

入居のご案内



社会福祉法人 端午会

介護老人福祉施設

特別養護老人ホーム

ところの苑

「愛」をもって気遣い

「心」をこめて「支援」する

1) 事業の概要

- 特色 (小規模生活対応型 特別養護老人ホーム) 新型の特別養護老人ホームで居室は全室個室、各フロアー4ユニットにわかれています。各、ユニットごとの家庭的な雰囲気の中でのケアを目指していきます。
- 基本理念 ご利用者様の尊厳と個性や生活リズムを大切にし、その人らしい生活が営まれるよう、安全で室の高いサービスを提供いたします。
- 運営の基本方針 私たちは、利用者の方そのご家族の方、又、職員も含め心が通い合い、笑顔で過ごすことができる施設を目指し、次のことを基本方針とします。
 - 一、サービスを利用される方々に対し、専門性を発揮し事業を展開します。
 - 二、入居される方々が安心して生活できるよう、施設環境を整備します。
 - 三、施設サービスに対する第三者評価の実施により、運営の改善と向上に努めます。
 - 四、経費の効率的執行を心がけ、経済的に安定した運営に努めます。
- 行動基準
 - ① 施設における「生活」を家庭に限りなく近づけた個別のケアの提供に取り組んでまいります。
 - ② 利用者、家族、地域の人々の視点に立ったサービスに取り組んでまいります。
 - ③ 利用の対価に見合った、評価される専門的サービスに取り組んでまいります。
 - ④ 安全安楽の基、生活の主体である利用者が「そのひとらしさ」を実現できるよう取り組んでまいります。
 - ⑤ 利用者に自立した生活を促し、地域の人々と触れ合うことができるよう取り組んでまいります。

1・特別養護老人ホームところの苑とは・・・

介護が必要な高齢者の方々を対象とした施設です。安心して生活ができるように健康管理や地域との触れ合いを大切にしています。また、施設の居室をいくつかのグループに分け、それぞれをひとつの生活単位として、少人数の家庭的な雰囲気支援するユニットケアを行うほか、排泄・入浴介助を行います。【定員70床】

2・ところの苑のユニット・ケアとは・・・

特別養護老人ホームところの苑では、ご入居者さまの生活領域を個室、且つ10部屋単位でサービスを展開することにより、ところの苑での生活を、家での生活の延長線として捉え、日々の介護サービスを提供する「生活」施設です。

3・入居するには・・・

お申込みが出来る方は、介護保険の要介護1～5の認定を受けている方で、ご家庭での介護が困難になっている方が対象になります。入居の判定については所沢市の「特別養護老人ホーム入所指針」に基づき、判定させていただきます。

※当苑のご利用を考える際、ご留意していただきたい点は・・・

- 当苑は、積極的に「リハビリ」をおこなうリハビリ施設ではありません。
- 当苑は、医療施設ではありませんので提供できる医療には限度があります。

医療の必要性の高い方は相談させていただくことがあります。

□ 周辺環境

当施設は所沢駅より南方向、徒歩約11分の閑静な住宅地に位置しています。近辺には郷土美術館や児童館、小中学校等が点在し、又、隣接してクリニックの集合施設やテニスコートがあり住環境に適したところです。施設からの眺望は、東村山と境の八国山丘陵地が続き、その先にはゴルフ場や遊園地等が偏在しており、夏は西武園遊園地の花火が見られ、冬は彼方に奥武蔵連山や富士山が一望できます。又、施設は南に面しており、とても日当たりがよく風通しも爽やかです。なお、当地正面に市が運営する、ところバスの停留所もあり、地域の方々の足となっています。



