

# 指定小規模多機能型居宅介護事業所第2まつばら荘

## 重要事項説明書

### 1. 当事業所が提供するサービスの相談、苦情対応

★ サービス相談、苦情担当窓口

電話 0287-74-5657 FAX 0287-74-5658

担当 菊池 里美

(受付時間 月曜日～日曜日 午前8時45分～午後5時45分)

※ご不明な点は、何でもご相談ください。

### 2. 当事業所の概要

- (1) 設置法人名 社会福祉法人 清幸会
- (2) 事業所名 小規模多機能型居宅介護事業所 第2まつばら荘
- (3) 所在地 栃木県那須塩原市黒磯647-5
- (4) 事業所番号 0991300344
- (5) 管理者名 菊池 里美
- (6) サービス提供地域  
那須塩原市
- (7) 職員体制
  - ①管理者 1名 (常勤兼務職員)
  - ②介護支援専門員 1名 (常勤兼務職員)
  - ③看護職員 1名 (常勤・常勤兼務職員・非常勤職員)
  - ④介護職員 12名以上 (常勤・常勤兼務職員・非常勤職員)
- (8) 利用定員及びサービスの提供時間  
登録者数 29名
  - ① 通いサービスの利用者 18名 午前6時から午後9時
  - ② 泊サービスの利用者 9名 午後9時から翌日の午前6時
  - ③ 訪問サービスの利用者 29名 24時間但し、①、②のサービスについて、緊急時はこの限りではありません。

(9) サービス内容

食事・入浴・排泄・機能訓練・レクリエーション等の生活支援及び生活相談等

※サービスを受けることができる方は、那須塩原市在住で、要支援、又は要介護の認定を受けている方が対象となります。

3. 料金

(1) 介護費（基本利用料金）

\*月額

区 分	介 護 費 （ 基 本 利 用 料 金 ）
要支援1	3,450円
要支援2	6,972円
要介護1	10,458円
要介護2	15,370円
要介護3	22,359円
要介護4	24,677円
要介護5	27,209円

※初期加算

指定小規模多機能型居宅介護事業所に登録した日から起算して 30日以内の期間については初期加算として、1日につき30円を加算します。30日を超える病院又は診療所への入院後に指定小規模多機能型居宅介護の利用を再び開始した場合も同様とします。

※認知症加算

認知症加算Ⅲ・・・日常生活に支障を来たすおそれのある症状・行為が認められる、介護を必要とする認知症の利用者がおられる場合。

(認知症日常生活自立度Ⅲ、Ⅳ又はMに該当)

760単位/月(760円)

認知症加算Ⅳ・・・要介護2に該当し、日常生活に支障を来たすような症状・行為や意思疎通の困難さが見られ、周囲の者による注意を必要とする認知症の利用者がおられる場合。

(認知症日常生活自立度Ⅱ)

460単位/月(460円)

※看護職員配置加算

看護職員配置加算Ⅰ・・・専ら当該事業所の職務に従事する常勤の看護師を1名以上配置している場合。

900単位/月(900円)

看護職員配置加算Ⅱ・・・専ら当該事業所の職務に従事する常勤の准看護師を1名以上配置している場合。

700単位/月(700円)

看護職員配置加算Ⅲ・・・看護職員を常勤換算法で1名以上配置している場合。

480単位/月(480円)

※サービス提供体制強化加算

サービス提供体制強化加算Ⅰ・・・介護従業者総数のうち介護福祉士の占める割合が70%以上であること、または勤続年数10年以上の介護福祉士が25%以上であること。介護従業者に対し、個別の研修を行い、かつ利用者に関する情報や留意事項の伝達または介護従業者の技術指導を目的とした会議を開催する。

750単位/月(750円)

サービス提供体制強化加算Ⅱ・・・介護従業者総数のうち介護福祉士の占める割合が50%以上であること、介護従業者に対し、個別の研修を行い、かつ利用者に関する情報や留意事項の伝達または介護従業者の技術指導を目的とした会議を開催する。

640単位/月(640円)

サービス提供体制強化加算Ⅲ・・・介護従業者総数のうち介護福祉士の占める割合が40%以上であること、常勤職員が60%以上であること、または勤続年数7年以上の職員が30%以上であること。介護従業者に対し、個別の研修を行い、かつ利用者に関する情報や留意事項の伝達または介護従業者の技術指導を目的とした会議を開催する。

350単位/月(350円)

※総合マネジメント体制強化加算(Ⅰ)・・・利用者の状況に応じて多職種で小規模多機能型居宅介護計画の見直しを行う。地域活動への参加、交流、地域の関係機関との交流、連携を図っている。

1,200単位/月(1,200円)

※科学的介護推進体制加算・・・利用者ごとの ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況等、LIFE へのデータ提出を3カ月に1回見直し小規模多機能型居宅介護を適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用している。

40単位/月(40円)

