

介護予防短期入所生活介護 特別養護老人ホームむさしの重要事項説明書

【令和4年10月1日現在】

1. 当施設が提供するサービスについての相談窓口

(電話) 049-255-6102

(担当) 生活相談員 (月曜～金曜日 (祝日可))

※ ご不明な点等ございましたら何なりとお尋ね下さい。

2. 介護予防短期入所生活介護「特別養護老人ホームむさしの」の概要

(1) 運営の方針

当施設は、施設サービス計画に基づき、可能な限り居宅における生活への復帰を念頭において、入浴、排泄、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことにより、ご利用者がその有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるようにすることを目指します。

(2) 提供できるサービスの種類

| | |
|------------|-----------------------------------|
| 施設名称 | 介護予防短期入所生活介護 特別養護老人ホームむさしの |
| 所在地 | 埼玉県富士見市大字南畑新田 16 番地 1 |
| 介護保険法 | 介護予防短期入所生活介護 (事業者番号 第 1172900357) |
| その他 | 生活保護法適用施設 |
| 通常の見送り実施地域 | 富士見市内全域 |

(3) 施設の設備概要

| | |
|--------|---|
| 定員 | 11 人 (特別養護老人ホームの定員 73 人) |
| 居室 個室 | 2 室 (1 室 12.65 m ² ~13.33 m ²) 従来型個室 |
| 3 人部屋 | 3 室 (1 室 35.59 m ²) 多床室 |
| 浴室 | 一般浴槽 (ひのき) 介助浴槽 (カトレヤ) 特殊浴槽 (ロベリア) |
| 医務室 | 1 室 11.28 m ² |
| 看護室 | 1 室 20.48 m ² |
| 食堂 | 1 室 105.68 m ² ~109.09 m ² |
| 機能訓練室 | 1 室 101.69 m ² |
| 静養室 | 1 室 17.55 m ² |
| 相談室 | 1 室 8.59 m ² |
| 談話コーナー | 2 室 31.26 m ² |

(4) 施設の職員体制・勤務体制

| 職種 | 現職員 | 指定基準 | 勤務時間 |
|-------------|---------|------|---|
| 管理者 | 1 | 1 | 日勤 8:45~17:45 |
| 医師 (内・歯・精神) | 0.2 | 必要数 | 内科 (毎週火曜日) 歯科 (毎週金曜日) 精神科 (第 2・4 水曜日) |
| 生活相談員 | 2.0 | 1 | 日勤 8:45~17:45 |
| 介護職員 | 25.0 以上 | 25 | 早番 7:20~16:20 |

| | | | |
|---------|-------------|-----|--|
| | | | 日勤 9:00~18:00 遅番 11:00~20:00 夜勤 16:20~9:50 |
| 看護職員 | 3.0 以上 | 3 | 日勤 8:45~17:45 |
| 機能訓練指導員 | 1.0 | 1 | 日勤 8:45~17:45 |
| 介護支援専門員 | 1.0 | 1 | 日勤 8:45~17:45 |
| 栄養士 | 2 (管理栄養士含む) | 1 | 日勤 8:45~17:45 |
| 調理職員 | 6.0 以上 | 必要数 | 早番 6:00~15:00 日勤 9:00~18:00 遅番 10:40~19:40 |
| 事務職員 | 7.0 以上 | 必要数 | 日勤 8:45~17:45 |

※ 職員の配置については、指定基準を遵守しています。

※ 特別養護老人ホーム事業と兼務です。

※ 職員数は常勤換算後の人数です。

3. 施設サービスの内容

(1) 日常生活支援

| | |
|-----------------|--|
| 施設サービス 計画の立案 | 短期入所サービス計画（ケアプラン）の立案を行い、ご本人及びご家族の同意に基づいて作成します。 |
| 介護 | 上記のケアプランに基づいた介護を行います。 （食事、排泄、入浴、整容、移動介助、余暇活動等） |
| 入浴 | 週に最低 2 回は入浴していただけます。但し、心身の状態に応じて清拭や中止させていただく場合があります。 |
| 排泄 | 排泄の自立を促すため、身体能力を最大限活用した援助を行います。 |
| 食事 | 朝食 7:30 ~（主食の選択が毎日できます） 昼食 12:00~（主菜の選択が毎日できます） 夕食 18:00~（火曜・木曜は主菜の選択ができます） ※ 15:00 におやつをご用意します。 ※ お食事は原則として食堂にておとりいただきます。ただし、ご本人の希望及び体調不良時には居室等にて召しあがることも可能です。 ※ インスリン接種、胃ろうの方は必要に応じ別途協議いたします。 |
| 機能訓練 | 機能訓練指導員による利用者の状況に適合した機能訓練を行い、身体機能低下を防止するよう努めます。 |
| 洗濯 | シーツ等のリース以外の衣類等は専任の職員が施設にて洗います。 |
| 理容サービス | 月に 1 回以上、理容師による理容サービスが受けられます。希望の方はフロアーの職員にお申し付けください。 |