2) 入居の申込み方法について

入居は原則として「所沢市特別養護老人ホーム入所指針」に基づき、必要性を評価した上で決定致します。**申込み順ではありません。**

- ① 当施設が用意する「入所申込書」をご記入の上、下記の添付書類※1)とともに施設に直接提出してください。原則として郵送での受付はいたしかねます。

- (1) 介護保険者証コピー（入居希望者の要介護度、有効期間等を確認します。）
- (2) 認定調査票（介護状況を確認します。所沢市の方は、お申込の際に「同意書」へ捺印していただいた上で、当施設が介護保険課へ請求いたします。）
 ※他市の方は、各市役所又は町役場の介護保険課から交付を受けてください。
- (3) サービス利用票別表（在宅サービスの利用状況を確認いたします。利用票は申込み月2ヶ月前分の実績をご提出ください。）
 ※利用票の交付は、各担当ケアマネジャーです。

- ② 指針に基づいた順番が優先の方から、ご本人とご家族等へ訪問面接を行います。
- ③ 訪問面接終了後、当施設にて入所検討委員会を実施し、入居合否のご連絡をいたします。
- ※ 当施設からは順番が近づかない限りご連絡はいたしません。（申込者の状況の再確認は行います。又、ご本人ご家族からの待機順等のお問い合わせには、お答えできます。）
- ※ お申込み時提出の書類、情報については返還、消去できませんので、ご注意ください。

3) 当施設の費用負担について （※あくまでも目安です。） (30日/月)

要介護度	介護度 単 価	利用者 1割負担	日 数	基本費用	日常生活 支援費	居 住 費 (月)	食 費 (月)	1ヶ月あたりの 利用料
要介護3	810 (日)	829円 (日)	×30 (日)	24,870円	6,000円 (200円/日)	59,100円 (1,970円/日)	41,400円 (1,380円/日)	131,370円
要介護4	881 (日)	902円 (日)		27,060円	6,000円 (200円/日)			133,560円
要介護5	941 (日)	963円 (日)		28,890円	6,000円 (200円/日)			135,390円

※尚、所沢市（乙地）の地域加算は介護算定基準で10,23円となります。

- ※ 居住費及び食費には、所得による負担額軽減措置が設けられています。
- ※ 上記以外に体制加算等が計上されると、その分が負担増になります。
- ※ 入居後30日間は、上記の単価に初期加算分（31円）が負担増になります。
- ※ 入居期間中に外泊又は入院をされた場合は、介護保険給付単位に応じた負担となります。
- ※ 入院費用はすべて自己負担となります。また、外泊及び入院時に居室を確保する場合は、各負担段階に合わせ、上記の居住費（負担限度額）をお支払い頂きます。
- ※ 食費1,380円の内訳は、朝食 300円・昼食 600円・夕食 480円となります。
- ※ 上記の負担以外に個人差はありますが、医療費や高額な日用品費の負担等が別途考えられます。
- ※ 上記の単価・地域加算・居住費・食費は、介護保険法の改正等で変動する場合がございます。
- ※ **入居の際にかかる負担金等は、一切ありません。** 【平成21年 4月現在】

4) 法人の概要

- 名 称 社会福祉法人 端午会
- 代表者 理事長 山田正男
- 住 所 〒359-1131 埼玉県所沢市大字久米字宮ヶ谷戸1538-2
- 法人の経緯 平成15年12月に社会福祉法人として認可、平成17年4月1日より事業開始。
- 法人の事業 特別養護老人ホーム ところの苑 (定員 70名)
短期入居生活介護 ところの苑 (定員 10名 ※併設床)
デイサービスセンター ところの苑 (定員 30名/日)
居宅介護支援事業所 ところの苑
吾妻地域包括支援センター

