令和6年8月1日改正

重要事項説明書

小規模多機能型居宅介護事業所たかだま

当事業所は介護保険の指定を受けています。

（介護保険番号　０６９１６０００７６）

当事業所は小規模多機能型居宅介護サービス及び介護予防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するサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当サービスの利用者は、原則として要介護認定の結果「要介護・要支援」と認定された方が対象となります。

**１　事業者**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者の名称 | 社会福祉法人羽陽の里　　 |
| 法人設立 | 平成２６年５月１２日 |
| 法人所在地 | 〒994－0065 山形県天童市大字清池１５５９番１ |
| 代表者氏名 | 理 事 長　 原 田 則 子 |
| 電話番号 | ０２３（６７４）８７１１ |
| 事業の種類 | 指定小規模多機能型居宅介護事業所（令和３年４月１日指定更新）指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所（令和３年４月１日指定更新） |

**２　事業所の概要**

　（１）事業所の目的

介護保険法、老人福祉法及び関係法令に基づき、要介護状態にある高齢者（以下「利用者」という。）に対し、適正な小規模多機能型居宅介護サービス（以下「介護サービス」という。）を提供することを目的とします。

　（２）事業所

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所の名称 | 　小規模多機能型居宅介護事業所　たかだま |
| 事業所の所在地 | 　山形県天童市大字清池１５５９番１ |
| 管理者 | 　鈴　木　紳　治 |
| 電話・ＦＡＸ番号 | 　☎　023（674）8713　　　ＦＡＸ　023（674）8777 |
| 開設年月日 | 　平成２７年４月１日 |
| 登録定員 | 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） |
| 通常の事業実施地域 | 天童市内 |

（３）運営方針

　　　　利用者の人格を尊重し、住み慣れた地域での生活を継続できるよう、利用者の心身の状況、希

望及び置かれている環境等を踏まえて、通い、訪問、宿泊サービスを柔軟に組み合わせた介護サ

ービスを提供します。

（４）居室・設備等の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 宿 泊 室 | 全室個室（電動ベット、エアコン完備）　　９室 |
| 居間・食堂・台所 | 専　用 |
| 浴　 室 | 個浴室（１階）、個浴室（２階）機械浴室（３階） |
| 消防設備 | 自動火災報知機、ガス漏れ探知機、非常通報装置、非常照明、消火器 |

※上記は、厚生労働省が定める基準により、必置が義務付けられている施設設備です。

（５）営業日及び営業時間

|  |  |
| --- | --- |
| 営　業　日 | 年中無休 |
| 通いサービス | 基本時間　　午前７時から午後８時 |
| 訪問サービス | 随　時 |
| 宿泊サービス | 基本時間　　午後８時から午前７時 |

**３　職員体制**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　　　職員の種類 | 区　分 | 常勤換算後の員数 | 業務内容 |
| 常勤 | 非常勤 |
| 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| 管 理 者 |  | １ |  |  | １ | 事業所を代表し、職員及び業務の管理と指揮命令を行う |
| 介護支援専門員 |  | １ |  |  | １ | サービス計画作成及び関係機関等との調整業務を行う |
| 介護職員 | ９ |  | ３ |  | １１ | 利用者への介護業務全般と必要な相談・支援業務を行う |
| 看護職員 |  | ２ |  |  | １ | 利用者への看護業務と医療機関との連携業務を行う |
| 事 務 員 |  | ２ |  |  | ２ | 事業所の庶務及び会計事務、建物・設備の維持管理業務 |

**４　職員の勤務体制**

|  |  |
| --- | --- |
| 職員の種類 | 勤務体制・勤務時間帯 |
| 管 理 者介護支援専門員 | 日勤Ｃ　　８：３０～１７：３０　　　　（事務職員も同じ） |
| 介護職員看護職員 | 早番Ａ　 ６：４５～１５：４５ 日勤Ｃ　 ８：３０～１７：３０遅番Ｂ １３：１５～２２：１５　　他、パート介護員等の勤務時間があります。夜勤Ｎ ２２：００～ ７：００ 宿直　 ２２：００～　７：００ |

**５　当事業所が提供するサービスと利用料金**

|  |
| --- |
| 1. 利用料金が介護保険から給付される場合（介護保険の給付対象となる介護サービス）
 |
| 1. 利用料金の全額を負担いただく場合 （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**

