

小規模多機能型居宅介護重要事項説明書

1. 小規模多機能型居宅介護を提供する事業者について

名称・法人種別	社会福祉法人 気づき福祉会
代表者氏名	理事長 依田 雅
所在地・連絡先	大阪府摂津市鳥飼下1丁目13番7号 (TEL) 072-650-3301 (FAX) 072-650-3303

2. 小規模多機能型居宅介護を担当する事業所について

(1) 事業所の所在地

事業所名	小規模多機能ホーム摂津いやし園
所在地・連絡先	大阪府摂津市鳥飼下1丁目15番6号 (TEL) 072-657-8500 (FAX) 072-657-8501
相談担当者名	松岡 将嗣

(2) 事業の目的及び運営方針

事業の目的	社会福祉法人気づき福祉会が設置する小規模多機能ホーム摂津いやし園(以下「事業所」という。)において実施する指定小規模多機能型居宅介護事業(以下「事業」という。)の適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め事業所の介護支援専門員、看護職員、介護職員(以下「小規模多機能型居宅介護従事者」という。)が、要介護状態の契約者に対し、適切な指定小規模多機能型居宅介護を提供することを目的とする。
運営方針	- この事業所が実施する事業は、要介護状態の契約者に、サービスの拠点への「通い」を中心に、その居宅への「訪問」又は短期間の「泊り」のサービスを組み合わせ、家庭的環境と地域住民との交流のもとで、入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活の世話及び機能訓練を行うことにより、契約者がその有する能力に応じ、居宅において「自立」した日常生活が送れるように援助を行う。 - 契約者の心身の状況、その置かれている環境等を十分に把握し、契約者にとってなじみの関係ができ、安心して過ごせる「憩いの場」となるよう、個々の契約者に寄り添う援助を基本姿勢とする。 - 契約者の意思及び人格を尊重し、常に契約者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。 - 事業の実施に当たっては、契約者の所在する市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、保険医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めるものとする。 - 運営推進会議の開催や地域住民との交流等を通じ、地域に開かれた事業所をめざすとともに、地域福祉への貢献の一翼を担うことに努めるものとする。

(3)事業所の概要

事業所の種類	指定小規模多機能型居宅介護事業所 平成22年 8 月 1 日指定 事業所番号 2793700010		
管理者	松岡 将嗣		
開設年月日	平成22年8月1日		
契約定員	登録定員	29名	
	通いサービス定員	18名	
	泊りサービス定員	9名	
居室などの概要	当事業所では、以下の居室・設備をご用意しています。泊りサービスの際に利用される居室は個室です。 平家建てなので、通いサービスで過ごされるフロアーに泊りサービス用の居室がありますので、慣れた環境で泊りができます。		
	居室・設備の種類	室数	備 考
	宿泊室	9	ベット、畳対応(自宅と同様のスタイルで)
	居間・食堂	1	
	和室	1	掘りごたつ有
	台所	1	
	浴室	2	個浴対応
	菜園	1	季節の野菜、花を協同して作ります。
	テラス	1	

(4)事業実施地域及び営業時間

① 通常の実施地域

摂津市

② 営業日及び営業時間

営業日	365日 *ただし12月30日～1月3日休業する場合がある		
営業時間 24時間	通いサービス	月曜日～日曜日	9:30～16:30
	泊りサービス	月曜日～日曜日	18:00～9:00
	訪問サービス	随時	

(5)職員の配置状況

従事者の職種	常勤	非常勤	職務の内容
管理者(兼務)	1		従事者及び業務状況の把握と管理
介護支援専門員(兼務)	0.5		介護計画の作成、生活全般に係る援助
介護職員(兼務あり)	7以上	6以上	相談業務、生活全般に係る援助
内看護職員			健康管理及び生活全般に係る援助

(6)その他

事 項	内 容
小規模多機能型居宅介護計画の作成及び事後評価	担当の計画作成担当者が、契約者の直面している課題等を評価し、契約者やご家族の方の希望を踏まえて、小規模多機能型居宅介護計画を作成します。 また、サービス提供の目標の達成状況等を3カ月に1回、または随時評価し、その結果を書面に記載して契約者に説明の上交付します。

3. 当事業所が提供するサービスと利用料金

(1)介護保険給付対象サービス

① サービス内容

種 類		内 容
通いサービス	食事	食事の提供及び必要に応じ食事の介助を行います。 身体状況、嗜好、栄養バランスに配慮して作成した献立表に基づいて提供します。 調理、配膳等を従事者とともに一緒に行うこともできます。 食事サービスの利用は任意です。
	排泄	契約者の状況に応じ、適切な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。
	入浴	個浴対応で、契約者のペースで、必要な援助(衣服の着脱、洗身洗髪等の適切な介助)を行います。
	機能訓練	契約者の状況に応じた機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するように努めます。
	健康チェック	血圧測定、体温測定等、健康状態の把握に努めます。
	送迎	契約者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎を行います。
	余暇活動	契約者がやりたいことを自由にでき、楽しく過ごせるように援助を行います。
訪問サービス		契約者宅にお伺いし、食事や入浴、排泄等の日常生活上の世話を提供します。 訪問サービスの提供にあたって、以下に該当する行為は致しません。(医療行為・契約者からの金銭又は物品の伝授・契約者に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動・その他契約者もしくはそのご家族等に行う迷惑行為)
泊りサービス		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を提供します。

② サービス利用料金

i) 通い・訪問・泊り(介護費用分)全てを含んだ一月単位の包括費用の額

利用料金は一か月ごとの包括費用(定額)です。

下記の料金表によって、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。サービス利用料金は、契約者の要介護度及び介護負担割合(1割、3割)により、金額が異なります。

小規模多機能型居宅介護			自己負担額(月額)		
介護サービス	要介護度	単位数(月単位)	1割負担	2割負担	3割負担
	要介護1	10423単位	10,996円(税込)	21,993円(税込)	32,989円(税込)
	要介護2	15318単位	16,160円(税込)	32,321円(税込)	48,481円(税込)
	要介護3	22283単位	23,509円(税込)	47,017円(税込)	70,526円(税込)
	要介護4	24593単位	25,946円(税込)	51,891円(税込)	77,837円(税込)
	要介護5	27117単位	28,608円(税込)	57,217円(税込)	85,825円(税込)

* 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、日割りでの割引き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 契約者が当事業所と契約を結んだ日ではなく、通い、訪問、泊り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 契約者が当事業所の利用を終了した日。

- * 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、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。
- * 契約者に提供する食事及び宿泊に関わる費用は別途いただきます。(後述(2)の内容参照)
- * 介護保険法の改定及び政・省令、条例の変更等による、介護報酬等の改定等による利用料金変更に合わせて、契約者の負担額を変更します。

