

介護予防小規模多機能型居宅介護事業所 小規模 大小路 重要事項説明書

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、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明いたします。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けてない方でもサービスの利用は可能です。

1. 事業者

- | | |
|-----------|-------------------------|
| (1) 法人名 | 医療法人 同潤会 |
| (2) 法人所在地 | 鹿児島県薩摩川内市大小路町 21 - 5 |
| (3) 電話番号 | 0 9 9 6 - 2 3 - 7 1 8 1 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 永井 利明 |
| (5) 設立年月日 | 昭和 3 2 年 3 月 1 9 日 |

2. 事業所の概要

- | | |
|-----------------|---|
| (1) 事業所の種類 | 指定小規模多機能型居宅介護事業所
平成 2 8 年 4 月 1 日指定
介護保険事業所番号 (4691500187) |
| (2) 事業の目的 | 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して、通いサービス、訪問サービス、宿泊サービスを柔軟に組み合わせてサービスを提供します。 |
| (3) 事業所の名称 | 小規模 大小路 |
| (4) 事業所の所在地 | 鹿児島県薩摩川内市大小路町 5 2 - 6 |
| (5) 電話番号 | 0 9 9 6 - 2 3 - 0 0 1 2 |
| (6) 事業所長(管理者)氏名 | 川原 美和子 |
| (7) 当事業所の運営方針 | 利用者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ることにより、地域での暮らしを支援します。 |
| (8) 開設年月日 | 平成 2 8 年 4 月 1 日 |
| (9) 登録定員 | 2 9 人
(通いサービス定員 1 5 人、宿泊サービス定員 5 人) |

(10) 居室等の概要 当事業所では、以下の居室・設備をご用意しています。宿泊サービスの際に利用される居室は個室となっております。(ただし、ご契約者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に添えない場合もあります。)

居室・設備の種類	室数	備考
宿泊室(個室)	5室	
居間・食堂	1室	
台所	1か所	
浴室	一般浴室、特浴室	
消防設備	一式	
その他	洗濯家事室	

※上記は、厚生労働省が定める基準により、指定小規模多機能型居宅介護事業所に必置が義務付けられている施設・設備です。

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域 薩摩川内市(祁答院・甕島を除く)

※上記以外の地域の方は原則として当事業所のサービスを利用できません。

(2) 営業日及び営業時間

営業日	年中無休
通いサービス	年中無休 7時00分～20時
訪問サービス	随時
宿泊サービス	年中無休 20時～7時00分

※受付・相談については、通いサービスの営業時間と同様です。

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して、指定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。

従業者に職種	常勤	非常勤	常勤換算	指定基準	職務の内容
1. 事業所長(管理者)	1人	0人		0.5人	事業内容調整
2. 介護支援専門員	1人	0人	0.5人	0.5人	サービスの調整・相談業務
3. 介護職員	4人	5人	8.18人	3人	日常生活の介護・相談業務
4. 看護職員	1人	0人	0.25人	0.25人	健康チェック等の医務業務

※常勤換算：職員それぞれの週当たりの勤務延べ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で除した数です。

【主な職種の勤務時間】

従業者の職種	勤務体制
1. 事業所長（管理者）	勤務時間：8：50～18：15
2. 介護支援専門員	勤務時間：8：50～18：15
3. 介護職員	主な勤務時間：早出（7：00～16：15） 日勤（8：50～18：15） 遅出（10：00～19：15） 夜勤（16：00～翌日10：00） その他、利用者の状況に対応した勤務時間を設定します。
4. 看護職員	勤務時間：（8：50～18：15）

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、ご契約者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）

以下のサービスについては、利用料金の9割又は8割もしくは7割が介護保険から給付され、利用者の自己負担はそれぞれの負担割合に応じた金額となります。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、ご契約者と協議の上、介護予防小規模多機能型居宅介護計画に定めます（(5) 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、排せつ等の日常生活上の世話を提供します。

①食事

- ・ 食事の提供及び食事の介助を行います。
- ・ 調理場で利用者が調理することができます。
- ・ 食事サービスの利用は任意です。

②入浴

- ・ 入浴または清拭を行います。
- ・ 衣服の着脱、身体の清拭、洗髪、洗身の介助を行います。
- ・ 入浴サービスの利用は任意です。

③排せつ

- ・ 利用者の状況に応じて適切な排せつの介助を行うとともに、排せつの自立についても適切な援助を行います。

④生活支援

- ・ 利用者が日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止する為の支援に努めます。

⑤健康チェック

- ・ 血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。

⑥送迎サービス（送迎出来る時間帯は、9時～16：30時）

- ・ ご契約者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。ただし送迎時間外は、ご家族にて送迎してください。

