

「小規模多機能晴風園みどりの郷」重要事項説明書

当施設は、介護保険の指定を受けています。

(大田原市指定第 0991000159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いたします。

◇◆目次◆◇

1	経営法人	1
2	事業所の概要	2
3	事業実施地域及び営業時間	2
4	職員の配置状況	3
5	当事業所が提供するサービスと利用料金	3
6	高齢者虐待防止について	6
7	身体拘束の禁止について	7
8	守秘義務について	7
9	情報の提供について	7
10	緊急時の対応について	7
11	事故発生時の対応について	7
12	感染症対策(衛生管理)について	
13	非常災害対策について	7
14	業務継続計画の策定について	8
15	利用者の尊厳について	8
16	認知症への対応力向上に向けた取組みの推進について	8
17	ハラスメント対策の強化について	8
18	苦情の受付について	8
19	運営推進会議の設置	9
20	協力医療機関、バックアップ施設	9
21	サービス利用にあたっての留意事項	9

1 経営法人

- | | |
|-----------|------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人至誠会 |
| (2) 法人所在地 | 栃木県大田原市下石上1258番地 |
| (3) 電話番号 | 0287-29-1790 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 手塚 秀夫 |
| (5) 設立年月 | 昭和54年4月18日 |

2 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定地域密着型小規模多機能型居宅介護
平成22年4月1日指定 大田原市 0991000159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、訪問、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 小規模多機能晴風園みどりの郷
- (4) 事業所の所在地 栃木県大田原市実取542番地3
- (5) 電話番号 0287-28-3800
- (6) 管理者氏名 辻野 浩子
- (7) 運営方針 利用者が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、最もふさわしいサービスを提供します。
- (8) 開設年月 平成22年4月1日
- (9) 登録定員 29名（通いサービス定員18名、宿泊サービス定員9名）
- (10) 居室等の概要 当事業所では、以下の居室・設備をご用意しております。
宿泊サービスに利用される居室は、個室です。

居室・設備の種類	備 考
宿泊室	全室個室（電動ベッド、エアコン完備） 9部屋
居間・食堂	59.416㎡（一部床暖房）
キッチン	9.937㎡
浴室	個浴2箇所 特殊浴槽1箇所（特別養護老人ホーム晴風園みどりの郷共用）
消防設備	自動火災報知機 非常通報装置 スプリンクラー 非常用照明 誘導灯 消火器

※ 上記は、厚生労働省が定める基準により、指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に設置が義務づけられている施設・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は、大田原市全域とする。
- (2) 営業時間

営業日	年中無休
通いサービス	月曜日から日曜日（基本時間） 8：00～17：00
宿泊サービス	月曜日から日曜日（基本時間） 17：00～8：00
訪問サービス	月曜日から日曜日（基本時間） 24時間

4 職員の配置状況

当事業所では、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。

(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。

職種	職員数	指定基準	職務内容
管理者	1人	1人	事業内容の調整
介護支援専門員	1人	1人	サービスの調整・相談業務
看護職員	1人以上	1人	健康チェック等の医療業務
介護職員	5人以上	5人	日常生活の介護・相談業務

(主な職種の勤務体制)

職種	勤務体制
管理者	勤務時間 8:45～17:45
介護支援専門員	勤務時間 8:45～17:45
看護職員	勤務時間 8:30～17:30
介護職員	【早番】 7:00～16:00 8:00～17:00 【日勤】 8:30～17:30 【遅番】 10:00～19:00 13:00～22:00 【夜勤】 22:00～翌 7:00 (休憩 1.0h)

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、利用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は、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
② 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合があります。 |
|---|

(1) 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、食費・滞在費を除き7割から9割が介護保険から給付されます。以下のサービスの内容を具体的にどのような頻度、内容で実施するのかについては、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。

(サービスの概要)

◎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、排泄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護をします。
- ・調理場で利用者が料理することができます。

② 入浴

- ・入浴又は清拭を行います。
- ・衣類の着脱、身体の清拭、洗髪、洗身の介護を行います。

③ 排泄

- ・利用者の状況に応じて適切な介護を行い、排泄の自立についても適切な援助を行います。

④ 機能訓練

- ・利用者の状況に応じた機能訓練を行い、身体機能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

- ・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、食事や入浴、排泄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）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 利用者若しくはその家族等からの金銭又は高価な物品の授受

