

小規模多機能型居宅介護事業所 桜おかだ

重要事項説明書

小規模多機能型居宅介護事業所 桜おかだは、ご契約者に（以後、「ご利用者」）
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通り説明します。

1. 事業者

| | |
|----------|-------------------------|
| 法人名 | 社会福祉法人 雄勝なごみ会 |
| 法人所在地 | 秋田県湯沢市小野字大沢田 2 2 1 番地 |
| 電話番号 | 0 1 8 3 - 5 2 - 5 2 1 0 |
| F A X 番号 | 0 1 8 3 - 5 2 - 5 2 1 1 |
| 代表者名 | 理事長 栗林 孝得 |
| 設立年月 | 昭和 5 6 年 5 月 2 7 日 |

2. 事業所の概要

| | |
|-----------|---|
| 事業所の種類 | 指定小規模多機能型居宅介護 平成 2 0 年 4 月 1 日指定 第 0590700035 号 |
| 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、 ご用者が自宅で可能な限り暮らし続けられるような生活支 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。 |
| 事業所の名称 | 小規模多機能型居宅介護事業所 桜おかだ |
| 事業所の所在地 | 秋田県湯沢市岡田町 1 4 番 2 0 号 |
| 電話番号 | TEL 0 1 8 3 - 7 2 - 8 7 1 7 FAX 0 1 8 3 - 7 2 - 8 7 1 8 |
| 管理者氏名 | 高橋 恭子 |
| 当事業所の運営方針 | ご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 動の参加を図り、ご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、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。 |
| 開設年月 | 平成 2 0 年 4 月 1 日 |
| 登録定員 | 2 5 人（通いサービス定員 1 5 人 宿泊サービス定員 8 人） |

居室等の概要 当事業所では、以下の居室・設備をご用意しております。

| 居室・設備の種類 | | 室数 | 備考 |
|----------|------|------------|----|
| 宿泊室 | 個室 | 8室 | |
| | 2人部屋 | 0室 | |
| | 合計 | 8室 | |
| 居間 | | | |
| 食堂 | | | |
| 台所 | | | |
| 浴室 | | 一般浴、小型介護浴槽 | |

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 実施地域 湯沢市内

(2) 営業日及び営業時間

| | |
|--------|-------------------------------|
| 営業日 | 天災その他やむを得ず業務を遂行できない日を除き毎日とする。 |
| 通いサービス | 午前9時30分～午後4時 |
| 訪問サービス | 随時 |
| 宿泊サービス | 午後4時～ 午前10時 |

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用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。

| 職員の職種 | 員数 | 常勤 | | 非常勤 | | 職務の内容 |
|------------|----|----|----|-----|----|--------------|
| | | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | |
| 1. 管理者 | 1 | | 1 | | | 事業内容調整 |
| 2. 介護支援専門員 | 1 | | 1 | | | サービスの調整・相談業務 |
| 3. 介護職員 | 14 | 10 | | 4 | | 日常生活の介護 |
| 4. 看護職員 | 1 | 1 | | | | 健康チェック等の医療業務 |

5. 勤務の体制

| | |
|-------|----|
| 日中の体制 | 7人 |
| 夜間の体制 | 1人 |

6. 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。

☆介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の9割が介護保険から給付され、ご利用者の自己負

担は費用全体の1割の金額となります。(一定以上所得のある方は2割負担) サービスを具体的にそれぞれどのような頻度、内容で行うかは、ご利用者と協議の上、小規模多機能型居宅介護計画に定めます。

(1) 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。

| | | |
|--------|---------|---|
| 通いサービス | 日常生活の援助 | ・日常生活動作能力に応じて、必要な介助を行います。 |
| | 健康チェック | ・血圧測定等ご利用者の全身状態の把握を行います。 |
| | 機能訓練 | ・ご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。 |
| | 食事支援 | ・食事の提供及び食事の介助をします。 ・台所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。 |
| | 入浴支援 | ・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。 |
| | 排せつ支援 | ・ご利用者の状況に応じて適切な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。 |
| | 送迎サービス | ・ご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。 |

