

## 「指定介護予防小規模多機能型居宅介護」重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。  
(事業所番号 第0197400096号)

当事業所はご契約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致します。  
事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意頂きたいことを次のとおり説明致します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」及び「要支援」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

### ◆◆ 目 次 ◆◆

1. 法人の概要	2
2. 事業所の概要	2
3. 事業実施地域及び営業時間	3
4. 職員の配置状況	4
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金	5
6. 苦情の受付について	8
7. 運営推進会議の設置	9
8. 協力医療機関	10
9. 非常火災時の対応	10
10. 事故発生時の対応について	10
11. サービス利用にあたっての留意事項	11

## 1. 法人の概要

- (1) 法人名 社会福祉法人 揺籃会  
北海道深川市納内町2丁目2番20号  
0164-34-5635
- (2) 代表者 理事長 永倉隆太郎
- (3) 設立年月日 昭和52年1月30日

## 2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 介護予防小規模多機能型居宅介護事業所  
平成26年 4月 1日指定  
北海道0197400096号
- (2) 事業所の目的
- ・住み慣れた地域で生活するために、介護保険法令に従いご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、通いサービス、宿泊サービス、訪問サービス、その他電話連絡による見守り等を柔軟に組み合わせてサービスを提供します。
- (3) 事業所の名称 小規模多機能型居宅介護事業所清祥園
- (4) 事業所の所在地 北海道深川市納内町北3番59号
- (5) 電話番号 0164-24-3901
- (6) 管理者氏名 佐藤 真紀
- (7) 当事業者の運営方針
- ・ご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、ご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、宿泊サービス、訪問サービス、その他電話連絡による見守り等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。
- (8) 開設年月 平成26年4月1日
- (9) 登録定員 22名  
(通いサービス利用定員12名、宿泊サービス利用定員5名)
- (10) 居室等の概要
- ・当事業所では以下の居室・設備をご用意しています。宿泊サービスの際に利用される居室は個室となります。

居室・設備の種類	室数	備考
宿泊室	5室	12.5㎡
居間	30.7㎡(食堂含む)	
食堂	テーブル2台・椅子15脚・TV	
台所	IH調理機・冷蔵庫	
浴室	個浴1(ひのき風呂)	
消防設備	スプリンクラー	
その他		

※上記は、厚生労働省が定める基準により、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) 通常の事業の実施地域 深川市内全域

※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。

#### (2) 営業日及び営業時間

営業日	年中無休
通いサービス	午前9時00分～午後5時00分
宿泊サービス	午後5時30分～翌午前9時00分
訪問サービス	定期訪問・随時

※受付・相談については、通いサービスの時間帯と同様です。

### 4. 職員の配置状況

- 当事業所では、ご契約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。

#### 〈主な職員の配置状況〉

※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

従業者の職種	常勤	兼務	指定基準	職務の内容
管理者（兼務）	1人	1人	1人	事業内容調整
介護支援専門員	1人		1人	サービスの調整・相談業務
介護職員（兼務）	7人	2人	4人	日常生活介護・相談業務 うち、グループから兼務2名
看護職員	2人		1人	健康チェック等の医療業務 うち、1名 非常勤

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数（例；週40時間）で除した数です。

（例）週8時間勤務の介護職員が5名いる場合、

常勤換算では1人（8時間×5人÷40時間＝1人）となります。

#### 〈主な職種の勤務体制〉

職種	勤務体制	
管理者	勤務時間	9：00～18：00
介護支援専門員	勤務時間	9：00～18：00
介護職員	早番	7：00～16：00
	日勤	9：00～18：00
	日勤①	10：00～16：30
	遅番	10：00～19：00
	遅番②	13：00～22：00
	夜勤	22：00～翌7：00
	その他、利用者の状況に対応した勤務時間を設定します。	
看護職員	勤務時間	9：00～18：00

☆土・日は上記と異なります。

## 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、ご契約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していただく場合  
(介護保険の給付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 (契約書第4条参照)

\*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、ご利用者の自己負担は費用全体の1割の金額となります。ア～ウのサービスを具体的にそれぞれどのような頻度、内容で行なうかについては、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。(5)参照)

#### 〈サービスの概要〉

##### ア 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、排せつ等の日常生活上の世話や機能訓練を提供します。

##### ①食事

- ・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。

##### ②入浴

- ・入浴または清拭を行います。
- ・衣類の着脱、洗髪、洗身の介助を行ないます。
- ・入浴サービスの利用は任意です。

##### ③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ないます。

##### ④機能訓練

- ・ご利用者の状況に適した機能訓練を行ない、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状態の把握を行ないます。