ア～エのサービスを利用者と協議の上、小規模多機能型居宅介護計画及び介護予防小規模多機能型居宅介護計画（以下、「居宅介護計画」という。）に定めます。

**<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

・栄養士が作成する献立に基づき、利用者の身体状況や栄養に配慮した食事を提供します。また、離床を基本として召し上がって頂けるように配慮します。・食事場所は、希望と本人の状況により、食堂やその他居室等で、食事時間は本人の希望や体調に合わせて配慮いたします。・食事摂取の介助（基本時間：朝食7：45～、昼食12：00～、夕食18：00～） |
| 1. 排せつ

・利用者の状況に応じた適切な排せつ介助を行い、排せつの自立を目指した援助を行います。 |
| 1. 入　浴

・入浴サービスの利用は任意です。必要に応じて、衣類の着脱、身体の清拭、洗髪、洗身の介助等を行います。利用者の状態に応じ、特殊浴又は清拭となる場合があります。 |
| 1. 機能訓練

・利用者の心身の状況等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。・日常生活動作に関する訓練、レクレーション、グループ活動、行事的活動、園芸活動、趣味活動（ドライブ、買い物含む）など1. 地域における活動への参加
2. 健康チェック：血圧測定等、利用者の健康状態の把握を行います。
3. 送迎サービス：利用者の希望により自宅と事業所間の送迎サービスを行います。

⑧ 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。・移動の介助　　　・養護（休養）　　　・その他必要な介護 |

イ　訪問サービス

・利用者の自宅に伺い、食事や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. 利用者もしくはその家族からの金銭または高価な物品の授受
3. 利用者もしくはその家族に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動
4. その他利用者もしくはその家族に行う迷惑行為

ウ　宿泊サービス

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

　エ　相談・助言等

　　 ・利用者及びその家族の日常生活における介護等に関する相談及び助言等を行います。

* 1. 日常生活に関すること　　　　　　　② 認知症高齢者等を抱える家族への相談、助言
1. 福祉用具利用方法に関すること　　　④ 住宅改修に関する情報の提供
2. 医療系サービスの利用に関すること　⑥ 家族、地域との交流支援
3. その他必要な相談、助言

　　**<サービス利用料金>**

ア　利用料金は１か月ごとの包括費用(定額)となります。利用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又は予防給付額を除いた金額(自己負担額)となります。

保険給付サービス(基本サービス)費

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 要介護度 | ①サービス利用料金 | ②サービス利用に係る自己負担額 |
| 要支援1 | **３４,５００** | 法定代理受領サービスに該当するサービス費を控除してその支払いを受けます。（**保険者が交付する「介護保険負担割合証」に記載された負担割合が自己負担となります。）** |
| 要支援２ | **６９,７２０** |
| 要介護1 | **１０４,５８０** |
| 要介護２ | **１５３,７００** |
| 要介護３ | **２２３,５９０** |
| 要介護４ | **２４６,７７０** |
| 要介護５ | **２７２,０９０** |

1. 月ごとの包括料金のため、利用者の体調不良や状態の変化等により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や多かった場合であっても、日割りでの割引又は増額はありません。

② 月途中から登録した場合、又は月途中にて登録を終了した場合には、期間に応じて日割りした料金となります。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

③　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)。この場合、利用者が保険給付の申請を行うために必要な事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

④　介護保険の給付額又は予防給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、利用者の負担額が変更します。

イ　加算関係について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 加算の種類 | サービス利用料金 | ｻｰﾋﾞｽ利用料金に係る自己負担 |
| 初 期 加 算 | (30日まで)　　　 ３００円／日 | 法定代理受領サービスに該当するサービス費を控除してその支払いを受けます。（**保険者が交付する「介護保険負担割合証」に記載された負担割合が自己負担となります。）** |
| 認知症加算 | 認知症加算(Ⅰ)９，２００円／月 |
| 認知症加算(Ⅱ)８，９００円／月 |
| 認知症加算(Ⅲ)７，６００円／月 |
| 認知症加算(Ⅳ)４，６００円／月 |
| 若年性認知症利用者受入加算 | ８，０００円／月 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 | １回につき２０円(６月に１回を限度に) |
| 科学的介護推進体制加算 | 　４００円／月 |
| 生産性向上推進体制加算(Ⅱ) | １００円／月 |
| 訪問体制強化加算 | １０，０００円／月 |
| 総合ﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ体制強化加算(Ⅰ) | １２，０００円／月 |
| 看護職員配置加算 | （Ⅰ）　　９，０００円／月 |
| サービス提供体制強化加算 | （Ⅰ）　　７，５００円／月　又は（Ⅱ）　　６，４００円／月 |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅰ） | 介護報酬総単位数×１４９/１，０００に相当する額 |

