

小規模多機能型居宅介護事業所 笛田
重要事項説明書

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通り説明致します。

◇◆目次◆◇

1. 事業者
2. 事業所の概要
3. 事業実施地域及び営業時間
4. 職員の配置状況
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金
6. 身体拘束について
7. 高齢者虐待防止について
8. 事故発生時の対応
9. 非常火災時の対応
10. 苦情の受付について
11. 運営推進会議の設置
12. 協力医療機関、バックアップ施設
13. サービス利用にあたっての留意事項
14. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

1. 事業者

- (1) 法人名 合同会社 ヒュッゲ
(2) 法人所在地 山形県村山市楯岡笛田四丁目1番55号
(3) 電話番号 0237-48-7973
(4) 代表者氏名 三浦 洋一
(5) 設立年月 令和2年11月19日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 小規模多機能型居宅介護事業所
介護予防小規模多機能型居宅介護事業所
- (2) 事業所の目的 要介護者及び要支援者について、その居宅において、又はサービスの拠点に通わせ、若しくは短期間宿泊させ、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、食事、入浴、排泄等の日常生活の世話及び日常生活の中での心身の機能訓練を行うことにより、安心と尊厳のある生活を、利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立して営むことができるよう支援することを目的とする。
- (3) 事業所の名称 小規模多機能型居宅介護事業所 笛田
- (4) 介護保険事業所番号 0691400089
- (5) 事業所の所在地 山形県村山市楯岡笛田四丁目1番55号
- (6) 電話番号 0237-48-7973
- (7) 事業管理者 三浦 洋一
- (8) 当事業所の運営方針
利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、個別の介護計画及び介護予防計画を作成することにより、利用者が必要とする適切なサービスを提供する。
- (9) 開設年月 令和3年2月8日
- (10) 登録定員 29名（通いサービス定員18名、宿泊サービス定員7名）

3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 事業実施地域
村山市全域
- (2) 営業日及び営業時間
営業日 365日
営業時間 24時間
通いサービス 基本時間 9時から18時
宿泊サービス 基本時間 18時から9時
訪問サービス 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（指定基準遵守）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	常勤専従	常勤兼務	非常勤	職務の内容
1. 管理者		1		事業内容の調整
2. 介護支援専門員		1		サービスの調整・相談業務
3. 看護職員			1	健康チェック等の医療業務
4. 介護職員	5		7	日常生活の介護・相談業務

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。

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・介護保険の給付の対象となるサービス |
| (2) 利用料金の全額を利用者にご負担いただく場合・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以下のサービスについては、利用料金の7割から9割が介護保険から給付され、利用者の自己負担は費用全体の1割又は、2割、3割の金額となります。

以下のサービスの内容を具体的にどのような頻度、内容で実施するのにかについては、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。

- ・ 台所で利用者が料理することができます。
- ・ 食事サービスの利用は任意です。

②入浴 ・ 入浴または清拭を行います。

- ・ 衣類の着脱、身体の清拭、洗髪、洗身の介護を行います。
- ・ 入浴サービスの利用は任意です。

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 利用者もしくはその家族等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等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。

<サービス利用料金>

◎通い、訪問、宿泊（介護費用分）すべてを含んだ 1 ヶ月単位の費用額利用料金は 1 ヶ月ごとの包括費用（定額）です。

下記の料金表によって、利用者 の要支援及び要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付額を除いた金額（自己負担額 1 割、2 割、3 割）をお支払いください。

要介護度別 利用料金

介護度	介護保険	給付金額サービス利用	自己負担額
要支援 1	34,500 円	31,050 円	3,450 円
要支援 2	69,720 円	62,748 円	6,972 円
介護度 1	104,580 円	94,122 円	10,458 円
介護度 2	153,700 円	138,330 円	15,370 円
介護度 3	223,590 円	201,231 円	22,359 円
介護度 4	246,770 円	222,093 円	24,677 円
介護度 5	272,090 円	244,881 円	27,209 円

☆ 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も利用が少なかった場合や、利用が多かった場合でも、日割りでの割引き及び増額は致しません。

