

# (介護予防) 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。

(伊丹市指定 第 2893300463 号)

当事業所は、利用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」「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られ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           | 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. 秘密の保持と個人情報保護           | 6 |
| 7. サービス提供に関する相談・苦情の受付について | 7 |
| 8. 相談・苦情解決の手順             | 7 |
| 9. 運営推進会議の設置              | 7 |
| 10. 協力医療機関、バックアップ施設       | 7 |
| 11. 非常火災時の対応              | 8 |
| 12. サービス利用にあたっての留意事項      | 8 |

### 1. 事業者

- (1) 法人名 医療法人社団木下内科診療所
- (2) 法人所在地 伊丹市昆陽東4-13-4
- (3) 電話番号 072-783-3990
- (4) 代表者氏名 理事長木下道廣
- (5) 設立年月日 平成17年5月2日

## 2. 事業所の概要

### (1) 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てサービスを提供します。

(2) 事業所の名称 小規模多機能型居宅介護 小規模多機能ホーム令寿

(3) 事業所の所在地 伊丹市瑞穂町1丁目21番

(4) 電話番号 072-775-0070

(5) 管理者氏名 大井 サチ子

### (6) 当事業所の運営方針

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、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。

(7) 開設年月日 令和2年3月1日

(8) 登録定員 25名（通いサービス定員15人、宿泊サービス定員5人）

(9) 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

| 居室・設備の種類 | 室数            |
|----------|---------------|
| 個室       | 5室            |
| 居間兼食堂    | 1室            |
| 浴室       | 1             |
| 消防設備     | スプリンクラー、火災報知器 |
| 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に必置が義務付けられている施設・設備です。

## 3. 事業実施

(1) 通常の事業の実施地域 伊丹市

※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

| (2) 営業日及び営業時間 営業日 | 年中無休             |
|-------------------|------------------|
| 通いサービス            | 月～日 9時00分～18時00分 |
| 訪問サービス            | 24時間             |
| 宿泊サービス            | 月～日 18時～9時       |

※受付・相談については、通いサービスの営業時間と同様です。

#### 4. 職員の配置状況

当事業所では、利用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、以下の職種職員を配置しています。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    | 常勤  | 非常勤 | 職務の内容        |
|-----------|-----|-----|--------------|
| 1 管理者     | 1 人 |     | 事業内容調整       |
| 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    | 5 人 | 6 人 | 日常生活の介護・相談業務 |
| 4 看護職員    | 1 人 | 1 人 | 健康チェック等の医務業務 |

##### 〈主な職種の勤務体制〉

|           |                                                                             |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------|
| 1 管理者     | 勤務時間：8 時 30 分から 17 時 30 分を基本とする（月～金）                                        |
| 2 介護支援専門員 | 勤務時間：8 時 30 分から 17 時 30 分を基本とする（月～金）                                        |
| 3 介護職員    | 主な勤務時間は 8 時 30 分から 17 時 30 分を基本とするシフト制<br>夜間の勤務時間：17 時 30 分から 9 時を基本とするシフト制 |
| 4 看護職員    | 勤務時間：8 時 30 分から 17 時 30 分を基本とする                                             |

#### 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、利用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<br>(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<br>(介護保険の給付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、利用料金の9割が介護保険から支給され、利用者の自己負担は費用全体の1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、排せつ等の日常生活上の世話や機能訓練を行います。

###### ①食事

- ・食事の提供及び食事の見守り及び介助を行います。
- ・調理場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排せつ

- ・利用者の状況に応じて適切な排せつの介助を行うとともに、排せつの自立について適切な援助を行います。

## ④健康チェック

- ・血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。

## ⑤送迎サービス

- ・利用者の希望により、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

- ・利用者宅の自宅にお伺いし、食事や入浴、排せつ等の日常生活上の世話をします。
- ・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 利用者もしくはその家族等からの金銭または高価な物品の授受

