

重 要 事 項 説 明 書

小規模多機能型居宅介護

介護予防小規模多機能型居宅介護

私の家なでしこ

当事業所は利用者様に対して指定小規模多機能型居宅介護又は介護予防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、契約上ご注意頂きたい事を次の通りご説明いたします。

◇◆目次◆◇

1、事業者・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	2
2、事業所の概要・・・・・・・・・・・・・・・・	2
3、事業実施地域及び営業時間・・・・・・・・	2
4、職員の配置状況・・・・・・・・	2
5、当事業所が提供するサービスと利用料金・・・・・・・・	3
6、サービス提供により賠償すべき事故が発生したときの対応・・・・・・・・	1 1
7、秘密保持と個人情報の保護（使用同意など）について・・・・・・・・	1 1
8、苦情の受付について(契約書第 1 8 条参照)・・・・・・・・	1 1
9、身体的拘束等を行う際の手続きについて・・・・・・・・	1 2
1 0、高齢者虐待防止について・・・・・・・・	1 2
1 1、緊急時の対応について・・・・・・・・	1 3
1 2、運営推進会議の設置・・・・・・・・	1 3
1 3、協力機関、バックアップ施設・・・・・・・・	1 3
1 4、非常火災時の対応・・・・・・・・	1 3
1 5、サービス利用にあたっての留意事項・・・・・・・・	1 4

1、事業者

- (1) 法人名 株式会社なでしこ
(2) 法人所在地 大阪府大阪市東住吉区湯里一丁目14番5号
(3) 電話番号 06-6705-0200
(4) 代表者氏名 中川 清彦
(5) 設立年月 平成15年1月29日

2、事業所の概要

- (1) 種類 指定小規模多機能型居宅介護事業所
指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所
平成26年11月1日 大阪市指定 2790800037号
- (2) 目的 住み慣れた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の支援を目的とする。
- (3) 名称 私の家なでしこ
- (4) 所在地 大阪府大阪市東住吉区中野四丁目15番23号
- (5) 電話番号 06-6705-2200
- (6) FAX番号 06-6705-2266
- (7) 管理者名 落合 真吾
- (8) 運営方針 利用者様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、利用者様の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、通いサービスを基本とし、訪問サービス及び宿泊サービスを組み合わせることにより、地域での暮らしを支援します。
- (9) 開設年月 平成19年7月1日
- (10) 登録定員 25人(通いサービス定員12人、宿泊サービス定員5人)
- (11) 損害賠償保険 あいおいニッセイ同和損保株式会社

3、事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 東住吉区、平野区、住吉区、阿倍野区
- (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 6:30～21:00
訪問サービス	随時
宿泊サービス	月～日 21:00～6:30

4、職員の配置状況

当事業所では、利用者様に対して指定小規模多機能型居宅介護及び介護予防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	非常勤	常勤換算	指定基準	職務の内容
1、管理者	1		0.5	1名	事業所の一元管理
2、介護支援専門員	1	0	1	1名以上	サービスの調整・相談業務
3、介護職員	5	13	9.4	3:1+1	日常生活の介護・相談業務
4、看護職員	1	0	1	1以上	健康チェック等の看護業務

* 常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数（週 38 時間）で除した数です。

<主な職種の勤務体制>

職種	勤務体制
1、管理者	勤務時間：9：00～18：00
2、介護支援専門員	勤務時間：9：00～18：00
3、介護職員	日勤時間：9：00～18：00 夜勤時間：17：30～9：30 宿直時間：18：00～9：00
4、看護職員	勤務時間：9：00～18：00

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、利用者様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) 利用料金の全額を利用者様に負担いただく場合 (介護保険の給付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（契約書第 6 条参照）

以下のサービスについては、利用料金の 7 割～9 割が介護保険から給付され、利用者様の自己負担は介護保険負担割合証に記載されている割合（1 割～3 割）の金額となります。以下のア～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、利用者様と協議の上、居宅サービス計画及び小規模多機能型居宅介護計画に定めます【(4) 参照】。