※介護職員等処遇改善加算Ⅲ・・・基本保険料に各種加算を加えた1ヶ月あたりの総単位数に13.4%を乗じた額(月額)

※過少サービスに対する減算・・・利用者1人当りの平均サービス提供回数が週4回に満たない場合。

所定単位数に70/100を乗じた単位数

#### (2) 介護費(基本利用料金)以外にかかるその他の費用

##### ① 食事代

朝食 320円 昼食 660円 夕食 620円

##### ② 宿泊費

1泊につき1,480円

##### ② その他

- ・紙おむつ 90円 紙パンツ 80円 パット 20円
- ・リネン代 宿泊者1日当たり70円
- ・その他レクリエーションにかかる費用
- ・通常の事業の実施地域を越える場合の送迎及び訪問サービスを提供した場合、片道1km毎に80円の交通費(那須赤十字病院・那須高原病院への通院は除く)

#### 4. 料金の支払方法

利用料金を1ヶ月毎に計算し請求しますので、翌月20日までに以下の方法でお支払い下さい。

- T-NETのご利用
- 窓口での現金支払い
- 下記指定口座への振込み

足利銀行 黒磯西出張所 普通預金 5003447
名義 社会福祉法人 清幸会
まつばら荘
理事長 池田 香織

## 5. サービス利用に当たっての留意事項

- (1) 利用者は、管理者、看護職員、介護職員等の指導による日課を励行し、共同生活の秩序を保ち、相互の親睦に努めてください。
- (2) 利用者は、身の回り及び施設の環境衛生保持のため協力してください。
- (3) 利用者は、努めて健康に留意するものとし、必要な場合は、職員等の指示に従い、診療等を受けてください。
- (4) 利用者は、通い、宿泊、訪問介護等のサービスを利用する事により、在宅での生活を営めるよう努めてください。
- (5) 一ヶ月以上の入院、もしくは入院が見込まれる場合、登録を解除させていただくことがあります。
- (6) より良いサービスを提供するために、外部評価（年1回）、市の相談員による訪問（月1回）を受け入れます。
- (7) 利用者の希望により貴重品などの保管は貴重品預かり書に記入し金庫でお預かりします。しかし、ご記入以外の物が紛失した場合は責任を負いかねます。
- (8) 介護計画の見直し、（短期目標3ヶ月に一度、長期目標6ヶ月に一度）モニタリングを（毎月）行っていきます。

## 6. 非常災害対策

事業所は非常災害に関する具体的計画を立てておくと共に、非常災害に備えるため、定期的に避難、救出、その他必要な訓練を行うこととする。

## 7. 秘密の保持

- (1) 事業者及びサービス従事者又は職員は、サービスを提供するにあたって知り得た利用者又はご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。（守秘義務）  
但し、利用者の状態に急変が生じた場合又はカンファレンス等において、は医療機関等に利用者の心身等の情報を提供します。
- (2) 利用者に係る他の居宅介護支援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、その情報が用いられる者の事前の同意を文書により得た上で、利用者又はご家族等の個人情報を用いることがあります。

## 8. 緊急時における対応方法

サービス提供時に利用者の状態に急変が生じた場合、主治医、家族等への連絡を行い指定の医療機関へ搬送いたします。

ただし、主治医や指定医療機関がやむをえない事由により対応できない場合は、協力医療機関に連絡を行います。

協力医療機関：社会医療法人 博愛会 菅間記念病院

## 9. 情報公開

- (1) 社会福祉法24条等の趣旨に則り、指定小規模多機能型居宅介護支援事業所第2まつばら荘が提供するサービスを安心して利用できるよう理解と信頼を促進するため、情報公開・情報の開示を推進するものとします。
- (2) 情報公開・情報開示の内容は、別に定める情報公開・開示規程によります。

## 10. その他

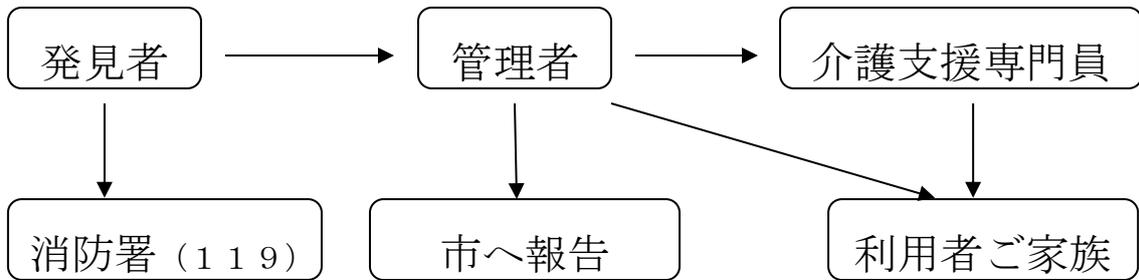
当施設以外に、行政機関、その他苦情受付機関の介護保険相談窓口で苦情を申し出ることができます。

