

様

重要事項説明書

社会福祉法人 豊珠会
地域密着型特別養護老人ホーム
大津川八幡苑

【重要事項説明書】

1. 当施設が提供するサービスについての相談窓口

電 話 04-7170-5577（午前9時00分～午後5時00分）
担 当 生活相談員

* ご不明なことは、何でもお尋ねください。

2. 地域密着型特別養護老人ホーム大津川八幡苑の概要

(1) 提供できるサービスの種類

施 設 名	地域密着型特別養護老人ホーム 大津川八幡苑
所 在 地	千葉県柏市藤心 271-1
介護保険 指定番号	指定地域密着型介護老人福祉施設 (千葉県 1292200340 号)
施 設 長 名	小 熊 豪

(2) 同施設の職員体制

	資格	常勤	非常勤	業務内容	計
施設長（管理者）	施設長	1名（1）		全体の統括	1名（1）
医師	医師資格		1名（1）	健康管理	1名（1）
生活相談員	社会福祉士等	1名（1）		入所者の生活相談	1名（1）
栄養士	栄養士	1名（ ）		入所者の栄養管理	1名（ ）
機能訓練指導員	看護師	名（ ）	2名（ ）	リハビリ	2名（ ）
介護支援専門員	介護支援専門員	1名（1）		入所相談等	1名（1）
事務職員		名（ ）	3名（ ）	預かり金請求事務	3名（ ）
介 護 ・ 看 護 職 員	看護師	1名（ ）	2名（ ）	健康管理	3名（ ）
	准看護師			健康管理	
	介護福祉士	6名（2）	3名（1）	介護業務	9名（3）
	1～2 級修了者	3名（1）	名（ ）	介護業務	3名（ ）
	その他	2名（1）	3名（ ）	介護業務	5名（1）

（ ）内は男性再掲

<令和3年4月1日 現在>

※短期入所生活介護1ユニット含みます。

(3) 同施設の設備の概要

定員	29名（3ユニット）	医務室	1室
居室	全室（29室）個室 （1室 13.66㎡） 電動式ベッド、トイレ、 洗面台、移動式クローゼ ット、ナースコール設置	静養室	1床（医務室内）
		浴室	個浴、リフト付き個浴、 ストレッチャー式特殊 浴槽があります。
		共同生活室	3室

当施設では、10（9）名単位の高齢者が一つのユニットを構成して、そのユニットごとに食堂や談話スペース等の共用部分があります。利用者は、ユニット内の他利用者と家庭的な雰囲気の中で生活していただきます。

※利用者から当施設へ居室変更の申し出があった場合、利用者の心身状況及び空室状況により、その可否を決定いたします。また、利用者の心身状況により、当施設から利用者へ居室変更を依頼する場合がございます。いずれの場合も、利用者及び身元引受人等の協議の上、決定いたします。

3. サービス内容

(1) 基本サービス

- ①施設サービス計画の作成 利用者の日常生活全般の状況を踏まえて、施設サービス計画を作成し、その内容を利用者及び身元引受人等に説明、交付し同意を得ます。
- ②栄養ケア計画の作成 利用者の栄養状態や嚥下・咀嚼機能等の状況を踏まえて、栄養ケア計画を作成し、利用者に対する具体的な食事内容や提供方法を定め、その内容を利用者及び身元引受人に説明、交付し同意を得ます。
- ③食事 利用者の身体の状態、嗜好を考慮した食事の提供及び利用者の低栄養状態の予防・改善を目的に栄養状態を適切に把握し、医師の指示に基づき、介護職員及び看護職員などが協働した栄養ケアの提供を行います。
利用者の自立支援のため離床し、原則各ユニットの食堂にて食事を摂っていただきます。
- ④入浴 利用者の心身状態を考慮して、最適な方法で入浴の機会を提供いたします。ただし、やむを得ない場合には、清拭を行うことをもって入浴の機会の提供に代えることができます。
- ⑤介護 施設サービス計画に沿って下記の介護を行います。
更衣、排泄、食事、入浴等の介助、体位交換、シーツ交換、施設内の移動の付き添い等
- ⑥機能訓練 利用者の心身等の状況に応じて、日常生活の中で月2回、共同生活室等にて機能回復訓練を行います。
- ⑦生活相談 生活相談員をはじめ職員が、日常生活に関すること等の相談に応じます。
- ⑧健康管理 当施設では、年1回健康診断を行います。日程については別途ご連絡いたします。また、訪問歯科による口腔ケア又は診療を毎週1回受けることができます。
- ⑨重度化、看取りへの対応 当施設では、看護職員と介護職員が医師の指示のもと、喀痰吸引等の医療的ケアを実施し、重度化へのニーズに対応いたします。
また、医学的知見に基づき回復の見込みがないと医師に診断され、利用者及び身元引受人が当施設での看取りを希望された場合、穏やかで安らかな最期を迎えるための看取りの介護を行います。