＜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、排泄等の日常生活上の世話や機能訓練を提供します。

- ① 食事
- ② 入浴（入浴サービスの利用は任意です）
- ③ 排泄
- ④ 機能訓練
- ⑤ 健康チェック
- ⑥ 送迎サービス（利用者様の希望により、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

- 1、必要時、利用者様の自宅にお伺いし日常生活上の世話を提供します。
- 2、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）は無償で使わせていただきます。
- 3、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。
 - ① 医療行為
 - ② 利用者様もしくはその家族からの金銭または高価な物品の授受
 - ③ 飲酒及び利用者様もしくはその家族等の同意なしに行う喫煙
 - ④ 利用者様もしくはその家族に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動
 - ⑤ その他利用者様もしくはその家族に行う迷惑行為

ウ 宿泊サービス

・事業所に宿泊していただき、食事、入浴、排泄等の日常生活上の世話を提供します。

＜サービス利用料金＞（契約書第8条参照）

ア 通い・訪問・宿泊（介護費用分）すべてを含んだ一月単位の包括費用の額、利用料金は1ヶ月ごとの包括費用（定額）です。

下記の料金表によって、利用者様の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付額を除いた金額（自己負担額）をお支払いください（サービスの利用料金は、利用者様の要介護度に応じて異なります）。

介護度	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
基本単位 料金	3,450 単位	6,972 単位	10,458 単位	15,370 単位	22,359 単位	24,677 単位	27,209 単位

☆月ごとの包括料金ですので、利用者様の体調不良や状態の変化等により小規模多機能型居宅介護計画に定めた期日よりも利用が少なかった場合、または小規模多機能型居宅介護計画に定めた期日よりも多かった場合であっても、日割りでの割引または増額はいたしません。

☆月途中から登録した場合また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。なお、この場合の「登録日」及び「登録終了日」とは、以下の日を指します。

登録日・・・利用者様が当事業所と利用契約を結んだ日ではなく、通い、訪問、宿泊のいずれかのサービスを実際に利用開始した日

登録終了日・・・利用者様と当事業所の利用契約を終了した日

☆利用者様がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。償還払いとなる場合、利用者様が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。もしくは、介護認定がおりてから請求させていただきます。

☆利用者様に提供する食事及び宿泊に係る費用は別途いただきます

（下記（２）ア及びイ参照）

☆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、利用者様の負担額を変更します。

イ 加算

1) 初期加算

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、初期加算として下記のとおり加算分の自己負担が必要となります。30 日を超える入院をされた後に再び利用を開始した場合も同様です。

単位数	30 単位
-----	-------

2) 認知症加算

1、認知症加算（Ⅰ）

- ①認知症介護実践リーダー研修等修了者を日常生活自立度Ⅲ以上の利用者様が 20 人未満の場合は 1 人以上、20 人以上の場合は 1 人に、対象者の数が 19 人を超えて 10 人又は端数を増すごとに 1 人を加えて得た数以上配置
- ②日常生活自立度Ⅲ以上の利用者様に対して、専門的な認知症ケアを実施
- ③当該事業所の従業者に、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に開催
- ④認知症介護指導者研修修了者を 1 人以上配置し、事業所全体の認知症ケアの指導等を実施
- ⑤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、実施又は実施を予定している場合に算定
一月につき加算となります。

