

ほほえみごこち田原

(小規模多機能型居宅介護)

重要事項説明書

当事業所は、ご契約者に対して小規模多機能型居宅介護サービス及び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。サービスの提供開始にあたり、平成18年3月14日厚生労働省令第34号第88条（準用）第9条に基づいて、当事業者がご契約者に説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 桜友会
- (2) 法人所在地 岐阜県関市稲口845番地
- (3) 電話番号 0575-24-9570
- (4) 代表者氏名 理事長 高井 澄恵
- (5) 設立年月日 平成8年7月18日
- (6) 法人理念
 - 1 利用者一人一人を大切に、支援を通して利用者も家族も職員も豊かな生活を送ることを目指します
 - 2 地域の一員として地域の思いを受け止め、安心して生活できる地域社会の実現を目指します
- (7) 品質方針
 - 1 地域で一番信頼されるサービスの提供
 - 2 生涯働ける職場づくり
 - 3 進歩し続ける事業所づくり

2. 事業所概要

- (1) 事業所の種類 小規模多機能型居宅介護
介護予防小規模多機能型居宅介護
- (2) 事業所の目的 要支援者・要介護者の居宅及び事業所において、家庭的な環境と地域住民との交流の下で、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じその居宅において自立した日常生活を営むことができるようにすることを目的とします。

- (3)事業所の所在地 ほほえみごこち田原
- (4)事業所の名称 岐阜県関市西田原958番地
- (5)電話番号 0575-24-0260 FAX 0575-24-0070
- (6)建築概要 敷地面積：1,051㎡ 延床面積：635.94㎡ 構造：鉄骨二階造 一階：291.11㎡ (二階部分は認知症対応型共同生活介護：344.83㎡)
- (7)管理者氏名 末吉 真樹
- (8)運営方針 事業所の職員は、通いを中心として、要介護者の様態や希望に応じて、随時訪問や宿泊を組み合わせ、サービスを提供することにより、ご契約者の居宅における生活の継続を支援してまいります。また、事業の実施に当たっては、関係市町村、地域包括支援センター、地域の保健・医療・福祉サービスの提供主体との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めてまいります。
- (9)開設年月 平成24年4月17日
- (10)営業日及び営業時間等
- 営業日 1年を通じて毎日(休業日は設けない)
- 営業時間 午前8時から午後5時まで
- サービス提供基本時間
- ア 通いサービス 午前9時から午後4時まで
- イ 宿泊サービス 午後4時から午前9時まで
- ウ 訪問サービス 24時間
- (11)登録定員 29名
- 利用定員 18名(通いサービス 午前9時から午後4時まで)
- 宿泊定員 9名(宿泊サービス 午後4時から午前9時まで)
- (訪問サービス 24時間)

3. 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。契約される居室は、すべて個室です。ご契約の際に、居室のご希望を承った上で、ご契約者の心身の状況や居室の空き状況を勘案して居室を決定致します。

居室・設備の種類	室数	備考
1人部屋(洋室)	6室	各室7.6㎡の広さです。 全室ベッド・収納家具を備えています。TVは必要に応じて設置

1人部屋(和室)	3室	各室7.6㎡の広さです。 全室収納家具を備えています。TVは必要に応じて設置
居間・食堂	1室	和コーナーを設けています。
台所	1室	居間と対面式になっており、共同作業ができる広さを確保しています。
便所	2ヶ所	男女兼用で、手すりを設置しています。
浴室	1室	一般家庭浴槽とチェアインバスの2種類の設備を整えております。脱衣室とバリアフリーになっており、浴室内は手すりを設置しています。
面会室	1室	ご家族との面会、相談にご利用いただけます。

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して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。

職種	人員	業務内容
管理者	1名	事業所の従事者の管理及び業務の管理を一元的に行います。
介護支援専門員	1名以上	ご契約者に係る介護計画（ケアプラン）を作成し、他の事業所や病院等との連絡・調整を行います。
介護従事者 (看護師を含む)		日常生活上の介護及び看護にて健康保持のための相談・助言等を行います。 (日中利用者3名に対し1名以上の職員体制をとります。)