(2) 余暇活動支援

| | |
|------|---------------------------------|
| 趣味活動 | 音楽、書道、カラオケ、お茶等、週 1 回以上の活動を行います。 |
| 行事 | 個別の誕生会、納涼祭、敬老会、新年会等の季節行事を行います。 |

(3) 家族との交流・地域との交流・その他

| | |
|--------|---------------------------|
| 会報の発行 | 当法人の会報を年 4 回発行しご家族に送ります。 |
| 行事への参加 | 当施設が実施する行事には、是非一緒にご参加下さい。 |

| | |
|------------|---|
| | (事前に連絡し参加人数を確認する場合があります) |
| ボランティア | 各行事・日常生活の援助等、様々な活動でボランティアのご協力をいただいております。ボランティアの受付も常時行っています。 |
| 福祉教育 | 近隣小中学校等の総合教育や福祉及び栄養専門職の学習の場として、当施設を積極的に提供しています。 |
| 災害時相互援助協定 | 不時の災害発生時(地震・風水害・火災等)に備え、損害を未然に或いは最小限にとどめることを目的とし、南畑第5町会と相互援助協定を締結しています。 |
| 面会時の会食サービス | ご家族の面会時に利用者と一緒に食事ができるよう、会食サービスを行っています。(前日までの申込みで1食550円になります) |

4. 利用者負担金

(1) 利用者の方からいただく利用者負担金は次表のとおりです。この金額は①介護保険の給付の対象となるサービス並びに居室及び食費に係る自己負担額、②介護保険の給付の対象とならないサービス(個人サービス費)の2種類に分かれます。(なお、②の費用が必要となる場合には、事前に詳細を説明のうえ、利用者の同意を得なければならないとされています。疑問点等があればお尋ねください。)

- ① 介護保険の給付の対象となるサービス並びに居室及び食費に係る自己負担額
 本人の合計所得金額により利用者負担割合が異なります。負担割合については、保険者より交付されます「介護保険負担割合証」にて確認をお願いします。
 居室及び食費に係る自己負担額は、保険者より交付されます「介護保険負担限度額認定証」にて確認をお願いします。

<従来型個室>

◎1 割負担の方

| | | |
|--|-------------------------|-------------------------|
| 1.利用者の要介護度とサービス利用料金(1日) 1単位×10.33円…富士見市 | 要支援1 (446) 4,607円 | 要支援2 (555) 5,733円 |
| 2.うち、介護保険から給付される金額 | 4,146円 | 5,159円 |
| 3.サービス利用に係る自己負担額 (1-2) | 461円 | 574円 |
| 4.居室に係る自己負担額 | 1,171円 | |
| 5.食費に係る自己負担額 | 朝食 361円 | 昼食 651円 夕食 433円 |
| 6.自己負担額合計(3+4+5) | 3,077円 | 3,190円 |

◎2 割負担の方

| | | |
|--|-------------------------|-------------------------|
| 1.利用者の要介護度とサービス利用料金(1日) 1単位×10.33円…富士見市 | 要支援1 (446) 4,607円 | 要支援2 (555) 5,733円 |
| 2.うち、介護保険から給付される金額 | 3,685円 | 4,586円 |

| | | |
|---------------------------|----------|-------------------|
| 3.サービス利用に係る自己負担額 (1-2) | 922 円 | 1,147 円 |
| 4.居室に係る自己負担額 | 1,171 円 | |
| 5.食費に係る自己負担額 | 朝食 361 円 | 昼食 651 円 夕食 433 円 |
| 6.自己負担額合計 (3+4+5) | 3,538 円 | 3,763 円 |

◎3割負担の方

| | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1.利用者の要介護度とサービス利用料金 (1 日) 1 単位×10.33 円…富士見市 | 要支援1 (446) 4,607 円 | 要支援2 (555) 5,733 円 |
| 2.うち、介護保険から給付される金額 | 3,224 円 | 4,013 円 |
| 3.サービス利用に係る自己負担額 (1-2) | 1,383 円 | 1,720 円 |
| 4.居室に係る自己負担額 | 1,171 円 | |
| 5.食費に係る自己負担額 | 朝食 361 円 | 昼食 651 円 夕食 433 円 |
| 6.自己負担額合計 (3+4+5) | 3,999 円 | 4,336 円 |

