

小規模多機能型居宅介護 想 重要事項説明書

1 事業者

- (2) 法人名 有限会社サンコーポレーション
- (2) 所在地 東京都新宿区西新宿 6-6-3 新宿国際ビルディング新館 4 階
- (3) 代表者 代表取締役 山口 稜
- (4) 設立年月日 平成 17 年 6 月 16 日
- (5) 電話番号 (03) 5989-0567

2 事業所の概要

- (1) サービスの種類 指定小規模多機能型居宅介護
事業所指定番号 2392300063 (平成23年11月1日 瀬戸市指定)
- (2) 名称 小規模多機能型居宅介護 想
- (3) 所在地 瀬戸市西原町一丁目12番地
- (4) 管理者名 三浦 由美子
- (5) 電話番号 (0561) 85-0211
- (6) 事業の目的 介護保険法令に従い、利用者が住み慣れた地域での生活を継続し、その有する能力に応じて可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的として、通いサービス、訪問サービス及び宿泊サービスを柔軟に合わせてサービスを提供します。
- (7) 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、地域での生活を尊重し、暮らしの継続を支援し、良い人間関係を結び、生活の目標を見つけ出すことによって、その人らしく暮らせる生活の場を提供します。
- (8) 登録定員等 登録定員 29人
通いサービス 18人／日
宿泊サービス 9人／日
- (9) 居室等の概要 以下の居室及び設備等があります。宿泊サービスの際に利用される居室は、個室と居間となります。
ただし、利用者の心身の状況や居室の空き状況により、ご希望に添えない場合もありますので、ご承知おきください。

<居室・設備の種類等>

名 称	室数	面 積	備 考
居室（個室）	A 7 室	（1 室） 9. 5 2 m ²	宿泊室
	B 2 室	（1 室） 1 0. 3 5 m ²	宿泊室（収納棚付き）
居間兼食堂	1 室	4 9. 6 9 m ²	
キッチン	1 室	2. 7 3 m ²	
洗面所	1 室	3. 3 1 m ²	車いす利用可
浴室	1 室	5. 1 8 m ²	リフト設置あり
トイレ	3 室	3. 3 1 m ²	車いす利用可

3 通常の事業の実施地域及び営業日等

(1) 通常の事業の実施地域 瀬戸市

(2) 営業日及び営業時間 営業日 3 6 5 日

通いサービス 5 時 30 分～20 時 30 分

〔ただし、5時 30 分～9時及び17時～20時 30 分の送迎は、
家族対応でお願いします。〕

訪問サービス 2 4 時間

宿泊サービス 20 時 30 分～翌5時 30 分

※ 受付・相談については、1 0 時～1 6 時となります。

4 従業員の配置状況

利用者に対して、指定小規模多機能型居宅介護を提供する職員として、以下の職種の従業員を配置しています。

なお、従業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	人数	職務内容
管理者	1 名	事業所の従業員の管理及び利用申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行います。
介護支援専門員	1 人 以上	利用者及びその家族からの相談業務並びに居宅サービス計画及び小規模多機能型居宅介護計画の作成等を行います。
看護職員	1 人 以上	利用者の健康状態の把握及び主治医等との連携を行います。
介護職員	6 人 以上	利用者の心身の状況等を把握し、サービスの提供に当たります。

5 提供するサービスの内容及び利用料等

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスの利用料は、介護報酬の告示上の額とし、法定代理受領サービスの場合は、介護保険負担割合証に記載された割合に応じた金額が自己負担となります。

