

重要事項説明書

(複合型サービスゆいまーる)

看護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	ゆいまーる株式会社
主たる事務所の所在地	大分市大字中判田1655番地1
法人種別	株式会社
代表者名	盛長 桂三
電話番号	TEL:097-597-5800 FAX:097-597-5801
ホームページ	http://www.oita-yuima-ru.com/index.html

2 ご利用事業所

ご利用事業所の名称	複合型サービスゆいまーる
介護保険指定番号	4490100593
所在地	大分市高江北2丁目4712-8
管理者名	徳永 卓也
電話番号	TEL:097-574-8657 FAX:097-574-8658

営業日	365日	
営業時間	訪問系サービス	24時間
	通いサービス	7時30分～19時00分
	宿泊サービス	19時00分～翌7時30分
通常の事業の実施地域	大分市	
登録定員	25名	
利用定員	通いサービス	15名
	宿泊サービス	7名

3 事業の目的と運営の方針

事業の目的	ゆいまーる株式会社が設置する複合型サービスゆいまーるにおいて実施する指定複合型サービスの適正な運営を確保するために、介護保険法の規定に基づき、必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、事業所の管理者、介護支援専門員及び従業者が、要介護状態の利用者に可能な限り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、心身機能の維持、ご家族の身体的精神的負担の軽減、さらに社会的孤立感の解消を図るために、必要な日常生活上の世話および機能訓練、介護、その他必要な援助を行うことを目的とする。
運営の方針	<ol style="list-style-type: none"> 1. 地域に根ざした介護、一人一人にあった介護を目指します。 2. ご利用者様とご家族様に信頼と安心を提供し、より良いサービスを目指します。 3. 知識と技術の向上に努め、質の高いケアサービスを提供します。 4. 保険、福祉、医療との連携を大切にし、より良いサービスが受けることができるように努力します。 5. 職員一人一人がご利用者様を父、母と思い、愛する心で援助させていただきます。

4 従業者の職種、配置状況

従業者の職種	配置状況
管理者	常勤兼務 1名
介護従事者	<ol style="list-style-type: none"> ①日中 <ul style="list-style-type: none"> ・通いサービス提供：利用者3人に対し1名以上（常勤換算） ・訪問サービス提供：2名以上（常勤換算）うち1名は看護職員 ②従業者のうち1人以上が常勤の保健師又は看護師 ③夜間・深夜 <ul style="list-style-type: none"> ・泊まりサービス及び訪問サービス提供：2人以上（うち1人は宿直勤務） （泊まりサービスの利用者がいない場合は、訪問サービス提供のために必要な連絡体制を整備しているため、夜間・深夜の時間帯を通じて宿直勤務及び夜間・深夜の勤務を行う従業員を置かないこととする） ④従業者のうち保健師、看護師又は准看護師は常勤換算法で2.5以上
計画作成担当者	① 要な研修を修了し、居宅サービス計画等の作成に専従する介護支援専門員 常勤兼務 1名

5 サービスの内容及び利用料その他の費用の額

通いサービス	少人数で家庭的な温かい雰囲気を大切にし、利用者の体調や予定に合わせたサービスを提供します。
訪問介護サービス	顔なじみのスタッフがご自宅に訪問し介助を行います。
泊まりサービス	通いサービスと同じ場所で同じスタッフが対応します。利用者やご家族の状況に応じて柔軟に利用できます。
訪問看護サービス	医療ケアが必要な方は医師の指示書を基に、訪問看護が受けられます。また医療保険による訪問看護を受けている方にも対応致します。

基本サービス利用料金（単位：円）

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
() 1割負担額	12447	17415	24481	27766	31408
() 2割負担額	24894	34830	48962	55532	62816
() 3割負担額	37341	52244	73443	83298	94224

