

NO. (正・副)

 様

小規模多機能型居宅介護 重要事項説明書

株式会社 オアシス

小規模多機能型居宅介護事業所 おあしす



重要事項説明書

(介護予防) 小規模多機能型居宅介護)

あなた（又はあなたの家族）が利用しようと考えている指定小規模多機能型居宅介護サービスについて、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

この「重要事項説明書」は、「小浜市指定地域密着型サービスに関する基準を定める条例（平成 24 年小浜市条例第 30 号）」及び「小浜市指定地域密着型介護予防サービスに関する基準を定める条例（平成 24 年小浜市条例第 31 号）」の規定に基づき、指定小規模多機能型居宅介護サービス提供の契約締結に際して、ご注意いただきたいことを説明するものです。

1 事業主体概要

事業主体名	株式会社オアシス
法人の種類	株式会社
代表者氏名	中川 雄立
本社所在地 (連絡先及び電話番号等)	福井県小浜市雲浜 1 丁目 8 番 8 号 TEL0770-53-5500 FAX0770-53-5505
資本金	2, 0 0 0 万円
法人の理念	今後の高齢社会に向けて、高齢者が充実した人生をおくれるための福祉の実現を目指すとともに、若い世代に福祉に関わる仕事の場を提供することにより自然な敬老精神に満ちた社会の実現を目指す。
他の介護保険関連 の事業	認知症対応型共同生活介護、居宅介護支援事業、訪問介護、 サービス付高齢者向け住宅
法人設立年月日	平成 16 年 3 月 18 日

2 利用者に対するサービス提供を実施する事業所について

(1) 事業所の所在地等

事業所名称	小規模多機能型（介護予防小規模多機能型）居宅介護事業所おあしす
介護保険指定 事業所番号	福井県 1890400045号
事業所所在地	福井県小浜市雲浜1丁目8番8号
事業開始 年月日	平成18年10月1日

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	株式会社オアシスが設置する小規模多機能型居宅介護事業所おあしす（以下「事業所」という。）において実施する指定小規模多機能型居宅介護〔指定介護予防小規模多機能型居宅介護〕事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、指定小規模多機能型居宅介護〔指定介護予防小規模多機能型居宅介護〕の円滑な運営管理を図るとともに、要介護状態（介護予防にあっては要支援状態）の利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立った適切な指定小規模多機能型居宅介護〔指定介護予防小規模多機能型居宅介護〕を提供することを目的とする。
運営の方針	<p>指定小規模多機能型居宅介護の提供にあたっては、要介護者状態となった場合においても、心身の特性を踏まえて、利用者が可能な限り住み慣れた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よう、通いを中心として、利用者の様態や希望に応じて、随時訪問や宿泊を組み合わせ、家庭的な環境と地域住民との交流の下で、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練等を行う。</p> <p>指定介護予防小規模多機能型居宅介護の提供にあたっては、要支援者状態となった場合においても、心身の特性を踏まえて、利用者が可能な限り住み慣れた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よう、通いを中心として、利用者の様態や希望に応じて、随時訪問や宿泊を組み合わせ、家庭的な環境と地域住民との交流の下</p>

	<p>で、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練等を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものとする。</p> <p>2 事業所は、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。</p> <p>3 事業所は、利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態になることの予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行うものとする。</p> <p>4 事業所は、利用者の所在する市町村、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター、他の地域密着型サービス事業者又は居宅サービス事業者、主治医、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者、地域住民等との連携に努めるものとする。</p> <p>5 事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じるものとする。</p> <p>6 事業所は、指定小規模多機能型居宅介護〔指定介護予防小規模多機能型居宅介護〕を提供するに当たっては、介護保険法第118条の2第1項に規定する介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めるものとする。</p> <p>7 指定小規模多機能型居宅介護〔指定介護予防小規模多機能型居宅介護〕の提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行う。</p> <p>8 前7項のほか、「小浜市指定地域密着型サービスに関する基準を定める条例」、「小浜市指定地域密着型介護予防サービスに関する基準を定める条例」に定める内容を遵守し、事業を実施するものとする。</p> <p>9 指定小規模多機能型居宅介護〔指定介護予防小規模多機能型居宅介護〕の提供に当たっては、事業所の従業者によってのみ行うものとし、第三者への委託は行わないものとする。</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(3) 事業所の職員体制