なお、アからウのサービスの具体的なそれぞれの回数、内容等については、利用者及びその家族との協議の上、小規模多機能型居宅介護計画に定めます。

<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及び機能訓練を提供します。

① 食事支援

- ・食事の介助をします。
- ・利用者がキッチンで調理することができます。

② 入浴支援

- ・衣服の着脱、洗身、洗髪の介助又は清拭の介助を行います。

③ 排せつ支援

- ・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

- ・血圧測定など利用者の全身状態の把握を行います。

⑥ 送迎支援

- ・利用者の希望により、居宅と事業所との間の送迎を行います。

イ 訪問サービス

利用者の居宅に伺い、食事、入浴、排せつ等の日常生活上の世話及び機能訓練を提供します。

なお、サービスの提供にあたって、次に該当する行為はしません。

- ・医療行為
- ・利用者もしくはその家族等からの金銭又は物品の授受
- ・飲酒及び利用者もしくはその家族等の同意なしに行う喫煙
- ・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
- ・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、排せつ等の日常生活上の世話や機能訓練を提供します。

エ 相談・助言

利用者及びその家族の日常生活における介護等に関する相談及び助言を行います。

<サービス利用料>

介護報酬に係る地域区分別単価は、1単位：10,330円です。

ア 小規模多機能型居宅介護費（1月につき）

要介護1 10,458単位

要介護2 15,370単位

要介護3 22,359単位

要介護4 24,677単位

要介護5 27,209単位

＊ 月単位の包括利用料のため、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利用が少なかった場合、又は小規模多機能型居宅介護計画に定めた期日より利用が多かった場合であっても、日割りでの減額又は増額はありせん。

＊ 月途中から登録した場合又は月途中において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利用料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、以下の日をいいます。

・「登録日」…利用者が当事業者と利用契約を締結した日ではなく、通い、訪問又は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」…利用者と当事業者ととの利用契約を終了した日

イ 初期加算 30単位（1日につき）

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算定します。

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。

ウ 認知症加算

認知症加算（Ⅲ） 760単位（1月につき）

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場合に算定します。

認知症加算（Ⅳ） 460単位（1月につき）

要介護2である者であって、周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする場合に算定します。

エ 若年性認知症利用者受入加算 800単位（1月につき）

利用者ごとに個別に担当者を定め、その担当者を中心に利用者の特性やニーズに応じたサービスの提供を行います。

オ 看護職員配置加算（Ⅰ） 900単位（1月につき）

常勤の看護師を1名以上配置している場合に算定します。

カ 看取り連携体制加算 64単位（1日につき）

死亡月及び死亡日以前30日以下について、死亡月に算定します。

キ 総合マネジメント体制強化加算 800単位（1月につき）

・利用者の心身の状況や家族を取り巻く環境の変化に応じ、介護支援専門員、看護職員、介護職員等の共同により、小規模多機能型居宅介護計画を随時見直します。

- ・日常的に地域住民等との交流を図り、地域の行事や活動等に参加します。

ク サービス提供体制強化加算（Ⅱ） 640単位（1月につき）

ケ 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ） 所定単位数に14.9%を乗じた単位数

コ その他

- ・利用者がまだ要介護認定を受けていない場合は、サービス利用料の全額をいったんお支払いいただきます。その場合は、サービス提供証明書を発行しますので、要介護の認定を受けた後、市町村に手続きをしていただくと自己負担額を除いた額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。
- ・介護保険から給付額に変更があった場合は、変更された額に合わせて、利用者の自己負担額を変更します。

(2) 介護保険の給付の対象とならないサービス

以下のサービスの利用料金は、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 宿泊に要する費用

1泊につき4,000円

イ 食事代

朝食300円 昼食580円 夕食500円

ウ おやつ代、飲み物代

80円（1日につき）

エ 交通費

利用者の都合による外出、買い物同行、通院介助時の交通費等を徴収します。

片道（片道とは、事業所から目的地をいいます。）

2km以内：250円 7km未満：500円 10km未満：1,000円

オ おむつ処理代

おむつは持ち込みとなりますが、処理代として1枚につき20円を徴収します。

カ 日常生活品費

日常生活において通常必要となる費用で、利用者に負担いただくことが適当と認められる費用を徴収します。

トイレットペーパー、ティッシュペーパー、ペーパータオル、手洗用洗剤等

20円（1日につき）

キ 複写代

サービス提供記録等の複写代として、1枚につき10円を徴収します。

(3) サービス利用の中止、変更、追加

- ・小規模多機能型居宅介護は、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、訪問サービス又は宿泊サービスを柔軟に組み合わせてサービス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、サービスの利用を中止、変更又は新たなサービスの利用を追加することができます。

