

指定小規模多機能型居宅介護
指定介護予防小規模多機能型居宅介護

医療法人社団きだ整形外科クリニック
ケアサービス ふたくち屋

重要事項説明書

当事業所は介護保険事業者
及び介護予防事業者の指定を受けています。
(介護保険事業所番号 1792300061)

◆◆ 目次 ◆◆

- 1 事業所の概要
- 2 職員の配置状況
- 3 建物、設備の概要
- 4 提供サービスの概要
- 5 利用料金
- 6 協力医療機関
- 7 非常災害時の対策
- 8 衛生管理
- 9 地域との連携
- 10 緊急時及び事故発生時の対応方法
- 11 身体的拘束その他の行動制限の禁止
- 12 虐待の防止
- 13 サービス内容に関する苦情の受付について
- 14 ハラスメントについて
- 15 秘密保持
- 16 利用にあたっての留意事項

1 事業所の概要

名 称	ケアサービス ふたくち屋
所在地	石川県能美市西二口町丙27番地
代表者	江端 雄飛
電話番号	0761-55-6600
事業者指定年月日	令和 5年 10月 25日
開設年月日	平成 23年 12月 12日
サービスを提供する 通常の実施地域	能美市全域
営業日	年中無休
営業時間	24時間

2 職員の配置状況 ※職員の配置については指定基準を遵守しています。

職種	員数	職務内容
管理者	1名（兼務）	業務実施状況等の管理を行う
計画作成担当者	1名（兼務）以上	ケアプラン作成を行う
介護職員	5名以上 （常勤2名以上）	利用者の日常生活上の支援を行う
看護職員	1名	利用者の健康管理を行う

主な職員の勤務体制 ※職員の勤務については指定基準を遵守しています。

勤務体制		配置人員
日中	日勤 標準的な時間帯 8時00分～17時00分	3～8名
	遅番 10時00分～19時00分	1名
夜間	夜勤 16時30分～翌日9時30分	1名

3 建物、設備の概要

(1) 敷地及び建物

敷地	1082.37㎡（グループホーム金さん銀さんと共有）	
建物	構造	木造2階建て

延べ床面積	190.90㎡（1階102.46㎡、2階89.44㎡）
利用定員	登録18名 1日の利用定員：通い9名 宿泊3名

(2) 主な設備

1 階			
部屋の種類	数	面積	備考
食堂兼デイルーム	1	36.43㎡	
浴室, 脱衣室	1	11.17㎡	
便所 (洋式)	2	2.48㎡~3.31㎡	
宿泊室	1	12.46㎡	
2 階			
部屋の種類	数	面積	備考
サブリビング	1	20.38㎡	
便所 (洋式)	2	3.10~4.27㎡	
宿泊室	3	9.93~10.75㎡	

4 提供サービスの概要

サービスの種類	内容
食事	<p>利用者の身体状況に配慮し、栄養を考慮したバラエティに富んだ食事を提供します。</p> <p>食事は、利用者の自立支援に配慮して、できるだけ離床して食堂及びお部屋で摂っていただけるように努めます。</p> <p>【食事時間】 朝食：7時~8時 昼食：12時~13時 夕食：18時~19時</p>
入浴	適切な方法により利用者に入浴していただきます。
排泄	利用者に対し、その心身の状況に応じて、適切な方法により、排泄の自立について、必要な援助を行います。
清潔等	<p>個人としての尊厳に配慮し、適切な整容や着替えが行われるよう配慮します。</p> <p>リネン類は、定期的に交換します。</p>
機能訓練	サービス計画に基づき、小規模多機能型居宅介護計画及び介護予防小規模多機能型居宅介護計画に位置付けられた機能訓練を定期的実施します。

宿泊	利用者の状態や希望に応じ、随時提供します。
訪問	定期的な身体介護及び利用者宅を訪問あるいは電話にて見守り・安否確認を行います。
相談援助	利用者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、利用者またはその家族に対し、その相談に適切に応じるとともに、必要な助言その他の援助を行います。
送迎	事業所からご自宅までの送迎を専用の車両で行います。 【時間】 9時 ～ 16時 ※やむを得ずその他の時間を希望される場合には御相談に応じます。

5 利用料金

(1) ※別紙料金表をご覧ください。

(2) 利用料金のお支払方法

毎月1ヶ月ごとに計算し翌月15日前後に請求書を交付します。

お支払方法は原則として金融機関口座からの自動振替（毎月2日。ただし、土、日、祝祭日等、金融機関休業日の場合はその翌営業日）とさせていただきます。

上記以外のお支払方法についてはご相談に応じます。

6 協力医療機関等

医療機関の名称	能美市立病院
所在地	能美市大浜町ノ85番地
電話番号	0761-55-0560

7 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める防災マニュアル及び消防計画にのっとり対応します。夜間防災上、必要な人員を配置しています。また、定期的に避難訓練を実施し災害時に備えます。			
防災設備	避難口（非常口）	非常警報設備	防火カーテン	誘導灯
	スプリンクラー	消火器	火災通報装置	
防火管理者	福岡紀子			

