

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事業所  
小規模多機能型居宅介護事業所かがやき重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。  
旭川市指定事業所番号 0192902146

この度は、小規模多機能型居宅介護事業所かがやきの利用申込をいただき有難うございます。契約に当たりまして、当事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上の留意事項等について次のとおりご説明させていただきます。

## 1. 事業所の概要

### (1) 事業所の名称及び所在地

名 称 小規模多機能型居宅介護事業所かがやき  
所在地 旭川市旭町2条9丁目25番地178  
管理者 白鳥 貴大(介護福祉士)  
電話番号 (0166) 50-0000・Fax (0166) 50-0001

### (2) 事業所の種類及び利用定員等

種 類 指定小規模多機能型居宅介護及び指定介護予防小規模多機能型居宅介護  
登録人員 登録定員 29名(通いサービス定員15名、宿泊サービス定員9名)

### (3) 開設日(事業所開設指定日)

当初開設日：平成21年 3月30日事業所指定  
変更開設日：平成25年 4月 1日社会福祉法人へ移行による再指定

### (4) 通常の事業の実施区域

本町、旭町、大町、川端、北門、錦町、緑町、近文、旭岡

### (5) 営業日及び相談受付時間等

事業所の営業日及び営業時間は次のとおりです。なお、下記時間は、基本的な時間です。それぞれのご事情等に応じ、可能な限り相談に応じます。

(1) 営業日 年中無休

(2) 営業時間

- ①通いサービス(基本時間) 10時から17時  
②宿泊サービス(基本時間) 16時から 9時  
③訪問サービス(基本時間) 24時間

### (6) 事業所設備等の概要

居室・設備の内容	設置数等	内 容 概 要
宿泊室 (全室個室/6畳)	9室	介護ベッド、ロッカー、ベットサイドテーブル、椅子・緊急連絡コール等を設置
居間・食堂	1室	機能訓練室を兼ねる
浴室	1箇所	
トイレ	3箇所	
調理室(厨房)	1箇所	
その他の設備		・消防通報等設備(スプリンクラー含む)・洗濯乾燥室 ・介護材料庫・事務室等

## 2. 当事業所が提供するサービス内容と利用料金

### (1) サービスの内容

事業所の提供するサービスの内容は次のとおりです。

#### ①小規模多機能型居宅介護計画（介護予防小規模多機能型居宅介護計画）の作成

介護支援専門員は、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）の提供を開始する際には、利用者の心身の状況、病状、希望及びその置かれている環境並びに家族介護者の状況を十分に把握し、他の職員と協議の上、援助目標、当該目標を達成するための具体的なサービス内容を記載した小規模多機能型居宅介護計画（介護予防小規模多機能型居宅介護計画）を個別に作成します。

#### ②通いサービス及び宿泊サービス

事業所において、食事や入浴、排泄等の日常生活上の世話や機能訓練等を提供します。

##### ア 日常生活の援助

日常生活動作能力に応じて、必要な介護を行います。

- ・移動の介助
- ・休養
- ・通院等の介助やその他離床、着替え、整容等必要な介護等

##### イ 健康チェック

血圧測定等の利用者の身体状態の把握等を行います。

##### ウ 生活リハビリ（機能訓練）

利用者が日常生活を営むのに必要な機能を維持するための生活リハビリ及び利用者の心身の活性化を図るための必要な援助を行います。また、外出の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。

- ・日常生活動作を通じた機能訓練
- ・レクリエーション
- ・地域活動への参加

##### エ 食事支援

栄養並びに利用者の心身の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。また、季節等により特別料理を提供します。

- ・食事の準備及び提供
- ・食事介助及び見守り等

なお、食事の時間は、次の時間を予定しています。

朝 食 午前7時30分から

昼 食 正午から

夕 食 午後5時30分から

おやつ 午後3時から

##### オ 入浴支援

身体の清潔を維持し、精神的に快適な生活を営むことができるよう、適切な方法により、利用者に入浴の機会を提供します。なお、やむを得ない場合には、清拭を行うことをもって入浴の機会に代えるものとします。

##### カ 排泄支援

病状及び心身の状況に応じ、適切な方法により、排泄の自立について必要な援助を行います。また、おむつを使用せざるを得ない利用者については、排泄の自立を図りつつ、そのおむつを適切に取り替えます。