(2) その他のサービス

- ①理美容サービス 当施設では月1回、委託業者による理美容サービスを実施しています。料金は、別途かかります。
- ②年金等の行政手続き代行 行政手続きの代行を施設にて受け付けます。ご希望の際は職員にお申し出ください。ただし、手続きに係る経費は別途かかります。
- ③特別な食事の提供 当施設では通常のメニューの他に特別な食事を用意しています。メニューは毎月変わりますので、詳しくは職員にお尋ねください。ご利用の際は、前日までにお申し出ください。料金は別途かかります。

- ④レクリエーション レクリエーションやユニット行事、クラブ活動等を行います。行事によっては別途参加費がかかるものがあります。
- ⑤日常費用支払い代行 介護以外の日常にかかる諸費用に関する支払い代金を申し込むことができます。
- ⑥貴重品・金銭管理代行 預り金等は、原則、利用者（又は身元引受人等）管理であるが、やむを得ない事情がある場合は依頼と契約により、当施設が管理の代行を行います。料金は、別途かかります。サービス利用の際は、「預かり金管理規程」、「預かり金管理委託契約書」の締結が必要となります。

4. 利用料金

(1) 基本料金

①介護度別施設利用料（介護報酬地域区分 柏市（6等級）：1単位＝10.27円）

	単位数	1日の自己負担額
要介護度1	682	701円
要介護度2	753	774円
要介護度3	828	851円
要介護度4	901	926円
要介護度5	971	998円

②加算料金（介護報酬地域区分 柏市（6等級）：1単位＝10.27円）

加算	単位数（1日の自己負担分）	☒
日常生活継続支援加算（Ⅰ）	36単位／日（37円／日）	
日常生活継続支援加算（Ⅱ）	46単位／日（48円／日）	
看護体制加算（Ⅰ）イ	12単位／日（13円／日）	
看護体制加算（Ⅰ）ロ	4単位／日（5円／日）	
看護体制加算（Ⅱ）イ	23単位／日（24円／日）	
看護体制加算（Ⅱ）ロ	8単位／日（9円／日）	
若年性認知症入所者受入加算	120単位／回（124円／日）	
精神科医師による療養指導が月2回以上行われている場合	5単位／回（6円／日）	
障害者生活支援体制加算	26単位／回（27円／日）	
入院・外泊時費用（原則 月6日限度）	246単位／日（253円／日）	
初期加算	30単位／日（31円／日）	
退所前訪問相談援助加算	460単位／回（473円／日）	
退所後訪問相談援助加算	460単位／回（473円／日）	
退所時相談援助加算	400単位／回（411円／回）	
退所前連携加算	500単位／回（514円／回）	
栄養マネジメント強化加算	11単位／日（12円／日）	
再入所時栄養連携加算	400単位／回（411円／回）	
低栄養リスク改善加算	300単位／月（309円／回）	
経口移行加算	28単位／日（29円／日）	
経口維持加算（Ⅰ）	400単位／月（411円／月）	
経口維持加算（Ⅱ）	100単位／月（103円／月）	
口腔衛生管理加算（Ⅰ）	90単位／月（93円／月）	

