

重要事項説明書

1. 事業主体概要

事業者名 社会福祉法人 戸井福祉会
所在地 北海道函館市釜谷町605-1
代表者 理事長 新谷 義克
設立年月日 昭和63年 4月1日

2. 事業所の概要

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

事業所の目的

介護保険法令の規定により利用者（契約者）が、その有する能力に応じ日常生活を営むことが出来るように支援することを目的として、提供いたします。

事業所の名称 小規模多機能型居宅介護事業所 潮太郎

事業所長（管理者） 氏名 清水 隆宏

運営方針

在宅生活されている高齢者等に、「通い」「泊まり」「訪問」の方法により各種サービスを提供することによって自立的生活の助長、社会的孤独感の解消、心身機能の維持向上を図ると共にその家族の身体的、精神的な負担の減少に努めます。

開設年月日 平成19年8月1日

登録定員 29名

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。宿泊サービスの際に利用される居室は個室ですが、2人部屋など他の種類の利用をご希望される場合は、その旨お申し出下さい。（ただし、ご契約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あります）。

居室・設備の種類	室数	備考
宿泊室	個室9室	・独立個室5室（1室11.59㎡） ・リビング併設4室
食堂兼リビング	93.85㎡	
台所	14.56㎡	
多目的ホール	36.38㎡	
会議室	23.89㎡	
浴室	3～4人用浴槽浴室・1人用浴槽浴室	
消防設備	スプリンクラー・煙感知器・温度感知器・消火器	
その他	鉄筋2階建て	

介護保険事業者番号 0191400035

所在地 北海道函館市釜谷町605番地1

実施区域 函館市内とする

営業日 365日

営業時間 24時間

「通い」提供時間 午前10時00分～午後16時00分を原則とし利用者の身体的状況及びニーズに合わせて変更を行います。（時間短縮・延長可能）

「泊り」提供時間 午後16時00分～翌午前10時00分の範囲でご利用いただけます。（通いと組み合わせ可能）

「訪問」 随時

※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。

登録定員 29名

「通い」利用定員 18名/日

「泊り」利用定員 9名/日

3. 職員の配置状況

①当事業所は、利用者に対してサービスを提供する職員として次の通り配置します。

②職種説明

一、管理者 1名（介護支援専門員と兼務）

管理者は、事業所の従業者の管理及び事業所の申込みに係わる調整、業務状況の把握その他の管理を一元的に行う。

二、介護支援専門員 1名（管理者と兼務）

介護支援専門員は、利用者の心身状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、具体的なサービス内容等を記した小規模多機能型居宅介護計画及び介護予防小規模多機能型居宅介護計画を作成し地域の包括支援センター等関係機関との連絡、調整を行う。また適切に組み合わされた「通い」「泊まり」「訪問」のサービスを行う。

三、看護職員 1名

利用者の健康に注意し、健康保持の為に適切な措置をとる。又事業の提供を行っている時に利用者に急変が生じた場合には、必要に応じて臨時応急の手当てを行うとともに、速やかに主治医や関係医療機関へ連絡を行い指示を求める等の措置を講じる。

四、介護職員 11名

小規模多機能型居宅介護の提供にあたり、利用者の心身状況等を的確に把握し、介護計画にそった適切な介助を行う。

また、宿泊者に対して1人以上の夜勤を配置する。その他自宅等で暮らしている方々に対して宿直または夜勤1名以上を配置する。

※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

〈サービス内容の概要〉

（1）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、排泄等の日常生活の世話や機能訓練を提供します。

①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。

②機能訓練

利用者が日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練及び利用者の心身の活性化を図るための各種支援を提供します。また、外出機会の確保その他利用者の意向を踏まえた地域社会生活の継続のための支援を行います。

ア、日常生活動作に関する訓練

イ、レクリエーション

ウ、グループ活動

エ、行事的活動

オ、園芸活動

カ、趣味活動（ドライブ、買い物等含む）

キ、地域における活動への参加

③食事支援

ア、食事の準備、片付け

イ、食事摂取の介助

ウ、その他の必要に応じた食事の介助

⑤入浴支援

ア、入浴または清拭

イ、衣服の着脱、身体の清拭、洗髪、洗身の介助

ウ、必要に応じた介助

④排泄介助

利用者の状況に応じた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う。

⑥送迎支援

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う。

(2) 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。
- ・訪問サービスのために必要な備品など（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 ご契約者もしくはその家族等からの金銭または物品の授受。

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等に行う迷惑行為。

(3) 宿泊サービス

潮太郎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。

(4) 相談・助言等

利用者及びその家族の日常生活における介護等に関する相談及び助言、申請代行等を行います。

①日常生活に関する相談・助言

②認知症高齢者等を抱える家族への助言・相談

③日常生活を営む上で必要な行政機関に対する手続き

④家族、地域との交流支援、その他必要な相談・助言

4. サービス利用料金

(1) 介護保険サービス利用料

- ・下記の料金表によって、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（利用者負担額）お支払いください。
- ・利用料金は通い・訪問・宿泊全てを含んだ月単位の包括費用（定額）です。