※介護保険適用内の各種加算例（下記記載は1割負担の場合。詳細は別紙参照）

総合マネジメント体制強化加算Ⅱ 800/月

初期加算 30/日（利用開始より30日間）

介護職員等処遇改善加算（Ⅰ） 上記自己負担額の14.9%

緊急時対応加算 774/月

特別管理加算（Ⅰ）500/月（Ⅱ）250/月

サービス提供体制強化加算Ⅱ 640/月

ターミナルケア加算 2500/月

※その他必要に応じて各種加算が追加される場合があります。

介護保険給付の対象とならないサービス（単位：円）

食事	朝食（1食）	昼食（1食）	夕食（1食）
	356	572	508
宿泊（1泊）	2500		

6 苦情申立窓口

複合型サービスゆいまーる 苦情対応窓口	平日 午前9時～午後5時 土日 午前9時～午後5時 TEL 097-574-8657 担当者 徳永 卓也
大分市長寿福祉課	平日 午前9時～午後5時 TEL 097-534-6111
大分県国民健康保険団体連合会	平日 午前9時～午後5時 TEL 097-534-8470

7 損害賠償責任保険の加入状況

・あんしん総合保険	(日本訪問看護財団)
・介護保険・社会福祉事業者総合保険	(あいおいニッセイ同和損保)

8 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、医師の指示に従うとともに 緊急連絡先に連絡いたします。		
利用者の主治の医師	所属医療機関の名称	
	担当医師	
	所在地	
	電話番号	
協力医療機関	医療機関の名称	えとう内科病院
	院長名	松永研一
	所在地	大分市大字中判田1428番地の1
	電話番号	097-597-6150
	診療科	内科
緊急連絡先	氏名	
	住所	
	電話番号	
	昼間の連絡先	

9 事故発生時の対応方法

事業所看護職員へ速やかに連絡を行い、主治医の指示に従うとともに緊急連絡先等に連絡いたします。	
緊急連絡先	上記8 緊急時の対応方法欄ご参照
大分市長寿福祉課	TEL 097-534-6111

10 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	法人の設置する災害対策委員会に参画すると共に、速やかに関係機関への通報、連絡ができるよう災害時マニュアルを作成しています。
避難・救出等必要な訓練の実施について	避難訓練は年2回計画いたします(夜間も想定)

※台風などで暴風警報が出ていても送迎が危険なく実施可能であれば営業します。

令和 年 月 日

(乙) 当事業者は、甲に対する看護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’

看護小規模多機能型居宅介護サービス事業者

所在地

大分市高江北2丁目4712-8

名称

複合型サービスゆいまーる

印

説明者

徳永 卓也

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、看護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

(甲’) 署名代行者

住所

氏名

印

《通常の業務で想定される個人情報の利用目的》

【介護・医療サービスの利用者への介護の提供に必要な利用目的】

- 1 事業所の内部での利用に係る事例
 - 1) 当該事業所が介護・医療サービスの利用者等に提供する地域密着型サービスまたは介護・医療サービス
 - 2) 介護保険制度、医療保険制度、障害者総合支援法等に係る事務
 - 3) 介護・医療サービスの利用者に係る事業所等の管理運営業務のうち、
 - ①サービス利用歴、施設入退所等の管理
 - ②会計・経理
 - ③事故、苦情等の報告
 - ④当該利用者の介護・医療サービスの向上のための広報誌等
- 2 他の事業所等への情報提供を伴う事例
 - 1) 当該事業所が利用者等に提供する居宅介護支援サービスまたは介護・医療サービスの内、
 - ①当該利用者に介護・医療サービスを提供する他の居宅介護支援事業所、居宅サービス事業者、介護保険施設、医療機関等との連携（サービス担当者会議、カンファレンス、情報提供等）及び照会に対する回答
 - ②家族等への心身の状況説明
 - ③その他の業務委託
 - 2) 介護保険、医療保険、障害者総合支援法等の事務の内、
 - ①保険事務の委託
 - ②審査支払機関へのレセプト、実績記録等必要書類（データ）の提出
 - ③審査支払機関または保険者からの照会に対する回答
 - 3) 損害賠償保険などに係る保険会社等への相談または届出等

【上記外の利用目的】

- 1 事業所の内部での利用に係る事例
 - 1) 介護・医療関係事業者の管理運営業務のうち、
 - ①介護・医療サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
 - ②当該事業所や介護保険施設等において行われる学生等の実習への協力
 - ③介護・医療サービスの経過及び予後調査、満足度調査や業務改善のためのアンケート調査
- 2 学会・専門誌等への発表
特定の利用者・関係者の症例や事例の学会・研究会・専門誌学会等での報告は、氏名・生年月日・住所等を消去することで匿名化します。匿名化が困難な場合は、ご本人の同意を得ます。

