

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

地域ふれあい館ぽっぱ家

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4093500082号)

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・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。

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。

1. 事業者

- (1) 法人名 医療法人太田脳神経外科医院
- (2) 法人所在地 福岡県糸島市浦志二丁目21-21
- (3) 電話番号 (092) 323-1251
- (4) 代表者氏名 院長 小 松 美 香
- (5) 設立年月日 昭和 63年 9月 1日

2. 事業所の概要

(1) 事業所の種類

小規模多機能型居宅介護及び介護予防指定小規模多機能型居宅介護
平成21年4月1日指定4093500082号

(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 地域ふれあい館 ぽっぱ家
- (4) 事業所の所在地 福岡県糸島市浦志二丁目21-20
- (5) 電話番号 (092) 322-5793
- (6) 管理者氏名 脇坂 浩美
- (7) 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。

(8) 開設年月日 平成21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5人）

(10) 居室等の概要 当事業所では、以下の居室・設備をご用意しています。

居室・設備の種類	室数	備考
個室	3室	洋室1室
		和室2室
2人部屋	2室	洋室2室
居間	1室	
食堂	1室	
台所	1室	
浴室	1室	
消防設備		

※洋室2室については間仕切りにより個室扱いとなります。

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域 糸島市

※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	10時00分～16時00分
訪問サービス	随時
宿泊サービス	16時00分～10時00分

※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 及び職務内容

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・介護予防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。

＜主な職員の配置の状況＞

従業者の職種	従業者の員数	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	利用者3人に対して1人以上	日常生活の介護・相談業務
4. 看護職員	1人	健康チェック等の医務業務

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) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合
(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(8割、7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(2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・介護予防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、排せつ等の日常生活上の世話や機能訓練を提供します。

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の手伝いを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

- ・ 入浴またはシャワー浴を行います。
- ・ 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健康状態の把握を行います。

⑥通い時間帯の送迎サービス

- ・ 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や機能訓練を提供します。
- ・訪問サービスはご家庭の器具や備品等（水道・ガス・電気含む）を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 利用者もしくはその家族等の同意なしに行う喫煙や飲酒
- 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
- ⑥ 訪問時間の制限について（当事業所においては昼間のみといたします）

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）

ア 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）をお支払いとなります。（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）

自己負担額は1割です。

1. 利用者の要介護度とサービス料金	要介護 1 104,580円	要介護 2 153,700円	要介護 3 223,590円	要介護 4 246,770円	要介護 5 272,090円
2. 介護保険から給付される金額	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（1－2）	10,458円	15,370円	22,359円	24,677円	27,209円

1. 利用者の要介護度とサービス料金	要支援 1 34,500円	要支援 2 69,720円
2. 介護保険から給付される金額	31,050円	62,748円
3. サービス利用に係る自己負担（1－2）	3,450円	6,972円

自己負担額は2割です。

1. 利用者の要介護度とサービス料金	要介護 1 104,580円	要介護 2 153,700円	要介護 3 223,590円	要介護 4 246,770円	要介護 5 272,090円
2. 介護保険から給付される金額	83,664円	122,960円	178,872円	197,360円	217,672円
3. サービス利用に係る自己負担（1－2）	20,916円	30,740円	44,718円	49,410円	54,418円

1. 利用者の要介護度とサービス料金	要支援 1 34,500円	要支援 2 69,720円
2. 介護保険から給付される金額	27,600円	55,776円
3. サービス利用に係る自己負担（1－2）	6,900円	13,944円

自己負担額は3割です。

1. 利用者の要介護度とサービス料金	要介護 1 104,580円	要介護 2 153,700円	要介護 3 223,590円	要介護 4 246,770円	要介護 5 272,090円
2. 介護保険から給付される金額	73,206円	107,590円	156,513円	172,739円	190,463円
3. サービス利用に係る自己負担（1－2）	31,374円	46,110円	67,077円	74,031円	81,627円

