

# 重 要 事 項 説 明 書

(介護予防) 小規模多機能型居宅介護  
令和の郷

医療法人 勝又

## 1. 事業所の概要

|            |                                                                                        |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業所名       | (介護予防) 小規模多機能型居宅介護 令和の郷                                                                |
| 介護保険事業所番号  | 1491400253                                                                             |
| 所在地        | 〒258-0021 神奈川県足柄上郡開成町吉田島 254-1                                                         |
| 管理者        | 池野 和憲                                                                                  |
| 連絡先        | 電話 0465-46-9397 FAX 0465-46-9587                                                       |
| 主なサービス提供地域 | 足柄上郡開成町                                                                                |
| 運営する法人     | 医療法人 勝又                                                                                |
| 営業日        | 365日 24時間 (訪問サービス)<br>午前9時～午後4時 (通いサービス)<br>午後4時～午前9時 (宿泊サービス)<br>※通いサービスの時間については、相談可。 |

## 2. 本事業所の職員体制 (令和8年7月1日現在)

| 職種      | 人員  | 員数                        | 職務内容                                           |
|---------|-----|---------------------------|------------------------------------------------|
| 管理者     | 1名  | 1名 (常勤兼務)                 | 従業者及び業務の管理                                     |
| 介護支援専門員 | 2名  | 2名 (常勤兼務)                 | 居宅サービス計画及び<br>小規模多機能型居宅介護計画の作成                 |
| 介護従業者   | 14名 | 常勤8名<br>常勤兼務2名<br>非常勤専従4名 | 利用者の介護を行う。また登録者の<br>健康状態を把握し関係医療機関との<br>連携も行う。 |
| 看護従事者   | 1名  | 非常勤専従1名                   | 登録者の健康管理、医学的な指導及<br>び相談対応、医療機関との連携             |

## 3. 居室等の概要

| 居室・設備の種類 | 室数 | 備考                                         |
|----------|----|--------------------------------------------|
| 宿泊室      | 9室 | すべて個室 (9.01 m <sup>2</sup> )               |
| 居間       | 2室 | 51.2 m <sup>2</sup> と 34.83 m <sup>2</sup> |
| 台所       | 1室 | 9.55 m <sup>2</sup>                        |
| 浴室       | 1室 | 4.96 m <sup>2</sup>                        |
| トイレ      | 5室 | 1階2室、2階3室                                  |
| 消防設備     |    | 消防法上必要な設備は完備                               |

## 4. サービス利用料及び利用者負担

別紙「(介護予防) 小規模多機能型居宅介護 令和の郷料金表」別途説明を行います。

## 5. 当事業所のサービスの方針

私たちは、介護が必要になっても、介護度が重症化しても、認知症になっても、住み慣れた自宅・街で生活を送る事を支える場所として、お客様の人生を尊重し、選択・決定ができるように、環境を整備します。また、大勢で画一的なケアは行わず、お客様各々に合わせたレクリエーションやケアを行います。

## 6. サービスの質の向上

- (1) 当事業所は、自らその提供するサービスの質の評価を行い、常にその改善を図ります。
- (2) 定期的に自己評価を行い、これを公正中立な立場にある第三者が出席する運営推進会議に報告した上で、結果を公表します。
- (3) 職員の質の向上のため、採用時研修及び外部研修の参加等を行います。

## 7. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族及び開成町関係機関へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

## 8. 相談・苦情対応

- (1) 相談・苦情のお申し出があった時は、お申し出の内容について、真摯に受け止め、懇切丁寧に対応いたします。
- (2) お申し出内容につきましては、正確に把握するために、関係する方々に直接確認を行う場合がありますのでご了承下さい。
- (3) 対応結果につきましては、文章又は口頭で回答させていただきます。なお、必要に応じて、市町村に報告致します。

## 9. サービス内容に関する苦情

|                                  |                                                                                                           |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ご利用者ご相談窓口<br>小規模多機能型居宅介護令和の郷     | 苦情受付窓口（担当者） 管理者 池野 和憲<br>ご利用時間 9：00 ～ 17：00<br>月曜日 ～ 日曜日<br>ご利用方法 電話 0465-46-9397<br>所在地 足柄上郡開成町吉田島 254-1 |
| 開成町 福祉介護課                        | ご利用時間 平日 8：30 ～ 17：15<br>ご利用方法 電話 0465-84-0316<br>所在地 足柄上郡開成町延沢 773                                       |
| 神奈川県国民健康保険団体連合会<br>介護保険課 介護苦情相談係 | ご利用時間 平日 8：30 ～ 17：15<br>ご利用方法 電話 045-329-3447<br>所在地 横浜市西区楠町 27-1                                        |

