

「指定介護福祉施設」重要事項説明書

(いけだの里)

社会福祉法人小杉福祉会

特別養護老人ホームエスパワールこすぎ

(介護保険指定事業所番号 富山県 1671900098号)

当施設はご利用者に対して指定介護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。

目 次

1. 施設経営法人
2. ご利用施設
3. 居室の概要
4. 職員の配置状況
5. 当施設が提供するサービスと利用料金
6. 貴重品の管理について
7. 入所中の医療について
8. 施設を退所していただく場合（契約の終了について）
9. 残置物引取人
10. 高齢者虐待防止について
11. 守秘義務と個人情報の保護
12. 身体拘束禁止について
13. 事故発生時の対応と事故防止の取り組みについて
14. 苦情処理の体制及び手順
15. 情報開示について
16. 第三者による評価の実施状況

1、施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 小杉福祉会（平成9年10月30日名称変更）
(2) 法人所在地 富山県射水市池多822番地
(3) 電話番号 0766-56-1078
(4) 代表者氏名 理事長 倉敷 博一
(5) 設置年月 昭和54年8月17日（社会福祉法人 南太閤山福祉会）

2、ご利用施設

- (1) 施設の種類 指定介護福祉施設・平成12年4月1日指定
介護保険指定事業所番号 富山県1671900098号

(2) 施設の目的

指定介護福祉施設は、介護保険法令に従い、ご利用者が、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、ご利用者に、日常生活を営むために必要な居室及び共用施設等を利用いただき、介護福祉施設サービスを提供します。この施設は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ご利用いただけます。

- (3) 施設の名称 特別養護老人ホームエスパワールこすぎ
(4) 施設の所在地 富山県射水市池多822
(5) 電話番号 0766-73-6339
(6) 施設長（管理者）氏名 西野 俊博
(7) 当施設の運営方針

社会福祉法の基本的理念を踏まえ、ご利用者が生きがいを持てる健で安らかな生活が保障されるよう主体性・自立性を最大限に尊重します。

- (8) 開設年月 昭和62年4月1日
(9) 入所定員 50人

3、居室の概要

(1) 居室の概要

当施設では以下の居室・設備をご用意しています。入居される居室は、個室・2人部屋・4人部屋ですが、ご利用者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に沿えない場合もあります。

居室・設備の種類	室数	備考
個室（1人部屋）	4室	従来型個室
2人部屋	5室	多床室
4人部屋	9室	多床室
合計	18室	
食堂	1室	
機能訓練室	1室	主な設置機器 歩行訓練階段、訓練用腰掛、平行棒
浴室	1室	一般浴・特殊浴槽（寝浴1台・個浴1台）
医務室	1室	

※前項は、厚生労働省が定める基準により、指定介護福祉施設に必要が義務づけられている施設・設備です。

☆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、ご利用者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、ご契約者やご利用者等と協議のうえ決定するものとします。

☆居室に関する特記事項

- 各居室
- 各居室には洗面所が設置されており冷暖房完備しております。
 - 個室には洗面所、冷暖房のほかトイレが設置されています。

4、職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して指定介護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、指定基準を遵守しています。

職種	現員（ショート含む）
施設長	1名
介護職員	20名以上
生活相談員	1名以上
介護支援専門員	1名以上
看護職員	(兼) 2名以上
機能訓練指導員	(兼) 1名
医師	(嘱託) 1名
管理栄養士	(兼) 1名
調理員	2名以上

〈主な職種の勤務体制〉

職種	勤務体制		
医師	毎週 火曜日 13:00～15:00		
介護職員	標準的な時間帯における最低配置人員		
	早出	7:00～16:00	2名
	日勤	8:00～17:00	1名
	日勤	9:30～18:30	2名
	遅出	10:00～19:00	2名
	遅出	10:30～19:30	2名
	夜勤	19:15～ 8:15	2名
看護職員	標準的な時間帯における最低配置人員		
	日勤	8:30～17:30	1名
	日勤	9:00～18:00	1名

☆ご利用者の状態により、上記体制が変更する場合があります。

5、当施設が提供するサービスと料金

当施設では、ご利用者に対して次項のサービスを提供します。

- (1) 利用料金が介護保険から給付されるサービス
- (2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただくサービス

