

重要事項説明書

(介護予防) 小規模多機能型居宅介護サービス

1. 事業者の概要

事業者の名称	社会福祉法人 阿武福祉会
主たる事務所の所在地	山口県阿武郡阿武町大字木与 10039 番地 5
法人種別	社会福祉法人
代表者名	理事長 中野 貴夫
電話番号	0 8 3 8 8 - 2 - 0 0 8 8

2. ご利用事業所

事業所の名称	阿武町高齢者福祉複合施設 いらお苑
所在地	山口県阿武郡阿武町大字福田下 1358 番地 1
電話番号	0 8 3 8 8 - 5 - 5 1 0 0
営業日 営業時間 (通いサービス) (宿泊サービス) (訪問サービス)	年中無休 9 時～17 時 17 時～翌朝 9 時 9 時～17 時
通常の実業の実施地域	阿武町
登録定員	18 人
利用定員 (通いサービス) (宿泊サービス)	9 人 ※原則として利用申し込みに応じますが、 3 人 ご登録をいただいている場合であっても 利用定員を超過する場合には、サービスの 提供ができない場合があります。

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	事業者は介護保険法令及びこの契約に従い、利用者が自宅で可能な限り日常生活を送り続けられるよう、生活の支援を目的として、『通い』『訪問』『宿泊』の各サービスを、柔軟に組み合わせて提供します。
運営の方針	利用者の人格を尊重し、利用者それぞれの役割をもって、家庭的な環境の下で日常生活を送ることができるように、必要なサービスを提供するとともに、利用者家族の身体的・精神的負担の軽減を図るよう努めます。

4. 施設の概要

建 物	構造	木造平屋建て（準耐火建築）
	延べ床面積	200.87 m ²
	個室	5ヶ所 一部屋 13.20 m ²
	食堂兼居間	1ヶ所
	便所	1ヶ所
	浴室	1ヶ所
	洗濯室	1ヶ所
	宿直室	1ヶ所

5. 従業者の職種、員数及び勤務の体制

従業者の職種	資 格	員 数	勤務の体制
管理者		1名	常勤（兼務）
介護支援専門員	介護支援専門員	1名	常勤（兼務）
介護従事者	介護福祉士 ヘルパー2級	7名	常勤（専従）0名 常勤（兼務）7名 非常勤 0名
	看護師または 准看護師	1名	常勤 0名 非常勤 1名

6. 職員の勤務時間

従事者の職種	勤 務 時 間
管 理 者	正規の時間帯（8：30～17：30）
介護支援専門員 介護従事者	早 番（ 7：00～16：00） 日 勤（ 8：30～17：30） 遅 番（10：00～19：00）

7. サービスの内容及び利用料等

＜サービスの内容＞

ア 通いサービス

事業所のサービス拠点において、食事や入浴、排泄等の日常生活上の世話や機能訓練を提供します。

①食事

- ・栄養等に配慮した食事の提供及び食事の介助をします
- ・調理場で利用者が調理することができます
- ・食事サービスの利用は任意です

②入浴

- ・入浴または清拭を行ないます
- ・衣類の着脱、身体の清拭、洗髪、洗身の介助を行ないます
- ・入浴サービスの利用は任意です

③排泄

- ・利用者の状況に応じて、適切な排泄の介助を行なうとともに、排泄の自立についても、適切な援助を行ないます。

④機能訓練

- ・利用者の状態に適した機能訓練を行ない、身体機能の低下を防止するよう努めます。

⑤健康チェック

- ・血圧測定等全身状態の把握を行ないます。

⑥送迎サービス

- ・利用者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行ないます

イ 訪問サービス

- ・利用者の自宅にお伺いし、食事や入浴、排泄等の日常生活上の世話や機能訓練、利用者の生活上必要な場所の掃除、服薬確認、買物支援等のサービスを提供します。
- ・訪問サービス実施のために必要な備品等（水道・ガス・電気を含む）は無償で提供させていただきます。
- ・訪問サービスの提供にあたって、次に該当する行為はいたしません。
 - (1) 医療行為
 - (2) 利用者もしくはその家族からの金銭または高価な物品の授受
 - (3) 飲酒及び喫煙

ウ 宿泊サービス

- ・事業所に宿泊していただき、食事、入浴、排泄等の日常生活上の支援を行ないます。

<利用料金>

ご利用料金については別紙「小規模多機能型居宅介護いらお苑 利用料金表」をご参照下さい。

8. 交通費実費

利用者の居宅が当該事業所の通常の事業実施地域以外にある場合は、送迎に要する費用及び訪問サービスに要した交通費について、事業実施地域を超える拠点からの距離に応じた実費をいただきます。

9. 身体拘束の禁止

原則として、利用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せざるを得ない場合には、利用者及びご家族にご説明をして同意を得るとともに、対応の内容及び時間、その際の利用者の心身状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

10. 苦情申立窓口

相談窓口	ご利用時間 9時～17時 ご利用方法 電話 08388-5-5100 担当者 清水千枝子
阿武町役場 健康福祉課	阿武町大字奈古2636 電話 08388-2-3113
山口県国民健康保険 団体連合会	山口市浅田1980-7 電話 083-925-1010

11. 緊急時の対応方法

緊急時には、利用者の主治医または事業者の協力医療機関への連絡を行ない、医師の指示に従います。緊急連絡先に連絡いたします。

<事業者の協力医療機関>

協力医療機関	医療機関の名称	医療法人医誠会 都志見病院
	代表者名	院長 山本 達人
	所在地	萩市江向413番地1
	電話番号	0838-22-2811
協力医療機関	医療機関の名称	
	代表者名	
	所在地	
	電話番号	

12. 非常災害対策

関係機関への通報・連絡体制の整備について	非常災害に備えて、地域消防団、自治会、阿武町等との連携を図ります。
避難・救出等必要な訓練の実施について	具体的な防災計画・避難計画を立て、職員及び利用者が参加する訓練を定期的実施します。

令和 年 月 日

(乙) 当事業者は、甲に対する小規模多機能型居宅介護サービスの提供開始にあたり、甲に対して本書面に基づいて重要事項を説明しました。

(乙) 小規模多機能型居宅介護サービス事業所

住 所 阿武郡阿武町大字福田下 1358 番地 1

名 称 阿武町小規模多機能型居宅介護いらお苑

説明者 職名

氏名 印

(甲) 私は、本書面に基づいて乙から重要事項の説明を受け、小規模多機能型居宅介護サービスの提供開始に同意します。

(甲) 利用者

住 所

氏 名 印

署名代行者

住 所

氏 名 印

令和 年 月 日

個人情報使用同意書

事業所名 小規模多機能型居宅介護いらお苑
管理者 清水千枝子

利用者
氏名 印

署名代行者

氏名 印 続柄 ()

事業所職員が小規模多機能型居宅介護において入手した、利用者および家族の個人情報については、次に記載するところにより、必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 目的

利用者のための居宅サービス計画に沿って、円滑にサービスを提供するために実施するサービス担当者会議や、介護支援専門員と主治医、サービス事業者との連携調整等において必要な場合にのみ使用することを許可します。

2 範囲

主治医、介護支援専門員および利用者のための居宅サービス計画に位置付けられたサービス事業者の担当者とします。

3 期間

当事業所との契約期間に限ります。

4 条件

(1) 個人情報の提供は必要最小限とし、提供に当たっては介護支援専門員と主治医、居宅サービス計画にかかわるサービス事業者の担当者以外の者に漏れることのないよう、細心の注意を払います。

(2) 個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておきます。