

指定介護予防小規模多機能型居宅介護サービス 重要事項説明書

(小規模多機能 たかもり苑)

当事業所は、利用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、契約上のご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

※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」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られていない方でもサービスの利用は可能です。

1. 事業者

事業者の名称	社会福祉法人 高森福祉会
事業者の所在地	山口県岩国市玖珂町 3 8 1 3 番地 6
事業者の代表者	理事長 岩本 浩
設立年月日	昭和 54 年 9 月 1 日
電話番号	0827-82-0500
ファクシミリ番号	0827-82-0736

2. 事業所の概要

事業所の名称	小規模多機能 たかもり苑
事業所の所在地	山口県岩国市周東町西長野 618 番地 1
管理者氏名	磯部 泰洋
開設年月日	平成 26 年 7 月 1 日
電話番号	0827-35-5225
ファクシミリ番号	0827-83-0505

3. 事業所の種類

指定介護予防小規模多機能型居宅介護

平成 26 年 7 月 1 日 岩国市指定 3590800367 号

4. 事業所の目的と運営の方針

事業の目的	住み慣れた地域で生活するために、介護保険法その他関係法令に従い、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、デイサービス、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。
運営方針	利用者一人ひとりの人権を尊重し、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、デイサービス、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。

5. 登録定員 29名（デイサービス定員18人、宿泊サービス定員9人）

※指定小規模多機能型居宅介護も含む

6. 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。

居室・設備の種類	室数
居室	7室（個室）、2室（個室以外）
居間・食堂	1室
台所	1室
浴室	1室
消防設備	消火器、自動火災報知器、誘導灯、スプリンクラー

※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に必置が義務付けられている施設・設備です。

7. 事業実施地域及び営業時間

（１）通常の事業の実施地域 岩国市全域とする。（但し、離島を除く）

※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ご利用できません。

（２）営業日及び営業時間

営業日	年中無休
デイサービス	月～日 7時～21時

訪問サービス	24 時間
宿泊サービス	月～日 21 時～7 時（受付は 16 時半までとする）

※受付・相談 : 8:30～17:30

※緊急時及び必要時においては柔軟に通い、訪問及び宿泊サービスを提供します。

8. 職員の配置状況

当事業所では、利用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。

＜主な職員の配置の状況＞※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	員数	指定基準	職務の内容
1. 管理者	1 人	1 人 (兼務可)	事業内容調整 (併設施設兼務)
2. 介護支援専門員	1 人以上	1 人 (兼務可)	サービスの調整・相談業務
3. 介護職員	5 人以上	5 人	日常生活の介護・相談業務
4. 看護職員	1 人以上	1 人 (兼務可)	健康チェック等の医務業務

＜主な職種の勤務体制＞

職種	勤務体制
1. 管理者	勤務時間：8 時半から 17 時半を基本とするシフト制
2. 介護支援専門員	勤務時間：8 時半から 17 時半を基本とするシフト制
3. 介護職員	主な勤務時間：8 時半から 17 時半を基本とするシフト制 夜間の勤務時間：16 時から 10 時を基本とするシフト制 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 時半から 17 時半を基本とするシフト制

9. 当事業所が提供するサービスと利用料金

利用料金につきまして詳しくは別紙 1 を参照下さい。

なお、介護報酬改正に基づくサービス費の改正は、それに従うものとし、料金改正通知書を発送致します。

(1) 介護保険給付サービス

①介護予防小規模多機能型居宅介護計画等の作成

②デイサービス

事業所において、食事や入浴、排せつ等の日常生活上の世話や機能訓練等を提供します。

- ・ 日常生活の援助
- ・ 健康チェック
- ・ 機能訓練
- ・ 食事支援
- ・ 入浴支援
- ・ 排泄支援
- ・ 送迎支援

③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、支援を提供します。

その他下記のとおりです。

- ・ 排泄の介助、食事の介助、清拭・体位交換等の身体の介護
- ・ 調理、居室の掃除、生活必需品の買物等の生活の援助
- ・ 訪問、電話等による安否確認

④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。

⑤相談・助言等

- ・ 利用者及びその家族の日常生活上における介護等に関する相談及び助言、申請代行等を行います。

☆ 月ごとの包括料金ですので、利用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」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

☆ 利用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。要支援の認定を受けた後、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、利用者が保険給付の申請を行うため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。

