

様

重要事項説明書

社会福祉法人豊珠会
特別養護老人ホーム八幡苑然然
ユニット型

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 04-7197-3161 (9時00分～17時00分)

担当 生活相談員、介護支援専門員

◆ご不明なことは、お気軽にお問い合わせください。

2. 特別養護老人ホーム八幡苑然々の概要

(1) 提供できるサービスの種類

施設名	特別養護老人ホーム八幡苑然々 (ユニット型)
所在地	千葉県柏市篠籠田 1386-12 番地
介護保険指定番号	介護老人福祉施設 (千葉県 1272207505 号)
施設長名	渡邊 康哲

(2) 同施設の職員体制

	人数	業務内容
管理者	1名	サービス管理全般
医師	1名	診療、健康管理等
生活相談員	1名以上	生活上の相談等
管理栄養士	1名	栄養管理等
機能訓練指導員	1名 (看護職員兼任)	機能維持訓練等
介護支援専門員	1名以上	サービス計画の立案・管理等
事務職員	1名以上	一般事務・料金請求等
看護職員	常勤換算数2名以上 (機能訓練指導員兼任)	医療、健康管理業務等
介護職員 (看護職員含む)	常勤換算数20名以上	日常介護業務等

※介護保険法の規程を遵守しています。(上記職員数：ユニット型ショートステイ10名分含む)

3) 同施設の設備の概要

定員	50名 (5ユニット)	医務室	1室
居室	全室 (50室) 個室 (1室 13.65㎡以上) 電動式ベッド、洗面台、移動式クローゼット、ナースコール設置	浴室	個浴、リフト付き個室、ストレッチャー式特殊浴槽があります。
		共同生活室 (食堂兼機能訓練室)	5室

3. サービスの内容

(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
利用者の身体の状況、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2階または3階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致します。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
2、3階の機能訓練室、または居室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致します。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致します。
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いたします。料金は、別途かかります。

②年金等の行政手続き代行

やむを得ない事情の利用者のみ、ご相談の上お受けいたします。ただし、手続きに係る経費は別途かかります。

③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ございます。

④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込むことができます。

⑤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）

	1ヶ月30日あたりの介護報酬単位	自己負担額（1割）	自己負担額（2割）	自己負担額（3割）
要介護1	670単位×30×10.27（地域加算）	約20,643円	約41,286円	約61,929円
要介護2	740単位×30×10.27（地域加算）	約22,800円	約45,599円	約68,399円
要介護3	815単位×30×10.27（地域加算）	約25,111円	約50,221円	約75,331円
要介護4	886単位×30×10.27（地域加算）	約27,298円	約54,596円	約81,893円
要介護5	955単位×30×10.27（地域加算）	約29,424円	約58,847円	約88,271円

※入所期間中に入院、または自宅に外泊した期間の取扱いについては、介護保険給付（福祉施設外泊時費用1日246単位 月6日限度【月末日始にまたがる場合は、最大で12日間】）の扱いとなります。

※「介護保険負担割合証」にて記載されている自己負担割合にて、ご負担頂きます。

① 食費(食材料費及び調理費)

1日あたり1,700円

	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	1360円/日	650円/日	390円/日	300円/日

② 居住費

ユニット型個室ご利用の場合 1日あたり下記の別途費用が掛かります。

対象者		資産要件	利用負担段階	居住費
				1日あたり
市町人 村・世帯 税員 非全 課員 税が	生活保護受給者 高齢福祉年金受給者	単身:1,000万円以下 夫婦:2,000万円以下	第1段階	880円
	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120万円未満の方)	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	3,560円