##### ⑥送迎サービス

- ・ご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ないます。

##### イ 宿泊サービス

- ・事業所に宿泊していただき、食事、入浴、排せつ等の日常生活上の援助や機能訓練の提供を行います。

##### ウ 訪問サービス

- ・ご利用者の自宅にお伺いし、食事、入浴、排せつ等の日常生活上の援助や機能訓練の提

供を行います。

- ・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ご契約者もしくはそのご家族から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ご契約者もしくはその家族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

エ その他電話連絡による見守り等

- ・ご利用者の状況、状態に応じて電話連絡等の手段を用いてご利用者の安否確認や日常生活を送る上での相談、助言をさせていただきます。

〈サービス利用料金〉（契約書第6条参照）

ア 通い・宿泊・訪問（介護費用分）の利用料金は一月単位の包括費用(定額)です。

- ・下記の料金表によってご契約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金額（自己負担額）をお支払いください（サービスの利用料金はご契約者の要介護度に応じて異なります）。
- ・市町村から交付されている介護保険負担割合証で「2割」若しくは「3割」と決定されている方は下記自己負担額を2割若しくは3割とした金額でお支払下さい

介護度	要支援1	要支援2
利用料金	34,500円	69,720円
自己負担額 (1割)	3,450円	6,972円

☆ 月ごとの包括料金ですので、契約者の体調不良や状態の変化により小規模多機能型居宅介護計画に定めた日数よりも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日数よりも利用が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…ご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…ご利用者と当事業所の利用契約を終了した日。

☆ ご契約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、自己負担額を除く全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。

☆ ご利用者にご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。

☆ ご契約者が当該月内において入院した場合でも1ヶ月分の利用料を頂きます。

#### イ 加算について

①初期加算は、1日あたり30円利用した日から起算して30日目まで加算されます。

30日を超える入院された後、再び利用開始した場合も加算されます。

②サービス提供体制強化加算(Ⅲ)は、1ヶ月350円が加算されます。

③総合マネジメント体制強化加算(Ⅱ)は1ヶ月860円が加算されます。

④若年性認知症利用者受入加算は1ヶ月800円加算されます

⑤口腔・栄養スクリーニング加算は6か月に1回20円加算されます

※利用開始時1回加算されます

⑥科学的介護推進体制加算は1ヶ月40円加算されます

⑦介護職員処遇改善加算(Ⅰ)は基本サービス費に各種加算を加えた総単位数に加算率10.2%を乗じた金額が加算されます。

⑧介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)は基本サービス費に各種加算を加えた総単位数に加算率1.2%を乗じた金額が加算されます。

⑨介護職員等ベースアップ等支援加算(Ⅰ)は基本サービス費に各加算を加えた総単位数に加算率1.7%を乗じた金額が加算されます。

(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、第6条参照) \*以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担になります。

〈サービスの概要と利用料金〉

#### ア 食事の提供

ご契約者に提供する食事に要する費用です。

料金：朝食：250円 昼食：400円 夕食：350円

#### イ 宿泊に要する費用

ご契約者に提供する宿泊サービスに要する費用です。

料金：2,000円/泊

但し、10月～5月は冬期間暖房費として一泊298円掛かります。

電気使用(テレビ、冷蔵庫等)の際には1台につき一泊30円掛かります。

#### ウ オムツ代 実費

#### エ 日常生活上必要となる諸費用実費

前各号に掲げるもののほか、小規模多機能型居宅介護において提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものにかかる費用であって、利用者が負担することが適当と認められる費用につき、実費を徴収する。

(3) 利用料金のお支払い方法(契約書第6条参照)

① 利用料金は1ヶ月ごとに計算し請求書を発行致します。請求書は翌月の10日前後に送付致

しますので、25日までにまでにお支払い下さい。

- ② 自動引落（口座振替）が可能ですので、希望の方は「北空知信用金庫 納内支店」に口座を開設して下さい。
- ③ 自動引落（口座振替）を希望されない方は以下の指定口座にお振込下さい。

『指定口座』 北空知信用金庫 納内支店 普通口座 0086969 口座名 小規模多機能型居宅介護事業所清祥園 施設長 山崎 智広
---

#### (4) 利用の中止、変更、追加（契約書第7条参照）

☆ 利用予定日の前に、ご契約者の都合により、介護サービスの利用を中止、変更、又は新たなサービスの追加をすることができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者にお申し出ください。

☆ 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を申し出された場合、食事代をお支払いいただく場合があります。ただし、ご契約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。

☆ 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か月ごとの包括費用(定額)のため、サービスの利用回数に変更された場合も1か月の利用料は変更されません。

