

小規模多機能型居宅介護重要事項説明書

1. 事業の概要

(1) 事業者の概要

名 称	特定非営利活動法人 匠 の 家
所 在 地	広島県三次市畠敷町1677番地14
代表者名	理事長 梶 川 正 三
電 話 番 号	0824-62-3326

(2) 事業所の概要

施 設 名	小規模多機能型居宅介護 ケアホーム 匠
所 在 地	広島県安芸高田市吉田町常友486番地
管理者名	管 理 者 熊 谷 泰 宏
電 話 番 号	0826-47-1013
FAX 番 号	0826-42-5565
事業所番号	3493600047

(3) 当施設の職員体制

職 名	資 格	常 勤	非常勤	兼務の職種	業 務 内 容
管 理 者	管理者研修	1名	名	他事業管理者	管理業務
計画作成担当者	介護支援専門員	1名	名	介 護 職	小規模多機能型居宅介護計画作成
介護職員	介護福祉士等	16名	7名		日常生活上の介護等
看護職員	看護・准看護師	1名	0名	通所訓練	看護業務
合 計		20名	2名		
職員の勤務体制	①日：日勤	(8:30~17:00)		7.5時間勤務	
	②夜：夜勤	(20:00~ 0:00)		7.5時間勤務 (2時間休憩)	
	③明：夜勤明け	(0:00~ 5:30)		7.5時間勤務	
	④宿：宿直	(17:00~ 8:30)		その他特殊勤務あり	

(4) 当事業所の設備の概要

敷 地		1,776.88㎡
建 物	構 造	軽量鉄骨造
	延床面積	904.38㎡
宿 泊 室	室 数	8室
	1室当たりの面積	10.0㎡
利用定員	登録定員	29名
	通いの利用定員	18名/日
	宿泊利用定員	8名/日

2. 当施設の特徴等

(1) 運営の方針

基本理念	子どもと高齢者及び地域住民が助け合う精神のもと、地域にこたえ込んだサービスの実施と誰でも集えて安心して暮らせる地域社会づくりを理念とする。
運営方針	家庭的な環境のなかで日常生活の支援を通じ、地域のなかで安心と尊厳のある生活を営めるよう支援し、利用者が長期にわたり安心かつ快適に暮らせる場として、機能するよう協力します。

(2) サービスの利用に当たっての留意事項

面 会	8時30分から20時の間をお願いします。
飲酒・喫煙	所定の位置でお願いするようになります。
金銭、貴重品の管理	金銭等は月払いとなっていますので、利用時には必要ありません。貴重品については依頼されると、お預かりすることはできません。
設備、器具の利用	設備・器具の利用については、スタッフの説明によりご使用ください。わからないときはお聞きください。

3. サービスの内容

サービスの種類	内 容
食 事	お年寄り向きの食事をお出しします。
入 浴	ほとんどの身体状況の方が利用できる設備となっています。
生活相談	常勤の介護支援専門員が相談に応じます。
介 護	日常生活でのあらゆる介護サービスを実施します。
健康管理	看護職員による健康管理を行います。
レクリエーション	楽しんで頂けるよう各種のレクを用意致します。

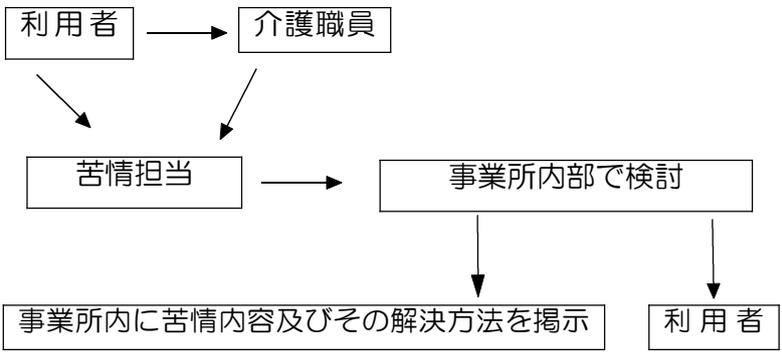
4. 利用料金 (利用者負担割合により2割の方は下記金額が2倍、3割の方は下記金額が3倍です。)

介護利用料	要支援1	3,450円	一月単位の負担となります。 登録した日から30日間は初期加算がつきます。 30円/日 サービス提供体制強化算 350円/月 総合マネジメント 1200円/月 訪問体制強化、総合マネジメント処 介護職遇改善加算 13.1%
	要支援2	6,972円	
	要介護1	10,458円	
	要介護2	15,370円	
	要介護3	22,359円	
	要介護4	24,667円	
	要介護5	27,209円	
食 費	1,650円 (朝食400円、昼食600円、夕食650円)		
宿泊費・光熱費	宿泊費 1,500円 (日 額) 光熱費 250円 (泊まり) 100円 (通い)		
日常生活費	利用者が負担することが適当と認められる費用は実費となります。		
教養娯楽費	参加されたレクリエーションにより費用が必要なこともあります。		
利用料金の支払方法	一月の利用を集計して翌月の5日頃に請求いたしますので、10日頃に振り込み頂くかご持参ください。 自動振替もできるようになりました。(ご相談ください。)		