〈介護保険サービス利用料金 表〉

	金額（10割）	利用者負担額（1割）	介護保険給付額
要支援1	34,500円	3,450円/月	31,050円
要支援2	69,720円	6,972円/月	62,748円
要介護1	104,580円	10,458円/月	94,122円
要介護2	153,700円	15,370円/月	138,330円
要介護3	223,590円	22,359円/月	201,231円
要介護4	246,770円	24,677円/月	222,093円
要介護5	272,090円	27,209円/月	244,881円
初期加算	300円	30円/日	270円

	金額（10割）	利用者負担額（2割）	介護保険給付額
要支援1	34,500円	6,900円/月	27,600円
要支援2	69,720円	13,944円/月	55,776円
要介護1	104,580円	20,916円/月	83,664円
要介護2	153,700円	30,740円/月	122,960円
要介護3	223,590円	44,718円/月	178,872円
要介護4	246,770円	49,354円/月	197,416円
要介護5	272,090円	54,418円/月	217,672円
初期加算	300円	60円/日	240円

	金額（10割）	利用者負担額（3割）	介護保険給付額
要支援1	34,500円	10,350円/月	24,150円
要支援2	69,720円	20,916円/月	48,804円
要介護1	104,580円	31,374円/月	73,206円
要介護2	153,700円	46,110円/月	107,590円
要介護3	223,590円	67,077円/月	156,513円
要介護4	246,770円	74,031円/月	172,739円
要介護5	272,090円	81,627円/月	190,463円
初期加算	300円	90円/日	210円

・短期利用居宅介護費（1日につき）

	金額（10割）	利用者負担額（1割）	介護保険給付額
要支援1	4,240円	424円/1日	3,816円
要支援2	5,310円	531円/1日	4,779円
要介護1	5,720円	572円/1日	5,148円
要介護2	6,400円	640円/1日	5,760円
要介護3	7,090円	709円/1日	6,381円
要介護4	7,770円	777円/1日	6,993円
要介護5	8,430円	846円/1日	7,584円

※ア. 登録後30日間は初期加算として1日当たり30円が加算されます。

30日を越える病院又は診療所への入院後に利用を再開した場合も同様となります。

イ. 上記利用者負担額（1割、2割、3割）に 認知症加算（Ⅲ）認知症日常生活自立度Ⅲ以上に該当する場合は1ヶ月につき760円、認知症加算（Ⅳ）要介護2に該当し、認知症日常生活自立度Ⅱに該当する場合は1ヶ月につき460円、看護職員配置加算1ヶ月700円（要介護のみ）が加算されます。総合マネジメント体制強化加算1ヶ月800円が加算されます。

ウ. 介護職員処遇改善加算として、上記利用者負担額にア、イの加算を加えた金額の14.6%が加算されます。

※加算分、短期利用居宅介護費についても、利用者の負担割合（1割、2割、3割）に応じた金額になります。

- ・月途中から登録（契約を結んだ日ではなくサービス利用を開始した日）あるいは、登録を終了（利用契約を終了した日）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。
- ・登録期間中は月ごとの包括料金ですので、ご利用頻度による増減はありません。
- ・その他の料金（下記）に係わ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利用者の負担額を変更します。

（2）社会福祉法人による利用者負担の軽減について

社会福祉法人戸井福祉会は、介護保険法（平成9年法律第123号）により利用者のうち、低所得者で生計が困難であるもの及び生活保護受給者に対して、その社会的な役割にかんがみ、利用者負担額を軽減する。

対象者は、「社会福祉法人による生計困難者に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減制度事業実施要綱」による。

(3) 介護保険対象外サービス利用料

・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。

- ア. 食費 朝食 270 円 昼食 490 円 夕食 440 円
特別食 1食につき100円加算 治療食 1日につき100円加算
- イ. オムツ代 実 費
- ウ. 宿泊費 1700 円/日(寝具レンタル料含む)
- エ. レクリエーション等 実 費

※ 支払案内

事業所は利用者又は利用者代理人に対して、毎月15日までに前月の利用料金等の請求書を送付します。

※ 支払期限

利用者又は利用者代理人は事業所に対して、上記利用料金を当月25日までに、事業所の指定する口座に振り込むか、直接事業所にお持ち頂きお支払い下さい。

また、利用者又は利用者代理人のご依頼により郵便預金口座より自動引き落としとする事も出来ます。

(4) 利用の中止、変更、追加

利用の中止、変更、若しくは新たなサービスの追加は利用前日までにお申し出下さい。お申し出がなかった場合、取消料として当日の利用料金をお支払いいただく場合があります。

