

特別養護老人ホーム 大寿荘 重要事項説明書

(令和8年6月改正)

(この「重要事項説明書」は、「山形県指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例(平成24年12月山形県条例第74号)第6条」及び「山形県指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例施行規則(平成25年3月山形県規則第20号)第5条」に基づき、入所申込者及びその代理人等又はその家族の方への重要事項説明のために作成したものです。

内容は、サービスの選択等に際しての重要な事項ですので、十分に理解されるようお願いいたします。)

1 施設経営法人

法人の名称	社会福祉法人 山形県社会福祉事業団
法人所在地	〒990-0057 山形市宮町一丁目3番36号
法人種別	社会福祉法人
代表者氏名	理事長 加藤 亮
電話番号	023(623)9127

2 ご利用施設

施設の種別	指定介護老人福祉施設 平成12年4月1日指定 山形県0672300290号
施設の名称	特別養護老人ホーム 大寿荘
施設長名	笹原 友美
電話番号	0237-62-4328
FAX番号	0237-62-4329
入所定員	100名
開設年月	昭和51年4月1日
施設の目的	介護保険法、老人福祉法及び山形県施設基準条例等の関係法令に基づき、要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて適正な施設サービスを提供することを目的とします。
運営方針	① 当施設は、利用者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、相談支援、機能訓練、健康管理及び療養上のサービスを提供します。 ② 当施設の職員は、利用者の意思及び人権を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスを提供します。

3 施設の概要

敷地	総面積	14,718.29㎡(山形県所有)
	構造	鉄筋コンクリート造 亜鉛メッキ鋼板葺 平屋建 他
建物	延床面積	3,149.14㎡(附属建物を含む)

(1) 居室

種 類	室数	面 積		
個 室	1	9.15 m ²		
	1	11.41 m ²		
	1	11.51 m ²		
	1	12.05 m ²		
	2	① 12.15 m ²	② 12.15 m ²	
	3	① 11.38 m ²	② 11.24 m ²	③ 11.37 m ²
4人部屋	21	26.22 m ²	6.555 m ² (1名あたりの面積)	
5人部屋	3	37.62 m ²	7.524 m ² (1名あたりの面積)	

(2) 主な設備

種 類	室数	面積	その他
食 堂	1	55.0 m ²	
機能訓練室	1	49.50 m ²	
一般浴室	1	23.00 m ²	個人浴槽1 大浴槽1
機械浴室	1	88.80 m ²	特殊浴槽2 チェア浴槽1
医 務 室	1	13.14 m ²	
静 養 室	1	13.90 m ²	
デイルーム	1	84.5 m ²	トイレ、キッチン含む
デイルーム	1	54.23 m ²	トイレ、キッチン含む

4 職員体制 (令和8年4月1日現在)

(単位：名)

職 種	人数	区 分				指定 基準	主な 職務	保有資格 (資格については重複し て記載しています)
		常 勤		非常勤				
		専従	兼務	専従	兼務			
施 設 長	1		1			1	運営管理の総括 職員の指導監督	介護福祉士 介護支援専門員
医 師	2				2	必要数	利用者の健康管理 療養上の指導	内科医師1名 精神科医1名
生活相談員	2		2			2	入退所業務 生活・苦情相談 提供サービスの企画	主任介護支援専門員1名 介護福祉士1名 社会福祉士1名
介護職員	35	0	30			利用者 3名に 対し1 名以上	日常生活の介護・支援 (介護サービス計画作成)	介護福祉士20名 社会福祉士1名
看護職員	4	1	3				健康管理 診察の補助	看護師2名 准看護師2名 介護支援専門員1名
介護支援 専門員	1	1				1名 以上	介護サービス計画作成	社会福祉士 介護福祉士 介護支援専門員
機能訓練 指導員	2	1	(1)			1名 以上	身体機能の改善 減退防止	作業療法士 准看護師
栄 養 士	2		1		1	1名 以上	栄養管理 食事業務全般	管理栄養士 栄養士
調理職員	7		3		4	必要数	調理業務	調理師
事務職員	2		2			必要数	庶務・会計事務	防火管理者・衛生管 理者・危険物取扱
業 務 員	2				2		施設内清掃	
警 備 員	3				3		夜間警備	

