

社会福祉法人 湖成会

重要事項説明書

認知症対応型共同生活介護

多機能ホーム あった家

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護 重要事項説明書

<2024年6月1日現在>

1 事業者（法人）の概要

| | |
|------------|---|
| 事業者名称 | 社会福祉法人 湖成会 |
| 主たる事業所の所在地 | 静岡県富士宮市大鹿窪143番地1 |
| 代表者名 | 理事長 湖山 泰成 |
| 設立年月日 | 平成10年12月15日 |
| 電話番号 | 0544-67-0655 |
| FAX番号 | 0544-67-0656 |
| ホームページ | http://www.s-koseikai.jp/ |

2 事業所（ご利用施設）の概要

| | | | |
|-------------|------------------|------------|---------|
| 施設の名称 | 多機能ホーム あった家 | | |
| 施設の所在地 | 静岡県富士宮市大鹿窪151番地1 | | |
| 事業所指定番号 | 2292200017 | | |
| 管理者の氏名 | 加藤 雄太 | | |
| 電話番号 | 0544-67-0011 | | |
| FAX番号 | 0544-28-3456 | | |
| 外部評価の実施の有無 | 無 | 実施した直近の年月日 | 令和5年11月 |
| 実施した評価機関の名称 | 運営推進会議等 | 評価結果の開示状況 | 有 |

3 ご利用施設で合わせて実施する事業

| 事業の種類 | 都道府県知事の指定 | | 登録定員 |
|-------------|-----------|------------|------|
| | 指定年月日 | 指定番号 | |
| 小規模多機能型居宅介護 | 平成28年4月1日 | 2292200017 | 25名 |

4 事業の目的と運営方針

| | |
|-------|---|
| 事業の目的 | 認知症により自立した生活が困難になった要介護または要支援状態のある方に対し、家庭的な環境と地域住民との交流の下で、入浴・排せつ・食事などの介護、その他の日常生活上の世話および機能訓練を行うことにより、入居者がその有する能力に応じ、尊厳ある生活を営むことができることを目的とする。 |
|-------|---|

| | |
|-----------|--|
| 運 営 の 方 針 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 入居者が可能な限り家庭的な環境と地域住民との交流の下で自立した生活を営むことができるよう、心身の特性や希望を踏まえて、入浴・排せつ・食事などの介護その他の日常生活上のお世話および機能訓練などを行うことにより、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう努める。 2. 入居者が要介護または要支援状態の軽減、若しくは悪化の防止に資するよう、その目標を設定し計画的に行う。また、入居者および家族に対し、サービスの提供などについて、理解しやすいように説明を行う。 3. 関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、地域の保健・医療・福祉サービスの提供主体との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。 |
|-----------|--|

5 施設の概要

<構造など>

| | | |
|-----|-------|---------------|
| 敷 地 | | 1, 572, 18㎡ |
| 建 物 | 構 造 | 鉄骨造り平屋建て |
| | 延べ床面積 | 634.26㎡（施設全体） |
| | 利用定員 | 9名 |

<居室>

| 宿泊室の種類 | 室数 | 面積 | 1人あたり面積 |
|--------|----|-------|---------------|
| 一人部屋 | 9 | 98.4㎡ | 10.36㎡～12.06㎡ |

心身の状況により、居室の変更をお願いする場合があります。

<主な設備>

| 設備の種類 | 室数 | 面積 | 備考 |
|---------|----|---------|----|
| 居間および食堂 | 1 | 110.53㎡ | |
| 和室 | 2 | 25.92㎡ | |
| 浴室 | 1 | 4.63㎡ | |
| 脱衣室 | 1 | 6.84㎡ | |
| トイレ | 3 | 10.20㎡ | |
| 台所 | 1 | 14.4㎡ | |
| 汚物処理室 | 1 | 3.33㎡ | |

6 事業所の職員体制

| 従業者の職種 | 員数 | 職務の内容 |
|---------|----------------|----------------------------|
| 管理者 | 1名 | 施設の責任者としてその管理と統括を行う |
| 計画作成担当者 | 1名 (介護職員兼務) | 認知症対応型共同生活介護計画書の作成と相談業務を行う |
| 介護職員 | 6名以上 | 利用者の日常生活全般の介護を行う |

