

重要事項説明書

ふれあいの里

小規模多機能ホーム すつつ

日総ふれあいケアサービス株式会社

ふれあいの里 小規模多機能ホーム すつつ
重要事項説明書

1 事業者の概要

事業者の名称	日総ふれあいケアサービス株式会社
主たる事務所の所在地	札幌市白石区菊水元町 6 条 1 丁目 1 番 27 号
法人種別	株式会社
代表者の氏名	代表取締役 平井 麻梨英
電話番号	(011) 598-7277

2 ご利用施設

施設の名称	ふれあいの里 小規模多機能ホームすつつ
施設の所在地	寿都郡寿都町新栄町 166 番地 8
管理者の氏名	管理者 大山 恵子
都道府県知事許可番号	0192100030
電話番号	(0136) 62-2300
FAX 番号	(0136) 62-3340

3 ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類	都道府県知事の指定		
	指定年月日	入居定員	事業所番号
(介護予防) 認知症 型応型共同生活介護	平成 24 年 7 月 1 日	9 名 (1 ユニッ ト)	0192100048

4 事業所の目的と運営の方針

事業所の 目的	要介護者及び要支援者（以下、「ご利用者様」といいます。）が可能な限りその自宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、通い・訪問・宿泊の形態で、家庭的な環境と地域住民との交流の下、必要な日常生活上の援助を行なうことにより日々の暮らしの支援を行い、又孤立感の解消及び心身機能の維持並びにその家族の身体及び精神的負担の軽減を図ることを目的とします。
------------	--

運営の方針	<ol style="list-style-type: none">1. 当事業所において提供する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は、介護保険法並びに関係する厚生労働省令、告示の主旨及び内容に沿ったものとします。2. ご利用者様が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、ご利用者様の心身の状況、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、妥当適当にサービスを提供します。
-------	---

3. ご利用者様一人ひとりの人格を尊重し、ご利用者様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送ることができるようサービスを提供します。
4. 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の提供にあたっては、小規模多機能型居宅介護計画及び介護予防小規模多機能型居宅介護計画に基づき、漫然かつ画一的にならないように、ご利用者様の機能訓練及びご利用者様が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. 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の提供にあたっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、ご利用者様または、ご家族様に対し、サービスの提供等について、理解しやすいように説明を行ないます。
6. 登録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等を行う等登録者の居宅における生活を支えるために適切なサービスを提供します。
7. ご利用者様の要介護状態の軽減または悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行います。
8. 提供する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の質の評価を行うとともに、定期的に外部の者による評価を受けてそれらの結果を公表し、常に改善を図ります。

5 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の実業の実施地域

寿都町全域

(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～午後4時
訪問サービス	24時間
宿泊サービス	午後4時～翌日午前9時

* 通いサービスにつきましては、送迎対応が可能な限り時間を明記しております。早朝や時間延長等における時間外のご利用につきましては、お気軽にご相談ください。

* 受付・相談等につきましては、午前8時半から午後5時半まで対応しております。

6 施設の概要

ふれあいの里 小規模多機能ホーム すつつ

建物	構 造	鉄筋コンクリート 2 階
	延床面積	593.26 m ²
	登録定員	(介護予防) 小規模多機能型居宅介護を含む 32 名 (通い 18 名・宿泊 9 名)

(2) 主な設備

設備の種類	数	備 考
宿泊室	6 戸	個室 3 戸、多床室 3 戸、ベット・家具設備
小規模多機能スペース	1 ケ所	事業所、居間、食堂を含む
洗濯室	1 ケ所	
トイレ	4 ケ所	脱衣場 1 ケ所、デイサービスルーム 3 カ所
大浴場	1 ケ所	
個別浴	1 ケ所	

7 職員体制（法令で定める職員配置を基準とする）

(1) 職員の職種、員数

従業者の職種	区 分		備 考
	常勤	非常勤	
管理者	1 名		
介護支援専門員	1 名		
看護職員	1 名		介護従業者と兼務
介護職員	7 名		

(2) 職員の職務内容

職員の職種	職務内容
管理者	事業を代表し、業務の総括にあたります。
介護支援専門員	ご利用者様及びご家族様の必要な相談に応じるとともに、適切なサービスが提供されるよう、事業所ご利用様の（介護予防）小規模多機能型居宅介護計画の作成、及び居宅サービス計画の作成、地域の包括支援センターや訪問看護事業所等他の関係機関との連絡・調整を行ないます。
看護職員	健康把握を行うことにより、ご利用者様の健康状態を的確に把握するとともに、ご利用者様のかかりつけ医等の関係機関との連絡・調整を行ないます。
介護職員	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の提供にあたり、ご利用者様の心身の状況等を的確に把握し、ご利用者様に対し適切な介助を行ないます。また、宿泊に対して一人以上の夜勤を配置します。その他自宅等で暮している方々に対して宿直または夜勤 1 名以上を配置します。

