

「(予防) 小規模多機能型居宅介護」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。
事業所番号：4590101137

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通り説明します。

※ 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」または「要介護」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いない方でもサービスの利用は可能です。

□ □ □ 目 次 □ □ □

| | |
|-------------------------------|-----|
| 1. 事業者・・・・・・・・・・・・・・・・ | 1 |
| 2. 事業所の概要・・・・・・・・・・・・・ | 2 |
| 3. 事業実施地域及び営業時間・・・・・・・・ | 3 |
| 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・・・・・・・・ | 4～8 |
| 6. 苦情の受付について・・・・・・・・・・・・・ | 8 |
| 7. 運営推進会議の設置・・・・・・・・・・・・・ | 8 |
| 8. 協力医療機関、バックアップ施設・・・・・・・・ | 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 社会福祉法人 徳栄会
- (2) 法人所在地 宮崎県日南市大字楠原1840番地
- (3) 電話番号 0987-21-2080
- (4) 代表者氏名 理事長 河野 洋徳
- (5) 設立年月 平成10年 9月 11日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 (予防) 小規模多機能型居宅介護事業所
令和2年 2月 1日指定
- (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る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 さくらテラス
- (4) 事業所の所在地 宮崎市清武町加納字浜手甲1312番1
- (5) 電話番号 0985-84-2277
- (6) 事業所管理者 杉尾 祐樹
- (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、利用者及びその家族との信頼関係を築き、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 令和2年2月1日
- (9) 登録定員 29人
(通いサービス定員18人、宿泊サービス定員9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です。

| 居室・設備の種類 | | 室数 | 備 考 |
|-------------|----|-----------------------------|-------------------|
| 宿 泊 室 | 個室 | 9 室 | 1階9室 |
| | | | 指定基準7.43㎡(4.5畳以上) |
| | | | 全室9㎡以上 |
| 居間 食堂 | | 56.28㎡ | |
| 台所 | | 10.83㎡ | |
| 浴室 | | 10㎡ | |
| 消防設備 | | 消火器、誘導灯、火災報知機、非常用照明、スプリンクラー | |
| その他 | | | |

* 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 宮崎市 (生活圏域：生目地域)

＊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 | 日～月 9：00 時～ 17：00 時 |
| 訪問サービス | 随時 |
| 宿泊サービス | 日～月 17：00時～ 翌朝9：00時 |

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 人 | | | | 事業内容整備 |
| 2. 介護支援専門員 | | 1 人 | | | サービスの調整・相談業務 |
| 3. 介護職員 | 7 人 | | | | 日常生活の介護・相談業務 |
| 4. 看護職員 | | 1 人 | | | 健康チェック等の医療業務 |

＊ 常勤換算：職員それぞれの週当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（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、利用者の状況に応じ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、ご契約に対して以下のサービスを提供します。

等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) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合 (介護保険の給付対象にならないサービス) |
|---|

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の7～9割が介護保険から給付され、利用者の自己負担は費用全体の1～3割の金額となります。ア～ウのサービスを具体的にそれぞれどのような頻度、内容で行なうかについては、ご契約者と協議の上、小規模多機能型居宅介護計画に定めます。

＜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、排泄など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。
- ・ 台所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ないます。
- ・ 衣服の着脱、身体の清拭、洗髪、洗身の介助を行ないます。
- ・ 入浴サービスの利用は任意です。

③ 排泄

- ・ 利用者の状況に応じて適切な排泄の介助を行なうとともに、排泄の自立についても適切な援助を行ないます。

④ 機能訓練

- ・ 利用者の状況に適した機能訓練を行ない、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

- ・ 血圧測定など利用者の全身状態の把握を行ないます。

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ないます。

イ. 訪問サービス

- ・ 利用者の自宅にお伺いし、食事や入浴、排泄など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当たって、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なう宗教活動、政治活動、営利活動
 - ⑤ その他、ご契約者もしくはその家族等に行なう迷惑行為

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>

ア、通い、訪問、宿泊（介護費用分）全てを含んだ一月単位の包括費用の額

利用料金は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）。

| 要介護度 | 要介護度 1 | 要介護度 2 | 要介護度 3 | 要介護度 4 | 要介護度 5 |
|------------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 自己負担額 (1 割負担) | 10,458 円 | 15,370 円 | 22,359 円 | 24,677 円 | 27,209 円 |
| (2 割負担) | 20,916 円 | 30,740 円 | 44,718 円 | 49,354 円 | 54,418 円 |
| (3 割負担) | 31,374 円 | 46,110 円 | 67,077 円 | 74,031 円 | 81,627 円 |

