

重要事項説明書

社会福祉法人 泰幸福社会

地域密着型特別養護老人ホーム 朝霞苑

短期入所生活介護

1. 事業者概要

事業者名称	社会福祉法人泰幸福社会
主たる事務所の所在地	埼玉県朝霞市大字溝沼字仲田1231-2
法人種別	社会福祉法人
代表者名	浅沼 孝章
設立年月日	平成26年7月14日
電話番号	048-485-8873
ファクシミリ番号	048-469-1131

2. ご利用施設

施設の名称	特別養護老人ホーム 朝霞苑
施設の所在地	埼玉県朝霞市大字溝沼字仲田1231-2
都道府県知事指定番号	1192100137
施設長の氏名	栗田 啓子

3. 施設の目的と運営の方針

施設の目的	当施設は、介護が必要となった高齢者の方々へのケアをご提供することを目的としております。
運営の方針	1. 入居者様の人生を尊重し、共に生きる介護を目指します。 2. 常に知識と技術を磨き、おそれることなく変化へ挑戦します。 3. 地域と共棲できる開かれた施設を目指します。

4. 施設の概要

地域密着型併設型短期入所生活介護「朝霞苑」

敷地	1771.14 m ²	
建物	構造	鉄骨造
	延床面積	1,461.78 m ²
	利用定員	29名

(1) 居室

居室の種類	室数	面積
ユニット型個室	29室	10.85 m ²

(2) 主な設備

設備の種類	数	面積
共同生活室兼 機能訓練室	3	34 m ²
一般浴室	2	6 m ²
機械浴室	特殊浴槽 2 台	21 m ²
医務室	1	13 m ²
便所	1 階 3 箇所 2 階 6 箇所 (ウオシュレット設備 有)	6 ~ 7 m ²

5. 職員体制

従業者の 職種	員 数	区分				常勤換 算後の 人員	指定基準
		常勤		非常勤			
		専 従	兼 務	専 従	兼 務		
施設長	1	1				1	(常勤)
医師	1				1	0.2	必要な数 (非常勤可)
生活相談 員	1	1				1	入所者数が100またはその端数を増すごとに1以上 (常勤)
介護職員	13	9		4		11	介護職員と看護職員の総数は、常勤換算方法で入所者の数が3またはその端数を増すごとに1以上。
看護職員	2	1		1		1.6	1人以上は常勤 ①入所者30未満…常勤換算方法で1以上
栄養士	1	1				1	1以上 (ただし、入所定員が40人を超えない施設にあっては、他の社会福祉施設等の栄養士との連携を図ることにより当該指定介護老人福祉施設の効果的な運営を期待することができる場合であって、入所者の処遇に支障がない時は配置し

							ないことができる。)
機能訓練 指導員	2			2		1	1以上
介護支援 専門員	1	1				1	1以上（入所者数が100 またはその端数を増すごと に1を標準とする。）

6. 施設サービスの概要と利用料（法定代理受領を前提としています。）

（1）介護保険給付によるサービス

サービスの 種別	内容	自己負担額
排せつ	ご本人の心身状態に合った適切な排せつ介助を実施します。	介護報酬の 1割または2 割をお支払 いただきます す。
入浴・清拭	入浴日：週2回の入浴機会を確保します。 入浴時間 13時～16時 入浴日でも入浴しない方はタオルで体をおふきします。	
離床	寝たきり防止のため、毎日の離床のお手伝いをします。	
着替え	毎朝夕の着替えのお手伝いをします。	
整容	身の回りのお手伝いをします。	
シーツ交換	シーツ交換は週1回行います。	
洗濯	必要に応じて衣類の洗濯を行います。	
機能訓練	機能訓練指導員による機能訓練を状況にあわせて行います。	
健康管理	当施設の医師により、週1回診察日を設けて健康管理に努めます。 外部の医療機関に通院する場合はできる限り介添えにご協力 します。	
介護相談	入所者とその家族からのご相談に応じます。	

（2）食事（食費）

食事	<p>食事時間 朝食7時30分～9時30分まで 昼食11時30分～13時30分まで 夕食17時30分～19時30分まで</p> <p>食事場所 できるだけ離床して食堂でお食ください。 献立表は、14日前までにお手元にお届けします。 食べられないものやアレルギーがある方は事前にご相談くだ さい。 お茶または白湯の給湯は無料となっております。</p>	<p>負担限度額 （1日あた り） 金1,500円</p>
----	--	---

	負担限度額
第1段階の方	居住費¥820 食費¥300
第2段階の方	居住費¥820 食費¥390
第3段階の方	居住費¥1310 食費¥650
第4段階の方	居住費¥1970 食費¥1500
<p>食費の負担限度額は本人及び世帯の収入により異なります。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・第1段階の方・・・生活保護を受けている方、老齢福祉年金受給者で世帯全員が市町村民税非課税の方 ・第2段階の方・・・世帯全員が市町村民税非課税の方で本人の合計所得金額と課税年金収入の合計が80万円以下の方 ・第3段階の方・・・世帯全員が市町村民税非課税の方で本人の合計所得金額と課税年金収入の合計が80万円を超える方 ・第4段階の方・・・上記以外の方 	

(3) 実費として必要な費用の例（代表的なもの）

訪問理美容	1回につき 1800円 になります。
日用品販売	月1回以上施設内で実施される日用品販売の際に購入希望の方のみ必要となる費用になります。
預り金管理	ご希望の方は施設の日用品販売の際等、利用者様の必要に応じて発生する実費費用を施設にて管理、お預かりさせていただきます。
病院受診	ご利用者様の必要に応じて訪問診療や外来受診の際の発生する費用になります。

(4) 居室

当施設には下記の種類の居室があります。

居室の種類	内容
個室	ユニット型個室

7. 苦情等申立窓口

別紙のとおり、苦情相談窓口を設けております。

8. 協力医療機関

医療機関の名称	朝霞厚生病院
---------	--------

9. 協力歯科医療機関

医療機関の名称	こしば歯科医院
---------	---------

10. 当施設ご利用の際にご留意いただく事項

来訪・面会	面会時間 原則10時～17時 来訪される時はその都度職員に届け出てください、来訪者が宿泊される場合には必ず施設長の許可を得てください。
外出・外泊	外出・外泊の際には、必ず行き先と帰宅日時を職員に申し出てください
居室・設備・器具の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただくことがあります。
所持品のお持ち込み	居室内への家具や物品のお持ち込みについては、職員にお尋ね下さい。緊急時の対応等を考慮し、お断りする場合がございますのでご了承下さい。また、携帯電話のお持ち込みは原則としてお断りをさせていただきます。
喫煙・飲酒	喫煙は決められた場所以外ではお断りします。 飲酒につきましては看護師とご相談下さい。
迷惑行為等	騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、他の入所者の許可なく、その居室等に立ち入らないようにしてください。
宗教活動・政治活動	施設内での他の入居者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください
動物飼育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。
飲食物の持ち込み	持ち込みをされる際は健康管理上、必ず職員にお尋ね下さい。

_____様

説明年月日 平成 年 月 日

説明者署名 _____ (印)

※ 契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名・捺印を求める。

署名 _____ (印)