単位数	920 単位
-----	--------

2、認知症加算（Ⅱ） 認知症加算（Ⅰ）の①、②、③を満たす場合に算定

単位数	890 単位
-----	--------

3、認知症加算（Ⅲ） 日常生活自立度のⅢ以上に該当する利用者様

単位数	760 単位
-----	--------

4、認知症加算（Ⅳ） 要介護 2 の方で日常生活自立度がⅡに該当する利用者様

単位数	460 単位
-----	--------

3) 看護職員配置加算

別に定める利用定員・人員基準に適合していることと常勤の看護師を配置していることにより 1 月につき加算となります。

1、看護職員配置加算（Ⅰ）常勤の正看護師を 1 名以上配置していること

単位数	900 単位
-----	--------

2、看護職員配置加算（Ⅱ）常勤の准看護師を 1 名以上配置していること

単位数	700 単位
-----	--------

3、看護職員配置加算（Ⅲ）看護師又は准看護師を常勤換算で 1 名配置していること

単位数	480 単位
-----	--------

* 上記に別の利用定員・人員基準に適合している事

4) サービス提供体制強化加算

別に厚生労働大臣が定める基準に適合している事業所が指定小規模多機能型居宅介護又は指定介護予防小規模多機能型居宅介護を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い 1 月につき加算となります。

1、サービス提供体制強化加算（Ⅰ）

単位数	750 単位
-----	--------

2、サービス提供体制強化加算（Ⅱ）

単位数	640 単位
-----	--------

3、サービス提供体制強化加算（Ⅲ）

単位数	350 単位
-----	--------

5) 看取り連携体制加算

医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと判断した利用者様に対して、看護師により 24 時間連絡できる体制を確保している事、看取り期における対応方針を定め、利用開始の際に登録者又はその家族等に対して、当該対応方針の内容について説明を行い同意を得ている事を条件とし、看取りケアを行った月の 30 日以内に加算されます。

単位数（1 日）	64 単位
----------	-------

6) 訪問体制強化加算

訪問サービスを積極的に提供する体制として、訪問を担当する従業者を一定程度配置し、1 月あたりの訪問述べ提供回数が一定以上に対して、1 月につき加算となります。

単位数	1,000 単位
-----	----------

7) 総合マネジメント体制強化加算

- ①利用者様の心身の状況又はその家族等を取り巻く環境の変化を踏まえ、随時、介護支援専門員、看護職員等の多職種協同により、適切に介護計画の見直しを行っていること
- ②利用者様の地域における多様な活動が確保されるよう、日常的に地域住民等との交流を図り、利用者様の状態に応じて、地域の行事や活動等に積極的に参加している場合に算定

