

スイートシャワー大谷

重要事項説明書(同一建物)

「(介護予防)小規模多機能型居宅介護サービス」

あなたに対する(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あたり、当事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1 事業者の概要

事業者名称	有限会社 生陽会
主たる事務所の所在地	静岡市駿河区鎌田70番地の13
代表者名	山本 加代子
電話番号	054-257-8861

2 ご利用事業所

ご利用事業所の名称	スイートシャワー大谷	
指定事業者番号	2294201849	
サービス種類	(介護予防)小規模多機能型居宅介護サービス事業所	
所在地	静岡市駿河区大谷406-2	
電話番号	054-270-8100	
営業日	365日	
営業時間(訪問サービス)	24時間	
同(通いサービス)	10時～16時	
同(宿泊サービス)	16時～翌朝10時	
通常の実施地域	静岡市駿河区大谷久能地区、小鹿豊田地区	
登録定員	29人	※ 当事業所は、原則として利用申込に応じてご登録をいただいている場合であっても、利用定員超過する場合には、通いサービス又は宿泊サービスの提供ができない日がある場合がありますので、ご了承ください。
利用定員(通いサービス)	15人	
同(宿泊サービス)	5人	

3 事業の目的と運営の方針

事業の目的	利用者が可能な限り住み慣れた地域でその人らしい暮らしが実現できるよう、通い、宿泊、訪問等を柔軟に組み合わせることにより、家庭的な環境と地域住民との交流の下で、必要な日常生活上の援助を行い、利用者がその有する能力に応じその居宅において自立した日常生活を営むことができることを目的とします。
-------	---

<p>運営の方針</p>	<p>事業所で提供するサービスは利用者一人ひとりの人権を尊重しその人がその人らしく家庭的な環境の下で日常生活を送る事ができるようサービスを提供します。</p> <p>事業所で提供するサービスは「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）に定める内容を遵守し、事業を実施するものとします。</p> <p>利用者が住み慣れた地域で生活を継続する事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利用者の心身の状況やその置かれている環境を踏まえて、通い、宿泊及び訪問を柔軟に組み合わせる事により、サービスを提供します。</p> <p>事業所の運営にあたっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等地域との交流を図っていきます。</p> <p>事業所のサービス提供にあたっては、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、利用者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。</p> <p>事業所では、居宅サービス事業所や他の保健医療機関と密接な連携を図り、サービスを提供します。</p> <p>事業所のサービスにあたってはあらかじめ利用者又はその家族に対し、サービスの提供等について、分かりやすく説明を行います。</p> <p>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、電話による見守りなどを行い、生活を支える為の適切なサービスを提供します。</p> <p>利用者の要介護状態（指定介護予防小規模多機能型居宅介護にあつては要支援状態）の軽減又は悪化の防止に資するよう、その目標をたて計画的に行います。</p>
--------------	---

4 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	1人	常勤1名 8:30～17:30
介護従業者	介護職員	7人以上	早番：7:00～16:00 日勤：8:30～17:30 遅番：12:30～21:30 夜勤：16:00～翌9:00
	看護師又は准看護師	1人以上	従業者のうち1名は看護師又は准看護師にて対応
介護支援専門員	介護支援専門員	1人以上	常勤兼務または非常勤1名 8:30～17:30

5 サービスの内容及び利用料

サービスの種類	内容・標準的な手順	保険適用有無	単位	利用料
(介護予防) 小規模多機能型居宅介護サービス	<p>「通いサービス」</p> <p>食事：食事の提供及び食事の介助（身体状況・嗜好・栄養バランスに配慮し提供します）</p> <p>排泄：利用者の状況に応じ適切な介助を行うとともに排泄の自立に関しても適切な援助を行います。</p> <p>入浴：利用者の状況に応じ、衣服の着脱、身体の清拭、洗髪、洗身等の適切な介助を行います。</p> <p>機能訓練：利用者の状況に応じた機能訓練を行い身体機能の低下を防止するよう努めます。</p> <p>健康チェック：血圧測定、体温測定等、利用者の健康状態の把握に努めます。</p> <p>送迎：利用者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎を行います。</p> <p>「宿泊サービス」</p> <p>事業所に宿泊して頂き食事、入浴、排泄等の日常生活上の世話を提供します。</p> <p>「訪問サービス」</p> <p>① 利用者の自宅に訪問し食事や入浴、排泄等の日常生活上の世話を提供します。</p> <p>② 訪問サービス実施の為に必要な備品等（水道・ガス・電気を含む）は無償で使用させていただきます。</p> <p>③ 訪問サービスの提供にあたって、次に該当する行為は致しません。</p> <p>1) 医療行為</p> <p>2) ご契約者若しくはその家族からの金銭又は高価な物品の授受</p> <p>3) ご契約者若しくはその家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動</p> <p>4) その他契約者若しくはその家族に伴う迷惑行為</p>	保険適用有	1ヶ月	<p>介護保険の負担割合が</p> <p>① 1割の場合</p> <p>要支援 1 3,211円</p> <p>要支援 2 6,488円</p> <p>要介護 1 9,795円</p> <p>要介護 2 14,306円</p> <p>要介護 3 20,808円</p> <p>要介護 4 22,966円</p> <p>要介護 5 25,325円</p> <p>② 2割・3割の場合は1割に乗ずる。</p>

