

様

小規模多機能型居宅介護 重要事項説明書

社会福祉法人 豊珠会

小規模多機能型居宅介護ホーム大津川八幡苑

(介護保険事業所番号 第 1292200399 号)

小規模多機能型居宅介護
小規模多機能型居宅介護ホーム大津川八幡苑 重要事項説明書

1 事業所の概要

(1) 提供できるサービスの種類

種 類 小規模多機能型居宅介護

事業所名称 小規模多機能型居宅介護ホーム大津川八幡苑

事業所番号 第 1292200399 号

所 在 地 千葉県柏市藤心 271 番地 1

電 話 番 号 04-7170-5577

ファクシミリ番号 04-7170-5576

(2) 配置基準

従業員の職種、員数及び職務内容は次のとおりとする。

① 管理者：1名（常勤）

事業所を代表し、従業員の管理及び業務の管理を一元的に行なうとともに、法令等において規定されている事業の実施に関し、当事業所の従業員に対し遵守すべき事項について指揮命令を行なう。

② 介護支援専門員：1名

利用者及びその代理人等の必要な相談に応じるとともに、適切なサービスが提供されるよう、居宅サービス計画及び小規模多機能型居宅介護計画の作成、地域包括支援センターや居宅介護サービス事業所等の他の関係機関との連絡、調整等を行なう。

③介護職員（日中）：常勤換算方法で通いサービス利用者3名またはその端数を増すごとに
1名以上

常勤換算方法で訪問サービス利用者対応として1名以上

④介護職員（夜間）：宿泊サービス利用者に対して1名以上（夜勤）

訪問サービス利用者対応として1名以上（宿直）

◆夜勤者及び宿直者の体制の場合、宿直者は随時の訪問に支障がない体制が整備されていれば、事業所内で宿直勤務を行なわないことができる。

◆宿泊サービス利用者がいない場合であって、夜間及び深夜時間帯を通じて利用者に対して訪問サービスを提供するために必要な連絡体制を整備しているときは、宿直勤務に当たる介護職員を置かないことができる。

◆介護職員は、利用者の日常生活の支援等を行なう。尚、介護職員のうち1名以上は常勤とし、1名以上は看護師または准看護師（非常勤でも可）とする。

(3) 営業時間等

営業日 365 日

営業時間 通いサービス 午前 6 時 30 分から午後 9 時 30 分まで

宿泊サービス 午後 5 時 00 分から午前 9 時 00 分まで

訪問サービス 24 時間

◆緊急時及び必要時においては柔軟に通いサービス、訪問サービス及び宿泊サービスを提供する。

登録定員 25 名

通いサービスの利用定員 15 名

宿泊サービスの利用定員 6 名

通常の事業実施区域：柏市全域

(4) 設備の概要

①宿泊室：定員 6 名、全室個室

②トイレ：2 か所

③浴室：1 か所

④台所：1 か所

⑤談話室：1 か所

⑥共同生活室：2 か所

(5) 運営方針

1 利用者が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、最もふさわしいサービスを提供する。

2 小規模多機能型居宅介護等の提供にあたっては、小規模多機能型居宅介護計画及び介護予防小規模多機能型居宅介護計画に基づき、漫然かつ画一的にならないように、利用者の機能訓練及びその者が日常生活を営むことができるよう必要なサービスを提供する。

3 登録者が通いサービスを利用していない日においては、可能な限り、訪問サービスの提供、電話連絡による見守り等を行なう等登録者の居宅における生活を支えるために適切なサービスを提供する。

2 サービスの概要

(1) 居宅介護サービス計画及び小規模多機能型居宅介護計画の作成をいたします。

(2) 通いサービス

食 事：食事の提供及び食事の介助をいたします。

食事は共同生活室で召し上がっていただくよう配慮いたします。

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いたします。

調理、配膳等を介護職員とともに行なうことも可能です。

食事サービスの利用は任意です。

排 泄：利用者の状況に応じ、適切な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。

入 浴：利用者の状況に応じ、衣服の着脱、身体の清拭、洗髪、洗身等の適切な介助を行ないます。

機能訓練：利用者の状況に応じた機能訓練を行ない、身体機能の低下を防止するように努めます。

健康観察：血圧測定、体温測定等、利用者の健康状態の把握に努めます。

送 迎：利用者及びその代理人等の希望により、利用者のご自宅と当事業所間の送迎を行ないます。

(3) 宿泊サービス

当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援助を提供いたします。

(4) 訪問サービス

①利用者のご自宅にお伺いし、食事や入浴、排泄等の日常生活上の援助を提供いたします。

②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。

③ 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。

イ 医療行為

ロ 利用者またはその代理人等の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり

ハ 利用者またはその代理人等からの金銭、物品、飲食の授受

ニ 利用者本人以外に対するサービス提供

ホ 利用者の日常生活の範囲を超えたサービス提供（大掃除、庭掃除など）

ヘ 利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食

ト 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者または第三者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）

