+②+③の内、1割～3割（介護保険負担割合証に準ずる）				
⑥初期加算	ア. 入所初日から30日間 イ. 30日を超える入院後、退院した日から30日間			※1日につき30円	
⑦外泊時加算	入院または外泊の初日と最終日以外で、一月6日まで (月をまたいでの入院の場合、最長12日)			※1日につき246円	

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契約者の負担額を変更します。

（2）介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第4条、第6条参照）

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。

『サービスの概要と利用料金』

①理 髮

月に1回、理容師の出張による理髪サービス（理髪、顔剃）をご利用いただけます。

利用料金：1回あたり 2,500円

（理髪のみの場合 2,000円）

（顔そりのみの場合 2,000円）

②貴重品の管理

ご契約者のご希望により、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
- お預かりできるもの：上記預貯金通帳と金融機関へ届け出た印鑑、年金証書
- 保管管理者：施設長
- 出納方法：手続きの概要は次頁のとおりです。
 - ・預貯金の預け入れ及び引き出しが必要な場合、施設所定の届出書を保管管理者へ提出していただきます。
 - ・保管管理者は、上記届け出の内容に従い、預貯金の預け入れ及び引き出しを行います。
 - ・保管管理者は、出入金の都度、出入金記録を作成し、その写しをご契約者へ3ヶ月毎に交付します。
- 利用料金：1ヶ月あたり 1,000円

③医療費

通院・投薬の際に発生した医療費は施設使用料と合わせてご請求させて頂きます。なお、入院費につきましては、退院時に、ご家族様から医療機関へ直接お支払い頂きます。

④レクリエーション活動

ご契約者の希望により、レクリエーション活動に参加していただくことができます。個人的に使用する材料費等の実費をいただきます。

i) 主な施設行事予定

1月	お茶会	新年にお茶や和菓子を提供いたします
4月	開苑記念行事	施設の開設記念日にお祝い膳を提供いたします
9月	長寿を祝う会	米寿・百寿の方のお祝い行事を行います

※この他、四季に合わせて、随時行事を実施しております。

⑤複写物の交付

ご契約者は、サービスを提供についての記録をいつでも閲覧できますが、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 20円

⑥日常生活上必要となる諸費用

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は費用をご負担いただきます。

おむつ代は介護保険給付対象となっていますのでご負担の必要はありません。但し、入院された場合、その期間中はご契約者の負担となります。

⑦契約書第21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居室が明け渡された日までの期間に係る料金

ご契約者の要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
料 金 (1日あたり)	5,890円 +居住費915円 +食費1,553円	6,590円 +居住費915円 +食費1,553円	7,320円 +居住費915円 +食費1,553円	8,020円 +居住費915円 +食費1,553円	8,710円 +居住費915円 +食費1,553円

※ご契約者が、要介護認定で自立または要支援と判定された場合

5,590円+居住費855円+食費1,553円

⑧電話

事務室前にある公衆電話をご利用いただけます。

⑨洗濯料金

施設が委託した業者で処理可能な衣類（綿素材のもの）及び施設で用意している寝具類の洗濯料金については、ご負担の必要はありません。

業者で処理できない素材の衣類、契約者ご自身の希望で使用している寝具類については、契約者ご自身の負担によりクリーニング店にお出し願います。

⑩食 費・・・ご契約者に提供する食事の材料費及び調理費相当額です。

食事提供に 要する費用 (1日あたり)	通常	介護保険負担限度額認定証記載の金額			
	第4段階	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②
	1,553円	300円	390円	650円	1,360円

※第4段階の方は朝384円、昼545円、夕624円の実食数

⑪居住費・・・ご契約者の利用した居室の室料と光熱水費を負担いただきます。

滞在に要する 費用 (1日あたり)	通常	介護保険負担限度額認定証記載の金額			
	第4段階	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②
	915円	0円	430円	430円	430円

☆経済状況の著しい変化その他、やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することができます。その場合、事前に変更の内容と変更の事由について、変更を行う1ヶ月前までにご説明します。

前記（1）（2）の料金・費用は1ヶ月ごとに計算し、当月分を翌月にお支払いいただきます。口座振替の場合は、口座振替通知書（口座引き落としの内容）と介護老人福祉施設利用料請求内訳書を毎月10日頃に送付し、15日（その日が土・日・祭日の場合はその翌日）に振替手続き（口座引き落とし）を致します。口座振込及び施設窓口にて現金にてお支払いの場合は、請求書を送付致しますので、到着後1週間以内に、口座振込又は現金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。）

- ア 口座振替
- イ 下記指定口座への振り込み
北洋銀行 池田支店 普通預金
口座番号 0165652
特別養護老人ホーム池田光寿苑
- ウ 施設窓口での現金支払い
月～金 9:00～17:00

(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、ご契約者の希望により、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。（但し、下記協力医療機関での優先的な治療・入院治療を保証するものではありません。また、下記協力医療機関での診療・入院を義務づけるものではありません。）

① 協力医療機関

医療機関の名称	十勝いけだ地域医療センター
所在地	中川郡池田町字西2条5丁目25番地
診療科	内科、外科

② 協力歯科医院

歯科医院の名称	ユタカ歯科
所在地	中川郡池田町字利別西町1番地5
診療科	歯科

6. 看取りにおける対応方法

看取りは、医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した入所者において、ご本人やご家族が望まれるのであれば、安らかに最期が迎えられるよう、日々の生活ができる限り支援します。

合わせて、施設で提供する環境やケアについての説明と、看取り実践の同意確認を行います。

7. 緊急時等における対応方法

サービス提供時において、利用者に病状の急変が生じた場合、その他緊急事態が生じた場合には、速やかに主治医又はあらかじめ定めた協力医療機関への連絡を行うなど必要な処置を講じます。

