

ホーム下新倉

重要事項説明書

認知症対応型共同生活介護

介護予防認知症対応型共同生活介護

平成 年 月 日現在

1 事業主体の概要

| | |
|-------|---|
| 事業主体名 | 社会福祉法人 翠生会 |
| 代表者名 | 理事長 新貝憲利 |
| 所在地 | 東京都板橋区成増4丁目33番地1号 |
| 法人の理念 | <p>基本理念</p> <p>翠会ヘルスケアグループは、「尊厳」「安全」「信頼」を基礎にたゆむことなく技術と感性を磨き、「こころ」と「からだ」のサポートを行います。</p> <p>グループ行動指針5か条</p> <ol style="list-style-type: none">1. 「安全」こそ全ての基盤であり、最優先に守ります。2. 社会の一員として地域や企業との連携を図り、使命を果たします。3. 常に情熱をもって挑戦し続けます。4. チームワーク力を発揮し、目的を実現します。5. 社会のニーズを的確に捉え、素早く対応していきます。 |

2 施設の概要

| | |
|---------------|---|
| 施設名 | ホーム下新倉 |
| 目的 | 住み慣れた地域で継続的に安心した暮らしができ、家庭的な雰囲気の中で、自分らしい生活を送ることができるように支援をする。 |
| 運営方針 | 入居者の心身の状況に基づいた課題分析を行い、介護予防認知症対応型共同生活介護・認知症対応型共同生活介護サービス計画を作成する。可能な限り自宅と同じような状況の中で生活ができ、食事・入浴・排泄・健康管理等を行い、入居者が安定した日常生活ができるよう支援をする。 |
| 責任者 | 所長 田口友彦 |
| 開設年月日 | 平成20年5月1日 |
| 保険事業者 指定番号 | 1192300067 |

| | |
|---------------|---|
| 所在地 | 埼玉県和光市下新倉 5-13-11 |
| 電話番号 | 048 (467) 8883 |
| FAX | 048 (467) 8887 |
| 交通機関 | 東武東上線「成増」下車 成増駅北口より 国際興業バス「高島平操車場」(西高島平駅経由) または「下笹目」行き「吹上新道」下車徒歩 3 分 または都営三田線「西高島平」下車 西高島平より国際興業バス「成増」行き「吹上新道」下車 「吹上新道」下車徒歩 3 分 |
| 敷地面積 | 法人所有 1471, 96 m ² (保育園の土地を含む) |
| 建築概要 | 法人所有 建物延べ面積 998, 85 m ² |
| 居室の概要 | 9 室 (全個室・洗面台付) |
| 共用施設の概要 | 玄関・食堂・居間・台所・浴室・相談室 |
| 緊急対応、防災設備等の概要 | ナースコール (各室・トイレ)・火災報知機・スプリンクラー・消火器 |

3 協力医療機関

| | |
|-------|----------------------------|
| 医療機関名 | 1. 独立行政法人 国立病院機構 埼玉病院 (総合) |
| | 2. 和光病院 (認知症) |
| | 3. 佐藤クリニック (訪問診療) |
| | 4. 水野医院 (訪問診療) |
| | 5. 朝霞中央クリニック (訪問診療) |
| | 6. マミ歯科 (歯科) |

4 職員体制

| | |
|----------|---|
| 管理者 (所長) | 1 名 |
| ケアスタッフ | 日中 : 3 名 (当該時間帯において 1 以上の介護職員を配置) 夜間 : 1 名 |
| 計画作成担当者 | 常 勤 1 名以上 |

5 職員体制

| | | | |
|------------------------------------|-----|------|--------------------|
| 日中の体制 (入居者 3 名に対し 職員 1 名の体制) | 勤務者 | 夜勤明け | 6 : 00 ~ 9 : 30 |
| | | 早 勤 | 7 : 00 ~ 16 : 00 |
| | | 日 勤 | 8 : 30 ~ 17 : 30 |
| | | 遅 勤 | 11 : 00 ~ 20 : 00 |
| | | 夜 勤 | 16 : 00 ~ 20 : 00 |
| 夜間の体制 | 勤務者 | 夜 勤 | 20 : 00 ~ 翌 6 : 00 |

6 サービス及び利用料等

| | |
|-----------|--|
| 保険給付サービス | 食事・排泄・入浴（清拭）・着替えの介助、健康管理、相談援助等は、要介護度に応じて包括的に提供され、「介護保険負担割合証」の割合に応じた自己負担額をいただきます。 |
| 保険対象外サービス | 利用に応じ自己負担となります。各利用料金は、別紙1料金表のとおりです。料金の改定時には、事前に理由を付してご連絡します。 |
| 居室の提供 | 個室：月額62,500円 |
| 食事の提供 | 1日 2,000円（おやつ代を含む） |
| おむつ他個人消耗品 | 別紙1 料金表のとおりです。 |
| その他のサービス | 別紙1 料金表のとおりです。 |
| 利用料の支払い | 利用料金の請求書を、利用月の翌月10日前後に、契約者に送付しますので、同月20日までに郵便口座、または指定の銀行口座にご入金をお願いします。 |

7 相談、要望、苦情窓口について

(1) 当施設における苦情相談の受付

○相談窓口 担当者 氏名 田口 友彦
 電話番号 048(467)8883
 ファックス 048(467)8887
 受付時間は、月曜日～金曜日 9:00～17:00

○第三者委員 翠生会評議員 氏名 牧 詔市
 電話番号 03(3939)1521
 翠生会評議員 氏名 加藤 あけみ
 電話番号 03(3930)9584

(2) 和光市苦情相談の受付

○相談窓口 和光市長寿あんしん課「介護福祉担当」
 電話番号（直通）048(424)9125
 受付時間は、月曜日～金曜日 8:30～17:15

(3) 埼玉県国民健康保険団体連合会

○介護サービス苦情相談窓口
 電話番号 048(824)2568
 ファックス 048(824)2561
 受付時間は、月曜日～金曜日 8:30～17:00

介護予防認知症対応型共同生活介護・認知症対応型共同生活介護サービスの
利用開始に際し、本書面にに基づき、重要事項の説明を行いました。

平成 年 月 日

グループホーム

ホーム下新倉 職員氏名

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、介護予防認知
症対応型共同生活介護・認知症対応型共同生活介護のサービス提供開始に同意
します。

利用者氏名

契約者（親族代表者）

住 所

氏 名

印

続 柄