

【指定介護老人福祉施設】
特別養護老人ホーム アイリス弐番館

重要事項説明書

社会福祉法人 福都二十一

介護老人福祉施設重要事項説明書

(令和6年4月1日現在)

1. 事業者の概要

事業者(法人)名	福都二十一	法人種別	社会福祉法人
代 表 者	役職名 理事長	氏 名	山田 耕司
所 在 地 電 話 番 号	〒350-0831 埼玉県川越市府川243-2 電話：049-227-5088 FAX：049-227-5089		
事 業 内 容	老人福祉全般		
法 人 の 沿 革	2002年1月4日 設立		
法人が所有する 事業所の種類 (介護予防サービ スにも対応)	介護老人福祉施設 (空床型) 短期入所生活介護 通所介護 総合事業通所型サービス 居宅介護支援		

2. 事業所の概要

事業所の名称	特別養護老人ホーム アイリス式番館				
所在地	〒350-0822 埼玉県川越市山田1526-1				
電話番号	電話:049-227-5088 FAX:049-227-5089				
事業者番号	1170403909	指定年月日	平成26年10月1日		
施設長名	飛嶋明子	利用定員	50名		
施設概要	ユニット数		5ユニット		
	ユニット内	居室	10室	トイレ	3ヶ所
		共同生活室	1ヶ所	談話コーナー	1ヶ所
		浴室	個浴槽1ヶ所・半機械浴槽1ヶ所		
	機械浴室		1ヶ所	医務室	1室

3. 事業の目的と運営方針

事 業 の 目 的	入所者の心身の状況等に応じて適切な指定介護老人福祉施設サービスを提供するとともに、その他入所者の人権擁護、事故発生の防止等のための措置を講ずることにより常に指定介護老人福祉施設サービスを受ける者の立場に立って、これを提供するように努めることを目的とする。
運 営 の 方 針	①事業者は、入所者一人ひとりの意思及び人格を尊重し、常に入所者の立場に立って、施設サービス計画に基づき、居宅における生活への復帰を念頭に置いてサービスを行う。 ②事業者は、入所前の居宅における生活と入所後の生活が連続したものとなるよう配慮しながら、各ユニットにおいて入所者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援する。 ③事業者は、明るく家庭的な雰囲気有し、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、各居宅介護支援事業者、各保険医療機関、関係市町村、他介護保険施設その他の地域の保健・医療・福祉サービスと綿密な連携を図り、協力と理解のもとに総合的なサービスに努める。

④事業者は、緊急の事態にも柔軟に対応できる体制を整備する。

4. 事業所の職員体制

職務	必要数	配置数	職務内容
管理者	1名	1名	サービス管理全般を行います。
医師	必要数	1名	入所者の診察、健康管理を行います。
生活 相談員	1人以上	1名	家族や職種間の連絡調整、短期入所の利用調整、計画書の作成等を行います。
看護 職員	3人以上	9名	入所者の健康管理、医師の指示のもと医療処置を行います。家族、介護職員への指導・助言を行います。
機能訓練 指導員	1人以上	1名	入所者の日常生活やレクリエーション、行事等を通じて機能訓練指導を行います。
介護支援 専門員	1人以上	1名	入所者の心身の状態を踏まえ介護計画書を作成します。
介護職員	17人以上	28名	入所者の日常生活上のお世話をします。
管理 栄養士	1人以上	1名	バランスを考えた献立を作成します。入居者の栄養状態に合わせたマネジメントを行います。
事務員 営繕	必要数	3名	事務管理全般、施設営繕の業務をおこないます。

5. サービス内容

事業者が設置する施設に入所していただき、介護や機能訓練、日常生活上のお世話をするサービスです。利用中は、自宅での生活との連続性が保てるように、入所者の生活様式や生活習慣に沿った援助の提供に配慮します。具体的な内容は、次のとおりです。

