

(介護予防)小規模多機能型居宅介護重要事項説明書

1. 事業所の概要

名称・法人種類	医療法人 青仁会
代表者名	理事長 千葉 潜
所在地・連絡先	住 所：〒031-0081 青森県八戸市田面木字赤坂 16 番地 3 電 話：0178-27-2053（法人本部） FAX：0178-70-1036（法人本部）

2. 事業所の概要

事業所の名称	シニアライフサービス 南天の郷
所在地・連絡先	住 所：〒033-0001 青森県三沢市中央町4丁目1-2 電 話：0176-58-5320 FAX：0176-58-5322
事業所番号	0290700129
通い・宿泊・訪問 の定員数	1. 通いサービス定員（15人） 2. 宿泊サービス定員（5人） 3. 訪問サービス1日 30人～40人程度
管理者	住 所：八戸市
	氏 名：河原 範之 （資格）介護福祉士

3. (介護予防)小規模多機能型居宅介護の目的及び運営方針

(1) 目的

小規模多機能型居宅介護は、「通い」を中心に、ご本人の様態や希望に応じて、「宿泊・訪問」といったサービスを組み合わせて、「自宅で継続して生活するために」必要な支援を行います。

(2) 運営方針

利用者が「住み慣れた地域社会（環境）で継続した生活ができるよう」利用者本位の視点で支援します。

- ①一人ひとりに向かい合い、気持ちに寄り添う
- ②気持ちに折り合いをつけていく支援
- ③1日の生活がスムーズに流れる支援
- ④家族や地域社会とのつながりを断ち切らない支援
- ⑤自分の家や地域社会から切り離さない支援
- ⑥生きる力（人としての誇りや意欲）を奪わない支援
- ⑦馴染みの関係を築いていく支援
- ⑧地域との関係を調整していく支援
- ⑨地域で介護を支えるコミュニティとしての役割

4. 施設の概要

(1) 構造等

敷 地		登記簿面積 8507.62 m ² (2578 坪)
建物	構造	鉄筋コンクリート 4 階建
	延床面積	1 階床面積 461.61 m ² (139 坪)
	利用定員	登録定員 29 人

(2) 居室の面積

居室の種類	室数	面積	備考
個室	1	12.78 m ²	静養室
個室 (宿泊室 1)	1	9.88 m ²	
個室 (宿泊室 2)	1	9.50 m ²	
個室 (宿泊室 3)	1	9.50 m ²	
個室 (宿泊室 4)	1	11.40 m ²	

(3) 主な設備及び面積

設 備	室 数	面 積	備考
居間・食堂・台所	1	147.79 m ²	1 階
相談室	1	9.04 m ²	1 階
浴室・脱衣場	1	23.14 m ²	1 階
事務室	1	20.39 m ²	1 階
談話室	1	19.76 m ²	1 階
エレベーター	1 基	7.60 m ²	地下階～3 階昇降

5. 当事業所の職員体制

従業員の職種	区 分				保有資格
	常 勤		非常勤		
	専従	兼務	専従	兼務	
管理者		1 人			介護福祉士・
ケアプラン作成者	1	1 人			介護支援専門員・ 介護福祉士
看護職員			2 人		看護師・准看護師
介護職員	8 人	2 人	3 人		介護福祉士・ヘル パー 2 級資格者

6. サービス提供時間

勤務帯	時 間	備 考
通いサービス	7：00～21：00	利用者のサービス提供時間は宿泊も含め7：00～21：00まで。1日の勤務時間は常勤で8時間、休憩1時間
宿直サービス	21：00～7：00	
訪問サービス	24時間	

7. サービスの内容と費用

ア) サービスの内容

種類	内 容
日常生活援助	利用者の送迎・食事・入浴・排泄・リハビリ・健康チェック 訪問時の家事援助・身体援助 宿泊時は食事・入浴・排泄・趣味活動
相談及び援助	利用者及び家族並びに地域住民の介護・福祉サービス等の相談に随時応じる（電話・来園・訪問）

イ) 費用

[料金表]

要介護度区分		介護保険費用	利用者負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
同 一 建 物	要支援1	31,090円	3,190円	6,380円	9,570円
	要支援2	62,810円	6,281円	12,562円	18,843円
	要介護1	94,230円	9,423円	18,846円	28,269円
	要介護2	138,490円	13,849円	27,698円	41,547円
	要介護3	201,440円	20,144円	40,288円	60,432円
	要介護4	222,330円	22,233円	44,466円	66,699円
	要介護5	245,160円	24,516円	49,032円	73,548円

要介護度区分		介護保険費用	利用者負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
同 一 建 物 以 外	要支援1	34,500円	3,450円	6,900円	10,350円
	要支援2	69,720円	6,972円	13,944円	20,916円
	要介護1	104,580円	10,458円	20,916円	31,374円
	要介護2	153,700円	15,370円	30,740円	46,110円
	要介護3	223,590円	22,359円	44,718円	67,077円
	要介護4	246,770円	24,677円	49,354円	74,031円
	要介護5	272,090円	27,209円	54,418円	81,627円