7 職員の勤務体制

| 勤務形態 | 勤務時間 |
|------|-------------|
| 早番 | 6:45～15:45 |
| 日勤 | 8:00～17:00 |
| 遅番 | 9:30～18:30 |
| 遅番 | 13:00～22:00 |
| 夜勤 | 21:45～7:00 |

8 通常の事業実施地域及び営業日・営業時間

| | |
|---------|--------------------------|
| 送迎の実施地域 | 富士宮市全域 |
| 営業日 | 年中無休 |
| 営業時間 | 原則8時30分から午後5時30分（窓口対応時間） |

9 認知症対応型共同生活介護サービスの内容と費用

(1) 介護保険給付サービス

ア サービスの内容

| サービスの種別 | 内 容 |
|-----------|--|
| 食 事 | 朝食 7:00～、昼食 12:00～、夕食 17:30～ 栄養と利用者の心身状況に配慮した食事を提供します |
| 入 浴 | 体調に応じて週2回以上の入浴または清拭を行います できる限り好きな時間に入浴していただけるよう支援します |
| 排 泄 | 利用者の状況に応じて適切な排せつ介助を行うとともに、排せつの自立についても適切な援助を行います |
| 離 床 | 寝たきり防止のため、できる限りの離床に配慮します |
| 着 替 え | 生活リズムを考え、着替えを行うように配慮します |
| 整 容 | 個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します |
| シ ー ツ 交 換 | 状況に応じて行います |

| | |
|------|------------------------------|
| 健康管理 | 看護職員が中心となり、日常生活における健康管理を行います |
| 介護相談 | 利用者とその家族からのご相談に応じます |

イ 費用

介護保険の適用がある場合、原則として料金表の利用料金のうち、介護保険負担割合証記載の割合が利用者の負担額となります。

介護保険適用の場合でも、保険料の滞納などにより、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、利用料の金額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書を発行します。

発行されたサービス提供証明書は、のちに利用料の償還払いを受けるときに必要となります。

また、端数処理により実際の請求額と異なる場合があります。

<料金表>

○認知症対応型共同生活介護サービス費（1日につき）

※事業所のある富士宮市は7級地であるため、1単位10,14円で計算します。

| 要介護度 | 単位 | 利用料 | 本人負担 |
|-------------------------------|-------|--------|--------------------------|
| | | | 上段：1割 中段：2割 下段：3割 |
| <input type="checkbox"/> 要支援2 | 761単位 | 7,716円 | 772円 1,544円 2,315円 |
| <input type="checkbox"/> 要介護1 | 765単位 | 7,757円 | 776円 1,552円 2,328円 |
| <input type="checkbox"/> 要介護2 | 801単位 | 8,122円 | 813円 1,625円 2,437円 |
| <input type="checkbox"/> 要介護3 | 824単位 | 8,355円 | 836円 1,671円 2,507円 |
| <input type="checkbox"/> 要介護4 | 841単位 | 8,527円 | 853円 1,706円 2,559円 |
| <input type="checkbox"/> 要介護5 | 859単位 | 8,710円 | 871円 1,742円 2,613円 |