食 事 の 提 供	栄養並びに利用者の身体の状態および嗜好を考慮した食事を、適切な時間に提供します。また、利用者の自立の支援に配慮し、できるだけ離床して食堂で食事を摂れるよう努めます。 【食事時間】 朝食:8:00～ 昼食:12:15～ 夕食:17:45～
入 浴 の 介 助	入所者の自立支援に資するよう、特別浴槽を用いた入浴や介助浴等適切な方法により、1週間に2回以上、入浴の介助を行います。なお、入所者の心身の状態から入浴することが困難な場合は、清拭を行うなどにより身体の清潔保持に努めます。
排 せ つ の 介 助	入所者の心身の状態や排せつ状況などをもとに、トイレ誘導や利用者の自立支援に配慮した排せつ介助などを適切に行います。なお、おむつを使用する入所者については、その心身および活動の状況に適したおむつを提供するとともに、適切におむつ交換をします。
口 腔 衛 生 管 理	入所者の口腔の健康の保持を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、口腔衛生の管理体制を整備し、各入所者の状態に応じた口腔衛生の管理を計画的に行います。
日常生活上の支援	離床、着替え、整容など日常生活上の支援を適切に行います。
機 能 訓 練	機能訓練指導員が、入所者の心身の状態に合わせた機能訓練を行い、生活機能の維持、改善に努めます。また、寝たきり防止のためできるだけ離床に配慮します。

健 康 管 理	常に健康状態の留意し健康管理に努めます。ご入所前に主治医より何らかの指示がある場合には必ずご連絡ください。
相 談 及 び 援 助	常に入所者の心身の状況、病状、その置かれている環境等の的確な把握に努め、入所者またはその家族からの相談に適切に応じるとともに、必要な助言その他の援助を行います。
社会生活上の便宜	当施設では、必要な教養娯楽設備を整えるとともに、施設での生活を実りあるものとするため、適宜レクリエーション行事を企画します。 行政機関に対する手続きが必要な場合には、入所者・家族の状況によっては代わりに行います。

6. 利用料金

利用料金は、厚生労働大臣が定めた告示上の基準の額とし、介護保険負担割合証の「利用者負担の割合」に記載のある割合分を自己負担額としています（介護保険の滞納等がある場合はこの限りではない）。ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービス利用をする場合は、支給限度額を超えたサービスの利用料については、入所者ご自身でご負担いただきます。

7. 利用料の支払方法

利用料金は、1ヶ月ごとにまとめて毎月15日前後に前月分の請求書を発行いたします。支払い方法は、下記のいずれかの方法からお選びいただけます。お支払いいただきますと領収証を発行いたします。

☐ 口座引落	サービス利用月の翌月27日に、あらかじめ指定いただいた口座より引き落とします。（27日が休業日の場合は翌営業日引落となります）
☐ 銀行振込	サービス利用月の翌月末日までに、下記の口座にお振込願います。ただし、振込手数料は入所者にご負担していただきます。 【口座】埼玉りそな銀行 川越支店 店番号 384 普通口座 3965579

【請求書・領収書
の送付先】

〒

ご住所： _____

お名前： _____

8. 当施設の利用にあたっての留意事項

来訪・面会	面会時間：午前10時から午後6時 午後5時30分から翌日午前8時30分までは宿直者対応となります。職員対応をご希望される場合は、午前8時30分から午後5時30分の間をお願いいたします。 入館の際には面会簿の記入、感染予防のため、うがい・手洗いをお願いいたします。感染拡大防止のために、面会を制限する場合があります。
喫煙・飲酒	館内での飲酒・喫煙は行えません。
所持品の管理	持ち物にはすべて記名をお願いいたします。
宗教活動・政治活動	当施設での宗教活動・政治活動はご遠慮ください。
ペットの持ち込み	館内へのペットの持ち込みはご遠慮ください。