予防給付サービス

| 要介護度 | 要支援 1 | 要支援 2 |
|---------|----------|----------|
| (1 割負担) | 3,450 円 | 6,972 円 |
| (2 割負担) | 6,900 円 | 13,944 円 |
| (3 割負担) | 10,350 円 | 20,916 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小規模多機能型居宅介護計画に定めた期日より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」および「登録終了日」とは、次の日を指します。

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、
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、ご契約者が保険給付の申請を行な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。
- * 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。

ア 緊急時における短期利用や宿泊への対応

小規模多機能型居宅介護の宿泊室に空床がある場合には、登録定員に空きがある場合にあって、緊急やむを得ない場合など一定の条件下において、登録者以外の短期利用が行える。

| 要介護度 | 要介護度 1 | 要介護度 2 | 要介護度 3 | 要介護度 4 | 要介護度 5 |
|-------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1. サービス利用料金 | 5,720 円/日 | 6,400 円/日 | 7,090 円/日 | 7,770 円/日 | 8,430 円/日 |
| 2. 介護保険から給付される金額 | 5,148 円/日 | 5,760 円/日 | 6,381 円/日 | 6,993 円/日 | 7,587 円/日 |
| 3. サービス利用に係る自己負担額 | 572 円/日 | 640 円/日 | 709 円/日 | 777 円/日 | 843 円/日 |

- * 登録者の数が定員未満時に限る。
- * 指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が緊急時に利用することが必要と認めた場合であって、指定小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員が登録利用者のサービス提供に支障がないと認めた場合。
- * サービス提供が過少である場合の減算を受けていないこと。
- * 利用開始に当たって、あらかじめ 7 日以内（やむを得ない事情がある場合は 14 日以内）の利用期間を定めること。
- * 上記の自己負担額についての表記は 1 割負担の場合です。2、3 割負担の場合は上記表示と異なります。

イ 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になります。30日を越える入院をされた後に再登録された場合も同様です。

| | |
|------------------------|----------------------------|
| 1. 加算対象サービスとサービス料金 | 初期加算（30日まで） 300円（1日あたり） |
| 2. うち、介護保険から給付される金額 | 270円（1日あたり） |
| 3. サービス利用に係る自己負担額（1－2） | 30円（1日あたり） |

ウ 看護職員配置加算(Ⅰ)

医療面のサービスを充実させるために、常勤(専任)の正看護師を1人以上配置している場合に加算となり、1月につき、900円の自己負担が必要になります。准看護師の場合は900円の自己負担が必要になります。

エ 認知症加算(Ⅰ)

日常生活に支障を来たすおそれのある症状・行動が認められることから、介護を必要とする認知症の利用者の方(認知症日常生活自立度Ⅲ以上の方)、1月につき、920円の自己負担が必要となります。

認知症加算(Ⅱ)

要介護度2に該当し、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さがみられ、周囲の者による注意を必要とする認知症の利用者の方(認知症日常生活自立度Ⅱの方)、1月につき、890円の自己負担が必要となります。

※ 区分支給限度額に含めない加算

ア サービス提供体制強化加算(Ⅱ)

厚生労働大臣が定める基準(常勤職員が50%以上配置されている)に適合する場合1月につき、640円の自己負担が必要になります。

※定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

イ 訪問体制強化加算（介護予防小規模多機能型居宅介護サービスは対象外）

訪問を担当する常勤の職員を2名以上配置し、かつ、1月あたり延べ訪問回数が200回以上である場合に1月に1,000円の自己負担が必要となります。

ウ 総合マネジメント体制強化加算(Ⅱ)

①個別サービス計画について、利用者の心身の状況や家族を取り巻く環境の変化を踏まえ、介護職員や看護職員等の多職種共同により、随時適切に評価されていること。

②個別サービス計画の見直しの際に、利用者又はその家族に対して、当該見直しの内容を説明し、記録していること。

以上の要件を満たしている場合に1月に800円の自己負担が必要となります。

エ 科学的介護推進体制加算

全ての利用者の心身の基本的な情報を LIFE(利用者の状態やサービスの内容などの情報を幅広く蓄積していくデータベース)へ送り、LIFEからのフィードバックなどを活用し事業所内で PDCA サイクルを回していくこと。事業所は、利用者の自立支援・重度化防止を図る「サービス計画」を作る。実践したサービスを多職種共同で検証し、「サービス計画」の見直しにつなげる。利用者一人当たり 40 円の自己負担が必要となります。

オ 認知症行動心理症状緊急対応加算

利用者に「認知症の行動・心理症状」が認められ、緊急に短期利用（短期利用居宅介護費）が必要であると医師が判断した場合であって、ケアマネジャー、受け入れ事業所の職員と連携し、利用者または家族の同意の上、短期利用（短期利用居宅介護費）を開始した場合に算定できる。緊急利用した日から 7 日間に限り、1 日 200 円の負担が必要となります。