③日常的に利用者様と関わりのある地域住民等の相談に対応する体制を確保していること。

④必要に応じて、多様な主体が提供する生活支援のサービス（インフォーマルサービスを含む）が包括的に提供されるような居宅サービス計画を作成していること

⑤以下、事業所の特性に応じて1つ以上実施している場合に算定

(1)地域住民等との連携により、地域資源を効果的に活用し、利用者様の状態に応じた支援を行っていること

(2)障害福祉サービス事業所、児童福祉施設等と協働し、地域において世代間の交流の場の拠点となっていること

(3)地域住民等、他事業所等と共同で事例検討会、研修会等を実施していること

(4)市町村が実施する通いの場や在宅医療・介護連携推進事業等の地域支援事業等に参加していること

総合マネジメント体制強化加算（Ⅰ）1月につき加算となります。

単位数	1200 単位
-----	---------

総合マネジメント体制強化加算（Ⅱ）

総合マネジメント体制強化加算（Ⅰ）の①、②を満たす場合に算定

単位数	1,000 単位
-----	----------

8) 生活機能向上連携加算（Ⅰ）

別に厚生労働大臣が定める基準に適合している事業所が、1月につき加算となります。

単位数	100 単位
-----	--------

生活機能向上連携加算（Ⅱ）

単位数	200 単位
-----	--------

9) 若年性認知症利用者受入加算 小規模多機能型居宅介護

別に厚生労働大臣が定める基準に適合している事業所が、1月につき加算となります。

単位数	800 単位
-----	--------

若年性認知症利用者受入加算 介護予防小規模多機能型居宅介護

別に厚生労働大臣が定める基準に適合している事業所が、1月につき加算となります。

単位数	450 単位
-----	--------

10) 口腔・栄養スクリーニング加算

別に厚生労働大臣が定める基準に適合している事業所が、1月につき加算となります。

6ヶ月に1回を限度とする。

単位数	20 単位／回
-----	---------

11) 認知症行動・心理症状緊急対応加算

医師により認知症行動・心理症状が認められ、短期入所の利用が必要と判断された場合、1回につき加算となります。7回を限度とする。

単位数	200 単位／回
-----	----------

1 2) 科学的介護推進体制加算

利用者様の心身状況等の基本情報データを厚生労働省に提出している場合、1月につき加算となります。

単位数	40 単位
-----	-------

1 3) 生産性向上推進体制加算

1、生産性向上推進体制加算（Ⅰ）

生産性向上推進体制加算（Ⅱ）の算定要件に加え、提出したデータにより業務改善の取り組みによる成果が確認でき、見守り機器等のテクノロジーを複数導入し、介護助手の活用等適切な業務役割分担の取り組み等を行っている場合、1月につき加算となります。

単位数	100 単位
-----	--------

2、生産性向上推進体制加算（Ⅱ）

業務改善委員会の設置及び必要な安全対策について検討等しており、見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入していること。厚労省が発表している生産性向上ガイドラインの内容に基づいた業務改善を継続的に行うとともに、1年に1回業務改善の取り組みによる効果を示すデータの提供を行っている場合、1月につき加算となります。

単位数	10 単位
-----	-------

1 4) 介護職員等処遇改善加算

①介護職員等処遇改善加算Ⅰ

所定単位数の合算に14.9%の加算率を乗じた単位数で算定となります。

② 介護職員等処遇改善加算Ⅱ

所定単位数の合算に14.6%の加算率を乗じた単位数で算定となります。

③ 介護職員等処遇改善加算Ⅲ

所定単位数の合算に13.4%の加算率を乗じた単位数で算定となります。

④ 介護職員等処遇改善加算Ⅳ

所定単位数の合算に10.6%の加算率を乗じた単位数で算定となります。

* 介護予防小規模多機能型居宅介護サービスに係る加算は1) 4) 5) 9) のみとなります。

* 上記加算の2) 3) 4) 5) 6) 7) 8) 9) 11) 13) に関しては利用者様の状態や事業所の運営状況により異なります。

* 1単位：10.88 円となります。介護保険の場合、最終合計単位数の算出となりますので上記の金額は異なることがあります。あくまで目安とお考えください。

所定単位数とは基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数を指します。尚、介護職員処遇加算は区分支給限度額の算定対象からは除外されます。

* 概算に関しては、別紙介護保険自己負担額表をご確認ください。

(1) 介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第6条参照）

以下のサービスは、利用料金の金額が利用者様の負担となります。

＜サービスの概要と利用料金＞（非課税の記載のないものは税込みとなります）

ア 食事の提供（食事代）※税込

利用者様に提供する食事に要する費用です。

料金：朝食：320 円 昼食：640 円 おやつ：100 円 夕食：640 円

イ 宿泊に要する費用 ※非課税

利用者様に提供するサービスの宿泊に要する費用です。

1 泊：2,400 円

ウ 通常事業実施地域を越えて行う送迎に要する費用 ※税込

ア 事業所から片道おおむね 5 キロメートル未満 500 円（往復料金）

イ 事業所から片道おおむね 5 キロメートル以上 1,000 円（往復料金）

上記事項の算定日は帰宅日とする。

エ 通常事業実施地域を越えて行う訪問サービスに要する交通費 ※税込

ア 事業所から片道おおむね 5 キロメートル未満 500 円（往復料金）

イ 事業所から片道おおむね 5 キロメートル以上 1,000 円（往復料金）

*送迎費の料金算定日は帰宅時とします。

オ おむつ代

紙おむつ等 実費

カ レクリエーション、クラブ活動 ※税込

利用者様の希望により、レクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。利用料金：材料代等の実費を毎月頂きます。