加算内容詳細

I. 緊急時対応加算

- ① 利用者又はその家族等から電話等により意見を求められた場合に常時対応できる体制にあり、かつ、緊急時における訪問看護及び宿泊を必要に応じて提供する。
- ② 当該月の第一回目の介護保険の給付対象となる訪問看護を行った日の所定単位数に加算する。

緊急時対応加算

774単位/月

(利用料 774円/月)

II. 特別管理加算 I・II

- ① 特別な管理を必要とする利用者（別に厚生労働大臣が定める状態にある者。下記※イ～ホ参照）に対して、計画的な管理を行うようにする。
- ② 当該月の第一回目の介護保険の給付対象となる訪問看護を行った日の所定単位数に加算する。区分支給限度額の算定対象外とする。

※イ 在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態

※ロ 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態

※ハ 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態

※ニ 真皮を越える褥瘡の状態

※ホ 点滴注射を週3日以上行う必要があると認められる状態

特別管理加算 (I)

500単位/月

【上記イに該当する状態にある者】

(利用料 500円/月)

特別管理加算 (II)

250単位/月

【上記ロ～ホまでに該当する状態にある者】

(利用料 250円/月)

総合マネジメント体制強化加算Ⅱ

- ① 個別サービス計画について、利用者の心身の状況や家族を取り巻く環境の変化を踏まえ、介護職員（計画作成責任者）や看護職員等の多職種協働により、随時適切に見直しを行っていること。
- ② 利用者の地域における多様な活動が確保されるように、日常的に地域住民等との交流を図り、利用者の状態に応じて、地域の行事や活動等に積極的に参加していること。
- ③ 地域の病院、診療所、介護老人保健施設等に対し、事業所が提供することのできるサービスの具体的な内容に関する情報提供を行っていること。

総合マネジメント体制強化加算Ⅱ

800単位／月

(利用料 800円／月)

初期加算

- ① 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単位を加算します。

サービス提供体制強化加算(Ⅱ)

- ① 従業者ごとの研修計画の作成及び実施、または実施を予定していること。
- ② 利用者の情報や留意事項の伝達、または技術指導のための会議を定期的開催していること。
- ③ 従業者総数のうち、介護福祉士の占める割合が5割以上であること。
- ④ 定員、人員基準に適合していること。

ターミナルケア加算

- ① 末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度またはⅢ度のものに限る。）をいう。）、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群をいう。）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頸髄損傷及び人工呼吸器を使用している状態が、死亡日及び死亡日前14日以内に含まれること。
- ② 急性増悪その他当該利用者の主治の医師が一時的に頻回の訪問看護が必要であると認める状態が、死亡日及び死亡日前14日以内に含まれること。
- ③ 24時間の連絡及び訪問の体制があること。
- ④ 主治医と連携のもとターミナルケア計画及び支援体制を利用者、家族へ説明し同意を得ていること。
- ⑤ ターミナルケア提供についての身体状況の変化等必要な記録を行うこと。

同意書

以上の事について説明を受け、理解した上で
複合型サービスゆいまーる の提供する

- | | |
|--|-----------|
| <input type="checkbox"/> 緊急時対応加算 | 算定に同意します。 |
| <input type="checkbox"/> 特別管理加算（ⅠⅡ） | 算定に同意します。 |
| <input type="checkbox"/> 総合マネジメント体制強化加算Ⅱ | 算定に同意します。 |
| <input type="checkbox"/> 初期加算 | 算定に同意します。 |
| <input type="checkbox"/> 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ） | 算定に同意します。 |
| <input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算（Ⅱ） | 算定に同意します。 |
| <input type="checkbox"/> ターミナルケア加算 | 算定に同意します。 |

※同意する加算の□にチェック☑をいれてください

令和 年 月 日

利用者氏名 ⑧

(代理人) 氏名 ⑧