

重要事項説明書
(指定介護老人福祉施設 みぎわホーム)

1. 当施設が提供するサービスについての相談窓口

電話 042-850-6233 (午前10時～午後5時まで)

担当 生活相談員 柴田 誠

* ご不明な点は何でもお尋ねください

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	特別養護老人ホーム みぎわホーム
管理者氏名	施設長 煙山 恭平
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	042-850-6233
介護保険事業者番号	1373200243

4. 施設の職員体制

職	職務内容	人員数
管理者	業務の一元的な管理	1名
生活相談員	入居者・家族への相談援助、地域との連絡調整	1名
栄養士	食事の献立作成、栄養計算、栄養指導	1名
機能訓練指導員	機能訓練等の指示・助言	1名
介護支援専門員	施設サービス計画の作成・実施	1名
嘱託医師	入居者の健康管理及び療養上の指導 配置医	1名
事務職員	必要な事務を行う。	3名
介護職員	介護業務	30名以上
看護職員	健康管理・口腔衛生・保健衛生管理	3名以上

5. 施設の設備等の概要

【定員：88名】

種類		室数	備考
居室（定員88名）		88室（全室個室） 1ユニットは11室	ベッド・エアコン・洗面台設置
共同生活室		8室（各ユニット1室）	食堂・談話室・キッチン含む
浴室	一般浴室	8室（各ユニット1室）	
	機械浴室	1室	
共同トイレ		24箇所（各ユニット3箇所）	
ユニット交流室		4室（2ユニットに1室）	
地域交流室		1箇所	
屋上庭園		1箇所	
医務室		1室	
特養事務所		1室	
会議室		1室	

6. 当施設のサービス内容

項目	サービス内容
施設サービス 計画の立案	ご入居者が自宅と同じ様に安心した生活を送る為に、ご入居者の解決すべき課題を把握し、ご入居者・代理人およびその他ご家族の意向を踏まえた上で、当施設での施設サービスの目標及びその達成時期、サービス内容、サービスでの留意点を盛り込んだ施設サービス計画を立案・作成します。必要に応じて計画の変更を行います。
食事の提供および 栄養ケアマネジメント 計画の立案	お食事は、味・彩り・盛り付け・季節感等、ご満足いただけるよう工夫し、お一人お一人の生活リズムや、意向・体調に合わせて提供いたします。栄養管理職員は、ご入居者の年齢や心身の状況を踏まえ、医師・看護師・介護支援専門員・その他の職種と共同して、適切な栄養量および内容の食事を提供出来るよう、栄養ケアマネジメント計画を立案・作成します。必要に応じて計画の変更を行います。
入浴サービス	入浴は週2回以上行います。ユニット個室での入浴が困難な方でも機械浴室を利用して入浴していただく事ができます。体調不良等で入浴ができない場合は、代替え入浴もしくは清拭をさせていただきます。
介護サービス	ご希望や状況に応じて適切な施設サービス計画に沿ってサービスを提供します。着替え、食事、排泄、入浴、施設内の移動の付き添い、体位変換等を介護職員・看護職員が行います。
機能訓練 サービス	機能訓練指導員を中心に介護・看護職員により、ご入居者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復、またはその減退を防止する為の訓練を行います。
生活相談	ご入居者およびご家族からの相談について誠意を持って応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。
健康管理	嘱託医師、看護職員がご入居者の日々の健康管理を行います。年に1回健康診断を行います。インフルエンザの予防接種を行います。
理美容サービス	毎月美容院と理容店の訪問がありますので、実費にて行う事ができます。
趣味活動	個々に応じた趣味活動やユニット間の交流を支援します。
室内設備	身の回りの品については、使い慣れた家具等を持ち込んでいただくことで安心してお過ごしいただけます。