☆ 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契約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利用者に提示して協議します。

#### (5) 介護予防小規模多機能型居宅介護計画について

・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さまに説明の上交付します。

#### 6. 苦情の受付について（契約書第20条参照）

##### (1) 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以下の専用窓口で受け付けます。

- 苦情解決責任者 [職名] 施設長 山崎 智広
- 苦情受付窓口(担当者) [職名] 管理者 佐藤 真紀
- 受付時間 毎週月曜日～金曜日 9:00～18:00  
(緊急の場合、24時間対応)

また、苦情ボックスを当事業所に設置しています。

##### (2) 行政機関その他苦情受付機関

深川市市民福祉部 高齢者支援課	所在地 深川市2条17番17号 電話番号 0164-26-2238 FAX 0164-22-8134
--------------------	--

	受付時間 月曜日～金曜日 8:45～17:15
国民健康保険団体連合会 苦情処理委員会	所在地 札幌市中央区南2条西14丁目 電話番号 011-231-5175 FAX 011-233-2178 受付時間 9:00～17:15
北海道福祉サービス 運営適正化委員会	所在地 札幌市中央区北2条西7丁目 かでる2・7 電話番号 011-204-6310 FAX 011-204-6311 受付時間 月曜日～金曜日 9:00～17:15

## 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。

<p>〈運営推進会議〉</p> <p>構成：家族代表、利用者代表、地域住民代表、地域民生委員、地域警察署、行政機関代表、施設職員（担当理事・管理者）認知症対応型共同生活介護について知見を有するもの等</p> <p>開催：隔月で開催</p> <p>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。</p>
---

## 8. 協力医療機関、バックアップ施設

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体制を整備しています。

〈協力医療機関・施設〉			
深川第一病院	所在地	深川市あけぼの町1番1号	
	TEL	0164-23-3511	
深川第一病院歯科	所在地	深川市あけぼの町1番1号	
	TEL	0164-23-3516	
杉村歯科医院	所在地	深川市4条9番8号	
	TEL	0164-22-2323	
介護老人福祉施設	特別養護老人ホーム清祥園		
	所在地	深川市納内町北3番97号	
	TEL	0164-24-3911	

## 9. 非常災害時の対応

非常火災時には、別途定める消防計画に則って対応を行います。また、避難訓練を年2回、契約者も参加して行います。



深川消防署への届出日：令和4年6月28日

防火管理者：見林 惣太

〈消防用設備〉

- ・自動火災報知機
- ・非常通報装置
- ・非常用照明
- ・スプリンクラー
- ・誘導灯
- ・消火器

#### 10. 事故発生時の対応について

当施設において、サービスの提供中に事故が発生した場合、事故の内容に応じて以下のとおり速やかに対応します。

(1) 契約者に医療を要する事故（骨折・創傷等）が発生した場合

- ① サービスを提供した職員又は第一発見者は、速やかに応急処置を行ない管理者・看護職員に報告します。
- ② 発生状況・受傷状況を確認し、ご家族さまに至急連絡するとともに、必要に応じて協力医療機関等に受診します。
- ③ 事業者は事故原因の調査・分析を行ない、ご利用者やご家族に誠実に説明します。

(2) 契約者の財物が破損・紛失した場合

- ① サービスを提供した職員または第一発見者は、発生状況を管理者に報告し、管理者は速やかにご家族さまへ連絡します。
- ② 管理者は事故原因の調査・分析を行い、ご利用者さまやご家族さまに誠実に説明します。

※上記いずれの場合にも、事故が当施設の過失により発生した場合は、速やかに損害補償を行うものとします。

※また、必要に応じて関係市町へ報告し、再発防止のための助言や指導を受ける場合があります。

#### 11. 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。
- 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。
- 他のご利用者さまの迷惑になる行為はご遠慮ください。
- 所持金品は必要以外はご遠慮ください。
- 事業所内での他のご利用者さま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。

#### (附 則)

- ・重要事項説明書は平成26年1月17日に制定し、平成26年4月1日より施行する。
- ・2.事業所の概要（6）管理者氏名の変更を平成26年10月1日運営委員会にて改正し平成26年7月28日より適用する。
- ・4.職員の配置状況の一部を平成26年10月1日運営委員会にて改正し平成26年9月1日より適用する。
- ・6.苦情の受付について（1）当事業所における苦情の受付の一部、苦情受付窓口（担当者）[職員] 管理者の変更を平成26年10月1日運営委員会にて改正し平成26年7月28日より適用する。
- ・4.職員の配置状況の一部を平成27年4月1日改正し、平成27年4月1日より適用する。

