

和が家 日和 重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(指定 第 2090400066 号)

当事業所はご契約者に対して指定小規模多機能型居宅介護サービスを提供します。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します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

◆◆目次◆◆

| | | |
|-----|------------------------------|----|
| 1. | 事業所..... | 1 |
| 2. | 事業所の概要 | 1 |
| 3. | 事業実施地域及び営業時間..... | 3 |
| 4. | 職員の配置状況..... | 4 |
| 5. | 当事業所が提供するサービスと利用料金..... | 4 |
| 6. | 苦情の受付について（契約書第 18 条参照） | 12 |
| 7. | 運営推進会議の設置..... | 13 |
| 8. | 協力医療機関、バックアップ施設..... | 13 |
| 9. | 非常火災時の対応..... | 13 |
| 10. | サービス利用にあたっての留意事項..... | 14 |

1. 事業者

- (1) 法人名 株式会社 和が家
- (2) 法人所在地 長野県岡谷市湖畔 4-1-27
- (3) 電話番号 0266-75-2606
- (4) 代表者氏名 代表取締役 今井 祐輔
- (5) 設立年月日 平成 20 年 7 月 24 日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定小規模多機能型居宅介護事業所
平成 24 年 2 月 1 日指定 市町村 2090400066 号
- (2) 事業所の目的
住み慣れた地域で生活するために、介護保険法令に従い利用者が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、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サービスを提供します。
- (3) 事業所の名称 和が家 日和
- (4) 事業所の所在地 長野県岡谷市山手町 1-1-22
- (5) 電話番号 0266-75-2708
- (6) 事業所長（管理者）氏名 三井 泉
- (7) 当事業所の運営方針
利用者一人ひとりの人格を尊重し、住み慣れた地域での生活を継続することができるよう、地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、利用者の心身の状況、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、訪問サービス及び宿泊サービスを柔軟に組み合わせることにより、地域での暮らしを支援します。
- (8) 開設年月 平成 24 年 2 月 1 日
- (9) 登録定員 29 人
(通いサービス定員 18 人、宿泊サービス定員 9 人)

- (10)居室等の概要 当事業所では、以下の居室・設備をご用意しています。
 宿泊サービスの際に利用される居室は原則個室です。

| 居室・設備の種類 | | 室数 | 備考 |
|----------|------|--------------------------|----------------------|
| 宿泊室 | 個室 | 9室 | 全室エアコン、介護用ベッド、チェスト完備 |
| | 2人部屋 | 0室 | |
| | 合計 | 9室 | |
| 居間 | | あり（共用） | |
| 食堂 | | あり（共用） | |
| 台所 | | あり（共用） | |
| 浴室 | | あり 2箇所 | |
| 消防設備 | | スプリンクラー設置、非常通報装置設置、消火器設置 | |
| 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必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

- (1) 通常の事業の実施地域 岡谷市 下諏訪町

※上記以外の地域の方は原則として当事業所のサービスを利用できません。

- (2) 営業日及び営業時間

| | | | |
|--------|------|-------|---------|
| 営業日 | 年中無休 | | |
| 通いサービス | 月～日 | 8時30 | ～ 17時30 |
| 訪問サービス | 随時 | | |
| 宿泊サービス | 月～日 | 17時30 | ～ 8時30 |

※受付・相談については、8時30～17時30です。

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定小規模多機能型居宅介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

＜主な職員の配置状況＞※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

| 従業者の職種 | 常勤 | 非常勤 | 常勤換算 | 指定基準 | 職務の内容 |
|--------------|------|------|-------|------|--------------|
| 1. 事業所長（管理者） | 1人 | 人 | | 1人 | 事業内容調整 |
| 2. 介護支援専門員 | 0.5人 | 0.5人 | | 1人 | サービスの調整・相談業務 |
| 3. 介護職員 | 3人 | 8人 | 8.48人 | 6～8人 | 日常生活の介護・相談業務 |
| 4. 看護職員 | 0人 | 1.8人 | 1.5人 | 1人 | 健康チェック等の医療業務 |