③ 飲酒及び利用者又はその家族等の同意なしに行う喫煙

④ 利用者又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 その他利用者又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世話や機能訓練を提供します。

(サービス利用者負担額)

◎通い、訪問、宿泊（介護費用分）すべてを含んだ1箇月単位の費用額

利用料金は、1箇月ごとの包括費用（定額）です。

お支払いいただくサービス利用者負担額は、次の基本サービス費と加算費の合計の単位に地域区分（7級地）の10.17円をかけた金額の各利用者負担割合（1～3割）となります。

なお、利用者の負担割合については、市町村から交付されている『介護保険負担割合証』によって決まります。

◎基本サービス費（1箇月あたり）

要介護 状態区分	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
単位数	3,450 単位	6,972 単位	10,458 単位	15,370 単位	22,359 単位	24,677 単位	27,209 単位

☆月毎の包括料金です。利用者の体調不良や身体状況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利用が少なかった場合や、小規模多機能型居宅介護計画に定めた日より利用者が多かった場合でも、日割りでの割引き及び増額はいたしません。☆月の途中から登録した場合及び月の途中で登録を終了した場合には、その期間に応じて日割りした利用料金をお支払いいただきます。

※登録日…契約締結日ではなくサービスを開始した日

☆利用者が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。要介護認定後、自己負担を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。この場合、保険給付の申請を行うための「サービス提供証明証」を発行します。

☆介護保険の給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、利用者の負担額を変更します。

◎加算費

加算対象サービス	単位	備考
初期加算	30	(日) 30日間
認知症加算Ⅱ	890	(月) 認知症自立度Ⅲランク以上
認知症加算Ⅳ	460	(月) 要介護2で認知症自立度Ⅱランク
看護職員配置加算Ⅰ	900	(月) 常勤看護師配置
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	750	(月) ①介護福祉士70%以上 ②25%(10年以上)
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	640	(月) ①介護福祉士50%以上
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	350	(月) ①介護福祉士40%以上、②常勤60%以上 ③勤続7年以上30%以上
認知症行動・心理症状緊急対応加算	200	(日) 7日間まで
看取り連携体制加算	64	(日) 看護師配置と医師連携 30日以下
総合マネジメント体制強化加算(Ⅰ)	1,200	(月) 随時計画見直し、地域活動参加
生活機能向上連携加算(Ⅰ)	100	(月)
生活機能向上連携加算(Ⅱ)	200	(月)
若年性認知症利用者受入加算(介護)	800	(月)
若年性認知症利用者受入加算(予防)	450	(月)
科学的介護推進体制加算	40	(月)
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	14.9%	(基本サービス + 加算) × 14.9%

※1 初期加算は30日を超える入院後に再利用した場合にも再度加算

※2 加算については、対象となるものについて、説明したうえで算定させていただきます。

(2) 介護保険の給付の対象とならないサービス

以下のサービスについては、利用料金の全額が利用者の負担となります。

(サービスの概要と利用料金)

◎食事の提供(食事代)

利用者に提供する食事に要する費用

料金：朝食410円 昼食610円 夕食510円

◎宿泊に要する費用

利用者に提供する宿泊に要する費用

料金：1泊につき2,040円

◎おむつ等

料金：おむつ代及びパットは、実費をいただきます。

◎レクリエーション、クラブ活動

利用者の希望によりレクリエーション、クラブ活動に参加していただけます。

料金：材料代等の実費をいただきます。

◎複写物の発行

利用者は、サービスの提供について記録を閲覧できますが、複写物を必要とする場合は、実費をご負担いただきます。

料金：1枚につき10円

(3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、1か月ごとに計算し、ご請求金額が翌月27日(祝祭日の場合、翌金融機関営業日)に金融機関口座からの自動引き落としとなります。

(4) 利用の中止、変更、追加

☆ 利用予定日の前に、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、変更、新たなサービス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実施日の前日までに申し出てください。

☆ サービス利用の追加、変更の申し出に対して、事業所の稼働状況により利用者の希望する日にサービスが提供できない場合、利用可能日を提示して協議します。

☆ サービスを休まれる場合、利用料のキャンセル料はいただきません。ただし、前日の17:00以降のキャンセルの場合、食事代はご負担いただきます。

(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、訪問、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、利用者との協議の上、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、その内容は書面にて説明の上、利用者に交付します。