(勤務体制)

職種	勤務体制
介護従事者	標準的な時間帯における最低配置人員 早番 1名、日勤 3名、遅番 2名、夜勤 1名

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。

(1) 介護保険の給付対象となるサービス

【サービスの概要】

①食事

- ・当事業所では、ご契約者の残存能力に応じた役割を持っていただきながら、職員と共同で調理や配膳等を行っていただきます。
- ・食事開始時間（状況に応じて弾力的に対応します）

朝食：8：00 昼食：12：00 夕食：18：00

②入浴

- ・入浴はご契約者のご希望に応じて利用いただきます。

③排泄

- ・ご契約者の自尊心に特に配慮し、ご契約者の心身の状況に応じた声かけや、必要に応じて排泄のお世話を行っています。

④健康管理

- ・日常的な健康管理を行い、必要時には関連医療機関と連絡調整を行います。

⑤その他自立への支援

- ・生活のリズムを考え、宿泊の方には毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。
- ・外出や地域行事を通じて、社会参加の機会をできるだけ多く持っていただくようにしています。

【サービスの利用料金】

- ① 上記のサービスについては、厚生労働大臣が定める基準（告示上の報酬額）によるものとし、介護保険負担割合証の負担割合に応じた金額を負担いただきます。尚、要介護認定による要介護の程度によって利用料は異なります。以下は1割負担の場合の自己負担分です。

※新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な評価として、全てのサービスについて、2021年4月～9月末までの間、基本報酬に0.1%上乗せとなります。

介護予防・小規模多機能型居宅介護

介護保険負担割合証 1割 自己負担額

- ・要支援1 3,438円/月
- ・要支援2 6,948円/月
- ・要介護1 10,423円/月
- ・要介護2 15,318円/月
- ・要介護3 22,283円/月
- ・要介護4 24,593円/月
- ・要介護5 27,117円/月

※通常の実施地域以外でサービスを行った場合は、1月につき上記利用料の100分の5に相当する料金が加算されます。

②加算等

※以下の加算項目については、それぞれに即した要件を満たした場合に算定いたします。

※下記に定める加算のうち、施設体制や契約者の状況に応じた加算を、ご本人の負担割合に応じて算定させていただきます。以下は1日あたりの1割負担の場合の自己負担分です。

○初期加算 30円/日

登録した日から30日間と30日を越える病院又は診療所への入院後に利用を再び開始した場合も同様とする。

○認知症加算（Ⅰ） 800円/月

認知症日常生活自立度Ⅲ、Ⅳ又はMに該当される方の場合

○認知症加算（Ⅱ） 500円/月

要介護状態区分が要介護2であるものであって認知症日常生活自立度Ⅱに該当される方の場合

○若年性認知症利用者受入加算 800円/月

ただし、認知症加算を算定している場合は、算定しない。

○看護職員配置加算（Ⅰ） 900円/月

職務に従事する常勤の看護師を1名以上配置した場合

○看護職員配置加算（Ⅱ） 700円/月

職務に従事する常勤の准看護師を1名以上配置した場合

○看護職員配置加算（Ⅲ） 480円/月

看護職員を常勤換算方法で1名以上配置した場合

※尚、看護職員配置加算の算定する場合は（Ⅰ）、（Ⅱ）、（Ⅲ）いずれかの加算となります。

○看取り連携体制加算（死亡日から死亡日前30日以下まで）64円/日

（利用者の基準）

（1）医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者である場合

（2）看取り期における対応方針に基づき、契約者の状態又は家族の求め等に応じ、介護職員、看護職員等から介護記録等利用者に関する記録を活用し行われるサービスについての説明を受け、同意した上でサービスを受けている者である場合

(施設基準)

- (1) 看護職員配置加算 (I) (常勤の看護師を1名以上配置) を取得している場合
- (2) 看護師との24時間連絡体制が確保されている場合
- (3) 看取り期における対応方針を定め、入所の際に、入所者又はその家族等に対して、説明し同意を得ている場合