※ 常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数（例：週40時間）で除した数です。（例）週8時間勤務の介護職員が5名いる場合、常勤換算では、1人（8時間×5人÷40時間＝1人）とまります。

＜主な職種の勤務体制＞

| 職種 | 勤務体制 |
|------------|---|
| 1. 管理者 | 勤務時間： 8：30 ～ 17：30 |
| 2. 介護支援専門員 | 勤務時間： 8：30 ～ 17：30 |
| 3. 介護職員 | 主な勤務時間： 8：30 ～ 17：30 15：00 ～ 24：00、10：30～19：30 夜間の勤務時間： 24：00 ～ 9：00、16：00～9：00 その他、利用者の状況に対応した勤務時間を設定します。 |
| 4. 看護職員 | 勤務時間： 8：30 ～ 17：30 |

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、以下の2つの場合があります。

- | |
|---|
| 1.利用料金が介護保険から給付される場合（介護保険の給付の対象となるサービス） |
| 2.利用料金の金額をご契約者に負担いただく場合（介護保険の給付対象とならないサービス） |

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第4条参照）＊

以下のサービスについては、利用料金の9割-7割が介護保険から給付され、利用者の自己負担は費用全体の1-3割の金額となります。ア～ウのサービスを具体的にそれぞれどのような頻度、内容で行うかについては、ご契約者と協議の上、小規模多機能型居宅介護計画に定めます。（(5)参照）。

＜サービスの概要＞

ア 通いサービス

事業所のサービス拠点において、食事や入浴、排せつ等の日常生活上の世話や機能訓練を提供します。

①食事

- ・ 食事の提供及び食事の介助をします。
- ・ 調理場で利用者が調理することができます。
- ・ 食事サービスの利用は任意です。

②入浴

- ・ 入浴または清拭を行います。
- ・ 衣服の着脱、身体の清拭、洗髪、洗身の介助を行います。
- ・ 入浴サービスの利用は任意です。

③排せつ

- ・ 利用者の状況に応じて適切な排せつの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。

④機能訓練

- ・ 利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。

⑤健康チェック

- ・ 血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。

⑥送迎サービス

- ・ ご契約者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。

イ 訪問サービス

- ・ 利用者の自宅にお伺いし、食事や入浴、排せつ等の日常生活上の世話や機能訓練を提供します。
- ・ 訪問サービス実施のための必要な備品等（水道、ガス、電気を含む）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って、次に該当する行為はいたしません。

①医療行為

②ご契約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飲酒及びご契約者もしくはその家族等の同意なしに行う喫煙

④ご契約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その他契約者もしくはその家族等に行う迷惑行為

ウ 宿泊サービス

- ・ 事業所に宿泊していただき、食事、入浴、排せつ等の日常生活上の世話や機能訓練を提供します。

＜サービス利用料金＞（契約書第5条参照）

① 通い・訪問・宿泊（介護費用分）すべてを含んだ一月単位の包括費用の額
利用料金は1か月ごとの包括費用（定額）です。

下記の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払いください（サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります）。

| サービス利用料金＜円＞ | | | | | | | |
|-------------------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 介護度 | 要支援1 | 要支援2 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
| | 34500 | 69720 | 104580 | 153700 | 223590 | 246770 | 272090 |
| サービス利用に係る自己負担額＜円＞ | | | | | | | |
| 1割負担の方 | 3450 | 6972 | 10458 | 15370 | 22359 | 24677 | 27209 |
| 2割負担の方 | 6900 | 13944 | 20916 | 30740 | 44718 | 49354 | 54418 |
| 3割負担の方 | 10350 | 20916 | 31374 | 46110 | 67077 | 74031 | 81627 |
| 介護保険から給付される金額＜円＞ | | | | | | | |
| 1割負担の方 | 31050 | 62748 | 94122 | 138330 | 201231 | 222093 | 244881 |
| 2割負担の方 | 27600 | 55776 | 83664 | 122960 | 178872 | 197416 | 217672 |
| 3割負担の方 | 24150 | 48804 | 73206 | 107590 | 156513 | 172739 | 190463 |