管理者	島田 悠弥
-----	-------

職	職 務 内 容	人 員 数
管理者	1 事業所の従業者・業務の管理を一元的に行います。 2 法令等において規定されている（介護予防）小規模多機能型居宅介護の実施に関し、従業者に対し遵守すべき事項において指揮命令を行います。	常 勤 1 名 介護業務と兼務
介護支援専門員	1 適切なサービスが提供されるよう介護計画を作成します。 2 連携する介護老人福祉施設、介護老人保健施設、医療機関等との連絡・調整を行います。	常 勤 1 名
介護従業者	1 利用者に対し必要な介護及び世話、支援を行います。	看護職員 1 名 介護職員 7 名 以上

(4)営業日、営業時間及び実施地域

営 業 日	365 日
①通いサービス提供時間	基本時間 6 時～21 時まで
②宿泊サービス提供時間	基本時間 21 時～6 時まで
③訪問サービス提供時間	24 時間
通常の事業の実施地域	小浜市

(5)登録定員及び利用定員

登録定員	29 名
通いサービス 利用定員	18 名
宿泊サービス 利用定員	6 名

3 提供するサービスの内容及び費用について

(1) 提供するサービスの内容について

サービス区分と種類		サ ー ビ ス の 内 容
(介護予防)小規模多機能型居宅介護計画の作成		<ol style="list-style-type: none"> 1 サービスの提供開始時に、利用者が住み慣れた地域で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、他の（介護予防）小規模多機能型居宅介護従業者との協議の上、援助目標、当該目的を達成するための具体的なサービス内容を記載した（介護予防）小規模多機能型居宅介護計画を作成します。 2 利用者に応じて作成した介護計画について、利用者及びその家族に対して、その内容について説明し同意を得ます。 3 計画を作成した際には、当該（介護予防）小規模多機能型居宅介護計画を利用者に交付します。 4 作成に当たっては、利用者の状態に応じた多様なサービスの提供に努め、さらに作成後は実施状況の把握を行い、必要に応じて介護計画の変更を行います。
相談・援助等		<ol style="list-style-type: none"> 1 利用者の心身の状況等を的確に把握し、利用者・家族の相談に適切に応じ、支援を行います。
関 連 する 内 容 通 い サ ー ビ ス 及 び 宿 泊 サ ー ビ ス に	介護サービス	<ol style="list-style-type: none"> 1 移動・移乗介助 介助が必要な利用者に対して、室内の移動、車いすへの移乗の介助を行います。 2 排せつの介助 介助が必要な利用者に対して、トイレ誘導、おむつ交換を行います。 3 見守り等 利用者の安否確認等を行います。
	健康のチェック	<ol style="list-style-type: none"> 1 血圧測定・体温測定・利用者の健康状態の把握に努めます。

	機能訓練	<ol style="list-style-type: none"> 1 日常生活動作を通じた訓練 利用者の能力に応じて、食事、入浴、排せつ、更衣などの日常生活動作を通じた訓練を行います。 2 レクリエーションを通じた訓練 利用者の能力に応じて、集団的に行うレクリエーションや歌唱、体操などを通じた訓練を行います。
	入浴サービス	<ol style="list-style-type: none"> 1 入浴の提供及び介助が必要な利用者に対して、入浴（全身浴、部分浴）の介助や清拭（身体を拭く）、洗髪などを行います。
	食事サービス	<ol style="list-style-type: none"> 1 食事の提供及び、食事の介助を行います。 2 身体状況・嗜好・栄養バランスに配慮して作成した献立表に基づいて提供します。
	送迎サービス	<ol style="list-style-type: none"> 1 事業者が保有する自動車により、利用者の居宅と事業所までの間の送迎を行います。 ただし、道路が狭いなどの事情により、自動車による送迎が困難な場合は、車いす又は歩行介助により送迎を行うことがあります。
訪問サービスに関する内容	身体介護	<ol style="list-style-type: none"> 1 排せつ介助 排せつの介助・おむつの交換を行います。 2 食事介助 食事の介助を行います。 3 清拭等 入浴（全身浴・部分浴）の介助や清拭（身体を拭く）、洗髪などを行います。また、日常的な行為としての身体整容を行います。 4 体位変換 床ずれ予防のため、体位変換を行います。
	生活介助	<ol style="list-style-type: none"> 1 買い物 利用者の日常生活に必要な物品の買い物を行います。 2 調理 利用者の食事の介助を行います。 3 住居の掃除 利用者の居室の掃除や整理整頓を行います。 4 洗濯 利用者の衣類等の洗濯を行います。
	その他	<ol style="list-style-type: none"> 1 利用者の安否確認等を行います。