※ () 書きは他業務との兼務となります。また短期入所事業所を含めた人員配置を記載しています。

5 職員の勤務体制

職 種	勤 務 体 制	休 暇
施設長 生活相談員 事務職員 介護支援専門員 機能訓練指導員	日勤 8:30～17:15 (8時間勤務、休憩45分)	原則として 週休2日制
介 護 職 員	日勤 早番・遅番あり (8時間勤務 休憩45分) (6時間勤務 休憩60分)	
	夜勤 16:00～翌日9:00 (16時間勤務 休憩60分)	
看 護 職 員	日勤 早番・遅番あり (8時間勤務 休憩45分)	
栄 養 士	日勤 (8時間勤務 休憩45分) (6時間勤務 休憩60分)	
調 理 職 員	日勤 早番・遅番あり (8時間勤務 休憩45分) (6時間勤務 休憩60分) 9:00～11:00 (2時間勤務 休憩—)	
医 師	内科医 週1日(火曜日) 14:30～15:30 他随時 精神科医 月2日(第2、第4月曜日) 15:00～16:00	嘱 託
業 務 員	週5日(月、火、木、金、土) 13:30～16:30 (3時間勤務)	週休2日(水、日) 週休2日(土、日)
	週5日(月～金) 13:30～15:30 (2時間勤務)	
警 備 員	宿直 17:00～翌日8:30	

6 当施設が提供するサービス等

(1) 当施設が提供する基準介護サービス

種 別	内 容
施設サービス計画	当施設入所後に施設サービス計画(ケアプラン)を作成し、利用者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針を定めます。
相談及び支援	常勤の生活相談員が、介護以外の日常生活に関することを含め相談・支援を行います。
食 事	①季節感あふれる食事を提供し、利用者の健康の維持・増進を図ります。 ②利用者の嗜好を把握し、選択メニュー・希望食・行事食等の満足感、充実感が得られる食事を提供します。 ③衛生管理を徹底し、食中毒の未然防止に努めます。 ④利用者の自立に配慮して、可能な限り離床して行います。 食事時刻 朝食 午前7時30分から 昼食 正午から 夕食 午後6時から
入 浴	週2回以上、入浴又は清拭を行います。ただし、利用者に傷病があったり、伝染性疾患の疑いがあるなど、医師が入浴を適当でないと判断した場合には行わないこともあります。

排 せ つ	①身体の状況に応じて、適切な用具の選定・排せつ介助を行うとともに、排せつの自立に向けた適切な支援を行います。 ②定時のおむつ交換は、1日4回行います。
離床・着替え・整容 日常生活における 世話	①寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮いたします。 ②着替えや整容は、適切に行うよう配慮いたします。 ③シーツやその他の包布類は、週1回の交換を行います。 ④日常生活を営むのに必要な世話を行います。
社会生活上の便宜	当施設では、年間計画により適宜レクリエーション行事を実施いたします。ただし、レクリエーション行事によっては、別途料金がかかる場合があります。
機 能 訓 練	利用者の心身の状況に応じて、日常生活を営むのに必要な機能を回復し、又はその減退を防止するために、計画に基づいて定期的に訓練を行います。
健 康 管 理	①内科医による週1回の診療並びに精神科医による月2回の診療を行い健康管理に努めます。また、緊急の場合には、主治医あるいは協力医療機関等に責任を持って引き継ぎます ②利用者が外部の医療機関に通院する場合は、介添いを行うよう配慮します。 当施設の医師（嘱託） 氏 名 白田 裕 診療科 内科（白田医院） 診察日 毎週 火曜日 14:30～15:30 他随時 氏 名 小関 暁之 診療科 精神科（小原病院） 診察日 毎月 第2,4月曜日 15:00～16:30

7 入所中の医療の提供

医療を必要とする場合は、利用者及びその代理人等の希望により、下記の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・入院治療を義務づけるものでもありません。）

□協力医療機関

寒河江市立病院	所在地 寒河江市大字寒河江字塩水 80番地 電話番号 0237-86-2101
至誠堂総合病院	所在地 山形市桜町 7番44号 電話番号 023-622-7181
霞晴堂白田医院	所在地 大江町大字左沢1187番地 電話番号 0237-62-3155

□ 協力歯科医療機関

公平歯科医院	所在地 西村山郡大江町大字左沢 548の2 電話番号 0237-62-2034
--------	--

8 身体拘束への対応

利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為は行わないものとします。なお、緊急やむを得ない場合に身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行う場合は、速やかに利用者及びその代理人等の同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況及び緊急やむを得ない理由を記録します。