8 衛生管理

サービスの提供にあたり、利用者の使用する施設、食器その他の設備または飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、または衛生上必要な措置を講じます。

当法人の『感染症予防マニュアル』に従い、感染症を予防するとともに、感染症が発生、または蔓延しないよう必要な措置を講じます。

9 地域との連携

- (1) 概ね2ヶ月に1回以上、運営推進会議に対し通いサービス及び宿泊サービスの提供回数等の活動状況を報告し、運営推進会議による評価を受けるとともに、運営推進会議から必要な要望、助言を聞く機会を設置します。
- (2) 前項の報告、評価、要望、助言等についての記録を作成するとともに、当該記録の公表を行います。
- (3) 運営にあたっては、地域住民またはその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流を図ります。

10 緊急時及び事故発生時の対応方法

(1) 緊急時の対応方法

サービス利用中に利用者の心身の状況の異変その他緊急事態が生じた場合は、速やかに主治医、家族等へ連絡するとともに、必要な処置を講じます。

(2) 事故発生時の対応方法

サービスを提供する上で事故が発生した場合には、速やかに主治医、家族、市町村に連絡するとともに、必要な措置を講じます。また、施設の過失により利用者に損害を与えた場合には、速やかに損害賠償を行います。

11 身体的拘束その他の行動制限の禁止

利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他の行動を制限しません。また、身体的拘束等の適正化を図るため、定期的な委員会の開催・指針の整備・定期的な職員研修を行うなどの措置を講じます。

12 虐待の防止

利用者等の人権の擁護・虐待の発生またはその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する責任者を設置しています。
- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- (3) 虐待防止のための指針の整備をしています。
- (4) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。

また、事業所内外での高齢者虐待の早期発見に努め、高齢者虐待を受けたと思われる利用者等を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

虐待防止に関する責任者：管理者 松山 智恵子

13 サービス内容に関する苦情の受付について

提供した介護サービスに利用者からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付ける相談窓口を設置しています。

- (1) 当事業所の苦情受付について（電話０７６１－５５－６６００）
 - ・ 苦情受付担当者：松山 智恵子（管理者）
 - ・ 苦情解決責任者：江端 雄飛（理事長）
- (2) 当事業所以外の苦情申立て窓口
 - ・ 石川県福祉サービス運営適正化委員（電話０７６－２３４－２５５６）
 - ・ 石川県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情１１０番
（電話０７６－２３１－１１１０）
 - ・ 能美市健康福祉部 いきいき共生課介護保険室
（電話０７６１－５８－２２３９）

14 ハラスメントについて

利用者またはその家族等から事業者や職員等に対して、故意に暴力や暴言、性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動等の法令違反、その他著しく常識を逸脱する行為等があった場合は、サービスの利用を中止及び契約を解除させて頂く場合があります。

15 秘密保持（個人情報の取り扱い）

- (1) 事業者は、正当な理由がない限り、その業務上知り得た利用者、利用者の後見人、利用者の家族又は身元引受人の秘密を漏らしません。
- (2) 事業者は、居宅介護支援事業者等必要な機関に対し、利用者、利用者の後見人、利用者の家族又は身元引受人の情報を提供する場合は、利用者、利用者の後見人、利用者の家族又は身元引受人に使用目的等を説明し、文書により同意を得ます。

16 利用にあたっての留意事項

所持品の管理	利用の際には衣類，所持品に名前の記入をお願いします。
医療処置のある方	必要な薬，処置物品はご持参ください。
現金・貴重品等	現金，貴重品の持ち込みはご遠慮願います。
設備・器具の利用	施設内の設備，器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用によって破損等が発生した場合，賠償していただくことがあります。
迷惑行為等	他の利用者に迷惑になる行為はご遠慮願います。
宗教活動 政治活動	施設内で他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
動物飼育	施設内へのペットも持ち込みはお断りします。
紙おむつ等 使用の方	紙おむつ等使用の方は利用時に必要となる枚数をご用意ください。

令和 年 月 日

指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護の提供の開始に際し、契約書及び本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者	住所	石川県能美市西二口町丙27番地
	事業者名	医療法人社団きだ整形外科クリニック ケアサービスふたくち屋
	説明者職名	_____
	説明者	_____ (印)

私は、契約書及び本書面により、指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護の提供に関する重要事項の説明を受けました。

利用者	住所	_____
	氏名	_____ (印)
代理人 * 選任した場合	住所	_____
	氏名	_____ (印)
署名代行者	私は、下記の理由により利用者に代わり、上記署名を行いました。 私は、利用者本人の意思を確認しました。	
	住所	_____
	氏名	_____ (印)
	本人との関係 () 署名代行の理由 ()	