

**【重要事項説明書】**

1. 事業所の概要

|                      |                                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業者（法人）の名称           | 医療法人 天真会                                                                                                                                                                                                          |
| 主たる事務所の所在地           | 〒791-1112 松山市南高井町 333 番地                                                                                                                                                                                          |
| 代表者（職名・氏名）           | 理事長 清水 恵太                                                                                                                                                                                                         |
| 設 立 年 月 日            | 昭和 57 年 3 月 15 日                                                                                                                                                                                                  |
| 電 話 番 号              | 089-976-7777                                                                                                                                                                                                      |
| 事 業 所 名              | 小規模多機能ホーム南高井                                                                                                                                                                                                      |
| 管 理 者                | 石城 琢己                                                                                                                                                                                                             |
| 所 在 地<br>電 話 F A X   | 松山市南高井町 333 番地<br>(電話) 089-955-7131 (F A X) 089-955-7132                                                                                                                                                          |
| サービスの種類<br>介護保険事業所番号 | 小規模多機能型居宅介護 3890102159 号                                                                                                                                                                                          |
| 通常の事業の<br>実施地域       | 松山市（島嶼部は除く）<br>※ 上記地域外については、他の事業所を紹介いたします。                                                                                                                                                                        |
| 営 業 日<br>営 業 時 間     | 365 日とし年中無休とする。<br>通いサービス：午前 7 時から午後 8 時まで<br>宿泊サービス：午後 8 時から午前 7 時まで<br>訪問サービス：24 時間                                                                                                                             |
| 登 録 定 員<br>利 用 定 員   | 登録定員：25 名<br>通いサービスの利用定員：15 名 宿泊サービスの利用定員：9 名                                                                                                                                                                     |
| 事業の目的                | 要介護者に対し、事業所の介護支援専門員、介護従業者が、その居宅又は事業所において、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話又は支援及び機能訓練の適切な小規模多機能型居宅介護を提供することを目的とします。                                                                                                        |
| 事業所の基本方針             | 要介護者が可能な限りその自宅において、その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、通い、訪問、宿泊の形態で、家庭的な環境と地域住民との交流の下、必要な日常生活上の世話又は支援及び機能訓練を行います。また、利用者の意思及び人格を尊重し利用者の立場に立ったサービスを提供するとともに、要介護状態の軽減若しくは悪化の防止に資するよう支援します。                                 |
| 第三者評価                | (1) 第三者による評価の実施状況： <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり<br>(2) 実施した直近の年月日：<br>(3) 実施した評価機関の名称：<br>(4) 当該結果の開示状況： <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |

## 2. 職員の配置状況

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（以下「サービス」といいます。）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。

＜主な職員の配置状況＞ ※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

| 職 種     | 常勤    | 非常勤   | 兼務及び主な職務内容                                                                  |
|---------|-------|-------|-----------------------------------------------------------------------------|
| 管理者     | 1 名   | 名     | 介護従業者と兼務<br>事業所の従業者及び業務の管理                                                  |
| 介護支援専門員 | 1 名   | 名     | 介護従業者と兼務<br>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                                      |
| 介護従業者   | 8 名以上 | 4 名以上 | 1 名は管理者、1 名は介護支援専門員と兼務<br>利用者への通い・宿泊・訪問サービス<br>看護職員は利用者の健康状態の把握、必要な処置も行います。 |

## 3. サービス内容について

- ①通いサービス 事業所において、食事や入浴、排せつ等の日常生活上の世話や機能訓練を行います。
- ②宿泊サービス 事業所に宿泊していただき、食事や入浴、排せつ等の日常生活上の世話や機能訓練を行います。
- ③訪問サービス 利用者の居宅において、食事や入浴、排せつ等の日常生活上の世話や機能訓練を行います。
- ④相談・助言等 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、各種申請代行等を行います。

## 4. サービス利用料金

### ①介護保険給付対象サービス

小規模多機能型居宅介護基本サービス費（1 ヶ月あたり）

| 要介護度              | 要介護 1    | 要介護 2    | 要介護 3    | 要介護 4    | 要介護 5    |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 自己負担額<br>(1 割の場合) | 10,458 円 | 15,370 円 | 22,359 円 | 24,677 円 | 27,209 円 |
| 自己負担額<br>(2 割の場合) | 20,916 円 | 30,740 円 | 44,718 円 | 49,354 円 | 54,418 円 |
| 自己負担額<br>(3 割の場合) | 31,374 円 | 46,110 円 | 67,077 円 | 74,031 円 | 81,627 円 |

