

指定小規模多機能型居宅介護

指定介護予防小規模多機能型介護

小規模多機能ホーム かめやん家^ち

重要事項説明書

社会福祉法人 ^{てる} 央福社会

小規模多機能ホーム かめやん家^ち

〒544-0013 大阪市生野区巽中4-13-4

電話：06-6753-1011

FAX：06-6753-1130

事業の目的と運営方針

要介護状態にある方に対し、適切な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を提供することにより要介護状態の維持・改善を目的とし、目標を設定して計画的にサービスを提供します。

また、関係市町村、地域の保険・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

1、事業の内容

(1) 提供できるサービスの地域

事業所名： 小規模多機能ホーム かめやん^ち家
指定番号： 2792200020
所在地： 大阪市生野区巽中4丁目13-4
管理者の氏名： ホーム長 小池 愛
電話番号： 06-6753-1011
FAX番号： 06-6753-1130
サービスを提供する地域： 大阪市生野区及び隣接区（一部）
提供するサービス： 小規模多機能型居宅介護

(2) 事業所の従業者体制

	職務の内容	常勤	非常勤	合計
管理者	業務の一元的な管理	1名	—	1名
看護師又は准看護師	心身の健康管理、口腔衛生と機能のチェック及び保険衛生管理	0名	1名	1名
介護職員	介護業務	6名	5名	11名
介護支援専門員	小規模多機能型居宅介護計画及び介護予防小規模多機能型居宅介護計画の作成等	1名	0名	1名

営業日 365日

運営時間 通いサービス 8:00 ~ 18:00
宿泊サービス 18:00 ~ 8:00
訪問サービス 24時間

登録定員 24名

通所サービスの利用定員 12名（1日あたり）
宿泊サービスの利用定員 9名（1日あたり）

(3) 設備の概要

◎宿泊室 9室

利用者の居室は、原則個室（定員1名）とし、宿泊に必要な寝具・備品を備えます。ただし、利用者の処遇上必要と認められる場合は定員2名とすることができます。

◎食堂

利用者が使用できる十分な広さを備えた食堂を設け、利用者が使用できるテーブル・いす・箸や食器類などの備品類を備えています。（尚、居間、食堂は同一の場所としています。）

◎浴室

浴室には利用者が使用しやすい、家庭的な浴槽を設けます。

◎その他の設備

設備としてその他に、台所等の設備を設けます。

2、 サービスの内容

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、他の従業者と協議の上、援助の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容を記載した小規模多機能型居宅介護計画及び介護予防小規模多機能型居宅介護計画を作成するとともに、これを基本としつつ、利用者の日々の様態、希望等を勘案し、随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組み合わせた介護を行います。

小規模多機能型居宅介護計画及び介護予防小規模多機能型居宅介護計画を作成した際は、当該計画を利用者に交付します。

- ・ 通いサービス … 事業所において、食事、入浴、排泄等の日常生活上の支援や機能訓練を行います。
- ・ 訪問サービス … 利用者の自宅へ安否確認等の生活支援を行います。
- ・ 宿泊サービス … 一時的な事業所への入所となり、食事、入浴、排泄等の日常生活上の支援や機能訓練を行います。

3、 利用料金

厚生労働省が定める基準によるものであり、当該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が法定代理受領サービスであるときは、介護保険法による介護報酬の告示上の額として設定します。

○介護報酬告示額

(1) 基本料金（1か月当たり、1単位10.88円）

介護区分	利用料	自己負担額 (1割)	自己負担額 (2割)	自己負担額 (3割)
要支援 1	37,536円 (3,450単位)	3,754円	7,507円	11,261円
要支援 2	75,855円 (6,972単位)	7,586円	15,171円	22,757円
要介護 1	113,783円 (10,458単位)	11,378円	22,757円	34,135円
要介護 2	167,226円 (15,370単位)	16,723円	33,445円	50,168円
要介護 3	243,266円 (22,359単位)	24,327円	48,653円	72,980円
要介護 4	268,486円 (24,677単位)	26,849円	53,697円	80,546円
要介護 5	296,034円 (27,209単位)	29,603円	59,207円	88,810円

