

重要事項説明書

あすなろ多機能型居宅介護施設

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いたします。事業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。

◆◆目次◆◆

1. 事業所	2
2. 事業所の概要	2
3. 事業実施地域及び営業時間	4
4. 職員の配置状況	4
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金	5
6. 利用料金のお支払い方法（契約書第18条参照）	7
7. 利用の中止、変更、追加（契約書第6条参照）	8
8. 苦情の受付について（契約書第18条参照）	8
9. 運営推進会議の設置	9
10. 協力医療機関	9
11. 非常火災時の対応	10
12. 身体拘束その他の行動制限	10
13. 虐待の防止について	10
14. サービス利用にあたっての留意事項	11

1. 事業所

- | | |
|-----------|----------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 あすなろ会 |
| (2) 法人所在地 | 島根県出雲市白枝町396-2 |
| (3) 電話番号 | 0853-22-4801 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 竹内 一夫 |
| (5) 設立年月日 | 昭和46年5月14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
平成19年5月1日指定 出雲市3290400120号 |
| (2) 事業の目的 | 利用者の方が、その居宅において、またはサービスの拠点に通い、もしくは短期間宿泊し、当該拠点において家庭的な環境と地域住民との交流の下で、介護その他日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、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) 事業所の名称 あすなる多機能型居宅介護施設
- (4) 事業所の所在地 島根県出雲市白枝町278-8
- (5) 電話番号 0853-31-6127
- (6) 事業所長（管理者）氏名 飯塚久代
- (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。
- (8) 開設年月 平成19年5月1日
- (9) 登録人数 25人
 (通いサービス定員15人、宿泊サービス定員6人)
- (10) 居室等の概要 当事業所では、以下の居室・設備をご用意します。
 宿泊サービスの際に利用される居室は個室です。

居室・設備の種類	室数	備考
宿泊室（個室）	4室	1階和室を区切り2名分を確保
和室	8畳（15.77㎡）	
食堂・ホール	54.20㎡	
台所	10.62㎡	
浴室・脱衣室	13.18㎡	
消防設備	火災報知器・自動火災通報装置・消火器・スプリンクラー	
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事業に必置が義務付けられている施設・設備です。

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域 出雲市

(2) 営業日及び営業時間

営業日	365日	
通いサービス	365日	10:00時～16:00時を基本とする。
訪問サービス	24時間	
宿泊サービス	365日	16:00時～10:00時を基本とする。

※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。

従業員の職種	常勤	非常勤	常勤換算	指定基準	職務の内容
1. 事業所長 (管理者)	1人	人	0.1人	1人	事業内容調整
2. 介護支援専門員	1人	人	0.9人	1人	サービスの調整・相談業務
3. 介護職員	11人	3人	12.1人	人	日常生活の介護・相談業務
4. 看護職員	人	3人	1.08人	人	健康チェック等の医務業務
5. レクリエーション 担当	人	1人	0.4人	人	心身の活性化、意欲向上を目的とした活動を考案し実行

※常勤換算：職員それぞれの週あ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で除した数です。

〈主な職種の勤務体制〉

職種	勤務体制	
1. 管理者	勤務時間	8:30～17:30
2. 介護支援専門員	勤務時間	8:30～17:30
3. 介護職員	主な勤務時間	8:30～17:30
	準夜勤務	16:00～1:00
	夜勤	0:30～9:30
	宅直	17:30～8:30
4. 看護職員	勤務時間	8:30～17:30

但し、管理者が必要と認めた場合は勤務時間の変更があります。

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 (介護保険の給付の対象となるサービス)
(2) 利用料金の金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～7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～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のような頻度、内容で行うかについては、利用者と相談の上、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

家庭的な雰囲気の中で食事や入浴、排泄等の日常生活上の援助を行い、レクリエーション活動を通して楽しく過ごしていただきます。

①食事

- ・ 食事の提供及び食事の介助を行います。

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健康観察

- ・ 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

- ・ ご自宅と事業所間の送迎を行います。

イ 訪問サービス

- ・ 利用者の自宅を訪問し、食事や入浴、排泄等の日常生活上の援助を行います。
- ・ 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、次の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物品の授受

③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

④その他利用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援助を提供します。

〈サービス利用料金〉

i 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ヶ月ごとの包括費用（定額）です。

下記の料金表によって、利用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、利用者の要介護度に応じて異なります）。

1. 利用者の要介護度とサービス利用料金	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
	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 (利用者 1 割負担の場合)	94,122 円	138,330 円	201,231 円	222,093 円	244,881 円
3. サービス利用に係る自己負担額 (利用者 1 割負担の場合)	10,458 円	15,370 円	22,359 円	24,677 円	27,209 円

☆ 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ただきます。なおこの場合「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

☆ 入院・退院による日割り料金については、入院日をもって日割りでの料金になります。退院後は通い、訪問、宿泊のいずれかのサービス開始日より日割りでの料金になります。ただし、月内での入退院は一か月の料金となります。

