

小規模多機能型居宅介護 重要事項説明書

小規模多機能ホームくわのみ

当事業者は介護保険の指定を受けています。
(指定介護保険事業所番号 第1091100022号)

当事業所はご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。

1. 事業者

- | | |
|-----------|------------------|
| (1) 法人名 | 有限会社 多胡設計 |
| (2) 法人所在地 | 群馬県富岡市一ノ宮1767番地1 |
| (3) 電話番号 | 0274-63-3597 |
| (4) 代表者氏名 | 代表取締役 多胡 佑毅 |
| (5) 設立年月 | 2006年3月 |

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事業所
指定介護保険事業所番号：第1091100022号
2007年4月1日指定 |
| (2) 当事業所の目的 | 有限会社多胡設計が開設する小規模多機能型居宅介護事業所「くわのみ」（以下「事業所」という。）が行う小規模多機能型居宅介護事業・短期利用居宅介護事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の介護支援専門員・看護師・介護員等が、要介護状態にある高齢者に対し、住み慣れた地域で生活するために、介護保険法令に従い利用者が自宅で可能な限り暮らし続けられるような生活の支援を目的として、通い・訪問・宿泊の各サービスを柔軟に組み合わせてサービスを提供することを目的とします。 |
| (3) 事業所の名称 | 小規模多機能ホームくわのみ |
| (4) 事業所の所在地 | 群馬県安中市中野谷1854番地2 |
| (5) 電話番号 | 027-385-1217 |
| (6) 管理者氏名 | 金井 智恵美 |
| (7) 当事業所の運営方針 | 利用者一人ひとりの意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。また、在宅を軸とする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、日中事業所へ通い、入浴や食事・レクリエーションを行い生活の質の向上を目指す通所サービス、入浴・排泄・食事の介護又は、調理・洗濯・掃除等の家事を総合的に提供する訪問サービスの提供を行います。また、利用者の必要に応じて宿泊サービスを行います。以上の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。

小規模多機能ホームくわのみは、施設の持つ様々な特性を生かして、施設全体で利用者の生活を援助すると共に、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

- (8) 開設年月日 2007年4月1日
- (9) 登録定員 29人（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・設備をご用意しております。トイレ・洗面付のお部屋もご用意しておりますのでご利用をご希望される場合はその旨お申し出ください。（ただし、ご利用者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に添えない場合もございます。）

居室・設備の種類		室数	備考
宿泊室	一般個室	7室	
	トイレ・洗面付個室	2室	
	合計	9室	
居間兼食堂			
台所			
浴室			
消防設備		消火器、自動火災通報装置、誘導灯、スプリンクラー、非常用照明	
その他			

※上記は、厚生労働省が定める基準により、指定小規模多機能型居宅介護事業所に必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) 通常事業の実施地域・・・・・・安中市

※上記以外の地域の方は原則として当事業所のサービスを利用できません。その他の地域の方はご相談ください。

- (2) 営業日及び営業時間

営業日	年中無休
通いサービス	毎日 午前6時～午後9時
宿泊サービス	毎日 午後9時～午前6時
訪問サービス	随時

※受付・相談につきましては、午前9時～午後6時までとなります。

※介護サービスは当事業所の介護支援専門員が作成する「居宅サービス計画」・事業所が作成する「小規模多機能型居宅介護計画」に基づいて行われます。

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご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しています。

従業者の職種	人数	職務の内容
1. 管理者	1名以上（兼務可）	事業内容調整
2. 介護支援専門員	1名以上（兼務可）	サービスの調整・相談業務
3. 介護職員	利用者3名に対して1名以上 + 訪問対応職員1名（1日あたり）	日常生活の介護・相談業務
（うち看護職員）	1名以上	健康チェック等の医務業務

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所ではご利用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）利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合
（介護保険の給付の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

以下のサービスについては、利用料金の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割の金額となります。（但し、一定所得以上の方は2～3割負担となります。）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（（7）参照）。

〈サービスの概要〉

ア 通いサービス（日中、事業所内で介護を行います。）

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。

- ・口腔機能に合せた食事形態でお食事を提供します。治療食はご相談ください。

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。
- ・利用者の状態に合わせ介助浴、リフト浴を提供します。
- ・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ともに、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、日常生活に必要な基本動作訓練を行い、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機能の把握を行います。

