

小規模多機能ホーム ひだまり

重要事項説明書

当事業所は、利用者に対して指定小規模多機能型居宅介護サービス等を提供します。事業所の概要やサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを、次の通り説明いたします。

1 事業者

- (1) 法人名：有限会社 ライフサポート
- (2) 法人所在地：鹿児島市唐湊4丁目1番2号
- (3) 電話番号：099-250-0611 FAX番号：099-286-6268
- (4) 代表者氏名：代表取締役 佃 望
- (5) 設立年月日：平成13年11月20日

2 事業所の概要

- (1) 事業所の種類：指定小規模多機能型居宅介護 鹿児島市指定 第4690100344号
- (2) 開設年月日：平成20年3月10日
- (3) 事業所の名称：小規模多機能ホーム ひだまり
- (4) 事業所の住所：鹿児島市下福元町7505-2
- (5) 電話番号：099-210-8552 FAX番号：099-210-8552
- (6) 管理者氏名：管理者 西 まさ子
- (7) 登録定員：24人（通いサービス定員12人・宿泊サービス定員5人）
- (8) 事業所の理念・目的

“地域の中で、その人らしく、安心して暮らし続ける”を理念とし、適正なサービスの提供により、地域高齢者福祉の向上に貢献することを目的とします。

(9) 事業所の運営方針

利用者の一人一人が、地域の中であたりまえに暮らしながら、可能な限り自立して日常生活を営む事が出来るよう、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します。

(10) 建物の構造・規模

構 造	木造平屋建てスレート葺き	建築面積	197.90 m ²	延べ面積	194.84 m ²
-----	--------------	------	-----------------------	------	-----------------------

(11) 居室等の概要

当事業所では、以下の居室・設備をご用意しています。

居室等の種類	室数	消防設備等
食堂・居間	1 室	火災報知設備（消防署直通） 避難誘導灯 非常用照明設備 消火器 トイレ非常用通報装置 陶芸用電気窯
宿泊室（洋室）・クローゼット付	5 室	
居間（タタミ）	1 室	
地域交流室	1 室	
台所	1 室	
洗面所	2 室	
脱衣・洗濯室	1 室	
浴室	1 室	
トイレ	3 室	

3 事業実施地域及び営業時間等

(1) 通常の事業の実施地域

通常の事業の実施地域は、鹿児島市内の区域とします。

(2) 営業日

年中無休とします。

(3) 営業時間

通いサービス：午前9時30分から午後4時00分までとします。

訪問サービス：24時間とします。

宿泊サービス：午後6時00分から翌午前8時00分までとします。

※受付・相談については、通いサービスの営業時間と同様とします。

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ために、次の通りの職種の職員を配置しています。

<主な職員の配置の状況>

※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	非常勤	常勤換算	指定基準	勤務体制	職務の内容
管理者	1人	0人	1人	1人	シフト制	業務の統括
介護支援専門員	1人	0人	1人	1人	シフト制	サービス調整・相談業務
介護職員	3人	2人	5人	5人	シフト制	介護・相談業務
看護職員	1人	0人	1人	1人	シフト制	介護・看護業務

5 提供するサービスと利用料金

(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、原則として利用料の1割が自己負担額となります。

①～⑥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、小規模多機能型居宅介護計画に定めます。

<サービスの概要>

① 通いサービス

事業所内において、食事や入浴、排せつ等の日常生活上の世話や機能訓練を行います。

ア. 食事

- ・ 食事の提供及び食事の見守り及び介助を行います。
- ・ 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。

イ. 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。

ウ. 排せつ

- ・ 利用者の状況に応じて適切な排せつの介助を行うとともに、排せつの自立についても適切な援助を行います。

エ. 機能訓練

- ・ 利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能低下を防止するよう努めます。

オ. 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。

カ. 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。

② 訪問サービス

- ア. 利用者の自宅にお伺いし、食事や入浴・清拭等の日常生活上の世話や機能訓練を提供します。
- イ. 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。
- ウ. 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。
- ・ 医療行為
 - ・ 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
 - ・ 飲酒及び利用者もしくはその家族等の同意なしに行う喫煙
 - ・ 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
 - ・ その他契約者もしくはその家族が行う迷惑行為

③ 宿泊サービス

必要により事業所での宿泊者に対し、食事・入浴・排泄等の日常生活上の世話等を提供します。

<サービス利用料金> (契約書第 5 条参照)

① 通い・訪問・宿泊(介護費用分)すべてを含んだ一月単位の包括費用の額

利用料金は 1 ヶ月ごとの包括費用(定額)です。

下記料金表によって、利用者の要介護度に応じたサービス料金をお支払いください。

(サービスの利用料金は、利用者の要介護度に応じて異なります。)

要介護度	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
サービス料金	4,469 円	7,995 円	11,430 円	16,325 円	23,286 円	25,597 円	28,120 円