ii) 各種加算の費用の額

	金額	内 容
初期加算	32円(税込) (一日あたり)	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。
認知症加算Ⅰ	844円(税込) (一月あたり)	日常生活に支障をきたす恐れのある症状・行動が、主治医意見書もしくは認定調査票にて認められ、介護を必要とする認知症の方(認知症日常生活自立度Ⅲ以上)に適用される加算です。
認知症加算Ⅱ	528円(税込) (一月あたり)	要介護状態区分が要介護2であって、周囲から日常生活に対する注意が必要な場合の認知症の方(日常生活自立度Ⅱ以上)に適用される加算です。
サービス提供体制 強化加算Ⅱ	675円 (一月あたり)	介護福祉士を従事者の5割以上配置している場合適用される加算で、登録された全契約者にかかります。
介護職員 処遇改善加算Ⅰ	(基本サービス費+各加算) ×10.2%の一割算定額 (一月あたり)	介護職員の処遇改善のために、事業者における処遇改善を評価する加算で、登録された全契約者にかかります。
介護職員 特定処遇改善加算Ⅱ	(基本サービス費+各加算) ×1.2%の一割算定額 (一月あたり)	介護職員の処遇改善のために、事業者における処遇改善を評価する加算で、登録された全契約者にかかります。
総合マネジメント 体制加算	1055円(税込) (一月あたり)	サービスを適正に提供するために、利用者の生活全般に着目し、多種多様な主体と意思疎通を図り、適正に連携をするための体制を作るようにする。
若年性認知症 受入加算	844円(税込) (一月あたり)	若年性認知症の方を受け入れ、個別の担当者を定め、介護を行った場合に適用される加算です。
科学的介護 推進体制加算	42円(税込) (一月あたり)	利用者ごとの基本的な身体状況を厚生労働省に提出しサービスを適切かつ有効に提供するために活用します。
介護職員等ベース アップ等支援加算	(基本サービス費+各加算) ×1.7%の一割算定額 (一月あたり)	職員定着率とサービス向上の維持のため、事業所において、職員の処遇改善を評価する加算で登録された全契約者にかかります。

(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、利用料金の金額が契約者の負担となります。(下記の金額は消費税を含む)

種類	内容	利用料
食費	食事の提供に要する費用	朝食 350円(税込) 昼食 700円(税込) 配食弁当 650円(税込) 夕食 550円(税込)
宿泊費	宿泊に要する費用	一泊あたり 2300円(税込)
レクレーション、 行事費	当事業所では、レクレーション、行事を用意しております。 参加されるか否かは任意です。	材料費や外出費等、かかった実費をご負担していただきます。
おむつ代	パット、オムツ等提供に要する費用	要した費用の実費をご負担していただきます。

(3) 利用料のお支払い方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、利用月のあった月の合計金額により請求いたします。請求書は、サービス利用明細を添えて利用のあった月の翌月10日までに契約者あてにお渡しいたします。ゆうちょ銀行の自動引落しの手続きをとられた方は毎月20日に引落しさせていただきます。現金の場合は20日までに納入下さい。

※ お支払いを確認しましたら、必ず領収書をお渡しいたしますので紛失のないよう保管をお願いいたします。

(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の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、臨機応変に「通い」「泊り」「訪問」サービスを組み合わせ、介護を提供するものです。
- * 利用予定日の前に、サービス利用の中止または変更、もしくは新たなサービス利用を追加することができます。この場合は、できるだけ、サービスの実施日の前日までに事業者にご連絡ください。
- * 「通い」「泊り」サービスについては、一日の利用定員が制度上決められているため、事業所の稼働状況によっては、ご希望に添えない場合があります。その際は、「訪問」サービスを入れるなど、可能な方法を検討させていただきます。

(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、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、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」「泊り」「訪問」のサービスを柔軟に組み合わせることにより、現状の在宅生活を援助するものです。

事業者は、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、契約者やご家族と相談の上で小規模多機能型居宅介護計画を作成し、また実施経過を評価します。計画の内容及び評価結果は書面に記載して、契約者に説明し、交付します。

4. 秘密の保持と個人情報の保護について

①契約者及びその家族に関する秘密の保持について	事業者及び従事者は、サービスを提供する上で知り得た契約者及びご家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。 この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。
②個人情報の保護について	事業者は、契約者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議において、契約者の個人情報を用いません。また、契約者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議において、契約者の個人情報を用いません。 事業者は、契約者及びご家族に関する個人的な情報が含まれる記録物については、管理者の注意を持って管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとしします。

5. 緊急時の対応について

サービス提供中に契約者に緊急の事態が発生した場合、速やかにご家族や主治医、協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。

主治医	契約者の主治医	
	所属医療機関名称	
	所在地及び連絡先	
家族等	緊急連絡先の家族	氏名() 続柄()
	住所及び連絡先	

- * 契約者に急な体調の変化があり、救急車等で緊急に病院へ搬送した場合、上記緊急連絡先に連絡いたしますので、やむを得ない場合を除き、速やかに病院へお越しください。