1. 利用者の要介護度とサービス料金	要支援 1 34,500円	要支援 2 69,720円
2. 介護保険から給付される金額	24,150円	48,804円
3. サービス利用に係る自己負担（1－2）	10,350円	20,916円

*糸島市の単位数はH27年度より10.33となっています。（H24～H26年度までは10.17）

☆ 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・介護予防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や多かった場合、基本的に上記金額の変更はありません。

☆ 月途中から登録した場合または月途中で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・・・糸島市に申請した日

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。

☆ 契約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。

イ 加算費用の額

①初期加算（１日につき）

小規模多機能型居宅介護事業所・介護予防小規模多機能型居宅介護事業所に登録してから起算して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に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開始した場合も同様です。

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 介護保険から給付される金額	２７０円（１日あたり）
３ サービス利用に係る自己負担額（１－２）	３０円（１日あたり）

② サービス提供体制強化加算Ⅰ、認知症加算、看護職員配置加算Ⅰ、総合マネジメント体制強化加算、介護職員処遇改善加算Ⅰ（１月につき）

小規模多機能型居宅介護事業所・介護予防小規模多機能型居宅介護事業所に登録すると１月につき下記のとおりサービス提供体制強化加算Ⅱ、認知症加算、看護職員配置加算Ⅰ、介護職員処遇改善加算Ⅰの自己負担が必要となります。

※サービス提供体制強化加算Ⅱ

１ サービス料金	３，５００円（１月あたり）
２ 介護保険から給付される金額	３，１５０円（１月あたり）
３ サービス利用に係わる自己負担（１－２）	３５０円（１月あたり）

※認知症加算Ⅲ

１ サービス料金	７，６００円(1月あたり)
２ 介護保険から給付される金額	６，８４０円(1月あたり)
３ サービス利用に係わる自己負担（１－２）	７６０円(1月あたり)

※認知症加算Ⅳ

1 サービス料金	4, 6 0 0 円（1月あたり）
2 介護保険から給付される金額	4, 1 4 0 円（1月あたり）
3 サービス利用に係わる自己負担 （1－2）	4 6 0 円（1月あたり）

※看護職員配置加算Ⅰ

1 サービス料金	9, 0 0 0 円（1月あたり）
2 介護保険から給付される金額	8, 1 0 0 円（1月あたり）
3 サービス利用に係わる自己負担 （1－2）	9 0 0 円（1月あたり）

＊（要介護者のみ）

※総合マネジメント体制強化加算Ⅰ

1 サービス料金	1 2, 0 0 0 円（1月あたり）
2 介護保険から給付される金額	1 0, 8 0 0 円（1月あたり）
3 サービス利用に係わる自己負担 （1－2）	1, 2 0 0 円（1月あたり）

※介護職員処遇改善加算Ⅰ

各介護度別基本額（月額）と他の加算額を含めた額に13.4%を乗じた額

（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 4 0 0 円、昼食 6 2 0 円、夕食 4 7 5 円、おやつ代（別料金）

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 2, 3 0 0 円

ウ 通常の事業の実施地域以外の利用者に対する送迎及び交通費は無料です。

エ おむつ代 別紙「ご利用者負担金」のとおりです。

オ 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。

☆ 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2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25日までにお支払いください。ただしおやつ等については現金支払いとします。

① 指定口座からの引き落とし

② 指定銀行への振込み

(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・介護予防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・介護予防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、小規模多機能型居宅介護サービス・介護予防小規模多機能型居宅介護サービスの利用を中止は、その日の9：00までにお申し出ください。又、変更もしくは新たなサービスについては検討させていただき、ご希望に添える様努力いたします。

☆ 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ヵ月ごとの包括費用（定額）のため、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、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、取消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・介護予防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・介護予防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、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型居宅介護計画・介護予防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契約者に説明の上交付します。