※ 利用料金は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利用者負担額になります。

- ※ 月途中から登録した場合、又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した料金をお支払頂きます。
- ※ 登録日とは利用者と事業者が契約を締結した日ではなく、サービスを実際に利用開始した日を言います。
- ※ 登録終了日とは利用者と事業者の利用契約を終了した日を言います。
- ※ 保険料の滞納等により、事業者に直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、料金表の利用料金全額をお支払頂きます。利用料のお支払と引き換えにサービス提供証明書兼領収書を発行します。その証明書と領収書は、後で利用料の償還払いを受ける時に必要になります。
- ※ 条件を満たす場合、上記の基本部分に加え、以下の料金が加算されます。

加算	1 割負担	2 割負担	3 割負担	算定要件
初期加算	30 円/日	60 円/日	90 円/日	利用開始から 30 日以内の期間に加算されます
認知症加算（Ⅲ）	760 円/月	1,520 円/月	2,280 円/月	認知症自立度Ⅲ以上の方に加算されます
認知症加算（Ⅳ）	460 円/月	920 円/月	1,380 円/月	要介護 2 の方で認知症自立度Ⅱの方に加算されます
サービス提供体制強化 加算Ⅱ	640 円/月	1,280 円/月	1,920 円/月	介護従業者の総数の内、介護福祉士の占める割合が 50% 以上の場合に加算されます
看護職員配置加算Ⅲ	480 円/月	960 円/月	1,440 円/月	看護職員を常勤換算方法で 1 名以上配置している場合に算定されます
総合マネジメント体制強化 加算Ⅱ	800 円/月	1,600 円/月	2,400 円/月	多職種間で連携し、利用者の心身の状況又はそれを取り巻く環境の変化に応じて介護計画の見直しを行っている場合に加算されます
訪問体制強化加算	1,000 円/月	2,000 円/月	3,000 円/月	同一建物以外への訪問回数が月 200 回以上の場合に加算されます（要支援者を除く）
介護職員処遇改善加算Ⅲ	利用料、上記加算の合計金額に 13.4%（2 割負担の場合は 14.8%、3 割負担の場合は 22.2%）を乗じた金額（1 円未満切捨て）が加算されます			

※上記加算については、現在取得している加算のみを記載しております。職員の体制等により変更、追加などとなる場合がありますので、その際には改めて変更のお知らせをさせていただきますのでご了承下さい。

○その他費用について

項目	金額
食事代	松膳：朝食 390 円 昼食 510 円 夕食 510 円 梅膳：朝食 225 円 昼食 325 円 夕食 325 円 軽食（朝） 300 円 軽食（夕） 500 円
宿泊費	1 泊 3,000 円
理美容代	実費（別途手数料 250 円あり）
オムツ代	①パンツタイプ 100 円／枚 ②フラットタイプ 130 円／枚 ③尿取りパット 50 円／枚
レクリエーション代	実費

8. 利用料等のお支払方法

毎月、10日までに上記料金表に基づき算定し、前月分の利用料等明細を添え請求致しますので各月20日までに下記金融機関へ振込及び事業所窓口でお支払下さい。（自動口座引落としにつきましては別途個人契約を交わしてから開始と致します。

○振込先：北日本銀行 八戸支店 普通預金口座 口座番号：7034033
口座名義：医療法人 青仁会 南天の郷 理事長 千葉 潜

※入金確認後領収書を発行します。

9. サービス内容に関する苦情受付

（1）当サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号 0176-58-5320 面接場所 当事業所の相談室 責任者窓口 河原 範之 受付時間 8:00～17:00 ※苦情・要望意見投函～玄関及び施設内投函箱設置
	苦情処理：事故・苦情対応会議及び必要に応じ再発防止委員会を開催し対策を講ずる改善方法、改善結果を利用者様に提示する「利用者様からの苦情処理に講ずる措置の概要」として別紙を作成し、事業所内の掲示板に掲示する。

（2）サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	三沢市及び国民健康保険団体連合会の相談、苦情窓口等に苦情を伝えることができます。 ○三沢市健福祉部介護福祉課 電話：0176-51-8773 ○青森県国民健康保険団体連合会 （介護サービス苦情処理委員会） 電話：017-723-1336
--------	---

10. 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。

[運営推進会議]

委員①利用者 ②利用者の家族 ③地域町内会の代表者 ④民生委員 ⑤保健協力員
⑥三沢市担当課職員 ⑦三沢市包括支援センター職員 ⑧地域ボランティア

開 催：2ヵ月に1回以上

会議録：運営推進会議の内容について公表する旨、評価、要望、助言について記録を作成します

11. 協力医療機関

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、病状の急変に備えて以下の医療機関と連携を行います。

1. 三沢市立三沢病院 住所：三沢市大字三沢字堀口 164-65 電話：0176（53）2161
2. 第二黒田歯科医院 院長 黒田 雅仁 住所：三沢市中央町 4 丁目 11-39 電話：0176（53）2540

