

小規模多機能ホーム 城西 重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(鹿児島市指定 第 4690100567 号)

当事業所はご契約者に対して指定（介護予防）小規模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します。

◇◆目次◆◇

| | |
|-------------------------|---|
| 1. 事業者 | 1 |
| 2. 事業所の概要 | 1 |
| 3. 事業実施地域 | 2 |
| 4. 職員の配置状況 | 3 |
| 5. 当事業所が提供するサービスと利用料金 | 3 |
| 6. 苦情の受付について（契約書第18条参照） | 8 |
| 7. 運営推進会議の設置 | 8 |
| 8. 協力医療機関 | 9 |
| 9. 非常火災時の対応 | 9 |
| 10. サービス利用にあたっての留意事項 | 9 |

1. 事業者

- | | |
|-----------|-------------------|
| (1) 法人名 | 医療法人 慈風会 |
| (2) 法人所在地 | 鹿児島県鹿児島市東千石町4番13号 |
| (3) 電話番号 | 099-226-1231 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 厚地 正道 |
| (5) 設立年月日 | 昭和56年3月31日 |

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 | 住み慣れた地域で生活するために、介護保険法令に従いご契 |

約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 小規模多機能ホーム 城西
- (4) 事業所の所在地 鹿児島県鹿児島市薬師2丁目6番16号
- (5) 電話番号 099-255-8079
- (6) 管理者氏名 辺麦 英明
- (7) 当事業所の方針 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、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22年4月26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 | | | |
| 浴室 | | 個浴対応 | |
| 消防設備 | | | |
| 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 本市管内

※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 | 随時 |

| | |
|--------|-------------|
| 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。

| 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名 | | | | 事業内容調整 |
| 2.介護支援専門員 | 1名以上 | | | | サービスの調整 相談業務 |
| 3.介護職員 | 6名以上 | | | | 日常生活の介護 相談業務 |
| 4.看護職員 | 1名以上 | | | | 健康チェック等の医務 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時間数（例：週40時間）で除した数です。

（例）週8時間勤務の介護職員が5名いる場合、常勤換算では1人（8時間×5人÷40時間＝1人）となります。

＜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割または、2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、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身元引受人・連帯保証人の同意なしに行う喫煙
- ④ご契約者もしくは身元引受人・連帯保証人に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動
- ⑤その他ご契約者もしくは身元引受人・連帯保証人に行う迷惑行為

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や機能訓練を提供します。

<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)をお支払い下さい(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)。

| | 1. ご契約者の要介護とサービス利用料金 | 2. うち、介護保険から給付される金額 | 3. サービス利用に係る自己負担額(1-2) 1割 |
|------|----------------------|---------------------|---------------------------|
| 要支援1 | 34,500円 | 31,050円 | 3,450円 |
| 要支援2 | 69,720円 | 62,748円 | 6,972円 |
| 要介護1 | 104,580円 | 94,122円 | 10,458円 |
| 要介護2 | 153,700円 | 138,330円 | 15,370円 |
| 要介護3 | 223,590円 | 201,231円 | 22,359円 |
| 要介護4 | 246,770円 | 222,093円 | 24,677円 |
| 要介護5 | 272,090円 | 244,881円 | 27,209円 |

※介護負担割合証に応じて2割・3割の方々に関しては1割の自己負担額にその割合を乗じた金額を請求させていただきます。

- ☆ 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)
- ☆ 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 加算の場合も2割・3割の場合、1割の加算にその割合を乗じた料金を頂きます。

①初期加算

(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。

- ・初期加算：30 単位/日

②認知症加算

認知症高齢者への対応

- ・認知症加算（Ⅰ）：920 単位/月
 - 認知症介護実践リーダー研修等修了者を1名以上配置
 - 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の契約者に対して、専門的な認知症ケア
を実施
 - 従業者に対して、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
議を定期的開催
 - 認知症介護指導者研修修了者を1名以上配置し、事業所全体の認知症ケアの指
導等を実施
 - 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、研修を実施
又は実施を予定
- ・認知症加算（Ⅱ）：890 単位/月
 - 認知症介護実践リーダー研修等修了者を1名以上配置
 - 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の契約者に対して、専門的な認知症ケア