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、安否確認等を提供します。

| | |
|--------|---|
| 訪問サービス | <ul style="list-style-type: none"> ・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。 <ul style="list-style-type: none"> ① 医療行為 ② ご利用者もしくは家族等からの金銭または物品の授受 ③ ご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 ④ 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。

(2) サービス利用料金

① 保険給付サービス利用料金

通い・訪問・宿泊すべてを含んだ一月単位の包括費用の額となります。

| | |
|----------|---|
| 保険給付サービス | <ul style="list-style-type: none"> ・要介護度別に応じて定められた金額から、介護保険給付額を除いた金額がご利用者負担額となります。 ・1ヵ月ごとの月額制となっています。 ・介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額にあわせて、ご利用者の負担額を変更します。 |
| | <ul style="list-style-type: none"> ・月途中から登録した場合、または月途中から登録を終了した場合には、登録した期間に応じて、日割りの料金をお支払いいただきます。登録日とはご利用者と事業所が契約を締結した日ではなく、サービスを実際利用した日 登録終了日とはご利用者と事業所の利用契約を終了した日 |

| 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 |
|--------------------------------|--------------------|--------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| 1. サービス 利用料金 | 34,030 | 68,770 | 103,200 | 151,670 | 220,620 | 243,500 | 268,490 |
| 2. うち、介護保 険から給付さ れる金額 | 30,627 | 61,893 | 92,880 | 136,503 | 198,558 | 219,150 | 241,641 |
| 3. サービス利用に 係る自己負担額 (1-2) | 3,403 円 | 6,877 円 | 10,320 円 | 15,167 円 | 22,062 円 | 24,350 円 | 26,849 円 |

② 初期加算（1日あたり）

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なります。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。

| | |
|------------------------|----------------------------|
| 1. 加算対象サービスとサービス料金 | 初期加算（30日まで） 300円（1日あたり） |
| 2. うち、介護保険から給付される金額 | 270円（1日あたり） |
| 3. サービス利用に係る自己負担額（1-2） | 30円（1日あたり） |

③ その他の加算

| | | | |
|------------------|---------|--------|---------|
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ | 640単位/月 | 認知症加算Ⅰ | 800単位/月 |
| 看護職員配置加算Ⅱ | 700単位/月 | 認知症加算Ⅱ | 500単位/月 |

※サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ：介護福祉士が50%以上配置されている。

※看護職員配置加算Ⅱ：常勤かつ専従の准看護師を1名以上配置している。

※認知症加算Ⅰ 主治医意見書認知症自立度Ⅲ以上

認知症加算Ⅱ 要介護2で主治医意見書認知症自立度Ⅱに該当する。

（3）介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

| | | | | |
|----------|--|---------|---------|---------|
| ア. 食事の提供 | ご利用者に提供する食事に関する費用です。（1食あたり） | | | |
| | 朝食 300円 | 昼食 500円 | 夕食 500円 | おやつ100円 |
| イ. 宿泊の提供 | ご利用者に提供する宿泊サービスに関する費用です。（1泊あたり） | | | |
| | 1泊 1,500円 | | | |
| ウ. その他 | オムツ代、レクリエーション代、理美容代等日常生活において通常必要となる費用で、ご利用者が負担することが適当と認められる費用は自己負担となります。事業の実施地域以外の送迎・交通費についてはご相談に応じます。 | | | |

（4）利用料金のお支払い方法

料金・費用については1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので翌月25日にゆうちょ銀行か北都銀行より、自動引き落としになります。

（5）利用の中止、変更、追加

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、ご利用者の日々の様態、希望等を勘案し、適時適切に通いサービス、訪問サービス又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、ご利用者の都合により、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へ申し出てください。

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ヶ月ごとの包括費用（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、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 | 実費相当 |

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ご利用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ご利用者に提示して協議します。

7. 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、ご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、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。

事業所は、ご利用者の状況に合わせて適切にサービスを提供するために、ご利用者と相談した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。

