

重 要 事 項 説 明 書

サービスの提供開始にあたり、事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上
ご注意いただきたいことを、次のとおり説明いたします。

1. 事業者

法人名	株式会社らいふアシスト
本社所在地	茨城県日立市水木町2丁目20番1号
電話番号	0294-53-9800（代表）
代表者氏名	代表取締役 吉 田 俊 介

2. 事業所概要

事業所の種類	指定小規模多機能型居宅介護事業所 2021年4月30日 指定 日立市 第0890200082号
事業所の目的	指定小規模多機能型居宅介護又は介護予防小規模多機能型居宅介護の提供にあたる者が、要介護状態にある高齢者又は要支援状態にある高齢者に対し、適正なサービスを提供することを目的とする。
事業所の名称	らいふホーム大沼
事業所の所在地	茨城県日立市東金沢町5-20-30
電話番号	0294-25-8122
FAX番号	0294-25-8177
管理者氏名	
当事業所の運営方針	お客様が住み慣れた地域で生活するため、自宅で可能な限り暮らし続けられるような生活の支援を目的として、介護保険法令に従って、通い・訪問・宿泊サービスを柔軟に組み合わせてサービスを提供する。
開設年月日	2010年9月7日
登録人員	29名（通い定員12名、宿泊定員8名）
敷地面積	885.0㎡
建物構造	木造平屋建て
延床面積	271.21㎡
宿泊室	9.93㎡（個室対応 8部屋）
デイルーム	53.40㎡
台 所	13.24㎡（IH対応）
浴 室	12.96㎡（個浴・機械浴対応）
消防設備	消火器・誘導灯・非常灯・自動火災報知機・非常通報装置・スプリンクラー
その他	

※ 上記は厚生労働省が定める基準により、指定小規模多機能型居宅介護事業所に設置が義務付けられている施設・設備です。

3. 事業実施地域及び営業時間

営業日	年中無休
通 い	9時00分 から 18時00分 まで
訪 問	24時間
宿 泊	18時00分 から 9時00分 まで
実施地域	日立市が定めた日常生活圏域の中で、主として多賀南地区を実施区域とし、多賀北地区・南部地区は要相談区域とする。

4. 職員の配置状況

職 種	人 員
管理者	名（常勤兼務 名）
介護支援専門員	名（非常勤 名）
看護師	名（常勤 名）
介護福祉士	名（常勤兼務 名、常勤 名）
実務者研修	名（常勤 名）
ヘルパー2級及び初任者研修修了者	名（常勤 名）
調理員	名（非常勤 名）

(年 月 日現在)

5. 提供するサービス内容

サービス区分と種類		サービスの内容
居宅サービス計画・小規模多機能型居宅介護計画の作成		お客様の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、通いサービス、訪問サービス、宿泊サービスを柔軟に組み合わせて居宅サービス計画・小規模多機能型居宅介護計画を作成します。
相談・援助等		お客様の心身の状況等を的確に把握し、お客様及びご家族様等の相談に適切に応じ、支援を行います。
通いサービス及び宿泊サービス	介護サービス	移動、排せつ、食事、入浴など日常生活上必要な支援を行います。
	健康状態の確認	血圧、体温の測定やお客様の健康状態の把握に努めます。
	機能訓練	お客様の能力に応じて移動、排せつ、食事、入浴等の日常生活動作を通じた訓練や集団的に行うレクレーション、体操等を通じた訓練を行います。
	送迎サービス	事業所が保有する送迎車輛により、お客様の居宅と事業所までの間の送迎を行います。
訪問サービス	身体介護	排せつ、食事、清拭、体位変換等を行います。
	生活援助	買い物、掃除、洗濯などの支援を行います。
	その他	お客様の安否確認等を行います。

6. サービス利用料金

別紙利用料金表をご確認ください。

7. 虐待防止のための措置に関する事項

(1) 事業所は、お客様の人権の擁護・虐待の発生またはその再発を防止するため次の措置を講じていきます。

①虐待防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。)を定期的で開催するとともに、その結果について従業員に周知徹底を図る

②虐待防止のための指針の整備

③虐待を防止するための定期的な研修の実施

④前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者の設置

(2) 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われるお客様を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものと致します。

8. 衛生管理等

(1) 事業所は、介護支援等に使用する用備品を清潔に保持し、定期的な消毒を施す等、常に衛生管理に十分に留意していきます。

(2) 事業所は、感染症の発生、又はまん延しないように必要な措置を講じていきます。

(3) 事業所は、職員に対し感染症に関する基礎知識の習得に努めるとともに、年1回の健康診断を受診させていきます。

9. 業務継続計画の策定等

(1) 感染症や非常災害の発生時において、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を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じていきます。

