

小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護 重要事項説明書

1 運営の方針

住み慣れた地域で自立した日常生活が営めるよう、小規模多機能型居宅介護事業の特徴を活かしたサービスの提供を行います。

- 1) ご利用者様の心身機能の維持及び社会的孤独感の解消を行うとともに、ご家族様の身体的、精神的負担を軽減します。
- 2) ひとり一人の思いや願いを尊重し、常にご利用者様の立場に立ったサービスを提供します。
その能力に応じたサービスの提供を行います。
- 3) 地域福祉の向上のため、関係諸機関と密接に連携します
- 4) ご利用者様が、ご家族や地域の人々との絆が強まるよう支援します。

2 事業所の概要

事業者名称	社会福祉法人ジェイエー長野会
主たる事務所の所在地	長野市南長野北石堂町 1177-3 JA 長野県ビル
法人種別	社会福祉法人
代表者名	理事長 上原 孝義
電話番号	TEL 026-223-0533 FAX026-223-2225

3 ご利用事業所

ご利用事業所の名称	ローマンうえだ小規模多機能型居宅介護上野の家
指定事業者番号	第 2090300134 号
所在地	長野県上田市上野 298 番地 1
電話番号	TEL0268-29-3110 FAX0268-29-3111
営業日	365日
営業時間（訪問サービス）	24時間
同（通いサービス）	9時～16時
同（宿泊サービス）	16時～ 9時
通常の事業の実施地域	上田市内
登録定員	29名
利用定員（通いサービス）	18名
同（宿泊サービス）	9名

4 職員体制

従業者の職種	業務の内容	人数	勤務の体制
管理者	業務の統括	1名	常勤1名
計画作成担当者	介護計画の作成	1名	常勤1名
介護職員	通所介護・訪問介護の実施	11名	常勤6名 非常勤5名
看護職員	健康状態の把握と処置	1名以上	常勤1名 非常勤2名

5 施設の概要

宿泊室	7 室
部屋等	リビングルーム 1 室 交流室 1 室 和室 1 室
トイレ	車椅子対応トイレ
浴 室	一般浴 特殊浴 リフトあり
台 所	1 室

6 サービスの概要

サービス種類	内 訳	内 容
通いサービス	食事	食事の提供及び食事の介助をします。 身体状況・嗜好・栄養バランスに配慮した献立表にもとづき、提供します。 調理、配膳等を介護従事者と共に行うこともできます。 食事サービスの提供は任意です。
	排泄	状況に応じ、適切な介助を行うとともに、排泄の自立に適切な援助を行います。
	入浴	状況に応じ、衣服の着脱、身体の清拭、洗髪、洗身等の適切な介助を行います。 入浴サービスは任意です。
	機能訓練	状況に応じ、生活の中で機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。
	健康チェック	血圧測定、体温測定等、利用者の健康状態の把握に努めます。
	送迎	ご希望により、ご自宅と施設との間の送迎をします。
訪問サービス		ご自宅に伺い、身体の介護や生活のお世話をします。
宿泊サービス		宿泊していただき、食事、入浴、排泄等の日常生活のお世話を提供します。

7 サービスの利用料金

- ① 保険給付サービス 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。1ヶ月毎の包括費用（月定額）です。
- ・ サービス利用料金は利用者の要介護度に応じて異なります。
 - ・ 月毎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当初のサービス計画に定められた日数よりも利用が少なかった場合、または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。
 - ・ 月途中からの登録の場合、または月途中で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。登録日（終了日）とは以下の日を指します。
登録日・・・利用者が訪問、通所、宿泊のいずれかのサービスを利用開始した日
登録終了日・・・利用者と事業所の利用契約を終了した日
 - ・ 介護保険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を変更します。
 - ・ ご本人の合計所得額により利用者負担が異なります。負担割合については、保険者より交付されます。「介護保険負担割合証」にて確認をさせていただきます。