12. 非常火災・災害時の対応

日常時の対応	消防計画に基づき対応する。		
避難訓練	消防計画に基づき年2回以上日中・夜間を想定した避難訓練を行う		
防災設備	設備の名称	有無	備考
	スプリンクラー	設置	全館
	自動火災報知機	有り	
	自動通報装置	有り	
	避難誘導灯	6箇所	
	消火器	3箇所	
	防火カーテン	15箇所	
消防計画	三沢市消防署へ届出	平成25年5月20日	
	防火管理者	庄司 正輝	
夜間緊急時連絡網	近隣従業員及び近隣住民より緊急時に備え組織する		

* この地域は過去において大地震の発生が多いことから、必要に応じて災害時緊急避難所として施設を提供することもあります。

13. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じるよう努めるものとします。

- (1) 虐待の発生・再発を防止するための委員会を定期的に開催すること、及びその結果を担当する職員へ周知徹底することとしています。
- (2) 虐待を防止するための指針の整備をすることとしています。
- (3) 担当の職員に対し、虐待の防止のための研修を定期的を実施することとしています。
- (4) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	河原 範之
-------------	-------

- (5) 成年後見人制度の利用を支援しています。

2、事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業員または擁護者（利用者の家族など高齢者を現に擁護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は速やかにこれを市町村に通報するものとします。

14. サービス利用にあたっての留意事項

- ① サービス利用の際には、介護保険被保険者証を提示して下さい。
- ② 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、弁償して頂く場合があります。
- ③ 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- ④ 所持金品は、自己の責任で管理して頂くことを基本としますが、金品の内容（額）によっては施設預かりとする場合があります。その場合は、ご利用者・ご家族の同意を得てから預かり証を発行し一時的に預かります。
- ⑤ 事業所内で他の利用者に対し執拗な宗教活動及び思想、政治活動は御遠慮下さい。

令和 年 月 日

事業者（事業者名）医療法人 青仁会 シニアライフサービス 南天の郷
（介護保険事業所番号）0290700129
（住所） 青森県三沢市中央町4丁目1-2
（代表者名）医療法人 青仁会 理事長 千葉 潜 印

指定小規模多機能型居宅介護サービスの提供に際し、本書面に基づき契約書及び重要事項の説明を行いました。

小規模多機能型居宅介護事業所 施設名：シニアライフサービス 南天の郷

住 所 〒033-0001 青森県三沢市中央町4丁目1-2

説明者職名 _____ 氏 名 _____ 印

私は、本書面に基づいて事業所から契約書及び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。本書2通を作成し、契約者、事業者が記名捺印の上、各1通保有するものとします。

利 用 者 住 所 _____

利 用 者 氏 名 _____ 印

代 理 人 住 所 _____

代 理 人 氏 名 _____ 印

代筆理由 ・ 字が書けない ・ 認知症により説明を理解出来ない

連帯保証人 住 所 _____

連帯保証人 氏 名 _____ 印

利用者との関係 _____

(本人、代理人用)

個人情報の使用に係る同意書

以下に定める条件のとおり、私（ ）および代理人（ ）は、シニアライフサービス南天の郷が、私および身元引受人、家族の個人情報を下記の利用目的の必要最低限の範囲内で使用、提供、または収集することに同意します。

1、利用期間

介護サービス提供に必要な期間及び契約期間に準じます。

2、利用目的

- (1) 介護保険における介護認定の申請及び更新、変更その他介護保険にかかる事務の為。
- (2) 利用者に関わる介護計画（ケアプラン）を立案し、円滑にサービスが提供される為に実施するサービス担当者会議での情報提供の為
- (3) 医療機関、福祉事業者、介護支援専門員、介護サービス事業者、自治体（保険者）、その他社会福祉団体等との連絡調整の為。
- (4) 利用者が医療サービスの利用を希望している場合及び主治医等の意見書を求める必要がある場合。
- (5) 利用者の利用する介護事業所のカンファレンスの為。
- (6) 行政の開催する評価会議、サービス担当者会議。
- (7) 事業所内で行われる学生等の実習への協力の為。
- (8) その他サービス提供で必要な場合。
- (9) 上記各号に関わらず、緊急を要する時の連絡等の場合。

3、使用条件

- (1) 個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外決して使用しない。また利用者とのサービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了後においても、第三者に漏らさない。
- (2) 個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて経過を記録し、請求があれば開示する。

令和 年 月 日

本人 住所
(利用者)

氏名 印

代理人 住所

氏名 印

続柄(利用者との関係)