(3) 勤務体制

管理者	日勤（８：３０～１７：３０）	
介護支援専門員	日勤（８：３０～１７：３０）	
看護職員	日勤（８：３０～１７：３０）	
介護職員	昼間の体制	早番（８：００～１７：００） 日勤（８：３０～１７：３０） 内訪問職員１名 遅番（９：３０～１８：３０）
	夜間の体制	夜勤（１６：３０～翌９：３０）１名

（法定基準の範囲で勤務時間・勤務人数は変動することがあります）

8 サービスの種別と内容

(1) 介護保険給付によるサービス（介護保険の1割～3割自己負担）

サービスの種別	内 容	
通いサービス	食事	ご利用者様の状況に合わせて食事の介助をします。
	健康管理	血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。
	機能訓練	身体機能の低下を防止するよう努めます。
	排泄	ご利用者様の状況に応じて適切な排泄の介助を行うとともに排泄の自立についても適切な援助を行いません。
	入浴	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入浴または清拭を行います。 ・ ご利用者様の状況に応じて衣服の着脱、身体の清拭、洗髪、洗身の介助を行います。 ・ 入浴サービスの利用は任意です。
	送迎	ご利用者様の希望により、ご自宅と事業者間の送迎サービスを行います。
	介護相談	ご利用者様とそのご家族様からのご相談に応じます。
訪問サービス	ご利用者様の自宅にお伺いし、食事や入浴、排泄等の日常生活上必要なサービスを提供します。	
	訪問サービス実施のために必要な備品等（水道、ガス、電気を含む）につきましては、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ご利用者様もしくはご家族様等からの金銭または高価な物品の授受。 ③飲酒及びご利用者様もしくはご家族様等の同意なしに行う喫煙。 ④ご利用者様もしくはご家族様等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動。 ⑤その他ご利用者様もしくはご家族様に行う迷惑行為。	
宿泊サービス	事業所に宿泊していただき、食事・入浴・排泄等の日常生活上必要なサービスを提供します。	

(2) 介護保険給付外サービス

種別	内容	自己負担額
食費	ご利用者様に提供する食事に要する費用です。	朝食 400円 昼食 475円 おやつ 100円 夕食 475円
宿泊費	ご利用者様に提供する宿泊サービスに要する費用です。	1泊2日個室1,250円 多床室1,050円
洗濯	原則1日1回洗濯（洗濯・乾燥・たたんで利用者様にお返します） 洗濯物の持ち込みはお断り致します。	209円/回
教養娯楽費	材料代	実費

(3) 利用料金のお支払方法

口座引き落としを原則としてお支払いただきます。

(4) 利用の中止、変更、追加

*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）サービスは、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）に定められた内容を基本としつつ契約者の日々の様態、希望等を勘案し、適時適切に通いサービス、訪問サービスまた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、ご利用者様の都合により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）の利用を中止または変更、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者申し出てください。

*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ご利用者様に提示して協議します。

(5) 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）について

・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）は、ご利用者様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、ご利用者様の心身の状況、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、訪問サービスまたは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、ご利用者様の状況に合わせて適切にサービスを提供するために、ご利用者様と協議の上で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様に説明の上交付します。

9 緊急時における対応方法

- (1) 職員は、サービス実施中にご利用者様の心身の状況に異常その他緊急事態が生じたときには、速やかに主治医に連絡などの措置を講ずるとともに、管理者に報告します。
- (2) 主治医との連絡並びに指示が得られなかった場合には、事業所が定めた協力医療機関へ連絡するとともに受診等の適切な処置を講じます。

10 苦情等申立窓口

当施設のサービスについてご不明の点や疑問、苦情がございましたら、
当施設苦情等申立窓口 施設管理者までお気軽にご相談ください。

ご利用ご相談窓口

小規模多機能ホームすつつ	① 苦情解決責任者 法人苦情窓口担当者 〒003-0826 札幌市白石区菊水元町1番27号 日総ふれあいケアサービス株式会社 TEL 011-598-7277 FAX 011-598-7278
	② 苦情受付担当者 施設管理者 〒048-0401 寿都郡寿都町字新栄町166番地8 TEL 0136-62-2300 FAX 0136-62-3340
外部苦情申立機関	① 国保連合会 総務部 介護保険課 企画・苦情処理係 〒060-0062 札幌市中央区南2条西14丁目 TEL 011-231-5175 FAX 011-233-2178
	② 北海道保険福祉部 施設運営指導課 〒060-8588 札幌市中央区北3条西6丁目(本庁舎6階) TEL 011-231-4111(内線25-211) FAX 011-232-1097
	③ 寿都町役場 町民課 社会福祉係 〒048-0406 寿都郡寿都町字渡島町140番地1 TEL 0136-62-2513 FAX 0136-62-3431