☆ 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一旦お支払いいただきます。

☆ 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、利用者の負担額を変更します。

◎その他の加算（自己負担額 1 割の場合）

- ・初期加算 1日 30 円 利用開始から30日間
- ・認知症加算Ⅲ 1ヶ月 760 円 認知症自立度Ⅲランク以上
- ・認知症加算Ⅳ 1ヶ月 460 円 要介護2で認知症自立度Ⅱランク

・総合マネジメント体制強化加算Ⅰ 1ヶ月 1,200円

総合マネジメント体制強化加算Ⅱ 1ヶ月 800円

個別サービス計画について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。

病院等に対し日常的に情報提供等を行っている。

地域における活動への参加の機会が確保されている。

関わりのある地域住民等の相談に対応する体制を確保している。

必要に応じ、多様な主体が提供する生活支援サービスが包括的に提供される居宅サービス計画を作成している。

①地域住民等との連携により、地域資源を効果的に活用し、利用者の状態に応じた支援を行っていること。

②地域住民等、他事業所等と共同で事例検討会、研修会等を実施していること。

③市町村が実施する通いの場や在宅医療・介護連携推進事業等の地域支援事業等に参加していること。

①～③はいずれか1つを実施していることとなります。

・中山間地域等における小規模事業所加算

所定単位数に10/100を乗じた金額

厚生労働大臣が定める地域に所在する事業所がサービス提供を行った場合。

・処遇改善加算（Ⅰ）（令和6年5月末までの算定となります。）

所定単位数の102/1000に相当する単位数

・介護職員等ベースアップ等支援加算（令和6年5月末までの算定となります。）

所定単位数の17/1000に相当する単位数

・処遇改善加算（Ⅲ）

所定単位数の134/1000に相当する単位数（令和6年6月からの算定予定です。）

注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

注2 認知症加算は対象者

注3 総合マネジメント体制強化加算については、どちらか1つを算定することとなります。

（2）介護保険の給付の対象とならない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 350円 昼食 600円 夕食 450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1,000円

(3) 利用料金のお支払い方法 前記(1)、(2)の利用料金は、1ヶ月ごとに計算し次のいずれかの方法で翌月20日までにお支払いください。

①現金支払い ②銀行振込み

(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のキャンセル料は、いただきません。但し、当日のキャンセルの場合のみ昼食代600円を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、その内容は書面にて説明の上、利用者へ交付します。

6. 身体的拘束について

利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き身体的拘束、制限を行いません。

7. 高齢者虐待防止について

利用者の人権の擁護、虐待の防止のため、虐待防止法に基づき適切な措置を講じます。

8. 事故発生時の対応

利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、必要に応じ速やかに市町村、利用者家族等に連絡を行い、必要な措置を行ないます。また、事故の状況及び対応等について記録します。

(2) 利用者に対する介護サービス提供に当たって、賠償すべき事故が発生した場合は速やかに損害賠償を行ないます。

9. 非常火災時の対応

非常火災時には、別途定める消防計画に沿い避難訓練を年2回、利用者も参加して行います。消防用設備 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

10. 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情や相談の受付は、以下の専用窓口で受付けます。

受付窓口（担当者） 管理者 三浦 洋一

受付時間 月曜日から日曜日 8：30から17：30

電話番号 0237-48-7973

(2) 行政機関その他苦情受付機関

① 村山市役所 福祉課介護保険係

村山市中央一丁目3番6号

電話番号 0237-55-2111

受付時間 月～金曜日 8：30～17：00

② 山形県国民健康保険団体連合会

介護保険課

所在地 寒河江市大字寒河江字平久保6番地

電話番号 0237-87-8006

受付時間 月～金曜日 8：30～17：00

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、その内容についての評価、要望、助言を受けるため次のとおり運営推進会議を設置しています。

【運営推進会議】

構成員 利用者、利用者の家族、地域住民の代表、市町村職員、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 隔月で開催

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。

12. 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】

医療法人 八鍬医院

所在地 村山市楯岡新高田9-24

TEL 0237-55-3425

1 3. 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下さい。

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下さい。

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。

1 4. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

年に1回 自己評価を行い、運営推進会議にて第三者の観点からサービス評価を実施しております。

令和 年 月 日

小規模多機能型介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業所 小規模多機能型居宅介護事業所 笛田

説明者職名 管理者

氏名 印

令和 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、本書面を受領しました。

利用者住所

氏名 印

代筆者住所

氏名 印