口腔衛生管理加算（Ⅱ）	110 単位／月（113 円／月）	
療養食加算	6 単位／1 食（7 円／1 食） 18 単位／日（19 円／日）	
看取り介護加算（死亡日以前 31 日以上 45 日以下）	72 単位／日（74 円／日）	
看取り介護加算（死亡日以前 4 日以上 30 日以下）	144 単位／日（148 円／日）	
看取り介護加算（死亡日の前日及び前々日）	780 単位／日（801 円／日）	
看取り介護加算（死亡日）	1580 単位／日（1,623 円／日）	
褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）	3 単位／月（ 3 円／月）	
褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）	13 単位／月（ 14 円／月）	
排せつ支援加算（Ⅰ）	10 単位／月（ 11 円／月）	
排せつ支援加算（Ⅱ）	15 単位／月（ 16 円／月）	
排せつ支援加算（Ⅲ）	20 単位／月（ 21 円／月）	
自立支援促進加算	300 単位／月（ 309 円／月）	
ADL 維持加算（Ⅰ）	30 単位／月（ 31 円／月）	
ADL 維持加算（Ⅱ）	60 単位／月（ 62 円／月）	
科学的介護推進体制加算	50 単位／月（ 52 円／月）	
安全対策体制加算	20 単位／入所時のみ 1 回（ 21 円／入所時のみ 1 回）	
指定居宅介護支援における退院・退所加算（Ⅰ）イ	450 単位／1 回（ 463 円／1 回）	
指定居宅介護支援における退院・退所加算（Ⅰ）ロ	600 単位／1 回（ 617 円／1 回）	
指定居宅介護支援における退院・退所加算（Ⅱ）イ	600 単位／1 回（ 617 円／2 回以上）	
指定居宅介護支援における退院・退所加算（Ⅱ）ロ	750 単位／1 回（ 771 円／2 回）	
指定居宅介護支援における退院・退所加算（Ⅲ）	900 単位／1 回（ 925 円／2 回以上）	
在宅復帰支援機能加算	10 単位／日（11 円／日）	
在宅・入所相互利用加算	40 単位／日（41 円／日）	
認知症専門ケア加算（Ⅰ）	3 単位／日（3 円／日）	
認知症専門ケア加算（Ⅱ）	4 単位／日（5 円／日）	
認知症行動・心理症状緊急対応加算	200 単位／日（206 円／日）	
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22 単位／日（ 23 円／日）	
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18 単位／日（ 19 円／日）	
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6 単位／日（7 円／日）	
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	（要介護度別単位数＋各種加算）×14.0%	
生産性向上推進加算（Ⅱ）	10 単位／月（10 円／月）	
協力医療連携加算（Ⅰ）	50 単位／月（51 円／月）	
高齢者施設等感染症対策向上加算（Ⅱ）	5 単位／月（5 円／月）	

※ 上記の加算は、施設が体制要件を満たした場合に料金が発生いたします。

- ※ 介護保険料等に変更があった場合は、変更された額に合わせて、利用者の負担額を変更いたします。
- ※ 当該サービスが、法定代理受領サービスである場合は、介護保険被保険者証及び介護保険負担割合証による自己負担割合に応じた額とする。（上記は、1割負担の場合です）

(2) その他自己負担となるもの

介護保険負担限度額認定証の提示がある場合

①食費(食材料費及び調理費)

1日あたり 1,700円（おやつ代含む）

	月 額 30日/月	通 常	利用負担段階			
		第4段階	第3-②段階	第3-①段階	第2段階	第1段階
食事費用	51,000円/月	1,700円/日	1,360円/日	650円/日	390円/日	300円/日

②居住費（滞在費）ユニット型個室

1日あたり 2,400円

介護保険負担限度額認定証の提示がある場合

対 象 者		資産要件	利用負担段階	ユニット型個室
本人・世帯主が市町村民税非課税	生活保護受給者	単身：1.000万円以下 夫婦：2.000万円以下	第1段階	820円
	老齢福祉年金受給者			
	課税（非課税）年金収入額と合計所得金額の合計が80万円以下の方	単身：650万円以下 夫婦：1.650万円以下	第2段階	880円
	利用者負担第2段階以外の方 （80万円超120万円以下の方）	単身550万円以下 夫婦：1.550万円以下	第3-①段階	1,370円
	利用者負担第3-①段階以外の方 （120万円を超える方）	単身500万円以下 夫婦：1.500万円以下	第3-②段階	
上記以外の方			第4段階	2,460円

