

重要事項説明書

〔 指定通所介護事業所みぎわホーム 〕

1. 経営理念・基本方針

(経営理念)

「 寄り添う思いを大切にした福祉サービスを提供します 」

(基本方針)

ご利用者が笑顔で生活できる法人を目指します

職員が笑顔で働ける法人を目指します

地域社会に笑顔をもたらす法人を目指します

2. 事業者の概要

法人種別・名称	社会福祉法人 南町田ちいろば会
代表者氏名	理事長 森高登志夫
法人所在地	東京都 町田市 南町田 四丁目 10番 38号

3. ご利用施設

施設名称	みぎわホーム
管理者氏名	夏井ひとみ
施設所在地	東京都 町田市 南町田 四丁目 10番 38号
電話番号	042 - 796 - 1288
介護保険事業者番号	1373201068

4. 職員体制

(一般型)

職種	員数	資格	区分			
			常勤		非常勤	
			専任	兼務	専任	兼務
管理者	1名		名	1名	名	名
生活相談員	3名	社会福祉士 介護福祉士	1名	2名	名	名
介護職員	9名	介護福祉士等	5名	名	2名	名
看護職員	5名	看護師(正・准)	名	名	名	5名
機能訓練指導員	5名	看護師(正・准)	名	名	名	5名

5. 設備の概要

区分	規模	備考
定員	一般型(介護予防含) 50名 認知症対応型(介護予防含) 12名 合計 62名	
機能回復訓練室	381.41 m ²	
食堂	(うち認知症対応型 64.17 m ² 含)	
浴室	86.32 m ²	一般浴槽/機械浴槽

6. サービス提供地域

(通常の送迎地域)

[東京都] 町田市 [神奈川県] 横浜市 相模原市 大和市

7. 営業日、営業時間及びサービス提供時間

(営 業 日)

営業日は、日曜日、年末年始を除き毎日とする。

但し、天候不良等の事情により、当事業所の判断等により営業を調整する場合があります。

(営 業 時 間) 午前 8 時 00 分 から 午後 6 時 00 分 まで

(サービス提供時間) 午前 8 時 45 分 から 午後 5 時 00 分 まで(内 7 時間 15 分)

8. サービス内容説明

I. サービス内容

食 事	栄養バランスに配慮した食事の提供をおこなっております。食事形態についても配慮いたしますので、ご安心下さい。
入 浴	日差しの差し込む浴室で入浴ができます。介助が必要な方には職員が丁寧に対応しお手伝いさせていただきます。
余暇(レクリエーション)	季節にあった催しや創作活動、麻雀など多数のプログラムをご用意いたします。ボランティアの方々も多数参加され、皆様とともに楽しい時間を過ごします。なお、創作活動等においては、実費をご負担していただく場合があります。
機 能 訓 練	体操だけでなく楽しみながら体を動かすプログラムの提供に努めます。また、専門の器具を使用して指導員による個別機能訓練も実施いたします。
生活相談・健康管理	何かお困りのことなどがありましたら、生活相談員等がお話しをお伺いいたします。また、看護師が皆様の健康管理を行います。毎回血圧等の健康チェックを行います。健康面でのご相談についてもお伺いいたします。
送 迎 等	車椅子をご利用される方にはリフト付きの車をご用意しております。添乗員、ドライバーが皆様のご自宅まで安心安全を心掛けて運転を行います。

II. サービス利用にあたっての留意点

- (1)喫 煙 原則として施設内での喫煙は禁止となっております。
- (2)迷 惑 行 為 騒音等他の利用者様の迷惑になる行為はご遠慮願います。
- (3)宗教活動・政治活動 施設内での他の利用者様に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮願います。

III. その他

(1)サービスの利用開始

まずお電話でのご連絡をお待ちしております。日時を取り決めた後、当事業所職員がお伺いいたします。サービスの提供依頼を受けた後、契約を締結し、通所介護計画書を作成いたします。作成後サービスの提供を開始いたします。

(2)サービスの終了

①利用者のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の 1 週間前までに文書でお申し出下さい。なお、文書は当方でご用意しておりますので、必要な場合は生活相談員の方までお申し出下さい。

②当施設の都合でサービスを終了する場合

非常変災等のやむを得ない事情により、当事業所を閉鎖又は縮小するような場合は、契約を終了させていただく場合があります。この場合、終了1ヶ月前までに文書にて通知いたします。

③自動的に終了する場合

- i 利用者が介護保険施設に入所された場合
- ii 利用者の要介護認定区分が、非該当(自立)と認定された場合
- iii 利用者が死亡若しくは被保険者資格を喪失した場合
- iv 非常変災等のやむを得ない事情により、当事業所を閉鎖又は縮小するような場合

④その他

- i 利用者のサービス料金の支払いが1ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず10日以内に支払われない場合
- ii 利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、又は利用者の入院若しくは傷病等により、3ヶ月以上にわたってサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合
- iii 利用者又はその家族等が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者若しくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為をおこなうなどによって、この契約を継続し難いほどの重大な事情を生じさせた場合
- iv 事業所は、利用者の体調不良等の理由により、通所介護の実施が困難と判断した場合、サービスを中止する事ができます。

