

「小規模多機能ホーム ゆう愛」 重要事項説明書

(令和7年 4月 1日 現在)

当事業所は介護保険の指定を受けています
(指定 第 1090500040 号)

当事業所はご契約者に対して指定小規模多機能ホーム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します。

* 当サービスの利用は、原則として要支援・要介護認定の結果「要支援・要介護」と認定された方が、対象となります。要支援・要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

<目次>

1. 事業所	.....
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. 苦情の受付について(契約書第18条参照)	.....
7. 運営推進会義の設置	.....
8. 協力医療機関、バックアップ施設	.....
9. 非常火災時の対応	.....
10. サービス利用にあたっての留意事項	.....

1 事業者

- | | |
|-----------|----------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 同仁会 |
| (2) 法人所在地 | 群馬県太田市八幡町27番地7 |
| (3) 電話番号 | 0276-55-3500 |
| (4) 代表者名 | 理事長 穂積照雄 |
| (5) 設立年月日 | 昭和52年12月3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
平成19年 5月 1日 太田市指定 |
| (2) 事業所の目的 | 要介護状態又は要支援状態にある利用者に対し、住み慣れた地域 |

での生活を継続できるよう適正な事業を提供することを目的とする。

- (3) 事業所の名称 小規模多機能ホーム ゆう愛
- (4) 事業所の所在地 群馬県太田市寺井町 565
- (5) 電話番号 0276-37-8344
- (6) 事業所長（管理者）氏名 天笠 光啓
- (7) 当事業所の運営方針 利用者が、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、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うことにより、利用者がその有する能力に応じ、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旨とする。
- (8) 開設年月 平成19年 5月 1日
- (9) 登録定員 25名
(通いサービス定員 15人 宿泊サービス定員 9人)
- (10) 居室等の概要 当事業所では以下の居室・設備をご用意します。
宿泊サービスの際に利用される居室は個室及び2人部屋です。

居室・設備の種類	客室数	備考
個室	5室	全室冷暖房設備・3モーター式電動ベッド完備
2人部屋	2室	
食堂兼居間	大型窓による自然豊かな採光が得られます。	
台所	職員と利用者の共同作業による自立を目指す台所です。	
浴室	一般浴室及び機械浴室完備	
消防設備	自動警報装置完備	

* 上記は、厚生労働省が認める基準により、指定小規模多機能型居宅介護事業所に設置が義務付けられている施設・設備です。

3 事業実施地域及び営業時間

- (1) 事業の実施地域 太田市
- (2) 営業日及び営業時間

営業日	年中無休
通いサービス	7時30分 ～ 19時30分
訪問サービス	随時
宿泊サービス	19時30分 ～ 7時30分

* 受付・相談については、通いサービスの営業時間と同様です。

4 職員の配置状況

当事業所では、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。

<主な職種の配置状況> *職員の配置については、指定基準を遵守しています。

従業者の職種	常勤	非常勤	常勤換算	指定基準	職務の内容
1. 管理者	1		0.1	1	事業内容調整
2. 介護支援専門員	1		1	1	サービスの調整・相談業務
3. 介護職員	11	1	11.9	3:1+1(昼)※	日常生活の介護・相談業務
4. 看護職員		1	0.1	1	健康管理・医務業務
5. 事務職員	1		0.3		請求業務

* 常勤には兼務の人数を含む

<主な職種の勤務体制>

職種	勤務体制時間
1. 管理者	勤務時間 8:30 ~ 17:30
2. 介護支援専門員	勤務時間 8:30 ~ 17:30
3. 介護職員	7:30 ~ 16:30
	勤務時間 8:30 ~ 17:30
	10:30 ~ 19:30
	夜勤勤務時間 16:30 ~ 9:30
	その他、利用者の状況に応じた勤務時間を設定します
4. 看護職員	勤務時間 8:30 ~ 17:30
	8:30 ~ 12:30

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、ご契約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以下の2つがあります。

- (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
(介護保険の給付対象となるサービス)
- (2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合
(介護保険の給付対象とならないサービス)

(1) 介護保険の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用者の自己負担は、費用の全体の1割、2割又は3割の額となります。ア～ウのサービスを具体的にそれぞれどのような頻度、内容で行うかについては、