☆ 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、利用者の負担額も変更されるものとします。

☆ 月ごとの包括料金ですので、利用者の体調不良や状態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、又は、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した料金をお支払いいただきます。尚、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： 利用者が当事業所において、居宅サービス計画を作成した上での、通い・訪問・宿泊のいずれかのサービスを利用開始した日とします。

登録終了日： 利用者が当事業所の利用契約を終了した日とします。

☆ 利用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いったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、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)。償還払いとなる場合、利用者が保険給付の申請を行うため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。

☆ 利用者に提供する食事及び宿泊に係る費用は別途いただきます。(下記(2)参照)

② 加算(1日につき)

登録日から起算して 30 日以内の期間については、初期加算として下記の負担が必要となります。

30 日を超える入院をされた後に再び開始した場合も同様です。

初期加算	30 円(1日当たり)
------	-------------

(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>

① 食事の提供（食事代）

利用者が当事業所において、居宅サービス計画を作成した日、又は、通い・利用者に提供する食事に要する費用です。

料 金	朝食： 200 円 昼食： 400 円 夕食： 400 円
-----	---

② 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。

料 金	1 泊： 2,400 円
-----	--------------

③ 通常の事業の実施地域以外の利用者に対する送迎及び交通費

交通費の実費相当額とし、利用者と相談の上決定することとします。

④ おむつ代

紙おむつ利用者に対し、購入費及び産業廃棄物処理費相当分が実費負担となります。

料 金	購入費等の実費相当額
-----	------------

⑤ レクリエーション活動等

利用者の希望により、レクリエーション活動等に参加していただくことができます。

料 金	材料代等の実費相当額
-----	------------

⑥ 複写物の交付

利用者は、サービスの提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物の交付は実費負担となります。

料 金	10 円/1枚
-----	---------

⑦ その他

日用品の購入代金等で、利用者にご負担頂くことが適当であるものにかかる費用です。

料 金	購入費の実費
-----	--------

☆ 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、変更を行う日から2ヶ月前までにご説明いたします。

(3) 利用料金のお支払方法（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、次のいずれかの方法により翌月20日までにお支払いください。

① 事業所での現金支払い

② 指定口座への振込み（振込み手数料は、利用者負担となります。）

③ 事業所からの指定口座より自動引落とし

(4) 利用の中止、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、契約者の日々の状態、希望等を勘案し、適時適切に通いサービス・訪問サービス・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又は、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（定額）のため、サービスの利用回数を変更された場合も1ヶ月の利用料は変更されません。但し、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の申し出がなく、当日になって利用中止の申し出をされた場合、半額分をキャンセル料としてお支払いいただく場合があります。但し、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。

☆ 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契約者に提示して協議します。

- 鹿児島県社会福祉協議会 電話 099 - 257 - 3855
○ 鹿児島県国保連合会 電話 099 - 206 - 1084

8 相談・苦情解決の体制及び手順

苦情又は相談があった場合には、利用者の状況を詳細に把握するよう必要に応じ、状況の聞き取りのための訪問を実施し、事情の確認を行い、苦情に関する問題点を把握した上で検討を行い、再発防止の対策を決めていきます。対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うと共に、利用者へは必ず対応方法を含めた結果報告を行います。

9 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共に、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。

<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、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。

議事録：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。

10 協力医療機関・バックアップ施設

当事業所では、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を協力医療機関・施設として連携体制を整備しています。

<協力医療機関・施設>

- 敬愛クリニック
- 永山歯科医院
- 特別養護老人ホーム旭ヶ丘園

11 非常災害時の対応

非常火災時には、消防計画に則って対応を行います。又、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>

- ・ 自動火災報知器、誘導等、非常用照明設備、消火器等消防法による設備を設置しています。

12 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ください。
- (2) 事業所内の設備や器機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、弁償していただく場合があります。
- (3) 他の利用者の迷惑と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ください。
- (5) 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。
- (6) 宿泊室については、24名の登録者がその必要により適宜宿泊サービスを利用できるように事業者において5部屋を容易しているものであり、特定の利用者が占有する事はできません。お互いが気持ち良く施設(宿泊室)を利用するために、管理者との間で十分なコミュニケーションを図りながら協議し、ご活用ください。
- (7) その他事業所内での利用に当たっては、管理者の指示に従ってください。

13 施設経営法人

事業者の住所	鹿児島市唐湊4丁目1番2号
事業者の名称	有限会社 ライフサポート
代表者氏名	代表取締役 佃 望

契約する場合は、以下の確認を行います。

平成 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、契約書及び本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

(事業者)	事業所の住所	鹿児島市下福元町7505-2
	事業所の名称	小規模多機能ホーム ひだまり
	説明者職氏名	管理者 西 まさ子 印

私は、契約書及び本書面に基づいて、事業者から重要事項の説明を受け、指定小規模多機能多機能型居宅介護サービスの提供開始に同意しました。

(利用者)	利用者の住所	_____
	利用者の氏名	_____ 印

	同上身元引受人の住所	_____
	同上身元引受人の氏名	_____ 印