サービスの種類	内容・標準的な手順	保険適用有無	単位	利用料
短期利用（介護予防）居宅介護費	<p>契約書第6条の範囲内で短期間の短期利用（介護予防）居宅介護を提供する</p> <p>事業所に宿泊して頂き食事、入浴、排泄等の日常生活上の世話を提供します。</p>	保険適用有	1日	<p>介護保険の負担割合が</p> <p>①1割の場合</p> <p>要支援1 437円</p> <p>要支援2 548円</p> <p>要介護1 590円</p> <p>要介護2 661円</p> <p>要介護3 732円</p> <p>要介護4 802円</p> <p>要介護5 870円</p> <p>②2割・3割の場合は1割に乗ずる。</p>

6 加算

加算については加算要件に該当する場合、下記を算定します

1. 初期加算	1日につき30単位 利用登録日から30日以内
2. 認知症加算 (I)	1月につき800単位
(II)	1月につき500単位
3. 看護職員配置加算 (I)	1月につき900単位
(II)	1月につき700単位
(III)	1月につき480単位
4. サービス提供強化体制加算 (I) イ	1月につき640単位
(I) ロ	1月につき500単位
(II)	1月につき350単位
(III)	1月につき350単位
5. 総合マネジメント体制強化加算 1	1月につき800単位
1	1月につき1200単位
6. 静岡市地域密着型独自報酬加算	
①認知症介護実践リーダー研修修了者を1名以上配置。	①1月につき300単位
②登録者でない地域の住民が気軽に立ち寄り、利用者様と交流することができる仕組みを設ける。 (2月に1回以上地域住民も参加する行事の開催など)	②1月につき300単位
7. 介護職員処遇改善加算 (I)	所定の単位数の10.2%を加算
8. 介護職員等特定処遇改善加算 (II)	所定の単位数の1.2%を加算
9. 介護職員等ベースアップ等支援加算	所定の単位数の1.7%を加算
10. 科学的介護推進体制加算	1月につき40単位

* 5、7、8、9については、区分支給限度額管理の対象外

7 その他の費用

食事の提供に関する費用	朝食 昼食 夕食	保険給付外	1食 あたり	388円 691円 691円 1,770円 /1日(税込)
宿泊に要する費用	<宿泊室の詳細> 部屋名「111~115」 広さ 8.29㎡~8.82㎡ 定員数 5人 備品・設備 ベッド(畳)、リネン(布団) エアコン、カーテン ナースコール	保険給付外	1泊	3,300円 (税込)
おむつ代	尿取りパット 尿取りパット(特殊サイズ) テープ止めおむつ、リハビリパンツ 2WAYタイプの紙おむつ、特殊サ	保険給付外	1枚 あたり	55円 110円 110円 220円

	イズのおむつ			(税込)
--	--------	--	--	------

8 交通費実費

通常の事業の実施地域以外において訪問サービスを行う場合に要する交通費は、その実費を徴収する。なお自動車を使用した場合の交通費は次の額とする。

- ・実施地域を超えた所から1kmにつき50円。

通常の事業の実施地域以外において送迎を行う場合に要する費用は次の額とする。

- ・実施地域を超えた所から1kmにつき50円。

9 苦情申立窓口

ご利用者相談窓口	ご利用時間	平日	午前9時～午後5時
	ご利用方法	電話	054-270-8100 F A X 054-270-8170
		場所	スイートシャワー大谷 相談室
	担当者		内藤 志津香
静岡市介護保険課	ご利用時間	平日	午前9時～午後5時
	ご利用方法	電話	054-221-1088 F A X 054-221-1298
		所在地	静岡市葵区追手町5-1
静岡県国民健康保険 団体連合会	ご利用時間	平日	午前9時～午後5時
	ご利用方法	電話	054-253-5590
		所在地	静岡市葵区春日2丁目4番34号