5. サービスの利用方法

サービスの利用開始 (利用の申込方法等)	事業所と契約頂き、登録された方だけが利用できる制度になっています。 安芸高田市にも届出が必要となりますが、事業所で代行させて頂きます。
サービスの終了 (利用終了時の手続き等)	終了については事業所との手続きは、特に必要ありませんが、在宅サービスを利用されたい方は、居宅介護支援事業所と契約が必要となります。

6. サービス内容に関する苦情

相談・ 苦情窓口	担当者	管理者 熊谷 泰宏
	電話番号	0826-47-1013
	受付日	365日
	受付時間	8時30分から17時
苦情処理体制	<p>1. 当施設のお客さま相談・苦情窓口 担当者名 管理者 熊谷 泰宏 電話番号 0826-47-1013 受付日 365日 受付時間 8時30分から17時</p> <p>2. 苦情処理フロー</p>  <pre> graph TD User[利用者] --> Staff[介護職員] Staff --> Officer[苦情担当] Staff --> Review[事業所内部で検討] Officer --> Review Review --> Posting[事業所内に苦情内容及びその解決方法を掲示] Review --> User2[利用者] </pre> <p>3. その他 当事業所以外に、安芸高田市及び広島県国民健康保険団体連合会の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。 ア. 広島県国民健康保険団体連合会 082-544-1155 イ. 安芸高田市福祉保健部保険医療課 0826-42-5618</p>	

7. 緊急時の対応方法

協力医療機関の名称	厚生連 吉田総合病院
所在地	広島県安芸高田市吉田町吉田3666番地
電話番号	0826-42-0636
院長名	病院長 杉山 英二
診療科	内科 小児科 外科 整形外科 脳神経外科 皮膚科 泌尿器科 婦人科 眼科 耳鼻咽喉科 麻酔科 放射線科 リハビリテーション科
緊急時の対応方法	緊急時の対応については全利用を対象とし、夜間診療を含めた逐次適切な診療・治療にあたること。

8. 事故発生時の対応

サービスの実施中に事故が発生した場合は、利用者に対し応急措置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかに利用者がお住まいの市町村、ご家族、関係者等に連絡を行います。

また、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発防止を防ぐ為の対策を講じます。

なお、当事業所の介護サービスにより、お客様に対して賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。(損害賠償保険契約に加入しております。)

9. 非常災害対策

防災時の対応	ケアホーム匠消防計画の通りに対応する
防災設備	避難誘導灯・消火器・非常火災報知器・緊急通報装置
防災訓練	夜間訓練を含め年2回以上実施
防災責任者	防火管理者 熊谷泰宏

10. 秘密の保持について

1. 当事業所の従事者は、正当な理由がなくその業務上知りえた利用者及びご家族の秘密を漏らしません。

2. 当該事業所の従業者であった者は、正当な理由がなくその業務上知りえた利用者及びご家族の秘密を漏らしません。

①職員は知り得た利用者及び家族に関する情報をいかなる場合にもおいても漏洩してはならない。これは退職後においても適用する。職員は就職時に守秘義務に関する誓約書を聴取する。(秘密保持等)

ただし虐待等を発見した場合の市町村の窓口へ通報等を行うことは、守秘義務に妨げられない。

3. 事業者では、利用者の医療上緊急の必要がある場合又はご家族の個人情報を用います。

11. 業務継続計画

感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するため、業務継続計画を策定しており年2回の訓練や研修を行い計画の見直しを行う。

12. 高齢者虐待防止

1. 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について職員に周知徹底を図る。

2. 虐待の防止のための指針を整備する。

3. 職員に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施することとする。。

13. 身体拘束の廃止

1. 事業所はサービスの提供にあたっては、利用者の身体拘束は行わない。万一、利用者又は他の利用者、職員等の生命又は身体を保護するために緊急やむを得ない場合に

は「身体拘束に関する説明書」に利用者・家族の同意を受けた時のみ、その条件と期間内にて身体拘束等を行うことができるものとする。

2. 事業所は、やむを得ず前項の身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由など必要な事項を記録することとする。
3. 事業所は身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を定期的を開催するとともに、その結果について、職員等に周知徹底を図ることとする。
4. 身体的拘束等の適正化のための指針を整備する。
5. 職員に対して、身体拘束等の適正化のための研修会を定期的を実施することとする。

令和 年 月 日

小規模多機能型居宅介護の実施開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

事業所所在地 広島県安芸高田市吉田町常友486番地
名称 小規模多機能型居宅介護 ケアホーム匠

説明者氏名 印

私は、本書面により、事業者から小規模多機能型居宅介護について重要事項の説明を受け、サービスの実施開始に同意します。

利用者 住所
氏名 印

(代理人) 住所
氏名 印