○訪問体制強化加算 1,000円/月

- (1) 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場合
- (2) 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回以上である場合

○総合マネジメント体制強化加算 1,000円/月

次に掲げる基準のいずれにも適合する場合

- (1) 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、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場合
- (2) 「地域における活動への参加の機会が確保されている」場合

○生活機能向上連携加算 (I) 100円/月

介護支援専門員が、指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の助言に基づき、生活機能の向上を目的とした小規模多機能型居宅介護計画を作成した場合

当該理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師は、通所リハビリテーション等のサービス提供の場において、又はICTを活用した動画等により利用者の状態を把握した上で助言を行った場合。

○生活機能向上連携加算 (II) 200円/月

指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、利用者居宅を訪問し、身体状況等の評価を協働して行った場合。

介護支援専門員が生活機能の向上を目的とした小規模多機能型居宅介護計画を作成した場合。

○口腔・栄養スクリーニング加算 (I) 20円/回 ※6月に1回算定可能

○口腔・栄養スクリーニング加算 (II) 5円/回 ※6月に1回算定可能

口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）は下記①及び②に、口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）は下記①又は②に適合すること。

①当該事業所の従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認を行い、当該利用者の口腔の健康状態に関する情報を、当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。

②当該事業所の従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報（当該利用者が低栄養状態の場合にあつては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む）を、当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。

○科学的介護推進体制加算 40円/月

- ・入所者・利用者ごとの、ADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出していること
- ・サービスの提供に当たって、上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること

○認知症行動・心理症状緊急対応加算 200円/月※7日間を限度として算定

- ・医師が認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に短期利用居宅介護を利用することが適当であると判断した者に対し、サービスを行った場合。

○サービス提供体制強化加算（Ⅰ）750円/月

以下のいずれかに該当すること

- （1）介護福祉士70%
- （2）勤続10年以上介護福祉士25%以上

○サービス提供体制強化加算（Ⅱ）640円/月

以下のいずれかに該当すること

介護福祉士50%以上

○サービス提供体制強化加算（Ⅲ）350円/月

以下のいずれかに該当すること

- （1）介護福祉士40%以上
- （2）常勤職60%以上
- （3）勤続7年以上の者が30%以上

※尚、サービス提供体制強化加算の算定する場合は（Ⅰ）イ、（Ⅰ）ロ、（Ⅱ）、（Ⅲ）いずれかの加算となります。

○介護職員処遇改善加算

(基本サービス+各算定加算) × 10.2%

介護職員の処遇改善を目的に、厚生労働省が定める基準を満たす、改善計画及びその結果が適正に実施されていると認められる場合に加算されます。

○介護職員特定処遇改善加算

(基本サービス+各算定加算) × 1.5%

介護職員の処遇改善を目的に、厚生労働省が定める基準を満たす、改善計画及びその結果が適正に実施されていると認められる場合に加算されます。

(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、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

【契約サービスの概要と利用料金】

① 居住費 (月4泊まで)	1,700円/日
居住費 (月5泊以上)	2,800円/日
② 食事代 (朝食)	370円/日
③ 食事代 (昼食)	700円/日
④ 食事代 (夕食)	650円/日
⑤ おやつ代	110円/日
⑥ 飲み物代	100円/日
⑦ 送迎代	

通常の実施地域以外を越えて行う指定小規模多機能型居宅介護に要した交通費及び送迎にかかる費用は、その実費を徴収する。なお、自動車を使用した場合の交通費及び送迎にかかる費用は次のとおりとする。

- ・事業所から片道、10キロメートル未満の場合、130円 (片道当たり)
- ・事業所から片道、10キロメートル以上の場合、1kmにつき60円を加算する。

⑧ その他の日常生活費等の費用

- ・歯ブラシ 130円/個 (使用時)
- ・歯磨き粉 240円/個 (使用時)
- ・義歯洗浄剤 25円/個 (使用時)
- ・排泄用品 紙パンツ1枚130円、紙おむつ1枚100円、尿パット40～70円(使用時)
- ・居室テレビ貸出料 55円/日 (泊り対象者のみ) ※コンセント使用費込み
- ・居室コンセント使用費 電化製品1個につき1日100円ご負担いただきます。(泊り対象者のみ)
- ・その他、個人で使用された消耗品等は実費をご負担いただきます。

