

重要事項説明書

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または指定介護予防小規模多機能型居宅介護サービス（以下「サービス」という。）を提供します。事業者の概要や提供するサービスの内容、契約上ご注意頂きたい事を次の通り説明します。

1. 事業者

法人の名称	社会福祉法人 しおかぜ
法人所在地	岡山県倉敷市下津井1482番地18
法人種別	社会福祉法人
代表者	理事長 矢野 旬一
電話番号	(086) 470-4848
設立年月日	昭和50年9月19日

2. 事業所の概要

事業所の種類	指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業所
事業所の名称	小規模多機能ホームしおかぜ やすらぎの家児島駅前
事業所の住所	岡山県倉敷市児島駅前4丁目53番
事業者番号	3390200883
管理者	立石 裕子
電話番号	(086) 473-6001 (086) 473-6002 (FAX)
開設年月日	平成25年7月1日
登録定員	28人（通い1日17人 泊り1日8人）

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	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可能な限り自宅で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。
施設運営の方針	<ol style="list-style-type: none">事業所の介護従事者は、小規模多機能型居宅介護を提供するにあたっては、利用者一人一人の人格を尊重し、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。事業所の介護従事者は介護予防小規模多機能居宅介護を提供するにあたっては、利用者一人一人の人格を尊重し、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

	<p>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。</p> <p>3. (介護予防) 小規模多機能居宅介護の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。</p> <p>4. 事業所は、自らその提供する(介護予防)小規模多機能型居宅介護の質の評価を行い、常にその改善を図るものとします。</p>
--	--

4. 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	室数等
宿泊室	8室 (畳を入れることもできます)
居間及び食堂	1室
台所	1室
浴室	1室 簡易バスリフト設置
トイレ	3室 車椅子対応トイレ2か所・一般用トイレ1か所
消防設備	消火器・誘導灯・スプリンクラー・火災報知設備設置
その他	ナースコール設置(各居室・トイレ・浴室)

5. 職員体制

従業員の種類	職務内容	配置員数
管理者	事業所の管理業務全般	1人(常勤・兼務)
介護支援専門員	サービスの調整・相談業務	1人(常勤・兼務)
介護職員	入浴、その他介護業務全般	通いサービス利用者3名又は端数を増すごとに1名以上と訪問職員1名 11人以上(常勤・非常勤・兼務含む)
看護職員	健康チェック等の看護業務	1人(常勤)

* 職員の配置については、指定基準を遵守しています

6. 事業の実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域

倉敷市児島(離島は除く)

(2) 営業日及び営業時間

営業日	365日(年中無休)
通いサービス	1日17人 基本時間 9:30 ~ 16:00 送迎対応時間 8:30 ~ 17:00 * その他の時間はご相談下さい
訪問サービス	随時、必要に応じて対応します
宿泊サービス	1日8名 基本時間 16:00 ~ 9:30

* 相談・受付等については、通いサービスの営業時間と同様とします

7. 提供するサービスと利用料金

(1) サービスの概要

◆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。

- ①日常生活の支援・日常生活動作能力に応じて、必要な介助を行います
- ②健康チェック・血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います
- ③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
- ④食事
 - ・食事の提供及び食事の介助
 - ・調理場で利用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
- ⑤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
- ⑥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
- ⑦送迎サービス・ご利用者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います

◆訪問サービス

- ・利用者の自宅にお伺いし、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
- ・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飲酒及びご利用者もしくはその家族等の同意なしに行う喫煙
 - 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その他利用者もしくはその家族等に行う迷惑行為

◆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

(2) サービス利用料金

1) 通い・訪問・宿泊(介護費用部分)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。

下記の料金表によって、ご契約者の要支援又は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)をお支払い下さい。(サービスの利用料金は、ご契約者の要支援又は要介護度に応じて異なります。)