※介護負担限度額認定証の発行を受けている方(世帯全員が市町村民税非課税の方や生活保護を受けておられる方の場合)は、記載されている滞在費・食費の額とします。

※入院時、外泊時等の居室料金については、負担限度額にあわせた居室料金をご負担いただきます。

③加算料金（介護報酬地域区分 柏市（6級地）：1単位＝10.27円

	加算内容	単位数	自己負担額		算定要件
ア※1	サービス提供体制強化加算Ⅰ	22単位	1日	23円	①介護職員総数のうち、介護福祉士が占める割合が80%以上配置されていること。 ②介護職員の総数のうち、勤続10年以上の介護福祉士の占める割合が35%以上配置されていること。
	サービス提供体制強化加算Ⅱ	18単位	1日	19円	介護職員総数のうち、介護福祉士が占める割合が60%以上配置されていること。
	サービス提供体制強化加算Ⅲ	6単位	1日	7円	①介護職員総数のうち、常勤職員が占める割合が50%以上配置されていること。 ②看護師、准看護師、介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が75%以上配置されていること。 ③利用者に直接サービス提供する職員の総数のうち、勤続7年以上の者の占める割合が30%以上配置されていること。
イ	日常生活継続支援加算(Ⅱ)	46単位	1日	48円	要介護4～5の方が70%以上または認知症日常生活自立度がⅢ以上の方が65%以上、またはたんの吸引等が必要な方が15%以上であり、かつ介護福祉士が常勤換算で利用者6人に対して1人以上であること。ただし、介護機器等テクノロジーを活用する場合は利用者7人に対して1人以上であること
ウ	科学的介護推進体制加算	50単位	1月	52円	入所者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者心身の状況等に掛かる基本的な情報を厚生労働省に提出していること。
エ	安全対策体制加算	20単位	入所時	21円	施設に安全対策部門を設置、組織的に安全対策を実施する体制が整備されていること。
オ	夜勤職員配置加算Ⅱイ	27単位	1日	28円	人員基準±0.6名以上の介護職員、看護職員を夜間に配置すること。見守りセンサーを入所者の人数以上に設置し、センサーの安全有効活用を目的にした委員会の設置と検討会の実施をすること。
カ	経口移行加算	28単位	1日	30円	医師の指示に基づき経口移行計画を作成し、計画に基づく栄養管理を実施している場合。
キ	療養食加算	6単位	1回	7円	入所者の年齢、心身の状況によって適切な栄養量や内容の食事提供が行われている場合。1日3食を限度とし、1食を1回とし1回単位の評価
ク	在宅・入所相互利用加算	40単位	1日	41円	在宅復帰を前提に計画的に入所期間を定め、最長3ヶ月を限度に複数の利用者でベッドをシェアした場合。
ケ	福祉施設初期加算	30単位	1日	31円	施設の生活に慣れるため様々な支援を必要とすることから入所日から30日以内で加算できる。
コ	退所前訪問相談援助加算	460単位	1回	486円	退所後生活する居宅を訪問し、利用者・家族に対し相談援助を実施した場合。
サ	退所後訪問相談援助加算	460単位	1回	486円	退所後30日以内に入所者及び家族等に対し相談援助を実施した場合。
シ	退所時相談援助加算	400単位	1回	422円	退所日から2週間以内に市町村等に、利用者の同意を得て文書による情報提供をした場合。
ス	退所前連携加算	500単位	1回	528円	退所に先だって居宅介護支援事業者へ情報提供や居宅サービスの利用調整を行った場合。
セ	入院・外泊時加算	246単位	1日	260円	入院や外泊の際は、最大6日間(月末月始にまたがる場合は、最大で12日間)の外泊時加算が追加。外泊時加算終了後は、負担限度額にあわせた居住費が徴収となります。
ソ	自立支援促進加算	280単位	1月	288円	医師が入所者ごとに医学的評価を入所時に行い、少なくとも3月に1回医学的評価の見直しを行う自立支援の策定などに参加しており、多職種共同で支援計画を策定し3月に1回支援計画を見直していること。
タ	ADL維持等加算Ⅰ	30単位	1月	31円	①利用者(当該事業所の評価対象利用期間が6月を超える者)の総数が10人以上であること ②利用者等全員について、利用開始月と、当該月の翌月から起算して6月目において、Barthel Index(バーセルインデックス)を適切に評価できる者がADL値を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省に提出していること。
	ADL維持等加算Ⅱ	60単位	1月	62円	ADL維持加算Ⅰの条件を満たしかつ調整済ADL利得の値が2以上であること。
チ	経口維持加算Ⅰ	400単位	1月	422円	月1回以上、他職種が共同して食事の観察、会議等を行い経口維持計画を作成、特別な管理を実施した場合。
	経口維持加算Ⅱ	100単位	1月	103円	経口維持加算Ⅰを算定し、歯科医師、歯科衛生士等が食事の観察、会議に加わった場合。
ツ	口腔衛生管理加算Ⅰ	90単位	1月	93円	歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔ケアを月2回以上行った場合。
	口腔衛生管理加算Ⅱ	110単位	1月	113円	厚生労働省へ提出し、口腔衛生等の実施に当たって必要な情報を活用する。(LIFEの活用)