○ 加算（1日または1月につき）※運営実績に基づき算定させていただきます

| 種 類 | 単 位 | 利用料 | 本人負担 | 上段：1割 中段：2割 下段：3割 |
|---|-------------------------------|---------|----------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 夜間支援体制加算（Ⅰ） 夜勤を行う従業者および宿直勤務に 当たるものの合計が2以上である場 合 | 50単位 | 507円 | | 51円 102円 153円 |
| <input type="checkbox"/> 若年性認知症利用者 受入加算 65歳未満で初老期における認知症 を患っている方に対し、担当者を定 め サービス提供した場合 | 120単位 | 1,216円 | | 122円 244円 365円 |
| <input type="checkbox"/> 入院時費用 入院する必要が生じた場合であっ て、退院が明らかに見込まれ退院後 に入居できる体制を確保している場 合 ただし、入院の初日および最終日は 算定しない | 246単位 | 2,494円 | 1月に6日を限度 | 250円 499円 749円 |
| <input type="checkbox"/> 看取り介護加算 医師が医学的知見に基づき回復の見 込みがないと診断し、家族などに説 明し同意を得て、看取り期における 介護 サービスを提供した場合 ※要支援者には算定しません | 72単位 (死亡日以前31日以上45 日以下) | 730円 | | 73円 146円 219円 |
| | 144単位 (死亡日以前4日以上30 日以下) | 1,460円 | | 146円 292円 438円 |
| | 680単位 (死亡日以前2日又は3 日) | 6,895円 | | 690円 1,379円 2,069円 |
| | 1,280単位 (死亡日) | 12,979円 | | 1,298円 2,596円 3,894円 |
| <input type="checkbox"/> 初期加算 入居した日から起算して30日に限 って算定します また、30日を超える入院後に再び 入所された場合 | 30単位 | 304円 | | 31円 61円 92円 |
| <input type="checkbox"/> 協力医療機関連携加算 入居者の現病歴等の情報共有を行う 協力医療機関との会議を定期的に開 催している場合 | 40単位 (1月につき) | 405円 | | 41円 81円 122円 |

| | | | |
|--|------------------|--------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> 医療連携体制加算 (Ⅰ) 八 事業所の職員または病院若しくは診療所若しくは訪問看護ステーションとの連携により看護師を1名以上確保し、24時間連絡できる体制を確保している。重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に利用者又はその家族に対して説明し同意を得ている場合 ※要支援者には算定しません | 37単位 | 375円 | 38円 75円 113円 |
| <input type="checkbox"/> 退所時情報提供加算 医療機関へ退所する入居者等について、退所後の医療機関に対して入所者等の同意を得て、心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合 | 250単位 (1回限り) | 2,535円 | 254円 507円 761円 |
| <input type="checkbox"/> 認知症専門ケア加算 (Ⅰ) 認知症日常生活自立度Ⅲ以上の方が1/2以上であり、専門の研修を終了したものを配置し、定期的に研修などを実施している場合 ※対象の入居者のみ算定 | 3単位 | 30円 | 3円 6円 9円 |
| <input type="checkbox"/> 認知症専門ケア加算 (Ⅱ) 認知症専門ケア加算(Ⅰ)の要件を満たし、かつ認知症介護指導者研修を終了したものを配置し、定期的に研修などを実施している場合 ※対象の入居者のみ算定 | 4単位 | 40円 | 4円 8円 12円 |
| <input type="checkbox"/> 認知症チームケア推進加算(Ⅰ) (1) 入居者総数のうち、日常生活自立度Ⅱ以上の方が1/2以上 (2) 認知症介護の指導又は認知症介護に係る専門的な研修等を終了した者を1名以上配置し、複数の介護職員から成るチームを組んでいる (3) 対象者に対し、個別に認知症上の評価を計画的に行い、評価に基づく値を測定し、チームケアを実施している (4) 認知症ケアについて、カンファレンス、計画の作成、認知症状の有無及び程度について定期的な評価、振り返り、計画の見直し等を行っている | 150単位 (1月につき) | 1,521円 | 153円 305円 457円 |
| <input type="checkbox"/> 認知症チームケア推進加算(Ⅱ) (Ⅰ)の(1)、(3)及び(4)に適合している 認知症介護に係る専門的な研修等を修了した者を1名以上配置し、複数の介護職員から成るチームを組んでいる | 120単位 (1月につき) | 1,216円 | 122円 244円 365円 |