ご契約者と協議の上、小規模多機能居宅介護計画に定めます。

<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助をします。
- ・ 調理場で利用者が調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。
- ・ 衣服の着脱、身体の清拭、洗髪、洗身の介助を行います
- ・ 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排泄の介助を行うと共に、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。

⑤ 健康チェック

- ・ 血圧測定等利用者の全身の状態を把握します。

⑥ 送迎サービス

- ・ ご契約者の希望により、自宅と事業所の送迎サービスを行います。

イ 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 ご契約者もしくは、その家族からの金銭または、物品の授受

③ 飲酒及び喫煙

④ ご契約者もしくは、その家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動

⑤ その他契約者もしくは、その家族に行う迷惑行為

ウ 宿泊サービス

- ・ 事業所に宿泊していただき、食事、入浴、排泄等の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＞

ア 通い・訪問・宿泊(介護費用分)すべてを含んだ1ヵ月単位の包括費用額

利用料金は1ヵ月ごとの包括費用(定額)です。

下記の料金表によって、ご契約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を除いた金額(自己負担額)をお支払いください。

(サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。)

	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
ご契約者の要介護度とサービスに関わる自己負担額	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

※介護保険負担割合証により、該当の負担割合「1割・2割・3割」の利用料金負担となります。

- ★ 月ごとの包括料金ですので、契約者の体調不良や状態の変化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少なかった場合、または小規模多機能型居宅介護計画に定めた期日よりも多かった場合であっても日割りでの割引または増額は、いたしません。
- ★ 月途中から登録した場合または、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の料金をお支払いいただきます。この場合の「登録日」及び「登録終了日」とは、以下の日をさします。
 - ◎ 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
- ★ ご契約者がまだ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。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。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。
- ★ ご契約者に提供する食事及び宿泊に掛かる費用は、別途いただきます。
- ★ 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

イ 加算

初期加算	1日	30単位
認知症加算(Ⅰ)	1ヵ月	920単位
認知症加算(Ⅱ)	1ヵ月	890単位
認知症加算(Ⅲ)	1ヵ月	760単位
認知症加算(Ⅳ)	1ヵ月	460単位
看護職員配置加算(Ⅰ)	1ヵ月	900単位
看護職員配置加算(Ⅱ)	1ヵ月	700単位
看護職員配置加算(Ⅲ)	1ヵ月	480単位
訪問体制強化加算	1ヵ月	1,000単位
総合マネジメント体制強化加算(Ⅰ)	1ヵ月	1,200単位
総合マネジメント体制強化加算(Ⅱ)	1ヵ月	800単位
科学的介護推進体制加算	1ヵ月	40単位
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	1ヵ月750単位もしくは、1日25単位	
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	1ヵ月640単位もしくは、1日21単位	
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	1ヵ月350単位もしくは、1日12単位	
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	1ヵ月の総利用単位数の14.9%	
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	1ヵ月の総利用単位数の14.6%	
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	1ヵ月の総利用単位数の13.4%	
介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	1ヵ月の総利用単位数の10.6%	

* 上記の加算が算定された場合には、料金が加算されます。

* 太田市の地域区分は「7級地」のため、「1単位=10.17円」となります。

* 初期加算

小規模多機能型居宅介護事業所に登録した日から起算して30日以内の期間については、初期加算として上記のとおり加算分の自己負担が必要となります。

30日を超える入院をされた後に利用を開始した場合も同様です。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス (契約書第5条参照)

以下のサービスは、利用料金の金額がご契約者の負担となります。

<サービスの概要と利用料金>

ア 食事の提供(食事代)

ご契約者に提供する食事に要する費用です。

料金 朝食:390円 昼食:640円 夕食:590円

イ 宿泊に要する費用

ご契約者に提供する宿泊サービスに要する費用です。

個室:1,900円 2人部屋:1,500円

ウ 事業実施地域以外への送迎費及び交通費

実施地域	無料
概ね4km以上6km未満	500円
概ね6km以上8km未満	800円
概ね8km以上	1,100円

エ おむつ代

紙おむつ1枚:100円 リハビリパンツ1枚:100円 パット1枚:50円

オ レクリエーション、クラブ活動

ご契約者の希望によりレクリエ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。

利用料金:材料代等の実費をいただきます。

カ 複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、

複写物を必要とする場合には、実費をいただきます。1枚につき10円(モノクロのみ)

