

「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」 秋桜舎(こすもすや)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。
(指定番号 第2592300038号)

当事業所は、利用者に対して、指定小規模多機能型居宅介護サービス及び指定介護予防・小規模多機能型居宅介護サービス（以下「サービス」という）の提供にあたり、平成18年3月14日厚生労働省令第34号第88条（準用）第9条に基づいて、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、次のとおり説明いたします。

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」又は「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. 事業者の概要
2. 事業の概要
3. 事業所の概要
4. 事業の目的と運営の方針
5. 従業者の職種、員数及び勤務の体制
6. 当事業所が提供するサービスと利用料金
7. 苦情申立窓口
8. 運営推進会議の設置
9. 緊急時の対応方法
10. 非常災害対策

1 事業者の概要

事業者名称	株式会社 なんてん共働サービス
主たる事務所の所在地	滋賀県湖南市石部南六丁目10番10号
法人種別	株式会社
代表者名	代表取締役 中村 定義
電話番号	0748-77-5580

2 事業の概要

【法人名】 株式会社 なんてん共働サービス
【資本金】 10,000,000円
【社員数】 70名（非常勤社員含む）
【設立】 昭和61年 1月6日
【所在地】 滋賀県湖南市石部南六丁目10番10号
【代表者氏名】 代表取締役 中村 定義

【事業内容】

メンテナンス事業 本社
小規模多機能型居宅介護事業・介護予防小規模多機能型居宅介護事業 秋桜舎
小規模多機能型居宅介護事業・介護予防小規模多機能型居宅介護事業 樹林

3 事業所の概要

ご利用事業所の名称	秋桜舎
指定事業者番号	2592300038
所在地	湖南市石部東一丁目9番26号
電話番号	0748-77-6780
営業日 営業時間	年中無休 営業時間 ①通いサービス 基本時間 9時から17時まで ②宿泊サービス 基本時間 17時から 9時まで ③訪問サービス 24時間
通常の事業の実施地域	湖南市全域
登録定員	29名 通い定員 18名 泊り定員 6名

4 事業の目的と運営の方針

事業の目的 （株）なんてん共働サービスが設置する秋桜舎（以下「秋桜舎」という。）が行う指定小規模多機能型居宅介護事業及び指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するための人員及び管理運営に関する事項を定め、秋桜舎の管理者、介護スタッフ、看護スタッフ、介護支援専門員（以下「従業者」という。）が要介護状態（指定介護予防小規模多機能型居宅介護にあ

っては要支援状態)にある者に対し、地域に密着したその人らしい暮らしが成り立つように適切な事業の提供することを目的とします。

運営の方針

指定小規模多機能型居宅介護の提供にあたっては、要介護者となった利用者が、可能な限り住み慣れた自宅や地域で暮らしつづけられるよう、心身の特性を踏まえて、通いサービスを中心として、訪問サービス及び宿泊サービスを柔軟に組み合わせて、家庭的な環境と地域住民との交流の下で、利用者の意に沿った支援を行います。

- 2 指定介護予防小規模多機能型居宅介護の提供にあたっては、要支援者となった利用者が、可能な限り住み慣れた自宅や地域で暮らしつづけられるよう、心身の特性を踏まえて、通いサービスを中心として、訪問サービス及び宿泊サービスを柔軟に組み合わせて、家庭的な環境と地域住民との交流の下で、利用者の意に沿った支援を行い、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指します。
- 3 事業の実施にあたっては、利用者の要介護又は要支援状態の軽減、若しくは悪化の防止に資するよう、医療機関との連携をし、その目標を設定し、計画的に行います。
- 4 事業の実施にあたっては、利用者一人一人の人格を尊重し、利用者がそれぞれの役割を持って家庭的な環境の下で日常生活を営むことができるよう必要なサービスを提供します。
- 5 事業の実施にあたっては、地域や社会で支えるという介護保険の理念により、秋桜舎と関係機関との連携を図ります。また利用者が通いサービスを利用していない日においては、可能な限り、訪問サービスの提供、電話連絡による見守りを行う等、利用者の居宅における生活を支えるために地域内の連携を図り、適切なサービスを提供します。
- 6 事業の実施にあたっては、“普通の暮らしを普通に支える”という視点を持ち、利用者又は家族に対しサービスの提供を行います。
- 7 事業の実施、特に泊まりのサービスの提供にあたっては、そのねらいが自宅での生活の継続にあることを尊重し、必要以上の泊まり日数にならないよう配慮します。
- 8 事業の実施にあたっては、関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、地域の保健・医療・福祉サービス、民生委員・児童委員、人権擁護委員等との連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。
- 9 事業の提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な助言を行います。
- 10 前各項のほか、「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成 18 年厚生労働省令第 34 号）」及び「指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成 18 年厚生労働省令第 36 号）」に定める内容を