10 緊急時の対応方法

利用者の主治の医師又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。緊急連絡先に連絡いたします。

利用者の主治の医師	氏名	
	所属医療機関の名称	
	所在地	
	電話番号	— —
協力医療機関	医療機関の名称	清水城西クリニック
	院長名	鈴木 彰人 院長
	所在地	静岡市清水区天王東7-9
	電話番号	054-364-5571
	入院設備	無し
	救急指定の有無	無し
	契約の概要	月2回の訪問診療、緊急対応
	医療機関の名称	やよい歯科医院
	医師名	藤田 理央 医師
	所在地	静岡市駿河区中村町12-3
	電話番号	054-281-0048
	入院設備	無し
救急指定の有無	無し	

	契約の概要	随時対応
緊急連絡先	氏名	
	住所	
	電話番号	
	昼間の連絡先	
	夜間の連絡先	

1 1 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	<ul style="list-style-type: none"> 緊急通報装置等の種類及び設置個所 消防緊急装置（1階 事務所内） 放水栓 安否確認の方法 緊急通報装置
避難・救出等必要な訓練の実施について	防災・避難訓練（年2回）

1 2 福祉サービス第三者評価の受審状況

事業者の提供するサービスの質を当事者（事業者及び利用者）以外の公正・中立な第三者機関が、専門的かつ客観的な立場から評価してサービスの質の向上に結びつけるとともに、評価結果が利用者の適切なサービス選択に資するための情報となることを目的としたものです。

実施の有無	実施年月日(直近)	実施機関	評価結果の開示
有 ・ 無	令和 年 月 日		

令和 年 月 日

(乙) 当事業者は、甲に対する（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。

事業者 有限会社 生陽会
代表取締役 山本 加代子

主たる事務所所在地 静岡市駿河区大谷 406-2
名称 スイートシャワー大谷

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、（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します。

(甲) 利用者 住所
氏名 印

連帯保証人 住所
氏名 印

損害賠償責任の範囲についての確認書

スイートシャワー大谷では、ご利用された方の介護計画に基づき、できる限りその方にふさわしい介護に努めさせていただいております。またスイートシャワー大谷では、基本的に身体の拘束行為は禁止しております。

ご利用者様の意思を最大限尊重させていただいた結果、高齢に伴う事故が起こり得る可能性は当然高くなり、下記の事故に関しましては損害賠償責任の対象外となります。(スイートシャワー大谷では民法等関係法令及び裁判例に従った基準で損害賠償をすることになります。)

記

1. ご利用者様またはご家族様が、契約締結時に利用者様の心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことに専ら起因して損害が発生した場合。
2. ご利用者様の急激な体調の変化等、事業者の実施したサービスを原因としない事由に専ら起因して損害が発生した場合。
3. ご利用者様が、事業者もしくはサービス従事者の指示・依頼に反して行った行為に専ら起因して損害が発生した場合。
4. ご利用者様の予測不可能な行動に起因して損害が発生した場合。
5. 通常的生活行為の結果に基づく転倒、転落、打撲等に起因して損害が発生した場合。

以上

私共は、ご利用者様が快適かつ心身ともに充実し安定した生活を営んでいただくために、最善の注意をもってサービス提供を行うよう努めておりますが、通常の注意義務を超えて事故等が発生し、その原因がスイートシャワー大谷に起因しない場合には、責任を負いかねる場合があることを、予めご同意ください。よって例えば、完全な転倒防止等をお約束することはいたしかねます。

私は確かに損害賠償責任の範囲について説明を受け、確認しました。

令和 年 月 日

説 明 者 _____ 印

利 用 者 _____ 印

身元引受人 _____ 印

個人情報の使用に関する同意書

わたし（利用者及びその家族）の個人情報については、次に定める条件で、必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

1 使用する目的

- ① 利用者に係る介護サービス計画を立案するためのサービス担当者会議での情報提供
- ② 介護支援専門員とサービス事業者との連絡調整において必要となった場合。

2 使用にあたっての条件

- ① 個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係する者以外の者に漏れることのないよう、細心の注意を払うこと。
- ② 個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて、経過を記録しておくこと。

令和 年 月 日

利用者

氏 名 _____ 印

利用者の家族

氏 名 _____ 印
続柄 ()

氏 名 _____ 印
続柄 ()