

小規模多機能型居宅介護アイリス茅野

重要事項説明書

介護保険指定 第2091400073号

1. 経営法人

法人名	社会福祉法人誠心会
法人所在地	諏訪郡原村 10377-2
電話番号	0266-72-8300
代表者氏名	五味泰和
設立年月日	平成 4 年 3 月 31 日

2. 事業所の概要

事業所名	小規模多機能型居宅介護 アイリス茅野				
所在地	茅野市宮川 5778-1				
電話番号	0266-82-6011(代表) 82-6077(直通)				
管理者	牛山和樹				
サービスの種類	地域密着型小規模多機能型居宅介護				
利用できる方	諏訪広域連合の自治体にお住まいの方				
事業の目的	地域密着型居宅介護サービス計画に基づき、可能な限り居宅において、生活を継続できるようにすることを目的とする。相談および援助、社会生活、日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことにより、利用者がその有する能力に応じ自立した生活を営むことができるようにする。				
運営方針	住み慣れたまちで、自分らしく生きることを支えます。 一人ひとりの個性を大切に、その方らしい暮らしを支えます。 豊かに明るく楽しく暮らせるよう笑顔で支援します。 地域の方々との交流を積極的に実践していきます。				
開設年月日	平成 26 年 4 月 1 日				
利用定員	登録 29 人				
設 備	1 階	相談室	医務室	特殊浴槽	洗濯室
	1 階	蓼科山	居室 6 室(7 人)	食堂	浴室 便所

3. 職員の配置状況

職種	指定基準
管理者	1
介護支援専門員	1
介護職員	7
看護職員	1

勤務体制

職種	勤務体制	
管理者	日 勤	8:30～17:30
介護支援専門員	日 勤	8:30～17:30
介護職員	早 番	6:30～15:30 1 名
	日 勤	8:00～17:00 1名～4 名
	日 勤遅	12:30～21:30 1 名
	夜 勤	21:30～ 6:30 1 名
看護職員	日 勤	8:30～17:30

4. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、利用者に対して以下のサービスを提供します。

◎通いサービス

①食事

- ・栄養士の立てる計画により、栄養並びに利用者の身体状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。また、利用者の自立支援のため、職員とともに、食事の準備をしたり、おやつ作りをする等、できることは積極的に行っていただきます。

②入浴

- ・入浴または清拭を週 2 回以上行ないます。
- ・利用者の身体状況によってリフト浴槽を利用して入浴することができます。

③排泄

- ・利用者の状況に応じて適切な排泄の介助を行うとともに、身体能力を最大限活用した援助を行います。

④機能訓練

- ・利用様の心身の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復またはその減退を防止するための訓練を実施します。

⑤健康管理

- ・看護職員による健康チェックおよび異常の早期発見、早期処置に努めます。
- ・医療が必要と判断された場合は、速やかに医療機関に引き継ぎます。

⑥安全管理

- ・居室内の安全管理のために、ナースコールシステムを使用します。

⑦送迎サービス

- ・利用者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。

◎訪問サービス

- ・利用者の自宅にお伺いし、食事や、排泄等の日常生活上の世話及び、安否確認、服薬介助等の細やかなサービスも提供します。
- ・訪問サービス実施のための必要な備品等(水道、ガス、電気)は無償で使用させていただきます。
- ・訪問サービスの提供にあたり、次に該当する行為はいたしません。

①医療行為

②利用者もしくはその家族等からの、金銭または高価な物品の授受。

③飲酒および利用者もしくはその家族等の同意なしに行う喫煙。

④利用者もしくはその家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動。

⑤その他利用者様しくはその家族等に行う迷惑行為。

◎宿泊サービス

- ・事業所に宿泊していただき食事・入浴・排泄等の日常生活上の介護を提供します。

《サービス提供記録の保存》

施設サービスの提供に関する記録を作成することとし、これを契約終了後2年間保存いたします。

5. 小規模多機能居宅介護計画について

小規模多機能居宅介護事業所アイリス茅野は、利用者の心身の状況、希望及びそのおかれて
いる環境をふまえて、通い、訪問、宿泊サービスを柔軟に組み合わせることにより生活を支援す
るものです。

ただ、小規模という小さな施設ですので、このサービスを皆様に融通していただかない(必要以
上にサービスを利用する)とサービスが成り立ちません。介護度に応じて負担が増えることを鑑
みれば、優先順位が生まれることも至極当然なことだと思うのです。

登録人数29名、通い18名、宿泊7名を出来る限り平等に、一人ひとりの環境に合わせて計画
を立てたいと思っております。本当に必要なものを必要に応じて提供するという事にどうかご理
解とご協力をお願い致します。