◎ 1 割負担の場合

介護度	1 月あたりの単位数
要支援 1	3,450 単位
要支援 2	6,972 単位
要介護 1	10,458 単位
要介護 2	15,370 単位
要介護 3	22,359 単位
要介護 4	24,677 単位
要介護 5	27,209 単位

◎ 2 割負担の場合

介護度	1 月あたりの単位数
要支援 1	6,900 単位
要支援 2	13,944 単位
要介護 1	20,916 単位
要介護 2	30,740 単位
要介護 3	44,718 単位
要介護 4	49,354 単位
要介護 5	54,418 単位

◎ 3 割負担の場合

介護度	1 月あたりの単位数
要支援 1	10,350 単位
要支援 2	20,916 単位
要介護 1	31,374 単位
要介護 2	46,110 単位
要介護 3	67,077 単位
要介護 4	74,031 単位
要介護 5	81,627 単位

②加算料金

算定	加算項目	単位数（＊ 1 割負担）
	科学的介護推進体制加算	40 単位/月
	生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	10 単位/月
	若年性認知症利用者受入加算（介護）	800 単位/月
	若年性認知症利用者受入加算（予防）	450 単位/月
	初期加算（登録日から 30 日以内の期間）	30 単位/日
	看護職員配置加算（Ⅰ）（介護予防を除く）	900 単位/月
	認知症加算（Ⅱ）（介護予防を除く）	890 単位/月

	認知症加算（Ⅳ）（介護予防を除く）	460 単位/月
	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	750 単位/月
	総合マネジメント体制強化加算（Ⅰ）	1,200 単位/月
	訪問体制強化加算（介護予防を除く）	1,000 単位/月
	介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数の 14.9%を加算

地域区分 上田市 1 単位＝10 円

③ その他のサービス料金（介護保険外）

介護保険適用外実費

項目	1 日当たり金額	内訳
食費	1,850 円	朝 500 円 昼 750 円 夕 600 円
		常食以外 刻み食・ミキサー食等は追加料金 + 50 円
宿泊費	3,000 円	
光熱水費	500 円	
洗濯料金	500 円／回	
電化製品使用料		テレビ、電気毛布 50 円／日 ラジカセ 30 円／日
項目	内容	
レクリエーション・ クラブ活動費	利用者の希望により、教育娯楽として活動する場合の材料費	実費
任意活動・希望活動費	個別に活動したもの	実費
通常の実施地域以外の交通費		10 km まで 100 円 10 km 以上 200 円

利用料金のお支払い方法

利用料は月末に締切り、翌月 10 日以降に請求書を発行します。原則として、ご利用者又はご利用者代理人の指定した長野県内 J A 貯金口座、又は三菱 UF J ニコス口座振替代行可能の金融機関口座からの振替（口座振替依頼書に基づく）で処理させていただきます。指定口座をお持ちでない方は、当施設の窓口へ直接お支払いいただくか、振り込みでお支払いいただきます。

○口座振替日

*長野県内JA貯金口座

利用月の翌月 20 日（ただし、20 日が金融休業の場合は翌営業日となります。）

*三菱UFJニコス口座振替決済代行可能の金融機関口座

ゆうちょ銀行、都市銀行の全行、地方銀行の全行、他県 J A、信用金庫、労働金庫、信用組合等（楽天銀行・ソニー銀行除く）

利用月の翌々月 12 日（ただし、12 日が金融休業の場合は翌営業日となります。）

8 守秘義務

事業所及び職員は、業務上知りえた利用者及びご家族の秘密を、正当な理由がなく第三者に漏らしません。

9 身体拘束の廃止

- ① ご利用者ご本人又は他のご利用者の生命・身体を保護するために緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他ご利用者様の行動を制限する行為は行いません。
- ② 次の要件をすべて満たす緊急やむをえない場合は担当者会議で十分に検討し、ご家族の了解を得た後に実施します。またその際は、心身の状況や時間等の必要事項を記録します。