(2) (介護予防) 小規模多機能型居宅介護従業者の禁止行為

(介護予防) 小規模多機能型居宅介護従業者はサービスの提供に当たって、次の行為は行いません。

- ① 医療行為（ただし、看護職員、機能訓練指導員が行う診療の補助行為を除く。）
- ② 利用者又は家族の預貯金通帳、証書、書類などの預かり（ただしお小遣いや保険証など必要な場合を除く）
- ③ 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ④ 利用者の同居家族に対する訪問サービスの提供
- ⑤ 利用者の日常生活の範囲を超えた訪問サービス提供（大掃除、庭掃除など）
- ⑥ 利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食
- ⑦ 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）
- ⑧ その他利用者又は家族等に対して行なう宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

(3) 介護保険給付サービス利用料金

《小規模多機能型居宅介護費》

サービス提供時間 事業所区分・要介護度		基本単位	利用料	利用者負担額		
				1 割負担	2 割負担	3 割負担
同一建物以外	要介護 1	10,458	104,580 円	10,458 円	20,916 円	31,374 円
	要介護 2	15,370	153,180 円	15,370 円	30,740 円	46,110 円
	要介護 3	22,359	222,359 円	22,359 円	44,718 円	67,077 円
	要介護 4	24,677	246,770 円	24,677 円	49,354 円	74,031 円
	要介護 5	27,209	272,090 円	27,209 円	54,418 円	81,627 円

サービス提供時間 事業所区分・要介護度		基本単位	利用料	利用者負担額		
				1 割負担	2 割負担	3 割負担
同一建物	要介護 1	9,423	94,230 円	9,423 円	18,846 円	28,269 円
	要介護 2	13,849	138,490 円	13,849 円	27,698 円	41,547 円
	要介護 3	20,144	201,440 円	20,144 円	40,288 円	60,432 円
	要介護 4	22,233	222,330 円	22,233 円	44,466 円	66,699 円
	要介護 5	24,516	245,160 円	24,516 円	49,032 円	73,548 円

「介護予防小規模多機能型居宅介護費」

サービス提供時間 事業所区分・要介護度		基本単位	利用料	利用者負担額		
				1 割負担	2 割負担	3 割負担
同一建物以外	要支援 1	3,450	34,500 円	3,450 円	6,900 円	10,350 円
	要支援 2	6,972	69,720 円	6,972 円	13,944 円	20,916 円

サービス提供時間 事業所区分・要介護度		基本単位	利用料	利用者負担額		
				1 割負担	2 割負担	3 割負担
同一建物	要支援 1	3,109	31,090 円	3,109 円	6,218 円	9,327 円
	要支援 2	6,281	62,810 円	6,281 円	12,562 円	18,843 円

※ 要介護度別に応じて定められた金額（省令によって変更あり）から介護保険給付額を除いた金額が利用者負担額になります。

※ 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、利用者の負担額を変更します。

※ 月途中から登録した場合、又は月途中から登録を終了した場合には、登録した期間に応じて日割りした料金をお支払いいただきます。

※ 登録日とは利用者と事業者が契約を締結した日ではなく、サービスを実際に利用開始した日を言います。

※ 登録終了日とは利用者と事業者の利用契約を終了した日を言います。

※ 小規模多機能型居宅介護費（同一建物・同一建物以外）について、指定小規模多機能型居宅介護事業所が提供する通いサービス、訪問サービス、宿泊サービスの算定月における提供回数について、登録者 1 人当たり平均回数が、週 4 回に満たない場合には、70/100 に相当する単位数を算定します。

※ 登録者が指定（介護予防）短期入所生活介護、指定（介護予防）短期入所療養介護、指定（介護予防）特定施設入居者生活介護又は指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護、指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護若しくは指定複合型サービスを受けている間、若しくは他の事業所において指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護を受けている間は、（介護予防）小規模多機能型居宅介護費は算定しません。