### ③ 飲酒及び利用者もしくはその家族等の同意なしに行う喫煙

### ④ 利用者もしくはその家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動

### ⑤ その他契約者もしくはその家族が行う迷惑行為

## ウ 宿泊サービス

- ・事業所に宿泊していただき、食事、入浴、排せつ等の日常生活上の世話を提供します。

## <サービス利用料金>（契約書第5条参照）

### ① 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

利用料金は1か月ごとの包括費用（定額）です。

下記料金表によって、利用者の要介護度に応じたサービス料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払ください。（サービスの利用料金は、利用者の要介護度負担割合に応じて異なります。）

伊丹市は5等地（1単位＝10.55で計算）

### 1割負担の場合

| 介護度        | 要支援 1   | 要支援 2   | 要介護 1    | 要介護 2    | 要介護 3    | 要介護 4    | 要介護 5    |
|------------|---------|---------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 介護度別サービス料金 | ¥36,059 | ¥72,879 | ¥109,340 | ¥160,697 | ¥233,756 | ¥257,989 | ¥284,470 |
| 介護保険給付金額   | ¥32,453 | ¥65,591 | ¥100,406 | ¥144,627 | ¥210,380 | ¥232,190 | ¥256,023 |
| 自己負担金額     | ¥3,606  | ¥7,288  | ¥10,934  | ¥16,070  | ¥23,376  | ¥25,799  | ¥28,447  |

☆ 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、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。
- ☆ 利用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）
- ☆ 介護保険から給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、利用者の負担額を変更します。

その他加算の内容

1割負担の場合

|                |          |                                                                                                                                                                                    |
|----------------|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 初期加算           | 30単位／日   | 1割：32円／日<br>登録日を含め30日以内                                                                                                                                                            |
| 認知症加算（Ⅰ）       | 800単位／月  | 1割：844円／月<br>認知症日常生活自立度Ⅲ・Ⅳ・Ⅴの該当者に算定                                                                                                                                                |
| 認知症加算（Ⅱ）       | 500単位／月  | 1割：528円／月<br>要介護2で認知症日常生活自立度Ⅱの該当者に算定                                                                                                                                               |
| 看護職員配置加算（Ⅰ）    | 900単位／月  | 1割：950円／月                                                                                                                                                                          |
| 看護職員配置加算（Ⅱ）    | 700単位／月  | 1割：739円／月                                                                                                                                                                          |
| 訪問体制強化加算       | 1000単位／月 | 1割：1,055円／月<br>指定小規模多機能型居宅介護事業所が提供する訪問サービスを担当する常勤の従業者を2名以上配置していること。<br>指定小規模多機能型居宅介護事業所が提供する訪問サービスの算定月における提供回数について、当該指定小規模多機能型居宅介護事業所における延べ訪問回数が1月あたり200回以上であること。                  |
| 総合マネジメント体制強化加算 | 1000単位／月 | 1割：1,055円／月<br>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て、介護職員や看護職員等の多職種協働により、随時適切に見直しを行っている事。<br>各サービスの特性に応じて、「病院又は診療所等に対し、日常的に、情報提供等を行っている」、「地域における活動への参加の機会が確保されている」ことなどを要件としている。 |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）  | 10.2%    | 介護処遇改善加算（Ⅰ）介護職員の賃金改善のため、利用者ごとの1ヶ月の総単位数（介護度に応じた基本サービス費と各種加算）に乗じた額の負担割合に応じた額                                                                                                         |

※加算については、当月毎の算定となり、対象の加算項目が変更する場合がございます。

(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、利用料金の全額が利用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）

利用者に提供する食事に要する費用です。

料金：朝食 350円 昼食 780円（おやつ代含） 夕食 630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。

1泊 3,500円

ウ おむつ代

実費

エ 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。

オ 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1ヶ月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払方法（契約書第5条参照）