6. 利用料金 添付の別紙による

その他の利用料金

- おむつ代は実費。(通常、持参の物使用。尿取パット 30 円～50 円、紙おむつ 100 円等)
- その他個人の趣味、嗜好により購入するものの代金
- 特別な行事食プラス 600 円
- 日用品費 50 円(1 日あたり)(ティッシュ、タオル、タオル類洗濯洗剤、リネン類リース費用等)
- 個人の洗濯物の洗濯機使用料 100 円(1 回あたり)

7.入院期間中の登録中止について

利用者が医療機関に入院した場合、入院した時をもって当該サービスの契約を基本的には
一旦終了するものとします。退院した場合に、再登録を希望する場合は円滑に再登録ができ
よう配慮します。(諏訪広域連合取扱い留意事項)

入院した場合の小規模多機能型居宅介護費は、入院した日の翌日からと、退院した日の前
日までは算定しません。入院した場合は日割り計算となります。

8. 初期加算の取り扱いについて

小規模多機能型居宅介護アイリス茅野に登録した日から 30 日以内の期間については、初期
加算として、1 日につき 30 単位を算定します。30 日を超える病院への入院後に小規模多機能型
居宅介護アイリス茅野の利用を再び開始した場合も同様に初期加算を算定します。

9. 苦情の受付について

(1)当施設による苦情の受付

- 苦情受付担当 計画作成担当者 牛山和樹(介護支援専門員)
- 苦情受付責任者 管理者 牛山和樹()
- 受付時間 毎週月曜日～金曜日(8:30～17:30)

(2)行政機関その他苦情受付窓口

- 茅野市役所 介護保険課 0266-72-2101
- 受付時間 8:30～17:00

10. 運営推進会議の設置

当施設では、小規模多機能型生活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共に、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設置しています。

構成 利用者ご家族代表、民生委員、地域包括支援センター職員、地域住民の代表者等
開催 3か月に一度開催

11. 協力医療機関、バックアップ施設

当施設では、各利用者の主治医との連携を基本としつつ、病状の急変、災害時の対応に備えて以下の医療機関・施設と連携体制を整備しています。

《協力医療機関、バックアップ施設》

リバーサイドクリニック
諏訪中央病院
介護老人福祉施設 特別養護老人ホームアイリス

12. 災害時の対応

非常災害時には、別途定める消防計画に則って対応を行ないます。また、避難訓練を年2回行ないます。

消防署 茅野消防署
防火管理者 五味泰和
防災時の対応 防火管理体制により対応します。
防災設備 消防署の定期的な検査・指導のもと整備されています。
防災訓練 3月・11月(総合訓練)実施
避難場所: 一時避難場所 茅野区公会所
広域避難場所 宮川小学校

13. サービス利用にあたっての留意事項

- サービス利用の際には、介護保険被保険者証を提示してください。
 - 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。これに反して破損などが生じた場合は、弁償していただく場合があります。
 - 当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような暴言、暴力的な行為(言語的暴力を含む)や、威圧的な態度で脅す等の行為をされた場合は、本契約を継続しがたいため、ご利用を中止させていただきます。
 - 所持金は自己の責任で管理してください。
 - 事業所内での他の利用者様に対する宗教活動および政治活動はご遠慮ください。
 - 利用者様に咳、鼻水、咽頭痛、全身倦怠感、下痢、嘔吐、発熱等の症状のある場合(本人が感染)には、症状が治まり主治医の指示があるまでご利用を控えて頂きますようお願い致します。
- また、本人、ご家族様が新型コロナウイルス感染症の場合は生活環境や最終接触日等を含め検討し、こちらの指示があるまでご利用を中止して頂きますようお願い致します。
- 重症化する可能性の高い高齢者を介護する社会福祉施設と致しましては、二次的な感染等により他の利用者や職員への感染を防ぐためにやむを得ず行わなければならない措置となりますので、非常事態的な状況であることを併せてご理解ください。

令和 年 月 日

指定小規模多機能型居宅介護サービスの提供に際し、本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

■事業者

小規模多機能型居宅介護アイリス茅野

説明者 職 名 _____

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、小規模多機能型居宅介護サービスの提供開始に同意しました。

■利用者

住 所 〒 _____

氏 名 _____ 印

■代理人(ご家族)

住 所 〒 _____

氏 名 _____ 印

関係 ()

■緊急連絡先

1) 氏名 _____

電話番号 ① _____ ② _____

2) 氏名 _____

電話番号 ① _____ ② _____

■主治医

医療機関 _____

電話番号 _____