

重 要 事 項 説 明 書

社会福祉法人平成会 小規模多機能型居宅介護事業所 となりの縁側おかだ（以下「事業所」）において短期利用型サービスを提供するに先立ち、以下のとおり重要事項を説明いたします。

1. 事業者の概要

名 称	社会福祉法人 平成会		
所在地	長野県塩尻市宗賀 1298-92		
法人種別	社会福祉法人		
代表者名	理事長 小松 瑞樹		
連絡先	電 話	0263-51-6610	FAX 0263-53-5828

2. 事業の目的と運営方針

事業目的	<p>利用者様の心身の状況をふまえて、その有する能力に応じて、その方らしい自立した日常生活が営むことができるように、介護・看護等の日常生活上の援助を行います。</p> <p>在宅での自立した生活を継続できるように居宅サービス計画に沿ったサービス提供に努めます。</p>
運営方針	<p>利用者様及びご家族に対して、サービスの内容および提供方法について十分に説明し、利用者様及びご家族の不安解消ならびにご家族の心身の負担軽減に努めます。</p> <p>居宅介護支援事業者、協力医療機関等及び福祉サービスを提供するものと密接な連携に努めるとともに、関係市町村とも連携を図り、総合的なサービスを提供します。</p>

3. 事業所

名 称	小規模多機能型居宅介護事業所 となりの縁側おかだ		
開設日	平成20年8月1日		
事業者番号	2090200102		
管理者名	丸山 美幸		
所在地	長野県松本市岡田下岡田85番地1		
連絡先	電話	0263-50-8100	FAX 0263-50-8110
宿泊用居室数	8室（短期利用の宿泊用居室は下記のとおり）		定員 登録定員 25名
	<p>※ 短期利用可能な宿泊室は、次の算定式により算出されますので、事業所の登録人数により変わります。</p> <p>【算定式】</p> <p>宿泊室数《8室》×（登録定員《25名》－登録者数《現在数》）÷登録定員《25名》（小数点以下四捨五入）</p>		
共用施設	台所・食堂・居間・洗面所・トイレ・浴室		

4. 営業時間およびサービス提供時間

営業日および営業時間	年中無休（24時間）
------------	------------

5. 職員体制

職 種	員 数	職務内容
管理者	1名	業務の実施状況の管理、その他全般の管理
介護職員	4名以上	日常生活全般に係る介護・生活支援全般 宿泊者がいる場合は1名以上の夜勤
看護職員	※1名	ご利用者の体調管理・主治医との連絡調整等
宿直者	1名	夜間の宿直業務

※看護職員は配置しないことがあります。

6. サービス内容

種 類	内 容
食 事	<ul style="list-style-type: none"> 利用者様の身体状況、嗜好、栄養のバランスに配慮し作成した献立表に基づいて提供します。 食材費は給付対象外です。 食事時間は、利用者様の生活時間を考慮します。概ねの目安は次のとおりです。 朝食：午前7時～午前7時30分 昼食：午後0時～午後1時 夕食：午後6時～午後7時
排 泄	<ul style="list-style-type: none"> 利用者様の状況に応じ排泄の介助と、排泄の自立を促します。
入 浴	<ul style="list-style-type: none"> 利用者様の状況に応じ、適切な入浴の介助と入浴の自立の援助を行います。 入浴サービスの利用は任意です。（入浴回数は週2回程度）
日常生活	<ul style="list-style-type: none"> 離床介助、着替え介助、整容、洗濯、室内清掃
機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> 家事や共同作業等日常生活の中での生活リハビリテーションを実施し、機能の維持・改善に努めます。
レクリエーション	<ul style="list-style-type: none"> 利用者様に対しレクリエーション（教養・娯楽の催し）を提供します。
健康管理 医師手配	<ul style="list-style-type: none"> 血圧測定等、利用者様の全身状態の把握を行います。 利用者様の状況に応じ、適切な医師の往診又は医療機関への受診を手配します。 かかりつけ医・協力医療機関との連携に努めます。 感染症の発生及び蔓延を防ぐために必要な措置を実施します。
相談・援助	<ul style="list-style-type: none"> 利用者様とそのご家族からの相談に誠意をもって応じます。