なお、当施設がご利用者に対して提供するサービスは、ご契約者及びご利用者に説明し同意を得た施設サービス計画（ケアプラン）に基づいて行います。（契約書第1条、第2条参照）

- (1) 当施設が提供する基準介護サービス（契約書第3条参照）

以下のサービスについては、居住費、食費を除き通常9割が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

①居室の提供

②食事

- ・当施設では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご利用者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ご利用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。
但し、希望により居室及び外食での食事も対応いたします。

（食事時間）

朝食：7：30～ 昼食：12：00～ 夕食：18：00～

- ・ご利用者の希望により適時提供いたします。

③入浴

- ・入浴又は清拭を週2回行います。
- ・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。

④排泄

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

⑤機能訓練

- ・ご利用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の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。

⑥健康管理

- ・嘱託医師や看護職員との連携により24時間体制で、服薬、胃ろう施行、吸痰等の健康管理を行います。（管理責任者：南真奈美課長看護師）また、口腔内の痰の吸引、胃ろうによる経管栄養など、医療的ケアが必要な場合にも安心して施設での生活を継続していただくために、講習を終了し施設が認めた介護職員は、医師、看護職員等のみが行う事のできる医行為の一部を必要時に嘱託医や看護職員との連携のもとで行います。

⑦その他自立への支援

- ・寝たきり防止のため、できるかぎり離床に配慮します。
- ・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。
- ・清潔で快適な生活が送れるよう、洗面、口腔ケア等の適切な整容が行われるよう援助します。

〈サービス利用料金（1日あたり）〉（契約書第6条参照）

次頁の料金表によって、ご利用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。（サービスの利用料金は、ご利用者の要介護度に応じて異なります。なお、利用料金は1割負担と2割負担と3割負担の場合があります。負担割合は介護保険負担割合証にてご確認ください。）

◎ 1割負担の場合

	要介護度	1	2	3	4	5
1、 サービス利用料金	従来型個室	5,890 円	6,590 円	7,320 円	8,020 円	8,710 円
	多床室					
2、うち介護保険から給付される金額	従来型個室	5,301 円	5,931 円	6,588 円	7,218 円	7,839 円
	多床室					
3、自己負担額 (1-2)	従来型個室	589 円	659 円	732 円	802 円	871 円
	多床室					

◎ 2割負担の場合

	要介護度	1	2	3	4	5
1、 サービス利用料金	従来型個室	5,890 円	6,590 円	7,320 円	8,020 円	8,710 円
	多床室					
2、うち介護保険から給付される金額	従来型個室	4,712 円	5,272 円	5,856 円	6,416 円	6,968 円
	多床室					
3、自己負担額 (1-2)	従来型個室	1,178 円	1,318 円	1,464 円	1,604 円	1,742 円
	多床室					

◎ 3割負担の場合

	要介護度	1	2	3	4	5
1、 サービス利用料金	従来型個室	5,890 円	6,590 円	7,320 円	8,020 円	8,710 円
	多床室					
2、うち介護保険から給付される金額	従来型個室	4,123 円	4,613 円	5,124 円	5,614 円	6,097 円
	多床室					
3、自己負担額 (1-2)	従来型個室	1,767 円	1,977 円	2,196 円	2,406 円	2,613 円
	多床室					

なお、上記の他に、下記に掲げる費用の額の支払いをご契約者から受けることができます。

加算の種類	利用者負担額		
	1割負担	2割負担	3割負担
日常生活継続支援加算	36 円	72 円	108 円
看護体制加算（I）ロ	4 円	8 円	12 円
看護体制加算（II）ロ	8 円	16 円	24 円
夜勤職員配置加算（I）イ	22 円	44 円	66 円
協力医療機関連携加算（1月につき）	50 円	100 円	150 円
安全対策体制加算（1回限り）	20 円	40 円	60 円
高齢者施設等感染対策向上加算（I） (1月につき)	10 円	20 円	30 円
高齢者施設等感染対策向上加算（II） (1月につき)	5 円	10 円	15 円

加算の種類	利用者負担額		
	1割負担	2割負担	3割負担
生産性向上推進体制加算（Ⅱ） (1月につき)	10円	20円	30円
科学的介護推進体制加算（Ⅰ） (1月につき)	40円	80円	120円
科学的介護推進体制加算（Ⅱ） (1月につき)	50円	100円	150円