##### キ 送迎支援

利用者の希望による、ご自宅と事業所間の送迎を行います。

### ③訪問サービス

利用者の居宅を訪問し、食事や入浴、排泄等の日常生活上の必要なサービスを提供します。

- ア 食事、排泄の介助、清拭等の介護
- イ 調理、居室の掃除、生活必需品の買物等の生活の援助
- ウ 訪問、電話等による安否確認

### ④相談・助言等

利用者や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、申請代行等を行ないます。

## (2) 利用料金

利用料については、次のとおりとなります。

### ①小規模多機能型居宅介護サービス費及び介護予防小規模多機能型居宅介護サービス費

- ・利用料 別掲（厚生労働省が定める基準額）

ア 当費用は、通い、宿泊、訪問に係る介護費用全てを含んだ、一ヶ月単位での定額の費用額となります。利用者の体調不良等や都合等で月の利用日数に増減があった場合であっても、日割等による計算はありませんのでご了承下さい。

イ 月の途中から登録した場合、または月の途中で登録を終了した場合は、登録期間に応じて日割した料金となります。なお、この場合の「登録日」及び「登録終了日」は、次のとおりとなります。

- ・登録日 利用契約締結日ではなく、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とします。
- ・登録終了日 利用契約を終了した日とします。

ウ 介護保険からの給付額に変更があった場合、また加算等の内容等が変更となった場合は、変更された額に合わせて、利用者負担額を変更いたします。

### ②食費・居住費・その他の費用

- ・利用料 別掲（介護保険対象外の費用）

ア 経済情勢の著しい変化やその他やむを得ない事由がある場合、相当の額に変更することがあります。その場合は、事前に変更の内容、事由を変更を行う日から2ヶ月前までにご説明します。

## (3) 利用料金のお支払方法

前記の費用は、1ヶ月ごとに計算し、翌月上旬に請求書を発行いたします。請求書発行後、指定期日までにお支払下さい。

- ・支払期日等 毎月15日まで。

## 別掲「利 用 料」

### 1) 小規模多機能型居宅介護サービス及び介護予防サービス費（厚生労働省が定める基準額）

■介護報酬算定区分／1ヶ月当りの料金：本人負担額／単位：円

※H30. 11. 1現在

区 分	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
①基本サービス費：住宅有料以外	3,403	6,877	10,320	15,167	22,062	24,350	26,849
①基本サービス費：住宅有料	3,066	6,196	9,298	13,665	19,878	21,939	24,191
②看護職員配置加算(Ⅱ)：1ヶ月	-	-	700	700	700	700	700
③訪問体制強化加算：HP常勤2名体制	0	0	0	0	0	0	0
④総合マシント体制強化加算	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
⑤サービス提供体制加算(Ⅰ)：イ：50%以上	640	640	640	640	640	640	640
⑥介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	514	869	1,291	1,786	2,489	2,722	2,977
⑥介護職員処遇改善加算(Ⅰ)：住宅有料	480	799	1,187	1,633	2,266	2,476	2,706
本人負担額計：住宅有料以外	5,557	9,386	13,951	19,293	26,891	29,412	32,166
本人負担額計：住宅有料	5,186	8,635	12,825	17,638	24,484	26,755	29,237
⑦初期加算：30日上限(日30単位)	900	900	900	900	900	900	900
⑧認知症加算(Ⅰ)：1ヶ月	-	-	800	800	800	800	800
⑨認知症加算(Ⅱ)：1ヶ月	-	-	500	500	500	500	500
⑩看取り連携加算：30日(日64単位)	-	-	1,920	1,920	1,920	1,920	1,920
※本人負担額は、利用者の認定状況や利用状況で変化します。(当初契約時や医師の認知症認定等で) ※認知症加算は、状況によりますが認知症の認定区分Ⅱ以上の方が主対象です。 ※サービス提供加算は、介護福祉士配置率が、50%以上の設定です。 ※介護職員処遇改善加算は、①から⑩までの合計×102/1000です。ただし、⑦から⑩は該当者のみ算定されます。							

※上記金額は、法定代理受領サービスの場合の利用者負担額(1割)です。ただし、保険料等の滞納等により法定代理受領出来ない場合は、一旦全額(10割)の負担をいただきます。この場合、サービス提供証明書を発行しますので、後日市町村の窓口へ提出いただき手続きを行って下さい。