IV. ご相談・ご連絡

通所介護サービスについてのご相談・ご連絡がありましたら、下記までご連絡下さい。

担当：生活相談員

電話：042-796-1288/FAX：042-796-1522

9. 料金

(1) 利用料金(別紙料金表参照のとおり)

(2) 利用料の支払い方法

①銀行口座引落とし

利用月末締め of 料金合計金額の請求書を、翌月の25日頃までにお送りいたします。利用月の翌々月の8日に引落としとなります。

②銀行口座振込み

利用月末締め of 料金合計金額の請求書を、翌月の25日頃までにお送りいたしますので、末日までに所定の口座へお振り込み下さい。

③現金支払い

利用月末締め of 料金合計金額の請求書を、翌月の25日頃までにお送りいたしますので、末日までにお支払い下さい。

10. サービス利用の中止

(1) 利用者がサービスの利用を中止する場合には、速やかに事業所へご連絡願います。

(2) 利用者のご都合によりサービスを中止する場合には、以下のキャンセル料金をご負担していただく場合があります。

①	ご利用日の前営業日午後5時までにご連絡をいただいた場合	無料
②	上記以降のご連絡の場合	利用者負担額に相当する額及び食材費の額

11. 緊急時の対応方法

サービス提供に際し、事故や体調の急変等が生じた場合は、事前の打合せに基づき、家族、主治医、救急機関等に連絡します。

医療機関等	主治医等の氏名	連絡先
緊急連絡先	氏名 (続柄:)	連絡先

12. 協力病院等

名称	大和外科内科クリニック	名称	すずかけ台診療所
所在地	神奈川県大和市下鶴間 704-6	所在地	東京都町田市つくし野 3-17-9
電話番号	046-274-1767	電話番号	042-795-2121
診療科	外科 内科 内視鏡外科 内視鏡内科	診療科	内科 精神科
名称	医療法人社団 慶泉会 町田慶泉病院	名称	社会医療法人社団 正志会 南町田病院
所在地	東京都町田市南町田二丁目 1 番 47 号	所在地	東京都町田市鶴間四丁目 4-1
電話番号	042-795-1668	電話番号	042-799-6161
診療科	内科 外科 整形外科 ほか	診療科	内科 外科 整形外科 ほか
名称	医療法人社団 三医会 鶴川記念病院		
所在地	東京都町田市三輪町 1059-1		
電話番号	044-987-1311		
診療科	内科 リハビリテーション科		

13. 非常災害対策

災害時の対応	みぎわホーム消防計画に則り対応いたします。
近隣との協力関係	近隣町内会等とみぎわホームとの間に防災協定を締結しています。
防災設備	スプリンクラー・避難階段・自動火災報知機・誘導灯・屋内外消火栓・防火戸 ガス漏れ警報器・非常通報装置・非常用電源・消火器 *カーテン等は防災加工されているものを使用しています。
平常時の訓練	みぎわホーム消防計画に則り、昼夜の訓練を年 2 回以上行います。
消防計画	東京消防庁の作成基準に準じ計画を作成しています。

14. 相談窓口・苦情対応

◎サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

相談窓口	電話番号:042-796-1288/FAX 番号:042-796-1522 受付時間:午前 9 時から午後 6 時まで(*但し、土、日、祝祭日を除きます。) 苦情受付窓口:生活相談員/苦情解決責任者:管理者
------	---

◎公的機関においても、以下の機関において苦情等の申出等ができます。

町田市 介護保険課 給付係り	所在地:東京都町田市森野 2-2-22 電話番号:042-724-4364 / 受付時間:午前 9 時から午後 5 時まで *但し、土、日、祝祭日ならびに年末年始は除きます。
東京都 国民健康保健 団体連合会	所在地:東京都千代田区飯田橋 3-5-1 東京区政会館 11 階 電話番号:03-6238-0177 / 受付時間:午前 9 時から午後 5 時まで *但し、土、日、祝祭日ならびに年末年始は除きます。

15. その他

契約期間中、介護保険法をはじめとする関係諸法令改正及び施設料金改正により利用者の負担金改正が必要となった場合には、料金改正後、速やかに利用者ならびにご家族に対し改定の施行時期及び改定後の金額を説明し、本契約の継続について確認するものとします。

【 説明確認欄 】

_____年 月 日

利用契約の締結にあたり、利用者に対して重要事項ならびにサービス内容を説明しました。

事業者名

_____社会福祉法人 南町田ちいろば会 通所介護事業所みぎわホーム

説明者氏名

_____ (印)

私は、契約書及び本書面により、重要事項ならびにサービス内容の説明を受け了承いたしました。

利用者

[住所] _____

[氏名] _____ (印)

代理人(家族の代表)

[住所] _____

[氏名] _____ (印)