以下の要件に該当する方につきましては、従来型個室を利用する場合でも例外的に多床室の料金にて利用ができます。

- 1) 感染症等により、従来型個室への入所が必要であると医師が判断した者
- 2) 著しい精神症状等により、同室者の他の入所者の心身の状況に重大な影響を及ぼすおそれがあるとして、従来型個室への入所が必要であると医師が判断した者

※医師の判断は短期入所生活介護事業者が仰ぎます。配置医師（嘱託医）の判断を原則として、必要に応じて、ケアカンファレンス等を通じ、主治医より情報提供を受けるなどの対応をします。
※原則、短期入所生活介護を利用毎に医師の判断が必要です。ただし、当該医師の判断に係る期間内の再利用の場合には、この限りではありません。

<多床室>

◎1 割負担の方

| | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1.利用者の要介護度とサービス利用料金 (1 日あたり) 1 単位×10.33 円…富士見市 | 要支援1 (446) 4,607 円 | 要支援2 (555) 5,733 円 |
| 2.うち、介護保険から給付される金額 | 4,146 円 | 5,159 円 |
| 3.サービス利用に係る自己負担額 (1-2) | 461 円 | 574 円 |
| 4.居室に係る自己負担額 | 855 円 | |
| 5.食費に係る自己負担額 | 朝食 361 円 | 昼食 651 円 夕食 433 円 |
| 6.自己負担額合計 (3+4+5) | 2,761 円 | 2,874 円 |

◎2 割負担の方

| | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1.利用者の要介護度とサービス利用料金 (1 日あたり) 1 単位×10.33 円…富士見市 | 要支援1 (446) 4,607 円 | 要支援2 (555) 5,733 円 |
|---|--------------------------|--------------------------|

| | | |
|------------------------|----------|-------------------|
| 2.うち、介護保険から給付される金額 | 3,685 円 | 4,586 円 |
| 3.サービス利用に係る自己負担額 (1-2) | 922 円 | 1,147 円 |
| 4.居室に係る自己負担額 | 855 円 | |
| 5.食費に係る自己負担額 | 朝食 361 円 | 昼食 651 円 夕食 433 円 |
| 6.自己負担額合計 (3+4+5) | 3,222 円 | 3,447 円 |

◎3 割負担の方

| | | |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 1.利用者の要介護度とサービス利用料金 (1日あたり) 1 単位×10.33 円…富士見市 | 要支援1 (446) 4,607 円 | 要支援2 (555) 5,733 円 |
| 2.うち、介護保険から給付される金額 | 3,224 円 | 4,013 円 |
| 3.サービス利用に係る自己負担額 (1-2) | 1,383 円 | 1,720 円 |
| 4.居室に係る自己負担額 | 855 円 | |
| 5.食費に係る自己負担額 | 朝食 361 円 | 昼食 651 円 夕食 433 円 |
| 6.自己負担額合計 (3+4+5) | 3,683 円 | 4,020 円 |

その他、利用者の状況により加算されるサービス

| 加算項目 | 内容 | 単位数 | 利用者負担額 (基準額) | 該当○ |
|------------------|---|-----|--------------|-----|
| 生活機能向上連携加算 (I) | 理学療法士等や医師からの助言を受け、機能訓練指導員等が生活機能の向上を目的とした個別機能訓練計画を作成した場合 | 100 | 104 円 (1 月) | |
| 生活機能向上連携加算 (II) | 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問して行う場合 | 200 | 207 円 (1 月) | |
| 機能訓練体制加算 | 専従の機能訓練指導員を配置している場合 | 12 | 13 円 (1 日) | ○ |
| 個別機能訓練加算 | 専従の機能訓練指導員を配置し、利用者の居室を訪問し計画を作成し、訓練を行っている場合 | 56 | 58 円 (1 日) | |
| 認知症行動・心理症状緊急対応加算 | 在宅生活が困難な認知症高齢者等を緊急に受入れた場合 (月7日限度) | 200 | 207 円 (1 日) | |
| 認知症専門ケア加算 (I) | 日常生活自立度Ⅲ以上の利用者が50%かつ認知症介護実践者研修修了者を一定以上配置する場合 | 3 | 3 円 (1 日) | |