- ☆ 月ごとの包括料金ですので、契約者の体調不良や状態の変化等により小規模多機能型居宅介護計画に定めた期日よりも利用が少なかった場合、または小規模多機能型居宅介護計画に定めた期日よりも多かった場合であっても、日割りでの割引または増額はいたしません。
- ☆ 月途中から登録した場合または月途中から登録を修了した場合には、登録した期間に応じて日割りした料金をお支払いいただきます。なお、この場合の「登録日」及び「登録終了日」とは、以下の日を指します。
登録日・・・利用者が当事業所と利用契約を結んだ日ではなく、通い、訪問、宿泊のいずれかのサービスを実際に利用開始した日
登録終了日・・・利用者と当事業所の利用契約を終了した日
- ☆ ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要とまる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。
- ☆ ご契約者に提供する食事及び宿泊に係る費用は別途いただきます。（下記（2）ア及びイ参照）
- ☆ 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。
- ☆ 介護保険負担割合証を確認させていただきます。

② 加算（1日につき）

②-1

| | |
|----------------------|-----|
| 初期加算<30日まで | |
| サービス利用料金<円> | |
| 一日あたり | 300 |
| サービス利用に係る自己負担額<円> | |
| 1割負担の方 | 30 |
| 2割負担の方 | 60 |
| 3割負担の方 | 90 |
| 介護保険から給付される金額<円> | |
| 1割負担の方 | 270 |
| 2割負担の方 | 240 |
| 3割負担の方 | 210 |

小規模多機能型居宅介護事業所に登録した日から起算して30日以内の期間については、初期加算として下記のとおり加算分の自己負担が必要とまります。30日を超える入院をされた後に再び利用を開始した場合も同様です。

②-2-1

②-2-2

| | | | |
|----------------------|------|--|------|
| 若年性認知症利用者受入加算 | | 介護予防小規模多機能型居宅介護 若年性認知症利用者受入加算 | |
| サービス利用料金<円> | | サービス利用料金<円> | |
| 一カ月 | 8000 | 一カ月 | 4050 |
| サービス利用に係る自己負担額<円> | | サービス利用に係る自己負担額<円> | |
| 1割負担の方 | 800 | 1割負担の方 | 405 |
| 2割負担の方 | 1600 | 2割負担の方 | 810 |
| 3割負担の方 | 2400 | 3割負担の方 | 1215 |
| 介護保険から給付される金額<円> | | 介護保険から給付される金額<円> | |
| 1割負担の方 | 7200 | 1割負担の方 | 3645 |
| 2割負担の方 | 6400 | 2割負担の方 | 3240 |
| 3割負担の方 | 5600 | 3割負担の方 | 2835 |

②-3-1

②-3-2

| | | | |
|--------------------|----|-------------------------|------|
| 栄養スクリーニング加算 | | 認知症行動・心理症状緊急対応加算 | |
| サービス利用料金<円> | | サービス利用料金<円> | |
| 1回 | 50 | 一カ月 | 2000 |
| サービス利用に係る自己負担額<円> | | サービス利用に係る自己負担額<円> | |
| 1割負担の方 | 5 | 1割負担の方 | 200 |
| 2割負担の方 | 10 | 2割負担の方 | 400 |
| 3割負担の方 | 15 | 3割負担の方 | 600 |
| 介護保険から給付される金額<円> | | 介護保険から給付される金額<円> | |
| 1割負担の方 | 45 | 1割負担の方 | 1800 |
| 2割負担の方 | 40 | 2割負担の方 | 1600 |
| 3割負担の方 | 35 | 3割負担の方 | 1400 |