前記（1）、（2）の料金・費用は、1ヵ月ごとに計算し、次のいずれかの方法により翌月末日までにお支払いください。

①月末に現金支払い

②指定口座からの引き落とし

利用料支払いについては、契約者（利用者）の身元引受人（家族等）が責任を持って、支払っていただくことで了承願います。3ヶ月を超えて利用料が未納の場合は、退所していただく場合がございます。

(4) 利用の中止、変更、追加（契約書第6条参照）

☆ 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、小規模多機能ホーム令寿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へ申し出てください。

(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ヶ月ごとの包括費用（定額）の為、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。

#### (6) 小規模多機能型居宅介護計画について

小規模多機能ホーム令寿は、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小規模多機能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。

#### (7) 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。

### 6. 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。

○利用者に関わる居宅サービス計画及び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     | ⑥主治医の意見書  |
| ②アセスメント書類      | ⑦減額認定証    |
| ③居宅サービス計画書     | ⑧サービス提供記録 |
| ④小規模多機能居宅介護計画書 | ⑨身体障害者手帳  |
| ⑤経過報告書         |           |

※ 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。

## 7. サービス提供に関する相談・苦情の受付について（契約書第18条参照）

○受付時間 随時 8:30～17:30

|                                              |                                                         |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| (1) 当事業所における苦情の受付<br>○苦情受付窓口（担当者） 管理者 渡邊 美奈枝 | 所在地 伊丹市瑞穂町1-21<br>電話番号 072-775-0070<br>FAX 072-775-0080 |
| (2) 伊丹市役所介護保険担当課【市町村の窓口】                     | 電話番号 072-784-8037                                       |
| (3) 兵庫県国民健康保険団体連合会<br>介護サービス苦情相談窓口【公的団体の窓口】  | 電話番号 078-332-5617                                       |

## 8. 相談・苦情解決の体制及び手順

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。

## 9. 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、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、利用者の家族、地域住民の代表者、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。

議事録：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するとともに、  
公表いたします。

## 10. 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。

＜木下内科診療所、Kデンタルクリニック＞

## 11. 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。

### ＜消防用設備＞

- ・スプリンクラー、自動火災報知器、消火器等消防法による設備を設置しています。

### ＜地震、大水等災害発生時の対応＞

- ・大規模災害マニュアルに基づき緊急体制の確保及び対応を行います。

## 12. 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、政治活動及び営利活動はご遠慮ください。

○敷地内全面禁煙とさせていただきます。

## 13. 衛生管理等

### ① 衛生管理について

利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努めるとともに衛生上必要な措置を講じます。

### ② 感染症対策マニュアル

ノロウイルス・インフルエンザ等の感染症予防マニュアルを整備し、従業者に周知徹底します。

また、従業者への衛生管理に関する研修を年2回行っています。

### ③ 他機関との連携について

事業所において食中毒及び感染症が発生し又は蔓延しないように必要な措置を講じます。また、食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

## 14. 緊急時の対応方法について

（介護予防）小規模多機能ホーム令寿のサービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。また、主治医への連絡が困難な場合は、救急搬送等の必要な措置を講じます。

## 15. 事故発生時の対応方法について

利用者に対する小規模多機能ホーム令寿のサービス提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

事故の状況及び事故に際して採った処置・経過を記録し、原因の分析、再発防止のための取り組みを行います。

また、利用者に対する（介護予防）小規模多機能ホーム令寿のサービス提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

## 16. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・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）虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者 管理者 大井サチ子

令和      年      月      日

指定（介護予防）小規模多機能ホーム令寿のサービスの提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

|       |                               |
|-------|-------------------------------|
| 事業者   | 所在地 伊丹市瑞穂町1-21<br>小規模多機能ホーム令寿 |
| 法人名   | 医療法人社団木下内科診療所                 |
| 理事長   | 木下 道廣      印                  |
| 説明者氏名 | 印                             |

上記内容の説明を事業者から受け、指定（介護予防）小規模多機能ホーム令寿の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 |