- ☆ 経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することが、あります。その場合事前に変更する事由について、変更を行う2ヶ月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法(契約書第5条参照)

前記(1)(2)の料金・費用は1ヶ月ごとに計算し、いずれかの方法により翌月末日までにお支払いください。

① 事業所での現金支払

② 銀行振り込み

群馬銀行 強戸支店
普通預金 No. 0590800 名義 小規模多機能ホーム ゆう愛
施設長 天笠 光啓

③ 口座振替(群馬銀行のみ)

(4) 利用中止、変更、追加(契約書第6条参照)

- ☆ 小規模多機能型居宅介護サービスは、小規模多機能型居宅介護計画に定められた内容を基本としつつ、契約者の日々の様態、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。
- ☆ 利用予定日の前日に、ご契約者の都合により、小規模多機能型居宅介護サービスの利用を中止または、変更、もしくは新たなサービスに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者へ申し出てください。

- ☆ 5. (1)の介護保険の対象となるサービスについては、利用料金は1ヶ月ごとの包括費用額(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ヶ月の利用料は変更されません。ただし5. (2)の介護保険の対象外のサービスについては、利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用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いただく場合があります。ただし、ご契約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50%

- ☆ サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約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契約者に提示して協議します。

(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、利用者一人一人の人格を尊重し、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、ご契約者の状況に合わせて適切にサービスを提供するために、ご契約者と協議の上で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。計画の内容及び評価結果等は書面に記載してご契約者に説明の上交付します。

6 苦情について(契約書第18条参照)

(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。

○苦情受付窓口	(担当者)
職名	副主任介護職員 関口 芳明
電話番号	0276-37-8344
○受付時間	毎週月曜日～金曜日
	10:00～17:00

また、苦情受付ボックスを受付に設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

太田市 介護サービス課	所在地 太田市浜町2-35 電話 0276-47-1938
国民健康保険団体 連合介護保険課	所在地 前橋市元総社町335-8 群馬県市町村会館内 電話 027-290-1363(代)
群馬県 社会福祉協議会	所在地 前橋新前橋町13-12 電話 027-255-6034

7 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>

構成：利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、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します。

8 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>

太田記念病院	所在地 太田市大島町455-1	TEL:0276-55-2200
宏愛会第一病院	所在地 太田市六千石町99-63	TEL:0277-78-1555
イムス太田中央総合病院	所在地 太田市東今泉町875-1	TEL:0276-37-2378
福島歯科医院	所在地 太田市東新町373 ハニーライズ404号	TEL:090-8581-7178

9 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態の変化等あった場合は事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、ご家族等へ連絡をいたします。

主治医	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	

○ 事故発生時の対応について

- ① 当事業所は、利用者に事故が発生した場合には速やかに市町村、利用者の家族に連絡を行うとともに、必要な処置を講じます
 - ② 当事業所は、前項の事故の状況及び事故に際してとった処置について記録し、保管します。
 - ③ 当事業所は、利用者に賠償すべき事故が発生した場合は損害賠償を速やかに行います。
- なお、事業所は下記の損害賠償保険に加入しています。

<保険会社名> 損害保険ジャパン株式会社

<保険名> 賠償責任保険

<保障の概要> 社会福祉法人 全国社会福祉協議会(しせつの損害補償)
(社会福祉施設の様々なリスクに対応している)

10 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則って対応を行います。

また、避難訓練を年2回、契約者も参加して行います。

太田消防署への届出日:平成30年 4月 1日

防火管理者:天笠 光啓

<消防用設備>

- ・自動火災報知器
- ・非常通報装置
- ・スプリンクラー
- ・非常用照明
- ・誘導灯
- ・消火器

<地震・大水等災害発生時の対応>

地域防災計画との関係を考慮しながら対応

11 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、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。
- 所持金品は、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執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

令和 年 月 日

指定小規模多機能型居宅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。

小規模多機能ホーム ゆう愛

説明者職名 介護支援専門員

氏名 高井 佑治 ㊞

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、
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、受領しました。

利用者 住所 _____

氏名 _____ ㊞

代理人 住所 _____

御家族

氏名 _____ ㊞