イ 訪問サービス

- ・ 利用者の自宅にお伺いし、食事や入浴、排せつ等の日常生活上の世話を提供します。
- ・ 訪問サービス実施のための必要な備品等（水道・ガス及び電気等を含む）は無償で使用させていただきます。
- ・ 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ご契約者もしくはその家族等からの金銭または高価な物品の授受
 - ③飲酒及びご契約者もしくはその家族等の同意なしに行う喫煙
 - ④ご契約者もしくはその家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動
 - ⑤その他契約者もしくはその家族等に行う迷惑行為

ウ 宿泊サービス

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

【サービス利用料金】

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

下記の料金表によって、ご契約者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費額を除いた金額（自己負担額）をお支払ください（サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります）。（ ）内は同一建物に居住している者に対して行う場合

ご契約者の要介護度		要支援1	要支援2
1. サービス利用料		34,500 円 (31,090 円)	69,720 円 (62,810 円)
2. うち、介護保険から給付される金額	1 割	31,050 円 (27,981 円)	62,748 円 (56,529 円)
	2 割	27,600 円 (24,872 円)	55,776 円 (50,248 円)
	3 割	24,150 円 (21,763 円)	48,804 円 (43,967 円)
3. サービス利用に係る自己負担額（1－2）	1 割	3,450 円 (3,109 円)	6,972 円 (6,281 円)
	2 割	6,900 円 (6,218 円)	13,944 円 (12,562 円)
	3 割	10,350 円 (9,327 円)	20,916 円 (18,843 円)

※月ごとの包括料金ですので、契約者の体調不良や状態の変化等により介護予防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、または介護予防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・・・利用者と当事業所の利用契約を終了した日

※ご契約者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、ご契約者の負担額を変更します。

イ 初期加算 1日につき 30 単位

介護予防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日を越える入院をされた後に再び利用開始した場合も同様です。

ウ 総合マネジメント体制強化加算 (I) 1,200 単位(1ヶ月につき)
(II) 800 単位(1ヶ月につき)

エ サービス提供体制強化加算 (I) 750 単位(1ヶ月につき)
25 単位(短期利用居宅介護費の場合 1日につき)
(II) 640 単位(1ヶ月につき)
21 単位(短期利用居宅介護費の場合 1日につき)
(III) 350 単位(1ヶ月につき)
12 単位(短期利用居宅介護費の場合 1日につき)

オ 生活機能向上連携加算 (I) 100 単位(1ヶ月につき)<初回実施月のみ>
(II) 200 単位(1ヶ月につき)<実施月以降 3ヶ月間>

カ 口腔・栄養スクリーニング加算 20 単位(1回につき 利用開始時及び利用中 6ヶ月ごと)

キ 科学的介護推進体制加算 40 単位 (1ヶ月につき)

ク 認知症行動・心理症状緊急対応加算 200 単位(1日につき) 7日まで、短期利用居宅介護費の場合

ケ 訪問体制強化加算 1000 単位(1ヶ月につき)

コ 若年性認知症利用者受入加算 450 単位(1ヶ月につき)
※認知症加算を算定している場合は算定しない

サ 生産性向上推進体制加算 (I) 100 単位(1ヶ月につき)
(II) 10 単位(1ヶ月につき)

- シ 介護職員処遇改善加算 (I) 所定単位数の 14.9%を加算(所定単位は、基本報酬に各種加算、減算を加えた総単位数)
- (II) 所定単位数の 14.6%を加算(所定単位は、基本報酬に各種加算、減算を加えた総単位数)
- (III) 所定単位数の 13.4%を加算(所定単位は、基本報酬に各種加算、減算を加えた総単位数)
- (IV) 所定単位数の 10.6%を加算(所定単位は、基本報酬に各種加算、減算を加えた総単位数)

単位数 (1 単位は 10 円)