### 2) 食費・滞在費・その他の費用(介護保険対象外の費用)

区 分	費用の内容及び金額等
食事の提供に要する費用	1,500円/日 ・朝食 450円 ・昼食 550円(おやつ含む) ・夕食 500円
滞在に要する費用	1,800円/日 ※全室個室 (6畳、介護ベッド、クローゼット、ナイトテーブル、椅子設置)
上記以外で自己負担とする経費等	①理美容、外部委託洗濯、嗜好品、身の回り品、個人の買物、医療費等々 ②レクリエーション等で必要な入場料、参加料等 ただし、事業所内で実施する通常の行事等の費用(材料代等)は、事業所で負担します。

### 3) 料金の支払方法

月単位の利用期間分の合計金額をお支払下さい。なお、支払方法は、現金、銀行振込、銀行振替のいずれかによるものとします。請求書発行日後、指定期日までにお支払下さい。

なお、銀行振込手数料は、利用者負担にてお願いいたします。また、料金の支払を受けたときは領収書を発行します。再発行はいたしませんので大切に保管下さい。

### 3. 利用の中止・変更・追加

#### (1) 利用開始予定日以前の中止

利用者の都合により中止する場合は、原則として利用予定日の前日にまでにご連絡をお願いいたします。ご連絡をいただかなかった場合には、居室費、食事費のキャンセル料が必要になる場合があります。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。

#### (2) 利用期間中の中止

利用期間中でもサービスの利用を中止することができます。

##### ①利用者又は家族が希望した場合

②利用日の健康チェックの結果、体調が悪く利用が難しい場合、また利用期間中に体調が悪くなった場合

##### ③他の利用者の生命または健康に重大な影響を与える行為あった場合等

上記の場合は、ご家族又は緊急連絡へご連絡するとともに、必要な場合は、速やかに主治医に連絡を取るなど、必要な措置を講じます。

#### (3) 利用期間の変更・追加

追加、変更の申し出については、事業所の稼働状況により利用者の希望する期間にサービス提供が出来ない場合は、担当の介護支援専門員において調整する等し、他の利用可能日を提示し協議します。

#### (4) 感染症など発生の場合

当事業所内でインフルエンザなどの感染症が流行している状況がある場合、ご相談の上、当事業所の利用を中止させていただく場合があります。

### 4. 利用時の留意事項（お願い等）

次の点についてご理解とご協力をお願いします。

- ①利用者及びその家族は、医師の診断や日常生活上の留意事項、利用当日の健康状態等を職員に連絡し、心身の状況に応じたサービス提供を受けるよう留意をお願いします。
- ②利用者は、管理者や介護支援専門員、介護職員、看護職員などの指導による介護及び機能訓練等の日課を励行し、共同生活の秩序を保ち、相互の親睦に努めるようお願いします。
- ③利用者は、事業所の衛生保持のため、清潔、整頓、その他衛生環境の保持のために協力をお願いします。

#### ④事業所内で次の行為を禁止します。

- ・宗教や信条の相違などで他人を攻撃し、又は自己の利益のために他人の自由を侵害すること。
- ・けんか、口論、泥酔などで他の利用者等に迷惑を及ぼすこと。
- ・事業所の秩序、風紀を乱し、安全衛生を害すること。
- ・指定した場所以外で火気を用いること。
- ・故意に建物若しくは物品に損害を与え、又はこれを持ち出すこと。

#### ⑤喫煙

所定の場所で行ってください。居室内や廊下等々は厳禁です。指定場所以外での喫煙があった場合は利用の継続について相談させていただきます。

#### ⑦金銭、貴重品の管理

ご自身の責任において、管理をお願いします。なお、事業所で保管することも出来ますのでご相談下さい。

#### ⑧所持品の持ち込み

ナイフ、はさみ類は、持ち込みしないで下さい。事業所に常備しております。

## 5. 秘密の保持と個人情報の保護等

### (1) 利用者及びその家族に関する秘密の保持

- ①事業者及び従業員は、サービスを提供する上で知り得た利用者及び家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。
- ②事業者は利用者に医療上、緊急の必要性がある場合には、医療機関等に利用者に関する心身等の情報を提供できるものとしします。
- ③利用者及びその家族等の個人情報について、他の介護サービス事業者等との連携を図るなど正当な理由がある場合には、事前の同意を文書により得た上で、用いられることができるものとしします。

## 6. 苦情の受付等

### (1) 当該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次の窓口でお受けいたします。

- ・苦情受付担当者 白鳥 貴大 (事業所管理者)
- ・受付時間 担当者勤務日における午前9時から午後5時

### (2) 行政機関その他の苦情受付機関

- ・国民健康保険団体連合会 (011) 231-5175
- ・北海道社会福祉協議会 (011) 204-2310  
(北海道福祉サービス運営適正化委員会)
- ・旭川市介護高齢課介護保険担当窓口 (0166) 26-1111