9 事故発生時の対応

利用者に対する施設サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに山形県、市町村、利用者の代理人等及び利用者の家族等に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。また、利用者に対する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は、速やかにその損害を賠償いたします。

10 非常災害時の対応

非常時の対応	別途定める「特別養護老人ホーム大寿荘消防計画」により対応いたします。
近隣との協力関係	藤田町内会、大江町消防団と連携し、非常時における相互の支援を行います。
平常時の訓練等	別途定める「特別養護老人ホーム大寿荘消防計画」により、利用者も参加して避難訓練を行います。

11 当施設をご利用の際に留意いただく事項

来訪・面会	① 曜日、月日等の制限はありませんが、面会時間は概ね8時～20時頃までをお願いします。面会の際は、お手数でも面会カードの記入をお願いします。 ② 利用者の方の中には抵抗力が弱っている方もおられますので、ペットを連れての面会は遠慮いただきます。
外出・外泊	いつでもご自由にお出かけいただけますが、事前に所定の用紙への記入をお願いいたします。
居室・設備・器具のご利用	施設内の居室、設備及び器具は本来の用法にしたがってご利用ください。 これに反したご利用により破損等が生じた場合は、全部又は一部を賠償していただく場合がございます。
喫煙	喫煙は、原則として認めておりません。
飲酒	飲酒は、原則として認めておりません。 ただし、行事等の際、希望する方に限り可能です。
その他	① 他の利用者や施設の職員の迷惑になる行為はご遠慮願います。 ② むやみに他の利用者の居室等に立ち入らないでください。 ③ 万一の事故発生に備えて、社会福祉施設賠償責任保険に加入しております。

1 2 ご利用料金

(1) 施設サービス利用料

※ ご本人様の所得状況により負担割合が異なります。

	区分	報酬単位	基本利用料	介護保険を適用させた場合の利用料金		
				1割	2割	3割
施設利用料金	要介護1	589単位	5,890円	589円	1,178円	1,767円
	要介護2	659単位	6,590円	659円	1,318円	1,977円
	要介護3	732単位	7,320円	732円	1,464円	2,196円
	要介護4	802単位	8,020円	802円	1,604円	2,406円
	要介護5	871単位	8,710円	871円	1,742円	2,613円

施設サービス各種加算（1日あたり）

加算区分	報酬単位	基本利用料	介護保険を適用させた場合の利用料金		
			1割	2割	3割
精神科医療養指導加算	5単位	50円	5円	10円	15円
看護体制加算（Ⅰ）ロ	4単位	40円	4円	8円	12円
看護体制加算（Ⅱ）ロ	8単位	80円	8円	16円	24円
夜勤職員配置加算（Ⅰ）ロ	13単位	130円	13円	26円	39円
日常生活継続支援加算	36単位	360円	36円	72円	108円
協力医療機関連携加算	5単位	50円	5円	10円	15円
個別機能訓練加算（Ⅰ）	12単位	120円	12円	24円	36円
科学的介護推進体制加算（Ⅱ）	50単位/月	500円/月	50円	100円	150円
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	10単位/月	100円/月	10円	20円	30円

※ 各加算額については、加算の基準を満たさない場合は減額又は除外になります

◎その他の施設サービス加算

介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロ

（1）により算定した単位数（加算を含む）の17.6%に相当する単位数が加算されます。

【個別加算】

初期加算	・新規に入所した場合（入所後30日間） ・30日を超えて医療機関に入院し、施設に戻った場合（退院後30日間）	1日あたり 1割 30円（300円） 2割 60円（300円） 3割 90円（300円）
外泊時費用	外泊もしくは入院した場合（1月につき6日まで）	1日あたり 1割 246円（2,460円） 2割 492円（2,460円） 3割 738円（2,460円）
療養食加算	医師の指示に基づき、経管栄養以外の療養食を提供した場合	1食あたり 1割 6円（60円） 2割 12円（60円） 3割 18円（60円）
経口移行加算	多職種の者が共同し経管により食事を行っている入所者に対し、食事の摂取を進めるための経口移行計画を作成している場合。当該計画に従い、医師の指示を受けた管理栄養士による栄養管理、看護職員による支援が行われた場合	1日あたり 1割 28円（280円） 2割 56円（280円） 3割 84円（280円）