10. 身体拘束等の禁止

(1) 事業所は、サービスの提供に当たっては、お客様又は他のお客様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、身体的拘束等の行動を制限する行為を行わないようにします。

(2) 身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際のお客様の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。

11. 外部機関からの評価等

(1) 運営推進会議の開催

事業所では、小規模多機能型居宅介護の提供にあたり、サービスの提供状況について定期的に報告するとともに、その内容等についての評価、要望、助言を受けるため、下記のとおり運営推進会議を開催しています。

構 成	お客様、お客様の家族、地域住民の代表者、市町村職員、施設管理者、小規模多機能居宅介護について知見を有する者等
開 催	2 ヶ月に 1 回
会議録	運営推進会議の内容、評価、要望、助言等について記録を作成します。

(2) 外部委託による第三者による評価の実施状況

実 施 状 況	なし
実施した評価機関の名称	—
当該結果の開示状況	—

1 2. 非常災害時の対応

- (1) 非常災害時の関係機関への通報及び連携協力体制を整備するとともに、避難誘導、救護活動、必要な物資の備蓄等に関する具体的な計画を定め、それらを定期的に従業員に周知し、並びに避難訓練、救護訓練その他必要な訓練を定期的に行います。
- (2) 避難誘導、救護活動、前項に規定する訓練その他の非常災害対策の実施にあたっては、地域住民との連携協力体制を整備するよう努めます。

日立消防署への届出日

年 月 日

防 火 管 理 者

消 防 用 設 備

消火器・誘導灯・非常灯・自動火災報知機・
非常通報装置・スプリンクラー

1 3. 苦情相談の窓口

(1) 当事業所における窓口

苦情相談窓口	管理者
電話番号	0 2 9 4 - 2 5 - 8 1 2 2
受付時間	9 : 0 0 ~ 1 7 : 4 5

(2) 行政機関等の苦情相談窓口

苦情相談窓口	日立市役所 介護保険課	茨城県国民健康保険団体連合会 介護保険課
電話番号	0 2 9 4 - 2 2 - 3 1 1 1	0 2 9 - 3 0 1 - 1 5 6 5
受付時間	8 : 3 0 ~ 1 7 : 1 5 (平日)	9 : 0 0 ~ 1 6 : 3 0 (平日)

1 4. サービス利用にあたっての留意事項

- (1) サービス利用の際には、介護保険被保険者証をご提示ください。
- (2) 事業所内の設備や器具は、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生じた場合、弁償していただく場合があります。
- (3) 他のお客様の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- (4) 所持金品は自己の責任で管理してください。
- (5) 事業所内での他のお客様に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

15. 看取り介護について

- (1) 慢性疾患や加齢に伴う機能低下により、心身が衰弱し、医学的に回復の見込みが望めないと医師に診断を受けたお客様に対して、当施設の看取り介護を十分に説明してご理解が得られた場合、ご自宅での看取りを支援させていただきます。
- (2) 看取り介護についての説明・同意につきましては、そういった状況が見込まれる際に、改めて書面にてご説明させていただきます。

16. 緊急時の対応方法、協力医療機関

お客様の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。
また、緊急連絡先に連絡いたします。

主治医	氏 名	
	所属医療機関の名称	
	所在地	
	電話番号	
緊急連絡先	氏 名	
	住 所	
	電話番号	
協力施設	施設名称	有料老人ホーム らいふアシスト・泉ヶ森
	所在地	日立市水木町2-20-1
	電話番号	0294-53-9800
協力医療機関 1	医療機関の名称	医療法人緑和会 わだクリニック
	所在地	日立市東金沢町5-6-18
	電話番号	0294-28-6015
協力医療機関 2	医療機関の名称	黒澤歯科医院
	所在地	日立市弁天町1-8-9
	電話番号	0294-22-9516

重要事項説明確認書

前記の重要事項を証するため、本書2通を作成し、契約者、事業者が署名捺印のうえ、1通ずつ保有するものとします。

契約締結日 年 月 日

契約者に対して説明書に基づき、重要事項を説明いたしました。

事業者名

【名称及び代表者】 株式会社らいふアシスト
 代表取締役 吉 田 俊 介 印

【所在地】 茨城県日立市水木町2-20-1

【施設名称】 らいふホーム大沼

【所在地】 茨城県日立市東金沢町5-20-30

【説明者氏名】 _____

私は、重要事項説明書により、事業者から重要事項の説明を受けました。

契約者

【氏 名】 _____ 印

【住 所】 _____

契約者の家族及び代筆者

【氏 名】 _____ 印

【住 所】 _____

契約者との関係（ ）