那須塩原市 高齢福祉課 介護管理係	所在地：那須塩原市共墾社108-2 TEL 0287(62)7191 FAX 0287(63)8911 受付時間 9:00~17:15
栃木県 国民健康保険 団体連合会	所在地：宇都宮市本町3-9 栃木県本町合同ビル6階 TEL 028(622)7242 受付時間 9:00~17:00
栃木県 運営適正化委員会	所在地：栃木県宇都宮市若草1-10-6 (とちぎ福祉プラザ内) TEL 028(622)2941 受付時間 9:00~16:00(土日、祝日を除く)

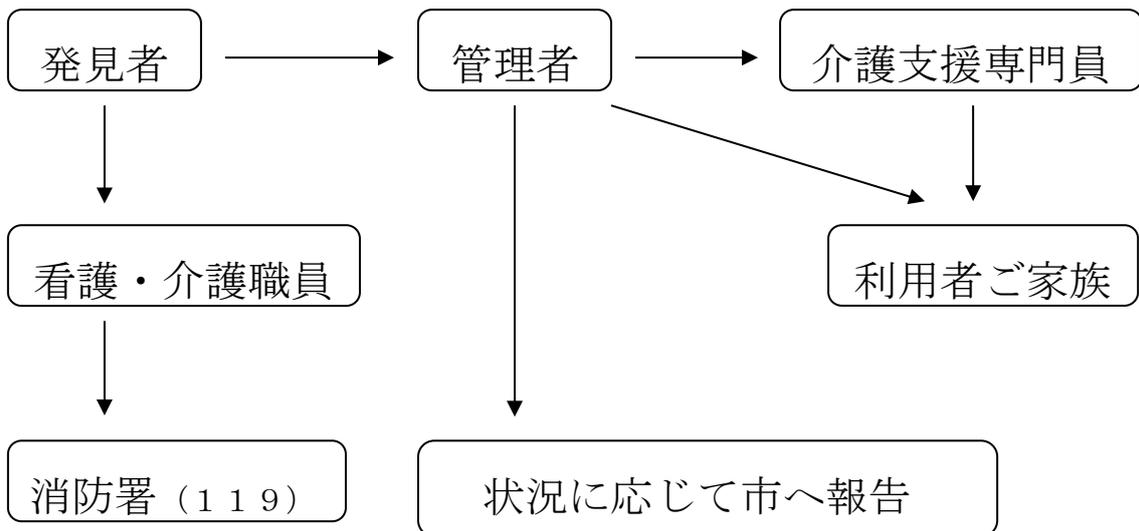
# 緊急時の対応について

(緊急時責任者 管理者)