②-4-1

| 口腔・栄養スクリーニング加算 | |
|-------------------|-----|
| サービス利用料金<円> | |
| 1回 | 200 |
| サービス利用に係る自己負担額<円> | |
| 1割負担の方 | 20 |
| 2割負担の方 | 40 |
| 3割負担の方 | 60 |
| 介護保険から給付される金額<円> | |
| 1割負担の方 | 180 |
| 2割負担の方 | 160 |
| 3割負担の方 | 140 |

②-4-2

| 科学的介護推進体制加算 | |
|-------------------|-----|
| サービス利用料金<円> | |
| 一カ月 | 400 |
| サービス利用に係る自己負担額<円> | |
| 1割負担の方 | 40 |
| 2割負担の方 | 80 |
| 3割負担の方 | 120 |
| 介護保険から給付される金額<円> | |
| 1割負担の方 | 360 |
| 2割負担の方 | 320 |
| 3割負担の方 | 280 |

②-5

| 看取り連携体制加算 | |
|-------------------|-----|
| 死亡日および死亡日の30日以内に | |
| サービス利用料金<円> | |
| 1日あたり | 640 |
| サービス利用に係る自己負担額<円> | |
| 1割負担の方 | 64 |
| 2割負担の方 | 128 |
| 3割負担の方 | 192 |
| 介護保険から給付される金額<円> | |
| 1割負担の方 | 576 |
| 2割負担の方 | 512 |
| 3割負担の方 | 448 |

②-6

| 認知症加算 | | | | |
|-------------------|---------|----------|-----------|----------|
| | 認知症加算 I | 認知症加算 II | 認知症加算 III | 認知症加算 IV |
| サービス利用料金<円> | | | | |
| 一カ月 | 9200 | 8900 | 7600 | 4600 |
| サービス利用に係る自己負担額<円> | | | | |
| 1割負担の方 | 920 | 890 | 760 | 460 |
| 2割負担の方 | 1840 | 1780 | 1520 | 920 |
| 3割負担の方 | 2760 | 2670 | 2280 | 1380 |
| 介護保険から給付される金額<円> | | | | |
| 1割負担の方 | 8280 | 8010 | 6840 | 4140 |
| 2割負担の方 | 7360 | 7120 | 6080 | 3680 |
| 3割負担の方 | 6440 | 6230 | 5320 | 3220 |

②-7

| 看護職員配置加算 | | | |
|-------------------|---------------|---------------|---------------|
| | 看護職員配置 加算Ⅰ | 看護職員配置 加算Ⅱ | 看護職員配置 加算Ⅲ |
| サービス利用料金<円> | | | |
| 一カ月 | 9000 | 7000 | 4800 |
| サービス利用に係る自己負担額<円> | | | |
| 1割負担の方 | 900 | 700 | 480 |
| 2割負担の方 | 1800 | 1400 | 960 |
| 3割負担の方 | 2700 | 2100 | 1440 |
| 介護保険から給付される金額<円> | | | |
| 1割負担の方 | 8100 | 6300 | 4320 |
| 2割負担の方 | 7200 | 5600 | 3840 |
| 3割負担の方 | 6300 | 4900 | 3360 |

②-8

| 生活機能向上連携加算 | | |
|-------------------|-----------------|-----------------|
| | 生活機能向上連 携加算Ⅰ | 生活機能向上連携 加算Ⅱ |
| サービス利用料金<円> | | |
| 一カ月 | 1000 | 2000 |
| サービス利用に係る自己負担額<円> | | |
| 1割負担の方 | 100 | 200 |
| 2割負担の方 | 200 | 400 |
| 3割負担の方 | 300 | 600 |
| 介護保険から給付される金額<円> | | |
| 1割負担の方 | 900 | 1800 |
| 2割負担の方 | 800 | 1600 |
| 3割負担の方 | 700 | 1400 |

*②-9

| 訪問体制強化加算 | |
|-------------------|-------|
| サービス利用料金<円> | |
| 一カ月 | 10000 |
| サービス利用に係る自己負担額<円> | |
| 1割負担の方 | 1000 |
| 2割負担の方 | 2000 |
| 3割負担の方 | 3000 |
| 介護保険から給付される金額<円> | |
| 1割負担の方 | 9000 |
| 2割負担の方 | 8000 |
| 3割負担の方 | 7000 |