| | | | | |
|------------------|---|-----|----------|---|
| 認知症専門ケア加算（Ⅱ） | 認知症専門ケア加算（Ⅰ）の算定要件を満し、かつ認知症介護指導者養成研修修了者を配置する場合 | 4 | 5円（1日） | |
| 若年性認知症利用者受入加算 | 若年性認知症患者を受け入れ利用者ごとに個別の担当者を配置している場合 | 120 | 124円（1日） | |
| 送迎加算 | 送迎を行う場合 | 184 | 190円（片道） | ○ |
| 療養食加算 | 医師の食事箋に基づき療養食を提供した場合 | 8 | 9円（1回） | ○ |
| サービス提供体制強化加算 | （Ⅰ）以下のいずれかに該当する場合。①介護職員の総数に占める介護福祉士の割合が80%以上の場合②勤続10年以上介護福祉士35%以上③サービスの質の向上に資する取組を実施していること。 | 22 | 23円/日 | |
| | （Ⅱ）介護職員の総数に占める介護福祉士の割合が60%以上の場合 | 18 | 19円/日 | ○ |
| | （Ⅲ）以下のいずれかに該当すること。①介護福祉士50%以上②常勤職員75%以上③勤続7年以上30%以上 | 6 | 7円/日 | |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅰ） | 介護職員の賃金改善のため、利用者ごとの1月の総単位数（上記の介護度に応じた基本サービス費と各種加算）に8.3%を乗じた基準額に対し、介護負担割合証に記載の割合に応じた額 | | | ○ |
| 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ） | 介護職員等の賃金改善のため、利用者ごとの1月の総単位数（上記の介護度に応じた基本サービス費と各種加算）に2.7%を乗じた基準額に対し、介護負担割合証に記載の割合に応じた額 | | | ○ |
| 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ） | 介護職員等の賃金改善のため、利用者ごとの1月の総単位数（上記の介護度に応じた基本サービス費と各種加算）に2.3%を乗じた基準額に対し、介護負担割合証に記載の割合に応じた額 | | | |
| 介護職員等ベースアップ等支援加算 | 介護職員等の賃金改善のため、利用者ごとの1月の総単位数（上記の介護度に応じた基本サービス費と各種加算）に1.6%を乗じた基準額に対し、介護負担割合証に記載の割合に応じた額 | | | ○ |

※加算サービスは基準額に対し、介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額をご負担して頂きます。

◇世帯全員が市町村民税非課税の方（市町村民税非課税者）や生活保護を受けておられる方の場合は、居住費・食費の負担が減額されます。

| 対象者 | 区分 | 居住費 | | 食費 |
|------------------------|--------------|------|-------|------|
| | | 多床室 | 従来型個室 | |
| 生活保護受給者 | 利用者負担 1段階 | 0円 | 320円 | 300円 |
| 世帯全員が 市町村民税 非課税 | | | | |
| 老齢年金受給者 | 利用者負担 2段階 | 370円 | 420円 | 600円 |
| 前年の「その他の合計所得金額」＋「課税年金収 | | | | |

| | | | | | |
|--|---|---------------|------|--------|--------|
| | 入額」＋「非課税年金収入額」が80万円以下の方 | | | | |
| | 前年の「その他の合計所得金額」＋「課税年金収入額」＋「非課税年金収入額」が80万円を超え120万円以下の方 | 利用者負担 3段階① | 370円 | 820円 | 1,000円 |
| | 前年の「その他の合計所得金額」＋「課税年金収入額」＋「非課税年金収入額」が120万円を超える方 | 利用者負担 3段階② | 370円 | 820円 | 1,300円 |
| | 上記以外の方 (施設との契約により設定されます) | 利用者負担 4段階 | 855円 | 1,171円 | 1,445円 |

②介護保険の給付の対象とならないサービス

| サービス区分 | 内容 | 金額 |
|--------|--|---|
| 理容サービス | | 実費 |
| 特別な食事等 | お花見 端午の節句 ミニ運動会 セタ 納涼祭 敬老会 クリスマス会 餅つき大会 お正月 新年会 節分 ひな祭り 季節毎の行事食等 | 550円(1回) |
| その他の費用 | 飲料 ビール(350ml) 焼酎(200ml) 日本酒(180ml) 喫茶 飲み物(コーヒー・紅茶・緑茶等) デザート(時期により変更) 電気代 テレビ テレビレンタルリース代(電気代含む) 外出時の物品の購入及び飲食代 | 210円/本 240円/本 255円/本 100円/1回 150円/1回 20円/日 100円/日 実費 |