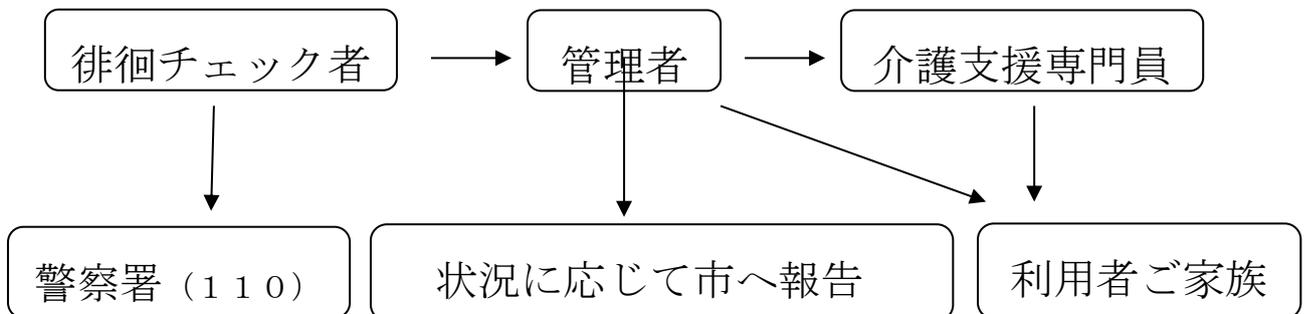
## 1. 火災



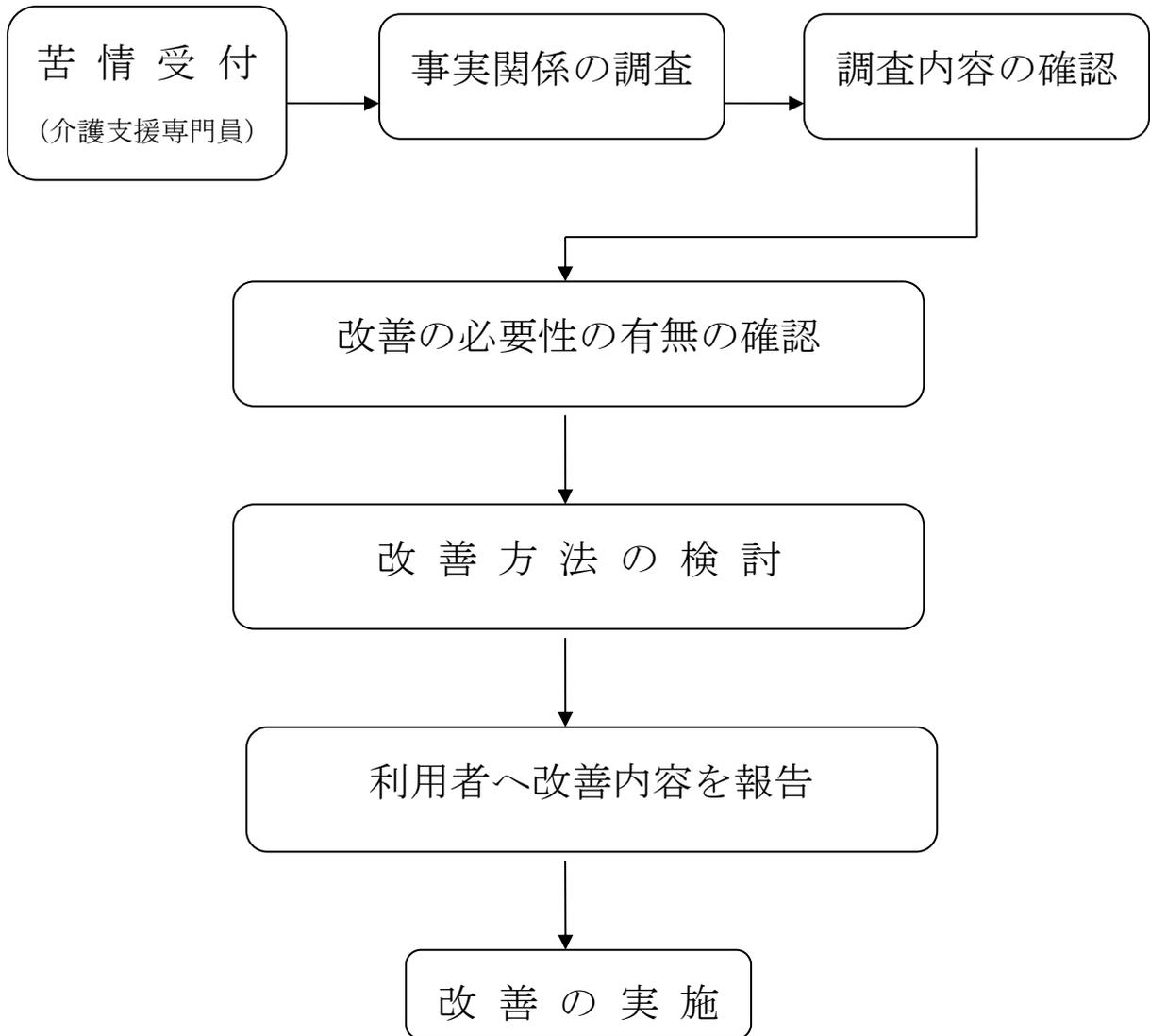
## 2. 容態急変



## 3. 行方不明等



## 苦情受付時の対応手順 (苦情解決責任者 管理者)



当事業所は苦情解決に社会性や客観性を確保し、利用者の立場や特性に配慮した適切な対応を推進するため、第三者委員を設置しております。

### 【第三者委員】

- ・井出 慎吾 [連絡先 03-3862-9891]
- ・網野 惣一 [連絡先 0287-88-8888]

# 同意書

小規模多機能型居宅介護のサービス提供にあたり、利用者、利用者家族に対して、指定小規模多機能型居宅介護契約書及び本書面に基ついて重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業所 所在地 那須塩原市黒磯647-5  
名称 小規模多機能型居宅介護事業所第2まつばら荘  
管理者 菊池 里美  
(説明者)

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

私は、指定小規模多機能型居宅介護契約書及び本書面により、事業者から指定小規模多機能型居宅介護について重要事項の説明を受けました。

又、サービス提供にあたりサービス担当者会議等で個人情報を用いることについて説明を受け、同意いたします。更に、緊急時等必要と判断される場合においては、個人情報を医療機関等に提供することにつきましても説明を受け、同意いたします。

令和 年 月 日

利用者

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

利用者家族

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

# 指定認知症高齢者共同生活介護

## 認知症高齢者グループホーム第2まつばら荘

### 重要事項説明書

#### 1. 当事業所が提供するサービスの相談、苦情対応

★ サービス相談、苦情担当窓口

電話 0287-74-5657 FAX 0287-74-5658

担当 菊池 里美

(受付時間 月曜日～日曜日 午前8時45分～午後5時45分)

