

重要事項説明書

(小規模多機能型居宅介護)

小規模多機能ホーム ひとまとわり

1. 事業者

- | | |
|-----------|--------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 中江報徳園 |
| (2) 法人所在地 | 鹿児島県鹿児島市犬迫町5407番地2 |
| (3) 電話番号 | 099-238-2140 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 長友 医 継 |
| (5) 設立年月日 | 昭和43年4月 |

2. 事業所の概要

- | | |
|-------------|---|
| (1) 事業所の種類 | 介護予防小規模多機能型居宅介護事業所
小規模多機能型居宅介護事業所 |
| (2) 事業所の目的 | 社会福祉法人中江報徳園が設置運営する小規模多機能型居宅介護事業及び介護予防小規模多機能型居宅介護事業『 小規模多機能ホーム ひとまとわり 』(以下「事業者」という)は要介護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、排せつ、食事等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。 |
| (3) 事業所の名称 | 小規模多機能ホーム ひとまとわり |
| (4) 事業所の所在地 | 鹿児島県鹿児島市伊敷5丁目4-17 |
| (5) 電話番号 | 099-295-0792 |
| (6) 管理者氏名 | 岩崎 孝幸 |
| (7) 当事業所の方針 | 1.事業所の職員は、通いを中心として、要介護者の様態や希望に応じて、随時訪問や宿泊を組み合わせ、サービスを提供することにより、利用者の居宅における生活の継続を支援するよう努めるものとする。
2.事業の実施に当たっては、関係市町村、地域包括支援センター、地域の保健・医療・福祉サービスの提供主体との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。 |
| (8) 開設年月日 | 平成29年10月1日 |
| (9) 登録定員 | 29名
(通いサービス定員15名、宿泊サービス定員5名) |
| (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ります。 |

居室・居室・設備の種類		室数	備考
宿泊室	個室	5室	
居間・食堂			
台所			
トイレ・手洗い場		車椅子対応トイレ3ヶ所	
浴室・脱衣室		機械浴1槽 リフト浴1槽	
消防設備		スプリンクラー等	
その他			

※ 上記は、厚生労働省が定める基準により、指定（介護予防）小規模多機能型宅介護事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) 通常の事業実施地域

鹿児島市内(桜島地区を除く)

※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	9:00～16:00
訪問サービス	24時間
宿泊サービス	16:00～翌9:00

※ 受付・相談については、随時対応していきます。

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定（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。

1. 管理者 1名（常勤専従）
2. 介護支援専門員 1名（専従）
3. 介護職員 常勤1名以上（他の介護職員は常勤若しくは非常勤）
4. 看護職員 1名（常勤若しくは非常勤）

※常勤換算方法で通いサービスの提供に当たる者をその利用者が3名又はその端数を増すごとに1名以上（従業者）及び訪問サービスの提供に当たる者を1名以上
宿泊サービス利用者に対して1名(夜勤)、訪問サービス利用者対応として1名(宿直)

<主な職種の勤務体制>

職種	勤務体制
1.管理者	勤務時間 8：30～17：30
2.介護支援専門員	勤務時間 8：30～17：30
3.介護職員	主な勤務時間 8：30～17：30 夜間の勤務時間 17：00～9：00 その他、ご契約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 8：30～17：30

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)

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス (契約書第4条参照)

以下のサービスについては、利用料金は介護保険負担割合証に定める割合を介護保険から給付され、自己負担においては1割～3割の支払いになります。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

- ・ 食事の提供及び食事の介助をします。
- ・ 調理場でご契約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排泄

- ・ご契約者の状況に応じて適切な排泄の介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。

④機能訓練

- ・ご契約者の状況に適した機能訓練を行い身体機能の低下を防止するよう努めます。

⑤健康チェック

- ・血圧測定等ご契約者の全身状態の把握を行います。

⑥送迎サービス

- ・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。

イ 訪問サービス

- ・ご契約者の自宅にお伺いし、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。
- ・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）は無償で使用させていただきます。
- ・訪問サービスの提供にあたって、看護職員及び介護職員は次に該当する行為はいたしません。
 - ①医療行為（ただし、看護職員が行うバイタルチェック等を除く。）
 - ②利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
 - ③利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
 - ④利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食
 - ⑤身体的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）
 - ⑥その他利用者又は家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

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や機能訓練を提供します。

6. 看取り介護について

看取り介護は、医学的な見解から医師が回復の見込みがないと判断し、かつ医療機関での対応の必要性が低いと判断した場合に実施されます。入所者の肉体的、精神的苦痛をできる限り緩和し、死への不安や寂しい気持ちを受け止め、入所者がその人らしく生き、その人らしい最期が迎えられるよう、心のこもった援助を行います。実施については、医師より状況を説明し、看護師・介護職員・生活相談員・介護支援専門員と連携し看取り介護に関する計画を作成し、入所者の家族等に同意を得て実施します。

