

# 小規模多機能型居宅介護及び 介護予防小規模多機能型居宅介護

## 重要事項説明書

小規模多機能ホームのべる手  
サテライト事業所

## 1 事業所の概要

|             |                                    |
|-------------|------------------------------------|
| 事業所名        | 小規模多機能ホームのべる手 サテライト事業所             |
| 所在地         | 函館市中道2丁目19番31号                     |
| 事業所の種類      | 指定介護予防小規模多機能型居宅介護<br>指定小規模多機能型居宅介護 |
| 指定年月日       | 令和3年11月1日                          |
| 介護保険指定事業者番号 | 0191401314 号                       |
| 開設年月日       | 令和3年11月1日                          |
| 事業所連絡先      | (0138) 30 - 1551                   |
| 登録定員        | 18名（通いサービスは12名、宿泊サービスは6名）          |
| サービス提供地域    | 函館市（旧4町村を除く）とする。                   |

|       |  |
|-------|--|
| 事業の目的 | 利用者が可能な限り住み慣れた地域でのその居宅において、有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、心身の特性を踏まえて、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てサービスを提供します。   |
| 運営方針  | 利用者が一人ひとりの人格を尊重し、住み慣れた地域での生活が継続できるよう、地域住民との交流、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、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持を図り通いサービス、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。 |

## 2 事業所の職員体制

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及び指定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、以下の職員を配置しています。

| 職 種     | 業 務                   | 人 員                       |
|---------|-----------------------|---------------------------|
| 管理者     | 事業所従業員の管理及び事業所の管理     | 1名（常勤 本体事業所管理者）           |
| 介護支援専門員 | サービスの調整・相談業務          | 1名（常勤・本体事業所介護支援専門員兼務1名）   |
| 介護職員    | 常生活上のお世話等・相談業務        | 9名（常勤・専従6名/非常勤・専従3名）      |
| 看護職員    | 健康管理等の医療業務・日常生活上のお世話等 | 4名（常勤専従1名・常勤兼務1名・非常勤専従2名） |

### (1) 主な職種の勤務体制

| 職種        | 勤務体制                    |
|-----------|-------------------------|
| 1 管理者     | 時間 8時30分～17時30分         |
| 2 介護支援専門員 | 時間 8時30分～17時30分         |
| 3 介護職員    | 時間 7時00分～19時30分（交代制）    |
|           | （夜間の勤務体制 17時00分～翌9時30分） |
| 4 看護職員    | 時間 8時30分～17時30分         |

### 3 居室等の概要

| 居室・設備の種類 | 室数   | 備考                          |
|----------|------|-----------------------------|
| 宿泊室      | 6 室  | 8.28 m <sup>2</sup>         |
| 居間・食堂    | 1 場所 | 49.68 m <sup>2</sup>        |
| 台所       | 1 場所 | I H クッキングヒーター               |
| 浴室       | 1 場所 | 機械浴槽 1 場所                   |
| トイレ      | 3 場所 | 車いす用トイレ 2 場所・職員用トイレ 1 場所    |
| 消防設備     | 適 所  | 非常灯・誘導灯・消火器・自動火災報知機・スプリンクラー |
| その他      | 5 場所 | 事務室・器具室・洗面所 2 場所・洗濯場        |

### 4 営業日及び営業時間

営業日 3 6 5 日

営業時間 2 4 時間

通いサービス 月曜日～日曜日 8 時 30 分～19 時 00 分まで

泊まりサービス 月曜日～日曜日 19 時 00 分～翌 8 時 30 分まで

訪問サービス 2 4 時間

### 5 苦情の受付について

#### (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 管理者 福田 栄美  
介護支援専門員 太田 いずみ
- 受付時間 月曜日～日曜日 8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0 まで
- 電話・FAX (0138) 30-1551 ・ (0138) 30-1552

#### (2) 行政機関その他苦情受付機関

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| 函館市保健福祉部<br>高齢福祉課<br>相談支援担当 | 所在地 : 函館市東雲町 4 番 1 3 号<br>電話番号 : (0 1 3 8) 2 1 - 3 0 2 5<br>F A X 番号 : (0 1 3 8) 2 6 - 5 9 3 6<br>対応時間 : 月曜日～金曜日 8 : 4 5 ~ 1 7 : 1 5            |
| 北海道国民健康保険<br>団体連合会          | 所在地 : 札幌市中央区南 2 条西 1 4 丁目 国保会館<br>電話番号 : (0 1 1) 2 3 1 - 5 1 7 5<br>F A X 番号 : (0 1 1) 2 3 3 - 2 1 7 8<br>対応時間 : 月曜日～金曜日 9 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0 まで |