遵守し、事業を実施します。

5 従業員の職種、員数及び勤務の体制

従業員の職種	資格	員数	勤務の体制
管理者	介護福祉士・介護支援専門員	1名	常勤1名（兼務）
計画作成担当者	介護福祉士・介護支援専門員	1名	非常勤専務1名 9時～18時 *勤務以外の日時についても電話等の対応に勤める
介護従業者	介護福祉士・訪問介護員養成研修2級課程を修了した者等	14名	介護福祉士常勤3名、非常勤5名 訪問介護員養成研修2級課程修了 非常勤6名 6時～ 9時 1名 7時～16時 1名 8時～14時 1名 8時～17時 2名 9時～13時 1名 9時～14時 1名 9時～18時 2名 10時～13時 1名 10時～19時 2名 13時～22時 1名 14時～19時 2名 17時～21時 1名 18時～ 9時 1名
	看護師又は准看護師	1名	非常勤1名 9時～18時 1名 *勤務以外の日時についても電話等の対応に勤める

6 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、利用者に対して下記のサービスを提供いたします。
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。

・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)

・利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合
(介護保険の給付対象とならないサービス)

介護保険の給付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割又は8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割又は2割の金額となります。アから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、利用者と協議の上、小規模多機能型居宅介護計画及び予防小規模多機能型居宅介護計画（以下「サポート（ケア）プラン」という）に定めます。

＜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、トイレ介助等の日常生活上の支援、世話や機能維持向上を提供いたします。

① 食事

- ・食事の提供及び食事の介助をいたします。
- ・調理場等で利用者が調理や盛り付け、配膳等をすることができます。

② 入浴

- ・衣服の着脱の介助、入浴・清拭の援助を行います。

③ トイレ介助

- ・利用者の状況に応じて適切なトイレの介助を行うとともに、トイレの自立についても適切な支援を行います。

④ 心身機能の維持・向上

- ・利用者の状況に適した心身機能維持向上を行い、各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健康状態の把握を行います。

⑥ 送迎サービス

- ・利用者の希望により、自宅と事業所間等の送迎サービスを行います。

イ 訪問サービス

・利用者の自宅にお伺いし、食事や入浴、トイレ介助等の日常生活上の援助や、心身機能維持・向上等のサービスを提供いたします。

・訪問サービス実施のための必要な備品等（電気・ガス・水道を含む）は、利用者負担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 利用者もしくはその家族等からの金銭又は高価な物品の授受

③ 飲酒及び利用者もしくはその家族等の同意なしに行う行為

④ 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

⑤ その他利用者もしくはその家族等に行う迷惑行為

ウ 宿泊サービス

事業所に宿泊していただき、食事、入浴、トイレ等の日常生活上の援助や、心身機能維持・向上等のサービスを提供いたします。

※ 生活上のリスクについて

当事業所では、利用者の事故について、損害賠償保険に加入しています。しかしながら、生活上のリスクについては、何処で生活していても起こりえることとして、原則対象外となります。但し、利用者個々の心身の状況や、その時点の状況により個別に判断されるということなので、サービス利用中の重大な事故（骨折等）についてはその都度保険会社と