6 高齢者虐待防止の推進について

事業者は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、虐待防止委員会を設置し、担当者を配置し定期的に開催し、その結果について従業者への周知のほか、指針の整備、研修を定期的に実施します。

7 身体拘束の禁止について

原則として、利用者の自由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、事前に利用者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の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。

8 守秘義務について

事業者及び従業者は、業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を保守します。

また、就業規則には退職後においても、これらの秘密を保守すべき旨を、明記しています。

9 情報の提供について

当事業者が、ご利用者の情報を他機関に提供する場合は以下のとおりです。

ご利用者に医療上又は介護上、緊急の必要性がある場合には、他医療機関等にご利用者の心身に関する情報を提供することがあります。

10 緊急時の対応について

サービス提供時に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。

11 事故発生時の対応について

事故発生時等の対応については、以下のとおりです。

- (1) サービス提供により事故が発生した場合は、ご家族、市町村、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。
- (2) 事故発生時における、職員の対応方針を定めた事故対応マニュアルにより、職員に徹底いたします。

12 感染症対策(衛生管理)について

利用者の感染症の発生及びまん延を防止するために、感染症対策委員会を設置し、担当者を配置し定期的に開催し、その結果について従業員への周知のほか、指針の整備、研修及び訓練を定期的実施します。

13 非常災害対策について

事業所は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、防災規程及び消防計画に基づき、年2回以上利用者及び従業者等の訓練を行います。

訓練の実施に当たっては、地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。

14 業務継続計画の策定について

感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する介護サービスの提供を継続的に提供するため、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じるものとする。

また、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。

業務継続計画は定期的に見直し、必要に応じて計画の変更を行います。

15 利用者の尊厳について

利用者の人権・プライバシー保護のための取扱い内規等により、従業者教育を行います。

16 認知症への対応力向上に向けた取組の推進について

認知症についての理解の下、本人主体の介護を行い、認知症の人の尊厳の保障を実現するために、介護に直接かかわる職員のうち医療・福祉の資格を有さないものについては、入職から1年以内に認知症介護の基礎研修を修了します。

17 ハラスメント対策の強化について

当法人の職場におけるハラスメントの防止に関する規程に従い、職員が働きやすい環境づくりに努めております。

18 苦情の受付について

(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。

また、苦情受付ボックスを事務所に設置しています。

○苦情受付窓口（担当者） 大野 睦

連絡先 0287-28-3800（当施設）

○受付時間 毎日 8:30～17:30

○第三者委員 岩間 孝（地区社会福祉協議会）連絡先 0287-28-0055

國井 香子（民生委員） 連絡先 0287-28-1545

橋本 貴幸（民生委員） 連絡先 0287-29-0622

(2) 行政機関その他苦情受付機関

大田原市高齢者幸福課	所在地 電話番号 受付時間	大田原市本町1-4-1 0287-23-8865 8:30～17:15
栃木県 国民健康保険団体連合会	所在地 電話番号 受付時間	宇都宮市本町3-9 栃木県本町合同ビル6階 028-643-2220 9:00～17:00
栃木県運営適正化委員会	所在地 電話番号 受付時間	宇都宮市若草1-10-6 とちぎ福祉プラザ内 028-622-2941 9:00～16:00

(3) 相談・苦情に関する体制及び手順

別紙フロー図のとおり

(4) 第三者評価の実施について

当事業所は、第三者による外部評価は実施しておりません。

19 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、利用者の家族、地域住民の代表、大田原市の担当職員、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
開催	概ね2箇月に1回
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

20 協力医療機関、バックアップ施設

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】

那須中央病院 診療科 内科、外科、整形外科、皮膚科 歯科	栃木県大田原市下石上 1453 番地 Tel 0287-29-2121
特別養護老人ホーム晴風園みどりの郷	栃木県大田原市実取 542 番地 3 Tel 0287-28-3800

21 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。これに反して破損等が生じた場合は、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。
- 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に対する宗教活動及び政治活動は、ご遠慮ください。

年 月 日

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サービスの提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者

所在地 大田原市実取 5 4 2 番地 3

名称 小規模多機能晴風園みどりの郷

説明者 職 種 _____

氏名 _____ 印 _____

年 月 日

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・介護予防小規模多機能型居宅介護の提供開始に同意しました。

上記の同意を証するため、重要事項説明書に署名捺印の上、2通作成し、1通を受領いたしました。

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

ご家族 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

(続柄)