

重要事項説明書

《指定小規模多機能型居宅介護・指定介護予防小規模多機能型居宅介護》

1 事業者

- | | |
|---------------|-----------------|
| (1) 法人名 | 特定非営利活動法人 おいなんよ |
| (2) 法人所在地 | 長野県飯田市桜町1-9-1 |
| (3) 電話番号 | 0265-23-1803 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 佐藤 敏子 |
| (5) 介護保険事業所番号 | 2090500188 |
| (6) 設立年月日 | 平成15年5月16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
指定介護予防小規模多機能型居宅介護

- (2) 事業所の目的・運営方針

<目的>

指定地域密着型サービスに該当する小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護の事業は、要介護者について、その居宅において当事業所に通わせ、もしくは短期間宿泊させ、場合によっては従業員が訪問し、当該拠点において、家庭的な環境と地域住民との交流の下で、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行なうことにより、利用者がその能力に応じその居宅において自立した日常生活を営むことができるようにすることを目的とする。

<方針>

- ①利用者の要介護状態の軽減または悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行なうこととする。
- ②自ら提供する小規模多機能型居宅介護の質の評価を行なうと共に、定期的に外部の者による評価を受けて、それらの結果を公表し、常にその改善を図る。

- | | |
|---------------|--------------------|
| (3) 事業所の名称 | サテライト三日市場 |
| (4) 事業所の所在地 | 長野県飯田市三日市場1291番地31 |
| (5) 電話番号 | 0265-25-0246 |
| (6) 事業所長(管理者) | 福澤 直美 |
| (7) 開設年月日 | 平成27年 3月1日 |
| (8) 利用定員 | 18人(登録利用定員) |
| | 11人(通いの1日あたりの利用定員) |
| | 4人(宿泊の1日あたりの利用定員) |

3 事業実施地域および営業時間

- | | |
|----------------|---------------|
| (1) 通常の事業の実施地域 | 飯田市 |
| (2) 営業日および営業時間 | 24時間365日 年中無休 |

4 職員の配置状況

事業所長（管理者）	1 名（常勤・介護と兼務）	1 名
計画作成担当者	1 名以上（常勤・介護と兼務）	1 名
介護職員	7 名（常勤・非常勤）	利用者 3 名に対し 1 名＋ 訪問介護対応 1 名
看護職員	常勤 1 名以上	1 名

＊職員の配置については、指定基準を遵守しています。

5 居室等の概要

居室・設備の種類	室 数	備 考
居間兼食堂	3 室	日中は通所として利用
宿泊室	3 室	個室 2 ・ 2 人部屋 2
浴室	1 ヶ所	一般浴（シャワーチェア等）
トイレ	3 ヶ所	

6 サービス内容

（１） 通いサービス

身体介護、入浴サービス、食事サービス、アクティビティ・サービス
（レクリエーション、グループワーク、機能訓練、体操、行事的活動、養護）
送迎サービス、生活指導、相談、助言等

（２） 宿泊サービス

身体介護、食事サービス、就寝、起床介護等

（３） 訪問サービス

身体介護、生活援助、見守り、声掛け、相談、助言等

（４） 居宅サービス計画の作成

7 利用料金

（１） 基本利用料（１ヶ月定額料金）

要介護度	サービス利用料金	自己負担額
要支援 1	34,500 円	3,450 円
要支援 2	69,720 円	6,972 円
要介護 1	104,580 円	10,458 円
要介護 2	153,700 円	15,370 円
要介護 3	223,590 円	22,359 円
要介護 4	246,770 円	24,677 円
要介護 5	272,090 円	27,209 円