【サービス利用料金】（1か月あたり）

単位：円

ご契約者の要介護度	サービス利用料金	介護保険から 給付される金額	サービス利用に係 る自己負担（1割）
要支援 1	34,500	31,050	3,450
要支援 2	69,720	62,748	6,972
要介護 1	104,580	94,122	10,458
要介護 2	153,700	138,330	15,370
要介護 3	223,590	201,231	22,359
要介護 4	246,770	222,093	24,677
要介護 5	272,090	244,881	27,209

- ☆ 介護保険負担割合証の負担割合が1割以外の場合は、上記料金（サービスの係る自己負担）を負担割合に応じて乗じた額となります。
- ☆ 月ごとの包括料金ですので、契約者の体調不良や状態等の変化等により小規模多機能居宅介護計画に定めた期日より利用が少なかった場合、または小規模多機能居宅介護計画に定めた期日より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・・・利用者が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
- ☆ ご契約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。要支援または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）。また、居宅介護サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。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。
- ☆ ご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）を参照）
- ☆ 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、ご契約者の負担額を変更します。

☆ 【各種加算】

◆初期加算

小規模多機能居宅介護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は、初期加算として下記の通り加算分の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利用を開始した場合も同様です。

加算対象サービスとサービス料金	初期加算（30日まで）30円（1日あたり）
-----------------	-----------------------

◆認知症加算

認知症加算Ⅰ 760円 (1か月あたり)	日常生活に支障をきたすおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症利用者の場合に加算分の利用者負担があります *介護を必要とする認知症とは、医師が判定する日常生活自立度のランクⅢ以上（Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ）に該当する場合
認知症加算Ⅱ 460円 (1か月あたり)	要介護状態区分が要介護2である利用者であって、周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症の利用者の場合に加算分の利用者負担があります *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とは、医師が判定する日常生活自立度のランクⅡ（Ⅱa・Ⅱb）に該当する場合

◆看護職員配置加算

看護職員配置加算Ⅱ 700円（1か月あたり）	常勤専従の看護職員を1名以上配置している場合の1月当たりの加算料金です。
---------------------------	--------------------------------------

◆総合マネジメント体制強化加算

総合マネジメント 体制強化加算 1200円 (1か月あたり)	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他職種協働により、随時適切に見直しを行っていること。かつ、地域における活動への参加の機会が確保されている場合に算定します。
---	--

◆サービス提供体制強化加算

サービス提供体制強化 加算Ⅰ 750円 (1か月あたり)	従業者の総数のうち、介護福祉士の割合が70%である場合。又は勤続10年以上介護福祉士25%以上である場合に算定します。
---------------------------------------	---

◆訪問体制強化加算

訪問体制強化加算 1000円 (1か月あたり)	訪問サービスの提供にあたる常勤の従業者を2名以上配置しておりかつ、月における訪問延べ回数が200回以上である場合に算定します
-------------------------------	--

◆処遇改善加算

介護職員処遇改善加算 I	介護職員の処遇改善のための加算です。 利用者ごとの一か月の総単位数（介護度に応じた基本単位数と各種加算）に 10.2%を乗じた額の 1 割部分
--------------	--

◆特定処遇改善加算

介護職員処遇改善加算 I	経験・技能のある介護職員の処遇改善のための加算です。 利用者ごとの一か月の総単位数（介護度に応じた基本単位数と各種加算）に 1.5%を乗じた額の 1 割部分
--------------	---

◆介護職員等ベースアップ等支援加算

介護職員等ベースアップ等支援加算	介護職員等の処遇改善のための加算です。 利用者ごとの一か月の総単位数（介護度に応じた基本単位数と各種加算）に 1.7%を乗じた額の 1 割部分
------------------	--

※ 但し、令和 6 年 6 月より処遇改善加算（上記 3 つ）は介護職員処遇改善加算 I として、利用者ごとの一か月の総単位数の 14.9%になります。

◆認知症行動・心理症状緊急対応加算

認知症行動・ 心理症状緊急対応	医師が在宅での生活が困難であり、緊急に短期利用居宅介護を利用することが適当であると判断した場合に算定します。 (7日までを限度とする) 200円 (1日あたり)
--------------------	---

