

小規模多機能型居宅介護施設 和光ホーム

重要事項説明書

令和 3年 4月 1日

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	1. 人としての尊厳を尊重し、生きるよろこびをともに歩む。 2. 利用者の自己決定による主体性や個別性を重視したサービスを提供する。 3. 個人の能力を活用し、自立に向けた質の高い生きがいのある生活を支援する。 4. 住み慣れた地域で安心して生活ができる地域ケアを実践する。

2. 施設の概要

施設名	和光ホーム
目的	生活圏域にある小規模多機能施設で「通う(通所介護)」「訪問を受ける(ホームヘルプサービス)」「泊まり(ショートステイ)」のサービスを利用しながら、生活の継続性と連続性のあるケアサービスの利用により、住み慣れた地域で安心した日常生活と自己決定のもと、自分らしい生活を送ることができる。
運営方針	介護サービス計画に基づき、利用者が可能な限りその地域で、有する能力に応じ自立した生活を営むことができるよう、利用者の心身の状況を踏まえ、利用者の立場に立った食事、入浴、排泄、健康管理等を行うものとする。
責任者	管理者 茂野 洋之
開設年月日	平成18年5月1日
保険事業者番号	1192300034

所在地	埼玉県和光市諏訪2番4号
電話番号	048(451)6411
FAX番号	048(451)6499
交通機関	東武東上線「和光市」下車 和光市駅南口より 東武バス 南コース「埼玉病院」下車 徒歩5分 または、東武東上線「成増」下車 成増駅南口より 東武バス 南大和行バス「埼玉病院」下車 徒歩5分
敷地概要	法人所有
建設概要	法人所有 建物延べ面積 872.1 m <sup>2</sup> 床面積 467.36 m <sup>2</sup>
各室の概要	1階 デイルーム、浴室（一般浴槽・介助浴槽・特殊浴槽） 2階 泊まり用居室5部屋（全個室・トイレ・洗面所付）
共用施設の概要	玄関、食堂（リビングルーム）、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・各室トイレ）、火災通報装置、消火器 パッケージ型自動消火設備

### 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. 小山歯科クリニック
	4. かかりつけ医

#### 4. 職員体制

管 理 者	1名
ケアスタッフ	18名（同事業所内 グループホーム「和光ホーム」兼任）

#### 5. 職員体制

昼間の職員	「通い」の利用者3人に対し職員1名	早勤	7:15～16:15
		日勤	8:30～17:30
	「訪問」サービス対応 1名	遅勤	11:00～20:00
夜間の職員	2名（1名は宿直対応）	夜勤	16:00～翌9:30

#### 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。
食事の提供	1日 2,000円（朝食500円・昼食700円・おやつ100円・夕食700円）
居室の提供	「泊まり」時 1日 2,000円
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、又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 茂野 洋之  
電話番号 048 (451) 6411  
ファックス 048 (451) 6499

受付時間は、月曜日～土曜日 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) 和光市の苦情相談の受付

○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

介護予防小規模多機能型居宅介護・小規模多機能型居宅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

小規模多機能型居宅介護施設

和光ホーム 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受け、介護予防小規模多機能型居宅介護・小規模多機能型居宅介護のサービス提供に同意します。

利用者氏名

契約者 住 所  
氏 名 印

事業者 事業者名 社会福祉法人 翠生会  
小規模多機能型居宅介護 和光ホーム  
住 所 埼玉県和光市諏訪2番4号  
代表者名 理事長 新 貝 憲 利 印