テ	褥瘡マネジメント加算Ⅰ	3単位	1月	3円	褥瘡発生を予防するため定期的な評価を実施しその結果に基づき計画的に管理され、その評価結果等を厚生労働省に提出し、褥瘡管理の実施に当たって当該情報等を活用する。
	褥瘡マネジメント加算Ⅱ	13単位	1月	14円	発生リスクがあるとされた入所者などについて褥瘡の発生がないこと。
ト	排泄支援加算Ⅰ	10単位	1月	11円	入所者ごとに要介護状態の軽減の見込みについて、医師または医師と連携した看護師が入所時に評価するとともに、以降についても3月に1回以上の頻度で評価する。そのスクリーニング情報などを厚生労働省に提出すること。
	排泄支援加算Ⅱ	15単位	1月	16円	排尿、排便の一方が改善、いずれも悪化がない又はおむつ使用ありから使用なしに改善していること。
	排泄支援加算Ⅲ	20単位	1月	21円	排尿、排便の一方が改善、いずれも悪化がないかつおむつ使用ありから使用なしに改善していること。
ナ	若年性認知症入所者受入加算	120単位	1日	124円	65歳未満の第2号被保険者で若年性認知症により要介護認定を受けた方を受入した場合
ニ	看護体制加算(Ⅰ)イ	6単位	1日	7円	常勤の看護師を1名以上配置している。
	看護体制加算(Ⅱ)イ	13単位	1日	14円	(Ⅰ)イに加え、指定基準に定める看護職員に1を加えた数以上であること。
ヌ	看取り介護加算(Ⅰ)	72単位	1日	74円	死亡日以前31日以上45日以下
		144単位	1日	148円	死亡日以前4日以上30日以下
		680単位	1日	699円	死亡日以前2日又は3日
		1280単位	1日	1315円	死亡日
	看取り介護加算(Ⅱ) (施設内での死亡)	72単位	1日	74円	死亡日以前31日以上45日以下
		144単位	1日	148円	死亡日以前4日以上30日以下
		780単位	1日	801円	死亡日以前2日又は3日
		1580単位	1日	1623円	死亡日
ネ	認知症チームケア推進加算(Ⅰ)	150単位	1月	154円	
	認知症チームケア推進加算(Ⅱ)	120単位	1月	124円	
ノ	精神科医療養指導加算	5単位	1日	6円	精神科を担当する医師による療養指導が月2回以上行われている場合
ハ	退所時栄養情報連携加算	70単位	月1回	72円	
ヒ	特別通院送迎加算	594単位	1月	610円	透析を要する入所者であって、1月に12回以上、通院のため送迎を行った場合
フ	協力医療機関連携加算	100単位	1月	103円	(1)相談・診療を行う体制を常時確保し、緊急時に入院を受け入れる体制を確保している協力医療機関と連携している場合
		5単位	1月	6円	(2)上記以外の協力医療機関と連携している場合
ヘ	配置医師緊急時対応加算	325単位	1回	334円	(1)配置医師の勤務時間外の場合
		650単位	1回	668円	(2)早朝・夜間の場合
		1300単位	1回	1336円	(3)深夜の場合
ホ ※2	介護職員等処遇改善加算Ⅱ	基本サービス単位に各種加算単位を加えた総単位数に13.6%を乗じた単位数にて算定			介護職員等の賃金改善に係る要件を満たしている場合。

