

小規模多機能ホームわかまつ 重要事項説明書

当事業所は契約者(利用者)に対して、指定小規模多機能型居宅介護サービス及び指定予防小規模多機能型居宅介護サービス(以下サービスという)を提供します。事業所の概要・提供されるサービス内容及び契約上ご注意いただきたいことを以下に説明します。

I. 経営法人の概要

- (1) 法人名 社会福祉法人やまなし勤労者福祉会
- (2) 所在地 山梨県甲府市若松町6-35 (電話番号 055-223-8100)
- (4) 代表者氏名 理事長 平田 理
- (5) 設立年月日 平成17年4月1日

II. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定小規模多機能型居宅介護事業所及び指定予防小規模多機能型居宅介護事業所
- (2) 事業の目的 利用者が住み慣れた地域での生活を継続し、その有する能力に応じて可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的とします。
- (3) 事業所の名称 小規模多機能ホームわかまつ
- (4) 所在地 山梨県甲府市若松町6-35 (電話番号 055-223-8105)
- (6) 管理者氏名 横森麻波
- (7) 開設年月日 平成24年3月31日
- (8) 利用登録定員 29人 (通い定員 18名 宿泊定員 9名)

III. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業実施地域 甲府市内
- (2) 営業日及び営業時間 1年を通じて毎日営業する

IV. 職員の配置状況

管理者(事業所長)	1名
介護支援専門員	1名以上
看護職員	1名以上
介護職員	9名以上

V. 当事業所が提供するサービスと利用料金

- (1) 介護保険の給付の対象となるサービス
 - <サービスの概要> ①通い ②訪問 ③宿泊
 - <サービス利用料金> 別紙利用料金表による
- (2) 介護保険の給付の対象とならないサービス(別紙利用料金表による)
- (3) 利用料金のお支払方法は、当事業所が指定する方法でお支払い下さい。

VI. 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情や相談の受付は、以下の専用窓口で受け付けます。

受付窓口(担当者) 所長 横森麻波

(2) 行政機関 その他苦情受付機関

甲府市役所 介護保険課	山梨県甲府市丸の内1-18-1 TEL 055-237-5473
山梨県国民健康保健団体連合会 (介護サービス苦情処理担当)	山梨県甲府市蓬沢1-15-35 TEL 055-233-9201 Fax 055-233-1204

VII. 協力医療機関

当事業所では、各利用者の主治医との連携を基本としつつ、病状の急変等に備えて以下の医療機関を協力医療機関として、連携体制を整備しています。ただし優先的な治療・入院を保障するものではありません。

甲府共立病院	山梨県甲府市宝1-9-1 TEL 055-226-3131 Fax 055-226-9715
共立歯科センター	山梨県甲府市丸の内2-9-28 TEL 055-226-6831 Fax 055-226-2379

VIII. 事故発生時の対応

小規模多機能型居宅介護サービスを利用中に事故が発生した時は、次のとおりの対応をします。

- ①速やかにご家族等に報告するとともに、必要に応じて主治医等に連絡し、指示を受けます。
- ②必要に応じて保険者である市町村に連絡します。
- ③事業所の責に帰すべき事由により、事故が発生したときには、損害賠償を速やかに行います。
- ④事故が発生した時は、その原因を解明し、再発防止策を検討する等、再発防止に取り組みます。

IX. 災害発生時の対応

当事業所では別に定める「消防計画」に則り、非常災害時の対応を行います。又、自動火災警報装置等消防関係法令に定められた設備を設置しており、カーテン等は防災性能のあるものを使用しています。

災害発生時は、関係機関からの情報や被害状況を把握し安全を確認した上で、業務を行います。ただし、その災害の規模や被害状況により、通常の業務を行わない場合があります。また、気象庁からの地震情報、災害情報及び予知情報等の発令の段階で、地域内での活動が危険と判断した場合は、業務を行わない場合があります。災害の状況によっては、訪問先から職員を避難させることがあります。

利用者や職員を帰宅または避難させることがあります。

X. 実習生、研修生等の受け入れ

当事業所では、後継者育成や地域との交流を目的に、実習生、研修生、ボランティア等の受け入れを随時行っています。実習、研修、ボランティア等の期間中知りえた情報は、期間終了後も、個人情報保護法に則り秘密保持の徹底を指導します。

XI. 第三者評価の実施状況

実施:あり

実施年月日:2022年10月24日

年 月 日

サービスの提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

小規模多機能ホームわかまつ

説明者 氏 名

印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受けました。

利用者(契約者) 住 所

氏 名

印

家族代表 住 所

氏 名

印

※この重要事項説明書は、厚生省令第39号(平成11年3月31日)第4条の規定に基づき、利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。