## 7. 運営推進会議の設置

事業所が地域に密着し、地域に開かれたものにするために、運営推進会議を設置しています。

- ①運営推進会議は、おおむね2ヶ月に1回程度開催します。
- ②運営推進会議の委員は、利用者、利用者家族、地域住民の代表者、地域の関係機関及び介護福祉等の有識者の方々の中から構成しています。
- ③会議の内容は、事業所のサービス内容の報告及び利用者に対して適切なサービスが行われているかの確認評価と、意見交換、要望、助言等をいただくものです。
- ④運営推進会議の報告内容、評価、要望、助言等については記録を作成します。

## 8. 協力医療機関及び連携施設

### (1) 協力医療機関

- ・医療法人修彰会 沼崎病院 旭川市8条通8丁目
- ・医療法人社団 細野歯科クリニック 旭川市旭町1条3丁目
- ・医療法人健光会 旭川ペインクリニック病院 旭川市4条通17丁目1553番地

### (2) 連携等施設

- ・社会福祉法人愛善会 特別養護老人ホーム 愛善園 旭川市春光台4条11丁目
- ・社会福祉法人愛善会 老人保健施設 愛善ハイツ 旭川市春光台4条11丁目

## 9. 運営の方針及びサービスの提供体制等

### (1) 当事業所の運営方針

利用者一人ひとりの意思及び人格を尊重し、要介護状態等となった利用者が可能な限り住み慣れた地域で居宅において自立した生活を営むことができるよう、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、入浴、排泄、食事等の介護及びその他の日常生活上の世話及び機能訓練等を行い、地域での暮らしを支援します。

### (2) 主な職員の配置状況

①管理者	1名（常勤）
②介護支援専門員	1名（常勤）
④看護師	2名（非常勤2名）
⑤介護職員	12名（常勤専従10名、非常勤2名）
⑥栄養士	1名（非常勤／有料老人ホームと兼務）
⑦調理員	3名（常勤兼務1名、非常勤2名）
⑧事務員	1名（常勤兼務1名／他事業所兼務）

### (3) 主な勤務体制

①早勤務	午前7時から午後4時
②日勤務	午前8時30分から午後5時30分
③遅勤務	午前10時から午後7時
④夜勤務	午後4時30分から翌午前9時30分

上記の組み合わせで職員を配置します。基本的な配置は、看護・介護職員は、通い利用者3名に、職員1名及び訪問対応職員1名の割合で配置します。また、夜間帯については、2名の職員を配置します。

### (4) 緊急時への対応方法等

利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医に連絡する等必要な措置を講ずるほか、ご家族にも速やかにご連絡いたします。

### (5) 非常災害対策

連絡網により可能な限り職員を招集し対応します、また、ご家族にも速やかにご連絡します。

### (6) 個人情報等への対応

職員は、業務中知り得た利用者又はその家族の秘密を厳守いたします。また、個人情報を保持するため退職後もその秘密を保持する旨を就業規則に定めています。

## 10. 事業者の概要

(1) 事業主体名	社会福祉法人かがやき
(2) 代表者名	理事長 岩 崎 正 則
(3) 法人所在地	旭川市東8条2丁目3番11号 電話（0166）22-4000
(4) 法人設立日	平成25年 3月15日

(5) 他の主な事業

- ・グループホームかがやき（認知症対応型共同生活介護）
- ・介護付有料老人ホーム ライフサポートかがやきの里（特定施設入居者生活介護）
- ・住宅型有料老人ホームかがやき（住宅型有料老人ホーム）
- ・障がい者グループホーム かがやきホーム（共同生活援助）
- ・障がい者グループホーム かがやきホーム短期入所（短期入所）
- ・障がい者グループホーム かがやきホーム神居（共同生活援助）
- ・生活介護かがやき（生活介護）

平成 年 月 日

指定小規模多機能型居宅介護サービス又は指定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。

事業者 社会福祉法人かがやき  
小規模多機能型居宅介護事業所かがやき  
理事長 岩崎 正則 ㊞

説明者 管理者 白鳥 貴大 ㊞

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、指定小規模多機能型居宅介護サービス又は指定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同意しました。

利用者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ㊞

代理人 住 所 \_\_\_\_\_  
(身元引受人)

氏 名 \_\_\_\_\_ ㊞