(4) 加算料金

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算	基本単位	利用料	利用者負担額			算定回数等
			1 割負担	2 割負担	3 割負担	
初期加算	30	300 円	30 円	60 円	90 円	1 日につき
認知症行動・心理症状緊急対応加算	200	2,000 円	200 円	400 円	600 円	1 日につき(7 日以内) (短期利用の場合のみ)
認知症加算 (Ⅰ) ★	920	9,200 円	920 円	1840 円	2,760 円	1 月につき
認知症加算 (Ⅱ) ★	890	8,900 円	890 円	1,780 円	2,670 円	1 月につき
認知症加算 (Ⅲ) ★	760	7,600 円	760 円	1,520 円	2, 280 円	1 月につき
認知症加算 (Ⅳ) ★	460	4,600 円	460 円	920 円	1, 380 円	1 月につき
中山間地域における小規模事業所加算	所定単位数の 10%	左単位数× 10 円	左記の 1 割	左記の 2 割	左記の 3 割	1 月につき
看護職員配置加算 (Ⅰ) ★	900	9,000 円	900 円	1,800 円	2,700 円	1 月につき
看護職員配置加算 (Ⅱ) ★	700	7,000 円	700 円	1,400 円	2,100 円	1 月につき
看護職員配置加算 (Ⅲ) ★	480	4,800 円	480 円	960 円	1,440 円	1 月につき
看取り連携体制加算★	64	640 円	64 円	128 円	192 円	1 日につき
訪問体制強化加算★	1,000	10, 000 円	1, 000 円	2、000 円	3、000 円	1 月につき
総合マネジメント体制強化加算 (Ⅰ)	1,200	12,000 円	1,200 円	2,400 円	3,600 円	1 月につき
総合マネジメント体制強化加算 (Ⅱ)	800	8, 000 円	800 円	1,600 円	2,400 円	1 月につき
生活機能向上連携加算(Ⅰ)	100	1,000 円	100 円	200 円	300 円	1 月につき
生活機能向上連携加算(Ⅱ)	200	2,000 円	200 円	400 円	600 円	1 月につき(初回の算定から 3 月間)
口腔・栄養スクリーニング加算	20	200 円	20 円	40 円	60 円	1 回につき
科学的介護推進体制加算	40	400 円	40 円	80 円	120 円	1 月につき
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	750	7,500 円	750 円	1,500 円	2,250 円	1 月につき (小規模多機能型居宅介護費を算定の場合)
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	640	6,400 円	640 円	1,280 円	1,920 円	
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	350	3,500 円	350 円	700 円	1,050 円	

介護職員等ベースアップ等支援 加算 ※令和6年5月まで	所定単位 数の 1,7%を 乗じた数	左記の単位 数×10 円	左記の 1 割	左記の 2 割	左記の 3 割	基本サービス費に各種加 算・減算を加えた総単位 数（所定単位数） ※介護職員等特定処遇改 善加算、介護職員処遇改善 加算を除く。
介護職員等特定処遇改善加算 （Ⅰ） ※令和6年5月まで	所定単位 数の 1,5%を 乗じた数	左記の単位 数×10 円	左記の 1 割	左記の 2 割	左記の 3 割	基本サービス費に各種加 算減算を加えた総単位数 （所定単位数） ※介護職員等ベースアッ プ等支援加算、介護職員 処遇改善加算を除く。
介護職員処遇改善加算（Ⅰ） ※令和6年5月まで	所定単位 数の 10.2% を乗じた 数	左記の単位 数×10 円	左記の 1 割	左記の 2 割	左記の 3 割	基本サービス費に各種加 算減算を加えた総単位数 （所定単位数） ※介護職員等ベースアッ プ等支援加算、介護職員等 特定処遇改善加算を除く。
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ） ※令和6年6月より	所定単位 数の 14.9% を乗じた 数	左記の単位 数×10 円	左記の 1 割	左記の 2 割	左記の 3 割	介護職員処遇改善加算・ 介護職員等特定処遇改善 加算・介護職員等ベース アップ等支援加算の1本 化

※ ★については、介護予防小規模多機能型居宅介護での算定はできません。

※ 初期加算は、当事業所に登録した日から30日以内の期間について算定します。

※ 認知症行動・心理症状緊急対応加算は、医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に(介護予防)小規模多機能型居宅介護を利用することが適当であると判断された利用者にサービスを提供した場合、7日間を限度として算定します。