マ	高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)	10単位	1月	11円	院内感染対策に関する研修又は訓練に1年に1回以上参加していること。
	高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)	5単位	1月	6円	3年に1回以上施設内で感染者が発生した場合の感染制御等に係る実地指導を受けていること。
ミ	新興感染症等施設療養費	240単位	月5日	247円	
ム	生産性向上推進体制加算(Ⅰ)	100単位	1月	103円	(Ⅱ)要件満たし、見守り機器等のテクノロジーを複数導入していること。
	生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	10単位	1月	11円	見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入していること。委員会開催、安全対策を講じ、改善活動を継続的に行っていること。
メ	個別機能訓練加算(Ⅰ)	12単位	1日	13円	機能訓練指導員を1人以上配置。利用者ごとに個別機能訓練計画を作成し、計画的に機能訓練を行う。
	個別機能訓練加算(Ⅱ)	20単位	1月	21円	個別機能訓練計画書を厚生労働省に提出し、適切かつ有効な実施に必要な情報を活用。

*1「サービス提供体制強化加算」は、算定要件を満たした場合に(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)いずれかの内一つを加算します。

尚、「日常生活継続支援加算」を算定している場合は、算定いたしません。

*2「介護職員等処遇改善加算」は、算定要件を満たした場合に(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)(Ⅳ)(Ⅴ)いずれかの内一つを加算します。

※利用者の経済的事情の変化により、負担額認定等に変更があった場合は、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します。

④その他

サービス内容	料金
理美容	2,000 円 (カットのみの場合)
テレビ、アンカ、電気毛布等の持ち込みの電化製品の電気料 ※その他、電化製品の持ち込みに付きましては必ずご相談下さい	1 日 35 円 (1 製品につき)
年金等の行政手続き代行 ※やむを得ない事情の利用者のみ、ご相談の上お受け致します。 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、ご相談の上お受け致します。	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
協力医療機関 (柏厚生総合病院) 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や有料道路等の費用	実費
外出、外泊時の送迎 ※職員が付き添い、車で送迎いたします。 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、捜査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) /枚 50 円 (カラー) /枚
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やインフルエンザ予防接

	種費用等 個別に必要な医療器具や消耗品等の費用
破壊や汚損等の修理費 利用者が施設内の器物等を損壊した場合、 修理や交換に係る費用	実費

※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、費用をご負担する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ご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か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。

5. 確認事項 ※該当する項目の□いずれかにレ点をお願い致します。

①日常生活の支払いについて

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行を依頼することができます。

・個人でお申し込みをした新聞や雑誌、衣料、嗜好品、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致します。

- 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、救急搬送以外は、身元引受人等のご協力をお願い致します。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、身元引受人のご対応となります。

- 同意する
 同意しない（理由： _____）

③理美容について

利用する頻度につきましては、次のご希望により実施致します。

- 利用者または身元保証人からの申し入れ
 施設職員の判断（おおよそ2か月に1回）

④郵便物の管理について

利用者宛の郵便物は下記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、内容確認のため開封させていただきます。

予めご了承ください。

- 利用者に手渡す。
- 身元保証人が当施設にお越しになった際、手渡す。
※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。予めご了承ください。
- その都度、転送します。
※郵送料実費をご負担いただきます。
- 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、身元保証人へその都度、郵送する。
※郵送料実費をご負担いただきます。

6. 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おります。他の利用者の迷惑にならないようご配慮ください。
- ②面会の時間は、9時00分～17時00分となります
- 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、退場時間等をご記帳ください
- ④飲食物のお持ち込みの際は、必ず施設職員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 (衣類やタオル、マグカップ等)
- ロ 家電品 (持ち込みの家電品は、事前にご相談ください)
- ハ 家具類 (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以下のものを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・ろうソク・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、ただし前日の17時30分までにご連絡の上、身元引受人等の同行のみと致します。また、行き先と当施設へお戻りになれる日時をお伝えください。

(4) 喫煙

喫煙はご遠慮ください。

(5) 飲酒

①酒類をお持ち込みの場合、施設職員へお預けください。

②飲酒の際は、必ず施設職員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となります。

③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致します。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。