＊ なお、月の途中からサービスを開始、あるいは入院等で契約解除となった場合は、その日をもって日割り計算といたします。

＊ ただし、入院中も契約を継続することは可能です。その際は、基本料金の 1 割を負担して頂きます。

(2) 各種加算

加 算	加算料金	自己負担額	備 考
初期加算(1日あたり)	300円	30円 (1日あたり)	登録した日から起算して30日以内の期間について、入院、外泊期間を除き加算
認知症加算(Ⅲ) 〃 (Ⅳ) ※介護予防は対象外	7,600円 4,600円	760円 460円 (1ヶ月あたり)	認知症加算(Ⅲ)…認知症日常生活自立度Ⅲ以上 認知症加算(Ⅳ)…要介護2であり、認知症日常生活自立度Ⅱ
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	7,500円	750円 (1ヶ月あたり)	当該指定小規模多機能型居宅介護事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の割合が70%以上であること
看護職員配置加算(Ⅲ) ※介護予防は対象外	4,800円	480円 (1ヶ月あたり)	看護職員(看護師又は准看護師)を1名以上配置
訪問体制強化加算 ※介護予防は対象外	10,000円	1,000円 (1ヶ月あたり)	訪問サービスを担当する常勤の従業者を2名以上配置しており、事業所における1月あたり延べ訪問回数が200回以上であること
総合マネジメント体制強化加算(Ⅰ)	12,000円	1,200円 (1ヶ月あたり)	個別サービス計画について、利用者の心身の状況や家族を取り巻く環境の変化に踏まえ、介護職員や看護職員等の多職種協働により、随時適切に見直しを行っていること。利用者の地域における活動への参加の機会が確保されていること
若年性認知症利用者受入加算 〃 介護予防	8,000円 4,500円	800円 450円 (1ヶ月あたり) ※対象者のみ	受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を定めており、利用者の特性やニーズに応じたサービス提供をしていること
看取り連携体制加算 ※介護予防は対象外	640円	64円 (1日あたり) ※対象者のみ	看取り期における対応方針に基づき、看護職員、介護職員等が入所者の状態または家族の求め等に応じ介護記録等利用者に関する記録を活用し行われるサービスについての説明を受け、同意したうえでサービスを受けていること
科学的介護推進体制加算	400円	40円 (1ヶ月あたり)	利用者の状態やケア内容を、LIFEを用いて厚生労働省へ提出していること。必要に応じて計画を見直すなど、情報活用をしていること。

介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)			所定単位数にサービス別加算率 18.6%を乗じた単位数
----------------	--	--	--------------------------------

※2割、3割負担の方 上記自己負担額の2倍、3倍の額となります。

(3) 介護保険外の利用料 (全額自己負担)

- ① 食事の提供に要する費用 通いサービスの昼食 600円
宿泊サービスの朝食 300円
夕食 600円
- ② おむつ代 リハパン・オムツ 1枚 100円 (支給した場合のみ)
尿取りパット 1枚 50円 (支給した場合のみ)
- ③ おむつ処理代 300円/月 (持ち帰りも可能です)
- ④ 宿泊に要する費用 1泊 2,000円
- ⑤ その他、日常生活・レクリエーション等で必要となるものに係る費用については、実費を徴収させていただきます。

8 お支払い方法

前月分の請求書をお渡し致しますので、次のいずれかの方法により翌月中にお支払いください。

- ①現金支払い (事業所にて、または送迎時に職員が伺った際でも結構です)
- ②銀行振込み (振込先は請求書に明記)
- ③自動口座引落し (飯田信用金庫・ゆうちょ銀行にて対応しています)

9 サービスの利用方法

(1) サービスの利用申し込み

まずは、お電話でお申し込みください。当事業所職員がお伺いいたします。サービス内容をご案内し、利用するサービスを確認の上、契約を結び、サービスの提供を開始します。

*居宅介護計画の作成を、居宅介護支援事業者に依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービスの終了

①利用者のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する1週間前までにお申し出ください。

②利用者が入院された場合

病気入院の場合、契約は一旦終了させていただきます。ただし、利用者が登録の継続を希望された場合は、利用者の同意を得た上で、契約を継続させていただきます。この場合には、基本料金の一割をお客様に負担していただきます。

ただし、利用者が入院もしくは病気により、3ヶ月以上にわたってサービスが利用できない状態であることが明らかな場合には、事業所は文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。

③当事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、1ヶ月前までに文書で通知いたします。

④自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・利用者が他施設に入所された場合
- ・お亡くなりになった場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護度が、非該当(自立)認定された場合