☆ 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。

☆ 介護保険から給付額に変更があった場合、変更された額にあわせて、ご契約者の負担額を変更します。

ii 初期加算（1日につき）

利用を開始した日から30日間は、初期加算を算定します。

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割負担分 初期加算 30円/日

iii 認知症加算（対象者の方）

(ア) 認知症加算（Ⅲ） 1割負担分：760円/月

☆日常生活に支障をきたすおそれのある症状または行動が認められることから介護を必要とする利用者（日常生活自立度Ⅲ・Ⅳ・M）の場合

(イ) 認知症加算（Ⅳ） 1割負担分：460円/月

☆要介護2であって、周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする利用者（日常生活自立度Ⅱ）の場合

iv サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ

介護職員の総数のうち勤続10年以上の介護福祉士が25%以上である。

1割負担分：750円/月

v 看護職員配置加算Ⅲ

看護職員を常勤換算方法で1名以上配置

1割負担分：480円/月

vi 総合マネジメント体制強化加算

小規模多機能型居宅介護計画について、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、随時適切に見直しが行われているとともに、地域における活動への参加の機会を確保している等。

1割負担分：1200円/月

vii 出雲市独自報酬 加算Ⅱ（該当者のみ加算）

認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱの要介護利用者（認知症加算対象者を除く）を受け入れている。

1割負担分：200円/月

x 介護職員処遇改善加算Ⅲ（区分支給限度基準額の算定対象より除外）

当事業所の一月あたりの基本サービス費（加算対象の方は加算を加えた総単位数）に小規模多機能型居宅介護サービスの加算率 13.4% を乗じた単位数で算定します。

（加算額は、利用者の介護度により異なります。）

(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：300円 昼食：500円（おやつ代含む） 夕食：400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。
2,000円/1泊

ウ その他

おでかけ行事など、事前に文書にてお知らせし、必要な費用としてご負担いただくことがあります。

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

6. 利用料金のお支払い方法（契約書第5条参照）

前記（1）、（2）の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し次のいずれかの方法により翌月20日までにお支払ください。

- ① J A口座振込み
- ② 自動口座引落し

島根県農業協同組合 出雲支店	
普通預金 No.0023216	名義 社会福祉法人 あすなる会 理事長 竹内 一夫

7. 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、利用者の日々の様態、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、利用者の都合により、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。

☆ （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ヵ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ヶ月の利用料は変更されません。

☆ 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利用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、通いサービスを中心として、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に、利用者、利用者家族と話し合い小規模多機能型居宅介護計画を作成します。

8. 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受付

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（担当者）
〔職名〕 介護支援専門員 飯塚久代
- 受付時間 365日 随時

(2) 行政機関その他苦情受付機関

出雲市高齢者福祉課	所在地 出雲市今市町 70 電話番号 0853-21-6972 FAX 0853-21-6598 受付時間 8:30~17:15
国民健康保険団体連合会	所在地 松江市学園南一丁目7番14号 電話番号 0852-21-2811 FAX 0852-21-2164 受付時間 9:00~17:00
島根県社会福祉協議会	所在地 松江市東津田町1741-3 電話番号 0852-32-5913 FAX 0852-32-5994 受付時間 8:30~17:00

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、その内容等についての評価、要望、助言をうけるため、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、市職員、あんしん支援センター職員、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。（奇数月）

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。

☆提供するサービスの第三者評価の実施状況について

第三者評価実施 有

評価機関 運営推進会議

直近実施日 令和6年3月14日

☆結果の公表について

利用者及びその家族に対し送付します。

町内会へ回覧します。

出雲市役所、あんしん支援センターの窓口にて閲覧できます。

法人のホームページに掲載しています。

事業所内の見やすい場所にファイルを置いてあります。

10. 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。

<協力医療機関>

知井宮堀江医院
院長 堀江卓史

所在地 出雲市知井宮町 834
電話 0853-21-0918

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沿って対応を行います。また、避難訓練を年2回、利用者も参加して行います。

防火管理者：飯塚久代

(消防用設備)

- ・自動火災報知器
- ・自動火災通報装置
- ・スプリンクラー
- ・ガス漏れ探知機
- ・誘導灯
- ・消火器
- ・非常用照明

12. 身体拘束その他の行動制限

① 小規模多機能居宅介護施設サービスの提供にあたり、事業者は利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、利用者に対し隔離、身体的拘束、薬剤投与その他の方法により利用者の行動を制限しないものとします。

② 事業者は、利用者に対し隔離、身体的拘束、薬剤投与その他の方法により行動を制限する場合は、利用者に対し事前に、行動制限の根拠、内容、見込まれる期間について十分説明を行うものとします。また、この場合は事前又は事後速やかに、利用者の家族等（扶養義務者）に対し、行動制限の根拠、内容、見込まれる期間について十分説明するものとします。

* 「緊急やむを得ない場合」に該当する3要件（全て満たすことが必要）

○切迫性：利用者本人または他の利用者の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高い場合

○非代替性：身体拘束以外に代替する介護方法がないこと

○一時性：身体拘束は一時的なものであること

※留意事項

・「緊急やむを得ない場合」の判断は、担当職員個人またはチームで行うのではなく、施設全体で判断します。

・身体拘束の内容、目的、時間、期間などを利用者本人や家族に対して十分に説明し、理解を求めることと致します。

・身体拘束を行った場合は身体拘束に関する記録の作成を行います。

13. 虐待の防止について

事業者は虐待の発生またはその再発を防止するため、次の各号に定める処置を講じなければならない。

- 1 事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。
- 2 事業所における虐待防止のための指針を整備する。
- 3 事業所において、従業者に対し、虐待防止のための研修を定期的実施する。
- 4 前3号に掲げる処置を適切に実施するための担当者を置く。

14. 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。
- 事業所内での他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

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。

令和 年 月 日

あすなろ多機能型居宅介護施設

説明者氏名 飯塚久代 印

私は、本書面に基づいて事業所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ました。

令和 年 月 日

ご利用者住所

氏 名 印

ご家族または代理人住所

氏 名 印