

# 小規模多機能型居宅介護あい長橋町

## 重要事項説明書

(小規模多機能型居宅介護サービス 介護予防小規模多機能型居宅介護)

令和7年5月1日現在

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 指定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内容、契約上ご注意ください事を次のとおり説明いたします。

### 1 事業者の概要

事業者名称	いわて生活協同組合
主たる事務所の所在地	岩手県滝沢市土沢220-3
法人種別	生活協同組合
代表者名	阿部 慎二
電話番号	019-687-1321

### 2 ご利用事業所

ご利用事業所の名称	小規模多機能型居宅介護あい長橋町
指定事業者番号	0390100550
所在地	岩手県盛岡市長橋町17番35号
電話番号	019-601-5521

営業日	365日
営業時間 (訪問サービス)	24時間
同 (通いサービス)	9時～17時
同 (宿泊サービス)	17時～9時
通常の実施地域	盛岡市
登録定員	29人
利用定員 (通いサービス)	18人
同 (宿泊サービス)	9人

※ 当事業所は、原則として利用申込に応じますが、ご登録をいただいている場合であっても、利用定員を超過する場合には、通いサービス又は宿泊サービスの提供ができない日がある場合がございますので、ご了承ください。

### 3 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護者および要支援者の居宅及び事業所において、家庭的な環境と地域住民との交流の下で、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じ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にすることを目的とする。
運営の方針	<p>1 利用者が住み慣れた地域での生活を継続できるよう、地域住民との交流及び地域活動への参加を図るとともに、利用者の心身の状況、要望及びその置かれている環境を踏まえ、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、適切に行うものとします。</p> <p>2 利用者一人ひとりの人格を尊重し、利用者がそれぞれの役割を持って家庭的な環境の下で日常生活を営むことができるよう配慮して行うものとします。</p> <p>3 事業の提供にあたっては、小規模多機能型居宅介護計画に基づき、漫然かつ画一的にならないように、利用者の機能訓練及び利用者が日常生活を営むことができるよう必要な援助を行うものとします。</p> <p>4 事業所の職員は、事業の提供にあたっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供等について、理解しやすい様に説明を行うものとします。</p>

### 4 従業者の職種、員数及び勤務の体制

従業者の職種	資格	員数	勤務の体制
管理者 従業者及び事業の管理を一元的に行い、自らもサービスを提供する。	介護福祉士	1人	常勤1名
介護従業者 自宅を訪問あるいは事業所において通い、宿泊の利用者に対しサービスを提供する。	訪問介護員養成研修2級課程を修了した者等	11人	常勤9名、非常勤2名 7：00～16：00 8：30～17：30 10：30～19：30 15：15～24：15 24：00～ 9：00
	看護師又は准看護師	1人	常勤0名、非常勤1名 8：45～14：15 1名 介護従事者と兼務

介護支援専門員 職務内容欄外	介護支援専門員	1人	常勤1名
-------------------	---------	----	------

利用者の心身状況、おかれている環境を踏まえ、他の従業者と協議の上、目標を達成するための小規模多機能型居宅介護計画を作成する。自らもサービスを提供する。

## 5 サービスの内容及び利用料その他の費用の額

サービスの種類	内容・標準的な手順	保険適用有無	単位	利用料
小規模多機能型 居宅介護サービス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 通いサービス 事業所において、食事や入浴、排せつ等の日常生活上の世話や日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止する為の機能訓練。</li> <li>・ 訪問サービス 利用者の居宅において、食事や入浴、排せつ等の日常生活上の世話や日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止する為の訓練。</li> <li>・ 宿泊サービス 事業所に宿泊していただき、食事や入浴、排せつ等の日常生活上の世話や日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止する為の訓練。</li> </ul>	保険適用有	1月 1日	別表にて
食事の提供に関する費用	朝食	保険給付外	1食	450円
	昼食（おやつ代100円を含みます）		1食	700円
	夕食（通いサービスの場合は、昼食とおやつのご提供になります）		1食	600円
宿泊に要する費用	<p>&lt;宿泊室の詳細&gt;</p> <p>部屋名「うめ」「さくら」「ふじ」「すずらん」「あじさい」「ひまわり」「こすもす」「もみじ」「ゆり」</p> <p>広さ 8.49平方メートル</p> <p>定員数 9人</p> <p>備品・設備（1）特殊寝台 （2）防炎カーテン （3）ワードローブ6台 （4）ローボード3台 （5）洗面3台</p>	保険給付外	1泊	2,300円