レク・材料費：1,000 円

キ サービス利用上に必要な備品等の費用は実費を毎月頂きます。 ※税込

備品費：2,000 円

ク 理美容代

事業所への訪問理美容を利用された場合は、実費を徴収いたします。

ケ 医療費

事業所での往診及び事業所職員による通院を行った場合は、立替請求し実費分を徴収いたします。（医療保険適用のないものは、課税対象となります）

コ 交通費

当該利用者様に関わることで発生した交通費は実費

*搬送等で付き添いをした場合、最速手段にて職員が事業所へ戻る必要があるため、公共交通機関のみならずタクシーを使用することがあります。

サ その他、行事等で必要時には徴収させていただきます。

個人で購入した品物で立替したものの費用

☆経済状況に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 1 ヶ月前までにご案内します。

(2) 利用料金のお支払い方法（契約書第8条参照）

前述（1）、（2）の料金・費用は、1ヶ月ごとに月末にて清算し、毎月17日までに前月の利用料等の請求書を送付します。銀行口座振替にて当月27日にお支払いください。また、振込の場合は下記口座に当月末日までにお支払いください。尚、振込手数料は自己負担とします。

【銀行口座振替の場合】

職員にお申し出下さい。専用の用紙をお渡しします。但し、三井住友銀行の口座に限ります。

【銀行振込の場合】

三井住友銀行 駒川町支店 普通口座 1945594 株式会社なでしこ

(3) 利用の中止、変更、追加（契約書第9条参照）

☆小規模多機能居宅介護及び介護予防小規模多機能型居宅介護サービスは、小規模多機能居宅介護計画に定められた内容を基本としつつ、利用者様の日々の様態、希望等を勘案し、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、利用者様の都合により、小規模多機能型居宅介護又は介護予防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を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は事業者申し出て下さい。

☆5.（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ヵ月ごとの包括費用（定額）のため、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、5.（2）の介護保険の対象外の食事等サービスについては、利用予定日の5日前までに申し出がなく、以降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。

利用予定日の5日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の5日までに申し出がなかった場合	当日の利用料金 (自己負担相当額)の100%

(4) 居宅サービス計画及び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及び介護予防小規模多機能型居宅介護サービスは、利用者様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、利用者様の心身の状況、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、訪問及び宿泊サービスを組み合わせることにより、地域での暮らしを支援するものです。

事業者は、利用者様の状況に合わせて適切にサービスを提供するために、利用者様と協議の上で居宅サービス計画及び小規模多機能居宅介護計画を定め、またその実施状況を評価します。計画の内容及び評価結果等は書面に記載して利用者様に説明の上交付します。

6、サービス提供により賠償すべき事故が発生したときの対応

民間企業の提供する損害賠償責任保険に加入しています。賠償に相当する可能性がある場合は、利用者様又はご家族の方に当該保険の調査等の手続きにご協力いただく場合があります。又、賠償の範囲は、原則、損害賠償責任保険の補償範囲となります。

7、秘密保持と個人情報の保護（使用同意など）について

サービスを提供する上で知り得た利用者様及びその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。この守秘義務は、本契約を終了した後も継続します。予め、文章にて同意を得て、必要な医療機関やサービス提供に必要な関係機関、サービス担当者会議等で必要な場合に使用させていただきます。

8、苦情の受付について（契約書第17条参照）

（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）

〔職名〕管理者・介護支援専門員・看護師・介護主任

○受付時間 毎週月曜日～金曜日 9：00～18：00

また、意見箱を事業所内に設置しています。

（2）行政機関その他苦情受付機関

東住吉区役所 保健福祉センター 地域保健福祉担当（介護保険）	所在地 大阪市東田辺 1-13-4 電話番号 06-4399-9859 受付時間 9：00～17：00
（ ）区役所	所在地 電話番号 受付時間 9：00～17：00
おおさか介護サービス 相談センター	所在地 大阪市天王寺区東高津 12-10 （大阪市立社会福祉センター308） 電話番号 06-6766-3800 受付時間 9：00～17：00
国民健康保険団体連合会	所在地 大阪市常盤町 1-3-8 電話番号 06-6949-5309 受付時間 9：00～17：00
大阪市福祉局高齢者施策部 介護保険課（指定・指導）	所在地 大阪市中央区船場中央 3-1-7-331 電話番号 06-6241-6310～14 受付時間 9：00～17：30