また、ご利用者の状況に応じて次に掲げる費用の支払いが発生します。

加算の種類	利用者負担額		
	1割負担	2割負担	3割負担
若年性認知症入所者受入加算	120円	240円	360円
栄養マネジメント強化加算	11円	22円	33円
認知症行動・心理症状緊急対応加算 (7日を限度)	200円	400円	600円
再入所時栄養連携加算（1回）	400円	800円	1,200円
配置医師緊急時対応加算(1回につき) 午後6時から午後10時までと 午前6時から午前8時までの間	650円	1,300円	1,950円
配置医師緊急時対応加算(1回につき) 午後10時から午前6時までの間	1,300円	2,600円	3,900円
配置医師緊急時対応加算(1回につき) 通常の勤務時間外(早朝・夜間及び深夜 を除く)	325円	650円	960円
退所時情報提供加算（Ⅱ）（1回のみ）	250円	500円	750円
退所時栄養情報連携加算（1回のみ）	70円	140円	210円
新興感染症等施設療養費（1日につき） (1月に1回連続5日を限度)	240円	480円	720円

そして、ご利用者が終末期にあると医師が判断した場合で、ご利用者やご契約者等の同意を得ながら看取り介護を行った場合は、死亡前45日を限度として死亡月に看取り介護加算の支払いが発生する場合もあります。

1日あたりの利用料金（45日が限度）	利用者負担		
	1割負担	2割負担	3割負担
死亡日以前31日以上45日以下	72円	144円	216円
死亡日以前4日以上30日以下	144円	288円	432円
死亡日の前日及び前々日	780円	1,560円	2,340円
死亡日	1,580円	3,160円	4,740円

これらサービス利用料金や各種加算には、介護職員等処遇改善加算Ⅰとして14%の加算があります。

介護保険利用料のほかに、下記に掲げる費用の支払いがあります。

(2) 食費として（1日当たり）

負担段階区分	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階以上
日額	300円	390円	650円	1,360円	1,800円

(3) 居住費として（1日当たり）

負担限度額区分	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階以上
従来型個室	380円	480円	880円	880円	1,231円
多床室	0円	430円	430円	430円	915円

☆ 利用者負担段階区分

所得の低い方	第1段階	・市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者 ・生活保護受給者
	第2段階	・市町村民税世帯非課税であって、 年金収入額と合計所得金額の合計が80万円以下の方など
	第3段階①	・市町村民税世帯非課税であって、利用者負担第2段階以外の方 (年金収入が80万円超120万円未満の方など)
	第3段階②	・市町村民税世帯非課税であって、利用者負担額第3段階①以外の方 (年金収入が120万円超の方など)
第4段階		上記以外の方
◎ご利用者が世帯非課税であっても、下記の事由に該当される場合は、第4段階となります。		
①配偶者が課税されている場合		
②年金収入等80万円以下の場合、単身で650万円超、夫婦で1650万円超 年金収入等80万円超120万円以下の場合、単身で550万円超、夫婦で1550万円超、 年金収入等120万円超の場合、単身で500万円超、夫婦で1500万円超、 上記の預貯金を保有している場合		

☆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。

☆居室と食事に係る費用について、負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載している負担限度額とします。

☆初期加算については、入所した日から起算して30日以内の期間について1日につき1割負担の場合は30円、2割負担の場合は60円、3割負担の場合は90円加算されます。30日を超える病院又は診療所への入院後に再び入所した場合も同様です。

(4) 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日あたりの利用料金は、1割負担の場合は246円、2割負担の場合は492円、3割負担の場合は738円となり、1月に6日を限度とされています。（契約書第3条、第23条参照）

☆ご利用者が、入院又は外泊をされた場合にお支払いいただく1日あたりの居住費は、次頁の通りです（契約書第6条参照）

		負担限度額			
		第1段階	第2段階	第3段階①②	第4段階以上
入院又は外泊の翌日から 6日目まで (A)	従来型個室	380円	480円	880円	1,231円
	多床室	0円	430円	430円	915円
7日目以降に入院又は外泊 から施設に戻った前日まで	従来型個室	380円	480円	800円	800円
	多床室	0円	0円	0円	470円