※ご不明な点は、何でもご相談ください。

#### 2. 当事業所の概要

- (1) 設置法人名 社会福祉法人 清幸会
- (2) 事業所名 認知症高齢者グループホーム 第2まつばら荘
- (3) 所在地 栃木県那須塩原市黒磯647-5
- (4) 事業所番号 0991300336  
管理者 菊池 里美
- (5) サービス提供地域  
那須塩原市
- (6) 職員体制
  - ①管理者 1名 (常勤兼務職員)
  - ②サービス計画作成担当者1名 (常勤兼務職員)
  - ③介護職員 5名以上 (常勤・非常勤職員)
- (7) 入居定員  
9名
- (8) サービス内容  
食事、入浴、機能訓練、レクリエーション、生活相談等  
※サービスを受けることができる方は、那須塩原市在住で要支援2、  
要介護の認定を受け、認知症を有すると医師より診断を受けている  
方が対象となります。

### 3. 料金

#### (1) 基本利用料金

\*1日あたりの金額

介護度区分	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
自己負担額	761 円	765 円	801 円	824 円	841 円	859 円

#### (2) 各種加算

項目	金額	備考
初期加算	30円	1日につき
看取り介護加算	死亡日 45日前から31日前 72円 死亡日 30日前から4日前 144円 死亡日 前々日、前日 680円 死亡日 1,280円	1日につき
サービス提供体制 強化加算	加算Ⅰ 22円 加算Ⅱ 18円 加算Ⅲ 6円	1日につき
医療連携体制加算	加算(Ⅰ)イ 57円 加算(Ⅰ)ロ 47円 加算(Ⅰ)ハ 37円	1日につき
若年性認知症利用者 受け入れ加算	120円	1日につき
認知症専門ケア加算	加算Ⅰ 3円	1日につき
科学的介護推進 体制加算	40円	1月につき
口腔衛生管理 体制加算	30円	1月につき
新興感染症等 施設療養費	240円	1日につき
退居時情報提供加算	250円	1回につき
入院時費用	246円	1日につき
介護職員等 処遇改善加算Ⅲ	(1)+(2)=総単位数×15.5%	1月につき

(3) 介護保険給付対象外サービス費

内訳	金額	備考
家賃	28,000円	1ヶ月の料金 (居室使用料)
水道光熱費	15,000円	1ヶ月の料金 (電気・水道・ガス等)
食事代	朝食 320円 昼食 660円 夕食 620円	おやつ代含む
オムツ代	紙おむつ 90円 紙パンツ 80円 パッド 20円	

※ 月の途中からご登録された場合や月の途中で契約を終了した場合、また、月の途中で要介護度が変更になった場合は、日割りした料金をお支払頂きます。

※ 初期加算・・・指定認知症対応型共同生活介護事業所に登録した日から起算して30日以内の期間については初期加算として、30単位/日(30円)を加算する。(30日を超える病院又は診療所への入院後に指定認知症対応型共同生活介護事業所の利用を再び開始した場合も同様とする。)

※ 若年性認知症利用者受け入れ加算・・・受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を決めていること。

120単位/日(120円)

※ 看取り介護加算・・・看取りに関する指針を定め、内容を説明し同意を得ている。また、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員その他の職種のものによる協議の上、事業所における看取りの実績等を踏まえ、指針の見直しを行っている。看取りに関する研修を行っている。

※ サービス提供体制強化加算

サービス提供体制強化加算Ⅰ・・・介護従業者総数のうち介護福祉士の占める割合が70%以上であること、または勤続年数10年以上の介護福祉士が25%以上であること。介護従業者に対し、個別の研修を行い、かつ利用者に関する情報や留意事項の伝達または介護従業者の技術指導を目的とした会議を開催する。

22単位/日(22円)

サービス提供体制強化加算Ⅱ・・・介護従業者総数のうち介護福祉士の占める割合が60以上であること、介護従業者に対し、個別の研修を行い、かつ利用者に関する情報や留意事項の伝達または介護従業者の技術指導を目的とした会議を開催する。  
18単位/日（18円）

サービス提供体制強化加算Ⅲ・・・介護従業者総数のうち介護福祉士の占める割合が50%以上であること、常勤職員が75%以上であること、または勤続年数7年以上の職員が30%以上であること。介護従業者に対し、個別の研修を行い、かつ利用者に関する情報や留意事項の伝達または介護従業者の技術指導を目的とした会議を開催する。  
6単位/日（6円）

#### ※医療連携加算

医療連携体制加算（Ⅰ）イ・・・事業所の職員として看護師を常勤で1名以上配置しており事業所の職員である看護師、又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションの看護師との連携により24時間連絡できる体制を確保している。  
57単位/日（57円）

医療連携体制加算（Ⅰ）ロ・・・事業所の職員として看護職員を常勤換算で1名以上配置しており事業所の職員である看護師、又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションの看護師との連携により24時間連絡できる体制を確保している。  
57単位/日（57円）

医療連携体制加算（Ⅰ）ハ・・・事業所の職員である看護師、又は病院若しくは訪問看護ステーションの看護師との連携により、24時間連絡できる体制を確保している。  
37単位/日（37円）