9、身体的拘束等の禁止

事業者は、利用者様の生命又は身体を保護する為に緊急やむを得ない場合を除き身体拘束、その他利用者様の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）は禁止する。

- 1 身体的拘束等を行う場合は、あらかじめ利用者様又は利用者様の家族に説明を行い、同意を得た場合のみその条件と期間内においてのみ行うことが出来る。
- 2 身体的拘束等を行う場合には、その様態及び時間、その際の利用者様の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由等を記録し、保存するものとする。

10、高齢者虐待防止について

事業者は、利用者様の人権の擁護・虐待防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- 1 研修等を通じて、職員の人権意識の向上や知職の向上に努めます。
- 2 常に人権の擁護・虐待防止を意識し適切な支援の実施に努めます。
- 3 職員は支援にあたっての悩みや苦勞を分かちあい、職員が利用者様の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。
- 4 職員が虐待を発見した場合には、速やかに関係機関に報告し、改善に向けた取り組みに努めます。

11、緊急時の対応について

当事業所では、利用者様の緊急時については以下の通りの対応を行います。

- 1 事業所内で利用者様が急変された場合は、速やかに事業所職員よりご家族様、主治医、救急隊等に連絡を行い、必要な措置を講じます。
- 2 ご自宅にて利用者様が急変された場合は、救急車の要請等の必要な措置を行った後に、事業所までご連絡ください。

ご連絡先：06-6705-2200

12、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及び介護予防小規模多機能型居宅介護サービスの提供にあたり、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。運営推進会議は、本体事業所と一体的に行う場合があります。

<運営推進会議>

構 成：利用者様、利用者様の家族、地域住民の代表者、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。

1 3、協力医療機関、バックアップ施設

当事業所では、利用者様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＞

医療法人橘会 東住吉森本病院	TEL 06-6606-0010
医療法人博香会 整形外科やのクリニック	TEL 06-6701-8489
医療法人社団日翔会 生野愛和病院	TEL 06-6791-8227
医療法人祥風会 みどりクリニック	TEL 06-6676-5600
医療法人清博会 野瀬歯科	TEL 06-6705-3554
谷町アイアンドクリニック	TEL 06-4794-0250

1 4、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り対応します。また、避難訓練を年二回、利用者様も参加して行います。

東住吉消防署への届出日：平成 19 年 5 月 8 日

＜消防用設備＞消火器・スプリンクラー・自動火災報知機と火災通報装置の連動

1 5、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、利用申込書、介護保険被保険証、医療保険証、医療機関による診断書、介護保険負担割合証、マイナンバー、を提示してください。
- 事業所内の設備や器具は本来の使用方法に従ってご利用下さい。これに反した使用方法により破損等が生じた場合、弁償して頂く場合があります。
- 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮下さい。
- 金品・貴重品等は、自己の責任で管理して下さい。事業所は紛失等の責任は負えないものとなっています。
- 利用者様等の希望や必要に応じて金銭の立替をさせていただきます。

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サービスの提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

事業者 所在地 大阪市東住吉区湯里一丁目14番5号
事業者名 株式会社なでしこ
代表者名 代表取締役 中川 清彦 (印)

事業所 私の家なでしこ

説明者名 _____ (印)

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・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交付を受けました。

利用者住所 _____

利用者氏名 _____ (印)

代筆者氏名 _____ (印)

身元引受人住所 _____

身元引受人氏名 _____ (印)