## 加算

| 加算項目               | 自己負担額<br>(1 割)                  | 自己負担額<br>(2 割)                  | 自己負担額<br>(3 割)                  |
|--------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 初期加算               | 30 円/日                          | 60 円/日                          | 90 円/日                          |
| 認知症加算 (Ⅲ)          | 760 円/月                         | 1,520 円/月                       | 2,280 円/月                       |
| 認知症加算 (Ⅳ)          | 460 円/月                         | 920 円/月                         | 1,380 円/月                       |
| 看護職員配置加算 (Ⅰ)       | 900 円/月                         | 1,800 円/月                       | 2,700 円/月                       |
| 総合マネジメント体制強化加算 (Ⅰ) | 1,200 円/月                       | 2,400 円/月                       | 3,600 円/月                       |
| 科学的介護推進体制加算        | 40 円/月                          | 80 円/月                          | 120 円/月                         |
| サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)   | 750 円/月                         | 1,500 円/月                       | 2,250 円/月                       |
| 介護職員等処遇改善加算 (Ⅰ)    | 保険算定報酬<br>合計の 14.9%<br>のうち 1 割分 | 保険算定報酬<br>合計の 14.9%<br>のうち 2 割分 | 保険算定報酬<br>合計の 14.9%<br>のうち 3 割分 |

### (注意事項)

- ・要介護認定を受けていない場合には、サービスの利用料金の 10 割全額を一旦、お支払いいただきます。そして、要介護認定を受けた後、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は、利用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。
- ・月途中で利用開始となった場合は、契約を締結した日ではなく、実際にサービスを利用した日からの日割り計算となります。
- ・月途中で解約した場合は、最終利用日ではなく、契約を解除した日までの計算となります。
- ・介護保険からの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。

### ※初期加算

登録した日から起算して 30 日以内の期間、初期加算として 1 日につき所定単位数を加算します。

### ※認知症加算 (Ⅲ)

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方（日常生活自立度のランクⅢ以上の方）の支援をした際に算定します。

### ※認知症加算 (Ⅳ)

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方（日常生活自立度のランクⅡの方）を支援した際に算定します。

### ※看護職員配置加算Ⅰ

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。

### ※総合マネジメント体制強化加算 (Ⅰ)

利用者の心身の状況又はその家族等を取り巻く環境の変化に応じ、関係者が共同し計画の見直しを行い、利用者の地域における多様な活動が確保されるよう日常的に地域住民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、日常的に利用者に関わりのある地域住民等の相談に対応する体制を確保し、必要に応じて多様な主体により提供される登録者の生活全般を支援するサービスが包括的に提供されるような居宅サービス計画を作成し、地域住民等との連携により地域資源を活用し利用者の状態に応じて支援を行っている場合に算定します。

#### ※科学的介護推進体制加算

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利用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、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、必要な情報を活用している場合に算定します。

#### ※サービス提供体制強化加算（Ⅰ）

従業者ごとの研修計画を作成し、技術指導を目的とした会議を定期的に行い、かつ、従業者のうちの介護福祉士の割合が100分の70以上又は勤続年数10年以上の介護福祉士の割合が100分の25以上である場合に算定します。

#### ※介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）

介護職員について、職位、職責、職務内容等に応じた任用等の要件を定め、それらに応じた賃金体系の整備及びキャリアパス要件、職場環境の改善に取り組んでいる場合に算定します。

#### ②介護保険給付対象外のサービス

- (1) 食事代            朝食：500円      昼食：600円      夕食：700円
- (2) 宿泊代           1泊：      1,800円
- (3) 洗濯代           1ネット      150円
- (4) 電気代           1日          各50円
- (5) テレビレンタル代（電気代50円込）      1日      200円
- (6) おむつ代、教養娯楽費          実費
- (7) サービス提供記録複写代      1枚      20円

※（3）～（7）につきましては、利用者の選択により申し込みいただけます。また、料金は利用があった場合のみのお支払いとなります。

#### 5. 支払方法

当月料金の合計額の請求に明細を付して、利用月の翌月10日までに利用者へ請求します。利用料の自己負担分の合計を翌月20日までに現金（クレジットカードも使えます）または自動引き落としによりお支払いください。その他、詳細はお尋ねください。