<p>経口維持加算 (Ⅰ)</p>	<p>経口摂取する者であって摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる者に対して医師又は歯科医師の指示に基づき、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同し栄養管理をするための食事観察及び会議を行い、経口による継続的な食事摂取を進めるための経口維持計画を作成している場合（経口移行加算を算定している場合は算定しない）</p>	<p>月単位</p> <p>1割 400円(4,000円) 2割 800円(4,000円) 3割 1,200円(4,000円)</p>
<p>再入所時栄養 連携加算</p>	<p>厚生労働大臣が定める特別食※などを必要とする者。 ※疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する特別食や嚥下困難者のための濃厚流動食及び特別な検査食を提供した場合</p>	<p>1回あたり</p> <p>1割 200円(2,000円) 2割 400円(2,000円) 3割 600円(2,000円)</p>
<p>配置医師 緊急時 対応加算</p>	<p>配置医師が施設の求めに応じ、早朝・夜間又は深夜に施設を訪問し、入所者の診療を行った場合、又は配置医師の通常の勤務時間外（早朝、夜間及び深夜を除く）に施設を訪問し入所者を診療した場合</p>	<p>1回あたり</p> <p>1割 早朝・夜間 650円(6,500円) 深夜 1,300円(13,000円)</p> <p>2割 早朝・夜間 1,300円(6,500円) 深夜 2,600円(13,000円)</p> <p>3割 早朝・夜間 1,950円(6,500円) 深夜 3,900円(13,000円)</p> <p>(早朝・夜間及び深夜を除く)</p> <p>1割 325円(3,250円) 2割 650円(6,500円) 3割 975円(9,750円)</p>
<p>看取り介護 加算(Ⅱ)</p>	<p>配置医師緊急時対応加算の体制を整備し、さらに施設内で実際に看取った場合(施設を退所等の月と死亡した月が異なる場合も算定可能であるため、入所していない月に、前月分として請求が発生することがあります。)</p>	<p>1回あたり</p> <p>【死亡日45日前から31日前】</p> <p>1割 72円(720円) 2割 144円(720円) 3割 216円(720円)</p> <p>【死亡日30日前から4日前】</p> <p>1割 144円(1,440円) 2割 288円(1,440円) 3割 432円(1,440円)</p> <p>【死亡日の前日または前々日】</p> <p>1割 780円(7,800円) 2割 1,560円(7,800円) 3割 2,340円(7,800円)</p> <p>【死亡日】</p> <p>1割 1,580円(15,800円) 2割 3,160円(15,800円) 3割 4,740円(15,800円)</p>
<p>退所時情報 提供加算</p>	<p>医療機関に退所する方について、退所後の医療機関に対して入所者などを紹介する際、入所者等の同意を得て当該入所者等の心身の状況、生活歴などを示す情報を提供した場合</p>	<p>1回あたり</p> <p>1割 250円(2,500円) 2割 500円(2,500円) 3割 750円(2,500円)</p>

退所前連携 加算	入所者が退所し、居宅サービス又は、地域密着型サービスを利用する場合において、入所者の退所に先立って入所者が利用を希望する居宅介護事業者に対して、入所者の同意を得て介護状況を示す文書を添えて情報を提供し居宅介護支援事業者と連携し退所後の利用に関する調整を行った場合	1回あたり 1割 500円(5,000円) 2割 1,000円(5,000円) 3割 1,500円(5,000円)
安全対策体制 加算	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る場合	入所初日のみ 1割 20円(200円) 2割 40円(200円) 3割 60円(200円)

※ 上記「その他の施設サービス加算」については、加算の基準を満たさない場合や該当しない場合は算定いたしません。

◎食費及び居住費（令和8年7月まで）

○食費（食材料費と調理費相当）1日あたり 1,445円

朝食：445円 昼食：500円 夕食：500円

○居住費（光熱水費相当）1日あたり 多床室 915円

※ただし、下記の通り所得などに応じて軽減される場合があります。

区分（範囲）	利用料金（1日あたり）		
	利用者負担段階	食費	居住費
食費 (食材料費と調理費相当)	第1段階	300円	0円
	第2段階	390円	430円
	第3段階①	650円	430円
居住費 (光熱水費相当)	第3段階②	1,360円	430円
	補足給付の対象でない方	1,445円	915円