7. 利用料金

(1) サービス利用料金

① 重要事項説明書別紙参照

② 介護保険の給付対象とならないサービスは、料金の全額がご契約者の負担となります。

※介護保険外サービス（実費がかかるもの）

入居者・家族の希望による

項目	内容	費用
個人用電化製品 使用料	テレビ（個人で使用するもの） 月額	800 円
	冷蔵庫（個人で使用するもの） 月額	470 円
	パソコン（個人で使用するもの） 月額	400 円
	ラジオ・CD（個人で使用するもの） 月額	140 円
	空気清浄機（個人で使用するもの） 月額	540 円
	その他（要相談）	実費
預かり金管理費	月 額	2,000 円
教養娯楽費	1 回 あたり	実費
健康管理費	インフルエンザ・肺炎球菌予防接種	実費
理美容料	訪問理美容ご利用の場合	実費
買い物代行料	1 回につき	150 円/250 円
	（その他状況に応じた代行料を実費請求する場合あり）	1,000 円
行事費用	行事時に別途係る食事等の実費	実費
協力医療機関外の交通費	走行距離に応じて	実費
入院中の居室キープ料	入院7日目以降より1日につき	2,600 円
各種事務代行手続き （介護認定手続きを除く）	1 回につき	1,000 円
コピー代	白黒 一枚 10 円 カラー 一枚 20 円	
郵便処理代行手数料	1 通 あたり	100 円
退所時に係る遺留品 処分料	一般ごみ・粗大ごみ・電化製品	実費
エンゼルケア （死後の処置）	施設内で看取られたご入居者の死後の処置 （処置・白装束・下顎固定閉口具他）	実費

(2) 支払方法

利用月の末で締めて、翌月の月末までに請求書に明細を付してご送付いたします。利用料金は、原則として事前に登録させていただく預金口座から振替とさせていただきます。請求月の翌月8日に口座振替（振替日が休日の場合は翌営業日）となります。

（施設窓口支払いまたは振込等をご希望される方はご相談ください）

8. 入退所について

(1) 入居

- ①原則、要介護3以上の認定を受けた方
- ②入居が決定した場合、契約を締結しますが、契約の有効期間は要介護認定の期間と同じです。ただし、入居要件が満たされていれば、自動的に更新します。
- ③要介護認定において、要介護度2または1となった場合は退居となる場合もあります。
*詳細は生活相談員にお問い合わせください。

(2) 退居

以下に該当する場合、契約は解除となります。

- ①他の介護保険施設等へ入居した場合。
- ②介護認定区分が、非該当（自立）、要支援となった場合。
- ③ご入居者が亡くなられた場合または被保険者資格を喪失した場合。
- ④サービス利用料金の支払いを2カ月以上遅延し、料金を支払うように催告したにも関わらず15日以内にお支払いいただけない場合。
- ⑤ご入居者・ご家族が当施設や他のご入居者に対し、本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合。
- ⑥ご入居者が病院または診療所へ入院し、おおむね3ヶ月の入院と見込まれる場合、または3ヶ月を経過しても退院出来ないことが明らかになった場合。

9. 守秘義務に関する対策

施設及び従業者は、業務上知り得た入居者及び代理人の個人情報洩らさないことを厳守します。また、退職後においても厳守すべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

10. 身体拘束の禁止

原則として、入居者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には、事前に入居者及び代理人へ十分な説明をおこない同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の入居者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

11. 高齢者虐待の防止、尊厳の保持

入居者の人権の擁護、虐待の防止のために、研修等を通して従業員の人権意識や知識の向上に努め、入居者の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

入居者の人権及びプライバシーの保護、ハラスメントの防止等のため業務マニュアルを作成し、従業者教育を行います。

12. 見守り支援システムについて

入居者の事故予防及び異常発生時の早期発見、夜間等職員少人数時の負担軽減を主な目的として、見守り支援機器【ライフリズムナビ®+Dr. (エコナビスタ 社)】を設置しております。呼び出しコール機能に加え、各居室に設置するセンサー及び見守りカメラ等により、入居者の呼吸・脈拍や睡眠状況・体動などを検知し、職員が使用する端末等に通知するシステムです。入居者のプライバシーに配慮することはもとより、個人情報取扱規程及び各種ガイドラインを遵守して使用いたします。

13. 損害賠償について

当施設において、施設の責任により入居者に生じた損害については、施設は、速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。ただし、損害の発生について、入居者又は代理人に故意又は過失が認められた場合や、入居者の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、施設の損害賠償責任を減じさせていただきます。