◆科学的介護推進体制加算

科学的介護推進 体制加算 I 40円 (1か月あたり)	要介護者の重度化防止・自立支援を目的に、科学的根拠（エビデンス）に基づいて提供されるケア。様々なデータを収集したり、ケアの方法・効果を検証したりして、より効果的な介護サービスを提供するための加算です。
--------------------------------------	--

2) 介護保険の給付対象とならないサービス

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。

◆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：550円 夕食：500円

おやつ：100円 (おやつのお時間にご利用がない場合は徴収致しません)

◆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。

料金 1泊：2000円

◆おむつ代

紙おむつ等を使用する利用者に対し、当事業所が保有する紙おむつ等を使用した場合に要する費用です。

料金 尿取りパット：30円 紙パンツ：1枚90円

◆レクリエーション活動等

ご利用者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

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。

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

(3) 利用料のお支払いについて

(1) 利用料金お支払い方法

利用料金のお支払方法は、以下の方法から選択することができます。

1. 事業所従事者による集金
2. 事業所が指定する金融機関より引き落としをする

(2) 利用料金のお支払い時期

1. 集金の場合、ご利用いただいた料金は毎月末日締めとし、翌月25日までに集金致します。
2. 金融機関による引き落としの場合、毎月末締めとし、翌月25日に引き落とし致します。

* 25日が土・日・祝日の場合は、次の平日が引き落とし日となります

(4) 利用の中止・変更・追加

☆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、ご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、ご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実施日の前日までに事業者申し出てください。

☆7.1)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か月ごとの利用料は変更されません。ただし7.2)の介護保険対象外の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、半額分をキャンセル料としてお支払いいただく場合があります。但し、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。

☆サービスの利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況によりご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ご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、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ある。

事業者は、ご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、ご利用者と協議の上で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ご利用者に説明の上交付します。

8. 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）

介護支援専門員 川上 恵（かわかみ めぐみ）

○苦情解決責任者（担当者）

管理者 立石 裕子（たていし ゆうこ）

○対応日時 月曜～金曜 8:30～17:30

また苦情受付ボックスを事務所受付に設置しています

電話 086-473-6001 FAX 086-473-6002

社会福祉法人しおかぜ総合マニュアル内「福祉サービスに関わる苦情解決マニュアル」に従い、速やかに対応致します。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

倉敷市役所介護保険課	〒710-8565 住 所 倉敷市西中新田640番地 電 話 (086)426-3343 受 付 月曜～金曜日 8:30～17:15 日曜・祝日及び年末年始は除く
岡山県国民健康保険団体連合会	〒700-0984 住 所 岡山市北区桑田町17-5 電 話 (086)223-8811 FAX (086)223-9109 受 付 月曜～金曜日 8:30～17:00 日曜・祝日及び年末年始は除く

9. 運営推進会議の設置

当事業所では、(介護予防)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、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：隔月で開催

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

10. 協力医療機関・バックアップ施設

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機関、施設として連携体制を整備しています。

〈協力医療機関・施設〉

児島中央病院	所在地	倉敷市児島小川町3685
	電話	086-472-1611
倉敷市民病院	所在地	倉敷市児島駅前2丁目39
	電話	086-472-8111
介護老人保健施設	倉敷シルバーナーシングホーム	
	所在地	倉敷市児島柳田町355-1
	電話	086-473-8810
難波歯科医院	所在地	倉敷市児島味野1-7-10
	電話	086-472-2049

1.1. 非常災害時の対応

非常災害時には、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、利用者も参加して行います。

〈消防用設備〉 自動火災報知機・スプリンクラー・誘導灯、消火器、非常用照明

1.2. 緊急時の対応

小規模多機能型居宅介護の提供を行っているときに、ご利用者様に病状の急変が生じた場合やその他必要な場合は、速やかに主治医・協力医療機関・ご家族等への連絡を行うなどの必要な措置を講じます