## 10. 運営推進委員会の設置

当事業所では、小規模多機能型居宅介護サービスの提供にあたり、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、運営推進会議を設置いたします。

### 〈 運営推進会議 〉

- 構 成 : 利用者代表、家族代表、地域住民代表、市町村職員、地域包括支援センター職員、小規模多機能型居宅介護について知見を有するもの
- 開 催 : 隔月で開催
- 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簿を作成します
- その他 : 第三者評価をこの会議で実施します

## 11. 秘密保持

本事業所の職員は、業務上知りえたご契約者様、またはそのご家族の秘密保持を厳守します。また職員であったものが業務上知りえたご契約者様、またはそのご家族の秘密を退職後であっても決して漏らさぬように必要な措置を講じます。

## 12. 身体拘束その他の行動制限

- (1) 小規模多機能型居宅介護サービス提供にあたり、ご契約者様、または他のご利用者様の生命または身体を保護するため緊急やむ得ない場合を除き、隔離、身体拘束、薬投与その他の方法によりご契約者の行動を制限しないものとします。
- (2) ご契約者様に対し隔離、身体拘束、薬投与その他の方法により行動を制限する場合は、ご契約者様に対し事前に行動の制限の根拠、内容、見込まれる期間について十分説明を行うものとします。また、この場合は事前または事後速やかにご契約者様の家族様等に対し行動制限の根拠、内容、見込まれる期間について十分説明するものとします。
- (3) 隔離、身体拘束、薬投与その他の方法により行動を制限した場合には記録に次の事項を記載するものとします。
  - ① 行動制限を決定したものの氏名、行動制限の根拠、内容、見込まれる期間及び実施された期間
  - ② 前項に基づくご契約者様に対する説明の時期及び内容、その際のやり取りの概要
  - ③ 前項に基づくご契約者様のご家族等に対する説明の時期及び内容、その際のやり取りの概要

## 13. 医療法人 勝又の概要（事業主）

|         |                                                                                                         |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 名称・法人種類 | 医療法人 勝又                                                                                                 |
| 法人設立年月日 | 1935 年                                                                                                  |
| 代表者     | 理事長 高橋 成夫（たかはし しげお）                                                                                     |
| 所在地     | 愛知県名古屋市中区新栄 1-32-22                                                                                     |
| 連絡先     | 電話番号 052 (241) 0408                                                                                     |
| ホームページ  | FAX番号 052 (241) 2944<br><a href="https://katsumata-hospital.or.jp">https://katsumata-hospital.or.jp</a> |

| 事業所名                        | 介護保険指定番号   | 実施事業                    |
|-----------------------------|------------|-------------------------|
| (協力医療機関)<br>高台病院            |            | 病院<br>(定員310床)          |
| あじさいの郷                      | 1451430022 | 介護老人保健施設<br>(定員100名)    |
| グループホーム<br>すいふようの郷          | 1494300195 | 認知症対応型共同生活介護<br>(定員18名) |
| デイホームすいふようの郷<br>小規模多機能型居宅介護 | 1494300203 | 利用定員(通い18名)<br>(宿泊 9名)  |
| リバーサイドすいふよう<br>小規模多機能型居宅介護  | 1494300211 | 利用定員(通い12名)<br>(宿泊 5名)  |
| 小規模多機能型居宅介護<br>令和の郷         | 1491400253 | 利用定員(通い 18名)<br>(宿泊 9名) |

(改訂 令和6年3月1日)

令和      年      月      日

上記の通り重要事項を説明し、交付致しました。

小規模多機能型居宅介護 令和の郷

説明者氏名 池野 和憲

上記の通り重要事項の説明を受け、内容に同意し、交付を受けました。

利用者 住 所

氏 名 \_\_\_\_\_

利用者は、心身の状況等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認の上、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

代筆者 住 所

氏 名 (続柄)