- ※ 入院時、外泊時等の居室料金については、7日目以降、居室確保のため負担限度額に合わせた居住費を負担していただきます。
- ※ 利用者の居室を短期入所生活介護（ショートステイサービス）で活用した場合、その期間については住居費の請求は致しません。
- ※ 利用者の経済的事情の変化により、介護保険負担限度額認定等に変更があった場合には、介護保険法令等関係諸法令の趣旨に従い、利用料金を変更するものといたします。

③その他

サービス内容	料金
理美容	2,000円前後（カットのみの場合）
年金等の行政手続き代行 ※やむを得ない事情の方のみ、相談の上お受けいたします。 年金・恩給等の届け、金融機関変更届、健康保険手続き、後期高齢者医療限度額適用・標準負担限度額認定証の交付申請、減額申請・還付請求、身体障害者手帳の交付申請、心身障害者医療証の申請、高額療養費還付申請、特定疾患医療受給者証の交付申請、収入申告、市町村民税の支払い、住所異動届、要介護認定申請、負担限度額認定証申請 等	1,000円/回

レクリエーション、行事、クラブ活動	材料の実費、経費が掛かる場合は実費
特別な食事の提供（酒類も含み）	実費
貴重品・金銭管理代行、金銭出納管理、日常費用支払い代行 ※やむを得ない事情の方のみ、相談の上お受けいたします。	3,000 円／月 （日常費用支払い代行のみ 1,000 円／月）
買い物代行	500 円／回
居室カーテン購入	14,000 円（税抜き）
居室カーテン洗濯 年2回、衛生管理上、実施させていただきます。	1,890 円（税抜き）／回
委託業者によるベッドマットクリーニング	2,400 円（税抜き）／回
協力医療機関（名戸ヶ谷病院、聖光が丘病院）以外の医療機関への送迎	1,000 円／片道
外出、通院移送時の駐車場・有料道路等の費用	実費
外出、外泊時の送迎 ※職員が付き添い、車で送迎。原則、柏市内に限る。	1,000 円／片道
不測の事態の対応 （例）利用者が行方不明になるなど、搜索等の対応にあたった場合で、それに係る費用を負担していただくことが妥当であると判断される場合	実費
複写物の交付	10 円（モノクロ） 50 円（カラー）
領収書再発行料	100 円／回
写真の交付	50 円／枚
個別に希望する各種証明書の発行	500 円／回
診療、薬剤、その他治療に要する費用	医療保険本人負担額 肺炎球菌ワクチン接種・インフルエンザ予防接種費用 個別に必要な医療器具・消耗品等の費用
破損・汚損等修理 利用者が施設内の器物等を損壊した場合、修理・交換に係る費用	家財賠償責任保険への加入を推奨いたします。

- ※ おむつ代は、施設利用料に含まれている為、当施設が用意したものをご利用いただく際は、費用負担の必要はございません。
- ※ 費用負担が発生する行事及びクラブ活動等への参加は、利用者への意思確認の上参加していただきます。利用者本人の意思確認が困難な場合は、身元引受人等へ確認し同意の上実施いたします。
- ※ 社会情勢等やむを得ない事由がある場合、利用料金を変更することがございます。変更の際は、事前に変更内容及びその事由について、原則として変更1ヶ月前までに文書で利用者及び身元引受人等に通知いたします。

（3）支払い方法

毎月、10 日頃までに前月分の請求書をお渡しいたしますので、指定日に口座振替のお支払いになります。現金不足により引き落としが出来ない場合、2 回目からの口座振替は、手数料をいただきます。口座振替確認後、利用者に対し領収書を発行いたします。

（4）確認事項 ※該当する項目の□いずれかにレ点をお願いいたします。

①日常費用支払い代行について

利用者又は身元引受人等は当施設に対し、以下の日常生活経費等に関する支払い代金を依頼できます。

- ・個人で申込みした新聞、雑誌、衣料代、嗜好品代、その他日用雑貨等の費用

※請求は当月末日までの合計金額を、当月分の請求金額と合わせて請求いたします。

☐支払い代行を依頼する

☐支払い代行を依頼しない

②医療機関への受診について

医療機関(協力医療機関も含む)への受診は、当施設の判断で必要と認められた場合に行います。その場合、緊急搬送以外は、身元引受人等の協力をお願いいたします。

利用者又は身元引受人からの指示及び指示された医療機関への受診につきましては、原則、身元引受人の対応となります。

☐同意する

☐同意しない(理由: _____)