◎食費及び居住費（令和8年8月から）

○食費（食材料費と調理費相当）1日あたり 1,545円

朝食：500円 昼食：500円 夕食：545円

○居住費（光熱水費相当）1日あたり 多床室 915円

※ただし、下記の通り所得などに応じて軽減される場合があります。

区分（範囲）	利用料金（1日あたり）		
	利用者負担段階	食費	居住費
食費 (食材料費と調理費相当)	第1段階	300円	0円
	第2段階	390円	430円
	第3段階①	680円	430円
居住費 (光熱水費相当)	第3段階②	1,420円	530円
	補足給付の対象でない方	1,545円	915円

○生活保護受給者や老齢福祉年金など（第1段階）の負担額は、食費、居住費共に変更はありません。

○利用者負担段階欄の各段階は、所得や課税状況などから利用者が4つの段階に区分されます。介護保険負担限度額認定証をご確認ください。

(3) 上記以外の施設サービス及び費用

金銭管理サービス費	利用者及びその代理人等の希望により、銀行通帳管理、医療費・買物代等各種支払代行、各種申請代行、利用料金口座振替等のサービス、請求書、領収書の郵送等の郵送手数料として。 利用料金 月額 1,800 円 (管理に要する実費相当額) 金銭管理体制 ①利用者の通帳に預け入れしている金銭を管理します。 ②お預かりするものは上記預金通帳及び通帳印などです。 ③保管場所は大寿荘事務室金庫とし、施設管理者が責任を持って管理いたします。 ④出納方法は別途定める「入所者の所有に係る現金及び預金等取扱要領」によります。
利用者が希望する特別な食事代	利用者の希望に基づいて提供した特別な食事(酒を含みません。)にかかる実費相当額
健康管理費	インフルエンザ予防接種等に要する実費相当額
上記以外のサービスで特に希望されるものについては、実費の負担がございます。	

- おむつ代は介護保険給付対象となっておりますのでご負担の必要はありません。
- 金銭管理サービスをご利用いただいた場合は、口座振替による支払となります。(別途「預金口座振替申込書」の提出をお願いします。)

(4) 施設サービス以外の費用

理美容費	利用者及びその代理人等又は家族等からの希望に応じて、外部の理美容店に取り継ぎますので実費を負担してください。
日用品・嗜好品代等	利用者及びその代理人等又は家族等からの希望に応じて、身の回り品として必要な物や嗜好品等の購入を外部の業者に取り継ぎますので、実費を負担してください。
趣味的活動に要する費用、その他	利用者の趣味的活動その他に要する費用等は、すべて利用者の負担となります。
医療費	外部の医療機関による往診や入通院は、医療保険適用により利用者の負担となります。

お支払方法

- ①利用料金・費用等は、1か月分ごとに計算し翌月に一括して請求いたしますので、月末までにお支払ください。
- ②金銭管理サービスをご利用いただいた場合は、代金の支払事務を当施設で代行します。

1.3 施設を退所していただく場合(契約の終了)

① 利用者が死亡した場合
② 認定により利用者の心身の状態が自立又は要支援、要介護1、要介護2と判定された場合
③ 事業者が解散した場合又はやむを得ない事由により大寿荘を閉鎖した場合
④ 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

⑤ 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
⑥ 利用者及びその代理人等から退所の申出があった場合（詳細は以下を参照ください。）
⑦ 事業者から退所の申出を行なった場合（詳細は以下を参照ください。）

(1) 利用者及びその代理人等からの退所の申出（中途解約・契約解除）

契約の有効期間中であっても、利用者及びその代理人等から当施設へ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7日前までに解約届出書をご提出下さい。ただし、以下の場合には、即座に契約を解除・解約し退所することができます。

① 利用者が入院した場合
② 施設サービスの利用料金の変更に同意できない場合
③ 事業者が正当な理由なく本契約に定める介護老人福祉施設サービスを実施しない場合
④ 事業者が守秘義務に違反した場合
⑤ 事業者が故意又は過失により利用者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信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 他の利用者が利用者の身体・財物・信用等を傷つけた場合若しくは傷つける恐れのある場合において、事業者が適切な対応をとらなかった場合