8. 協力医療機関及び協力施設について

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

| | |
|--------|--|
| 協力医療機関 | 高橋胃腸科クリニック 湯沢市千石町2丁目1-7 T e l 0183 - 79 - 5355 |
| | 秋田県厚生連雄勝中央病院 湯沢市山田字勇ヶ岡25 T e l 0183 - 73 - 5000 |
| 協力歯科機関 | 佐藤歯科医院 湯沢市前森1丁目2-11 T e l 0183 - 73 - 2720 |
| 協力施設 | 特別養護老人ホームサン・グリーンゆざわ 湯沢市裏門1丁目2番19号 T e l 0183 - 72 - 6688 |
| | サン・グリーンゆざわサテライト型特別養護老人ホーム桜おかだ 湯沢市岡田町226-1 T e l 0183 - 72 - 8787 |
| | 特別養護老人ホーム平成園 湯沢市小野字大沢田221番地 T e l 0183 - 52 - 5210 |
| | 複合施設 ばあとなあ 湯沢市字両神15番地1 T e l 0183 - 72 - 8107 |

9. 苦情の受付について

当事業所における苦情の受付

(1) 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） 管理者 高橋 恭子

○受付時間 午前8時30分～午後5時15分

また、苦情受付ボックスを事業所内に設置しています。

○苦情解決第三者委員

| |
|---------|
| 氏 名 |
| 柿 崎 清 |
| 高 階 順 子 |
| 根 岸 ゆり子 |

第三者委員の方々の連絡先については、施設内に掲示してあります。
また、電話や文書尾での問い合わせにも対応しています。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

| | |
|----------------------------------|---|
| 湯沢市・市役所 福祉保健部 高齢介護班 | 所在地： 湯沢市佐竹町1番1 電 話： 0183-73-2111 |
| 秋田県国民健康保険団体連合会 | 所在地： 秋田市山王4丁目2-3 電 話： 018-883-1550 |
| 秋田県福祉サービス相談センター (秋田県運営適正化委員会) | 所在地： 秋田県秋田市旭北栄町1-5 電 話： 018-864-2726 |

10. 非常災害時の対策

| | |
|------------|-----------------------------|
| 非常災害時の対応方法 | 防災計画に従います |
| 避 難 訓 練 | 年2回火災・地震を想定した訓練を行います |
| 防 災 設 備 | 非常口・スプリンクラー・自動火災報知機 消火器具 |
| 協 力 体 制 | 町内会及び湯沢消防団の協力体制について確保しています。 |

11. 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、サービスの質の確保及び適切な運営をするため推進会議を設置します。

| | |
|-------|--|
| 委員の構成 | ご利用者、ご利用者家族、地域住民の代表者 民生委員、行政、小規模多機能型居宅介護について知見を有する者 |
| 開 催 | 2ヶ月に1回とします |
| 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 |

1 2. 緊急時の対応

サービス提供時にご利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医や協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。

1 3. 事故発生時の対応

サービス提供時により事故が発生した場合には、ご家族、保険者、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

1 4. 守秘義務に関する対策

事業者及び従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します。

また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

1 5. 身体拘束の禁止について

原則として、ご利用者を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。

ただし、緊急やむを得ない理由により、拘束せざるを得ない場合には事前にご利用者及びご家族へ十分説明し、同意を得るとともに、その様態及び時間、その際のご利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

1 6. 利用者の尊厳

ご利用者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、従業者教育を行います。

1 7. サービス利用にあたっての留意事項

- 利用者及びその家族は体調の変化があった際には事業所の従業者にご連絡ください。
- 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。
- 従業者に対する贈物や飲食のもてなしは、お受けできません。
- 事業所内での金銭及び食物等のやりとりは、ご遠慮ください。
- 他のご利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- 所持金品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に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

小規模多機能型居宅介護事業所 桜おかだ 重要事項説明書

平成 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当たり、ご利用者に対して小規模多機能型居宅介護事業所 桜おかだ 重要事項説明書に基づいて説明を行い交付しました。

社会福祉法人 雄勝なごみ会
小規模多機能型居宅介護事業所 桜おかだ

説明者

職 名 管理者 氏名 _____ 印

私は、事業者から指定小規模多機能型居宅介護事業所 桜おかだ 重要事項説明書に基づいて説明を受け、サービスの提供について同意しました。

ご利用者

住 所 _____

氏 名 _____ 印

ご家族または代理人

住 所 _____

氏 名 _____ 印(続柄 _____)

TEL _____