| | | | |
|---|--------------------------|--------|--|
| <input type="checkbox"/> 生活機能向上連携 加算（Ⅰ） 訪問・通所リハビリテーションの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が利用者宅を訪問して行う場合、またはリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等や医師からの助言を受ける体制を構築し助言を受けたうえで機能訓練指導員等が生活機能向上を目的とした機能訓練計画を作成等する | 100単位 | 1,014円 | 102円 203円 305円 |
| <input type="checkbox"/> 生活機能向上連携 加算（Ⅱ） 訪問・通所リハビリテーションの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が利用者宅を訪問して行う場合、またはリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が訪問して行う場合 | 200単位 | 2,028円 | 203円 406円 609円 |
| <input type="checkbox"/> 栄養管理体制加算 管理栄養士（外部との連携含む）が日常的な栄養ケアに係る介護職員への技術的助言や指導を行うこと | 30単位 (1月につき) | 304円 | 31円 61円 92円 |
| <input type="checkbox"/> 口腔・栄養 スクリーニング加算 ①利用開始時及び利用中6月毎に口腔の健康状態について確認を行い、介護支援専門員に情報提供している場合 ②利用開始時及び利用中6月毎に栄養状態について確認を行い、介護支援専門員に情報提供している場合 | (Ⅰ) 20単位 ※6ヶ月に1回限定 | 202円 | 21円 41円 61円 ①及び②に適合 |
| | (Ⅱ) 5単位 ※6ヶ月に1回算定 | 50円 | 5円 10円 15円 ①又は②に適合 |
| <input type="checkbox"/> 科学的介護推進体制 加算 利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況他の利用者の心身状況等に係る基本的な情報をLIFEに提出するサービス提供に当たって上記の情報その他のサービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用する | 40単位 (1月につき) | 405円 | 41円 81円 122円 |
| <input type="checkbox"/> 高齢者施設等感染対策 向上加算（Ⅱ） | 5単位 (1月につき) | 50円 | 5円 10円 15円 医療機関から3年に1回以上、感染症が発生した場合の感染制御等について指導を受けている場合 |

| | | | |
|---|------------------|---------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 新興感染症等 施設療養費 特定の感染症に感染した場合に相談、診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、適切な感染対策を行った上で、サービス提供を行った場合 | 240単位 (1日につき) | 2,433円 | 244円 487円 730円 <small>1月に1回、連続する5日間を限度に算定可能</small> |
| <input type="checkbox"/> 生産性向上推進体制 加算(Ⅰ) 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保および職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催 見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入している場合 かつデータにより業務改善の取組による成果が確認されている場合 | 100単位 (1月につき) | 1,014円 | 102円 203円 305円 |
| <input type="checkbox"/> 生産性向上推進体制 加算(Ⅱ) 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保および職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催 見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入している場合 | 10単位 (1月につき) | 101円 | 11円 21円 31円 |
| <input type="checkbox"/> サービス提供体制 強化加算 職員の配置状況により算定する | (Ⅰ) 22単位 | 223円 | 23円 45円 67円 <small>介護職員の総数のうち、以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士が70%以上 ②勤続10年以上の介護福祉士が25%以上</small> |
| | (Ⅱ) 18単位 | 182円 | 19円 37円 55円 <small>介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が60%以上</small> |
| | (Ⅲ) 6単位 | 60円 | 6円 12円 18円 <small>介護職員の総数のうち以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士が50%以上 ②常勤職員が75%以上 ③勤続年数7年以上30%以上</small> |
| <input type="checkbox"/> 介護職員等処遇改善 加算 R6.5.31までの介護職員等処遇改善加算・介護職員等特定処遇改善加算・介護職員等ベースアップ等支援加算を一本化。 ①職場環境の改善、賃金体系等の整備及び研修の実施 ②資格や勤続年数等に応じた昇給の仕組みの整備 ③賃金の改善、職場環境の更なる改善 ④経験技能のある介護職員を一定割合以上配置 | (Ⅰ) | 算定した単位数の 18.6% ①②③④に該当 | |
| | (Ⅱ) | 算定した単位数の 17.8% ①②③に該当 | |
| | (Ⅲ) | 算定した単位数の 15.5% ①②に該当 | |
| | (Ⅳ) | 算定した単位数の 12.5% ①に該当 | |