の協議を事業所側が行います。しかしながら利用中の事故は出来るだけ起きてはなりません。当事業所として事故予防に以下について対策を講じます。

個人の身体状況に応じての対応策を実施計画に盛り込みます。

◇ 転落・転倒による骨折等

- 例 歩行時の見守りはスタッフが常に付き添います。
ベッドからの転落防止の対策のため、人感センサーを設置します。

◇ 食事の誤嚥による窒息や誤嚥性肺炎の予防

- 例 食事形態の見直しやトロミ剤の使用検討
口腔ケアの実施

◇ 熱中症による脱水症状の予防

- 例 在宅時のこまめな訪問で室温の確認や水分補給の促しを行います。

◇ 感染症予防

当事業所別紙感染対策マニュアル参照

また、事故についての対処ですが、

- ① 発見時すぐに対応する…外傷の有無の確認、バイタル測定（血圧・体温・脈拍等）、看護スタッフに連絡、場合によっては救急車の出動依頼など。
- ② 原因を分析する…介護スタッフ側の要因・利用者側の要因・環境要因の3つの側面から考える。
- ③ 今後の対応を考える…事故対象の利用者の方には申し訳ないのですが、一つの事故を糧にして、同じ事故を起こさないように配慮していく。

という対応を心がけています。趣旨をご理解頂きますようお願い致します。

なお、別紙契約書への署名・捺印をもって、上記内容へ同意していただいたものとします。

<サービス利用料金(単位数)>

ア 通い・訪問・宿泊（介護費用分）全てを含んだ一月単位の包括費用（定額）です。

下記の利用単位表によって、利用者の要介護度に応じたサービス利用単位数から介護保険給付単位数を除いた単位数（自己負担）に、新たな地域単価（10、17円）を乗じた額をお支払ください。

利用者の 介護度	サービス利用 単位数	うち、 介護保険から給付 される額 (9割の場合)	サービス利用 に係る 自己負担額 (1割の場合)	サービス利用 に係る 自己負担額 (2割の場合)	サービス利用 に係る 自己負担額 (3割の場合)
要支援1	34,500円	31,050円	3,450円	6,900円	10,350円
要支援2	69,720円	62,748円	6,972円	13,944円	20,916円
要介護1	104,580円	94,122円	10,458円	20,916円	31,374円
要介護2	153,700円	138,330円	15,370円	30,740円	46,110円
要介護3	223,590円	201,231円	22,359円	44,718円	67,077円
要介護4	246,770円	222,093円	24,677円	49,354円	74,031円
要介護5	272,090円	244,881円	27,209円	54,418円	81,627円

※1単位は、10、17円です。

※自己負担2割の方は、上記サービス利用単位数（10割）の2割を、自己負担3割の方は上記サービス利用単位数（10割）の3割をお支払いいただきます。

月ごとの包括単位数ですので、利用者の体調不良や状態の変化等によりサポート（ケア）プランに定めた期日より利用が少なかった場合、又はサポート（ケア）プランに定めた期日より利用が多かった場合であっても、日割りでの割引又は増額はいたしません。ただし、月途中から登録した場合又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で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、下記の日を指します。

- ・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、訪問、宿泊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 利用者と当事業所の利用契約を終了した日

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一旦お支払いいただきます。要介護認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から9/10払い戻されます。（償還払い）償還払いとなる場合、当事業者は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いたします。介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額にあわせて、利用者の負担額を変更いたします。

イ 初期加算（1日につき）

当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。

30日まで1日あたりの初期加算 30単位/日

ウ 認知症加算

- ① 認知症加算 (Ⅰ) 920 単位/月
- ② 認知症加算 (Ⅱ) 890 単位/月
- ③ 認知症加算 (Ⅲ) 760 単位/月
- ④ 認知症加算 (Ⅳ) 460 単位/月

エ 看護職員配置加算

- ① 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) 900 単位/月
- ② 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) 700 単位/月
- ③ 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) 480 単位/月

オ サービス提供体制強化加算

- ① 介護福祉士が70%以上、勤続10年以上の介護福祉士が25%以上配置されていること (Ⅰ) 750 単位/月
- ② 介護福祉士が50%以上配置されていること (Ⅱ) 640 単位/月
- ③ 介護福祉士が40%以上、常勤職員60%以上、勤続7年以上30%いずれかの該当で配置されていること (Ⅲ) 350 単位/月