(2) 支払方法

当月分を1ヶ月ごとに精算し、翌月15日以降に請求します。お支払は原則として手数料の廉価な郵便局の自動引き落としでお願いします。

但し、これによりがたい場合は、ご相談に応じます。

5. 利用について

(1) 利用について

①当該市区町村より介護認定を受けた方で、ご利用を希望される方は担当の介護支援専門員を通じ

て当事業所にご連絡ください。居室が空いている場合は、予約ができます。

②利用前に事前面接（家庭訪問）を行います。その後、利用が決定した場合は契約となります。

③利用前に健康診断をお願いしています（各市町村で行っている健康診断でも構いません）。当施設でも所定の様式を用意しております。

(2) サービス利用の終了・中止について

①利用期間中に当施設で対応ができないほど身体状況に変化があった場合。

②施設は次の事由に当てはまる場合、利用者に対して、文書で通知することにより、この契約を解約することができます。

1) 利用者のサービス利用料金の支払いが、正当な理由なく連続して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14日以内に支払われない場合

2) 利用者又は家族が、施設や施設職員又は他の利用者に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為（介護現場におけるハラスメント対応マニュアルに定義する、身体暴力（たたく等）及び精神的暴力（大声を発する、怒鳴る等）並びにセクシャルハラスメント（必要もなく手や腕をさわる等）のハラスメント行為を含む）を行い、その状態が改善されない場合。

③利用者が要介護認定の更新で、非該当（自立）・要介護と認定された場合、所定期間の経過をもってこの契約は終了します。

④次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。

1) 利用者が介護保険施設に入所した場合

2) 利用者が死亡した場合

3) やむを得ない事情により施設を閉鎖する場合

6. 当施設利用に際しての留意事項

| 事項 | 内容 |
|-----------|---|
| 面会 | 面会 9:00~19:30 それ以外の時間についてはご相談下さい。 |
| 外出 | 外出届けに必要な事項をご記入下さい。前日までに届けの提出をお願いします。 |
| 飲酒 | 原則として夕食時間をお願いします。 |
| 喫煙 | 決められた場所をお願いします。 |
| 所持品の持ち込み | 居室の整理ダンスに収納できる範囲をお願いします。 |
| 病院受診 | 利用中、病院での受診が必要になった際には、ご家族で対応をお願いいたします。また診療結果、処方薬等については職員にお申し出ください。 |
| 金銭・貴重品の管理 | 原則として利用者の責任において管理していただきます。必要以上の金銭・貴重品の持ち込みについてはご遠慮ください。 |
| 宗教・政治活動 | 施設内で他の利用者に対する宗教活動や政治活動はご遠慮下さい。 |
| ペット | ペットの持ち込みはお断りします。 |
| 食べ物の持ち込み | 健康上のことがありますので職員にお尋ね下さい。 |

7. サービス提供の記録保存と情報開示

サービス提供に関する記録を作成することとし、これを契約終了後5年間保存いたします。その記録は10:00~17:00の間、当施設にて閲覧できます。

8. 秘密保持の遵守

- (1) 施設及びすべての職員は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は、本契約が終了した後も継続します。
- (2) 個人情報については、法人の運営する各事業が提供するサービスを適正かつ円滑に提供するために必要な範囲内で情報を収集し、各事業責任者のもとに保管するとともに、利用目的に沿った利用を行います。

なお、下記内容の場合に情報提供を行うことがありますので、ご承知おきください。

①内部での利用

利用者等に提供する施設サービス、介護保険事務、施設サービスに係わる運営業務のうち、

- | | |
|--------------|---------------------|
| 1) 入退居等の管理 | 5) 施設サービス提供職員の連携 |
| 2) 会計・経理 | 6) 施設サービスや業務の維持 |
| 3) 事故等の報告 | 7) 当効事業所内において行われる学生 |
| 4) 施設サービスの向上 | への実習の協力 |

②外部への提供

利用者等に提供する介護サービスのうち、

- 1) 利用者等にて提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携（サービス推進担当者会議等）、照会の回答
- 2) 利用者の疾病治療、健康維持のため、主治医等医師への連絡及び健康記録・生活提供記録
- 3) ご家族への心身の状況の説明

介護保険事務のうち、

- 1) 審査支払機関へのレセプト等の提出
- 2) 審査支払機関又は保険者からの照会の回答
- 3) 損害賠償保険などに係わる保険会社等への相談又は届出等

9. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、家族、市町村及び関係諸機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

