

重要事項説明書（小規模多機能型居宅介護絆）

1 事業所の概要

事業所名	小規模多機能型居宅介護 絆
所在地	神奈川県伊勢原市高森2丁目18番地1号
介護保険事業所番号	1494000027号
管理者及び連絡先	坂口 真紀 0463（95）7050

2 事業所の職員体制等

職 種	従事するサービス種類、業務	人 員
管理者	業務全般の管理	1名
介護支援専門員	介護計画の作成	1名
介護職員	介護サービスの提供	10名以上
看護師	健康管理業務	1名 以上
准看護師	健康管理業務	0名
調理員	調理、献立作成	0名
事務担当職員		0名
その他の従業者		0名

3 設備の概要

区 分	数 量 ・ 規 模		備 考
利用登録者	29名		
通いの定員	15名		
泊まりの定員	8名		
居 室	個 室	5室	9㎡、11.50㎡、8㎡、11㎡、 8.88㎡
食堂兼居間	2室（67㎡）		
共用リビング	1室（28.75㎡）		
浴 室	1室（4.07㎡）		
便 所	4箇所		
洗 面 所	2箇所		
そ の 他			

4 サービス提供地域（通常の送迎の実施地域）

伊勢原市

5 サービス提供日及び時間

3 6 5 日 2 4 時間

6 利用者負担金

- ① 利用者の方からいただく利用者負担金は、次表のとおりです。この金額は、次の3種類に分かれます。（なお、2）又は3）の費用が必要となる場合には、事前に詳細を説明のうえ、利用者の同意を得なければならないこととされています。疑問点等があれば、お尋ねください。）

区分	金額（単位）	内容の説明
① 基本額	要支援1 3, 4 5 0 単位 要支援2 6, 9 7 2 単位 要介護1 1 0, 4 5 8 単位 要介護2 1 5, 3 7 0 単位 要介護3 2 2, 3 5 9 単位 要介護4 2 4, 6 7 7 単位 要介護5 2 7, 2 0 9 単位	1ヶ月あたりの負担額です。
②加算額	初期加算 3 0 単位	登録日から起算して3 0 日以内の期間。3 0 日を超える病院等への入院後に再び利用を開始した場合。 1 日あたり
	認知症加算(Ⅲ) 7 6 0 単位	認知症日常生活自立度Ⅲ以上の場合(1ヶ月あたり条件に該当した場合)
	認知症加算(Ⅳ) 4 6 0 単位	要介護2に該当し、認知症日常生活自立度Ⅱ以上の場合 (1ヶ月あたり条件に該当した場合)
	訪問体制強化加算 1, 0 0 0 単位	1 か月あたり、要介護1～5までの利用者対象
	総合ケアマネジメント加算 1, 2 0 0 単位	1 か月あたり全利用者対象

	看護職員配置加算（Ⅰ） 900単位	1か月あたり、要介護1～5までの利用者対象
	サービス提供体制加算 750単位	1か月あたり全利用者対象
	介護職員等処遇改善加算Ⅰロ 18.6%	（基本額＋各種加算）×地域単価（10.55）×14.9%（1単位未満の端数四捨五入）、全利用者対象
※①②の計算による1か月のサービス合計単位数×地域加算（10.55円）＝〇〇円（1円未満切り捨て） 〇〇円－（〇〇円×0.9・0.8・0.7（1円未満切り捨て））＝△△円		

2) 運営基準（厚生省令）で定められた「その他の費用」（全額、自己負担）

区分	金額（単位）	内容の説明
① 宿泊費	1,450円	宿泊の場合。1泊あたり
② 食材料費	朝食400円、昼食650円、夕食650円、おやつ100円	通いの場合750円 宿泊の場合日額1,800円 （召し上がった食事分のみ負担）
③ 院内介助費	1,500円	協力病院以外での院内の受診付添を実施した場合
④おむつ代	実費	利用者の希望によって提供した場合 （持参の場合は無料）
⑤日用品費	実費	利用者の希望・選択によって提供した場合 （持参の場合は無料）

3) 通常のサービス提供の範囲を超える保険外の費用（全額、自己負担）

区分	金額（単位）	内容の説明
交通費	実費	公共交通機関を利用した場合
行事代	実費	利用者の希望によって参加した場合

（注）3）は、1）及び2）で定められている内容以外のサービス提供を受けた場合に要する費用です。

②支払方法

自己負担金は、次のいずれかの方法によりお支払いいただきますようお願いします。

- A 自動口座引き落とし（ご指定の金融機関の口座から月1回引き落とします）
- B 銀行振り込み（期日までに利用者の方がお振り込み願います。手数料は利用者負担となります）