(2) 介護保険給付対象外サービス

ウ サービスの内容と費用

利用料の全額を負担していただきます

| 種類 | 内容 | 利用料 |
|-------------------|--|---------|
| 家賃 (1月あたり) | お部屋代 契約月および契約解除月においては、日割り計算 (1日2,000円)また、医療機関へ入院された場合 においては、ひと月の入院日数が15日未満の場合は、 現に入院した日数に対し日割り計算を行います。1 5日以上入院期間の場合は、当該費用は1ヶ月分徴 収いたします | 60,000円 |
| 食費 (1食あたり) | 朝食 | 340円 |
| | 昼食(おやつを含む) | 710円 |
| | 夕食 | 560円 |
| 光熱水費 (1日あたり) | 電気・ガス・水道・設備維持など | 640円 |
| 理髪・美容 | 出張理美容サービスをご利用いただけ ます | 実費 |
| レクリエーション クラブ活動 | 趣味活動に参加される場合、材料代など をご負担いただきます | 実費 |
| 特別な食事提供 | 希望により特別に用意する食事の場合、 材料費などをご負担いただきます | 実費 |
| 個別外出 | 希望により個別に施設の車両を使用し、 職員が同行した場合、交通費相当分をご 負担いただきます | 実費 |
| クリーニング | 施設にて洗濯のできない衣類、あるいは 希望によるクリーニングの場合、クリー ニング代をご負担いただきます | 実費 |

その他サービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係わる費用であって、利用者にご負担いただくことが適当と認められる費用は、利用者の負担となります。

10 利用料金などのお支払方法

利用料金は1ヶ月ごとに計算し請求いたします。毎月20日頃に前月分の請求書を郵送で利用者または利用者の身元引受人(後見人がいる場合は後見人。以下「身元引受人等」といいます)にご連絡いたします。

お支払いが確認されましたら領収証を発行いたします。

お支払方法は、原則口座引落(27日頃)にてお支払いください。

毎月の利用料金の引落の確認は利用者または利用者の身元引受人等でも行っていただき、指定口座より引落がされなかった場合は、当事業所へご一報いただき、速やかに次の指定口座にお振込みをお願いいたします。

<引落がされなかった場合の振込先>

| | |
|-------|----------------------|
| 金融機関名 | 静岡銀行 富士中央支店 |
| 口座番号 | 普通預金 No.0653615 |
| 口座名義 | 社会福祉法人 湖成会 理事長 湖山 泰成 |

11 サービス内容に関する苦情など相談窓口

| | |
|---------------|---|
| 当事業所のお客さま相談窓口 | 受付担当者 市川 伸子 解決責任者 加藤 雄太 ご利用時間 8:30～17:30 ご利用方法 電話(0544-67-0011) 面接(当事業所相談室) ご意見箱(玄関) |
|---------------|---|

<手順>

- ①苦情受付
 - ・苦情受付担当者は苦情を随時受け付ける
 - ・苦情受付担当者は苦情解決責任者である管理者へ報告する
- ②苦情受付に際し、次の事項を苦情報告書に記載し、その内容について苦情申出人に報告する
 - ・苦情の内容、苦情申出人の希望など
 - ・行政機関などへの報告の要否
 - ・苦情申出人と苦情解決責任者の話し合いへの行政機関などの助言、立会の要否
- ③苦情解決に向けての話し合い
 - ・苦情解決責任者は、苦情申出人との話し合いによる解決に努める
- ④苦情解決結果の報告
 - ・苦情解決責任者は、苦情申出人に改善を約束した事項について、苦情申出人および担当介護支援専門員に対して決定事項とその経過について報告する

<当事業所窓口以外の苦情受付機関>

| 受付機関 | | 連絡先 |
|----------------|--------------------|---|
| 行政機関など 受付機関 | 富士宮市役所 高齢介護支援課 | 富士宮市弓沢町 150 番地 0544-22-1141 平日 8:30～17:15 |
| | 静岡県国民健康保険 団体連合会 | 静岡市葵区春日 2-4-34 054-253-5590 |