①嘱託医

医療機関名	ひかりクリニック城東
所在地	東京都足立区綾瀬4丁目8-17 相善ビル4F・5F

②協力医療機関

医療機関名	柏厚生総合病院
所在地	千葉県柏市篠籠田617番地

③協力歯科医療機関

医療機関名	ニコラ歯科鎌ヶ谷
所在地	千葉県船橋市咲が丘1-4-18

7. 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

退所を希望される日の1か月前までにお申し出ください。

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 利用者の要介護認定区分が、要介護1または要介護2と判定され、特例入所の要件を満たさないと判断された場合

エ 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か月以上遅延し、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か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か月以内に退院できる見込みがない場合、又は入院後3か月经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か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。

8. 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責務

②入院等に関する手続き及び費用負担

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やその他、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

9. 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。

10. 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、下記連絡先へ速やかに連絡いたします。

緊急連絡先

利用者氏名 _____ 様

優先順位1 (身元引受人)

氏名	
続柄	
住所	〒
電話番号	
携帯電話番号	

優先順位2

氏名	
続柄	
住所	〒
電話番号	
携帯電話番号	

優先順位3

氏名	
続柄	
住所	〒
電話番号	
携帯電話番号	

1 1. 非常災害対策

災害時の対応 当施設の〔防災計画書〕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、対応致します。

- ・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 渡邊 康哲

1 2. 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出来ます。

- ① 当施設の相談・苦情窓口 (8時30分～17時30分)
担当 生活相談員、介護支援専門員 電話 04-7197-3161
- 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 将暉 電話 04-7132-1312
小林 知子 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 法人指導課 電話 04-7168-1040
柏市役所 地域包括支援課 電話 04-7167-2318
柏西口地域包括支援センター 電話 04-7142-8008
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

1 3. 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求し、ゲスト(=利用者)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。

1 4. 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

<定款に定めた事業内容>

1. 特別養護老人ホーム八幡苑
2. 特別養護老人ホーム藤心八幡苑
3. 八幡苑ショートステイサービス
4. 藤心八幡苑ショートステイサービス
5. デイサービスセンター八幡苑
6. デイサービスセンター藤心八幡苑
7. 八幡苑居宅介護支援センター
8. 藤心ケアプランニング
9. 柏西口地域包括支援センター
10. 八幡苑グループホーム睡人亭
11. 地域密着型特別養護老人ホーム大津川八幡苑
12. 大津川八幡苑ショートステイサービス
13. 小規模多機能型居宅介護ホーム大津川八幡苑
14. 大津川八幡苑グループホームせむろ
15. 柏西口第2地域包括支援センター
16. 八幡苑住宅型有料老人ホーム大島田
17. 特別養護老人ホーム八幡苑然然(従来型)
18. 特別養護老人ホーム八幡苑然然(ユニット)
19. 八幡苑然然ショートステイサービス

<u>施設、拠点等</u>	特別養護老人ホーム	3 か所
	短期入所生活介護	4 か所
	通所介護	2 か所
	居宅介護支援センター	2 か所
	地域包括支援センター	2 か所
	グループホーム	2 か所
	地域密着型特別養護老人ホーム	1 か所
	小規模多機能型居宅介護	1 か所
	住宅型有料老人ホーム	1 か所

15. 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

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) _____

肖像権使用同意書

私の肖像などを撮影した写真・映像を使用することを理解して同意致します。この同意により、私本人または第三者からクレームなどの異議申し立てが一切なされないことを保証致します。

記

- ・社会福祉法人豊珠会のホームページやパンフレット、社内研修資料、掲示物、広報誌などに、使用されることを同意致します。
- ・使用した広告や映像、印刷物、商品などについて、使用されたことによる金銭的対価を求めないことに同意致します。

以上

<事業者>	住所	千葉県柏市篠籠田 1390
	事業者名	社会福祉法人 豊珠会
	代表者	理事長 吉野 一實 ⑩

年 月 日

同意 [する ・ しない]

<利用者>

(住所)

(氏名)

<代理人>

(住所)

(氏名)