※ 月の途中から登録した場合や月の途中で登録を終了した場合には、登録期間に応じて日割りした利用料となります。

(2) 加算料金等

- ① 初期加算 1日につき 33円（30単位）

※ 登録利用した日から起算して30日以内の期間については、上記のとおり加算分をご負担頂きます。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にご負担頂きます。

- ② サービス提供体制強化加算（Ⅰ）・・・月額816円（750単位）

従業員の総数に対していずれかに該当すること。介護福祉士70%以上、
もしくは勤続年数10年以上介護福祉士25%以上。

- サービス提供体制強化加算（Ⅱ）・・・月額696円（640単位）

介護福祉士50%以上

- サービス提供体制強化加算（Ⅲ）・・・月額380円（350単位）

常勤職員を60%以上もしくは介護福祉士40%以上または勤続7年
以上の職員が30%以上であること

※Ⅰ～Ⅲのうちどれか一つの算定です。

③ 総合マネジメント体制強化加算（支給限度額管理の対象外）

総合マネジメント体制強化加算（Ⅰ）・・・月額1,306円（1,200単位）

総合マネジメント体制強化加算（Ⅱ）・・・月額870円（800単位）

- ・ 随時、専門職が共同し小規模多機能居宅介護計画の見直しを行っていること
- ・ 日常的に地域住民と交流を図り、地域の行事や活動等、積極的に参加していること
- 総合マネジメント体制強化加算（Ⅰ）については上記の内容に加えて、
- ・ 日常的に利用者に関わりのある地域住民の相談に対応する体制を確保していること
- ・ 地域住民等、他事業所等と共同で事例検討会、研修会等を実施していること

④ 訪問体制強化加算（支給限度額管理の対象外）

・・・月額1088円（1000単位）

訪問サービスを担当する常勤のスタッフ2名以上配置していること。

訪問サービスの算定月における提供回数について、登録者の訪問サービスの利用回数の合計が述べ200回以上であること。

⑤ 看護職員配置加算Ⅰ・・・月額979円（900単位）

常勤かつ専従の正看護師を1名以上配置していること

看護職員配置加算Ⅱ・・・月額762円（700単位）

常勤かつ専従の准看護師を1名以上配置していること

⑥ 個別加算

認知症加算（Ⅰ）・・・月額1,001円（920単位）

主治医の意見書に、認知症日常生活自立度がⅢ以上と表記のある方

認知症リーダー研修等終了者を必要数配置している

必要な方に専門的な認知症ケアを実施している

認知症指導者を1名以上配置し、事業所全体の認知症ケアの指導を実施

介護職員・看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を策定し実施

認知症加算（Ⅱ）・・・月額968円（890単位）

主治医の意見書に、認知症日常生活自立度がⅢ以上と表記のある方

認知症リーダー研修等終了者を必要数配置している

必要な方に専門的な認知症ケアを実施している

認知症加算（Ⅲ）・・・月額827円（760単位）

主治医の意見書に、認知症日常生活自立度がⅢ以上と表記のある方

認知症加算（Ⅳ）・・・月額500円（460単位）

要介護2でかつ主治医の意見書に、認知症日常生活自立度がⅡと表記のある方

個別加算は利用者によって異なるため、基本料金の中に含まれておりません。

- ⑦ 生活機能向上連携加算（Ⅰ）・・・月額109円（100単位）
訪問リハビリもしくは通所リハビリ等の理学療法士等からの助言を受ける事ができる体制を構築していること。助言を受け、生活機能向上を目的とした小規模多機能型居宅介護計画の作成（変更）を定期的に行うこと

生活機能向上連携加算（Ⅱ）・・・月額218円（200単位）
訪問リハビリもしくは通所リハビリ等の理学療法士等が利用者宅を訪問し身体状況等の評価を共同して行うこと

- ⑧ 若年性認知症利用者受入加算・・・ 介護 月額870円（800単位）
予防 月額490円（450単位）

若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を定めていること

- ⑨ 口腔・栄養スクリーニング加算・・・1回22円（20単位）

サービス利用者に対し、利用開始時及び利用中6月ごとに口腔の健康状態、栄養状態について確認を行い、利用者の栄養状態に係る情報を介護支援専門員に文書で共有した場合 ※6カ月に1回を限度とする