この場合は、原則として、サービス実施日の前日までに事業所へ申し出てください。

- ・「5(1) 介護保険の給付の対象となるサービス」について、「ア 小規模多機能型居宅介護費（1月につき）」は、1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でも1月の利用料は変更されません。

「5(2) 介護保険の給付の対象とならないサービス」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、取消料として下記の利用料金をお支払いいただく場合があります。ただし、利用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。

利用予定日の前々日までに中止の申し出があった場合	無 料
利用予定日の前々日までに中止の申し出がなかった場合	当日の食事代

- ・ サービス利用の変更、追加の申し出に対して、他の利用者の状況により希望する日時にサービスの提供ができない場合、他の利用可能な日時を提示し協議します。

(4) 居宅介護サービス計画及び小規模多機能型居宅介護計画について

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。

事業所は、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、利用者及びその家族と協議の上で、居宅サービス計画及び小規模多機能型居宅介護計画を定め、モニタリングを1か月に1回行います。

居宅サービス計画及び小規模多機能型居宅介護計画の実施状況を3か月ごとに評価し、計画の内容及び評価結果等を書面に記載して、利用者又はその家族に説明の上交付します。

6 苦情・相談の受付について

(1) 事業所における苦情・相談窓口

- ・ 苦情・相談受付窓口 担当 濱口 裕
電話 (0561) 85-0211
- ・ 受付時間 月曜日～金曜日 10時～16時

また、苦情・相談受付ボックスを玄関に設置しています。

(2) 保険者その他の苦情・相談窓口

- ・ 瀬戸市 高齢者福祉課 介護認定給付係 所在地 瀬戸市追分町64番地の1
電 話 (0561) 88-2620
受付時間 平日 9時～17時
- ・ 愛知県国民健康保険団体連合会 所在地 名古屋市東区泉1丁目6番5号
電 話 (052) 971-4165
受付時間 平日 9時～17時

7 運営推進会議の設置

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>

構成員：利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、瀬戸市職員又は事業所の所在地を管轄する地域包括支援センターの職員、小規模多機能型居宅介護についての知見を有する者等

開 催：概ね2か月に1回以上

会議録：運営推進会議における会議内容、利用者に関する評価、要望および助言等について記録を作成しております。

これらの記録は、事業所内においていつでも閲覧が可能です。

また、瀬戸市役所のホームページにおいても閲覧が可能です。

8 協力医療機関及び施設

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協力医療機関等として以下のとおり、連携体制を整備しています。

<協力医療機関及び施設>

三浦内科クリニック	所在地	瀬戸市みずの坂2丁目26番地
	電 話	(0561) 48-6101
医療法人宏和会	所在地	瀬戸市緑町2丁目114番地1
瀬戸みどりのまち病院	電 話	(0561) 84-3113
医療法人和光会	所在地	尾張旭市東印場町二反田282番地の2
介護老人保健施設 清風苑	電 話	(0561) 52-6200

9 非常災害時の対応

非常災害時には、別途定める防災計画に沿って対応します。また、避難訓練を年に2回以上、利用者も参加して行います。

なお、地域防災計画との関係を考慮しながら、地震時の対応も行います

10 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は、弁償していただきます。
- ・ 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。