#### ※認知症専門ケア加算

認知症専門ケア加算Ⅰ・・・認知症日常生活自立度Ⅲ以上の対象者の割合が5割以上で認知症介護実践リーダー研修修了者、認知症ケアに関する専門性の高い看護師を20名未満に1以上配置し、職員間での認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術指導会議を定期的実践した場合につき当該入居者に対して算定できる。  
3単位/日（3円）

※科学的介護推進体制加算・・・利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況等、LIFEへのデータ提出を3カ月に1回見直し、必要な情報を活用している。

40単位/月(40円)

※口腔衛生管理体制加算・・・事業所において歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている。事業所において歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、入所者の口腔ケア・マネジメントに係る計画書が作成されている。

30単位/月(30円)

※新興感染症施設療養費・・・入所者が厚生労働省が定める感染症に感染した場合に相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、かつ、当該感染症に感染した入所者等に対し、適切な感染対策を行った上で、該当する介護サービスを行った場合に、1月に1回、連続5日間を限度として算定する。

240単位/月(240円)

※入院時費用・・・病院又は診療所に入院する必要が生じた場合であって、入院後3カ月以内に退院することが明らかに見込まれる際には、利用者及び家族の希望を勘案し必要に応じて適切な便宜を供与するとともに、やむを得ない事情がある場合を除き、退院後再び円滑に入居が出来る体制を整える。  
(1月に6日を限度として算定する)

246単位/日(246円)

※退居時情報提供加算・・・医療機関へ退所する利用者等について、退所後の医療機関に対して入所者等を紹介する際、入所者等の同意を得て、当該入所者等の心身の状況、生活歴等を示す情報提供をした場合、1回限り算定する。

250単位/回(250円)

※介護職員等処遇改善加算Ⅲ・・・基本保険料に各種加算を加えた1ヶ月あたりの総単位数に15.5%を乗じた額(月額)

#### 4. 料金の支払い方法

利用料金を1ヶ月毎に計算し請求しますので、翌月20日までに以下の方法でお支払いください。

- T-NETのご利用                      ○ 窓口での現金支払い
- 下記指定口座への振込み

足利銀行 黒磯西出張所          普通貯金 5003447 名義 社会福祉法人 清幸会 まつばら荘 理事長 池田 香織
---

#### 5. サービス利用に当たっての留意事項

- (1) 入居者は、管理者、介護職員等の指導による日課を励行し、共同生活の秩序を保ち、相互の親睦に努めてください。
- (2) 入居者は、身の回り及び施設の環境衛生保持のため協力してください。
- (3) 入居者は、努めて健康に留意するものとし、必要な場合は、職員等の指示に従い、診療等を受けてください。
- (4) 入居者の食事、その他の家事などは原則として他の利用者と共同で行うよう努めてください。
- (5) 一ヶ月以上の入院、もしくは入院が見込まれる場合、登録を解除させていただくことがあります。
- (6) より良いサービスを提供するために、外部評価（年1回）、市の相談員による訪問（月1回）を受け入れます。
- (7) 入居者の貴重品などの保管は、原則として行いません。但し、必要時は相談に応じます。
- (8) ケアプランの作成、福祉用具のご利用方法の相談や行政機関に対する手続き（日常生活を営む上で必要なもの）をお手伝いします。

#### 6. 秘密の保持

- (1) 事業者及びサービス従事者又は職員は、サービスを提供するにあたって知り得た利用者又はご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。（守秘義務）但し、入居者の状態に急変が生じた場合又はカンファレンス等においては、医療機関等に入居者の心身等の情報を提供します。
- (2) 入居者に係る他の居宅介護支援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、入居者又はご家族等の個人情報を用いることがあります。

## 7. 緊急時における対応方法

サービス提供時に入居者の状態に急変が生じた場合、主治医、家族等への連絡を行い指定の医療機関へ搬送いたします。

ただし、主治医や指定医療機関がやむをえない事由により対応できない場合は、協力医療機関に連絡を行います。

協力医療機関：社会医療法人 博愛会 菅間記念病院

## 8. 情報公開

(1) 社会福祉法24条等の趣旨に則り、指定認知症高齢者グループホーム第2まつばら荘が提供するサービスを安心して利用できるよう理解と信頼を促進するため、情報公開・情報の開示を推進するものとします。

