小規模多機能型サテライトみそら　重要事項説明書

当事業所はご契約者に対して指定小規模多機能型居宅介護サービスを提供します。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します。

１．事業者

（１）法人名	株式会社　美空
（２）法人所在地	南国市　立田　1544-2
（３）電話番号	０８８－８５６－７６９２
（４）代表者氏名	代表取締役　津野　克久
（設立年月日）	平成１８年１２月４日

２．事業所の概要

（１）事業所の種類	指定小規模多機能型居宅介護事業所
（２）事業所の目的	住み慣れた自宅や地域で生活するために、介護保険法令に従い利用者が自宅で可能な限り暮らし続けられるような生活を支援し、本人と家族の自立した生活を送れることを目的として、通いサービスを中心に訪問サービス、宿泊サービスを柔軟に組み合わせてサービスを提供します。
（３）事業所の名称	小規模多機能型サテライトみそら
（４）事業所の所在地	高知県南国市堀ノ内６３１番地１
（５）電話番号	０８８－８５６－５１９６
（６）事業所長(管理者)	氏名　芝　友紀
（７）当事業所の運営方針	「通い」を中心とした、「泊まり」「自宅への訪問」「関係調整（ケアマネジメント)」の四つの機能を 365 日 24 時間切れ目なく提供し、日常生活を送る上で支援・介護を必要とする方が、住み慣れた地域で快適に自分らしく暮らし続ける事が出来るよう適切にサービスを提供します。
（８）開設年月日	令和８年３月１日
（９）登録定員	１８人 （通いサービス定員　１２人、宿泊サービス定員　６人）
（１０）居室等の概要	当事業所では、以下の居室・設備をご用意しています。宿泊サービスの際に利用される居室は個室です。お泊まりは一部屋につきお一人ですが、お部屋は原則として固定占有ではなく 1 日ごとの設定となります。(ただし、ご契約者の心身の状況や居室の空き状況により配慮いたします)。

３．事業実施地域及び営業時間

（１）通常事業の実施地域　南国市

（２）営業日及び営業時間

営業日	年中無休
通いサービス	月～日　９時～１８時
訪問サービス	随時
宿泊サービス	月～日　１８時～９時

４．職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定小規模多機能型居宅介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

＜主な職員の配置状況＞※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

従業者の職種	常勤	職務の内容
１．管理者	１人	事業内容調整
２．介護支援専門員	１人	サービスの調整・相談業務
３．看護師	１人以上	健康チェック等の介護業務
４．介護職員	４人以上	日常業務の介護・相談業務

５．当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

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。

（１）利用料金が介護保険から給付される場合
（介護保険の給付の対象となるサービス）

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

（１）　介護保険の給付の対象となるサービス

利用者と１月単位の包括費用額となっており、別紙に記載する要介護別のサービス利用料を定額でお支払いただきます。

以下のサービスについては、利用料金のうち各ご契約者の負担割合に応じた金額となります。ア～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、ご契約者との協議の上、小規模多機能型居宅介護計画に定めます。

＜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、排せつ等の日常生活の世話や機能訓練を提供します。

①食事

・食事の提供及び食事の介助をします。

・食事サービスの利用は任意です。

②入浴

・入浴または清拭を行います。

・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。

③排せつ

・利用者の状況に応じて適切な排せつの介助を行うとともに、排せつの自立についても適切な援助を行います。

④機能訓練

・利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。

⑤健康チェック

・血圧測定等利用者の全身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、ご自宅と事業所間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たときに、介護計画に基づき日常生活の支援や機能訓練を提供します。

・訪問サービス実施のための必要な備品等（水道・ガス・電気を含む）は無償で使用させていただきます。

・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。

② 医療行為

②利用者もしくはその家族等から金銭または高価な物品の授受

③利用者もしくはその家族等の同意なしに行う飲酒、喫煙

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、営利活動

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、排せつ等の日常生活上の世話や機能訓練を提供し、定期的に巡回し観察いたします。