要件 ・ ご利用者ご本人又は他のご利用者の生命・身体に危険の及ぶ可能性が著しく高いこと
 ・ 身体拘束を行う以外に対処法が無いこと
 ・ 身体拘束が一時的であること

10 相談窓口、苦情対応

責任者及び担当者	ご利用時間 午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分 ご利用方法 TEL 0268-29-3110 FAX 0268-29-3111 受付担当者 中 村 竜 也 解決責任者 六 川 真 理 子
上田市高齢者介護課	ご利用方法 TEL 0268-23-6246 FAX 0268-29-6246
長野県国民健康保険団体連合会	ご利用方法 TEL 026-238-1580 FAX 026-238-1581
第三者委員	豊殿地区児童民生委員 瀬切 信幸 TEL 0268-23-2171 神科地区児童民生委員 青木 辰夫 TEL 0268-22-9069 神川地区民生児童委員 宮本 千づ子 TEL 090-4740-3921 佐久大学短期大学部教授 菊池 小百合 TEL 0267-68-6680

11 非常災害対策

関係機関への通報・連絡体制の整備について	消防計画に基づき、人命を最優先した避難誘導を行います。 緊急連絡網に基づき、関係省庁・関係機関・職員等への連絡をします。
避難・救出等必要な訓練の実施について	年に 2 回以上の訓練を実施します

12 緊急時の対応方法

利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。 緊急連絡先に連絡いたします。		
利用者の主治医	氏名	
	医療機関の名称	
	所在地	
	電話番号	
協力医療機関	医療機関の名称	鹿教湯三才山リハビリテーションセンター鹿教湯病院
	所在地	長野県上田市鹿教湯病院 1308 番地

	電話番号	TEL0268-44-2111 FAX0268-44-2117
協力医療機関	医療機関の名称	鹿教湯病院附属豊殿診療所
	所在地	長野県上田市殿城 250 番地 4
	電話番号	TEL0268-29-1220 FAX0268-29-1229
協力医療機関	医療機関の名称	い内科クリニック
	所在地	長野県上田市古里 166 番地 1
	電話番号	TEL0268-21-3737
協力歯科医療機関	医療機関の名称	鹿教湯三才山リハビリテーションセンター鹿教湯病院
	所在地	長野県上田市鹿教湯病院 1308 番地
	電話番号	TEL0268-44-2111 FAX0268-44-2117

緊急連絡先	氏名	
	住所	
	電話番号	
	昼間の連絡先	
	夜間の連絡先	

13 運営推進会議

- ① 目的 施設外の関係各位より施設運営、サービスの提供についての助言・意見・要望を
を反映し、より良い施設運営を目指すことを目的として開催します。
- ② 委員構成 利用者代表 利用者家族代表、自治会長、民生児童委員、福祉推進委員、
上田市高齢者介護課職員、神科地域包括支援センター職員、学識経験者
- ① 開催頻度 概ね 2 ヶ月に 1 回

14 外部評価

小規模多機能型居宅介護のサービス評価は自己評価をもとに運営推進会議の中で外部評価を行い、報告し、公表します。

小規模多機能型居宅介護サービス評価 開示状況 施設内に開示

15 損害賠償

事業所の責任によりご利用者様に生じた損害については、速やかに弁償をいたします。ただし、ご利用者様及びご家族様の故意または過失によるものについては、損害賠償責任を減額させていただきます。

令和 年 月 日

当事業者は、小規模多機能型居宅介護（介護予防小規模多機能型居宅介護）サービスの提供開始に当たり、本書面に基づいて上記重要事項を説明しました。

ローマンうえだ小規模多機能型居宅介護 上野の家

説明者 (印)

私は、本書面に基づいて上記重要事項の説明を受け了承しましたので、小規模多機能型居宅介護（介護予防小規模多機能型居宅介護）サービスの提供開始に同意します。

利用者 住所

氏名 _____ (印)

署名代行者 住所

氏名 _____ (印)

利用者との関係 ()

連帯保証人 住所_____

氏名 _____ (印)

利用者との関係 ()