**（２）保険給付の対象とならないサービス**（利用料金の全額が利用者負担となります。）

**<サービス概要>**

ア　食事の提供(食事代)　　利用者に提供する食事に要する費用です。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 朝食：３５０円 | 昼食：５５０円 | 夕食：５４０円 | おやつ：７０円 |

* + - キャンセル料金

　　　 都合により通いサービスをキャンセルされる場合は、利用日当日の8時30分までご連絡願います。申し出がなくキャンセルされた場合は、キャンセル料として実費を請求いたします。

但し、利用者の急な状態悪化等（病気・気分不良）や正当な理由がある場合は請求いたしません。

イ　宿泊に要する費用　 　利用者に提供する宿泊サービスの宿泊に要する費用です。

|  |  |
| --- | --- |
| １泊 | ２，０７０円 |

　※キャンセル料金

都合により宿泊サービス利用をキャンセルされる場合は、利用日前日の17時30分までご連　　　絡願います。申し出がなくキャンセルされた場合は、キャンセル料として2,010円を請求いたします。

但し、利用者の急な状態悪化等（病気・気分不良）や、正当な理由がある場合は請求いたしません。

ウ　通常のサービス提供地域以外への送迎(送迎距離片道が15㎞を超える場合)　５００円/回

エ　おむつ代：実費

オ　レクリエーション、クラブ活動

利用者の希望によりレクレ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。材料費等がかかる場合は実費を頂く場合があります。

　　カ　理容：２，０００円／回、髭剃り含む場合２，５００円

**（３）利用料金のお支払方法**

料金・費用は、１か月ごとに計算し、翌月の１５日までに請求書を送付しますので、送付した同月の

２５日までにお支払いください。お支払方法は、原則として口座振替でお願いいたします。特別な事情等がある場合にはご相談ください

**（４）利用の中止、変更、追加**

ア　介護サービスは、居宅介護計画に定められた内容を基本としつつ、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。

イ　利用予定日の前に、利用者の都合により、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

事業所に申し出ください。

※ (１)の介護保険給付、又は予防給付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か月の利用料は変更されません。

但し、介護保険の対象外のサービスについては、利用予定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ただく場合があります。（利用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（自己負担額）の100％ |

* + - サ-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利用者に提示して協議します。

**（５）居宅介護計画について**

居宅介護計画サービスは、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、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、利用者及び家族と協議の上で居宅介護計画を定め、またそのご利用状況を評価します。経過内容及び評価結果等は書面に記載して利用者に説明の上交付します。

**６　運営推進会議の設置**

　　　当事業所では、介護サービスの提供にあたり、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、助言を受けるため運営推進会議を設置しています。

|  |
| --- |
| (1) 構　成：利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、天童市職員、事業所が所在する地域を管轄する包括支援センターの職員及び小規模多機能型居宅介護について知見を有する者、近隣の介護保険サービス事業所職員等(2) 開　催：おおむね２か月に１回以上(3) 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。記録は事務所において閲覧できます。 |

**７　緊急時の対応**

サービス提供中に利用者の心身の状況に異常、その他緊急事態が生じたときは、家族または緊急連絡先へ連絡するとともに、速やかに主治医に連絡する等の措置をし、必要があれば協力医療機関へ連絡するとともに受診等の適切な処置を講じます。

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、病状の急変時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。なお、急時の場合には、基本的に利用者の家族の付き添いにより受診していただきます。状況に応じて当事業所職員も同行いたします。

（１）協力医療機関及び協力歯科医療機関

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関の名称 | 天童温泉篠田病院 | 笹原歯科医院 |
| 所 在 地 | 天童市鎌田一丁目７番１号 | 山形市五十鈴３－９－２３ |
| 電話番号 | ０２３(６３５)５７１１ | ０２３（６３１）８１０１ |

（２）バックアップ施設

|  |  |
| --- | --- |
| 施設の名称 | 社会福祉法人羽陽の里 地域密着型特別養護老人ホームたかだま |
| 所 在 地 | 　天童市大字清池１５５９番地1 |
| 電話番号 | 　０２３-６７４－８７１１ |