(2) 情報公開・情報開示の内容は、別に定める情報公開・開示規程によります。

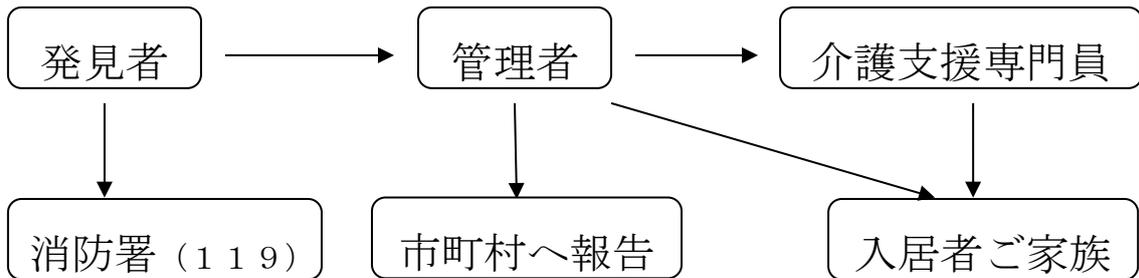
## 9. その他

当施設以外に、行政機関、その他苦情受付機関の介護保険相談窓口之苦情を申し出ることができます。

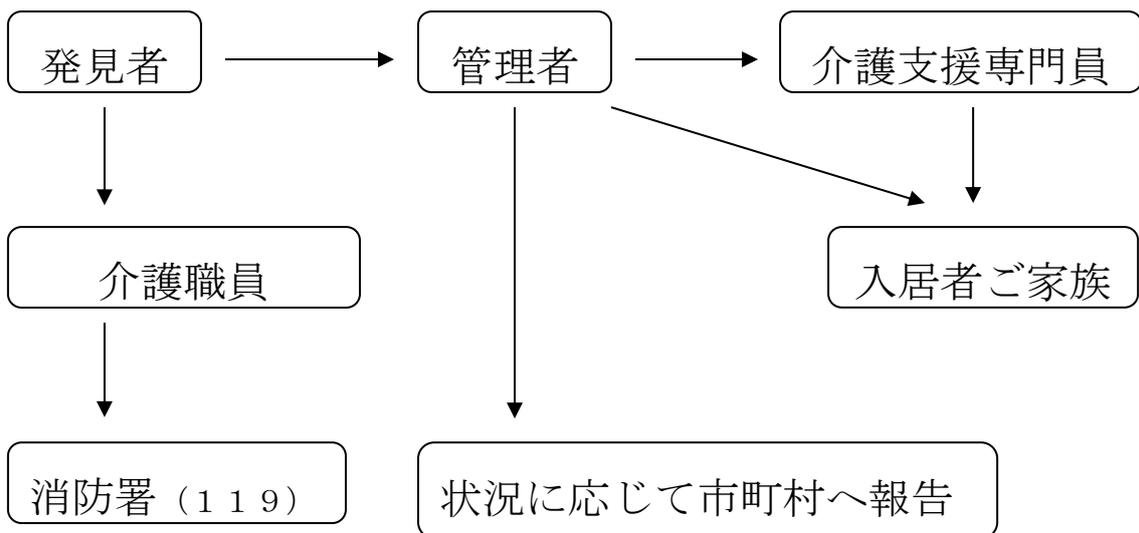
那須塩原市 高齢福祉課 介護管理係	所在地：那須塩原市共壘社108-2 TEL 0287(62)7191 FAX 0287(63)8911 受付時間 9:00~17:15
栃木県 国民健康保険 団体連合会	所在地：宇都宮市本町12-11(栃木会館3階) TEL 028(643)2220 受付時間 9:00~17:00