⑥趣味活動

- ・利用者の希望に添って諸活動を行います。

⑦生活相談

- ・利用者およびその家族の日常生活における介護、環境整備、手続関係等に関する相談・助言を行います。

⑧送迎サービス

- ・送迎を必要とする利用者に対し、送迎サービス、移動、移乗介助等を行います。

イ 宿泊サービス（夜間、事業所内で宿泊を行い、介護を行います。）

- ・事業所に宿泊していただき、食事（朝夕）、入浴、排泄、就寝・起床等の日常生活上のお世話や夜間の巡回（安否確認・オムツ交換など）をいたします。

ウ 訪問サービス（事業所より利用者のご自宅へ、介護職員を派遣し、介護を行います。）

- ・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お世話をいたします。
- ・訪問サービス実施のための必要な備品等（水道・ガス・電気を含む）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ご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飲酒及びご契約者もしくはその家族等の同意なしに行う喫煙

④ご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

⑤その他利用者もしくはその家族等に行う迷惑行為

〈サービス利用料金〉

ア 通い・宿泊（介護費用分）・訪問すべてを含んだ一月単位の包括費用の額

利用料金は1ヶ月ごとの定額料金です。

下記の料金表によって、ご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を除いた金額（自己負担額）をお支払ください（サービスの利用料金は、ご利用者の要介護度に応じて異なります）。下記の、介護保険から給付される金額、自己負担額（加算を含む）は1割負担の金額です。一定所得以上の方は2～3割負担となります。

・同一建物に居住する者以外の者に対して行う場合

1. ご利用者の要介護とサービス利用料金	要介護度 1 104,580 円	要介護度 2 153,700 円	要介護度 3 223,590 円	要介護度 4 246,770 円	要介護度 5 272,090 円
2. うち、介護保険から給付される金額	94,122 円	138,330 円	201,231 円	222,093 円	244,881 円
3. サービス利用に係る自己負担額(1－2)	10,458 円	15,370 円	22,359 円	24,677 円	27,209 円

☆ 月ごとの包括料金ですので、ご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利用が少なかった場合、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。なお、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、宿泊、訪問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・・・・利用者当事業所の利用契約を終了した日

☆ ご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、ご利用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）ア及びイ参照）

☆ 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、ご利用者の負担額を変更します。

イ 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、初期加算として下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再び利用を開始した場合も同様です。

1. 加算対象サービスとサービス料金	初期加算 (30 日まで) 300 円 (1 日あたり)
2. うち、介護保険から給付される金額	270 円 (1 日あたり)
3. サービス利用に係る自己負担額 (1 - 2)	30 円 (1 日あたり)

ウ 認知症加算

医師の判定結果又は主治医意見書において、認知症生活自立度Ⅲ以上または要介護 2 に該当し認知症生活自立度Ⅱに該当する方は、下記のとおり加算分の自己負担が必要となります。

※医師の判定が無い場合（主治医意見書を用いることについて同意が得られていない場合を含む。）

にあつては、「要介護認定等の実施について」に基づき、認定調査員が記入した「認定調査票」の中の「認知症高齢者の日常生活自立度」欄の記載を用いるものとします。

- ・認知症加算（Ⅲ）：日常生活に支障を来す恐れのある症状・行動が認められることから、介護を必要とする認知症の利用者（認知症生活自立度Ⅲ以上）
- ・認知症加算（Ⅳ）：要介護 2 に該当し、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難が見られ、周囲のものによる注意を必要とする認知症の利用者（認知症生活自立度Ⅱ）

1. 加算対象サービスとサービス料金	認知症加算（Ⅲ） 7,600 円（1 月あたり）	認知症加算（Ⅳ） 4,600 円（1 月あたり）
2. うち、介護保険から給付される金額	6,840 円（1 月あたり）	4,140 円（1 月あたり）
3. サービス利用に係る自己負担額 (1 - 2)	760 円（1 月あたり）	460 円（1 月あたり）