1 1 ハラスメント防止対策について

本事業所では、介護現場におけるハラスメント防止のため、「ハラスメント防止対策に関する指針」を定めております。

当該指針では、身体的暴力、精神的暴力およびセクシャルハラスメントをハラスメントと定義し、これらの防止に努めております。

ハラスメントに関する相談や報告があった場合は、管理者が内容を整理のうえ、ハラスメント委員会において対応を協議いたします。

また、職員に対しては、ハラスメント防止に関する研修を新規採用時に実施するほか、在職職員に対しても年2回の定期研修を実施しております。

1 2 虐待防止のための措置

当事業所では、利用者様に対する虐待の発生及び再発を未然に防止するため、以下の体制および取組みを行っております。

(1) 虐待防止対策委員会の開催

虐待の防止に関する取組みを継続的に実施・検討するため、「虐待防止対策委員会」を定期的に開催しています。必要に応じて、テレビ電話等の通信機器を活用することもあります。会議の内容・決定事項は、全従業者へ周知し、組織全体で虐待防止に取り組めます。

(2) 虐待防止指針の整備

虐待の未然防止、早期発見、通報・対応・再発防止までの一連の対応方針をまとめた「虐待防止指針」を策定し、従業者に周知しています。指針は事業所内にて閲覧可能です。

(3) 研修の実施

従業者に対して、虐待防止に関する研修を年1回以上定期的に行っております。研修では、虐待の定義・事例・対応方法・通報義務などについて学び、職員一人ひとりの意識向上を図ります。新規採用者には採用時研修において必ず実施します。

(4) 虐待防止推進担当者の配置

虐待防止に関する施策を円滑に実施するため、管理者を虐待防止推進担当者として定め、責任をもって体制整備・研修・記録管理などを行います。

(5) 報告・記録体制の確保

万が一、虐待の疑いがある事案が発生した場合には、速やかに市町村、地域包括支援センター、またはその他の関係機関へ報告を行い、適切な記録を残します。対応状況等は必要に応じて利用者様・ご家族にも説明いたします。

1 3 業務管理体制

法令遵守責任者	事業所管理者	三浦 由美子
法令遵守担当者	事業所看護師長	濱口 裕

1 4 第三者評価の実施状況について

当事業所では、現時点（令和7年9月現在）において、介護サービスの第三者評価は実施しておりません。

今後、利用者へのサービスの質の向上及び情報公開の一環として、適切な時期に第三者評価の受審を検討してまいります。

なお、第三者評価の実施状況や結果については、実施された際には、速やかに公表し、利用者およびご家族にご説明いたします。

1 5 事故発生時の対応について

サービス提供中に事故が発生した場合には、利用者の安全を最優先に、次のとおり迅速かつ適切に対応いたします。

- (1) 必要に応じて応急処置を行い、協力医療機関または主治医への連絡、救急搬送等の対応を行います。
- (2) 事故の発生状況や利用者の状態について、速やかにご家族へ連絡し、必要な説明を行います。
- (3) 事故の内容によっては、瀬戸市、地域包括支援センター等の関係機関に報告を行います。
- (4) 事故の詳細、対応内容、再発防止策等を記録した事故報告書を作成し、適切に保管します。
- (5) 事故の再発防止に向けて、原因分析を行い、必要な職員研修及び対応策の共有を行います。

※「事故」には、転倒、誤嚥、誤薬、感染症の発生、身体拘束、その他利用者の心身に影響を及ぼす事象を含みます。

指定小規模多機能型居宅介護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。

年 月 日

事業者	有限会社サンコーポレーション
代表者	山口 稜
事業所	小規模多機能型居宅介護 想

説明者	_____ (印)
-----	-----------

私は、指定小規模多機能型居宅介護の利用の開始に際し、本書面に基づいて、事業者から重要事項の説明を受けました。

利用者 住 所 〒

氏 名 _____ (印)

電 話 _____

署名代行者 住 所 〒

氏 名 _____ (印)

電 話 _____

利用者との関係 _____

署名代行の理由 _____

家族代表 住 所 〒

氏 名 _____ (印)

電 話 _____

利用者との関係 _____