8. 事故発生時の対応について

事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族等への連絡を行います。また、事故処理対策マニュアルにもとづき事故発生の原因究明を行い、適切な事故対策を図ります。

9. 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至った場合には、当施設との契約は終了し、ご契約者に退所していただくことになります。（契約書第15条参照）

- ① 要介護認定により、ご契約者的心身の状態が自立又は要支援・要介護1・2と判定された場合
- ② 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由によりホームを閉鎖した場合
- 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又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（詳細は以下をご参照ください）
- ⑥ 事業者から退所の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照ください）

（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16条、17条参照）

契約の有効期間内であっても、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。

但し、以下の場合には、即時に契約を解除・解約し、施設を退所することができます。

- 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 施設の運営規程の変更に同意できない場合
- ③ ご契約者が入院された場合
- ④ 事業者もしくはサービス従事者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
- ⑤ 事業者もしくは介護サービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑥ 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・生命・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
- ⑦ 他の利用者がご契約者の身体・生命・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18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場合があります。

- ① ご契約者が、契約締結時に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、又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ヶ月以上延滞し、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又はサービス従事者もしくは他の利用者の身体・生命・財物・信用を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

- ④ ご契約者が連續して 8 日以上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
※契約者が病院等に入院された場合の対応について（契約書第 20 条参照）
- ⑤ 検査入院等、8 日以内の短期入院の場合
8 日以内入院された場合は、退院後再び施設に入所することができます。但し、入院期間中であっても、重要事項説明書に定める所定の利用料金をいただきます。
- ⑥ 9 日以上入院された場合には、契約を解除する場合があります。
但し、契約を解除した場合であっても、3 ヶ月以内に退院された場合には、再び当施設に優先的に入所できるように努めます。また、当施設が満室の場合でも、短期入所生活介護（ショートステイ）を優先的に利用できるよう努めます。
- ⑦ 3 ヶ月以内の退院が見込まれない場合
3 ヶ月以内の退院が見込まれない場合には、契約を解除する場合があります。この場合には、当施設に再び優先的に入所することはできません。

（3）円滑な退所のための援助（契約書第 19 条参照）

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、置かれている環境等を勘案し、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。

- 適切な病院もしくは診療所又は介護老人保健施設等の紹介
- 居宅介護支援事業者の紹介
- その他保健医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介

10. 身元引受人

契約締結にあたり、事業者は契約者に対し、身元引受人を求めることがあります。
但し、身元引受人を立てることができない相当の理由が認められる場合はこの限りではありません。

また、身元引受人がその役割、責任を十分に果たさない場合、又はその役割、責任を十分に果たすことが期待できない場合には、事業者の判断により、身元引受人の同意なく身元引受人を別の者に変更できるものとします。 （契約書第 22 条参照）

身元引受人は、次の各号の責任を負います。

- （1）契約者が疾病等により医療機関に入院する場合、入院手続きが円滑に進行するよう協力すること。
- （2）契約終了の場合、事業者と連携して契約者の状況に見合った適切な受入先の確保に努めること。
- （3）契約者が死亡した場合の遺体及び遺留金品の引受その他必要な措置をすること。

1.1. 苦情の受付について（契約書第25条参照）

（1）当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は、面接・電話・書面などにより、苦情受付担当者が随時受け付けます。なお、第三者委員に直接苦情を申し出ることもできます。

○ 苦情受付窓口（担当者）

〔職名〕 生活相談員 高嶋 圭

〔職名〕 生活相談員 児玉 燐弥

○ 苦情解決責任者

〔職名〕 施設長 三好 なおみ

○ 第三者委員

〔氏名〕 河合 勇夫 (連絡先電話 015-572-3870)

〔氏名〕 伊藤 征四郎 (連絡先電話 015-572-2145)

（2）苦情受付の報告・確認

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）に報告致します。

第三者委員は内容を確認し、苦情申出人に対して報告を受けた旨を通知します。

（3）苦情解決のための話し合い

苦情解決責任者は、苦情申出人と誠意を持って話し合い、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。

なお、第三者委員の立ち合いによる話し合いは、次により行います。

ア. 第三者委員による苦情内容の確認

イ. 第三者委員による解説案の調整・助言

ウ. 話し合いの結果や改善事項等の確認

（4）行政機関その他苦情受付機関

当事業所で解決できない苦情は下記に申し立てることもできます。

池田町保健センター	所在地 中川郡池田町字西3条5丁目 電話番号 015-572-2100 FAX 015-572-2862 受付時間 9:00～17:00（月～金）
北海道国民健康保険 団体連合会 介護保険課苦情処理係	所在地 札幌市中央区南2条西14丁目 国保会館 電話番号 011-231-5161 FAX 011-233-2178 受付時間 9:00～17:00（月～金）
北海道福祉サービス 運営適正化委員会	所在地 札幌市中央区北2条西7丁目 かでる2.7.3階 電話番号 011-204-6310 FAX 011-204-6311 受付時間 9:00～17:00（月～金）

指定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。

令和 年 月 日

指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム池田光寿苑

説明者 生活相談員 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、指定介護福祉施設サービスの提供開始に同意しました。

利 用 者 住 所

氏 名 印

署名代行した場合は下記に記入して下さい。

署名代行者 住 所

氏 名 印

署名代行の理由

身元引受人 住 所

氏 名 印

契約者との続柄

※ この重要事項説明書は、厚生労働省令第39号（平成11年3月31日）第4条の規定に基づき、入所申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。