#### 6. サービス利用に当たっての留意事項

- (1) 体調によっては、入浴等を中止する場合があります。
- (2) 利用日の利用を中止若しくは変更する場合には、原則として利用日の前日までにその旨を申し出てください。
- (3) 他の利用者に迷惑となるよう行為等がある場合、利用を中止する場合があります。

#### 7. サービス内容に関する相談及び苦情窓口

○事業所担当      管理者   石城   琢己

受付日時：年中無休   8:30～17:00      (089) 955-7131

(その他の行政機関窓口)

○愛媛県国民健康保険団体連合会

受付日時：月曜日から金曜日（祝日除）8:30～17:15      (089) 968-8700

○松山市役所   指導監査課

受付日時：月曜日から金曜日（祝日除）8:30～17:15      (089) 948-6968

○愛媛県福祉サービス運営適正化委員会

受付日時：月曜日から金曜日（祝日除）9:00～12:00、13:00～16:30      (089) 998-3477

- (1) 提供したサービスについて苦情があった場合は、直ちに担当者が利用者又は家族に連絡を取り、詳しい事情を確認するとともに、職員からも事情を確認し、状況の把握に努めます。
- (2) 苦情を受けた場合は内容を記録、保管します。
- (3) 問題点の検討を行い再発防止に努めます。
- (4) 検討した対応策については必要に応じて、本人または家族に説明を行います。

## 8. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次にあげるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催。
- (2) 虐待防止委員会での検討結果を従業者に周知。
- (3) 虐待防止のための指針を整備。
- (4) 虐待を防止するための研修を定期的に開催。
- (5) 前四号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を設置。

|             |           |
|-------------|-----------|
| 虐待防止に関する責任者 | 管理者 石城 琢己 |
|-------------|-----------|

- (6) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等利用者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報します。

## 9. 非常災害時の対応

- (1) 非常災害時に関する消防計画及び風水害、地震等の災害に対処するための計画を作成し、事業所の見やすい場所に掲示します。
- (2) 前項の計画に基づき、非常災害時の関係機関への通報及び連絡体制を整備し、それらを定期的に従業者に周知するとともに、定期的に避難、救出その他の必要な訓練を行います。

## 10. 秘密保持等

- (1) 利用者又はその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が作成した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し適切な取扱いに努めます。
- (2) 従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します。
- (3) 事業者は、従業者であった者に業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。
- (4) 事業者は、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意をあらかじめ文書により得ます。

## 11. その他運営に関する重要事項

- (1) 事業者は、従業者の質的向上を図るため、研修機関が実施する研修や事業所内の研修への参加の機会を計画的に確保します。
- (2) 事業者は、サービスの提供に関する諸記録を整備し、その完結の日から 5 年間保存します。

- (3) この規程に定める事項のほか、運営に関する重要事項は、事業者と事業所の管理者との協議に基づいて別途定めます。

## 12. 緊急／事故発生時の対応方法

- (1) サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより主治医、救急隊、親族、市町村等必要箇所へ連絡します。

|        |                        |                        |
|--------|------------------------|------------------------|
| 緊急連絡先  |                        |                        |
|        | ①                      | ②                      |
| 氏名     | 続柄                     | 続柄                     |
| 住所     | 〒                      | 〒                      |
| 電話番号   |                        |                        |
|        | 自宅・会社・携帯 月、火、水、木、金、土、日 | 自宅・会社・携帯 月、火、水、木、金、土、日 |
|        |                        |                        |
|        | 自宅・会社・携帯 月、火、水、木、金、土、日 | 自宅・会社・携帯 月、火、水、木、金、土、日 |
|        |                        |                        |
|        | 自宅・会社・携帯 月、火、水、木、金、土、日 | 自宅・会社・携帯 月、火、水、木、金、土、日 |
| 主治医連絡先 |                        |                        |
| 医療機関名  |                        |                        |
| 医師名    |                        |                        |
| 住所     |                        |                        |
| 電話番号   |                        |                        |

- (2) 利用者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償を行います。

### ■緊急を要する際の搬送先決定権者の確認

緊急時の医療機関等への搬送先については、

( 家族へ確認 ・ サービス事業者の判断 ) で対応したので構いません。

※重要事項説明者 \_\_\_\_\_ :

