

花巻農業協同組合指定小規模多機能型居宅介護サービス重要事項説明書

1. 事業者名称 花巻農業協同組合 代表者氏名 代表理事組合長 高橋 利光
本所住所 岩手県花巻市野田 3 1 6 - 1

2. 事業の目的と運営方針

(目的)

介護が必要と認定されたご利用者のケアプランに基づき、当事業所の介護職員等による小規模多機能型居宅介護サービス（以下介護サービスと称する）を実施します。

介護職員等は、介護が必要と認定されたご利用者の特性を踏まえて、その有する能力に応じて利用者及びその家族が安心してその居宅において可能な限り自立した、日常生活を営むことができるよう介護サービスを通じて援助を行います。

(方針)

○一人ひとりの人格を尊重し、様態や希望に応じて弾力的な介護サービスを提供します。

○家族や地域との交流・連携を積極的に図り、地域に密着した介護サービスを提供します。

○家庭的な環境の下、それぞれが役割をもって日常生活をおくることができるように配慮します。

○自己評価及び調査機関・運営推進会議等の外部評価の結果を踏まえ、常に介護の質の向上を図ります。

3. 事業所の名称及び所在地

小規模多機能居宅介護	事業所名	J Aいわて花巻小規模多機能ホームえんで
	介護保険事業所番号	0 3 9 0 6 0 0 0 7 0 号
	住 所	岩手県北上市飯豊 2 2 地割 4 5 番地 1
	法令遵守責任者	代表理事組合長 高橋 利光
	管理者名	古川 禎子
	連絡電話番号等	T E L 0197-68-2121 F A X 0197-68-2122
	サービス提供地域	北上市

4. ご利用事業所の職員体制

職種	業務内容	人員
管理者	サービスに対する総合調整	1 名（介護職兼務）
介護支援専門員	介護サービス計画の作成・相談・助言	1 名（常勤 1 名 非常勤 名）
看護職員	機能訓練・健康相談・健康チェック	3 名（常勤 名 非常勤 3 名）
介護職員	日常生活上の介護・健康増進の為の助言	13 名（常勤 7 名 非常勤 6 名）
事務職員	事務	0 名（常勤 名 非常勤 名）

5. 営業日・営業時間

- 営業日は通年です。(年中無休)
- 営業時間は、24 時間となります。
- 通いの営業時間は、9：30～15：45 となります。

6. 利用定員

- 登録定員 25 名
- 1 日当たりの通いサービス 15 名
- 1 日当たりの泊まりのサービス 6 名
- 緊急時短期利用サービス 1 名（利用時空きがある場合に限る）

7. サービス利用基本料金および利用者負担金

(1) 利用料

介護サービス利用料については、介護保険関係法令で定める次の介護サービス基本利用料（利用者個々の要介護度別）に、ご利用いただいた介護サービス内容に応じた料金を加算した金額をご負担して頂きます。(①+②)

①サービス基本料金（介護保険適用分）（1 ヶ月あたり） (単位 円)

要介護度	基本料金（月額）	1 割負担	2 割負担	3 割負担
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

②その他の加算

各種加算	料金	1 割負担	2 割負担	3 割負担
初回加算 ※1	300 円	30 円	60 円	90 円
認知症加算Ⅱ ※2	8900 円	890 円	1780 円	2670 円
認知症加算Ⅳ ※3	4600 円	460 円	920 円	1380 円
総合マネジメント体制強化加算Ⅱ	8,000 円	800 円	1600 円	2400 円
サービス提供体制加算（Ⅲ）	3,500 円	350 円	700 円	1,050 円
科学的介護推進体制加算	400 円	40 円	80 円	120 円
口腔・栄養スクリーニング加算	200 円	20 円	40 円	60 円
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%を加算			
介護職員等処遇改善加算Ⅲ	合計金額に 13.4%を乗じた額			

※1 利用開始から 30 日

※2 認知症自立度Ⅲランク以上

※3 要介護 2 で認知症自立度Ⅱランク

短期利用サービス料金（1日あたり） 7日以内とする

要介護度	基本料金（1日あたり）	1割負担	2割負担	3割負担
要支援 1	4,240 円	424 円	848 円	1,272 円
要支援 2	5,310 円	531 円	1,062 円	1,593 円
要介護 1	5,720 円	572 円	1,144 円	1,716 円
要介護 2	6,400 円	640 円	1,280 円	1,920 円
要介護 3	7,090 円	709 円	1,418 円	2,127 円
要介護 4	7,770 円	777 円	1,554 円	2,331 円
要介護 5	8,430 円	843 円	1,686 円	2,529 円

③その他の費用

- 食事サービス料金 朝食 450 円 昼食 670 円 夕食 550 円
- 宿泊サービス料金 3,500 円
- おむつ代その他日常生活上の便宜に係る費用 実費

（2）介護保険給付限度額超過の場合

要介護度別に定められている介護保険給付限度額を超過するサービス提供分については、超過分につき全額自己負担となります。

（3）利用者負担金等の支払い

月末締切とし、翌月指定日に原則として契約者（または代理人）名義の口座から自動振替（振替依頼書に基づく）で処理させていただきます。

口座振込でもお受け致しますが、手数料は利用者負担となります。

やむをえず認定前に介護サービスを受け、「償還払い」となる場合には、一旦利用者が利用料の全額を事業者支払い、利用者はその後北上市から保険給付分（9割）を受けとることになります。