⑨ 健康管理 (インフルエンザ予防接種・肺炎球菌ワクチン等) に関する費用健康管理に係る実費をご負担いただきます。

(3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)及び(2)の料金・費用は、1か月ごとに計算し、ご請求いたします。お支払い方法は原則として当事業所指定の金融機関での口座振替となります。(ただし、口座振替が開始されるまでの期間は、口座振込又は現金によるお支払いとします。)

なお、利用料金はサービス利用の翌月の振替となります。

(4) サービス利用料金の変更

- ①上記サービス利用料金は、介護給付費体系の変更があった場合、事業者は当該サービス利用料金を変更できるものとします。
- ②サービス利用料金は、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、事業者はご契約者に対して説明をした上で妥当な額に変更することができるものとします。
- ③ご契約者は、前項の変更を了承することができない場合は、本契約を解約することができます。

(5) 契約中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご契約者の希望により、下記協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。(但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではなく、義務づけるものでもありません。)

なお、入院にあたりましては、ご契約者、ご家族の意向をできるだけ取り入れますが、病院側の都合により沿いかねる場合もあります。

7. 協力医療機関・施設

(1) 医療機関名

中濃厚生病院	関市若草通5丁目1番地
関中央病院	関市平成通2丁目6-18
ウェルネス高井クリニック	関市稲口774番地の4
川村医院	関市西田原1321番地
関歯科医師会	関市日ノ出町1丁目3-3 関保健センター内（事務局）

(2) 施設名

特別養護老人ホーム ほほえみ福寿の家	関市稲口845番地
--------------------	-----------

8. 事業所利用の留意事項

当事業所のご利用にあたって、事業所に登録されているご契約者の共同生活の場としての快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

(1) 持ち込みの制限

他のご契約者の生活に著しく支障を来す物は持ち込むことができません。

(2) 面会

- ①面会時間（8時から20時）の間に面会をお願いいたします。
- ②面会時は必ず所定の「面会者名簿」に必要事項をご記入ください。
- ③金銭や食べ物をお持ち頂いた場合は職員にお申し出ください。

(3) 施設・設備の使用上の注意

- ① 故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- ② ご契約者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、ご契約者の居室内に立ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。但し、その場合、ご本人のプライバシー等の保護について、十分な配慮を行います。
- ③ 当施設の職員や他の契約者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことは禁止します。

(4) 所持品・備品等の持ち込み

紛失の原因になりますので、マジック等で消えないように必ず氏名をご記入ください。

居室に備えてある収納家具等をご利用下さい。

(5) 喫煙

施設内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

安全管理上、ライターは職員で預からせていただきます。

9. 虐待防止に関する事項

事業所は、契約者の人権の擁護・虐待の防止等のため、次の措置を講ずるよう努めるものとします。

- (1) 事業所における虐待防止のための対策を検討する委員会の定期的開催するとともに、結果について職員等に周知徹底を図る。
- (2) 成年後見制度の利用支援
- (3) 苦情解決体制の整備
- (4) 職員等に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修の実施
- (5) 上記の措置を適切に実施するための虐待防止に関する責任者選定及び設置