5. 小規模多機能型居宅介護計画および介護予防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1人ひとりの人格を尊重し、住み慣れた地域での生活が継続できるよう、利用者の心身状況、希望及びその置かれている環境をふまえて、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事により、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為に、ご契約者と協議の上で介護計画を定め、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. 苦情等の受付 (契約書第18条参照)

- ① 当事業所における苦情等の受付は、随時相談室において受け入れ回答に努めます。

担当窓口： 施設管理者 または ケアマネージャー

TEL：0138-82-3211 FAX：82-3211

② その他の相談窓口

函館市役所 保健福祉部 地域福祉課 苦情処理委員会事務局

TEL: 0138-21-3298

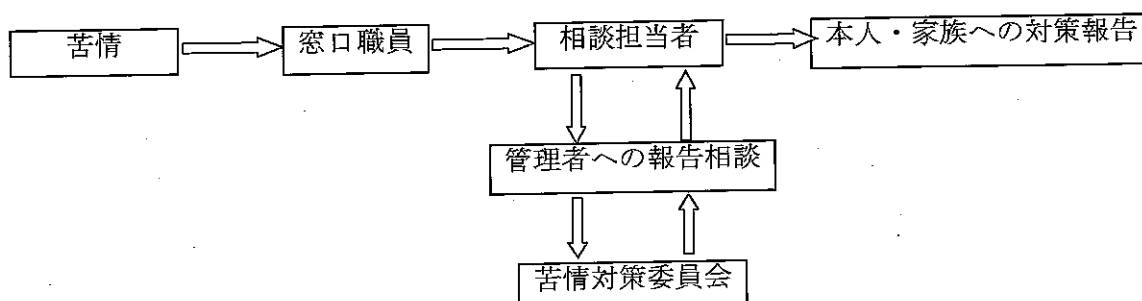
受付時間: 平日・午前8:45~午後17:30まで

北海道国民健康保険団体連合会 企画苦情係

TEL: 011-231-5161 (内線 6111)

受付時間 平日・午前9:00~午後17:00まで

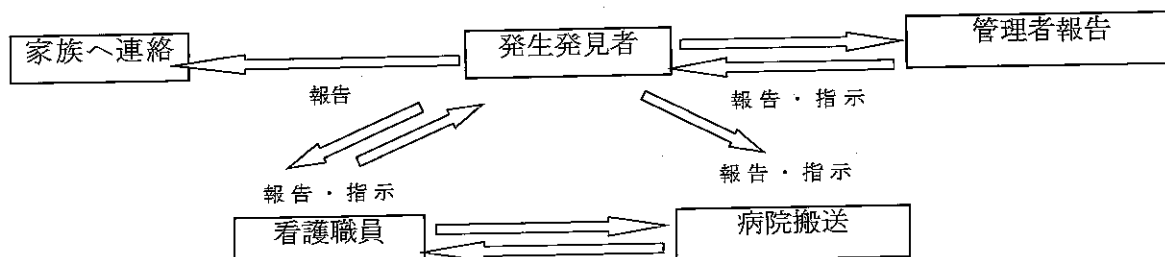
③ 円滑かつ迅速に苦情処理を行う為の処理体制・手順は次のように行います。



- ア. 苦情担当者が対応。 イ. 本人・家族の情報把握。 ウ. 管理者との相談
 (場合によっては苦情対策委員会での検討) エ. 本人・家族への報告

④ その他の参考事項

- 1、誠心誠意サービス提供を心掛ける。
- 2、情報交換・モニタリング・研修会参加を行う。
- 3、苦情・対応等は記録台帳を設け再発防止のためのカンファレンスを行う。
- 4、緊急時・事故発生時の対応体制・手順
- 5、第三者評価の実施 なし



9. 非常火災時の対応

非常火災時には、別途定める防災計画に則って対応を行います。

防災用設備

- ・スプリンクラー
- ・自動火災通報装置
- ・煙感知器
- ・温度感知器
- ・消火器

10. サービス利用にあたっての留意事項

- 一、サービス利用の際には、介護保険被保険者証を掲示下さい。
- 二、事業所内の備品や器具等を破損された場合は弁償していただく場合がございます。
- 三、他の利用者の迷惑になる行為をされる場合は利用を中止していただく場合がございます。
- 四、事業所内で他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮下さい。
- 五、所持金は自己の責任で管理して下さい。

令和 年 月 日

指定小規模多機能型居宅介護及び介護予防小規模多機能居宅介護サービスの提供の開始について、本書面に基づき重要事項の説明を致しました。

小規模多機能型居宅介護施設 潮太郎

説明者（職氏名） _____ 印

私は、上記に基づき事業所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及び介護予防小規模多機能型居宅介護の提供開始に同意しました。

利用者

住所： _____

氏名： _____ 印

代筆者

氏名： _____ 印

続柄： _____

家族代理人

住所： _____

氏名： _____ 印

続柄： _____