# 緊急時の対応について (緊急時責任者 管理者)

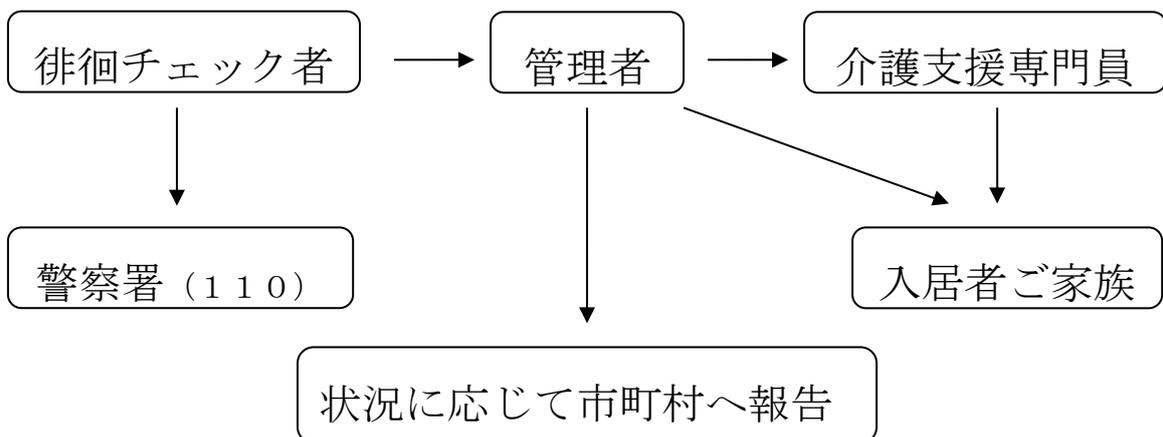
## 1. 火 災



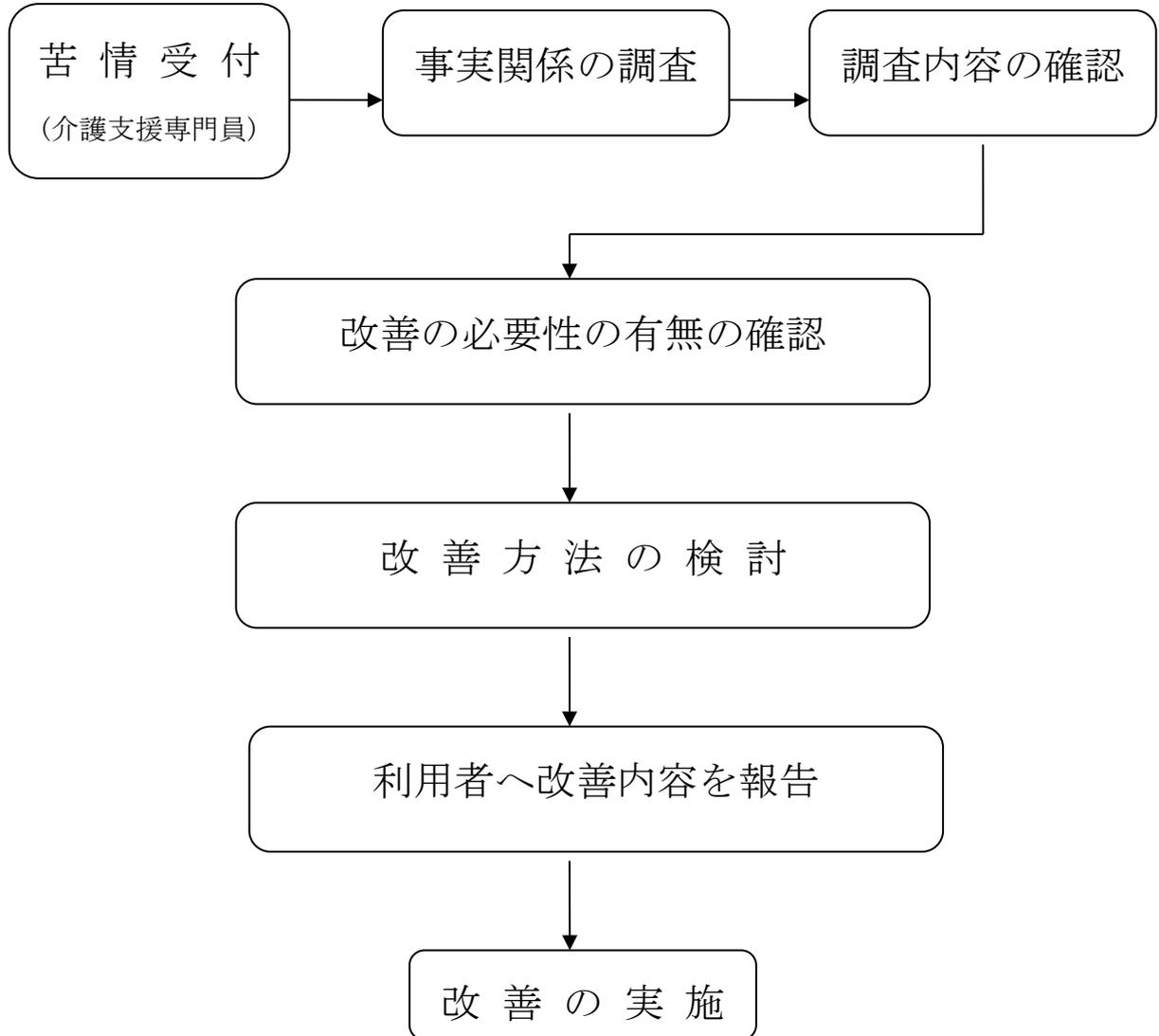
## 2. 容態急変



## 3. 行方不明等



## (苦情解決責任者 管理者)



当事業所は苦情解決に社会性や客観性を確保し、利用者の立場や特性に配慮した適切な対応を推進するため、第三者委員を設置しております。

### 【第三者委員】

- ・網野 惣一 [連絡先 0287-88-8888]
- ・井出 慎吾 [連絡先 03-3862-9891]

指定認知症高齢者グループホーム第2まつばら荘のサービス提供にあたり、入居者、入居者家族に対して、指定認知症対応型共同生活介護認知症高齢者グループホーム第2まつばら荘契約書及び本書面に基づいて重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業所 所在地 那須塩原市黒磯647-5  
名称 認知症高齢者グループホーム第2まつばら荘  
管理者 菊池 里美  
(説明者)

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

私は、指定認知症対応型共同生活介護契約書及び本書面により、事業者から指定認知症対応型共同生活介護について重要事項の説明を受けました。

又、サービス提供にあたりサービス担当者会議等で個人情報を用いることについて説明を受け、同意いたします。更に、緊急時等必要と判断される場合においては、個人情報を医療機関等に提供することにつきましても説明を受け、同意いたします。

令和 年 月 日

入居者

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

入居者家族

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印