カ 生産性向上推進体制加算

ICT 機器を活用しながらご利用者の安全並びに、介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討する。又、委員会の開催や、必要な安全対策を講じた上で改善活動を継続的に行うこと。利用者一人当たり 10 円の自己負担が必要となります。

介護職員処遇改善加算Ⅱ

厚生労働省が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善及び算定要件を届けた場合にサービス利用料金の額の 14.6%に相当する額が加算となります。

※上記の全ての加算自己負担額についての表記は 1 割負担の場合です。2、3 割負担の場合は上記表示と異なります。

(2) 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です。

料金：朝食＝350 円、昼食＝600 円、夕食＝450 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。

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

未定

エ. おむつ代

実費

オ. その他生活にかかる費用

おやつ代、その他材料費、理美容代等は実費でいただきます。

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。

キ．介護保険対象外における通院付き添い等の費用

ご契約者の希望により受診付き添いを希望される場合は、1 時間につき 1,500 円をご負担いただきます。また、1 時間を超えて付き添いが必要な場合は、30 分につき 750 円をご負担いただきます。（社用車の使用は行っておりません。）

（３）利用料金のお支払い方法

利用料金のお支払いは、1 ヶ月ごとに計算し請求書発行後翌月内に事業所での現金払い口座振替引き落とし若しくは口座振込（手数料は利用者負担）にてお支払いください。

※口座引き落としの際には請求システムの都合上、関連施設の「アリビオさくら」と印字しますのでご理解の程よろしくお願い致します。

（４）利用の中止、変更、追加

- ＊ 小規模多機能型居宅介護サービスは、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、希望などを勘案し、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、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 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、適額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。
- ＊ サービス利用の変更・追加の申出に対して、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）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門窓口で受け付けます。

○ 杉尾 祐樹（苦情受付窓口担当者）

〒889-1605 宮崎市清武町加納字浜手甲1312番1

TEL (0985) 84-2277

FAX (0985) 84-2277

また、苦情、ご意見箱を玄関に設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

○宮崎市・市役所（介護保険課）

〒880-8505 宮崎市橋通り西1-1-1

TEL : (0985) 25-2111（代表）

(0985) 21-1777（直通）

FAX : (0985) 31-6337

○宮崎県国民健康保険団体連合会（介護サービス相談係）

〒880-8581 宮崎市下原町231番地1

TEL : (0985) 35-5301

FAX : (0985) 25-0268

○宮崎県社会福祉協議会

〒880-0007 宮崎市原町2番22号

TEL : (0985) 22-3145

FAX : (0985) 27-9003

7. 事故発生時等における対応

事業所提供を行っているときに利用者に症状の急変事態が生じた時は、速やかに主医や医療機関に連絡する等の必要な措置を講じます。

- (1) 利用者に対する指定サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、当該利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な処置を講じる。
- (2) 本事業所は、前項の事故の状況及び事故に際して取った処置について記録する。
- (3) 事故が生じた際には、その原因を解明し、再発防止の対策を講じる。
- (4) 本事業所は、利用者に対する指定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、損害賠償を速やかに行うものとする。
- (5) 利用者に対する指定サービス提供により、事業者は事故の責めに帰すべからざる事由によって生じた損害については、損害賠償を負わないものとする。
- (6) 本事業所は、前項の損害賠償の為に、損害賠償責任保険に加入する。

8. 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の評価、要望、助言を受けるため、次のとおり設置しています。

<運営推進会議>

構成：利用者、利用者の家族、地域住民の代表、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：概ね2ヶ月に1回

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。

9. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

- (1) 事業所は、第三者評価機関による評価を実施しておりません。

8. 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>

○しおもりクリニック 所在地：宮崎市清武町池田台北34-40

TEL：(0985) 55-0200

○青山歯科医院 所在地：宮崎市本郷南方2040-6

TEL：(0985) 56-2337

9. 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って対応を行ないます。また、避難訓練を年2回、契約者も参加して行ないます。

○防火管理者： 杉尾 祐樹

<消防用設備>

- ・ 自動火災報知機
- ・ 誘導灯
- ・ 消火器
- ・ スプリンクラー

<地震、大水等災害発生時の対応>

- ・ 関連施設等に非難
- ・ 非常食等の確保（関連施設）

10. 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。
- 他の利用者に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。
- 事業所内でのほかの利用者の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（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ないました。

小規模多機能ホーム さくらテラス

説明者：氏名

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（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。

利用者住所：

氏名：

印

代理人住所：

氏名：

印

続柄：