チ その他利用者またはその代理人等に対して行なう信仰活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

(5) 相談・助言等

利用者及びその代理人等の日常生活上における介護等に関する相談及び助言、申請代行等を行ないます。

3 利用料金

(1) 介護保険給付対象サービスの料金

①利用料金

	単位数／月	自己負担額／月
要支援 1	3,450 単位	約 3,570 円
要支援 2	6,972 単位	約 7,202 円
要介護度 1	10,458 単位	約 10,804 円
要介護度 2	15,370 単位	約 15,878 円
要介護度 3	22,359 単位	約 23,097 円
要介護度 4	24,677 単位	約 25,492 円
要介護度 5	27,209 単位	約 28,107 円

②加算料金

区 分	単位数	自己負担額（目安）	
訪問体制強化加算	1,000 単位／月	約 1,033 円／月	
サービス提供体制強化加算			
(１)	(Ⅰ)	750 単位／月	約 775 円／月
	(Ⅱ)	640 単位／月	約 662 円／月
	(Ⅲ)	350 単位／月	約 362 円／月
(２)	(Ⅰ)	25 単位／日	約 26 円／日
	(Ⅱ)	21 単位／日	約 22 円／日
	(Ⅲ)	12 単位／日	約 13 円／日
初期加算	30 単位／日	約 31 円／日	
認知症加算			
	(Ⅰ)	920 単位／月	約 951 円／月
	(Ⅱ)	890 単位／月	約 920 円／月
	(Ⅲ)	760 単位／月	約 785 円／月
	(Ⅳ)	460 単位／月	約 476 円／月
若年性認知症利用者受入加算	800 単位／月	約 827 円／月	
口腔・栄養スクリーニング加算	20 単位／回	約 21 円／回	
看護職員配置加算			
	(Ⅰ)	900 単位／月	約 930 円／月
	(Ⅱ)	700 単位／月	約 724 円／月
	(Ⅲ)	480 単位／月	約 496 円／月
総合マネジメント体制強化加算			
	(Ⅰ)	1,200 単位／月	約 1,240 円／月
	(Ⅱ)	800 単位／月	約 827 円／月
科学的介護推進体制加算	40 単位／月	約 42 円／月	

生産性向上推進体制加算			
	(Ⅰ)	100 単位／月	約 104 円／月
	(Ⅱ)	10 単位／月	約 11 円／月
介護職員等処遇改善加算			
	(Ⅰ)	上記①、②合計の 149/1,000 を加算	上記①、②合計の 14.9%が加算されます
	(Ⅱ)	上記①、②合計の 146/1,000 を加算	上記①、②合計の 14.6%が加算されます
	(Ⅲ)	上記①、②合計の 136/1,000 を加算	上記①、②合計の 13.6%が加算されます
	(Ⅳ)	上記①、②合計の 10.6/1,000 を加算	上記①、②合計の 10.6%が加算されます

③短期利用居宅介護費

	単位数／日	自己負担額／日
要支援 1	424 単位	約 438 円
要支援 2	531 単位	約 549 円
要介護度 1	572 単位	約 591 円
要介護度 2	640 単位	約 662 円
要介護度 3	709 単位	約 733 円
要介護度 4	777 単位	約 803 円
要介護度 5	843 単位	約 871 円

当事業所の宿泊室に空床があり、登録定員に空きがある場合であって、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（宿泊サービス）を可能とする。

<算定要件等>

- ・登録者の数が登録定員未満であること。
 - ・利用者の状態や利用者の家族等の事情により、指定居宅介護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、当事業所の登録者に対するサービスの提供に支障がないと認めた場合であること。
 - ・利用の開始に当たって、あらかじめ7日以内（利用者の日常生活上の世話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）の利用期間を定めること。
 - ・当事業所が提供する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。
 - ・指定基準に定める従業員の員数を置いていること。
- ◆上記の自己負担額は1割負担で算出しております。当該サービスが、法定代理受領サービスである場合は、介護保険被保険者証及び介護保険負担割合証による自己負担割合に応じた額としております。