（4）キャンセル

キャンセル料は基本的に発生しません。

ただし、介護サービスの利用の中止をする際には、速やかに（前日までに）次の連絡先までご連絡ください。

キャンセル連絡先	T E L 0197-68-2121	F A X 0197-68-2122
----------	----------------------	----------------------

8. 小規模多機能型居宅介護サービス計画書の作成とサービス記録

（1）小規模多機能型居宅介護サービス計画書の作成

- ①事業者は、利用者の意向、心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて他の従事者と協議の上、解決すべき課題の把握を行うとともに、利用者への援助の目標及びその目標を達成するために随時適正に通いサービス、訪問サービス、宿泊サービスを組み合わせた具体的な介護サービスの内容記載した「小規模多機能型居宅介護サービス計画書」（以下、サービス計画書とする。）を作成します。
- ②事業者は、サービス計画書を作成する場合は、地域における活動への参加の提供等利用者の多様な活動の確保に努めるように配慮します。

③事業者は、サービス計画書作成後においても、常に実施状況及び利用者の様態変化等の把握を行い、必要に応じて介護サービス計画の変更を行います。

④サービス計画書を作成・変更した場合は、利用者及びその家族に対して理解しやすい方法で説明を行い、同意を得た上で交付します。

(2) 記録について

①事業者は、介護サービスを提供した際には、利用に係る計画、提供日、介護サービス内容、苦情内容等必要な事項についての記録を行い、それを5年間保管します。

②事業者は、利用者もしくはその代理人の求めに応じ閲覧に供し又は実費負担によりその写しを交付します。

9. 苦情対応

介護サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

当事業所 相談窓口	T E L 0197-68-2121 F A X 0197-68-2122	苦情解決責任者 小山田 雅広	苦情受付担当者 古川 禎子
北上市福祉部 長寿介護課	T E L 0197-72-8218 F A X 0197-64-0287		
国民健康保険団体連合会	T E L 019-604-6700 F A X 019-653-2216		

10. 秘密保持

業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしたりしません。異動及び退職後においても同様に対応致します。

11. 従業者の禁止行為

従業者はサービスの提供に当たって、次の行為は行いません。

- (1) 医療行為（ただし、看護職員、機能訓練指導員が行う診療の補助行為を除く。）
- (2) 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- (3) 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- (4) 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）
- (5) 利用者又は家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

12. 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、次に上げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的を開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底をしています。
- (2) 虐待防止のための指針を整備しています。
- (3) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための定期的研修を実施しています。
- (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	所長 小山田 雅広
-------------	-----------

- 2 サービス提供中に、事業所従業者又は養護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、市町村に通報を行います。

1 3. 身体拘束について

事業者は原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げること留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。

また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ利用者本人、または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りします。
- (2) 非代替性…身体拘束以外に利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限りします。
- (3) 一時性……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

1 4. 利用者代理人

利用者（または家族）は、代理人を選任し、この契約に定める権利の行使と義務の履行を代理して行わせることができます。

2 利用者（または家族）の代理人選任に際して必要がある場合は、事業者は成年後見制度や日常生活自立支援事業の内容を説明するものとします。

1 5. 非常災害対策

- (1) 事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取組を行います。
- (2) 非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備しそれらを定期的に従業員に周知します。
- (3) 定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

1 6. 衛生管理等

- (1) 介護の用に供する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。
- (2) 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講じます。
 - ①感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を6月に1回以上開催し、その結果について従業者に周知徹底をしています。
 - ②感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
 - ③従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的に実施しています。
- (3) 事業所内での感染防止の為、法定伝染病をはじめ、感染により他利用者の健康に大きな問題が発生すると予想される時は、ご利用を一旦中止いただくことがあります。

- (4) 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

17. 事故等緊急時の対応

サービスの提供中に容態の急変・事故等が発生した場合は、関係機関、主治医、救急、親族、介護支援事業者等へ連絡をいたします。

主治医 (かかりつけ医)	主治医	病院名 主治医氏名	
	連絡先		
ご家族	氏名	(続柄／)	
	連絡先		
協力医	名称	むらさきの歯科医院	さやかクリニック
	連絡先	北上市村崎野 16 - 166 - 3 0197 - 71 - 3418	北上市飯豊 20 - 123 - 1 0197 - 72 - 7228

18. ハラスメント対策

ハラスメント防止に関する規定・方針をもとに対策に取り組み、職員が働きやすい環境作りを目指します

19. 業務継続計画について

感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定居宅介護支援の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための業務継続計画を策定し、必要な措置を講じます。

- (1) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施しています。
- (2) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

20. 事業所の重要事項等は、閲覧可能なように事業所に備え置いています。また、法人のホームページに掲載をします。

年 月 日

私は、重要事項説明書及びサービス内容説明書の説明を受けたうえで、サービス提供の開始について同意します。

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

上記代行署名者名 氏 名 _____ 続柄 _____

代理人（選定された場合） 住 所 _____

氏 名 _____ 印
(続柄／)

説明者 所属事業所 _____

氏 名 _____ 印

初回説明事項からの変更

変更事項： _____ 月 日説明

変更事項： _____ 月 日説明