※ 認知症加算(Ⅰ)は、認知症介護実践リーダー研修等修了者を認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が20人未満の場合は1以上、20人以上の場合は1に、当該対象者の数が19を超えて10又は端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置

認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者に対して、専門的な認知症ケアを実施した場合

当該事業所の従業者に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的開催

認知症介護指導者研修修了者を1名以上配置し、事業所全体の認知症ケアの指導等を実施

介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、研修を実施又は実施を予定

- ※ 認知症加算(Ⅱ)は、認知症介護実践リーダー研修等修了者を認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が20人未満の場合は1以上、20人以上の場合は1に、当該対象者の数が19を超えて10又は端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置

認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者に対して、専門的な認知症ケアを実施した場合

当該事業所の従業者に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的開催

- ※ 認知症加算(Ⅲ)は、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者に対して、小規模多機能型居宅介護を行った場合

- ※ 認知症加算(Ⅳ)は、要介護状態区分が要介護2である者であって、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱに該当する者に対して、小規模多機能型居宅介護を行った場合

- ※ 中山間地域における小規模事業所加算は、別に厚生労働大臣が定める地域に所在する事業所が、サービス提供を行った場合①豪雪地帯及び特別豪雪地帯②辺地③半島振興対策実施地域④特定農山村⑤過疎地域

- ※ 看護職員配置加算は、看護職員について手厚い人員体制をとっている場合に算定します。

- ※ 看取り連携体制加算は、看護師により24時間連絡できる体制を確保し、看取りに関する指針の内容を利用者や家族に説明し、同意を得た上で看取り期におけるサービスを行った場合に算定します。

- ※ 訪問体制強化加算は、登録者の居宅における生活を継続するための指定小規模多機能型居宅介護の提供体制を強化した場合に算定します。

- ※ 総合マネジメント体制強化加算は、利用者の状況の変化に応じ多職種共同で(介護予防)小規模多機能型居宅介護計画を見直し、地域の病院、診療所等他の関係施設に対して当事業所が提供できるサービスの具体的な内容に関して情報提供を行っている場合に算定します。

- ※ 生活機能向上連携加算(Ⅰ)は、当事業所の計画作成責任者が、訪問リハビリテーション事業所等の医師等の助言に基づき、生活機能の向上を目的とした(介護予防)小規模多機能型居宅介護計画を作成し、当該計画に基づくサービスを実施した場合に算定します。

生活機能向上連携加算(Ⅱ)は、訪問リハビリテーション事業所等が利用者の居宅を訪問する際に、当事業所の計画作成責任者が同行する等、利用者の状態評価を共同で行い、生活機能の向上を目的とした(介護予防)小規模多機能型居宅介護計画を作成し、当該計画に基づくサービスを実施した場合に算定します。

- ※ 口腔・栄養スクリーニング加算は、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態のスクリーニングを行った場合に算定します。

※ 科学的介護推進体制加算は、利用者ごとのA D L 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況等の基本的な情報を厚生労働省に提出し、その情報を(介護予防)小規模多機能型居宅介護の適切かつ有効な提供に活用している場合に、算定します。

※ サービス提供体制強化加算は、厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして届け出た事業所が、利用者に対して(介護予防)小規模多機能型居宅介護を行った場合に算定します。

※ 介護職員等ベースアップ等支援加算は、介護職員等特定処遇改善加算及び介護職員処遇改善加算は、介護職員等の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取り組みを行う事業所に認められる加算です。介護職員等ベースアップ等支援加算、介護職員等特定処遇改善加算及び介護職員処遇改善加算は、区分支給限度基準額の対象外となります。

(令和6年5月まで)

※ 介護職員等処遇改善加算は、介護職員等の確保に向けて、介護職員の処遇改善のための措置が出来るだけ多くの事業所に活用されるよう推進する観点から、介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算、介護職員等ベースアップ等支援加算について、現行の各加算・各区分の要件及び加算率を組み合わせた介護職員等処遇改善加算に1本化を行う。

(令和6年6月より開始)

(5)その他の費用について

以下の金額は利用料の全額が利用者の負担になります。

①食事の提供に 要する費用	朝食	350 円/回
	昼食	650 円/回
	おやつ	100 円/回
	夕食	700 円/回
②宿泊に要する費用	2,000 円	
③おむつ代	100 円/枚	
④行事費	行事参加代 希望して参加した場合行事にかかった経費の人数割	
⑤洗濯代	洗濯代(衣類)	200 円/1 日
	洗濯代(寝具)	200 円/1 日