### 6 当事業所が提供するサービスと利用料金

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) 介護保険給付の対象となるサービス: 利用料金が介護保険から給付される場合
- (2) 利用料金の金額をご契約者に負担いただく場合: 介護保険給付対象とならない場合

## (1)介護保険給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、通常の場合利用料金のご利用者の介護保険負担割合証に応じた額（自己負担分）が差し引かれた額が介護保険から給付されます。ア～ウのサービスを具体的にそれぞれの頻度、内容で行うかについては、ご利用者と協議のうえ、小規模多機能型居宅介護計画又は、介護予防小規模多機能型居宅介護計画に定めます。

### 〈基本介護サービス〉

#### 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、排泄等の日常生活上の世話や機能訓練を提供します。

##### A) 食事の提供

- ・食事の提供及び食事の介助をします。
- ・調理場でご契約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。

##### B) 入浴

- ・入浴の介助または、清拭を行います。
- ・衣類の着脱、心身の清拭、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。

##### C) 排泄

- ・ご利用者の状況に応じた適切な排泄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。

##### D) 機能訓練

- ・ご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。

##### E) 健康チェック

- ・血圧測定等、ご利用者の全身状態の把握を行います。

#### イ 訪問サービス

- ・ご利用者の自宅にお伺いし、食事や入浴、排泄の日常生活上のお世話や機能訓練を提供します。
- ・訪問サービス実施のために必要な備品等（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行いません。

##### ① 医療行為

##### ② ご利用者もしくはその家族からの金銭または高価な品物の受託

##### ③ 飲酒及び喫煙

##### 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〉

#### ア 通い・訪問・宿泊（介護費用分・介護保険負担割合証に応じた額）すべてを含んだ一カ月単位の

## 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、ご利用者の要介護度に応じた介護保険等での利用料金の自己負担分をお支払いください。（サービスの利用料金は、介護保険負担割合証に応じた額）

|      | 1ヶ月利用料金 |         |         |
|------|---------|---------|---------|
|      | 1割      | 2割      | 3割      |
| 要支援1 | 3,450円  | 6,900円  | 10,350円 |
| 要支援2 | 6,972円  | 13,944円 | 20,916円 |
| 要介護1 | 10,458円 | 20,916円 | 31,374円 |
| 要介護2 | 15,370円 | 30,740円 | 46,110円 |
| 要介護3 | 22,359円 | 44,718円 | 67,077円 |
| 要介護4 | 24,677円 | 49,354円 | 74,031円 |
| 要介護5 | 27,209円 | 54,418円 | 81,627円 |

※月ごとの包括料金ですので、ご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又は、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、または小規模多機能型居宅介護計画又は、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多かつた場合であっても、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・・・ご利用者と当該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・・・ご利用者と事業所が利用契約を終了した日

## イ 短期利用 宿泊を利用した場合（介護費用分・介護保険負担割合証に応じた額）の1日単位の費用の額

- ・下記の料金表によって、ご利用者の要介護度に応じた介護保険等での利用料金の自己負担分をお支払いください。（サービスの利用料金は、介護保険負担割合証に応じた額）

|      | 1日あたりの利用料金 |        |        |
|------|------------|--------|--------|
|      | 1割         | 2割     | 3割     |
| 要支援1 | 424円       | 848円   | 1,272円 |
| 要支援2 | 531円       | 1,062円 | 1,593円 |
| 要介護1 | 572円       | 1,144円 | 1,716円 |
| 要介護2 | 640円       | 1,280円 | 1,920円 |
| 要介護3 | 709円       | 1,418円 | 2,127円 |
| 要介護4 | 777円       | 1,554円 | 2,331円 |
| 要介護5 | 843円       | 1,686円 | 2,529円 |

※当事業所の登録者の数が当事業所の登録定員未満であり、ご利用者の状態やご利用者のご家族等の事情により、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、緊急に利用することが必要と認められた場合であって、当事業所の介護支援専門員が当事業所の登録者に対するサービスの提供に支障がないと認められた場合にご利用いただけます。