7. 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、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げること留意して、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、拘束の時間、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です。
- 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です。
- 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。

8. 虐待の防止について

- ①事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。
- ②虐待防止に関する責任者を選定しています。
- ③虐待防止に関する責任者(管理者：岩崎 孝幸)
- ④成年後見制度の利用を支援します。
- ⑤苦情解決体制を整備しています。
- ⑥従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。それらの研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や、知識・技術の向上に努めます。
- ⑦個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。
- ⑧従業者が支援にあたっての悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

9. 身分証携行義務

訪問介護員等は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者又は利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します

10. サービス提供の記録

- ①指定(予防)小規模多機能型居宅介護サービスを提供した際には、提供した具体的なサービス内容等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。
- ③入居に際して入居年月日及び事業所名称を、退居に際して退居年月日を介護保険被保険者証に記載いたします。

11. 心身の状況の把握

小規模多機能型居宅介護サービスの提供にあたっては、計画作成担当者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

<サービス利用料金> (契約書第5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

利用料は1か月ごとの包括費用(定額)です。

- ☆ 下記利用者負担金は1割の場合であり、実際の負担金は介護保険負担割合証に記載の利用者負担の割合になります。

	1. 同一建物に居住の場合	2. 同一建物に居住しない場合
要支援1	3, 109円	3, 450円
要支援2	6, 281円	6, 972円
要介護1	9, 423円	10, 458円
要介護2	13, 849円	15, 370円
要介護3	20, 144円	22, 359円
要介護4	22, 233円	24, 677円
要介護5	24, 516円	27, 209円

- ☆ 月ごとの包括料金ですので、ご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致しません。
- ☆ 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・・・ご契約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・・・ご契約者と当事業所の利用契約を終了した日
- ☆ ご契約者が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金額をいったんお支払いいただきます。要介護認定を受けた後、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、ご契約者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。
- ☆ 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)

イ 加算について

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30日以内の期間について算定。

又、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

- ・初期加算：30単位/日

②認知症加算

- ・認知症加算（Ⅰ）：920 単位/月
認知症介護指導者研修終了者を配置している場合など
- ・認知症加算（Ⅱ）：890 単位/月・人
認知症介護実践リーダー研修等修了者を配置している場合など
- ・認知症加算（Ⅲ）：760 単位/月・人
認知症日常生活自立度Ⅲ以上の登録ご契約者
- ・認知症加算（Ⅳ）：460 単位/月・人
要介護 2 に該当する認知症日常生活自立度Ⅱの登録ご契約者

③看護職員配置

- ・看護職員配置加算（Ⅰ）：900 単位/月
常勤かつ専従の看護師を1名以上配置している場合
- ・看護職員配置加算（Ⅱ）：700 単位/月・人
常勤かつ専従の准看護師を1名以上配置している場合

④サービス提供体制強化加算

- ・サービス提供体制強化加算（Ⅰ）：750 単位/月・人
介護福祉士の配置が70%以上又は勤続10年以上の介護福祉士が25%以上の配置
- ・サービス提供体制強化加算（Ⅱ）：640 単位/月・人
介護福祉士の配置が40%以上の配置

⑤処遇改善加算

- ・介護職員処遇改善加算Ⅰ：所定単位数に対して：14.9%
- ・介護職員処遇改善加算Ⅱ：所定単位数に対して：14.6%

⑥総合マネジメント体制強化加算

- ・総合マネジメント体制強化加算（Ⅰ）：1,200 単位/月
日常的に地域住民等の相談に対応する体制を確保している場合など
- ・総合マネジメント体制強化加算（Ⅱ）：800 単位/月
利用者の多様な活動の確保の為に地域行事や活動等に積極的に参加している場合など

⑦科学的介護推進体制加算

- ・科学的介護推進体制加算：40 単位/月
利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況、その他の利用者の心身状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出している場合など

⑧口腔・栄養スクリーニング加算

- ・口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）：20 単位/回
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のスクリーニング及び栄養状態のスクリーニングを行った場合に1回につき加算される。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス(契約書第5条参照)

以下のサービスは、利用料金の金額が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。

料金:朝食:400円 昼食:500円 夕食:480円 おやつ代:80円

※利用時間帯によりおやつ代のみいただく場合がございます。

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。

1泊 2,000円

ウ 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。

エ おむつ代 自己負担

オ レクリエーション、クラブ活動

ご契約者の希望により参加していただくことができます。

利用料金:材料代等の実費をいただく場合がございます。

カ 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ご負担いただきます。

(3) 利用料金のお支払い方法(契約書第5条参照)

前記(1)、(2)の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し次のいずれかの方法により翌月15日までに お支払い下さい。

1 事業所での現金支払い

2 口座振替

(4) 利用の中止、変更、追加(契約書第6条参照)

☆(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、ご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る提供をします。

☆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所に申し出て下さい。

☆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か月ごとの包括費用（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お支払い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50%