*②-10

| サービス提供体制強化加算 | | | |
|-------------------|---------------|---------------|---------------|
| | サービス提供体制強化加算Ⅰ | サービス提供体制強化加算Ⅱ | サービス提供体制強化加算Ⅲ |
| サービス利用料金<円> | | | |
| 一カ月 | 7500 | 6500 | 3500 |
| サービス利用に係る自己負担額<円> | | | |
| 1割負担の方 | 750 | 650 | 350 |
| 2割負担の方 | 1500 | 1300 | 700 |
| 3割負担の方 | 2250 | 1950 | 1050 |
| 介護保険から給付される金額<円> | | | |
| 1割負担の方 | 6750 | 5850 | 3150 |
| 2割負担の方 | 6000 | 5200 | 2800 |
| 3割負担の方 | 5250 | 4550 | 2450 |

*②-11

| 総合マネジメント体制加算 | | |
|-------------------|---------------|---------------|
| | 総合マネジメント体制加算Ⅰ | 総合マネジメント体制加算Ⅱ |
| サービス利用料金<円> | | |
| 一カ月 | 12000 | 8000 |
| サービス利用に係る自己負担額<円> | | |
| 1割負担の方 | 1200 | 800 |
| 2割負担の方 | 2400 | 1600 |
| 3割負担の方 | 3600 | 2400 |
| 介護保険から給付される金額<円> | | |
| 1割負担の方 | 10800 | 7200 |
| 2割負担の方 | 9600 | 6400 |
| 3割負担の方 | 8400 | 5600 |

*②-12

| 介護職員等処遇体制加算 | | | | |
|--|----------------|--------------|--------------|--------------|
| | 介護職員等処遇体制加算Ⅰ | 介護職員等処遇体制加算Ⅱ | 介護職員等処遇体制加算Ⅲ | 介護職員等処遇体制加算Ⅳ |
| 〈1か月の基本報酬と各種加算・減算を合計した単位数に、加算率を掛けることで算定〉 | | | | |
| | 14.9% | 14.6% | 13.4% | 10.6% |
| サービス利用に係る自己負担額(1-3割) | 合算数による負担となります。 | | | |

*②-9.10.11.12 の加算について、限度支給基準額に含まれません

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第5条参照）＊

以下のサービスは、利用料金の金額がご契約者の負担とまります。

<サービスの概要と利用料金>

ア 食事の提供（食事代）

ご契約者に提供する食事に要する費用です。

料金：朝食： 350円 昼食： 650円 夕食 500円

イ 宿泊に要する費用

ご契約者に提供する宿泊サービスの宿泊に要する費用です。

2200円

ウ 通常の事業の実施地域以外のご契約者に対する送迎費及び交通費

通常の事業の実施地域以外のご契約者に対する送迎費及び交通費です。

通常の事業の実施地域を越えて行う小規模多機能型居宅介護に要した交通費及び送迎にかかる費用は、その実費を徴収する。なお、自動車を使用した場合の交通費及び送迎にかかる費用は次のとおりです。

① 片道おおむね7キロメートル未満 200円

② 片道おおむね7キロメートル以上10キロメートル未満 350円

③ 片道おおむね10キロメートル以上の場合は、3キロメートル毎に100円

エ おむつ代

実費

オ レクリエーション、クラブ活動

ご契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。利用料金：材料代等の実費をいただきます。

カ 洗濯費用

契約者(通い・宿泊)に要する費用です。

1回 300円

☆ 経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2か月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法（契約書第5条参照）

前期（1）、（2）の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し次のいずれかの方法により翌月27日までにお支払いください。

①事業所での現金支払 ②銀行振込み ③自動口座引落とし

【銀行振込の場合】

諏訪信用金庫 川岸支店

普通預金 No.1034987 名義) 株式会社和が家 代表取締役 今井 祐輔

(4) 利用の中止、変更、追加 (契約書第6条参照)