を実施

○従業者に対して、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開催

- ・認知症加算（Ⅲ）：760 単位/月
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
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

常勤かつ専従の看護職員の配置

- ・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
常勤かつ専従の准看護師を1名以上配置している場合
- ・看護職員配置加算（Ⅲ）：480 単位/月
看護師を常勤換算で1名以上配置している場合

④サービス体制強化加算（Ⅰ）（介護従業者の専門性キャリアに着目した加算）

従業者の総数に対し、以下の①または②のいずれかに該当すること。

- ①介護福祉士が70%以上
- ②勤続年数10年以上介護福祉士25%以上
750 単位/月・人

⑤介護職員処遇改善加算

- ・介護職員処遇改善加算Ⅰ
(所定単位数にサービス率を乗じた単位数で算定) : 14.9%
- ・介護職員処遇改善加算Ⅱ
(所定単位数にサービス率を乗じた単位数で算定) : 14.6%
- ・介護職員処遇改善加算Ⅲ
(所定単位数にサービス率を乗じた単位数で算定) : 13.4%
- ・介護職員処遇改善加算Ⅳ
(所定単位数にサービス率を乗じた単位数で算定) : 10.6%

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
- ・総合マネジメント体制強化加算（Ⅱ）：800 単位/月

⑦若年性認知症利用者受入加算：800 単位

⑧生活機能向上連携加算：（Ⅰ）1月に月 100 単位

（Ⅱ）1月に月 200 単位

⑨訪問体制強化加算：1,000 単位

⑩科学的介護推進体制加算：40 単位/月

⑪業務継続計画未策定減算：所定単位数の 100 分の 1 に相当する単位数の減算

⑫高齢者虐待防止措置未実施減算：所定単位数の 100 分の 1 に相当する単位数の減算

⑬身体拘束廃止未実施減算：所定単位数の 100 分の 10 に相当する単位数の減算

（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（食費）

ご契約者に提供する食事に要する費用です。

食費：朝食：330円 昼食：550円 夕食：550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です。

実費

エ おむつ代（おむつ+パッドの1セットにて ※破棄代も含む。） 160円

オ レクリエーション、クラブ活動

ご契約者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：材料代等の実費をいただきます。

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
- 2 銀行振り込み

【銀行振り込みの場合】

| |
|--|
| 鹿児島銀行 高見馬場支店 普通預金 No.1748358 (名義) 医療法人慈風会 理事長 厚地 正道 |
|--|

(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さ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所に申し出てください。

☆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。

6. 業務継続計画の策定等について

事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護の提供を継続的に実施するための、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るものとする

- 2 事業所は、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（年2回以上）に実施するものとする
- 3 事業所は、定期的に業務継続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ものとする

7. 虐待防止に関する事項

事業者は、利用者の人権擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講じるものとする。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会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) 虐待を防止するための定期的（年2回以上）な研修を実施する
 - (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を設置する
担当者は、当施設管理者が務めるものとする
- 2 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町に通知するものとする

8. 身体拘束の禁止に関する事項

事業所は、原則として利用者に対し身体拘束を禁止します。但し、当該利用者または他の利用者等の生命または身体を保護するため等緊急やむを得なく身体拘束を行う場合には事前に説明をし同意を得ます。また、事業所の職員がその様態及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録する。

9. 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） 辺麦 英明

[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6番6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 |

10. 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

11. 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>

| | | |
|----------------|-----|--------------------|
| 厚地脳神経外科病院 | 所在地 | 鹿児島県鹿児島市東千石町4番13号 |
| | TEL | 099-226-1231 |
| 介護老人保健施設 鴨池慈風苑 | 所在地 | 鹿児島県鹿児島市東郡元町11番6号 |
| | TEL | 099-252-8291 |
| 小松歯科医院 | 所在地 | 鹿児島県鹿児島市荒田1丁目45番3号 |
| | TEL | 099-254-4070 |

12. 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

13. 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が生じた場合、弁償していただく場合があります。
- 他のご契約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。
- 事業所内での他のご契約者に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（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 城西

説明者職名 管理者 氏 名 辺 麦 英 明 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交付を受けました。

ご契約者 住 所
氏 名 印

身元引受人 住 所
氏 名 印