6. サービスに関する相談、苦情について

(1) 事業所内苦情受付窓口

苦情又は相談があった場合は、契約者の状況を詳細に把握するために必要に応じ訪問を実施し、状況の聞き取りや事情の確認を行い、契約者の立場を考慮しながら事実関係の特定を慎重に行います。相談担当者は、把握した状況を管理者とともに検討を行い、時下の対応を決定します。対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに契約者へは必ず対応方法を含めた結果報告を行います。

《事業者の窓口》 小規模多機能ホーム摂津いやし園 相談係	受付窓口 担当者	氏名	松岡 将嗣
	所在地	摂津市鳥飼下1-15-6	
	TEL	072-657-8500	
	FAX	072-650-3303	
	受付時間	9時～17時半	

(2) 行政機関その他苦情受付機関

《第三者委員会における窓口》	第三者委員	中井 幸子
	TEL	072-654-4504
	第三者委員	
	TEL	
《市町村の窓口》 摂津市役所 保健福祉部高齢介護課	所在地	摂津市三島1丁目1番1号
	TEL	06-6383-1111
	受付時間	午前9時～午後5時15分(祝祭日・土・日曜日休み)
《公的団体の窓口》 大阪府国民健康保険 団体連合会	所在地	大阪府中央区常盤町1-3-8
	TEL	06-6949-5418
	FAX	06-6949-5417
	受付時間	午前9時～午後5時(祝祭日・土・日曜日休み)
大阪府福祉部高齢介護室 居宅事業者課 指導グループ	所在地	大阪府中央区谷町2丁目2-20
	TEL	06-6944-7099
	受付時間	午前9時～午後5時(祝祭日・土・日曜日休み)

7. 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、その内容などについての強化、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：契約者、契約者の家族、民生委員、摂津市保健福祉部高齢介護課職員、小規模多機能型居宅介護について知見を有するもの等。

開催：隔月で開催

会議録：運営推進会議の内容、評価、要望、助言などについて記録を作成します。

8. 協力医療機関

当事業所では、各契約者の主治医との連携を基本としつつ病状の急変など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	所在地	連絡先(TEL)
昭和病院	摂津市昭和園11-29	072-633-1171
気づき歯科クリニック	大阪市東淀川区瑞光1-8-12	06-6328-7989

9. 非常・火災時の対応

非常・災害時には、別途定める消防計画に則って対応を行います。また、避難訓練を年2回、契約者も参加して行います。

自動火災報知機	非常通報装置	非常用照明
消火器	誘導灯	スプリンクラー

* 防火管理者

* 夜間対応 夜勤職員1名配置、宿直1名配置

《 地震、水害等災害発生時の対応 》

* 悪天候(台風、積雪等)や施設の都合で送迎時間が遅れたり、その日のサービスを中止する場合は、朝8時30分までに施設より連絡いたします。

10. 虐待の防止について

事業者は、契約者等の人権の擁護・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。

- ① 研修等を通じて、従事者の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。
- ② 個別介護計画の作成など適切な支援の実施に努めます。
- ③ 従事者が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、従事者が契約者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

11. 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ご提示ください。
- * 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、弁償していただくことがあります。
- * 他の契約者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- * 金品はできるだけお持ちにならないようお願いします。ご持参される時は、職員までご連絡をお願いします。

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の開始に際し、本書面にに基づき、重要事項の説明を行いました。

事業者	所在地	大阪府摂津市鳥飼下1丁目15番6号
	法人名称	社会福祉法人 気づき会
	代表者名	依 田 雅 印
	事業者名	小規模多機能ホーム摂津いやし園
	管理者	松岡 将嗣
	説明者名	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、指定小規模多機能型居宅介護サービスの説明に同意しました。

契約者	住所	
	氏名	印

家族	住所	
	氏名	印