カ 訪問体制強化加算 1,000 単位/月

- キ 総合マネジメント体制強化加算 (Ⅰ) 1,200 単位/月
- 総合マネジメント体制強化加算 (Ⅱ) 800 単位/月

ク 看取り連携体制加算 64 単位/日

- ケ 口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅰ) 20 単位/回
- 口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅱ) 5 単位/回
- ※6月に1回を限度とする

コ 生活機能向上連携加算

- ① 生活機能向上連携加算 (Ⅰ) 100 単位/月
- ※3月に1回を限度とする
- ② 生活機能向上連携加算 (Ⅱ) 200 単位/月

サ 若年性認知症利用者受入加算

- ① 若年性認知症利用者受入加算 800 単位/月
- ② 若年性認知症利用者受入加算 (予防) 450 単位/月

シ 生産性向上推進体制加算

- ① 生産性向上推進体制加算 (Ⅰ) 100 単位/月
- ② 生産性向上推進体制加算 (Ⅱ) 10 単位/月

ス 科学的介護推進体制加算 40 単位/月

セ 介護職員処遇改善加算

キャリアパス要件等の適合状況に応じた加算率

所定単位数にサービス別加算率を乗じた単位数を算定

① 介護職員処遇改善加算Ⅰ	14.9%
② 介護職員処遇改善加算Ⅱ	14.6%
③ 介護職員処遇改善加算Ⅲ	13.4%
④ 介護職員処遇改善加算Ⅳ	10.6%
⑤ 介護職員処遇改善加算Ⅴ	5.6～13.2%

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）

利用者に提供する食事に要する費用です。

料金	朝食	320円 + 消費税
	昼食	530円 + 消費税
	夕食	530円 + 消費税
	おやつ代	140円 + 消費税

イ 宿泊に要する費用

利用者に提供する宿泊サービスの宿泊に要する費用です。

料金	2,300円（個室）+ 消費税
----	-----------------

ウ 設備使用料（冷暖房費）

通年	150円/日 + 消費税
----	--------------

エ 受診（市外）同行

送迎のみ	車両経費	20円/1km
送迎・受診付き添い（受付から会計まで）		
	車両経費	20円/1km
	人件費	1,620円/1時間

オ その他の実費

外出時の入場料等のその他の費用です。

※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あります。その場合、事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う1ヶ月前までにご説明いたします。

<利用料金のお支払方法>

利用料、その他の費用の請求	<p>利用料、その他の費用はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。</p> <p>請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月 10 日までに作成して利用者あてにお届けします。</p>
利用料 その他の費用の支払い	<p>請求月の末日までに、下記のいずれかの方法によりお支払いください。</p> <p>ア) 事業所での現金支払い イ) 口座振替（自動引落し） 滋賀銀行の口座をお持ちの場合に限ります ウ) 事業者指定口座への振り込み</p> <p>【事業者指定口座振り込みの場合】</p> <p>滋賀銀行 石部支店 普通預金 口座番号 2 3 3 9 1 2 口座名義 株式会社なんてん共働サービス 代表取締役 中村 定義 口座名義 フリガナ ナンテンキョウドウサービス ダイヒョウトリシマリヤク ナカムラサダヨシ お支払いを確認しましたら、領収書をお渡しします。</p>

利用の中止、変更、追加

サービスは、サポート（ケア）プランに定められた内容を基本としつつ、利用者の日々の容体、希望等を勘案し、適時適切に通いサービス、訪問サービス又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、利用者の都合により、サービスの利用を中止又は変更、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。

この場合には、原則としてサービスの実施日の前日までに事業所に申し出てください。

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ヶ月の利用料金は変更されません。ただし、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あります。ただし、利用者の体調不良等正当な理由がある場合は、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 自己負担相当額の50% + 消費税

当事業所において提供されるサービスのうち、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

徴収いたします。

サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼動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協議いたします。