○一定以上所得者の負担割合の見直しが平成27年8月、平成30年8月に行われました。

◆介護保険料等に変更があった場合は、変更された額に合わせて、利用者の負担額を変更いたします。

(2) 介護保険給付対象外サービスの料金

サービスの種類		金額	単位	備考
食事	朝食	380 円	1 食	
	昼食	660 円		
	夕食	660 円		
特別な食事の提供（酒類含む）		実費	1 食	
宿泊費		3,400 円	1 泊	
複写物の交付	カラー	50 円	1 部	
	モノクロ	10 円		
写真の交付		50 円	1 枚	
領収書再発行料		100 円	1 枚	
おむつ代（尿取りパッド含む）		実費		
レクリエーション、行事、クラブ活動の材料費		実費		
理美容		2,000 円前後 (カットのみの場合)	1 回	
通常の事業実施区域外の利用者に対して行なう送迎費		50 円	1 k m	実施区域を超えて
通常の事業実施区域外の利用者に対して行なう訪問サービスに要した交通費		50 円	1 k m	実施区域を超えて

(3) 利用中の中止

以下の事由に該当する場合、利用期間中であってもサービスを中止する場合がございます。

- ・利用者が退所を希望した場合
- ・健康観察の結果等、体調が悪かった場合
- ・他の利用者または当事業所の従業員の生命または健康に重大な影響を与える行為があった場合

4 利用料金の支払い方法

当月のご利用料金の総額は、翌月 20 日迄に（銀行振込または現金支払いの方法で）お支払いください。口座振替の方は、翌月 15 日に引き落としになります。

- ◆利用料金は、暦月による利用料金の合計額を翌月に毎月お支払いください。尚、利用期間が1か月に満たない期間を利用した場合は、日割り計算にて算出いたします。

【銀行振込の場合】

千葉銀行 柏西口支店（店番号：052）普通口座 口座番号 3675060

名義：小規模多機能型居宅介護ホーム大津川八幡苑 理事長 吉野一實

5 利用にあたっての留意事項

（１）面会について

- ①午前9時から午後6時

◆時間外の面会は、事前にご連絡ください。

- ②面会の際には、事務所の受付に設置している所定の用紙にご記名ください。

- ③飲食物を持ち込まれる際は、必ず当事業所の従業員へご報告ください。

（２）持ち込みについて

持ち物には、必ずご記名ください。

以下のものは持ち込むことができません。

- ①炎の出るもの（ライター、マッチ、ローソク、電気ストーブ等、着火の原因となるもの）

- ②動物（哺乳類、鳥類、爬虫類、魚类等）

- ③危険物（火薬類、石油類、劇薬、必要以上の薬等）

- ④刃物及び鈍器またはそれに類するもの

（３）飲酒

- ①持ち込む場合は、当事業所の従業員へお預けください。

- ②飲酒は他者に迷惑をかけず、健康を害さない程度に嗜ってください。

◆尚、健康管理上、安全管理上に問題がある場合は、ご相談させていただく場合がございます。

（４）喫煙

利用者、職員の健康保持の観点から、当事業所を含む建物（地域密着型ホーム大津川八幡苑）内は禁煙です。喫煙をご希望の場合は、当事業所の従業員にご相談ください。

（５）事業所・設備の使用

- ①居室及び共用部等は、所定の方法に従ってご利用ください。

- ②事業所の設備等を滅失・破損・汚損もしくは変更した場合は、利用者の自己負担による現状復帰、または相当の代価をお支払いいただく場合がございます。

（６）金銭、貴重品の管理

原則自己管理となります。紛失等に関して、当事業所では一切の責任を負いかねますので予めご了承ください。

やむを得ない場合は、当事業所の従業員にご相談ください。

（７）信仰・政治

信仰や思想の自由は尊重します。ただし、共同生活の場として他の利用者または当事業所の従業員等が迷惑とを感じるような場合は、自粛していただきます。

（８）営利活動

全面的に禁止とさせていただきます。

６ 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、その内容についての評価、要望、助言を受けるため次のとおり運営推進会議を設置しております。

【運営推進会議】

構 成	利用者、利用者の代理人等、町内会役員、民生委員、柏市の担当職員、柏南部地域包括支援センター職員、小規模多機能型居宅介護等について知見を有する者
開 催	隔月で開催 ◆おおむね２ヶ月に１回以上
会議録	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、当該記録を公表する

７ 個人情報の使用等について

以下に定める条件のとおり利用者及びその代理人は、事業者が利用者及びその代理人等の個人情報を下記の利用目的の必要最低限の範囲内で使用、提供または収集することに同意していただきます。