施設は、自己の責めに帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。とりわけ以下の各号に該当する場合には、施設は損害賠償責任を免れます。

- ① 入居者又は代理人が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことに専ら起因して損害が発生した場合
- ② 入居者又は代理人が、サービスの実施のため必要な事項に関する聴取、確認に対して故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことに専ら起因して損害が発生した場合
- ③ 入居者の急激な体調の変化等、施設が実施したサービスを原因としない事由に専ら起因して損害が発生した場合
- ④ 入居者又は代理人が、施設及び従業員の指示・依頼に反して行った行為に専ら起因して損害が発生した場合

14. 当施設の理念および方針

(1) 定款の精神

「永遠且つ無償の愛に根差す奉仕の業」

(2) 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。」

(3) 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。

(4) 特養ユニットケア 運営方針

「第二の我が家へようこそ・・・安らぎと笑顔のある生活」

みぎわホームに関わる者たちは「喜ぶ人と喜び、泣く人と泣く」（新約聖書ローマの信徒への手紙より）という共感の心を持って、ご入居者の暮らし（生活）を守り、地域の一人

として社会に貢献できるように努めます。また、ご入居者、ご家族のこれまでの暮らしが継続されるように個々の暮らし（生活）を支え、「みぎわで暮らして良かった。」と感じていただけるようにサービスの質の向上に努力し、いつも安らぎと笑顔のある生活が出来るように支援していきます。

15. 施設利用にあたっての留意事項

面会時間	面会時間 午前10時～午後5時 面会時は受付にて、所定の用紙にご記入ください。 事情により面会を制限させていただく場合もございます。予めご連絡をくださればお知らせ致します。
外出・外泊	ご希望の方は出発の前日までに特養事務所へお知らせください。 外泊はひと月に6泊まで可能です。
喫煙	施設内での喫煙は禁止とさせていただいております。
所持品の持ち込み	身の回りの品については、使い慣れた家具等を持ちこんでいただくことで、安心してお過ごしいただけます。
金銭・貴重品の管理	金銭・貴重品の管理は、自己責任のもとでお願いしております。
居室の設備、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願います。 なお、明らかにこれに反したご利用により破損等が生じた場合は、実費弁償していただく場合があります。
迷惑行為	騒音等他の入居者の迷惑となる行為は、ご遠慮願います。また、むやみに他の入居者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	憲法に定められた宗教・政治の自由の範囲内で可能ですが、他の方への迷惑となるような執拗な活動はご遠慮ください。
動物飼育	持ち込みならびに飼育は禁止となっております。

16. 協力医療病院

名 称	南町田病院	名 称	町田慶泉病院
所 在 地	東京都町田市鶴間 4-4-1	所 在 地	東京都町田市南町田 2-1-47
連 絡 先	042-799-6161	連 絡 先	042-795-1668
診 療 科	内科・外科・整形外科 脳神経外科・泌尿器科 形成外科・皮膚科 眼科・耳鼻咽喉科他	診 療 科	内科・外科・血管外科 神経内科・腎臓内科 呼吸器内科・肛門外科 循環器内科・糖尿病内科他

17. 事故発生時、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、家族、主治医、救急機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録します。

医 療 機 関 等	主治医の氏名 : 連絡先 :
緊急連絡先 (1)	氏 名 : (続柄) 住 所 : 連絡先 :
緊急連絡先 (2)	氏 名 : (続柄) 住 所 : 連絡先 :

※みぎわホームの嘱託医を主治医とされる場合は、上記医療機関等の記入は省略できます。

18. 非常災害時対策

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	近隣町内会とみぎわホームとの間に防災活動応援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。 水害を想定した避難訓練も行ないます。
消 防 計 画	東京都消防庁の作成基準に準じ計画を作成しています。

19. 第三者評価の実施状況

第三者の評価による実施状況	1.あり	実施日	令和7年11月21日
		評価機関名称	特定非営利活動法人グローバルスカイ
		結果の開示	1.あり (東京都福祉サービス第三者評価) 2.なし
	2.なし		

20. 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	代表番号 : 042-796-1521 / 特養番号 : 042-850-6233 受付時間 : 午前10時から午後5時まで 苦情受付窓口 : (生活相談員) 柴田 誠 苦情解決責任者 : (管理者) 煙山 恭平
------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