③理美容について

月1回、当施設の委託業者による理美容サービスを実施しております。頻度につきましては、次のご希望により実施いたします。

☐利用者又は身元引受人からの申し入れ

☐当施設の職員判断(おおよそ2ヶ月に1回)

④郵便物の管理について

利用者宛の郵便物は次のいずれかの方法により管理させていただきます。(年金や保険証関係の郵便物は、急ぎのものが確認するため、開封いたします)

☐利用者に手渡す

☐身元引受人が当施設来訪の際、手渡す

※この場合、提出期限があり、期限切れによる不利益の責任に関しては、当施設では一切の責任を負いかねます。

☐その都度、転送する

※郵送料は身元引受人等に負担していただきます。

☐月1回の請求書送付時に同封する。ただし、緊急の郵送物のみ、身元引受人へその都度、郵送する

※郵送料は身元引受人等に負担していただきます。

5. 施設利用の留意事項

当施設をご利用される皆様が、安全で快適に過ごす事ができるよう、以下の事項をお守りください。

(1)面会について

①面会の機会は自主的に奨めています。他の利用者の迷惑にならないよう配慮してください。

②面会時間は、9:00~18:00となります。

③面会の際には、受付に設置している来場者記帳簿にお名前と来場時間、退場時間を記帳してください。

④飲食物のお持ち込みの際は、必ず各ユニット担当者へお声かけください。

(2)持ち込みについて

①持ち込み物品

イ 衣類等(衣類、タオル、バスタオル、マグカップなど)

ロ 家電品(持ち込みの家電品は、事前にご相談ください)

ハ 家具等(居室内に搬入できる範囲内)

ニ 仏具(ろうソクや線香はご遠慮ください)

②以下のものは持ち込むことができません

ア 炎の出るもの（ライター・マッチ・ローソク・電気ストーブ等、着火の原因となるような家電品など）

イ 動物（哺乳類・鳥類・爬虫類・魚類など）

ウ 危険物（火薬類・石油類・劇薬・必要以上の薬など）

エ 居室に入りきらない量の物品

オ 刃物及び銃器又はそれに類するもの

※ご利用開始日に、所持品リスト表で所持品の確認を行います。持ち物すべてに、記名をお願いいたします。

（３）外出・外泊について

自由、ただし、前日までにご連絡の上、身元引受人等の同行のみといたします。また、行き先と当施設へ帰ってくる日時をお伝えください。

（４）喫煙

決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。

※尚、健康管理上、安全管理上に問題がある場合は、ご相談させていただきます。

（５）飲酒

①酒類をお持ちの場合、各ユニット担当者へお預けください。

②飲酒の際は必ず各ユニット担当者へお声かけください。

③飲酒は他人に迷惑をかけず、健康を害さない程度でお楽しみください。

※尚、健康管理上、安全管理上に問題がある場合は、ご相談させていただきます。

（６）施設・設備使用上の注意

①居室及び共用施設・敷地をその本来の用途に従って利用してください。

②施設・設備を滅失・破損・汚損もしくは変更した場合は、利用者の自己負担により原状復帰していただくか、相当の代価をお支払いいただくことになります。

③退所時、入所期間に関係なく、原状回復を目的とした居室の修繕及びクリーニングに係る費用の負担をしていただきます。

④他の利用者又はサービス従事者及び従業員の迷惑となるような、宗教活動・政治活動・営利活動等を行うことはできません。

（７）金銭、貴重品の管理

原則自己管理となります。この場合、小額の現金のみとし責任を持って管理をお願いいたします。また、紛失に関して、当施設では一切の責任を負いかねますので予めご了承ください。