5) 建物の概要

- 敷地面積 5,218,09㎡
- 建物延べ床面積 4,147,89㎡
- 建物構造 鉄筋コンクリート造 3階建
「埼玉県福祉のまちづくり条例」適合施設

建物内訳

1 F 事務室・地域包括支援センター・各相談室・デイルーム
家族介護教室・浴室・ボランティア室・調理室

2 F 居室(4ユニット)【全室個室】 (1ユニット→共同生活室・個室10室)

3 F 居室(4ユニット)【全室個室】 (1ユニット→共同生活室・個室10室)

- ◎ 当施設および職員へのお心遣いは一切お断りさせて頂いております。
- ◎ その他、ご不明な点やご質問等がございましたら、下記の担当までご連絡ください。

【入居申込受付担当】 Tel 04 (2929) 6955

Fax 04 (2929) 6956

特別養護老人ホームところの苑 生活相談員

同意書

(あて先)所沢市長

介護老人福祉施設への入所判定に際し、必要な書類〔認定調査票(基本調査②)〕について下記の施設に対し情報提供することに同意します。

平成 年 月 日

被保険者住所:

被保険者氏名:

印

被保険者番号:

連絡先:

記

介護老人福祉施設名:	社会福祉法人 端午会 特別養護老人ホームところの苑
所在地:	埼玉県 所沢市 久米1538-2
施設長名:	山田 正男
連絡先:	04-2929-6955

平成 年 月 日

情報提供書

施設長 様

所沢市長 当摩 好子

過日情報提供依頼のありました下記被保険者の情報提供をいたします。

記

被保険者住所:

被保険者氏名:

被保険者番号:

(様式 1)

特別養護老人ホーム入居申込書 (その1)

特別養護老人ホーム ところの苑
施設長様

No.

申 込 日	平成	年	月	日
受 付 日	平成	年	月	日

【申 込 者】

住 所	〒		
(ふりがな) 氏 名		本人との関係	
電話番号	()		

特別養護老人ホームへ入居したいので、次のとおり申し込みます。

本 人	(ふりがな) 氏 名		性別	保 険 者																				
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	男	被保険者番号																				
の 状 況	住 所	〒	女	要 介 護 度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5																			
	現在利用している 在宅サービスの状況 (利用しているサービ スに ○ をつけて ください。) (※2)	<table border="0"> <tr> <td>1 訪 問 介 護</td> <td>6 通所リハビリテーション</td> </tr> <tr> <td>(月 回 週 回)</td> <td>(月 回 週 回)</td> </tr> <tr> <td>2 訪 問 入 浴 介 護</td> <td>7 短期入居生活介護</td> </tr> <tr> <td>(月 回 週 回)</td> <td>(月 回 週 回)</td> </tr> <tr> <td>3 訪 問 看 護</td> <td>8 短期入所療養介護</td> </tr> <tr> <td>(月 回 週 回)</td> <td>(月 回 週 回)</td> </tr> <tr> <td>4 訪問リハビリテーション</td> <td>9 福祉用具貸与・購入費の支給</td> </tr> <tr> <td>(月 回 週 回)</td> <td>(月 回 週 回)</td> </tr> <tr> <td>5 通 所 介 護</td> <td>10 そ の 他</td> </tr> <tr> <td>(月 回 週 回)</td> <td>()</td> </tr> </table>				1 訪 問 介 護	6 通所リハビリテーション	(月 回 週 回)	(月 回 週 回)	2 訪 問 入 浴 介 護	7 短期入居生活介護	(月 回 週 回)	(月 回 週 回)	3 訪 問 看 護	8 短期入所療養介護	(月 回 週 回)	(月 回 週 回)	4 訪問リハビリテーション	9 福祉用具貸与・購入費の支給	(月 回 週 回)	(月 回 週 回)	5 通 所 介 護	10 そ の 他	(月 回 週 回)
1 訪 問 介 護	6 通所リハビリテーション																							
(月 回 週 回)	(月 回 週 回)																							
2 訪 問 入 浴 介 護	7 短期入居生活介護																							
(月 回 週 回)	(月 回 週 回)																							
3 訪 問 看 護	8 短期入所療養介護																							
(月 回 週 回)	(月 回 週 回)																							
4 訪問リハビリテーション	9 福祉用具貸与・購入費の支給																							
(月 回 週 回)	(月 回 週 回)																							
5 通 所 介 護	10 そ の 他																							
(月 回 週 回)	()																							
	医療的処置の状況	【現在治療中の病気等】																						
	入居を希望する理由 (※3)	<table border="0"> <tr> <td>1 介護者がいないため</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>2 介護者がいるが障害や疾病の状況にあり介護が困難なため</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>3 介護者がいるが高齢等のため十分な介護が困難なため</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>4 介護者がいるが就業しているため十分な介護が困難なため</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>5 介護者がいるが育児又は家族が病気の状況にあり十分な介護が困難なため</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>6 介護保険施設に入居しているが替わりたい</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>7 その他</td> <td>()</td> </tr> </table>				1 介護者がいないため	()	2 介護者がいるが障害や疾病の状況にあり介護が困難なため	()	3 介護者がいるが高齢等のため十分な介護が困難なため	()	4 介護者がいるが就業しているため十分な介護が困難なため	()	5 介護者がいるが育児又は家族が病気の状況にあり十分な介護が困難なため	()	6 介護保険施設に入居しているが替わりたい	()	7 その他	()					
1 介護者がいないため	()																							
2 介護者がいるが障害や疾病の状況にあり介護が困難なため	()																							
3 介護者がいるが高齢等のため十分な介護が困難なため	()																							
4 介護者がいるが就業しているため十分な介護が困難なため	()																							
5 介護者がいるが育児又は家族が病気の状況にあり十分な介護が困難なため	()																							
6 介護保険施設に入居しているが替わりたい	()																							
7 その他	()																							
	単身生活者の場合	1 介護者がいる	2 介護者がいない																					

