

地域密着型通所介護 重要事項説明書

<令和6年11月1日現在>

1 提供するサービスについての相談窓口

電話 03-6908-0977 (午前10時00分～午後4時00分まで)

担当 生活相談員 井上千砂

* ご不明な点は、なんでもおたずねください。

2 運動機能向上型デイサービス もみの樹園の概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

名称	運動機能向上型デイサービス もみの樹園
所在地	東京都新宿区上落合1-17-8
介護保険指定番号	地域密着型通所介護 (1390400511)
サービスを提供する対象地域	新宿区

(2) 同事業者の職員体制

管理者	1名
生活相談員	1名以上
看護職員 (機能訓練指導員)	1名以上
介護職員	2名以上

(3) 同事業者の設備の概要

定員	18名以下
食堂	1室
機能訓練室	1室

静養室	1室
相談室	1室
送迎車	4台
医務室	1室
オゾン脱臭システム	全館

(4) 営業時間

火～土曜日	午前8時30分～午後5時30分
午前の部・提供時間	9:15 ～ 12:20
午後の部・提供時間	13:45 ～ 16:50
日曜日・月曜日	定休日(12月30日～1月3日は休業)

3 サービス内容

- *送迎・・・・・・・・・・利用者の負担軽減の為、専用車で送迎します。
- *機能訓練・・・・・・・・日常生活動作訓練を行います。
- *生活相談・・・・・・・・生活相談員による相談等が受けられます。
- *介護サービス・・・・自立に向けた援助を行います。
- *健康状態の確認・・看護職員による健康チェックが受けられます。
- *その他・・・・・・・・利用者との協議して決まったことは行います。

4 料金

(1) 利用料金 【別紙料金表】

(2) キャンセル料

利用者のご都合でサービス利用を中止する場合、次のキャンセル料がかかります。ご利用日の前日の午後5時までにご連絡がなかった場合、100円の飲み物代を請求いたします。

(3) 利用料金支払方法

毎月、10日までに前月分の請求をいたしますので、ご利用月の翌月の28日までにお支払いください。お支払方法は、「指定金融機関の口座へ自動振替」の方法といたします。ただし、振替手続きが困難な利用者は、この限りではありません。

5 サービスの利用方法・終了、契約の解除

(1) サービスの利用開始

お電話でお申し込み下さい。当事業者の職員がお伺いいたします。地域密着型通所介護計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(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週間前までにお申し出ください。
- ②当事業者の都合でサービスを終了する場合、人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。
- ③以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。
 - (ア) 利用者が、介護保険施設に入所した場合
 - (イ) 介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が非該当(自立)または要支援と認定された場合
 - (ウ) 利用者がお亡くなりになった場合や被保険者資格を喪失した場合

(3) 契約の解除

①利用者からの申し出により契約を解除する場合

以下の事項に該当する場合、利用者・身元引受人は、文書で解約を通知することによ

って即座にサービスを終了することができます。

(ア) 当センターが正当な理由なくサービスを提供しない場合

(イ) 守秘義務に反した場合や利用者ご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合

(ウ) やむを得ない事情により施設を閉鎖、縮小する場合

②当センターより契約を解除する場合

以下の事項に該当する場合、利用者・身元引受人は、文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

(ア) 利用者又は身元引受人・保証人が、契約締結時およびサービスの実施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い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。

(イ) 利用者がサービス利用料金の支払いを3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日以内に支払いいただけない場合。

(ウ) 利用者又は身元引受人（その家族）が、故意又は重大な過失により、当施設またはサービス従業者もしくは他の入居者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、また著しい不信行為を行う等によって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。

(エ) 利用者が正当な理由なくサービス利用の中止をしばしば繰り返した場合、又は利用者の入院もしくは病気等により、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。

(オ) 利用者又は身元引受人（その家族）から職員に対するセクシャルハラスメント又はパワーハラスメント、身体的・精神的暴力等によって、信頼関係が著しく害され、事業継続に重大な支障を生じさせた場合。

(カ) やむを得ない事情により当施設を閉鎖又は縮小する場合。

6 当デイサービスの特徴等

(1) 運営の方針

当事業者は、「通所介護計画」に基づき、要介護者等の心身の特性を踏まえ「楽しく、無理なく、継続できる」をコンセプトに「座る、立つ、歩く」が無理なくできるように、運動機能を維持・改善することで転倒によるリスクを予防し、お一人おひとりが地域において活力ある生活を送れるように支援します。

マシントレーニング・レッドコードリハビリ・ウォーターベッドマッサージのプログラムを少人数グループ制（5名程度）で行います。

(2) サービス利用に当たっての留意事項

①送迎

トイレを済ませて、指定の時間には乗車できるようにしていただきます。

②体調確認

家庭の様子観察等、特別な変化の有無を連絡帳の様子欄に記入してください。

③体調不良によるサービス利用の中止・変更

ご利用を中止または変更する場合、当日の午前8時15分までにご連絡ください。

④時間変更

やむを得ず時間の変更をする場合は、前日の午後5時までにご連絡ください。当事業者の職員が調整を図ります。

⑤設備、器具の利用

設備、器具を利用する場合は、安全のため職員の指示に従ってください。

7 非常災害対策

当事業者は、非常災害その他急迫の事態に備えて必要な消火設備、非常放送設備等を常に点検し、「もみの樹園消防計画」に基づき、職員及び利用者が参加する初期消火、避難誘導、通報、その他必要な訓練を定期的に行っています。

8 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、身元引受人又は緊急連絡先、居宅介護支援事業者等へ連絡します。

第1連絡先	氏名	(続柄)		
	住所			
	電話番号	(自宅)	-	-
		(携帯)	-	-
第2連絡先	氏名	(続柄)		
	住所			
	電話番号	(自宅)	-	-
		(携帯)	-	-
主治医連絡先	病院名			
	医師名			
	住所			
	電話番号	-	-	

9 サービス内容に関する苦情

(1) 当事業者の利用者相談・苦情担当

担当窓口 生活相談員 電話 03-6908-0977

(2) 当事業者以外に、区等の相談・苦情窓口等に苦情を伝える事ができます。

新宿区介護保険課給付係 電話 03-5273-3497

東京都国民健康保険連合会 電話 03-6238-0117

10 当法人の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 園盛会	
代表者役職氏名	理事長 吉村 秀雄	
本部所在地	東京都羽村市五ノ神362番地	
電話番号	042-555-8151	
事業内容	介護老人福祉施設	3ヶ所
	地域密着型介護老人福祉施設	1ヶ所
	短期入所生活介護（介護予防含む）	3ヶ所
	地域密着型通所介護（介護予防含む）	1ヶ所
	認知症対通所介護（介護予防含む）	1ヶ所
	事業所内保育所	1ヶ所

地域密着型通所介護について、本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業者 社会福祉法人 園盛会
所在地 東京都新宿区上落合 1-17-8
名称 運動機能向上型デイサービス もみの樹園
電話番号 03-6908-0977

説明者 所属 _____
氏名 _____ 印

私は、本書面により、事業者から地域密着型通所介護についての重要事項の説明を受けました。

利用者

住所 _____
氏名 _____ 印
電話番号 _____ - _____

身元引受人・保証人

住所 _____
氏名 _____ 印
電話番号 _____ - _____
携帯番号 _____ - _____