サポート（ケア）プランに基づくサービスは、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、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、利用者と協議の上でサポート（ケア）プランを定め、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利用者に説明の上交付いたします。

7 苦情申立窓口

利用者相談窓口 秋桜舎	ご利用時間 9時～17時 相談窓口 湖南省石部東一丁目9番26号（秋桜舎） TEL 0748-77-6780 FAX 0748-77-6781 担当者 管理者 園 千秋
湖南省 高齢福祉課	ご利用時間 平日 8時30分～17時15分 湖南省夏見588番地 湖南省保健センター内 電話：0748-71-2356（直通） FAX：0748-72-1481
滋賀県国民健康保険 団体連合会	ご利用時間 平日 9時～17時 大津市中央四丁目5番9号 電話：077-510-6605 FAX：077-522-2628
滋賀県 医療福祉推進課	ご利用時間 平日 9時～17時 大津市京町四丁目1番1号 電話：077-528-3521 FAX：077-528-4851

8. 運営推進会議の設置

当事業所では、サービスの提供にあたり、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、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。

① 構成 利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、近隣の住民、湖南省地域包括

支援センター職員、地域のボランティア、秋桜舎管理者

② 開 催 隔月で開催

③ 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

9. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、秋桜舎「事故発生時、緊急時の対応マニュアル」に沿って、主治医、家族、救急車（１１９番）等へ連絡いたします。

様の 主治医	主治医氏名	
	連絡先	
主治医への連絡 基準		

甲賀消防署 第二消防分岐署	１１９
水口警察署	１１０

主な関係機関の名称	連絡先（電話番号）
(株)なんてん共働サービス	0748-77-5580
湖南省高齢福祉課	0748-71-2356
湖南省地域包括支援センター	0748-71-4652
甲賀保健所	0748-63-6111
地域密着型特別養護老人ホームみやのもり	0748-77-0016

協 力 医 療 機 関	1) 医療機関の名称	石部診療所
	所在地	湖南省石部東五丁目3番1号
	電話番号	0748-77-4100
	2) 医療機関の名称	小川診療所
	所在地	湖南省石部東二丁目5番38号
	電話番号	0748-77-8082
	3) 医療機関の名称	佐野医院
	所在地	湖南省石部中央四丁目1番57号
	電話番号	0748-77-8280
	4) 医療機関の名称	内貴歯科医院
	所在地	湖南省石部中央三丁目1番45号
	電話番号	0748-77-2350
	※) 医療機関の名称	済生会病院
	所在地	栗東市大橋二丁目4番1号
	電話番号	077-552-1221
緊急連絡先	氏 名	
	住 所	
	電話番号	
	昼間の連絡先	

10. 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	「秋桜舎（こすもすや）危機管理マニュアル」、「秋桜舎事故発生時・緊急時の対応マニュアル」に沿って、通報・連絡を行う。なお、通報・連絡については前記9の欄に同じ。
避難・救出等必要な訓練の実施について	火災・防災訓練（年2回 実施） 避難路の確認、避難誘導、人員点呼、防火責任者に報告

令和 年 月 日

乙) 当事業者は、甲に対する☐小規模多機能型居宅介護サービス・☐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、

☐甲 ☐甲2に対して

本書面に基づいて上記重要事項を説明しました。

(甲)

私は、本書面に基づいて乙から上記重要事項の説明を受けました。

小規模多機能型居宅介護サービス・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いたします。

(甲) 本人

住所 _____

氏名 _____ 印 _____

(甲2) 代理人

住所 _____

氏名 _____ 印 _____

私は、本人に代わり、上記署名を行いました。私は、本人に重要事項の説明を受けたことを確認しました。

☐小規模多機能型居宅介護サービス ☐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いたします。

本人との関係 _____

署名を代行した理由 _____

(乙) 小規模多機能型居宅介護事業者

【所在地】滋賀県湖南市石部東一丁目9番26号

【事業所名】小規模多機能型居宅介護事業所 秋桜舎
(指定番号2592300038 湖南市)

【管理者氏名】 _____ 園 _____ 千 _____ 秋 _____ 印 _____