⑥短期利用介護予防居宅介護費

小規模多機能型居宅介護の宿泊室に空床がある場合、緊急やむを得ない場合等、一定の条件下において、登録者以外の短期利用が可能となります。

利用要件

- ・利用者の状態や家族等の事情により、利用者を担当する指定介護予防支援事業所の介護支援専門員が、緊急に利用することが必要と認めた場合であって、当事業所の介護支援専門員が、当事業所の登録者に提供されるサービスに支障が無いと認めた場合。
- ・利用期間は、7日以内（利用者の日常生活域の世話をを行う家族の疾病等やむを得ない事情がある場合は14日以内）であること。
- ・当事業所が提供するサービスが過小である場合の減算を受けていない場合。
- ・指定基準に定める従業員数を配置している場合。

（２）介護保険給付外サービス

ア 食事の提供（食事代）

利用者に提供する食事に要する費用です。

【料金】 ： 朝食 295円 昼食 575円 夕食 575円

イ 宿泊に要する費用

利用者に提供する宿泊サービスの宿泊に要する費用です。

【一泊】 2,200円

ウ 通常の事業の実施地域以外の利用者に対する送迎及び交通費は実費とします。

エ おむつ代は、実費を請求します。

オ 洗濯代は、当施設の洗濯機1日分の量につき200円いただきます。

尚、特殊な洗濯を要するものは業者に依頼します。

カ おやつは選択制により、1回55円で提供致します。

キ レクリエーション活動等

利用者の希望によりレクリエーション活動等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。

ク 複写物の交付

利用者は、サービスの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。

☆ 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、事前に内容の変更する事由について、変更を行う日から2ヶ月前までにご説明します。

ケ その他

ご本人及びご家族の依頼による物品購入ないし、サービス利用経費につきましては、実費を請求させていただきます。

(3) 利用料金のお支払方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、次の通りお支払い下さい。

- ① 1か月ごとに計算し、翌月10日までにご請求いたしますので月末までのお支払いをお願いします。お支払い方法は、当事業所の窓口払い、金融機関からの自動引き又は振り込みとさせていただきます。
- ② 振込の場合、下記の口座へお振込みください。

お振込先：山口銀行高森支店 普通預金 5018133

シヤカイクシホウジン タカモリフクカイ ショウキホダキノ タカモリエン

名義人：社会福祉法人 高森福祉会 小規模多機能 たかもり苑

リジチョウ イモト ヒロシ

理事長 岩本 浩

(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、契約者の日々の状態、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、指定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に出してください。

☆ (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、(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の申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、キャンセル料をお支払いいただく場合があります。ただし利用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・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により利用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

指定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、利用者の状況に合わせて適切にサービスを提供するため、利用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利用者に説明の上交付します。

(6) サービス提供の記録

提供したサービスについては、その都度「サービス提供記録」に記録し、その控えを利用者に交付します。また、この記録は5年間保存することとします。

10. 秘密の保持と個人情報の保護について

(1) 利用者及びその家族に関する秘密の保持について

事業者及び事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及び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) 個人情報の使用・提供に関する注意事項について

事業者は、前項の規定にかかわらず、利用者及び家族の個人情報を以下のために、必要最小限の範囲内で使用・提供、または収集します。

○利用者に関わる介護予防居宅サービス計画及び介護予防小規模多機能型居宅介護計画の立案や円滑なサービス提供のために実施されるサービス担当者会議での情報提供。

○介護支援専門員とサービス事業所との連絡調整。

○利用者が医療サービスの利用を希望している場合及び主治医の意見を求める必要がある場合。

○利用者の容態の変化にともない、緊急連絡を必要とする場合。

(3) 個人情報に関する情報共有に必要な書類例は以下のとおりです。

必要書類例

①介護保険被保険者証・減額認定証 ②アセスメント書類・サービス提供記録 ③介護予防居宅サービス計画書 ④介護予防小規模多機能型居宅介護計画書 ⑤経過報告書 ⑥主治医の意見書 ⑦身体障害者手帳 ⑧診断書等

※ 個人情報の使用及び提供期間は、サービス提供の契約期間に準じます。

1 1. 虐待・ハラスメント防止のための措置について

ご利用者の人権擁護・虐待及び職員へのハラスメント防止等に対応するため、指針の整備、委員会の開催、責任者の設置、相談窓口の設置等苦情解決体制の整備、成年後見制度の利用支援、職員に対する研修、地域の他団体機関(医師等他職種、法律専門家、行政、警察、地域の事業者団体)等との連携その他必要な措置を講じます。