**８　事故発生時の対応**

　　当事業所の利用者に対して行う支援の提供により事故が発生した場合には、入居者の家族、代理人、保険者である天童市に連絡を行うなど必要な措置を講じます。

また、事故が発生した際にはその原因を解明し、再発防止のための対策を講じます。

**９　秘密保持及び個人情報の保護**

1. 当事業所の職員は、正当な理由なくその業務上知り得た又は入居者その家族等の秘密を第三者に漏

らしません。退職後においてもこれらの秘密を保守します。

1. サービスの提供等において個人情報を用いる場合は、入居者及び家族、または代理人等の同意をあ

らかじめ文書により得るものとします。

**１０　苦情の申し立て**

|  |  |
| --- | --- |
| 当施設ご利用の苦情相談窓口 | ・苦情対応委員会事務局　苦情対応責任者：施設長・ご利用時間：（月～金8時30分～17時30分、祝日及び年末年始除く)・ご利用方法：電話による受付　☎０２３－６７４－８７１１　外部委嘱担当者による面接及び調査、文書による受付その他、玄関に意見箱を設置 |
| 苦情受付担当者 | ・管理者　鈴 木 紳 治、大津　綾（居宅介護支援事業所管理者） |
| 苦情解決第三者委員 | ・荒木隆俊（羽陽学園短期大学教授）　 　 寒河江市中郷1667-1 ・渡邉則幸（社会福祉士・愛泉会事務局次長）山形市緑町二丁目7-10 A303・菊地剛也（県社会福祉事業団職員） 　　　 寒河江市高松212 |
| 公的苦情窓口 | 山形県国民健康保険団体連合会　　　　　（月～金９時～１６時）　寒河江市大字寒河江字久保６番地　　　　☎ 0237－87－8006 |
| 山形県福祉サービス運営適正化委員会　　（月～金９時～１６時）　山形市小白川町二丁目３番３１号　　　　☎ 023－626－1755 |
| 天童市健康福祉部保険給付課　　　　（月～金8時30分～17時15分）　天童市老野森一丁目１番１号　 　　 ☎ 023－654－1111（代表） |

**１１　非常災害時の対応**

　　　　火災・風水害・地震等の災害に対処するための計画を策定し、年２回以上の訓練を実施します。天災その他の災害が発生した場合には、職員は利用者の避難等適切な措置を講じます。なお、非常災害時には、別途定める消防計画に則り対応を行います。

また、管理者は日常的に具体的な対処方法、避難経路及び協力医療機関等との連携方法を確認し災害時には避難等の指揮をとります

**１２　サービス利用にあたっての留意事項**

（１）事業所の設備や器具は本来の用途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

じた場合には、利用者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただ

く場合があります。

（２）他の利用者の迷惑になる行為や職員等への暴言・暴力等を含むハラスメント等は禁止いたします。

（３）所持金品の持ち込みについては原則ご遠慮ください。

（４）事業所内での他の利用者に対する宗教・政治活動は、原則として禁止とします。

**１３　悪天候時の対応**

台風、雪などによる天候不良時や道路事情により、利用者、家族との相談の上、利用者の安全確保のため、送迎時間帯及び利用日変更又はサービスの提供を中止することがあります。

**１４**　　**第三者評価の受審状況について**

　　　　 評価機関が実施する福祉サービス第三者評価事業は受審していません。なお、法人独自の第三者による評価事業を実施し、意見交換を行いサービスの質の向上に努めております。

**１５　損害賠償保険**　　　当事業所は、社会福祉事業者総合保険に加入しています。

**１６　緊急時の対応方法**

　　　利用者の容体の変化等があった場合は、医師に連絡する等必要な対応を講ずるほか、ご家族の方に連絡いたします。

◎緊急連絡先（第１）氏 名

 住　　所

　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　利用者との関係

◎緊急連絡先（第２）氏 名

 住　　所

　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　 利用者との関係

※その他連絡関係

私は、小規模多機能型居宅介護の介護サ－ビス開始に際し、本書面に基づき重要な事項の説明を行いました。

説明日　　令和　　年　　月　　日

事　業　者　小規模多機能型居宅介護事業所たかだま

説明者　　職　名　　　　　　　　　　　　 氏　名　　　　　　　　　　　　 　 ㊞

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、介護サービスの提供開始に同意しました。

同意日　　令和　　年　　月　　日

契約者(利用者)

住　　所　〒

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

本人が自署困難なため、本人の意思を確認した上、代理署名します。

代　理　人

住　　所　〒

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ 　契約者(利用者)との関係