- ☆ 小規模多機能型居宅介護サービスは、小規模多機能型居宅介護計画に定められた内容を基本としつつ、契約者の日々の様態、希望等を勘案し、適時適切に通いサービス、訪問サービスまたは宿泊サービスを組み合わせて介護を提供するものです。
- ☆ 利用予定日の前に、ご契約者の都合により、小規模多機能型居宅介護サービスの利用を中止または変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。
この場合には原則としてサービスの実施日の前日までに事業者申し出て下さい。
- ☆ 5.(1)の介護保険の対象となるサービスについては、利用料金は1か月ごとの包括費用(定額)のため、サービスの利用回数等を変更された場合も1ヶ月の利用料は変更されません。ただし、5(2)の介護保険の対象外のサービスについては、利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。ただしご契約者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

| | |
|-----------------------|-------------------------------|
| 利用予定日の前日までに申し出があった場合 | 無料 |
| 利用予定日の前日までに申し出がなかった場合 | 当日の利用料金 (自己負担相当額)の 100% |

- ☆ サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約者の希望する日時にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

(5) 小規模多機能型居宅介護計画について

小規模多機能型居宅介護サービスは、利用者一人ひとりの人格を尊重し、住み慣れた地域での生活を継続することができるよう、地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、利用者の心身の状況、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、訪問サービス及び宿泊サービスを柔軟に組み合わせることにより、地域での暮らしを支援するものです。

事業者は、ご契約者の状況に合わせて適切にサービスを提供するために、ご契約者と協議の上で小規模多機能型居宅介護計画を定め、またその実施状況を評価します。計画の内容及び評価結果等は書面に記載してご契約者に説明の上交付します。

6. 苦情の受付について（契約書第18条参照）

（1）当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者） 松原 清志

[職名] 介護支援専門員

○受付時間 毎週 月曜日～ 金曜日

8：30 ～ 17：30

○苦情解決担当者 松原 清志

[職名] 介護支援専門員

○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期間

| | |
|-----------------|--------------------------------------|
| 岡谷市役所 介護福祉課 | 所在地 岡谷市幸町8-1 電話番号 0266-23-4811 |
| 下諏訪町役場 健康福祉課 | 所在地 下諏訪町 4613-8 電話番号 0266-27-1111 |

| | |
|--------------|--|
| 諏訪広域連合 介護保険課 | 所在地 茅野市塚原2-6-1 電話番号 0266-82-8161 |
| 国民健康保険団体連合会 | 所在地 長野市西長野町143-8 長野県自治会館 電話番号 026-238-1550 |

7. 運営推進会議の設置

当事業所では、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設置しています。

| |
|---|
| <p><運営推進会議></p> <p>構 成：利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、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者等</p> <p>開 催：随月で開催。</p> <p>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。</p> |
|---|

8. 緊急時の対応方法、協力医療機関、バックアップ施設

利用者の家族に連絡し、家族の指示に従います。また、急病等で救急を必要とした場合は主治医・家族に連絡して救急車の出動を依頼します。

また、当事業所は、各利用者の主治医との連携を基本としつつ、病状の急変等に備えて以下の医療機関を協力医療機関として連携体制を整備しています。

<協力医療機関・施設>

市立岡谷病院 所在地 長野県岡谷市本町4丁目11-33

TEL 0266-23-8000

9. 非常火災時の対応

非常火災時には、別途定める消防計画に則って対応を行います。また、避難訓練を年2回、契約者も参加して行います。

岡谷消防署への届出日：平成24年2月1日

防火管理者：平出 真一郎

<消防用設備> *建物の状況に合わせて、必要な消防用設備が整備されていることを記載してください。

- ・自動火災報知機
- ・非常通報装置
- ・非常用照明
- ・スプリンクラー
- ・誘導灯
- ・消火器

10. 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。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
- 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- 事業所内での他の利用者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。

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の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

和が家 日和

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、指定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

代筆者住所

氏名 印