7 サービス利用の中止

(1) 利用者がサービスの利用の中止をする際には、すみやかに所定の連絡先までご連絡ください。

・全体窓口（連絡先）（電話）：0 4 6 3 - 9 5 - 7 0 5 0

・連絡時間：午前8：30～午後5：30

(2) 利用者の都合でサービスを中止にする場合には、できるだけサービス利用の前々日までにご連絡ください。

8 当事業所のサービスの方針等

- ① 私たちは、自宅で生活したいと希望がある限り、あきらめません。
- ② 私たちは、「絆がいつもそばについてくれる」と思われる存在となります。
- ③ 私たちは、心地よい空間・心ある対応・心おきなく過ごせる場所をつくります。
- ④ 私たちは、施設作りはしません。家作りを徹底します。
- ⑤ 私たちは、プロフェッショナルとしての向上心を忘れません。

9 緊急時等の対応方法

サービス提供にあたり事故、体調の急変等が生じた場合は、事前の打ち合わせに基づき、家族、主治医、救急機関等に連絡します。

医療機関等	主治医等の氏名 連 絡 先
緊急連絡先	氏 名 連 絡 先

10 協力病院等

サービス利用中に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は速やかに主治の医師に連絡をすることを基本とするが、主治医に連絡がつかない場合等に対応の指示を仰ぎます。

秋澤医院	代表者：秋澤 孝則 所在地：伊勢原市石田605-1 連絡先：0463（95）0681
相馬歯科医院	代表者：相馬 晋 所在地：伊勢原市高森2-6-22 連絡先：0463（93）6818

11 虐待・身体拘束の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に上げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止・身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- (2) 虐待防止・身体拘束等の適正化のための指針の整備をしています。
- (3) 従業者に対して、虐待防止・身体拘束等の適正化のための定期的な研修を実施する等の必要な措置を講じます。
- (4) 事業者はご利用者が成年後見制度を利用できるよう支援を行います。
- (5) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待等を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。
- (6) 事業者は、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行いません。
- (7) やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、事前に十分な説明の上、利用者又は家族等に同意を得るとともにその態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録致します。
- (8) 虐待防止・身体拘束等の適正化に関する担当者を選定しています。

社会福祉法人ウェルエイジ

高齢者虐待防止・身体拘束適正委員会委員長：青木潤一

1 2 衛生管理について

事業者において感染症等が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。

- (1) 従業者の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- (2) 事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。
- (3) 事業所における感染症等の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底していきます。
- (4) 事業所における感染症等の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
- (5) 従業者に対し、感染症等の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

1 3 業務継続計画に向けた取り組みの強化について

- (1) 感染症等や非常災害の発生時において、利用者に対する指定居宅介護支援の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。

- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

1.4 ハラスメント対策について

事業者は、介護現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に向け取り組みます。

- (1) 事業所内において行われる優先的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として許容しません。

- ① 身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼされそうになった）行為
- ② 個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為
- ③ 意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為

上記は、当該法人職員、取引先事業者の方、ご利用者及びその家族等が対象となります。

- (2) ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議により、同時案が発生しない為の再発防止策を検討します。

- (3) 職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。
また、定期的に話し合いの場を設け、介護現場におけるハラスメント発生状況の把握に努めます。

- (3) ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

1.5 相談窓口、苦情対応

○サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

お客様相談窓口	電話番号 0463(95)7050 fax 番号 0463(93)1436 相談員 坂口 真紀 責任者 青木 潤一 対応時間 午前8時30分～午後5時30分
---------	---

○公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

伊勢原市長寿介護課	所在地 伊勢原市田中348 電話番号 0463(94)4722 対応時間 午前9時00分～午後5時15分（土日祭日年末年始除く）
神奈川県国民健康保険 団体連合会（国保連）	所在地 横浜市西区楠町27-1 電話番号 045(329)3447

	利用時間 午前8時30分～午後5時15分（土日祭日年末年始除く）
--	----------------------------------

12 当法人の概要

法人の名称	社会福祉法人ウェルエイジ
代表者名	理事長 大脇 兼弘
所在地・電話	神奈川県伊勢原市高森2丁目18番地1号 0463（95）7050
業務の概要	小規模多機能型居宅介護事業、夜間対応型訪問介護事業、定期巡回・随時対応訪問介護看護事業 訪問介護事業 小規模多機能型居宅介護サテライト事業 居宅介護支援事業 地域包括支援センター事業
事業所数	7

【説明確認欄】

令和 年 月 日

サービス契約の締結に当たり、上記により重要事項説明を説明しました。

事業者 事業者名 社会福祉法人ウェルエイジ
小規模多機能型居宅介護 絆

説明者 _____

サービス契約の締結に当たり、上記のとおり説明を受け、これに同意し交付を受けました。

令和 年 月 日

利用者 氏名 _____

上記代理人又は立会人を選任した場合
住所 _____

氏名 _____

<代理人又は立会人を選任した理由>