11 事故発生時の対応

当サービスの提供にあたって事故が発生した場合は、すみやかにご利用者様のご家族、身元引受人等関係者、市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。又、当施設に過失があった場合は、その損害を賠償します。

尚、サービスのご利用にあたっては防ぎきれない事故等のリスクがあることもご理解ください。

12 個人情報保護

- (1) 事業所は、個人情報の取り扱いにあたり「個人情報の保護に関する法律」やガイドライン、守秘義務に関する他の法令等に加え、法人が定める当該基本方針や就業規則等の内規を遵守することにより、ご利用者様やご家族様に関する情報を適正に保護します。
- (2) 事業所は、サービスを提供する上で知り得たご利用者様やご家族様に関する個人情報

報については、ご利用者様又は第三者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除いて、契約中及び契約終了後、第三者に漏らすことはありません。

- (3) あらかじめ文書によりご利用者様やご家族様の同意を得た場合は、前項の規定に関わらず、一定の条件の下で個人情報を利用できるものとします。
- (4) 事業所は、業務上知り得たご利用者様及びご家族様の秘密を保持させるため、在職中は元より、職員の退職後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を雇用契約の内容とします。
- (5) 個人情報に関する苦情の申立や相談があった場合は、前項9「苦情（クレーム）受付の流れ」の規定を一部準用し迅速且つ適切な処理に努めます。尚、当事業所以外の主な相談窓口は次のとおりです。

13 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（介護予防小規模多機能型居宅介護）の提供にあたり、サービス提供状況について定期的に報告するとともに、その内容についての評価、要望、助言を受けるため、下記の通り運営推進会議を設置しています。

〔運営推進会議〕

構成：ご利用者様、ご利用者様の家族、地域住民の代表者、地域包括支援センター職員、小規模多機能型居宅介護について知見を有する者等。

開催：隔月で開催。

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。

14 提供するサービスの第三者評価の実施状況（実施の有無、実施した直近の年月日、実施した評価機関の名称及び評価結果の開示状況）

当事業所では、提供するサービスの第三者評価は実施していません。

15 協力医療機関・関連医療機関

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次の機関を協力医療機関・関連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

医療機関の名称	町立寿都診療所
所在地	寿都郡寿都町字渡島 72 番地 2
電話番号	0 1 3 6 - 6 2 - 2 4 1 1
診療科	内科・外科・小児科・精神科（水／週）・産婦人科（火／週）
入院設備	あり

医療機関の名称	星歯科医院
所在地	寿都郡寿都町字新栄町 175 番地 1
電話番号	0 1 3 6 - 6 2 - 3 3 5 5
診療科	歯科
入院設備	なし

16 非常災害時の対策

災害時の対応	別途定める「小規模多機能ホームすつつ消防計画」に則り、対応を行ないます。
平常時の訓練	別途定める「小規模多機能ホームすつつ消防計画」に則り、年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を実施します。
防災設備	スプリンクラー，自動火災報知器、誘導灯，ガス漏れ報知器，防火扉，非常通報装置，受電設備，消火器，非常用照明を使用しております。

17 当事業所ご利用の際にご留意いただく事項

来訪・面会	<ul style="list-style-type: none"> ・ 面会時間 9 時～17 時 30 分 ・ 来訪者は面会時間を遵守し、必ずその都度職員に届け出てください。（面会記録用紙は 1 階受付カウンターにご用意しております） 										
サービス利用に関わるリスク	サービス利用中は、安全に配慮したサービス提供を徹底致しますが、防ぎきれない事故等のリスクがあることについてご理解下さい。										
居室・設備・器具の利用	事業所内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただくことがあります。										
喫煙・飲酒	館内禁煙です屋外に喫煙場所を用意しています。尚、ご利用者様の病状や他のご利用者様とのトラブルの状況によっては飲酒をお断りする場合があります。										
迷惑行為等	騒音等他のご利用者様の迷惑になる行為はご遠慮願います。										
所持金品の管理	ご本人様、ご家族様にて管理をお願いします。 （日常生活上の買物等に伴う小額の金銭の所持は可能です。）										
宗教活動・政治活動	事業所内での他のご利用者様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。										
動物飼育	事業所内でのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。										
高額介護サービス費	<p>毎月の利用料（介護保険 1 割～3 割負担額）が下記の上限額を超えた場合に高額介護サービス費が支給されます。</p> <p>利用者負担段階</p> <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td>第 1 段階</td> <td>15,000 円／月</td> </tr> <tr> <td>第 2 段階</td> <td>24,600 円／月</td> </tr> <tr> <td>第 3 段階</td> <td>24,600 円／月</td> </tr> <tr> <td>第 4 段階</td> <td>37,200 円／月</td> </tr> <tr> <td></td> <td>44,400 円／月（単身収入 383 万円以上夫婦世帯 520 万円以上）</td> </tr> </table> <p>* 申請につきましては、ご本人様・ご家族様で行って頂きます。 初回の申請のみ行って頂くと、2 回目以降の申請がなくても自動的に高額介護サービス費が払い戻されます。ご不明な点がございましたらお気軽にご相談ください。</p> <p>◎過去に介護保険料の滞納があるときは給付されない場合があります。</p>	第 1 段階	15,000 円／月	第 2 段階	24,600 円／月	第 3 段階	24,600 円／月	第 4 段階	37,200 円／月		44,400 円／月（単身収入 383 万円以上夫婦世帯 520 万円以上）
第 1 段階	15,000 円／月										
第 2 段階	24,600 円／月										
第 3 段階	24,600 円／月										
第 4 段階	37,200 円／月										
	44,400 円／月（単身収入 383 万円以上夫婦世帯 520 万円以上）										
支払方法	<p>※利用料のお支払は原則、口座自動引き落としにてお願いします。</p> <p>受付営業日 平日午前 9:00～午後 3:00</p> <p>振込先銀行 北洋銀行 豊平支店</p> <p>店番号 042</p> <p>口座番号 (普) 3224899</p> <p>口座名義 日総ふれあいケアサービス株式会社 ニッソフケアサービス(カ)</p>										