1 2. サービス提供に関する相談・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窓口で受け付けます。

- 苦情受付窓口(担当者) 計画作成担当者 城 克巳
- 苦情解決責任者 管理者 磯部 泰洋
- 受付時間 随時 8:30~17:30

(2) 行政機関その他苦情受付機関

【市町村の窓口】

岩国市福祉部 福祉政策課 指導監査室

所在地 岩国市今津町1丁目14番51号(岩国市役所3階)

電話番号 0827-29-5072

FAX 0827-21-3337

受付時間 8:30~17:15 (土、日、祝日、年末年始を除く)

【公的団体の窓口】

山口県国民保険団体連合会

所在地 山口市朝田1980-7 国保会館

電話番号 083-995-1010

FAX 083-934-3665

受付時間 9:00~17:00 (土、日、祝日、年末年始を除く)

【公的団体の窓口】

山口県運営適正化委員会（福祉サービス苦情解決委員会）

所在地 山口市大手町 9－6

電話番号 083-924-2837

F A X 083-924-2793

受付時間 8：30～17：00（土、日、祝日、年末年始を除く）

1 3. 相談・苦情解決の体制及び手順

（１）苦情又は相談があった場合には、利用者の状況を詳細に把握するよう必要に応じ、状況の聞き取りのための訪問を実施し、事情の確認を行い、苦情に関する問題点を把握した上で検討を行い、再発防止の対策を決めていきます。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、利用者へは必ず対応方法を含めた結果報告を行います。

（２）第三者委員会の設置

①第三者委員は、理事会で選考して理事長が任命した以下の委員を置く。

山崎 保彦	〒742-0341 岩国市玖珂町 3851 番地 電話番号 0827-82-2495
岡村 静代	〒742-0021 柳井市柳井 7146-2 電話番号 0820-22-5997

②職務は次のとおりとする。

ア、苦情受付担当者から受付けた苦情内容の報告聴取

イ、苦情内容の報告を受付けた旨を苦情申出人へ周知

ウ、利用者からの苦情の直接受付

エ、苦情申出人への助言

オ、事業者への助言

カ、苦情申出人と苦情解決責任者の話し合いへの立会い、助言

キ、苦情解決責任者からの苦情に係る事案の改善状況等の報告徴収

ク、日常的な状況把握と意見傾聴

1 4. 事故発生時の対応

(1) サービス提供中に事故が起きた場合には速やかに、家族へ連絡、医療機関への対応、市町村及びその他の関係機関への連絡をいたします。

(2) 事業者は、自己の責に帰すべき事由がない限り損害賠償責任を負いません。本契約に基づくサービスの実施に伴って自己の責に帰すべき事由が生じた場合には、以下の保険会社で対応致します。また守秘義務に違反した場合も同様とします。

○社会福祉施設総合損害補償保険

ただし、その損害の発生についてご利用者に故意又は過失が認められる場合は、ご利用者の置かれた心身の状態を斟酌して相当と認められる範囲において、事業者の損害賠償責任を減じることができるものとします。

1 5. 運営推進会議の設置

当事業所では、指定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**：利用者、利用者家族、地域住民の代表者、岩国市の担当職員もしくは事業所が所在する地域を管轄する地域包括支援センターの職員、及び指定介護予防小規模多機能居宅介護等についての知見を有する者とします。
- ・**開 催**：おおむね2ヶ月に1回以上とします。
- ・**記録、公表**：運営推進会議の報告、評価、要望、助言等についての記録を作成するとともに、当該記録を公表します。

1 6. 協力医療機関、バックアップ施設

当事業所では、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を協力医療機関・施設として連携体制を整備しています。

<協力医療機関・施設>

- ・医療法人淳心会 岩本医院
- ・特別養護老人ホーム 高森苑
- ・特別養護老人ホーム 玖珂苑
- ・老人保健施設 くが

17. 非常火災時の対応

非常時（火災、風水害、地震）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回以上おこないます。

- ・防火管理者：磯部 泰洋

＜消防用設備＞

- ・消火器等消防法による設備を設置しています。

18. 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。

○事業所内の設備や機器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。

○他の利用者の迷惑と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。

○面会時間は、午前9時から午後9時までです。職員に申し出て面会簿に必ず記入してください。午後7時から翌朝午前7時までは玄関が内側より施錠されます。お帰りの際、退出できなくなりますので、退出時は職員へ申し出てください。