6. 利用料金

利用料金等は、別に定める料金表のとおりです。

利用月の翌月中旬に請求書を郵送致しますので、請求金額を現金にてご持参下さい。

7. 利用に当たっての留意事項

利用期間	<ul style="list-style-type: none"> 利用の開始にあたって、あらかじめ7日以内（利用者の日常生活上の世話を行う家族等の疾病等やむを得ない事情がある場合は、14日以内）の利用期間を定めます。
面会	<ul style="list-style-type: none"> 日曜、祭日に関わらず午前8時30分～午後8時までです。 下痢・嘔吐症状がある方や風邪気味の方は御面会をお控えください。 感染予防のために手洗い、うがいにご協力をお願いします。
外出	<ul style="list-style-type: none"> 外出をされる場合は、所定の様式（外出・外泊届）を提出してください。
居室の利用 迷惑行為等	<ul style="list-style-type: none"> 設備や備品等は本来の使用方法に従って大切にご利用下さい。これに反した利用により破損等が生じた場合は、賠償していただくことがあります。 騒音・雑音等の他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。 承諾なしに他の利用者の居室に立ち入らないで下さい。
所持品	<ul style="list-style-type: none"> 原則として、貴重品や現金の所持はお控え下さい。 身の回りのものは利用者様にて管理をお願いします。 全ての持ち物にご記名をお願いします。無記名の所持品の紛失については責任を負いかねますのでご了承ください。
その他	<ul style="list-style-type: none"> 衣類等の洗濯については可能な限りご家族のご協力をお願いいたします。 別紙「ご家族様へのお願い」をご確認ください。

8. 協力医療機関

利用中において、お身体等の状態に著しい変化があった場合は、かかりつけ医または下記医療機関に受診していただきます。受診の際は、付き添いや受診手続き等をお願いいたします。

万が一、入院となった場合または状態の変化により利用の継続が困難と判断される場合は、利用期間満了前に利用を中止させていただきます。

名 称	奥平医院
所在地	長野県松本市大手 5-6-17
電話番号	0263-32-2335
診療科	内科・小児科
名 称	小林歯科医院
所在地	長野県松本市岡田町 489-19
電話番号	0263-46-6578
診療科	歯科

9. 非常災害対策

防災訓練	年2回の総合防災訓練を実施します。 その他、随時防災に関するミニ訓練や防災教育を実施し火災等を未然に防ぐとともに万が一の災害時に備えます。
防災設備	自動火災報知機設備・煙感知器・非常通報設備 ガス漏れ火災警報設備・非常灯・誘導灯・消火器・スプリンクラー

10. 苦情申立

当事業所	相談受付担当者：事業所管理者兼計画作成担当者 丸山美幸 ご利用時間 毎日 9：00～18：00 ご利用方法 電話 0263-50-8100 FAX 0263-50-8110 苦情及び心配事等、気兼ねなくご相談ください。
その他	松本市高齢福祉課 0263-34-3000 ほか市町村の介護保険の係 国民健康保険団体連合会 026-238-1580

11. 事故発生時の対応

当事業所では利用者様が安全に、かつ可能な限り自由に安心して暮らせることを目指しています。利用者様の主体性や意思を可能な限り尊重し、身体拘束等、過度の行動制限は原則として行いません。

事故防止のために十分配慮しサービスを提供いたしますが、注意義務を果たしても転倒・転落・誤嚥等のリスクは常にあることご理解ください。ご利用中に事故が発生した場合は、速やかに応急処置等を行うと共に必要に応じて協力医療機関等へ引き継ぎます。

事前に指定された連絡先に連絡し発生時の状況、現在の状態等を連絡いたします。

事故の再発防止のために事故発生 の要因を分析し、対策を講じることにより再発防止に努めます。

12. 運営推進会議

利用者及び市町村職員及び地域住民の代表者に対し提供するサービス内容等を明らかにすると共に、地域との連携を保ち、更にはその提供するサービスの質の確保及び向上を図るために、運営推進会議を設置し概ね2カ月に1回程度開催いたします。

この会議への参加について、ご理解とご協力をお願いいたします。

13. 身体的拘束廃止に向けての取り組み

- ① サービス提供にあたり、利用者または他の利用者の生命または身体を保護するためやむを得ない場合を除き、身体拘束を行いません。
- ② 緊急やむを得ず身体拘束をする場合は、その理由を利用者および代理人などに説明、同意を得ます。

1 4. ご利用の際に留意していただく事項

① 主に看護職員が利用中の健康管理に努めます。ご病気のことなど留意事項がございましたら職員までお知らせください。

なお、服薬中のお薬はご持参ください。

② 所持品の管理

貴重品のお持ち込みはご遠慮ください。

利用者が管理されていた所持品および無記名物品等の紛失につきましては責任を負いかねます。持参される所持品類には全てお名前をご記入ください。

③ ご利用の中止について

体調不良等の理由からご利用をお断りすることがございます。あらかじめご了承ください。

私は、書面に基づいて事業所の職員（職名： _____ 氏名： _____ ）から
上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

利用者 _____ 住 所

氏 名 _____ 印

利用者の家族等 _____ 住 所

氏 名 _____ 印

続 柄 _____