エ 看護職員配置加算

小規模多機能型居宅介護事業所が常勤かつ専従の看護師または准看護師を 1 名以上配置している場合に下記のとおり加算分の自己負担が必要となります。

- ・看護職員配置加算（Ⅰ）：常勤かつ専従の看護師を 1 名以上配置している場合
- ・看護職員配置加算（Ⅱ）：常勤かつ専従の准看護師を 1 名以上配置している場合
- ・看護職員配置加算（Ⅲ）：看護職員を常勤換算方法で 1 名以上配置している場合

1. 加算対象サービスとサービス料金	看護職員配置 加算（Ⅰ） 9,000 円 （1 月あたり）	看護職員配置 加算（Ⅱ） 7,000 円 （1 月あたり）	看護職員配置 加算（Ⅲ） 4,800 円 （1 月あたり）
2. うち、介護保険から給付される金額	8,100 円 （1 月あたり）	6,300 円 （1 月あたり）	4,320 円 （1 月あたり）
3. サービス利用に係る自己負担額 （1－2）	900 円 （1 月あたり）	700 円 （1 月あたり）	480 円 （1 月あたり）

オ 訪問体制強化加算

小規模多機能型居宅介護事業所が、登録者の居宅における生活を継続するための小規模多機能型居宅介護の提供体制を強化した場合に下記のとおり加算分の自己負担が必要となります。

※条件により算定される月と算定されない月がございます。

1. 加算対象サービスとサービス料金	10,000 円（1 月あたり）
2. うち、介護保険から給付される金額	9,000 円（1 月あたり）
3. サービス利用に係る自己負担額 （1－2）	1,000 円（1 月あたり）

カ 総合マネジメント体制強化加算

小規模多機能型居宅介護事業所が、小規模多機能型居宅介護の質を継続的に管理した場合に下記のとおり加算分の自己負担が必要となります。

1. 加算対象サービスとサービス料金	総合マネジメント 体制強化加算（Ⅰ） 12,000 円 （1 月あたり）	総合マネジメント 体制強化加算（Ⅱ） 8,000 円 （1 月あたり）
2. うち、介護保険から給付される金額	10,800 円 （1 月あたり）	7,200 円 （1 月あたり）
3. サービス利用に係る自己負担額 （1－2）	1,200 円 （1 月あたり）	800 円 （1 月あたり）

キ サービス提供体制強化加算

小規模多機能型居宅介護事業所が、研修計画を作成・実施しており、サービス提供にあたっての留意事項の伝達又は技術指導を目的とした会議を定期的開催し、一定以上の勤続年数を有するものを一定割合配置している、又は、常勤職員を一定割合配置している、又は、介護福祉士を一定割合配置している場合に下記のとおり加算分の自己負担が必要となります。

- ・ サービス提供体制強化加算（Ⅰ）：以下のいずれかに該当している場合。
 - ①介護福祉士が70%以上配置されている
 - ②勤続10年以上の介護福祉士が25%以上配置されている
- ・ サービス提供体制強化加算（Ⅱ）：介護福祉士が50%以上配置されている
- ・ サービス提供体制強化加算（Ⅲ）：以下のいずれかに該当している場合。
 - ①介護福祉士が40%以上配置されている
 - ②常勤職員が60%以上配置されている
 - ③7年以上勤続している者が30%以上配置されている

1. 加算対象サービス とサービス料金	サービス提供体制 強化加算（Ⅰ） 7,500 円（1 月あたり）	サービス提供体制 強化加算（Ⅱ） 6,400 円（1 月あたり）	サービス提供体制 強化加算（Ⅲ） 3,500 円（1 月あたり）
2. うち、介護保険から 給付される金額	6,750 円 （1 月あたり）	5,760 円 （1 月あたり）	3,150 円 （1 月あたり）
3. サービス利用に係る 自己負担額(1－2)	750 円 （1 月あたり）	640 円 （1 月あたり）	350 円 （1 月あたり）

ク 介護職員処遇改善加算

小規模多機能型居宅介護事業所が、厚生労働大臣の定める基準に適合している介護職員の賃金改善等を実施している場合に下記のとおり加算分の自己負担が必要となります。

- ・ 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）：厚生労働大臣が定める基準に適合し、全ての要件を満たす場合、介護度別サービス利用料金及び該当する加算を加えた額の 1000 分の 149 に相当する加算