4 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）その他の費用の請求及び支払い方法について

① 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の請求方法等	<p>◇ 利用料利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。</p> <p>◇ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月 15 日までに利用者あてにお届け（郵送）します。</p>
② 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の支払い方法等	<p>サービス提供の都度お渡しするサービス提供記録の利用者控えと内容を照合のうえ、請求月の末日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。</p> <p>(ア) 事業者指定口座への振り込み（下記の口座へ） 振込先金融機関名：小浜信用金庫 西津支店 口座番号：0114502 口座名義人：株式会社オアシス</p> <p>(イ) 利用者指定口座からの自動振替</p> <p>(ウ) 現金支払い</p>

※利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から2月以上遅延し、さらに支払いの督促から14日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

5 サービスの提供にあたって

- (1) サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。
- (2) 利用者が要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、必要と認められるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する30日前にはなされるよう、必要な援助を行います。
- (3) サービス提供は「(介護予防)小規模多機能型居宅介護計画」に基づいて行います。なお、「(介護予防)小規模多機能型居宅介護計画」は、利用者等の心身の状況や意向などの変

化により、必要に応じて変更します。

- (4) (介護予防) 小規模多機能型居宅介護に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業者が行いますが、実際の提供にあたっては、利用者の心身の状況や意向に十分な配慮を行います。

6 衛生管理等

- (1)利用者の使用する施設、食器その他の設備又は引用に供する水について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じます。
- (2)食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。
- (3)事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。
- ①事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。
 - ②事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
 - ③従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的の実施します。

7 緊急時の対応方法について

指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護の提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。また、主治医への連絡が困難な場合は、救急搬送等の必要な措置を講じます。

【協力医療機関】 内科	医療機関名 本馬医院 所 在 地 小浜市水取1丁目6番9号 電話番号 0770-52-2233
【協力医療機関】 内科	医療機関名 山手医院 所 在 地 小浜市山手1丁目1番8号 電話番号 0770-53-5511
【協力医療機関】 歯科	医療機関名 みなみがわ松木歯科医院 所 在 地 小浜市南川町16-18 電話番号 0770-53-1782

【主治医】	医療機関名 氏 名 電 話 番 号
【第 1 家族等緊急連絡先】	氏 名 続柄 住 所 電 話 番 号 携 帯 電 話 勤 務 先
【第 2 家族等緊急連絡先】	氏 名 続柄 住 所 電 話 番 号 携 帯 電 話 勤 務 先

8 事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

事故の状況及び事故に際して採った処置・経過を記録し、原因の分析、再発防止のための取り組みを行います。

また、利用者に対する指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護の提供又は送迎により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

【市町村（保険者）の窓口】 小浜市役所 高齢・障がい者元気支援課	所 在 地 小浜市南川町 4 番 31 号 電話番号 0770-64-6014 (直通)
-------------------------------------	-------------------------------------------------

事業者は、下記の損害賠償保険及び自動車保険（自賠責保険・任意保険）に加入しています。

損害賠償 責任保険	保険会社名	東京海上日動火災保険株式会社
	保 険 名	超ビジネス保険
自動車保険	保険会社名	東京海上日動火災保険株式会社
	保 険 名	TAP（一般自動車保険）

9 非常災害対策

- ① 事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。
- ② 非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。
- ③ 定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
避難訓練実施時期：（毎年 2 回 6 月頃・11 月頃）

10 サービス提供に関する相談、苦情について

(1) 苦情処理の体制及び手順

ア 提供した指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護に係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。（下表に記す【事業者の窓口】のとおり）

イ 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。

①苦情の受付

苦情受付担当者は、利用者からの苦情を随時受け付けます。その際、苦情の内容、希望等を 書面に記入し、苦情申出人に確認します。

②苦情受付の報告

苦情受付担当者は、受理した苦情を苦情解決責任者に報告します。

③苦情解決の話し合い

苦情解決責任者は管理者と十分検討のうえ、苦情申出人との話し合いによる解決に努めます。

(2) 苦情申立の窓口

【事業者の窓口】 小規模多機能型居宅介護事業所おあしす 苦情受付担当	所 在 地 小浜市雲浜 1 丁目 8 番 8 号 電話番号 0770-53-5500
【市町村（保険者）の窓口】 小浜市役所 高齢・障がい者元気支援課	所 在 地 小浜市南川町 4 番 31 号 電話番号 0770-64-6014 (直通)
【公的団体の窓口】 福井県国民健康保険団体連合会	所 在 地 福井市西開発 4 丁目 202-1 電話番号 0776-57-1614
【運営適正化委員会】 ハート支援室	所 在 地 福井市光陽 2 丁目 3 番 22 号 電話番号 0776-24-2347