※利用の開始に当たって、あらかじめ7日以内（ご利用者の日常生活上のお世話をを行うご家族等の疾病等やむを得ない事情がある場合は14日以内）の利用期間を定めます。

※ご利用者がまだ要介護、又は要支援の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、又は要支援の認定を受けた後、自己負担分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。「サービス提供証明書」を市町村の介護保険担当窓口へ提出していただきますと、自己負担額を除く金額が支払われます。

※ご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、変更された額に合わせて、ご利用者の負担額を変更します。

## ウ 主な加算サービス

|                   |          |   |
|-------------------|----------|---|
| 初期加算              | 30 円/日   | 登録した日から起算して30日以内の期間について加算されます。また、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。   |
| 認知症加算（Ⅲ）          | 760 円/月  | 日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の方で、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する方が算定されます。  |
| 認知症加算（Ⅳ）          | 460 円/月  | 要介護状態区分が要介護2である方であって、周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症の方で日常生活自立度のランクⅡに該当する方が算定されます。  |
| 看護職員配置加算（Ⅰ）       | 900 円/月  | 常勤専従の看護師を1名以上配置している場合に算定されます。   |
| 総合マネジメント体制強化加算（Ⅰ） | 1200 円/月 | ア 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こと。<br>イ 利用者の地域における多様な活動が確保されるように、日常的に地域住民等との交流を図り、利用者の状態に応じて、地域の行事や活動等に積極的に参加していること。<br>ウ 日常的に利用者とかかわりがある地域住民などの相談に対する体制を確保していること。<br>エ 地域住民など、他事業所などと共同で事例検討会、研修等を実施していること。 |

|                |                            |   |
|----------------|----------------------------|---|
| 訪問体制強化加算       | 1,000 円/月                  | ア 訪問サービスの提供に当たる常勤の従業者を 2 名配置していること。<br>イ 算定日が属する月の提供回数について、延べ訪問回数が 1 月当たり 200 回以上であること。   |
| サービス提供体制加算 (Ⅲ) | ア : 350 円/月<br>イ : 12 円/日  | 事業所の従業者の総数のうち、常勤職員の占める割合が 60/100 以上である場合に算定されます。  |
| 科学的介護推進体制加算    | 40 円/月                     | ① 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心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出。<br>② 必要に応じて小規模多機能型居宅介護計画を見直すなど、サービス提供にあたり①に規定する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する。                                  |
| 看取り連携体制加算      | 64 円/日                     | 看取り期にサービス提供を行った場合、死亡日および死亡日以前 30 日以下に算定されます。<br>① 医師が一般的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方<br>③ 対応方針に基づき、利用者様の状態または家族の求めに応じ、介護職員、看護職員等から介護記録等を活用し行われるサービスの説明を受け、同意してサービスをうけていること。 |
| 介護職員処遇改善加算 (Ⅲ) | ア・イ及びウで算定した料金の 13.4%に相当する額 | 介護職員等の確保に向けて、介護職員等の賃金改善に充てる事を目的に創設されたものです。  |

※介護予防小規模多機能型居宅介護・短期利用をご利用の場合には認知症加算・看護職員配置加算・訪問体制強化加算は算定されません。

## エ 介護保険給付対象とならないサービス

① 介護保険等適用外の以下の費用については全額自己負担となります。

食費：朝食 500 円 昼食 670 円 夕食 670 円 おやつ 80 円

宿泊費：1,500 円/1 泊 日用品費含む

冬期暖房費：400 円/1 泊 (11 月～4 月のみ徴収)

病院受診時の自動車使用費用：実費 (居宅と病院の往復につき)

教養娯楽費、レクリエーション費用：実費

バスタオル：65 円/枚

フェイスタオル：40 円/枚

尿パッド：60 円／枚

リハビリパンツ：160 円／枚

紙オムツ：180 円／枚

寝具代：400 円／お泊り初日にかかる費用です。連泊の場合は週に 1 回かかります。

汚してしまい交換した場合、都度の費用はかかりません。

レンタルテレビ：200 円／1 日

洗濯料 10L まで 150 円/1 回

- ② ①に上げるもののほかに指定小規模多機能型居宅介護及び指定介護予防小規模多機能型居宅介護等において提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、その利用者に負担させることが適当と認められる費用は、利用者又はその家族に対し、サービスの内容及び費用について事前に説明した上で、支払いに同意を得ることとします。