○利用者または他の利用者の生命・身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除いて、身体的拘束等を行いません。なお緊急やむを得ず、身体拘束その他の方法により行動を制限する場合は、事前に説明し同意を得て行います。

私は、本書面に基づいて当施設の職員（職名_____氏名_____）から上記重要な事項の説明を受けたことを確認します。

令和 年 月 日

利用者 住所

氏名 _____

利用者の家族等 住所

氏名

続柄 _____

指定介護予防小規模多機能型居宅介護サービス

小規模多機能 たかもり苑

利 用 料 金 表

1 食費・宿泊費

料金の種類	金 額
食事の提供に要する費用	朝食 2 9 5 円
	昼食 5 7 5 円
	夕食 5 7 5 円
宿泊費	2, 2 0 0 円／泊

2 サービス費

介護報酬改正に基づくサービス費の改正は、それに従うものとし、料金改正通知書を発送致します。

区分	項 目	金 額			単位：円
		1 割	2 割	3 割	備考
基 本	要支援1	3, 450	6, 900	10, 350	1月当り
	要支援2	6, 972	13, 944	20, 916	1月当り
加 算	初期加算	30	60	90	1日当り ※起算日から30日以内
	サービス提供体制強化加算 I ※ 1	750	1, 500	2, 250	1月当り
	総合マネジメント体制強化 加算 I ※1	1, 200	2, 400	3, 600	1月当り
	口腔・栄養スクリーニング 加算	20	40	60	6ヶ月に1回算定
	若年性認知症利用者受入加 算	450	900	1, 350	1月当り
	科学的介護推進体制加算	40	80	120	1月当り
	生産性向上推進体制加算Ⅱ	10	20	30	1月当り
	介護職員等処遇改善加算Ⅰ ※ 1	基本サービス費に各種加算を加えた総単位数×14.9%			

※ 1 当該加算は、区分支給限度額の算定対象外

短期利用介護予防居宅介護費

区分	項 目	金 額			単位：円
		1 割	2 割	3 割	備考
基本	要介護1	424	848	1, 272	1日当り
	要介護2	531	1, 062	1, 593	1日当り
加 算	サービス提供体制強化加算 Ⅰ ※ 1	25	50	75	1日当り
	認知症行動・心理症状緊急 対応加算	200	400	600	1日当り（7日を限度として）
	生産性向上推進体制加算Ⅱ	10	20	30	
	介護職員等処遇改善加算Ⅰ ※ 1	基本サービス費に各種加算を加えた総単位数×14.9%			

※1 当該加算は、区分支給限度額の算定対象外

3 その他の費用

料金の種類	金 額
おやつ代	55円／1日1回 ※選択制
洗濯代	200円／回
おむつ代	実費
レクリエーション活動	材料費等実費
在宅用食材費	実費

4 居宅サービス計画に基づくサービス費とは別に提供された、介護予防小規模多機能型居宅介護サービスの費用（全額自己負担の場合）

介護報酬改正に基づく費用の改正は、それに従うものとします。

区分	項 目	金 額
基 本	要支援1	34,500円／月
	要支援2	69,720円／月
加 算	初期加算	300円／日
	サービス提供体制強化加算Ⅰ	7,500円／月
	総合マネジメント体制強化加算Ⅱ	12,000円／月
	口腔・栄養スクリーニング加算	200円／回
	若年性認知症利用者受入加算	4,500円／月
	科学的介護推進体制加算	400円／月
	生産性向上推進体制加算Ⅱ	100円／月
	介護職員等処遇改善加算Ⅰ	(基本料金＋加算料金) × 14.9%

短期利用

区分	項 目	金 額
基 本	要介護1	4,240円／日
	要介護2	5,310円／日
加 算	サービス提供体制強化加算Ⅰ	250円／日
	認知症行動・心理症状緊急対応加算	2,000円／日
	生産性向上推進体制加算Ⅱ	100円／月
	介護職員等処遇改善加算Ⅰ	(基本料金＋加算料金) × 14.9%