☆介護報酬総単位数（基本サービス費+各種加算減算）×サービス別加算率（14.9%）〔1 単位未満四捨五入〕×1 単位当りの地域単価（10.00）〔1 円未満切り捨て〕

- ・ 介護職員処遇改善加算（Ⅱ）：厚生労働大臣が定める基準に適合し、全ての要件を満たす場合、介護度別サービス利用料金及び該当する加算を加えた額の 1000 分の 146 に相当する加算

☆介護報酬総単位数（基本サービス費+各種加算減算）×サービス別加算率（14.6%）〔1 単位未満四捨五入〕×1 単位当りの地域単価（10.00）〔1 円未満切り捨て〕

- ・介護職員処遇改善加算（Ⅲ）：厚生労働大臣が定める基準に適合し、全ての要件を満たす場合、介護度別サービス利用料金及び該当する加算を加えた額の 1000 分の 134 に相当する加算

☆介護報酬総単位数（基本サービス費+各種加算減算）×サービス別加算率（13.4%）〔1 単位未満四捨五入〕×1 単位当りの地域単価（10.00）〔1 円未満切り捨て〕

- ・介護職員処遇改善加算（Ⅳ）：厚生労働大臣が定める基準に適合し、全ての要件を満たす場合、介護度別サービス利用料金及び該当する加算を加えた額の 1000 分の 106 に相当する加算

☆介護報酬総単位数（基本サービス費+各種加算減算）×サービス別加算率（10.6%）〔1 単位未満四捨五入〕×1 単位当りの地域単価（10.00）〔1 円未満切り捨て〕

※利用者負担額は、 上記額－（上記額×0.9）〔1 円未満切り捨て〕 となります。

（２）介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用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）・・・ご利用者に提供する食事に要する費用です。

朝食：300 円 昼食：300 円 夕食：300 円 おやつ代：100 円

イ 宿泊に要する費用・・・ご利用者に提供する宿泊サービスに要する費用です。

1 泊：1,200 円

ウ おむつ代

紙おむつ：120 円 紙パンツ：125 円 尿取りパット：35 円

エ レクリエーション、クラブ活動

ご利用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：材料費、活動費等の実費をいただきます。

オ 複写物の交付

ご利用者は、介護・看護記録等、サービス提供についての記録は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ご負担いただきます。

- ☆ 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ございます。その場合事前に変更内容と変更事由について、変更を行う 2 ヶ月前までにご説明いたします。

(3) 利用料金のお支払い方法

前記（１）、（２）の料金・費用は、１ヶ月ごとに計算し、当月の請求書に明細を付して、翌月１０日までに通知しますので、請求を受けた日から１５日以内に、次のいずれかの方法によりお支払いください。

- ☐ ①口座振替（群馬県信用組合・ゆうちょ銀行）
- ☐ ②銀行振込（入金先銀行名： 口座名： ）

【口座振替の場合】

金融機関名：群馬県信用組合・ゆうちょ銀行

振替手数料：無料（弊社負担）

振替日：毎月 15 日（金融機関休業日の場合は翌営業日）

※振替日に引き落としができなかった場合は、後日、弊社からご連絡を差し上げます。その場合、銀行振込でのご入金となり、手数料もご負担いただくことになりますのでご注意ください。

※群馬県信用組合・ゆうちょ銀行に口座がない方は、お近くの店舗にて通帳の作成をお願い致します。

【銀行振込の場合】

- 群馬県信用組合 一の宮支店 No.023 普通預金 No.0184400
名義) 有限会社多胡設計 小規模多機能ホームくわのみ 代表取締役 多胡佑毅
- しのめ信用金庫 本店営業部 No.012 普通預金 No.0538153
名義) 有限会社多胡設計 代表取締役 多胡佑毅
- 群馬銀行 富岡支店 No.170 普通預金 No.1179924
名義) 小規模多機能ホームくわのみ 代表 多胡佑毅
- ゆうちょ銀行 048 (セブロンハチ) 普通預金 No.3221353
名義) 有限会社多胡設計