（１）利用期間

小規模多機能型居宅介護サービスの提供に必要な期間及び契約期間に準じます。

（２）利用目的

- ①介護保険における介護認定の申請及び更新、変更のため
- ②利用者に関わる居宅サービス計画及び小規模多機能型居宅介護計画を立案し、円滑にサービスが提供されるために実施するサービス担当者会議での情報提供のため
- ③医療機関、福祉事業者、自治体等との連絡調整のため
- ④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等の意見を求める必要のある場合
- ⑤利用者の利用する事業所内のカンファレンスのため
- ⑥行政の開催する評価会議、サービス担当者会議
- ⑦その他サービス提供で必要な場合
- ⑧上記各号に関わらず、緊急時の連絡等の場合

（３）使用条件

- ①個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外、決して利用いたしま

せん。また利用者とのサービス提供に関わる契約締結前から締結後においても、第三者に漏洩いたしません。

②個人情報を使用した会議の内容や相手方等について経過を記録し、請求があれば開示いたします。

(4) 個人情報の内容（例示）

- ・住所、氏名、健康状態、病歴、家庭の状況等、事業者が小規模多機能型居宅介護サービスを提供するために最低限必要な利用者やその代理人等に関する情報
 - ・その他の情報
- ◆「個人情報」とは、利用者個人及びその代理人等に関する情報であって、特定の個人が識別、または識別され得るものを指します。

8 損害賠償責任について

当事業所では、社会福祉法人全国社会福祉協議会の社会福祉施設総合損害補償に加入しております。

9 協力医療機関

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おります。

名戸ヶ谷病院	所在地 千葉県柏市名戸ヶ谷 687-4 電話番号 04-7167-8336
--------	--

10 非常災害時対策

- ・災害時の対応 当事業所の「消防計画」に基づいて、対応いたします。
- ・防災設備 スプリンクラー、消火栓、非常通報装置、自動火災報知機、その他。
- ・防災訓練 年間2回以上消防署の協力を得て、定期的に行ないます。
- ・防災責任者 柴田 利康

11 サービス内容に関する相談・苦情

(1) 当事業所の相談・苦情の窓口（午前9時00分から午後5時00分まで）

担当者 管理者 海老原 当純（エビハラ マサズミ）

介護支援専門員 小熊 豪（オグマ ゴウ）

電話番号 04-7170-5577

◆ご不明な点はお問い合わせください。

◆ご相談がある場合には、遠慮なくご連絡ください。

(2) その他の公的機関の相談・苦情窓口

柏南部地域包括支援センター 電話番号 04-7160-0002

柏市役所 高齢者支援課	電話番号 04-7167-1135
柏市役所 福祉活動推進課	電話番号 04-7167-2318
千葉県国民健康保険団体連合会	電話番号 043-254-7426
千葉県運営適正化委員会	電話番号 043-246-0294

1 2 当法人の概要

創立年月日	昭和 57 年 6 月 2 日
名称・法人種別	社会福祉法人 豊珠会
本部所在地・電話番号	千葉県柏市篠籠田 1390 番地 04-7143-1011
ホームページ URL	http://www.houjukai.or.jp/

1 3 その他

身体拘束について、事業者は、緊急やむを得ない場合を除き、当該代理人と相談し、身体拘束に関しての説明及び身体拘束に関する記録への記載をもって、利用者またはその代理人の承諾を得ることといたします。

1 4 緊急時の対応方法

利用者に様態の変化等があった場合は、医師に連絡する等必要な措置を講ずる他、当該代理人等に速やかにご連絡いたします。

利用者氏名_____様

緊急連絡先

優先順位 1

フリガナ 氏 名			
住 所	〒		
自宅電話番号		携帯電話番号	

優先順位 2

フリガナ 氏 名			
住 所	〒		
自宅電話番号		携帯電話番号	

優先順位 3

フリガナ 氏 名			
住 所	〒		
電話番号		携帯電話番号	

かかりつけ医療機関 1（主治医）

医療機関名	名戸ヶ谷病院 外科
医師名	岸上 Dr.
電話番号	04-7167-8336

かかりつけ医療機関 2

医療機関名	
医師名	
電話番号	

同意書

令和7年 4月 25日

小規模多機能型居宅介護サービスの提供にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要事項を説明いたしました。

事業者

所在地 千葉県柏市藤心 271 番地 1

名 称 小規模多機能型居宅介護ホーム大津川八幡苑

説明者 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、小規模多機能型居宅介護サービスの提供開始に同意し、本説明書を受領いたしました。

また、小規模多機能型居宅介護サービスを利用する上で必要な個人情報を、必要最低限の範囲内で使用・提供または収集することに同意いたします。

利用者

住 所 _____

氏 名 _____

私は、事業者から重要事項の説明を受け、その内容に同意し、利用者に代わって署名を代行いたします。

代理人

住 所 _____

氏 名 _____

(利用者本人との関係)