⑤その他

- ・小規模多機能型居宅介護のご利用にあたっては、支給限度額の範囲内において併用できるサービスが限られています。下記のサービスは併用が可能です。
 - ・訪問看護
 - ・福祉用具貸与
 - ・訪問リハビリテーション
 - ・居宅療養管理指導
- ・当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、お客様やご家族に対して社会通念を逸脱する行為を行なった場合、または当事業所が破産した場合、利用者は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。
- ・また、以下の場合には文書で通知することにより、当事業所より即座に契約終了をさせていただきます。
 - ア 利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合
 - イ 利用者が入院もしくは病気等により、3ヶ月以上にわたってサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合
 - ウ 利用者やご家族などが当事業所や当事業所職員に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行なった場合

10 サービス利用にあたっての留意事項

利用者はサービス利用にあたって次の事項について留意するものとします。

- 1 事業所内では飲酒しないこと。
- 2 健康に異常のある場合にはその旨申し出ること。
- 3 高額の金銭、物品等を持参したり、貸し借りしないこと。
- 4 事業所の設備、備品等を故意に破損しないこと。

11 虐待防止への取り組みについて

利用者への虐待は人権侵害と認識し、高齢者虐待防止法に基づき虐待の禁止、予防及び早期発見を徹底するよう指針を策定し、全従業員は業務にあたる。

利用者への虐待に関して、市町村、国民健康保険団体連合会から質問・調査がある場合は協力するとともに、指導・助言がある場合は必要な改善を行う。

12 緊急時における対応方法

利用者に状態の急変などの緊急事態が生じた場合、その他必要な場合は、看護職員が中心になり救急処置を行います。同時に管理者は、緊急時連絡先及び主治医または、あらかじめ当該事業者が定めた下記の協力医療機関へ連絡し、対応を決め、状況によっては救急車を手配する等の必要な措置を講じます。管理者が不在の場合は他の職員がこれを代行し、報告します。

＊協力医療機関

横田医院

飯田市大瀬木 993-1

主治医

病院または診療所		医師名	
住 所		電話番号	

緊急連絡先

氏 名		続 柄	
住 所		電話番号	

13 サービス内容に関する相談・苦情

(1) 当事業所における苦情の受付

苦情受付相談（担当）	上田 千代里（計画作成担当者）
受付時間	8：30～17：30
電話番号/FAX	0265-25-0246

(2) 行政機関その他の苦情受付機関

飯田市役所長寿支援課	所在地	飯田市大久保町 2534 番地
	電話番号	0265-22-4511
	受付時間	8：30～17：15
長野県国民健康保険団体連合会 （苦情処理係）	所在地	長野市西長野字加茂北 143-8
	電話番号	026-238-1580
	受付時間	9：00～17：00
飯田保健福祉事務所福祉課	所在地	飯田市追手町 2-678 飯田合同庁舎
	電話番号	0265-53-0410
	受付時間	8：30～17：15

指定小規模多機能型居宅介護・指定介護予防小規模多機能型居宅介護利用にあたり、利用者
に対して契約書および本書面に基づいて重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業者

所在地 長野県飯田市桜町 1－9－1
名 称 特定非営利活動法人 おいなんよ
代表者 理事長 佐藤 敏子 印

事業所

所在地 長野県飯田市三日市場 1291 番地 31
名 称 小規模多機能型居宅介護 サラット三日市場

説明者氏名

私は、契約者および本書面により、事業者から指定小規模多機能型居宅介護・指定介護予
防小規模多機能型居宅介護についての重要事項の説明を受けました。

利用者 住 所

連絡先

氏 名

ご家族代者 住 所

連絡先

氏 名

個人情報使用にあたる同意書

当事業所においては、利用者及び家族から、これに関する個人の情報を提供してもらうことでサービス提供中の情報記録とともに、サービスの円滑化と、質の向上に役立てています。また、これらの情報は秘密保持の原則に基づき、適切に保管、管理しております。

この情報の扱いについては契約書等に説明をしておりますが、事業所内部においてサービスプランの見直しや評価を目的に担当国会議を行っている関係上、必要な個人情報を用いることを了解していただくことをお願い致します。また、入退院時などの医療機関等との情報共有についても必要な個人情報を用いることを了解していただくことをお願い致します。

令和 年 月 日

特定非営利活動法人 おいなんよ
理 事 長 佐藤 敏子 印

説明者氏名

私は、契約書等による標記の説明を受け、私及び家族に関する情報の使用を担当国会議及びケース検討国会議、入退院時などの医療機関等との情報共有に用いることに同意します。

利用者氏名

ご家族代表者氏名