12 緊急時の対応

サービス提供中に利用者の容態に変化があった場合は、速やかに主治医または、その他の医療機関および家族などに連絡します。

13 秘密保持の対応

正当な理由がない限り、その業務上知り得た利用者および利用者の身元引受人等の秘密を漏らしません。

サービス担当者会議などにおいて、利用者および利用者の身元引受人等に関する個人情報を用いる場合、利用者および利用者の身元引受人等に使用目的などを説明し同意を得なければ、使用することはありません。

介護保険サービスの質の向上のため、学会・研究会などで事例研究発表などをする場合、利用者を特定できないように仮名などを使用することを厳守します。

本条に掲げる事項は、利用終了後も同様の扱いとします。

なお、当事業所の職員・委託業者・ボランティア・実習生などの関係者には、事前に個人情報の重要性を周知し、誓約書を取り交わしております。その他、個人情報に関する問い合わせについては、次の窓口にて対応させていただきます。

<当事業所窓口>

当事業所における個人情報に関するご相談は次の窓口で受け付けます

| | | |
|-------------------|----------------------------|---|
| 当事業所の 個人情報保護窓口 | 多機能ホームあった家 0544-67-0011 | 個人情報の開示・訂正・更新・ 利用停止・削除などの申し出がある 場合は、ご連絡ください |
|-------------------|----------------------------|---|

14 事故発生時の対応および賠償責任

サービスの提供にあたって、事故が発生した場合、速やかに利用者の身元引受人等および市町村に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

事故により利用者に損害が発生した場合、速やかにその損害を賠償します。ただし、当事業所に故意または過失がない場合はこの限りではありません。

当該事故発生につき利用者に過失がある場合、損害を賠償しない、または賠償の額を減額することができます。

<手順>

- ①事故発見者は、利用者の安全を確認し看護職員を呼ぶ
- ②看護職員は、次の事項を確認する
 - (1)外傷の有無、(2)痛みの有無、(3)部位の確認、(4)バイタルサインの測定
 - (5)事故の状況観察
- ③外傷、骨折などの疑いのない場合は、安静にして経過観察を行う
管理者などよりご家族などに状況および対応を報告する
- ④外傷、骨折などの疑いのある場合は、管理者に報告する
- ⑤外来受診が必要な場合は、車両を手配（重症の場合は救急車）すると同時に、受診先病院への連絡を行う
管理者などよりご家族などに状況および対応を報告する

15 非常災害時の対策

| | | | | |
|---------------------|---|----|---------|----|
| 非常時の対応 | 別に定める「特別養護老人ホーム百恵の郷消防計画」に則り対応を行います | | | |
| 避難訓練 および 防災設備 | 別に定める「特別養護老人ホーム百恵の郷消防計画」に則り年2回夜間および昼間を想定した避難訓練を、利用者の方、地域の方も参加して行います | | | |
| | 設備名称 | 有無 | 設備名称 | 有無 |
| | スプリンクラー | あり | 非常通報設備 | あり |
| | 避難階段 | なし | 屋内消火栓 | あり |
| | 自動火災報知器 | あり | ガス漏れ探知機 | あり |
| | 誘導灯 | あり | 消火器 | あり |
| | 消火栓 | なし | 排煙設備 | あり |
| 消防計画など | 富士宮消防署への提出日： 令和 5年 7月 1日 防火管理者：齊藤 雄介 | | | |

16 協力医療機関

| | |
|---------|-------------------------|
| 名 称 | 池田クリニック |
| 所 在 地 | 静岡県富士宮市下条 148 番地 1 |
| 電 話 番 号 | 0 5 4 4 - 5 8 - 5 5 5 8 |

17 協力歯科医療機関

| | |
|---------|-------------------------|
| 名 称 | 村野歯科医院 |
| 所 在 地 | 静岡県富士宮市長貫 1131 番地 5 |
| 電 話 番 号 | 0 5 4 4 - 6 5 - 0 0 6 7 |