やむを得ない事情がある場合は依頼と契約により、当施設が管理の代行を行います。

（８）施設外での受診

身元引受人等が通院介助をする場合、自由です。受診結果は、必ずご報告をお願いいたします。

また、当施設の嘱託医や看護職員が、当施設の嘱託医以外の医療機関に受診するべきと判断する場合がございます。その場合には、ご相談をさせていただきます。

緊急やむを得ない場合（救急車での搬送など）には、必要な処置を講じ、身元引受人等へ速やかにご連絡いたします。

（９）医療機関

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・入院の治療等を受けることができます。但し優先的な診療・入院の治療等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・入院の治療等を義務付けるものではありません。

嘱託医

嘱託医氏名	ひかりクリニック城東 唐澤孝通 Dr（循環器内科）
所在地	東京都足立区綾瀬 4－8－17

協力医療機関

医療機関の名称	① 名戸ヶ谷病院・②聖光が丘病院
所在地	① 千葉県柏市新柏 2－1－1・②千葉県柏市光ヶ丘団地 2-3

協力歯科医療機関

歯科医療機関の名称	ニコラ歯科
所在地	千葉県船橋市咲が丘 1－4－18

6. 入退所の手続き

(1) 入所手続き

入所が決定した場合、契約を締結しサービスの提供を開始いたします。契約期間は、利用者の要介護認定の有効期間満了日までといたします。入所要件を満たせば、自動的に更新いたします。

(2) 退所手続き

①利用者のご都合で退所される場合

退所を希望する日の1ヶ月前までに文書にてお申し出ください。

②契約の自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、契約は自動的に終了いたします。

ア 利用者が他介護保険施設や認知症対応型共同生活介護施設へ入所した場合

イ 利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）又は要支援と認定された場合

ウ 利用者の死亡又は被保険者資格を喪失した場合

③その他

ア 利用者が、サービス利用料金の支払いを3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず10日以内に支払わない場合

イ 利用者又は身元引受人等が、当施設や当施設の従業員に対して、本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合

※この場合、契約終了1ヶ月前までに文書等で利用者及び身元引受人等に通知いたします。

ウ 利用者が病院又は診療所に入院し、明らかに3ヶ月以内に退院できる見込みがない場合、又は入院後3ヶ月経過しても退院できないことが明らかになった場合

※この場合、文書等で利用者及び身元引受人等に通知いたします。再入所を希望される場合、改めて入所申込みを行い、入所待機者となっていただきます。

エ やむを得ない事情により、当施設が閉鎖又は縮小する場合。

※この場合、契約終了3ヶ月前までに文書等で利用者及び身元引受人等に通知いたします。

7. 身元引受人

契約書第 18 条に基づき、身元引受人をご指定ください。身元引受人は、利用者の連帯保証人となります。身元引受人の主な責任は以下のとおりです。

- ①当施設に対する経済的債務
- ②入院等に関する手続き、費用負担
- ③契約終了後の利用者の受け入れ先の確保
- ④利用者が死亡した場合・その他、契約が終了した場合のご遺体及び残置物の引き取り等の処理

8. 代理人

契約書第 22 条に基づき、代理人をご指定ください。代理人は契約期間中における利用者が判断能力を失った場合に、利用者によってその権利義務にかかわる事務処理などについてお手伝いいたします。

9. 緊急時の対応方法

利用者の容体に、変化等が診られた時、医師に連絡する等必要な処置を講ずる他、身元引受人等に速やかに連絡いたします。

緊 急 連 絡 先

利用者氏名_____様

身元引受人①	
続 柄	
住 所	〒
電 話 番 号	
携帯電話番号	

身元引受人②	
続 柄	
住 所	〒
電 話 番 号	
携帯電話番号	

身元引受人③	
続 柄	
住 所	〒
電 話 番 号	
携帯電話番号	

10. 非常災害対策

- | | |
|--------|--|
| 災害時の対応 | 当施設の「消防計画書」に基づいて、的確な対応方法の習熟を図り、災害時には、市及び市内老人ホームとの相互援助協定に基づき、対応いたします。 |
| ・防災設備 | スプリンクラー、消火栓、非常通報装置、その他。 |
| ・防災訓練 | 年間3回以上消防署の協力を得て、定期的に行います。 |
| ・防災責任者 | 管理者 小熊 豪 |

