

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
(指定 第 4392300069 号)

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	1
3. 事業実施地域及び営業時間	2
4. 職員の配置状況	2
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金	2
6. 苦情の受付について（契約書第18条参照）	8
7. 事故発生時の対応について	8
8. 運営推進会議の設置	8
9. 協力医療機関	9
10. 非常火災時の対応	9
11. 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 和創会 |
| (2) 法人所在地 | 熊本県熊本市南区富合町古閑994-1 |
| (3) 電話番号 | 096-358-4117 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 由井 照二 |
| (5) 設立年月 | 平成 7年3月1日 |

2. 事業所の概要

- | | |
|-----------------|--|
| (1) 事業所の種類 | 指定小規模多機能型居宅介護事業所 |
| (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てサービスを提供します。 |
| (3) 事業所の名称 | 小規模多機能型居宅介護事業所 よかひより |
| (4) 事業所の所在 | 熊本県熊本市南区富合町廻江599-1 |
| (5) 電話番号 | 096-243-1011 |
| (6) 事業所長（管理者）氏名 | 北村 美佳 |
| (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、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 | 平成20年4月1日 |
| (9) 登録定員 | 29名（通いサービス定員18人、宿泊サービス定員9人） |

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域 熊本市

※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

営業日	年中無休	
通いサービス	月～日	7:30時～19:30時
訪問サービス	24時間	
宿泊サービス	月～日	19:30時～7:30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、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	職務内容
1. 事業所長(管理者)	1	0	0.2	事業内容調整
2. 介護支援専門員	1	0	0.5	サービスの調整・相談業務
3. 介護職員	8	2	9.35	日常生活の介護・相談業務
4. 看護職員	1	0	1	健康チェック等の医務業務

※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名(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時30分から17時30分を基本とするシフト制
2. 介護支援専門員	勤務時間 8時30分から17時30分を基本とするシフト制
3. 介護職員	主な勤務時間 8時30分から17時30分を基本とするシフト制
	夜間の勤務時間 17時00分から9時00分 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30分から17時30分を基本とするシフト制

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
(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割が介護保険から給付され、利用者の自己負担は費用全体の1割及び2割及び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(5)参照)

〈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、排泄当の日常生活上の世話や訓練を提供します。

①食事

- ・食事の提供及び食事の介助をします。
- ・調理場で利用者が調理することが出来ます。
- ・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排泄

- ・利用者の状況に応じて適切な排泄の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。

④機能訓練

- ・利用者の状況に適した機能訓練を行い、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

- ・血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。

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、排泄等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ご契約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等に行う迷惑行為

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〉（契約書第5条参照）

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金額を除いた金額（自己負担額）をお支払いください（サービスの利用料金は、契約者の要介護度に応じて異なります）。

（1割負担の場合）

1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	要支援 1	要支援 2	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
	34,500円	69,720円	104,580円	153,700円	223,590円	246,770円	272,090円
2. うち、介護保険から給付される金額	31,050円	62,748円	94,122円	138,330円	201,231円	222,093円	244,881円
3. サービス利用にかかる自己負担額（1－2）	3,450円	6,972円	10,458円	15,370円	22,359円	24,677円	27,209円

（2割負担の場合）

2. 介護保険から給付される金額	27,600円	55,776円	83,664円	122,960円	178,872円	197,416円	217,672円
3. サービス利用にかかる自己負担額（1－2）	6,900円	13,944円	20,916円	30,740円	44,718円	49,354円	54,418円

（3割負担の場合）

2. 介護保険から給付される金額	24,150円	48,804円	73,206円	107,590円	156,513円	172,739円	190,463円
3. サービス利用にかかる自己負担額（1－2）	10,350円	20,916円	31,374円	46,110円	67,077円	74,031円	81,627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も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られた期日よりも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・・・利用者を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一旦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かかる費用は別途頂きます。（下記（２）ア及びイ参照）

※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。

イ 初期加算（１日につき）

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となります。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。

(1割負担)