金銭・貴重品の管理	当施設では金銭や貴重品（通帳、印鑑、ネックレス等のアクセサリ、時計、携帯電話、メガネ、その他肌身離さず大切にされているもの等）をお預かりすることはできません。金銭・貴重品の管理については、入所者ご自身の責任でお願いいたします。事業者は、金銭・貴重品の盗難、紛失等については、一切責任を負いません。
外出・外泊	外出・外泊をご希望される方は事前にご連絡ください。

9. 緊急時の対応

サービス提供中に体調が悪くなった場合は、ご家族に連絡のうえ適切に対応します。また、必要に応じて速やかに嘱託医師又は当施設の協力医療機関に連絡をとる等、必要な措置を講じます。

嘱託医師	得丸医院 得丸 幸夫 医師 埼玉県川越市脇田町 7-1 1	0 4 9 - 2 2 2 - 1 7 5 5
協力医療機関	康正会総合クリニック 川越市山田 3 7 5 - 1	0 4 9 - 2 2 4 - 2 7 1 1
	康正会病院 川越市山田 3 2 0 - 1	0 4 9 - 2 2 3 - 5 7 1 1
	医療法人豊仁会 三井病院 川越市連雀町 1 9 - 3	0 4 9 - 2 2 2 - 5 3 2 1
	医療法人聖心会 南古谷病院 川越市久下戸 1 1 0	0 4 9 - 2 3 5 - 7 7 7 7
	医療法人直心会 帯津三敬病院 川越市大字大中居 5 4 5	0 4 9 - 2 3 5 - 1 9 8 1
協力歯科機関	ふれあい歯科新河岸 川越市大字砂 9 1 5 - 7	0 4 9 - 2 6 5 - 7 5 4 4

【緊急連絡先】

緊急連絡先 1	氏名		住所	
	続柄		電話	
緊急連絡先 2	氏名		住所	
	続柄		電話	

10. 事故発生時等の対応

サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに利用者のご家族、居宅介護支援事業者、市町村等に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。また、サービス提供に際して、事業者の責任により入居者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。なお、事業者は下記の損害賠償保険に加入しています。

【保険会社】東京海上日動火災保険株式会社

【保険名】超ビジネス保険

11. 非常災害対策

災害時には「社会福祉法人福都二十一防火管理規定」及び「消防計画」等に基づき、利用者の安全確保に努めます。

12. 福祉サービス第三者評価の実施状況

実施の有無： 有 ・ (無)

13. 相談、要望、苦情等の窓口

サービス内容等に要望や苦情、相談がある場合は、下記の窓口にご連絡ください。

【事業者の窓口】	所在地：埼玉県川越市山田1526-1
特別養護老人ホーム アイリス式番館	電話：049-227-5088 FAX：049-227-5089 受付時間：8：30～17：30 担当者：飛嶋 明子（管理者） 伊藤しほ（生活相談員）
【市町村の窓口】	所在地：埼玉県川越市元町1丁目3番地1
川越市健康福祉部介護保険課	電話：049-224-8811 ※保険証発行市町村それぞれに窓口がございます。
【公的団体の窓口】	所在地：埼玉県さいたま市中央区大字下落合1704番
埼玉県国民健康保険 団体連合会	国保会館内 電話：048-824-2568
埼玉県運営適正化委員会	所在地：埼玉県さいたま市浦和区針ヶ谷4-2-65 彩の国すこやかプラザ1階 電話：048-822-1243
【苦情解決第三者委員】	石川 浩見
福都二十一理事会において選 出承認を受けた者が担当する	電話：03-5957-2555

サービスの提供開始にあたり、本書面に基づいて重要事項の説明を行いました。

説明日：令和 年 月 日

【事業者】 所在地：埼玉県川越市府川243-2

事業者名：社会福祉法人 福都二十一

代表者職・氏名： 理 事 長 山 田 耕 司 ㊞

説明者職・氏名： 生活相談員 ㊞

事業者より、説明を受け同意しました。

【利用者】 ご住所：

お名前： ㊞

【身元引受人】 ご住所：

お名前： ㊞