18 ご利用の際にご留意いただく事項

| | |
|-----------|---|
| 来 訪 ・ 面 会 | <p>面会時間 8：30～20：00</p> <p>正面受付に設置しております、面会簿に必要事項をご記入ください</p> <p>面会時に飲酒をされていたり、大声で怒鳴るなどの行為はおやめください</p> <p>飲食物の持ち込みの際は、腐敗・誤飲・誤嚥などの事故防止のため、必ず職員にお声掛け下さい</p> <p>※新型コロナウイルス感染症、インフルエンザ等感染症の予防のため面会及び外出・外泊を一時的に見合わせていただく場合がございます。</p> |
| 外 出 ・ 外 泊 | <p>外出・外泊の際には、所定の書式に記載いただき、必ず行き先と帰設日時を職員に申し出ください</p> |

| | |
|----------------|---|
| | ※感染症予防の観点から外出・外泊を見合わせていただく場合がございます。 |
| 居室・設備 器具の利用 | 施設内の居室や設備、器具は本来の方法に従ってご利用ください これに反したご利用により破損などが生じた場合、弁償していただくことがあります |
| 喫煙・飲酒 | 決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください |
| 迷惑行為など | 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください また、むやみに他の利用者の居室などに立ち入らないでください |
| 所持金品の 管理 | 高額・高価格の金品の持ち込みは原則お断りいたします その他の所持金品は、自己の責任で管理してください |
| 宗教活動 政治活動 | 施設内で他の利用者などに対する執拗な宗教活動および政治活動はご遠慮ください |
| 動物飼育など | 施設内への危険物・ペットの持ち込みおよび飼育は原則お断りします |

19 その他

<身体拘束に対する取り組み>

利用者または他の利用者などの生命または身体を保護するための緊急やむを得ない場合を除き、隔離・身体的拘束・薬剤投与・その他の方法により利用者の行動を制限する行為は一切行いません。緊急やむを得ない状態が生じた場合には、マニュアルに沿って介護保険法にて定められた手順に従い対応します。また同時に、その解除を早期にできるように努力いたします。指針を整備し責任者を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施する等の措置を講じます。

<虐待防止に対する取り組み>

事業所は、ご利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、指針を整備し責任者を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施する等の措置を講じます。

<感染症予防対策について>

感染症予防及びまん延防止のため、感染症予防委員会を設置し、日常的な健康管理や手指消毒等の基本的な感染症対策の見直しや、関係者に新型コロナウイルス感染者や濃厚接触者が出たことを想定した教育訓練を実施します。施設内クラスター発生予防のために、感染症マニュアルに沿って面会や外出、外泊については、一時的に見合わせて頂く事がございます。

<業務継続計画に対する取り組み>

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の、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的の実施します。また定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

<事業所内のハラスメントに対する取り組み>

事業者は、介護現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に向け取り組みます。ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同時案が発生しない為の再発防止策を検討します。職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。

<運営推進会議について>

運営推進会議とは、入居者やご家族、地域住民、関係機関等からの要望・助言等を聞き、また事業所が提供しているサービスを明らかにすることにより、サービスの質の確保・向上を図ることを目的として事業所が設置する会議です。地域に密着し、地域に開かれた事業所にするために、運営推進会議を2ヶ月に1回開催します。

令和 年 月 日

(利用者)

私は、以上の重要事項について説明を受け、その内容を理解し同意しました。

住 所

氏 名

㊞

(身元引受人)

私は、以上の重要事項につき説明を受け、その内容を理解し、同意しました。

住 所

氏 名

㊞

電 話 番 号

続柄

(連帯保証人)

私は、以上の重要事項につき説明を受け、その内容を理解し、同意しました。

住 所

氏 名

㊞

電 話 番 号

続柄

(後見人)

私は、以上の重要事項につき説明を受け、その内容を理解し、同意しました。

住 所

氏 名

㊞

電 話 番 号

続柄

(事業者)

当事業所は、サービスの提供開始にあたり、以上の重要事項について説明し、重要事項説明書を交付しました。

住 所 静岡県富士宮市大鹿窪 143 番地 1
事 業 者 社会福祉法人 湖 成 会
代 表 者 名 理 事 長 湖 山 泰 成 ④
事 業 所 名 多 機 能 ホ ー ム あ っ た 家
(事業所番号) (2292200017)

説明者 氏 名 ④