◎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。

町田市役所 介護保険課 給付係	所在地 : 東京都町田市森野2-2-22 電話番号 : 042-724-4366 受付時間 : 午前9時から午後5時まで *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 保険団体連合会	所在地 : 東京都千代田区飯田橋3-5-1 電話番号 : 03-6238-0177 受付時間 : 午前9時から午後5時まで *土、日、祝祭日ならびに年末年始は除きます。

21. 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入居者の負担金改正が必要となった場合には、料金改正後、速やかに入居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。

確認書

利用契約の締結にあたり、入居者に対して契約書及び本書面において重要事項を説明致しました。

年 月 日

〔 事業者 〕

所在地 東京都町田市南町田四丁目 10 番 38 号

名 称 社会福祉法人 南町田ちいろば会
特別養護老人ホーム みぎわホーム

説明者 生活相談員 氏名 柴田 誠 印

私は、契約書および本書面により、事業者から介護老人福祉施設についての重要事項の説明を受けました。

年 月 日

〔 入居者 〕

住所

氏名

印

〔 代理人 〕

住所

氏名

印

重要事項説明書別紙 料金表
(指定介護老人福祉施設 みぎわホーム)

利用料金

(1) 介護保険法が定める法定料金 (地域加算:2級地、1単位:10.72円、1ヶ月/31日の場合)

		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1. サービス費	1日の単位数	670	740	815	886	955
	日数	31日	31日	31日	31日	31日
	月単位数	20,770	22,940	25,265	27,466	29,605
2. 看護体制 (I)	1日の単位数	4	4	4	4	4
	月単位数	124	124	124	124	124
3. 看護体制 (II)	1日の単位数	8	8	8	8	8
	月単位数	248	248	248	248	248
4. 精神科医療 養指導加算	1日の単位数	5	5	5	5	5
	月単位数	155	155	155	155	155
5. 日常継続支 援加算	1日の単位数	46	46	46	46	46
	月単位数	1,426	1,426	1,426	1,426	1,426
6. 夜勤職員配 置加算	1日の単位数	18	18	18	18	18
	月単位数	558	558	558	558	558
7. 個別機能訓 練加算 (I)	1日の単位数	12	12	12	12	12
	月単位数	372	372	372	372	372
合計単位数		23,653	25,823	28,148	30,349	32,488
費用合計	地域単価/¥10.72	¥253,560	¥276,822	¥301,746	¥325,341	¥348,271
給付率		90	90	90	90	90
サービス保険請求額		¥228,204	¥249,139	¥271,571	¥292,806	¥313,443
サービス利用負担額		¥25,356	¥27,683	¥30,175	¥32,535	¥34,828
給付率		80	80	80	80	80
サービス保険請求額		¥202,848	¥221,457	¥241,396	¥260,272	¥278,616
サービス利用負担額		¥50,712	¥55,365	¥60,350	¥65,069	¥69,655
給付率		70	70	70	70	70
サービス保険請求額		¥177,492	¥193,775	¥211,222	¥227,738	¥243,789
サービス利用負担額		¥76,068	¥83,047	¥90,524	¥97,603	¥104,482

※介護職員等処遇改善加算 (I)