＜サービス利用料金＞

通い・訪問・宿泊、すべてを含んだ一月単位の基本料金は、ご契約者の要介護度に応じた定額となっています。

介護保険の給付対象とならないサービスは、利用料金の全額が利用者の負担となります。

（１） 利用料金及び、その他の費用は別紙のとおりとする。

（２） 料金の変更等

介護保険関係法令の改正等により料金が変更になる場合は、当該改正の実施日をもって料金を変更いたします。また、食費・日常生活費・その他介護保険給付対象外の料金については、変更日の一ヶ月前までに変更の内容と理由を記載した文書で通知することにより、料金変更できるものとします。

※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、変更を行う二ヶ月前までにご説明します。

（３）利用料金のお支払い方法

前記（1）、(2）の料金・費用は、１ヶ月ごとに計算し次のいずれかの方法により翌月末日までにお支払いください。

①事業所での現金支払い

②銀行振込み（※銀行振り込みの場合は別途ご相談ください。）

③自動口座引落し（※引落日 20 日となり、休日の場合は翌営業日に引落）

（４）利用の中止、変更、追加

＊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に定められた内容を基本とし、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、ご契約者の都合により、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に申し出てください。

＊（1）の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か月ごとの包括費用（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。ただし、(2）の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、当日になって利用の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。ただしご契約者の体調不良等正当な事由がある場合は、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	当日の利用料金 （自己負担相当）の　５０％

＊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契約者に提示して協議します。

（５） 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、自宅での暮らしを支援するものです。

事業者は、ご契約者の状況に合わせて適切にサービスを提供するために、ご契約者と協議の上で小規模多機能型居宅介護計画を定め、またその計画状況を評価します。計画の内容は書面に記載してご契約者に説明の上交付します。

（６） 要介護認定区分変更について

事業者は、ご契約の状況に合わせて適切にサービスをおこなうために、ご契約者の要介護度とそのときの介護状態像を勘案し区分変更を提案しおこないます。

６．苦情の受付について

（１）当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以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口 ［担当者］ 芝　友紀　 ［職名］ 管理者

TEL　088-856-5196　　FAX　088-856-5197

（２）行政機関その他苦情受付機関

南国市役所　長寿支援課 介護保険係	所在地　高知県南国市大そね甲 2301 番地 TEL　088-880-6556　FAX　088-863-1167
国民健康保険団体連合会 介護保険課　苦情相談係	所在地　高知県高知市丸の内２丁目６番５号 TEL　088-820-8410　FAX　088-820-8411

７．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、要望、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います。

＜運営推進会議＞

構　成：利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、南国市又は南国市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。

８．協力医療機関

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以下の医療機関を協力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＞	
内田脳神経外科	所在地　高知県高知市塚ノ原３７番地
	TEL　０８８－８４３－１００２
西川デンタルクリニック	所在地　高知県南国市物部１５１２番地
	TEL　０８８－８６４－１１２１

９．非常火災時の対応

非常火災時には、別途定める消防計画に則って対応を行います。また、避難訓練を利用者も参加して行います。

＜地震、大水等災害発生時の対応＞

水害等の発生が予想される場合、滞在しているご利用者を安全に避難させます。地震・水害等の災害発生後は速やかにご利用者の安全を確保し、法人内、行政、協力医療機関、バックアップ連携施設と協議しながら、ご利用者の生活を円滑に送れるように努めます。

１０．緊急時の対応方法

サービス提供中に容体の変化等があった場合、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族等へ適切に連絡いたします。

１１．サービス利用にあたっての留意事項

○サービス利用の際には、介護保険被保険者証を提示してください。

○事業所内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。

○他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。

○所持金、貴重品は自己の責任で管理してください。紛失盗難の責は一切負いません。

○事業所内での他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

○たばこについては、定められた場所にて喫煙してください。

○飲酒については、ご本人、ご家族の同意を得られた場合に限り提供し、限度に従い提供いたします。

○立ち上がられる方、歩行される方は、転倒に対してのリスクにご留意ください。

令和　　年　　月　　日

指定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。

小規模多機能型サテライトみそら

説明者　　氏名

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の提供開始に同意しました。

利用者　　住所

TEL

氏名　　印

代筆者　　住所

TEL

氏名　　印

続柄