※イ～シまでの加算についても 100 分の 90 または 80 もしくは 70 は介護保険から給付されます。従って、サービス利用に係る自己負担は分の 10 または 20 もしくは 30 に相当する額となります。上記の加算につきましては、ご利用者の状態、職員の体制により適切な加算を算定いたします。

(2) 利用料金の全額をご契約者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)

以下のサービスは、利用料金の全額をご契約者の負担となります。

【サービスの概要と利用料金】

ア 食事の提供(食事代)

ご契約者に提供する食事に要する費用です。

料金：朝食 470円 昼食 650円 夕食 650円

イ 宿泊に要する費用

ご契約者に提供する宿泊サービスの宿泊に要する費用です。

1日：1,250円

ウ 日用品費

ご契約者の希望によって、身の回り品として日常生活に必要な物を提供する場合に係る費用です。 実費

エ 通常の事業の実施地域以外のご契約者

通常の事業の実施地域以外のご契約者に対する送迎費及び交通費です。

片道送迎費(祁答院) 500円 交通費 有料道路等 実費

オ おむつ代（尿とりパットを含む） 実費

カ レクリエーション、クラブ活動、ドライブ等

ご契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動、ドライブ等に参加していただくことができます。

利用料金：材料代、有料道路等の実費をいただきます。

キ 複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をいただきます。 1枚につき 10円

ク その他の費用

電気器具使用料（宿泊1品1日60円・洗濯機使用1回310円・乾燥機使用310円
冷房暖房費 泊まり時1日210円・教養娯楽費の材料費(随時)
尿とりパット50円/枚、紙おむつ200円/枚

※宿泊ご利用中の室内の状況により、修理や室内クリーニングを実費にてお願いする
事があります。

※経済状況の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ご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)の料金・費用については、1ヶ月ごとに計算し次のいずれかの方法により翌月末日までにお支払ください。

① 自動口座引落 翌月15日引落【銀行が休みの場合は翌営業日】

② 銀行振込み

※現金でのお支払いもできますが、できるだけ引落または銀行振り込みでお願い致します。

(4) 利用の中止、変更、追加

・介護予防小規模多機能型居宅介護サービスは、介護予防小規模多機能型居宅介護計画に定められた内容を基本としつつ、契約者の日々の様態、希望等を勘案し、適時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、ご契約者の都合により、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、もしくは新たなサービスの利用を追加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に事業者申し出てください。

・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ヶ月ごとの包括費用(定額)のため、サービスの利用回数等を変更された場合も1ヶ月の利用料金は変更されません。ただし、5.(2)の介護保険の対象外サービスについては、利用予定日の前日までに申し出がなく、当日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いただく場合があります。ただし、ご契約者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無 料
利用予定日の前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30%

・サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約者の希望する日時にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

(5) 介護予防小規模多機能型居宅介護計画について

介護予防小規模多機能型居宅介護サービスは、利用者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、地域の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、ご契約者の状況に合わせて適切にサービスを提供するために、ご契約者と協議の上で介護予防小規模多機能型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ご契約者に説明の上交付します。

6. 苦情の受付について

(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）

【職氏名】 職名：管理者 氏名： 川原 美和子

○受付時間 月曜日～金曜日 9：00～16：00

また、苦情受付ボックスを施設内に設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

薩摩川内市介護保健課	所在地 鹿児島県薩摩川内市神田町3番22号 電話番号：0996-23-5111 FAX：0996-23-5131 受付時間 8時30分～17時15分
鹿児島県 国民健康保険団体連合会	所在地 鹿児島県鹿児島市鴨池新町7-4 電話番号・FAX 099-213-5122 099-213-0817 受付時間 9時～17時

7. 身体の拘束等

サービスの提供にあたっては当該利用者等の生命または身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他に利用者の行動を制限する行為を行いません。

2 等事業所は、身体拘束等の適正化を図るため、以下に掲げる事項を実施します。

- (1) 身体拘束等の適正化のための対策を検討するための委員会を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他従業員に周知徹底を図る。
- (2) 身体拘束等の適正化のための指針を整備する。
- (3) 介護職員その他の従業員に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的実施する。