11 情報公開について

事業所において実施する事業の内容については、介護サービス情報公表システム及びインターネット上に開設する事業所のホームページにおいて公開しています。

12 秘密の保持と個人情報の保護について

<p>① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について</p>	<p>① 事業者は、利用者又はその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。</p> <p>② 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者又はその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。</p> <p>③ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。</p> <p>④ 事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。</p>
<p>② 個人情報の保護について</p>	<p>① 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いませぬ。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いませぬ。</p> <p>② 事業者は、利用者又はその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。</p> <p>③ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）</p>

13 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。
- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- (3) 虐待防止のための指針の整備をしています。
- (4) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- (5) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

14 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者やその家族に対して、身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間等を説明し同意を得た上で、次に掲げることに留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束の内容、目的、拘束時間、経過観察や検討内容を記録し、5年間保存します。

また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。
- (2) 非代替性……身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限ります。
- (3) 一時性……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

15 業務継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早朝の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

16 地域との連携について

- ① 運営に当たっては、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に努めます。
- ② 指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護の提供に当たっては、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、本事業所が所在する圏域の地域包括支援センターの職員、（介護予防）小規模多機能型居宅介護について知見を有する者等により構成される協議会（以下、この項において「運営推進会議」と言います。）を設置し、おおむね2月に1回以上運営推進会議を開催します。
- ③ 運営推進会議に対し、通いサービス及び宿泊サービスの提供回数等の活動状況を報告し、運営推進会議による評価を受けるとともに、運営推進会議から必要な要望、助言等を聴く機会を設けます。また、報告・評価・要望・助言等についての記録を作成し、公表します。

17 サービス提供の記録

- ① 指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護の実施ごとに、サービス提供の記録を行うこととし、その記録はサービス提供の日から5年間保存します。
- ② 利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

18 重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	年 月 日
-----------------	-------

上記内容について、「小浜市指定地域密着型サービスに関する基準を定める条例（平成 24 年小浜市条例第 30 号）」及び「小浜市指定地域密着型介護予防サービスに関する基準を定める条例（平成 24 年小浜市条例第 31 号）」の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

事業者	所在地	福井県小浜市雲浜 1 丁目 8 番 8 号
	法人名	株式会社オアシス
	代表者名	代表取締役 中川 雄立 ⑩
	事業所名	小規模多機能型居宅介護事業所おあしす
	説明者氏名	島田 悠弥 ⑩

事業者から上記内容の説明を受け、内容について同意し、重要事項説明書の交付を受けました。

利用者	住所	
	氏名	⑩

上記署名 代行者	住所	
	氏名	⑩

個人情報使用同意書

私が、貴事業所の指定小規模多機能型居宅介護サービス を利用するにあたり、私及びその家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用する目的

事業者が、指定小規模多機能型居宅介護の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に関連する法令に基づき、私に行うサービスを円滑に実施するため、サービス担当者会議又は私が利用する他のサービス事業者等と情報の共有が必要な場合に使用する。

2 使用に当たっての条件

- (1) 個人情報の提供は、上記 1 に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際には関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- (2) 事業者は、個人情報を使用した会議の内容、参加者、経過等について、記録しておくこと。

3 個人情報の内容（例示）

- (1) 氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等事業所が、サービスを提供するために最小限必要な利用者やその家族個人に関する情報
- (2) その他利用者及びその家族に関する情報であって、特定の個人が識別され、または識別される情報

4 使用する期間

令和 年 月 日からサービス利用契約終了時までとする。

令和 年 月 日

株式会社オアシス

小規模多機能型居宅介護事業所おあしす 御中

【利用者】 住所
氏名 _____ 印

利用者は、身体状況等により署名が出来ないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代筆いたしました。

【署名代筆者】 住所
氏名 _____ (続柄) 印

【家族代表者】 住所
氏名 _____ (続柄) 印