※ 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 1 か月前までにご説明します。

## 7 料金の支払い方法

- ・現金徴収又は当法人の指定する口座振り込みとします。(指定の金融機関の口座へ毎月 20 日までにご入金ください。)
- ・支払方法につきましては、上記以外のご希望があればご相談に応じます。
- ・毎月 15 日頃までに前月分の請求書を発行いたします。

指定口座への振り込み (次の金融機関に限らせていただきます。)

|       |                     |
|-------|---------------------|
| 金融機関  | 北洋銀行                |
| 店 名   | 五稜郭公園支店             |
| 店番号   | 3 2 8               |
| 預金項目  | 普通種目                |
| 口座番号  | 4 1 6 2 5 6 0       |
| 会 社 名 | 株式会社のべる手 代表取締役 齋藤 修 |

## 8 緊急時の対応

サービスの提供中に利用者の容態が急変した利用者の家族または緊急連絡先へ連絡すると共に、速やかに主治医及び協力医療機関に連絡します。

※ 緊急受診の際、適切な医療が施せるように、受診先の医師へ当事業所の看護職員から、医療情報を提供いたします。情報が過去のもので現在と違う場合は適切な医療が施せない場合があります。病状や服薬内容が変わった場合には、必ずご連絡下さい。

## 9 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合には、速やかに必要な措置を講じます。又、賠償すべき事故が発生した場合には損害を速やかに行います。

## 1 0 当事業所のサービス方針

- ① 指定小規模多機能型居宅介護及び指定介護予防小規模多機能型居宅介護を提供する際は、利用者の要支援状態 又は要介護状態の軽減、若しくは悪化の防止、予防に資するよう、小規模多機能型介護計画等に基づき計画的にサービスを行うとともに、自らその提供するサービスの質の評価を行い、常にその改善を図るよう努めるものいたします。
- ② 事業の実施にあたっては、関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供するものとの密接な連携に努めるものいたします。

## 1 1 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 : 事業所職員、利用者、利用者の家族、地域住民の代表、市町村職員、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者等
- 開 催 : 2か月に1回開催
- 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。

## 1 2 協力医療機関・協力連携施設

| 名称                | 所在地          | 電話番号           |
|-------------------|--------------|----------------|
| 社会医療法人社団 仁生会 西堀病院 | 函館市中道2丁目6-11 | (0138) 52-1531 |
| 医療法人 富田病院         | 函館市駒場町9-18   | (0138) 52-1112 |
| 介護老人保健施設ロイヤルヒルズ日吉 | 函館市日吉4丁目7-81 | (0138) 31-3113 |

## 1 3 非常災害時の対策

|      |                                   |
|------|-----------------------------------|
| 防火設備 | 自動火災報知機、スプリンクラー、煙感知器、熱感知器、防火戸、消火器 |
| 避難訓練 | 年2回、地域の消防と合同訓練を実施                 |

## 1 4 サービスの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利用ください。これに反したご利用により破損が生じた場合、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。

## 1 5 利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等

|                            |    |       |    |
|----------------------------|----|-------|----|
| アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組 |    |       | あり |
| 北海道福祉サービス第三者評価の実施          | なし | 結果の公表 | なし |
| その他機関による第三者評価の実施           | あり | 結果の公表 | あり |

## 1 6 当法人の概要

- 名 称 株式会社 のべる手
- 代表者 代表取締役 斎藤 修
- 所在地 函館市北美原2丁目3番18号
- 電話番号 (0138) 47-4623
- 業務概要 介護事業、及び給食事業

## その他

- 送迎のお時間に関しましては、指定小規模多機能型居宅介護及び指定介護予防小規模多機能居宅介護で提供される行事や、天候等及び冬期間の路面状況により、若干の変更が伴いますことをご了承下さい。

# 重要事項説明同意書

当事業所は、指定小規模多機能型居宅介護及び指定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。

説明者 小規模多機能ホームのべる手 サテライト事業所

氏名 \_\_\_\_\_

令和 年 月 日

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及び指定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 \_\_\_\_\_

私は、下記の理由により、利用者に代わって上記署名を行いました。

代筆理由  身体状況により  認知症により  その他

代筆者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

身元引受人 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_