(6) 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「サービス提供実績」に記録し、ご利用者の家族に対しては利用日毎に都度に連絡帳にて報告いたします。なおサービス提供記録については2年間保存することとします。

(7) 介護及び看護サービス記録の開示

介護及び看護サービス記録を保存しておりますので、閲覧できます。

(8) 事業計画、財務内容の閲覧

利用者及び家族が当事業者に関しての事業計画、財務内容の閲覧を希望された場合は閲覧することができます。

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雇用する者は、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・介護予防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に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 ②アセスメント書類 ③居宅サービス計画書 ④小規模多機能型居宅介護計画書 ⑤経過報告書 ⑥減額認定証 ⑦サービス提供記録 ⑧身体障害者手帳 ⑨診断書 ⑩主治医の意見書

※ 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）

(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窓口で受け付けます。

☆ 苦情受付窓口（担当者） 管理者 脇坂 浩美

☆ 受付時間 随時 8：30～17：30

☆ 電話番号 （092）－322－5793

(2) 行政機関その他苦情受付機関

【市町村の窓口】 糸島市役所介護保険担当課	電話番号 092－323－1111
【公的団体の窓口】 福岡県国民健康保険団体連合会	電話番号 092－642－7831 FAX 092－642－7854
【県の窓口】 福岡県介護保険課	電話番号 092－651－1111 FAX 092－642－1504

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・介護予防小規模多機能型居宅介護計画の提供にあたり、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とっています。

<協力医療機関・施設>

太田脳神経外科医院 ・ 太田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>

・自動火災報知器、消火器など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。

☆ 事業所内の設備や器機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及び政治活動はご遠慮ください。

【業務継続計画】

1. 非常災害

災害が発生した場合にあっても、利用者が継続して介護サービスの提供を受けられる様、業務継続計画（BCP）を策定しています。

2. 感染症

感染症が発生した場合にあっても、利用者が継続して介護サービスの提供を受けられる様、業務継続計画（BCP）を策定しています。

【非常災害対策】

従業者は地震及び火災等の非常災害に際し、利用者の人命の安全確保を最優先とした避難誘導等の措置を行います。当該業務継続計画に従い、業務実施します。

【感染症・予防まん延対策・衛生管理】

従業者は利用者の使用する施設設備等において衛生管理し、感染症の発生及びまん延防止の為、対策を検討する委員会を概ね6ヶ月に1回以上開催するとともに、その結果に従業者に周知徹底を図っています。措置を適切に実施する為、専任の担当者を配置しています。

【虐待の防止】

従業者は利用者の人権を遵守する。虐待の防止の為、指針を整備し、研修を定期的実施し、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員に周知徹底を図っています。措置を適切に実施する為、専任の担当者を配置しています。

【ハラスメントの防止】

利用者、及び従業者は、暴力・ハラスメントにより傷つくことがあってはならない。事業所は、下記の行為をハラスメントとして発生、または再発防止の指針を整備し、研修を定期的実施する。及び相談窓口の担当者を設置しています。また、利用者等による従業者へのハラスメントの行為が度重なり、対策等実施後も改善が見られなかった場合、利用中止になる場合もあります。

ア) 身体的暴力・身体的な力を使って危害を及ぼす行為

イ) 精神的暴力・個人の尊厳や人格を態度によって傷つけたり、貶めたりする行為

ウ) セクシャルハラスメント・意に沿わない性的誘い掛け、好意的な態度の要求等、性的な嫌がらせ、行為

【認知症の研修】

従業者は認知症に係る基本的な研修を受講しています。

【その他運営に関する重要事項】

(契約書第六条参照)

従業者は業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を保持する。

小規模多機能型居宅介護サービス・介護予防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。

地域ふれあい館 ぽっぱ家

説明者職名 _____ 氏 名 _____ 印 _____

上記内容の説明を事業者から受け、小規模多機能型居宅介護サービス・介護予防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 _____

ご家族 住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

続 柄 _____

代理人 住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____