※上記利用料金は月6日を限度とし、月末から連続利用の場合で7日に達しない場合は翌月も6日を限度としてお支払いいただきます。居住費の入院又は外泊の場合も利用料金と同様に月末からの連続利用の場合は翌月も6日目までは(A)の居住費をお支払いいただきます。

なお、ご利用者が利用していたベッドを短期入所生活介護に活用することに同意いただく場合には、所定の利用料金をご負担いただく必要はありません。

(5) (1)、(2)、(3)、(4)以外のサービス（契約書第4条参照）

次のサービスは、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 特別な食事（お酒含みます。）

ご利用者のご希望に基づいて食事を提供します。

利用料金：要した費用の実費

② 理髪

[理髪サービス]

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

利用料金：実費

③ インフルエンザ接種費用 実費相当

④ レクリエーション、クラブ活動

ご利用者の希望によりリクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

〈例〉 生け花（材料代等の実費をいただきます。）

⑤ 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご利用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おりますのでご負担の必要はありません。

⑥ 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までの期間に係る料金

サービス料金及び居住費の基準費用額の支払いがあります。

☆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あります。

その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を1か月前までにご説明します。

(6) 利用料金のお支払い方法

○出納方法：別に定めます。

前記(1)、(2)、(3)の料金・費用は、1か月ごとに計算し、サービスを受けた月の翌月10日に請求しますので、月末までに次のいずれかの方法でお支払い下さい。自動引き落としの場合

は22日（22日が土日曜祝日等休日の場合は、その休日明けの日）になります。（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します。）

- ・窓口で現金支払い
- ・下記指定口座への振り込み

北陸銀行 小杉支店 普通預金 口座番号 2562640

「 特別養護老人ホーム エスパワールこすぎ 施設長 西野 俊博 」

- ・金融機関からの自動引き落し
- ・ご利用できる金融機関：県内銀行、ゆうちょ銀行等

6、貴重品の管理について

貴重品（預金通帳・印鑑・年金証書等）は、ご契約者又はご利用者で管理することを原則としています。ご契約者の希望により、貴重品を管理いたします。詳細は、次頁の通りです。

○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出た印鑑、有価証券、年金証書

○保管管理者：施設長

7、入所中の医療について

① 嘱託医

名称	所在地	電話番号
たかはし内科医院	射水市三ヶ1028番地	0766-55-5522

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察や入院治療を受けることができます。（但し、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、次頁医療機関での診療・入院治療を義務づけるものではありません。）

② 協力医療機関

医療機関の名称	所在地	電話番号
独立行政法人国立病院機構富山病院	富山市婦中町新町3145	076-469-2135
済生会高岡病院	高岡市二塚387-1	0766-21-0570
高岡市民病院	高岡市宝町4-1	0766-23-0204
射水市民病院	射水市朴木20	0766-82-8100

③ 協力歯科医療機関

医療機関の名称	所在地	電話番号
たいとう歯科医院	射水市太閤山1丁目92-2	0766-56-3389

8、施設を退所していただく場合（契約終了について）

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、次頁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、ご利用者に退所していただくことになります。

① ご利用者が死亡された場合

② 要介護認定によりご利用者が自立や要支援又は要介護1・2と判定された場合

③ 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

- ④ 施設の滅失や重大な毀損により、ご利用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 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下さい。）
- ⑦ 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下さい。）

(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、第17条参照）

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。

但し、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 ご利用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・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 他の利用者がご利用者の身体・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）（契約第18条）

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。

- ① ご契約者が、契約締結時に利用者の心身の状況及び重要事項について、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3ヶ月分以上遅延し、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 ご利用者が、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 ご利用者が連続して90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
- ⑤ ご利用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に入院した場合

→ *ご利用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）

施設に入所中に、医療機関への入院の必要が生じた場合の対応は、次の通りです。

①検査入院等、6日間以内の短期入院の場合

1ヶ月につき6日間以内（連続して7泊、複数の月にまたがる場合は12泊）の短期入院の場合は、退院後再び施設に入所することができます。

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、1ヶ月を超えた頃に今後の治療等について入院先から情報を得たうえで、ご契約者の意思を確認します。そのうえで、その後2ヶ月以内に退院された場合には、退院後再び施設に入所することができます。但し、入院時に予定された退院日よりも早く退院した場合等、退院時にホームの受入準備が整っていない時には、併設されている短期入所生活介護の居室等をご利用いただく場合があります。