☆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ご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ご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、ご契約者一人ひとりの人格を尊重し、住み慣れた地域での生活ができるよう、地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、ご契約者の心身の状況、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事により、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。

12. 苦情の受付について (契約書第18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は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口 (担当者) 岩崎 孝幸

[職名] 管理者

○受付時間 毎週 月曜日～土曜日

8:30～17:30

(2) 行政機関その他苦情受付機関

鹿児島市役所 健康福祉局すこやか長寿部 介護保険課給付係	所在地：鹿児島市山下町11番1号 電話番号：216-1280 受付時間：8:30～17:15
鹿児島県 国民健康保険団体連合会 介護保険課相談室	所在地：鹿児島市鴨池新町7番4号 電話番号：213-5122 受付時間：9:00～17:00
鹿児島県社会福祉協議会事務局 長寿社会推進部 福祉サービス運営適正化委員会	所在地：鹿児島市鴨池新町1番7号 電話番号：286-2200 受付時間：9:00～16:00

1.3. 運営推進会議の設置

当事業所では、(介護予防)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>

構成：ご契約者、ご契約者の家族、地域住民の代表者、市町村職員、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

1.4. サービスの第三者評価の実施状況について

当事業所で提供しているサービスの内容や課題等について、第三者の観点から評価を行います。

- ①実施の有無
- ②実施した直近の年月日
- ③第三者評価機関
- ④評価結果の開示状況

1.5. 事故発生時の対応

- ①事故防止対策委員会を設置し、定期研修を行うと共に、分析を通じた改善策を職員に周知し、再発防止に努めます。
- ②サービス提供により、利用者の病状に急変、その他、緊急事態及び事故が発生した時は、速やかに市町村、家族及び主治医に連絡を行うと共に、必要な措置を講じます。
- ③前項の事故の状況、採った処置などについて記録を残します。
- ④サービス提供により、賠償すべき状況が発生した時は、損害賠償を行います。

16. 協力医療機関、バックアップ施設

当事業所では、各ご契約者の主治医と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＞		
医療法人玉水会病院	所在地	鹿児島県鹿児島市下伊敷1-1-5
	TEL	099-223-3330
介護老人保健施設 スイートケアなかよし	所在地	鹿児島県鹿児島市下伊敷1-1-5
	TEL	099-223-3390
いしき訪問看護ステーション	所在地	鹿児島県鹿児島市草牟田町9-1-1
	TEL	099-225-6415
いぶすき歯科医院	所在地	鹿児島県鹿児島市西伊敷4-45-2

17. 衛生管理等

①衛生管理について

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感染症対策マニュアル

ノロウイルス・インフルエンザ等の感染症予防マニュアルを整備し、従業者に周知徹底しています。また、従業者への衛生管理に関する研修を年2回行っています。

③他関係機関との連携について

事業所において食中毒及び感染症が発生し又は蔓延しないように必要な措置を講じます。また、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。

18. 非常災害時の対応

非常災害に関しては、事業所で定めている消防計画によるものとし、毎年2回避難訓練・消火訓練・夜間想定訓練を行います。また、施設の立地環境に応じ、火災、風水害、地震、津波等個別の「非常災害対策計画」を策定するものとします。

＜消防用設備＞

- ・消火器
- ・自動火災報知器
- ・消防機関へ通報する火災報知設備
- ・誘導灯
- ・非常照明
- ・スプリンクラー

19. サービス利用にあたっての留意事項

- ① サービス提供前に健康チェックを行い、結果次第では、入浴サービス等を中止する場合があります。
- ② 利用当日に欠席をする場合には前日もしくは当日午前8時30分までに事業所に連絡をしていただきます。
- ③ サービス提供上、他の利用者の方に迷惑となる行為等が見られた場合、利用の中止をしていただくことがあります。
- ④ サービス利用中は、職員の指示に従っていただきます。

20. 利用者様が病院等に入院された場合の取り扱いについて

- ① 入院中サービスを利用しない場合でも利用料金は1か月ごとの包括費用(定額)のため、サービス料金が発生します。
- ② 14日以内の入院の場合(検査入院等)は、退院後再びサービスを利用することができます。
- ③ 14日以上入院された場合は、登録契約を解除する場合があります。
- ④ 14日以内を目安に退院が見込まれない場合は、本登録を解除いたします。この場合は、当事業所に優先的に登録することはできません。

指定小規模多機能型居宅介護サービス（指定介護予防小規模多機能型居宅介護サービス）
の提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

小規模多機能ホーム ひとまとわり

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（指定介護予防小規模多機能型居宅介護サービス）の提供開始に同意しました。

令和 年 月 日

契約者（本人）氏 名 _____（続柄 _____）

本人代理 氏 名 _____（続柄 _____）

家族代表 氏 名 _____（続柄 _____）

住 所 _____

本書 2 通を作成し、契約者・事業者が記名押印のうえ、各 1 通を保有することにします。