10. 非常災害対策

防災設備：自動火災報知設備、誘導灯設備、スプリンクラー設備、消火器等を設置しています。

防災訓練：施設防災計画に基づき、年2回行います。

※災害時には、日中・夜間を問わず、地域の指定避難場所に避難していただく等の誘導體制を確保しています。

11. 緊急対応マニュアルの連絡体制について

サービスの利用中にご契約者の心身の状況に異変その他緊急事態が生じた場合は、速やかに主治医もしくは協力医療機関に連絡し、適切な処置を行います。

※詳細は別紙「緊急対応マニュアルの連絡体制」に基づき対応します。

12. 事故発生時の対応について

サービス提供時や非常災害時等で事故が発生した場合は、ご契約者の処置・避難等の適切な措置を講じます。

尚、事業者として損害賠償責任保険に加入しています。

13. 苦情への対応について

苦情相談窓口	苦情担当者	管理者 末吉 真樹
	問い合わせ先	ほほえみごこち田原 小規模多機能居宅介護 TEL 0575-24-0260
外部苦情処理窓口	第三者委員	吉田 宗弘 TEL 0575-22-4561
	第三者委員	北村 隆幸 TEL 090-4327-9102
	公的機関	関市高齢福祉課 TEL0575-22-3131 8:30~17:15
		国民健康保険団体連合会 TEL058-275-9826 9:00~17:00

14. ハラスメントについて

契約者又はその家族等からの事業者や職員等に対して、故意に暴力や暴言、性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動等の法令違反、その他著しく常識を逸脱する行為を行った場合は、サービスの中止及び契約を廃止させて頂く場合があります。

15. 秘密の保持について

業務上知り得た、本人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。この守秘義務は契約終了後も同様です。

但し、介護サービスを提供する他事業所との連携に必要な場合は、文書による本人または家族の同意を得た後、関係先にものみ提供できるものとします。

16. 情報公開について

サービス提供ごとに、実施日時及び実施したサービス内容の記録は、5年間保管します。ご利用者もしくはその代理人の請求に応じてその内容を公開することとし、記録の閲覧複写を求めることができます。

17. 事業継続計画の策定等について

事業所は、感染症又は非常災害の発生時において利用者に対しサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「事業継続計画」という）を策定し、当該事業継続計画に従い必要な措置を講じるものとします。

- ①事業所は、職員等に対し、事業継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的を実施するものとします。
- ②事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとします。

18. 衛生管理等について

- (1) 職員等の清潔の保持及び健康状態について、定期健診等の必要な管理を行うと共に、事業所の設備及び備品等の衛生的な管理に努めるものとします。
- (2) 事業所において、感染が発生し、又はまん延しないよう以下の措置を講じます。
 - ①事業所における感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする）を概ね6ヶ月に1回以上開催するとともに、その結果について、職員等に周知徹底を図る。
 - ②事業所における感染書の予防及びまん延防止のための指針を整備する。
 - ③事業所において、職員等に対し、感染書の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施する。

19. 改定について

この重要事項説明書を改訂する場合、軽微な事項及び法改正に伴う事項については通知を持って同意を頂いたものとします。但し、変更事項に同意ができない場合は契約を解除できるものとします。

附則

1. この重要事項説明書は、平成24年4月17日から施行する。
2. この重要事項説明書は、平成25年1月1日から施行する。
3. この重要事項説明書は、平成25年4月1日から施行する。
4. この重要事項説明書は、平成26年4月1日から施行する。
5. この重要事項説明書は、平成27年4月1日から施行する。
6. この重要事項説明書は、平成27年8月1日から施行する。
7. この重要事項説明書は、平成29年4月1日から施行する。
8. この重要事項説明書は、平成30年4月1日から施行する。
9. この重要事項説明書は、平成30年8月1日から施行する。
10. この重要事項説明書は、平成31年1月1日から施行する。
11. この重要事項説明書は、令和元年10月1日から施行する。
12. この重要事項説明書は、令和3年4月1日から施行する。
13. この重要事項説明書は、令和3年8月1日から施行する。
14. この重要事項説明書は、令和5年6月1日から施行する。

令和 年 月 日

(事業者)

事業所名 : ほほえみごこち田原
住 所 : 岐阜県関市西田原958番地
説明者名 : 印

私は本書面に基づいて重要事項の説明を受けたことを確認します。

(ご契約者)

住 所

氏 名 印

(ご契約者代理人)

住 所

氏 名 印

(身元引受人)

住 所

氏 名 印