ホーム下新倉　□ 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　重要事項説明書

（令和３年４月１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	基　本　理　念 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。 グループ行動指針５か条 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㎡（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㎡
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．　朝霞中央クリニック（訪問診療）
	４．　わこう在宅診療所（訪問診療）
	５．　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

８　第三者による評価の実施

実施日　：　令和３年３月 17 日

評価機関　：　有限会社プログレ総合研究所

結果の開示　：　あり

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、本書面に基づき、重要事項の説明を行いました。

令和　　　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