1.3. 事故発生時の対応

小規模多機能型居宅介護の提供により事故が発生した場合は、市町村・当該利用者様のご家族・居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じ、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録します。また、小規模多機能型居宅介護の提供により、賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録は、2年間保存します。

1.4. 虐待防止の為の措置に関する事項

事業所は虐待の発生又はその再発防止をする為、次の各号に掲げる措置を講ずるものとする。

- ・虐待防止の為の対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について各職員に周知徹底を図る。
- ・虐待防止の為の指針を整備する。 ・職員に対し、虐待防止の為の研修を定期的実施する。
- ・前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置く。

事業者はサービス提供中に、当該事業所職員又は養護者（利用者の家族等高齢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、速やかにこれを倉敷市に通報するものとする。

1.5. その他の運営についての重要事項

- ・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。
- ・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。

- ・事業所は、利用者の記録や情報を適切に管理し、利用者の求めに応じて、その内容を開示します。
- ・事業所は、小規模多機能型居宅介護の実施において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、やむを得ない場合を除き、身体拘束は行いません。身体拘束が必要な場合は、利用者及びご家族に説明をし、同意得た場合は、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録致します。

15. 緊急時における短期利用及び宿泊について

宿泊室に空きがあり、かつ登録定員に空きがある場合は、利用者の状態や利用者の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提供に支障がないと認めた場合に、あらかじめ7日以内（やむを得ない事情がある場合には14日以内）の利用期間を定め、短期利用を行うことができる。

【サービス利用料金】（1日あたり）

単位：円

ご契約者の要介護度	サービス利用料金	介護保険から給付される金額	サービス利用に係る自己負担（1割）
要支援1	4,230	3,807	423
要支援2	5,290	4,761	529
要介護1	5,700	5,130	570
要介護2	6,380	5,742	638
要介護3	7,070	6,363	707
要介護4	7,740	6,966	774
要介護5	8,400	7,560	840

- ◆ **サービス提供体制強化加算** 従業者の総数のうち、介護福祉士の割合が70%である場合。又は、勤続10年以上の介護福祉士25%以上である場合に算定します。 25円/1日
- ◆ **処遇改善加算** 介護職員の処遇改善のための加算です。利用者ごとの一か月の総単位数（介護度に応じた基本単位数と各種加算）に10.2%を乗じた額の1割部分
- ◆ **特定処遇改善加算** 経験・技能のある介護職員の処遇改善のための加算です。利用者ごとの一か月の総単位数（介護度に応じた基本単位数と各種加算）に1.5%を乗じた額の1割部分
- ◆ **介護職員等ベースアップ等支援加算** 介護職員等の処遇改善のための加算です。利用者ごとの一か月の総単位数（介護度に応じた基本単位数と各種加算）に1.7%を乗じた額の1割部分

※ 但し、令和6年6月より処遇改善加算(上記3つ)は介護職員処遇改善加算Iとして、利用者ごとの一か月の総単位数の14.9%になります。

◆ 認知症行動・心理症状緊急対応加算 200円(1日あたり)7日までを限度とする)

☆介護保険以外の費用として、食事代・宿泊代・おむつ代等が必要となります。(詳細は上記参照)

☆その他詳細は、指定小規模多機能型居宅介護の重要事項説明の内容に準ずるものとする。

令和 年 月 日

私は、本書面に基づいて、サービスの利用について重要事項の説明を行いました。

小規模多機能ホームしおかぜ やすらぎの家児島駅前 職・氏名 _____ 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項説明を受け、指定小規模多機能型居宅介護サービスの開始に同意しました。

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

利用者の家族、住 所 _____

代 筆 者 等

氏 名 _____ 印

電話番号 _____

続 柄 _____