	(6) 加湿器各1台 (7) エアコン各1台			
おむつ代	お使いになった場合のみ	保険給付外 1枚毎	パッド	50円
			パンツ	100円
			テープ	150円

## 6 苦情申立窓口

ご利用者相談窓口	受付時間 8:30～17:30 電話 019-601-5521 担当者 長江友康 澤田貴子
盛岡市役所 介護保険課	ご利用時間 平日 9:00～17:00 ご利用方法 電話 019-651-4111 (代表)
岩手県国民健康保険 団体連合会	ご利用時間 平日 9:00～17:00 ご利用方法 電話 019-604-6700 (代表)

## 7 緊急時の対応方法

<p>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います。 緊急連絡先に連絡いたします。</p> <p>主治の医師 医師名 所属医療機関の名称 所在地 電話番号</p>		
協力医療機関	医療機関の名称	盛岡医療生活協同組合 川久保病院
	院長名	田村 茂
	所在地	岩手県盛岡市津志田 26 番 30 号
	電話番号	019-635-1305
	診療科	内科・外科・小児科・眼科・歯科
	入院設備	有り
	救急指定の有無	有り
契約の概要	当事業者の利用者が疾病等により受診、検診、その他緊急の処置を要する時は、協力を要請することができる。	
協力医療機関	医療機関の名称	あべ内科・消化器科クリニック
	院長名	阿部 礼司
	所在地	岩手県盛岡市長橋町 17 番 45 号 1
	電話番号	019-605-5311

	診療科	内科・消化器科
	入院設備	無し
	救急指定の有無	無し
	契約の概要	当事業者の利用者が疾病等により受診、検診、その他緊急の処置を要する時は、協力を要請することができる。
協力医療機関	医療機関の名称	くどう歯科クリニック
	院長名	工藤 淳一
	所在地	岩手県盛岡市長橋町 16 番 20 号
	電話番号	019-648-7171
	診療科	歯科
	入院設備	無し
	救急指定の有無	無し
	契約の概要	当事業者の利用者が疾病等により受診、検診、その他緊急の処置を要する時は、協力を要請することができる。
緊急連絡先	連絡先① 氏名	
	住所	
	電話番号	
	昼間の連絡先	
	夜間の連絡先	
	連絡先② 氏名	
	住所	
	電話番号	
	昼間の連絡先	
	夜間の連絡先	

## 8 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	別途定める「消防計画」及び「緊急連絡網」に沿って対応致します。通報については、消防署、警察署、自治会、民生委員、協力医療機関、協力医、自主消防隊、委託警備会社へ速やかに
----------------------	--------------------------------------------------------------------------------------

	連絡が取れるように努めます。
避難・救出等必要な訓練の実施について	防災訓練（避難訓練・地震発生時訓練）を、年間2回以上実施します。
防災設備	<ul style="list-style-type: none"> <li>・スプリンクラー全室設置</li> <li>・カーテンを全室設置</li> <li>・足元灯全室設置</li> <li>・防火扉2ヶ所</li> <li>・避難誘導灯3ヶ所</li> <li>・自動火災報知機、非常通報装置あり</li> </ul>

### 9 第3者評価の実施状況

直近の実施年月日 令和6年 11月 27日

評価メンバー 地元自治会副会長、民生委員、市役所職員、地域包括支援センター職員  
ご利用者ご家族は、感染予防の為参加いただいております。

評価内容 安否確認や急遽の宿泊対応など柔軟な対応を行いご利用者にとって過ごしやすい環境を提供されていると感じる。等

### 10 虐待の防止に関する事項

虐待の発生および防止の為に措置を講じます	虐待防止のための委員会を開催し従業員にも内容を周知徹底します。
	虐待防止のための指針を整備します
	従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施します。
	上記に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置きます。

令和 年 月 日

(乙) 当事業者は、甲に対する小規模多機能型居宅介護サービスの提供開始に当たり、本書面に基づいて上記重要事項を説明いたしました。

事業所名 小規模多機能型居宅介護あい長橋町

所在地 岩手県盛岡市長橋町17番35号

説明者氏名 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、小規模多機能型居宅介護あい長橋町の説明に同意します。

利用者                      住所

署名代行者                      住所                      氏名                      印

氏名                      印