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. サービス利用にかかる自己負担額	３０円（１日あたり）

(2割負担)

2. 介護保険から給付される金額	２４０円（１日あたり）
3. サービス利用にかかる自己負担額	６０円（１日あたり）

(3割負担)

2. 介護保険から給付される金額	２１０円（１日あたり）
3. サービス利用にかかる自己負担額	９０円（１日あたり）

ウ 看護職員配置加算 II（１月につき）※介護予防は該当なし

(1割負担)

1. 加算対象サービスとサービス料金	７，０００円
2. うち、介護保険から給付される金額	６，３００円
3. サービス利用にかかる自己負担額	７００円

(2割負担)

2. うち、介護保険から給付される金額	５，６００円
3. サービス利用にかかる自己負担額	１，４００円

(3割負担)

2. うち、介護保険から給付される金額	４，９００円
3. サービス利用にかかる自己負担額	２，１００円

エ 処遇改善加算Ⅰ（介護報酬総単位数(月) × 10.2%）

（1割負担）

1. 加算対象サービス料金	介護報酬総単位数 × 10.2%
2. うち、介護保険から給付される金額	90%
3. サービス利用にかかる自己負担額	10%

（2割負担）

2. うち、介護保険から給付される金額	80%
3. サービス利用にかかる自己負担額	20%

（3割負担）

2. うち、介護保険から給付される金額	70%
3. サービス利用にかかる自己負担額	30%

オ 介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ（介護報酬総単位数(月) × 1.2%）

（1割負担）

1. 加算対象サービス料金	介護報酬総単位数 × 1.2%
2. うち、介護保険から給付される金額	90%
3. サービス利用にかかる自己負担額	10%

（2割負担）

2. うち、介護保険から給付される金額	80%
3. サービス利用にかかる自己負担額	20%

（3割負担）

2. うち、介護保険から給付される金額	70%
3. サービス利用にかかる自己負担額	30%

カ 介護職員等ベースアップ等支援加算（介護報酬総単位数(月) × 1.7%）

（1割負担）

1. 加算対象サービス料金	介護報酬総単位数 × 1.7%
2. うち、介護保険から給付される金額	90%
3. サービス利用にかかる自己負担額	10%

（2割負担）

2. うち、介護保険から給付される金額	80%
3. サービス利用にかかる自己負担額	20%

（3割負担）

2. うち、介護保険から給付される金額	70%
3. サービス利用にかかる自己負担額	30%

キ 総合マネジメント体制加算（1月につき）

（1割負担）

1. 加算対象サービス料金	12,000円
2. うち、介護保険から給付される金額	10,800円
3. サービス利用にかかる自己負担額	1,200円

（2割負担）

2. うち、介護保険から給付される金額	9,600円
3. サービス利用にかかる自己負担額	2,400円

（3割負担）

2. うち、介護保険から給付される金額	8,400円
3. サービス利用にかかる自己負担額	3,600円

ク 認知症加算 I (1月につき)

(1割負担)

1. 加算対象サービス料金	7,600円
2. うち、介護保険から給付される金額	6,840円
3. サービス利用にかかる自己負担額	760円

(2割負担)

2. うち、介護保険から給付される金額	6,080円
3. サービス利用にかかる自己負担額	1,520円

(3割負担)

2. うち、介護保険から給付される金額	5,320円
3. サービス利用にかかる自己負担額	2,280円

ケ 認知症加算 II (1月につき)

(1割負担)

1. 加算対象サービス料金	4,600円
2. うち、介護保険から給付される金額	4,140円
3. サービス利用にかかる自己負担額	460円

(2割負担)

2. うち、介護保険から給付される金額	3,680円
3. サービス利用にかかる自己負担額	920円

(3割負担)

2. うち、介護保険から給付される金額	3,220円
3. サービス利用にかかる自己負担額	1,380円

コ 看取り連携体制強化加算 (1日につき)

(1割負担)