18 その他運営についての留意事項

- (1) 職員等の向上をはかるため、次の研修の機会を設けます。
 - ① 採用時研修 採用後1ヶ月以内
 - ② 定期的研修 随時
- (2) 職員等は、その勤務中に身分を証明する証票を携行し、ご利用者様またはご家族様から求められたときはこれを提示します。
- (3) サービス担当者会議において、ご利用者様の個人情報を用いる場合は、ご利用者様の同意をご利用者様のご家族様の個人情報を用いる場合は、当該ご家族様の同意を予め文書により得ておくものとします。
- (4) 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の提供の開始に際し、あらかじめご利用申込者及びそのご家族様に対し、運営規程の概要、従業員の勤務の体制その他のご利用申込者のサービス選択に資すると認められる重要事項を記載した文書を交付して説明を行い、当該提供開始についてご利用申込者様の同意を頂きます。
- (5) 事業所の通常の事業の実施地域等を勘案し、ご利用申込者様に対し自ら適切な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を提供することが困難であると認めた場合は、適当な他の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等の紹介その他の必要な措置を速やかに講じるものとします。
- (6) 事業者は、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の提供を求められた場合は、その方の提示する介護保険被保険者証によって被保険者資格、要介護認定等の有無及び要介護認定等の期間を確かめるものとします。
- (7) 事業所は、前項の介護保険被保険者証に、介護保険法第73号第2項に規定する認定審査会意見が記載されているときは、当該認定審査会意見に配慮して、事業を提供するものとします。
- (8) 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の提供を受けているご利用者様が、正当な理由なしに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の利用に関する指示に従わないことにより、要介護状態等の程度を増進させたと認められるとき、あるいは偽りその他不正な行為によって保険給付を受けまたは受けようとしたときは遅滞なく意見を付してその旨を関係市町村に通知するものとします。
- (9) 事業所は、居宅介護支援事業所またはその従事者に対し、ご利用者様にサービスを利用させることの代償として金品その他の財産上の利益を供与しないものとします。
- (10) ここに定める事項のほか、運営に関する重要事項は、管理者が定めるものとします。

附 則

この規程は平成 24 年 4 月 1 日より施行

この規定は平成 24 年 11 月 1 日より施行（登録定員変更）

この規定は平成 27 年 4 月 1 日より施行（利用料金変更）

この規定は平成 28 年 3 月 1 日より施行（利用料金変更）

この規定は平成 28 年 4 月 1 日より施行（管理者変更）

この規定は令和 2 年 2 月 14 日より施行（提供するサービスの第三者評価の実施状況追加）

この規定は令和 3 年 1 月 1 日より施行（勤務時間変更）

この規定は令和 4 年 4 月 1 日より施行（定員数変更）

この規定は令和 4 年 5 月 1 日より施行（利用料金変更）

この規定は令和 4 年 11 月 1 日より施行（定員数変更）

この規定は令和 6 年 12 月 1 日より施行（代表名変更）

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の提供開始に当たり、
甲 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' 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。

小規模多機能型居宅介護サービス事業者
主たる事務所所在地 寿都郡寿都町字新栄町 166 番地 8

名称 ふれあいの里 小規模多機能ホームすつつ

説明者氏名 _____ 印

- (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。
私は、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。

(甲) 署名者住所 _____

氏名 _____ 印

- (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。
私は、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。

(甲') 署名代行者住所 _____

氏名 _____ 印