(2) 事業者からの申出により退所していただく場合（契約解除）

① 利用者及びその代理人等が、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ない、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 利用者及びその代理人等による、サービス利用料金の支払が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 利用者が、故意又は重大な過失により事業者若しくは他の利用者等の生命・身体・財物信用等を傷つけ、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 利用者が連続して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（なおこの事由により契約が解除された場合には、退院後優先して大寿荘に再入所することができるものとします。）
⑤ 利用者が他の介護保険施設等に入所若しくは入院した場合

(3) 円滑な退所のための支援

利用者が当施設を退所する場合には、利用者及びその代理人等の希望により、事業者は利用者の心身の状況、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支援を利用者に対して速やかに行います。

① 適切な病院若しくは診療所又は介護保険施設等の紹介
② 居宅介護支援事業者の紹介
③ 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

※利用者が退所後、自宅に戻られる場合には、その際の相談支援にかかる費用（介護保険から給付される費用の一部）をご負担いただきます。

1 4 入院時の取扱いについて

①検査入院等、短期入院の場合 1か月につき6日以内（連続して7泊、複数の月にまたがる場合は13泊）の短期入院の場合は退院後再び施設を利用することができます。ただし、入院期間中であっても、所定の利用料金をご負担いただきます。 (外泊時加算1日当り 1割246円 2割492円 3割738円)
②上記期間を超える入院の場合 上記短期入院の期間を超える入院については、3か月以内に退院される場合には、退院後再び施設を利用することができます。
③3か月以内の退院が見込まれない場合 3か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、退院後に再び優先的に入所することができます。

※ 利用者が入院期間中、利用していたベッドを短期入所生活介護に活用させていただく場合がございます。

※ 当施設では入院期間中は居住費をいただいております。

1 5 看取り介護について

別添、特別養護老人ホーム大寿荘「看取り介護に関する指針」に基づき実施いたします。

1 6 残置物引取人

①入所契約が終了した後、当施設に残された利用者の所持品（残置物）を利用者自身が引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。
②入所契約が終了した後、利用者の残置物がある場合、当施設は「残置物引取人」に連絡の上、3週間以内に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、残置物引取人にご負担いただきます。
③「残置物引取人」に変更がある場合は、その旨、ご連絡ください。

1 7 苦情等の受付

当施設のサービスや職員の対応に対する苦情・率直な疑問、ご意見等がございましたら、お気軽に下記の窓口にお申しつけください。担当者が責任を持って調査・改善もしくは説明を行います。

苦情解決責任者	利用時間	利用方法
荘長 笹原友美 サービス相談窓口 (苦情受付担当者) 副荘長 金田裕樹	毎週 月～金 8:30～17:15	電 話 0237-62-4328 F A X 0237-62-4329 面 接 当施設事務室 ご意見箱 玄関ロビーに設置
苦情解決第三者委員	永田大祐 様 (藤田地区長) 兼子義明 様 (民生児童委員) 伊藤和恵 様 (民生児童委員)	高橋香世 様 (民生児童委員) 酒井優子 様 (有識者)

1 8 行政機関その他苦情受付機関

各市町村介護保険担当窓口（保険者）に申込することができます。他に下記の機関が受付します。

山形県国民健康 保険団体連合会	所在地	寒河江市大字寒河江字久保6番地
	電 話	0237(87)8006
	F A X	0237(83)3354
	受付時間	月曜日～金曜日 午前9時～午後4時

山形県福祉サービス 運営適正化委員会 (山形県社会福祉協議会)	所在地	山形市小白川町二丁目3番31号 山形県総合社会福祉センター内	
	電話	023(626)1755	
	FAX	023(626)1770	
	受付時間	月曜日～金曜日 午前9時～午後4時	
お住まいの市町村 介護保険苦情相談 受付担当窓口	所在地		
	電話		
	受付時間		
第三者による サービス評価の実施	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	
	② なし		

令和 年 月 日

特別養護老人ホーム大寿荘の介護老人福祉施設サービスの提供の開始に際し、本書面を交付し重要事項の説明を行いました。

事業者 所在地 〒990-1121
山形県西村山郡大江町大字藤田839番地の1

名称 特別養護老人ホーム大寿荘

説明者職氏名 印

私は、本書面を受領し、事業者から重要事項の説明を受け、特別養護老人ホーム大寿荘の介護老人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

代理人等 住所 〒 _____

氏名 _____ 印