- ・ 5.当事業者が提供するサービスと利用料金の一部を平成27年4月1日改正し、平成27年4月1日より適用する。
- ・ 8.事故発生時の対応についての一部を平成27年4月1日改正し、平成27年4月1日より適用する。
- ・ 5. 当事業所が提供するサービスと利用料金の一部を平成27年7月31日改正し、平成27年8月1日より適用する。
- ・ 5. 当事業所が提供するサービスと利用料金の一部を平成27年9月1日改正し、平成27年8月1日より適用する。
- ・ 4.職員の配置状況の一部を平成27年10月10日改正し、平成27年7月1日より適用する。
- ・ 4.職員の配置状況の一部を平成27年11月2日改正し、平成27年11月2日より適用する。
- ・ 2.事業所の概要、4.職員の配置状況、6.苦情の受付についての一部を平成28年4月1日改正し平成28年4月1日適用する
- ・ 8. 協力医療機関、バックアップ施設の一部を平成29年1月4日改正し平成29年1月4日適用する。
- ・ 5. 当事業所が提供するサービスと利用料金の一部を平成29年4月1日改正し、平成29年4月1日より適用する。
- ・ 4.職員の配置状況の一部を平成29年5月1日改正し、平成29年4月24日より適用する。
- ・ 4.職員の配置状況の一部を平成29年6月1日改正し、平成29年5月8日より適用する。
- ・ 1.法人の概要(2)代表者を平成29年6月30日改正し平成29年6月14日に遡り適用する
- ・ 4.職員の配置状況の一部を平成29年8月1日改正し、平成29年8月1日より適用する。
- ・ 2. 事業所の概要の一部を平成29年10月2日改正し、平成29年10月1日より適用する。
- ・ 4.職員の配置状況の一部を平成29年10月2日改正し、平成29年10月1日より適用する。
- ・ 4. 職員の配置状況、5. 当事業所が提供するサービスと利用料金、6. 苦情の受付についての一部を平成30年3月30日に改正し、平成30年4月1日より適用する。
- ・ 5. 当事業所が提供するサービスと利用料金の一部と9. 非常災害時の対応の一部を平成30年8月1日改正し、平成30年5月1日より遡り適用する。
- ・ 5. 当事業所が提供するサービスと利用料金の一部を平成30年8月1日改正し、平成30年8月1日より適用する。
- ・ 4. 職員の配置状況の一部を平成31年4月1日改正し、平成31年4月1日より適用する。
- ・ 4. 職員の配置状況・5. 当事業所が提供するサービスと利用料金の一部を令和元年10月1日改正し、令和元年10月1日より適用する。
- ・ 1. 法人の概要の一部を令和2年1月14日改正し、令和2年1月1日より適用する。
- ・ 記名、捺印欄の一部を令和2年1月14日に改正し、令和2年1月14日より適用する。
- ・ 4. 職員の配置状況の一部を令和2年5月25日改正し、令和2年4月1日より適用する。
- ・ 5. 当事業所が提供するサービスと利用料金、加算の一部を令和3年4月26日改正し、令和3年4月1日に遡り適用する。
- ・ 4. 職員の配置状況の一部を令和3年12月28日改正し、令和3年10月1日より適用する。
- ・ 5. 当事業所が提供するサービスと利用料金の(3)利用料金のお支払方法、6.苦情の受付について、9.非常災害時の対応の一部を令和4年6月23日改正し令和4年7月1日適用する。
- ・ 5. 当事業所が提供するサービスと利用料金の一部を令和4年10月5日改正し令和4年10月1日に遡り適用する。
- ・ 4. 職員の配置状況の一部を令和5年5月25日改正し、令和5年4月1日より適用する。
- ・ 6. 苦情の受付(2)行政機関その他苦情受付機関の一部を令和5年10月27日改正し、令和5年10月10日より適用する。

- ・ 4. 職員の配置状況の一部を令和5年12月26日改正し、令和5年8月1日遡り適用する。
- ・ 4. 職員の配置状況の一部を令和5年12月26日改正し、令和5年12月1日遡り適用する。
- ・ 5. 当事業所が提供するサービスと利用料金、加算の一部を令和6年3月27日改正し、令和6年4月1日より適用する。

令和 年 月 日

介護予防小規模多機能型居宅介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

社会福祉法人 揺籃会  
小規模多機能型居宅介護事業所清祥園

説明者 職 名

氏 名

㊞

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、介護予防小規模多機能型居宅介護サービスの利用開始に同意しました。

利用者 住 所  
氏 名

㊞

代行者又は代筆者 住 所  
氏 名

㊞