③3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時には、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。

<入院期間中の利用料金>

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をご負担いただくものです。

(3) 円滑な退所のための援助（契約書第19条参照）

ご利用者が当施設を退所する場合には、ご契約者の希望により、事業者はご利用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援助を速やかに行います。

9、残置物引取人（契約書第22条参照）

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。

但し、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22条参照）

当施設は、「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て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。

10、高齢者虐待防止について

事業者はご利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、研修等を通じて職員の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。また、職員が支援にあたっての悩みや苦労等を相談できる体制を整えるほか、職員がご利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

11、守秘義務と個人情報の保護

事業者及び職員は、職務上知り得たご利用者又は、ご契約者等に関する情報を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。またサービス提供契約を終了した後や、職員がその職を退いた後も同様とします。

事業者は、ご契約者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等においてご利用者の個人情報を用いません。またご利用者の家族等の個人情報についてもあらかじめ文書で同意を得ない限り同様とします。

1 2、身体拘束禁止について

身体拘束については原則行わないことといたします。介護保険指定基準上の要件（切迫性、一時性、非代替性）を満たす場合でも、ご利用者本人やご契約者にできる限り詳細に説明を行い、十分な理解を得るよう努めます。

1 3、事故発生時の対応と事故防止の取り組みについて

契約締結にあたり、環境の変化や限られた職員配置のなかで、サービス提供を行うリスクについて説明し、事故が起こらないよう施設の環境を整理し、ご利用者の状態等をよく把握して処遇にあたります。事故発生時や前後の対応について精査・研修し、事故防止に取り組みます。

なお、事故発生時には速やかに家族及び市町村に連絡し、必要があれば嘱託医、協力病院と連携し、誠意をもって必要な緊急対応を行います。

また、事業者がご利用者に対してサービス提供中に賠償すべき事故を発生させた場合には、速やかに損害賠償を行います。

1 4、苦情処理の体制及び手順

苦情または相談があった場合は、ご利用者の状況を詳細に把握するために、聞き取りや事情の確認を行い、ご利用者の立場を考慮しながら事実関係の特定を慎重に行います。苦情受付担当者は、把握した状況を苦情解決責任者とともに検討を行い、当面及び今後の対応を決定します。対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、ご利用者やご契約者等へ対応方法を含めた結果報告を行います。（時間を要する内容であってもその旨を翌日までには連絡いたします。）

(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次の専用窓口で受け付けます。

○お客様相談窓口（担当者） 電話番号 0766-73-6339
柴田 真澄 安藤 亜希子

○受付時間 毎週月曜日～金曜日 8：30～17：30

(2) 行政機関その他苦情受付機関

射水市役所 介護保険課	所在地 射水市新開発410番地1 電話番号 0766-51-6627 FAX 0766-51-6666 受付時間 月～金（祝日を除く）AM8:30～PM5:00
富山県国民健康保険団体連合会 介護保険室	所在地 富山市下野豆田995番地の3 電話番号 076-431-9833 FAX 076-431-9834 受付時間 月～金（祝日を除く）AM9:00～PM5:00
富山県福祉サービス 運営適正委員会	所在地 富山市安住町5番地の21 電話番号 076-432-3280 FAX 076-432-6532 受付時間 月～金（祝日を除く）AM8:30～PM5:00

(3) 第三者委員

大坂 夏子	射水市南太閤山14-92	56-0184
小川 清美	射水市中野336	52-0593
森田 ひとみ	射水市手崎1007-4	55-1230

15、情報開示について

ご利用者やご契約者から申し出があった場合は、随時そのご契約者のサービス提供記録等を開示いたします。

16、第三者による評価の実施状況

第三者による評価の実施状況	1あり	実施日	
		評価機関の名称	
		結果の開示	1あり 2なし
	②なし		

令和 年 月 日

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。

指定介護福祉施設 特別養護老人ホームエスパワールこすぎ
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

契約者 利用者との関係
住 所
氏 名 印

※この重要事項説明書は、厚生省第39号（平成11年3月31日）第4条の規程に基づき、入所申込者また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。