11. サービス内容に関する相談・苦情を下記に申し出ることができます。

(1) 当施設の相談・苦情の窓口（午前9時～午後5時まで）

担当 生活相談員 電話 04-7170-5577

(2) 苦情処理第三者委員 公正中立の立場で、相談に応じます。

濱野 正暉 電話 04-7132-1312

小林 和子 電話 04-7167-1747

(3) その他の公的機関の相談・苦情窓口

柏市役所 高齢者支援課 電話 04-7167-1111

柏市役所 福祉活動推進課 電話 04-7167-2318

柏南部地域包括支援センター 電話 04-7160-0002

千葉県国民健康保険団体連合会 電話 043-254-7428

千葉県運営適正化委員会 電話 043-246-0294

12. 運営方針

(1) 法人理念

敬愛を基調とした、専門職としての自覚とほこりを持ち、常に知識技術の向上を追及し、ゲストの処遇向上に創意工夫をもって努力する。

- ・人格尊重と処遇向上 私たちは人の心を大切にします。
- ・地域と連携 私たちは地域に溶け込みます。
- ・職員の資質向上 私たちは自分の人となりを磨きます。

(2) 施設方針

- ・利用者を敬い、あたたかい手で接します。
- ・利用者の生活スタイルに沿った支援をします。
- ・家族と積極的にコミュニケーションをとり、信頼される施設を目指します。
- ・地域との交流を深め、心のふれあいを大切にします。
- ・職員が互いに尊重し、助け合い、高め合う職場にします。

13. 当法人の概要

創 立 年 月 日	昭 和 57年 6月 2日
名 称 ・ 法 人 種 別	社会福祉法人 豊 珠 会
代表者役職・氏名	理 事 長 吉 野 一 實
本部所在地・電話番号	千葉県柏市篠籠田 1390 番地 電話 04-7143-1011
ホ ー ム ペ ー ジ URL	http://www.houjukai.or.jp/

<定款に定めた事業内容>

■特別養護老人ホーム

特別養護老人ホーム八幡苑

特別養護老人ホーム藤心八幡苑

■地域密着型特別養護老人ホーム

特別養護老人ホーム藤心八幡苑ユニット館

地域密着型特別養護老人ホーム大津川八幡苑

■ショートステイサービス

八幡苑ショートステイサービス

藤心八幡苑ショートステイサービス

大津川八幡苑ショートステイサービス

■住宅型有料老人ホーム

八幡苑住宅型有料老人ホーム大島田

■デイサービス

デイサービスセンター八幡苑

デイサービスセンター藤心八幡苑

■居宅介護支援事業

八幡苑居宅介護支援センター

藤心ケアプランニング

■グループホーム

八幡苑グループホーム睡人亭

大津川八幡苑グループホームせむろ

■小規模多機能型居宅介護

小規模多機能型居宅介護ホーム大津川八幡苑

■地域包括支援センター

柏西口第一地域包括支援センター

柏西口第二地域包括支援センター
(イオン南柏店3階)

14. その他

身体拘束について、事業者は、緊急やむを得ない場合を除き、身元引受人等と相談し、利用者又は身元引受人等の承諾を得ることといたします。身体的拘束を行う場合には、その様態及び時間、その際の入居者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録するものとします。

同 意 書

年 月 日

指定地域密着型介護老人福祉施設入所にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要事項を説明いたしました。

<事業者>

所在地 千葉県柏市篠籠田 1390 番地
名 称 社会福祉法人 豊 珠 会
説明者

氏名 _____

私は、本書面及び重要事項説明書に基づいて事業者から介護老人福祉施設サービス等について、契約内容の説明を受け、その記載内容に同意いたします。

また、介護サービスを提供する上で必要な個人情報を、必要最低限の範囲内で使用・提供又は収集することに、同意いたします。(例：サービス担当者会議等)

<利用者>

(住所)

(氏名)

<身元引受人>

(住所)

(氏名)

(続柄)

私は、事業者から契約内容の説明を受け、その内容に同意し、利用者に代わって署名を代行いたします。

<代理人>

(住所)

(氏名)