8. 虐待の防止等

利用者の人権の擁護、虐待の発生またはその再発を防止するため、以下に掲げる事項を実施します。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等を活用して行う事ができるものとする。)を定期的で開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る。
- (2) 虐待防止のための指針を整備する。
- (3) 虐待防止のための定期的な研修を実施する。
- (4) 当事業所の従事者がその業務に従事している事業所等において業務に従事する従事者等による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報しなければならない。また虐待等あった場合は
 - 2 前項に定める場合のほか、養介護施設従事者等による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した者は、当該高齢者の生命又は身体に重大な危険が生じている場合は、速やかに、これを市町村に通報しなければならない。
 - 3 前二項に定める場合のほか、養介護施設従事者等による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した者は、速やかに、これを市町村に通報するよう努めなければならない。
- (5) 上記措置を適切に実施する為の担当者を設置する。
- (6) 虐待が認められた場合は虐待対応責任者を主とし、虐待防止委員会にて改善を行う。

9. 業務継続計画の策定等

感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する小規模多機能型居宅介護を継続的に実施する為の、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(以下「業務継続計画」という。)を策定し、当該業務継続計画に従い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実施。
- 3 定期的に業務改善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う。

10. 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〉

構成：利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、薩摩川内市職員、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。

11. 第三者評価の実施の有無 無し

12. 事故発生時及び緊急時の対応方法

＜事故発生時の対応方法＞

・当事業所が利用者に対して行う小規模多機能型居宅介護サービスの提供により、事故が発生した場合は速やかに利用者の家族・市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、当事業所が利用者に対して行った小規模多機能型居宅介護サービスの提供により、賠償すべき事故が発生した場合には、賠償を速やかに行います。

・事故については、事業所として事故の状況・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。

＜利用者の病状急変等＞

・小規模多機能型居宅介護サービスの提供中に、利用者の体調変化時や病状の急変等の緊急時には、利用者の主治医又は協力医療機関へ連絡し、必要な措置を速やかに講じます。また、利用者の家族に速やかに連絡させていただきます。

・病状等の状況によっては、事業者の判断により救急車による搬送を要請することはあります。

1 3. 協力医療機関、バックアップ施設

当事業所では、各利用者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・施設〉	
永井 病院	所在地：鹿児島県薩摩川内市大小路町21番5号 TEL：0996-23-7183
医療法人 大誠会 若松記念病院	所在地：鹿児島県薩摩川内市神田町11番20号 TEL：0996-23-3291
医療法人 池田歯科医院	所在地：鹿児島県薩摩川内市原田町7番7-2号 TEL：0996-25-3555

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を行います。また、避難消火訓練を年2回、契約者も参加して行います。

【消防用設備】

自動火災報知機・非常通報装置・スプリンクラー・ガス漏れ探知機・誘導灯・消火器

【地震、大水害発生時の対応】自治体の地域防災計画等による。

自治体の地域防災計画等による。

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、介護保険被保険者証・介護保険負担割合証を提示してください。
- ・事業所内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
- ・他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- ・所持金品は、自己の責任で管理してください。
- ・事業所内での他の利用者へ対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

令和 年 月 日

指定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。

小規模多機能型居宅介護事業所 小規模 大小路
説明者職名： _____ 氏名： _____ ㊞

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サービスの提供開始に同意いたします。また、個人情報の使用について当事業所が私に対する介護サービスを行うために必要な限り、サービス担当者会議等において、私または私の家族等の個人情報を使用することに同意いたします。

(本人) 住所： _____

氏名： _____ ㊞

(家族) 住所： _____

氏名： _____ ㊞

個人情報利用同意書

私（及び私の家族）の個人情報の利用については、下記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 使用目的

- (1) 介護予防サービスの提供を受けるにあたって、介護支援専門員等と介護予防サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合。
- (2) 上記(1)の外、介護支援専門員等又は介護予防サービス事業所との連絡調整のために必要な場合。
- (3) 現に介護予防サービスの提供を受けている場合で、私が体調等を崩し又はケガ等で病院へ行ったときで、医師・看護師等に説明する場合。

2 個人情報を提供する事業所

- (1) 介護予防サービス計画に掲載されている介護サービス事業所
- (2) 病院又は診療所（体調を崩し又はケガ等で診療することとなった場合）

3 使用する期間

サービスの提供を受けている期間

4 使用する条件

- (1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に洩れることのないよう細心の注意を払う。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録する。

令和 年 月 日

事業所の名称 小規模 大小路

(本人) 住所
氏名

印

(家族) 住所
氏名

印