※振込手数料はご利用者様ご負担でお願い致します。

請求書・領収証を送付するメールアドレス	
上記メールアドレスの宛名	

※上記アドレスより **info@kuwanomi.com** 宛に空メールの送信をお願いいたします。

(4) サービスの利用開始

まず、お電話等で申し込みください。職員がお伺いいたします。「居宅サービス計画」・「小規模多機能型居宅介護計画」作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

☆ 居宅サービス計画の作成を他事業者へ依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(5) サービスの終了

①ご利用者のご都合でサービスを終了する場合

サービスを終了する日の1週間前までに文書でお申し出ください。

②自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・ご利用者が他の介護保険施設に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）または予防給付該当（要支援）と認定された場合
- ・利用者がお亡くなりになった場合

③その他

- ・当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、またはやむを得ない事情により、当センターを閉鎖または縮小する場合、利用者は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。
- ・下記に該当する場合は、1ヶ月間の予告期間において理由を示した文書で通知をすることにより、契約を終了させていただく場合がございます。
 - イ 利用者が、サービス料金の支払を1ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず10日以内に支払われない場合
 - ロ 利用者が契約締結時に心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、または不実の告知などを行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
 - ハ 利用者やご家族などが事業者・従業者または他の利用者等に対して本契約を継続し難いほどの背信行為または反社会的行為を行った場合
 - ニ 共同生活の秩序を乱す行為（奇声・暴力など）があった場合
 - ホ 事業所では対応できない医療行為が必要となった場合
 - ヘ 利用者が、故意または重大な過失により事業者・従業者または他の利用者等の生命・財産・信用等を傷つけ、または著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

(6) 利用の中止、変更、追加

- ☆ 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、ご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。
- ☆ 利用予定日の前に、ご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。基本はケアプランに基づいた時間でのご利用になりますが、変更を希望される方はご相談ください。できるかぎりご希望に添えるよう善処いたします。
- ☆ 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いただく場合がございます。ただし、ご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	当日利用予定の料金

☆ 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。

☆ 健康上の理由による中止

- ①利用当日、利用者に体調不良・風邪の諸症状・37℃以上の発熱・病気等が見られる場合は、サービスの提供をお断り致します。
- ②受診・検査の結果、利用者に感染症があることが認められた場合、感染症が完治するまでの間は、サービスの提供をお断り致します。
- ③当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合、サービス内容の変更またはサービスを中止することがございます。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。
- ④ご利用中に体調が悪くなった場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。また、必要に応じて速やかに主治医または歯科医師に連絡を取る等必要な措置を講じます。

☆ 食事のキャンセルはあらかじめご相談ください。利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として上記の料金をお支払いいただく場合がございます。ただし、ご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。

(7) 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、ご利用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利用者に説明の上交付いたします。

6. 苦情の受付について

☆ 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下記窓口までお申し付けください。

「くわのみ苦情相談係」 担 当 統括管理責任者 遠田 由美子

電話 027-385-1217 受付時間 午前9時～午後6時（毎日）

☆ 当事業所以外に、区市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

- ・安中市役所高齢者支援課 電話027-382-1111
- ・群馬県国民健康保険団体連合会 電話027-290-1323
- ・群馬県社会福祉協議会 電話027-255-6033

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、サービスの提供状況について定期的に報告するとともに、その内容等の評価、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おります。

〈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もの等

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

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、連携及び支援の体制を整備しています。

協力医療機関	
医療法人済恵会 須藤病院	所在地 群馬県安中市安中3-25-13 TEL 027-382-3131
医療法人誠和会 正田病院	所在地 群馬県安中市安中1-16-32 TEL 027-382-1123
協力歯科医療機関	
室橋歯科医院	所在地 群馬県安中市安中3-13-7 TEL 027-381-0415
協力福祉施設	
介護老人保健施設めぐみ	所在地 群馬県安中市安中3-52-13 TEL 027-382-5951

9. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に様態の変化等があった場合、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡いたします。

《ご家族》

フリガナ 氏 名		フリガナ 氏 名	
住 所		住 所	
電話番号		電話番号	
携帯番号		携帯番号	
続 柄		続 柄	

《主治医》

病 院 名		病 院 名	
医 師 名		医 師 名	
住 所		住 所	
電話番号		電話番号	

10. 非常火災時の対応

- ・防災の対応：速やかに消火活動に努めるとともに、避難・誘導にあたります。
- ・防災設備：自動火災報知機、誘導灯、消火器、ガス漏れ探知機、非常用照明
- ・防災訓練：消防法に基づき、消防計画等の防災計画を立て、職員および利用者が参加する消火通報、避難訓練を年間計画で実施します。

11. 虐待の防止

当事業所は、利用者等の人権擁護・虐待防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ・成年後見制度の利用を支援します。
- ・苦情受付窓口を整備しています。（詳細契約書6章）
- ・従業者に対し、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

12. 第三者評価の実施状況

- ・第三者評価の実施の有無..... 有
- ・実施した評価機関の名称..... くわのみ運営推進会議にて評価
- ・評価結果の開示状況..... 自社ホームページにて公表

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ください。
- 利用者は努めて健康に留意してください。
- 健康状態に異常がある場合には、速やかにその旨を申し出てください。
- サービス利用前、利用者に発熱（体温が 37℃以上）等の体調不良や健康状態に異常が見られる場合には通い・宿泊サービスのご利用をお断りいたします。
- サービス利用中に利用者の体調不良などで介護サービスが困難と判断した場合はサービスを中止または変更いたします。
- 受診・検査の結果、利用者に感染症があることが認められた場合、感染症が完治するまでの間は、サービスの提供をお断りいたします。
- 送迎時間はあらかじめ利用者の方と相談し連絡致します。行事等を実施するときは、通常の送迎時間と異なる場合がございますのでご注意下さい。
- 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。これに反した使用方法により破損等が生じた場合、弁償していただくことがございます。また、当施設の設備・器具のうち、利用や貸出し可能のものもありますので、ご相談ください。
- 暴力行為、口論、泥酔等、他の利用者の迷惑になる行為が見られる方のご利用はご遠慮頂いております。
- 事業所では対応できない医療行為が必要な方のご利用はご遠慮頂いております。
- 事業所への高額な現金や品物の持ち込みはご遠慮ください。貴重品は事務室にてお預かりいたします。お預け頂いた貴重品以外の紛失・破損につきましては責任を負いかねますので予めご了承ください。
- 入れ墨のある方のご利用はご遠慮頂いております。
- 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。
- サービスの提供にあたっては、利用者の生命または身体を保護するため、切迫性（利用者ご本人または他のご利用者様等の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高い場合）・非代替性（身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する看護・介護方法がない場合）・一時性（身体拘束その他の行動制限が一時的である場合）の3つの要件すべてを満たす緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行いません。
ただし、緊急やむを得ず身体拘束を行う場合は、本人またはご家族に十分説明を行い、同意書を頂いております。
- 入院などで小規模多機能型居宅介護サービスを利用されない期間であっても契約が継続されている間は、介護保険料が発生しますのでご了承ください。入院期間やサービス利用停止期間が長くなる場合は一度契約を終了されることをお勧め致します。
- 高齢者の方には心身の障害や老化に伴い様々な事故の危険性がございます。転倒、転落・誤嚥などがその代表ですが、それらの事故は骨折や外傷、窒息や肺炎など場合によっては死亡に結びつく結果をもたらすこともございます。当施設では細かな観察や工夫でそのような事故の発生防止に努めておりますが、専門的な介護施設とはいえ、ご利用者様皆様の全ての行為を管理・予測できるものではありませんので、あらかじめご了承下さいますようお願い申し上げます。

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、利用者に対して契約書及び本書面に基づき重要事項の説明を行い、交付しました。

《事業者》

所在地 群馬県安中市野谷 1 8 5 4 番地 2

名 称 小規模多機能ホーム くわのみ

《説明者》

職 名 _____ 氏 名 _____ 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、指定小規模多機能型居宅介護サービスの提供開始に同意し、交付を受けました。

《利用者》

住 所 _____

氏 名 _____ 印

《代理人》

住 所 _____

氏 名 _____ 印

本書 2 通を作成し、利用者、事業者が記名捺印のうえ、各 1 通保有するものとします。

年 月 日