1. 加算対象サービス料金	640円
2. うち、介護保険から給付される金額	576円
3. サービス利用にかかる自己負担額	64円(1日)30日まで

(2割負担)

2. うち、介護保険から給付される金額	512円
3. サービス利用にかかる自己負担額	128円(1日)30日まで

(3割負担)

2. うち、介護保険から給付される金額	448円
3. サービス利用にかかる自己負担額	192円(1日)30日まで

サ サービス提供体制強化加算 (1月につき)

(1割負担)

1. 加算対象サービス料金	7,500円
2. うち、介護保険から給付される金額	6,750円
3. サービス利用にかかる自己負担額	750円

(2割負担)

2. うち、介護保険から給付される金額	6,000円
3. サービス利用にかかる自己負担額	1,500円

(3割負担)

2. うち、介護保険から給付される金額	5,250円
3. サービス利用にかかる自己負担額	2,250円

シ 科学的介護推進強化加算 (1月につき)

(1 割負担)

1. 加算対象サービス料金	400円
2. うち、介護保険から給付される金額	360円
3. サービス利用にかかる自己負担額	40円

(2 割負担)

2. うち、介護保険から給付される金額	320円
3. サービス利用にかかる自己負担額	80円

(3 割負担)

2. うち、介護保険から給付される金額	280円
3. サービス利用にかかる自己負担額	120円

(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、利用料金の全額がご契約者の負担になります。

〈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： 600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。

料金： 2,500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

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です。

1kmあたり 37円

エ おむつ代

紙おむつ代 150円 紙パンツ代 150円 尿とりパット代 50円

オ 洗濯代 4,400円 (業者委託) ※消費税込金額

カ レクリエーション、クラブ活動

ご契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。 利用料金：材料費等の実費をいただきます。

キ 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。

一枚につき 10円

※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。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2か月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法 (契約書第5条参照)

前期 (1)、(2) の料金・費用は、1か月ごとに計算し次のいずれかの方法により翌月15日までにお支払いください。

①事業所での現金支払い

②指定口座への振込み

③銀行での自動引き落とし

(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か月ごとの包括費用 (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か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、取消料として別途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・追加の申し出に対して、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、利用者の身心の状況、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. 事故発生時の対応について

- (1) 利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合には、応急措置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかに市町村および利用者の家族等に連絡するとともに、顛末記録、再発防止策に努めその対応について協議する。
- (2) 利用者に対する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することとする。ただし、事業者および従業員の責に帰すべからざる事由による場合はこのかぎりではない。

7. 苦情の受付について（契約書第18条参照）

(1) 当事業所における苦情の窓口

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

- 苦情受付窓口
(職員名) 北村 美佳
- 受付時間 随時
9:00~18:00

また、苦情受付ボックスを事務所前に設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

◎熊本県国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口 〒862-0911 熊本市健軍1丁目18番7号 電話 096-214-1101 F A X 096-214-1105
◎熊本県庁高齢者支援課 電話 096-333-2219
◎熊本市介護保険課介護事業指導室 電話 096-328-2793

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、下記の通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、富合町職員、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、助言等について記録を作成します。
--

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います。

(医療機関)
にしくまもと病院 熊本市南区富合町古閑1012 電話 096-358-1118
独立行政法人国立病院機構 熊本南病院 宇城市松橋町豊福2338 電話 0964-32-0826

10. 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して対応を行います。また、避難訓練を年2回、契約者も参加して行い、定期的な消防設備点検も業者により実施しています。

宇城消防署への届け出日：平成20年 4月 1日

防火管理者：北村 美佳

〈消防用設備〉

スプリンクラー、自動火災報知機、誘導灯、ガス漏れ探知機、屋内消火器3本
防災機能のあるカーテンを使用

11. サービス利用に当たっての留意事項

- ・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者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。

令和7年1月21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、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

小規模多機能型居宅介護事業所 よかひより

説明者	職名	管理者	
	氏名	北村 美佳	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提供開始に同意しました。

利用者	住所	
	氏名	印

家族	住所	
	氏名	印