一月につき介護報酬総単位数 (合計総単位数×加算率 14.0%) を合算

(2) その他加算について

項目	単位数		備考
外泊時加算	1日につき	246 単位	1ヶ月に6日を限度(入院、自宅)
初期加算	1日につき	30 単位	・新規入居から30日間 ・30日を超える入院後に再び入居した場合
安全対策体制加算	1回につき	20 単位	入居時のみ1回限り
看取り介護加算(Ⅰ)	1日につき	72~1280 単位	死亡日 1280 単位、2日~3日 680 単位 4日~30日以下 144 単位 31日以上45日以下 72 単位
個別機能訓練加算(Ⅱ)	1月につき	20 単位	LIFEへのデータ提出とフィードバックの活用
口腔衛生管理加算(Ⅰ)	1月につき	90 単位	歯科衛生士が入所者に対して口腔ケアを月2回以上行い、介護職員に助言・指導した場合
口腔衛生管理加算(Ⅱ)	1月につき	110 単位	LIFEへのデータ提出とフィードバックの活用
科学的介護 推進体制加算(Ⅰ)	1月につき	50 単位	入居者のADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況、その他入居の心身等の状態に係わる基本的な情報を厚労省に提出していること
科学的介護 推進体制加算(Ⅱ)	1月につき	60 単位	科学的介護推進体制加算(Ⅰ)の要件に加え、入居者ごとの疾病状況等の情報を、LIFEを用いて厚労省に提出していること
配置医師緊急時対応加算	1回につき	325~1300 単位	配置医師の通常の勤務時間外 325 単位 診療が行われた時間が早朝または夜間 650 単位 診療が行われた時間が深夜 1300 単位
協力医療機関連携加算	1月につき	5~50 単 位	3つの算定要件を満たす場合 50 単位/月(令和7年度~) 要件を満たさない場合 5 単位/月
退所時情報提供加算	1回につき	250 単位	医療機関へ退所する入所者等について、退所後の医療機関に対して、入所者等の同意を得て、当該入所者等の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合
高齢者施設等 感染対策向上加算(Ⅰ)	1月につき	10 単位	・感染者の診療等を行う医療機関との連携体制を構築・感染症発生時における診療などの対応を取り決め、協力医療機関等と連携し、適切な対応を行っている・医療機関が主催する感染対策に関わる研修に参加し、助言や指導を受けること
高齢者施設等 感染対策向上加算(Ⅱ)	1月につき	5 単位	医療機関から、3年に1回以上施設内で感染者が発生した場合の感染制御等に係る実地指導を受けている。

(3) 所定料金（介護保険法以外の自己負担のものと事業所と入居者との契約に基づくもの）

項目	金額		備考
食費	1日あたり	1,900円	所得に応じて下記減免措置があります
居住費	1日あたり	2,600円	所得に応じて下記減免措置があります

[減免措置対応一覧]

段階	対象者	食費（円）		居住費（円）	
保険料 第1段階	<ul style="list-style-type: none"> 世帯全員（世帯分離の配偶者含）が住民税非課税であって老齢福祉年金受給者 生活保護の受給者 	1日あたり	300	1日あたり	880
保険料 第2段階	<ul style="list-style-type: none"> 本人の前年年金収入等（その他合計所得含）が80万円以下 本人の資産が650万円以下（夫婦合計1,650万円以下） 世帯全員（世帯分離の配偶者含）が住民税非課税 	1日あたり	390	1日あたり	880
保険料 第3段階①	<ul style="list-style-type: none"> 本人の前年年金収入等（その他合計所得含）が120万円以下 本人の資産が550万円以下（夫婦合計1,550万円以下） 世帯全員（世帯分離の配偶者含）が住民税非課税 	1日あたり	650	1日あたり	1,370
保険料 第3段階②	<ul style="list-style-type: none"> 本人の前年年金収入等（その他合計所得含）が120万円超 本人の資産が500万円以下（夫婦合計1,500万円以下） 世帯全員（世帯分離の配偶者含）が住民税非課税 	1日あたり	1,360	1日あたり	1,370
保険料 第4段階	<ul style="list-style-type: none"> 非該当 	1日あたり	1,900	1日あたり	2,600

*入居期間中に入院または外泊した場合の取り扱いについては、介護保険給付の扱いに応じた料金となりますのでご承知ください。

*入院期間中の居室について、事業者は契約者の同意のある場合には、その入院期間中、当該居室を短期入居生活介護等に活用することができます。この場合には契約者は居住費（滞在費）を支払う必要はありません。

確認書

利用契約の締結にあたり、入居者に対して本書面において重要事項別紙（料金表）を説明致しました。

年 月 日

[事業者]

所在地 東京都町田市南町田四丁目 10 番 38 号

名 称 社会福祉法人 南町田ちいろば会
特別養護老人ホーム みぎわホーム

説明者 生活相談員 氏名 柴田 誠 印

私は、本書面により、事業者から重要事項別紙（料金表）の説明を受けました。

年 月 日

[入居者]

住所

氏名

印

[代理人]

住所

氏名

印