特別養護老人ホーム入居申込書（その2）

介 護 者 の 状 況	主たる介護者	(ふりがな) 氏名		性別 男・女	本人との関係	
		生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)			
		同居の区分	1、同居 2、別居(住所:)			
		複数の介護をしているので	1、介護困難 2、多少介護可能 3、介護可能 4、なし			
介 護 者 の 状 況	主たる介護者の就労の状況		主たる介護者の育児・家族の状況		主たる介護者の健康状態	
	1 有(該当するものに○) ・ 8時間以上・高齢で就労不能 ・ 4時間以上8時間未満 ・ 4時間未満 2 介護のために仕事を辞めた 3 なし		1 有(該当するものに○) ・ 常時の育児・看病が必要 ・ 半日育児・看病が必要 ・ 時々育児・看病が必要 ・ 65歳以上の高齢世帯のみ 2 なし		1 良好 2 不良(該当するものに○) ・ 介護困難 ・ 多少介護可能 ・ 介護可能	
介 護 者 の 状 況	従たる介護者	(ふりがな) 氏名		性別 男・女	本人との関係	
		同居の区分	1、同居 2、別居(住所:)			
		同居者の状況	1、従たる同居者なし 2、介護困難 3、多少介護可能 4、介護可能			
		介護期間	年 月			
介 護 者 の 状 況	別居している血縁者による介護の可能性		1、別居している血縁者なし 2、介護困難 3、多少介護可能 4、介護可能			
そ の 他 説 明 欄	入所を希望している時期		1、今すぐ入居したい 2、 年 月 頃までには入居したい。			
説 明 欄	私は、入居申し込みの際、入居決定の手続き及び入居の必要性を評価する基準等について施設から説明を受けました。 平成 年 月 日 氏名: _____					

- ※ 1 介護保険被保険者証(写)、サービス利用表(写)、認定調査票(写)を添付してください。
- ※ 2 在宅サービスの利用頻度で現在施設入所者又は病院入院中の方は入所前・入院前の利用状況を記入してください。
- ※ 3 入所を希望する理由()内には、その具体的理由を記入してください。
- ※ 4 必要性が無くなった場合は「特別養護老人ホーム入居申込み取り下げ書」を提出してください。
- ※ 5 申し込み内容に変更が生じた場合は、施設に連絡し、指示を受けてください。