10. 緊急時の対応方法

利用者の容態に変化等があった場合は、医師に連絡する等必要な措置を講じる他、事前にお聞きする緊急連絡先のご家族の方に速やかに連絡いたします。

| | |
|-------|--------------------|
| 医療機関名 | みずほ台病院 |
| 所在地 | 埼玉県富士見市西みずほ台 2-9-5 |
| 電話番号 | 049-252-5121 |
| 診療科目 | 内・外・脳・歯 |

| | |
|-------|-----------------------------------|
| 医療機関名 | 三芳野病院 |
| 所在地 | 埼玉県入間郡三芳町北永井 890 番 6 |
| 電話番号 | 049-259-3333 |
| 診療科目 | 内・外・整形・婦人・循環器・耳鼻咽喉・眼・皮膚・心療・泌尿器・麻酔 |

| | |
|-------|-------------------|
| 医療機関名 | 三芳野第2病院 |
| 所在地 | 埼玉県ふじみ野市大原 2-1-16 |
| 電話番号 | 049-261-0502 |
| 診療科目 | 内・整形 |

11. 非常災害規定

| | |
|--------|--|
| 非常時の対応 | 別途定める「消防計画」により対応します。 |
| 防火管理者 | 管理課長 清水 義昭 |
| 防災訓練 | 年2回以上防災訓練を実施します。 |
| | 自動火災通報装置・非常時通報装置・スプリンクラー・地震時によるエレベーターの直近階での停止・非常食等 |

12. サービス内容に関する相談・苦情窓口

(1) 当施設内における苦情の受付

| 苦情受付窓口（担当者） | 受付時間 | 連絡先 |
|------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| 主任生活相談員 吉田 尚紀 | 月曜日～金曜日 9:00～17:00 | 049-255-6102 soudan@musashino.jp |
| オブスマン 浦尾 和江 大学教授 | 原則第2火曜日 14:00～16:00 | Fax 042-735-7952 |
| オブスマン 塚田 小百合 弁護士 | 上記の日時で1人のオブスマンが施設に窓口を設置しています。 | Fax 049-252-8200 |
| オブスマン 矢野 知彦 大学講師 | | Fax 048-878-3632 |

(2) 行政機関その他苦情受付機関

| 苦情受付窓口 | 受付時間 | 連絡先 |
|-------------------------|-----------------------|--------------|
| 富士見市高齢者福祉課 | 月曜日～金曜日 9:00～17:00 | 049-251-2711 |
| 埼玉県国民健康保険団体連合会 苦情相談係 | | 048-824-2568 |

13. 法人の概要

| | |
|--------------|--|
| 名称 | ふじみ野福祉会 |
| 法人種別 | 社会福祉法人 |
| 法人所在地 | 埼玉県富士見市大字南畑新田 16 番地 1 |
| 電話 | 049-255-6102 |
| 代表者名 | 理事長 吉原孝好 |
| 法人の沿革 | 平成13年12月 社会福祉法人設立認可 平成15年4月 事業開始 |
| 法人が所有する事業・拠点 | (本部所在地内) ・特別養護老人ホームむさしの(定員73人) ・ショートステイむさしの(定員11人) ・デイサービスセンターむさしの(定員30人) ・ヘルパーステーションむさしの ・支援センターむさしの |

| | |
|--|---|
| | <p>(居宅介護支援事業所)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 地域包括支援センターむさしの (介護予防支援事業所・高齢者あんしん相談センター) • 配食サービス事業 <p>(水子地区)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 地域密着型特別養護老人ホームむさしの(定員 29 人) • 小規模多機能型居宅介護むさしの(登録 24 人) • ショートステイむさしの(地域密着空床型) • 支援センターひだまりの庭むさしの (居宅介護支援事業所) • 地域包括支援センターひだまりの庭むさしの (介護予防支援事業所・高齢者あんしん相談センター) |
|--|---|

サービス契約の締結にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

説明者

所 属 社会福祉法人 ふじみ野福社会
特別養護老人ホームむさしの

_____ 印

サービス内容の締結にあたり、上記のとおり説明を受け、それに同意します。

令和 年 月 日

<利用者>

<代理人>

住所 _____

住所 _____

氏名 _____ 印

氏名 _____ 印

私（利用者）、及びその家族の個人情報については、重要事項に記載するとおり必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

令和 年 月 日

<利用者>

<代理人>

住所 _____

住所 _____

氏名 _____ 印

氏名 _____ 印

<家族の代表>

住所 _____

氏名 _____