- ⑩ 介護職員等処遇改善加算Ⅰ（支給限度額管理の対象外）

・・・総報酬単位数に14.9%を乗じた単位数を加算する

- ⑪ 科学的介護推進体制加算・・・月44円（40単位）

利用者ごとのADL、栄養状態、口腔機能、認知症の状況、その他心身の状況等の基本的な情報を、厚生労働省に提出すること。

必要に応じて、サービス計画を見直すなど、サービス提供にあたって提出した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こと。

○その他の費用

(1) 食事の提供に要する費用	朝食	300円
	昼食	650円
	夕食	650円
(2) 宿泊に要する費用		3,000円
(3) おむつ代	紙おむつ・紙パンツ	100円
	尿とりパッド	30円
(4) 日常生活費		実 費

○利用料金の変更について

事業者が、介護報酬額の改定等により前項の利用者負担金の変更等（増額又は減額）を行う場合には、利用者及び契約者に対して速やかに通知し同意を得ます。

4、 サービス利用に当たっての留意事項

- ①利用者又はその家族は、体調の変化があった際には事業所の従業員にご一報ください。
- ②事業所内での金銭及び食物等のやり取りは、ご遠慮下さい。
- ③従業員に対する贈物や飲食のもてなしは、お受けできません。

5、 非常災害対策

事業者は、非常災害その他緊急の事態に、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき処置についてあらかじめ防災計画を作成し、防災計画に基づき、年2回利用者及び従業員等の訓練を行います。

6、 事業継続計画（BCP）について

感染症や非常災害の発生時において、事業を継続的に実施するため、もしくは早期に再開するための事業継続計画を策定します。また、事業継続計画上、必要な研修会や発生時を想定した訓練を定期的開催いたします。

7、 緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医や協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。

8、 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町村、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録します。

9、 守秘義務に関する対策

事業者及び従事者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保守します。
また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、従業員との雇用契約の内容として
います。

10、 身体拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。

ただし、緊急やむをえない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前に利用者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむをえない理由について記録します。

1 1、運営推進会議の設置

事業者は、小規模多機能型居宅介護サービスの提供にあたり、運営に関する事項や活動状況等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、下記の通り運営推進会議を設置することとする。

《運営推進会議》

構成：利用者及び利用者の家族、地域住民の代表者、民生委員、市町村職員もしくは地域包括支援センター職員、その他有識者

開催：2ヶ月に1回以上で開催

記録：運営推進会議の内容、評価、要望、助言等について記録し、事業所内に公表とする

1 2、利用者の尊厳

利用者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、従業員教育を行います。

1 3、高齢者虐待の防止

事業者は、利用者の人権擁護、虐待防止等の為、体制の整備を行うとともに、従業員に対し、高齢者虐待防止法に関する研修を実施する等の措置を講ずるものとする。

1 4、ハラスメント対策

事業者は、ハラスメント対策として、定期的な研修を実施し、職員教育をします。

介護現場におけるハラスメントの定義

○身体的暴力・・・身体的な力を使って危害を及ぼす行為

例) 物を投げつける。たたく。つねる。つばを吐く 等

○精神的暴力・・・個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたりおとしめたりする行為

例) 怒鳴る。威圧的な態度。文句を言い続ける。理不尽な要求をする 等

○セクシュアルハラスメント・・・意に沿わない性的な誘い掛け、好意的な態度の要求

例) 必要もなく手や腕を触る。卑猥な言動を繰り返す。あからさまに性的な話をする 等

○その他・・・例) 個人情報を聞き出す。過度なサービスを要求する。職員の写真や動画・録音を無断で撮影する。また、SNSに掲載する 等

利用者や家族からのハラスメント行為などにより、健全な信頼関係を築くことができないと判断した場合はサービスを中止や契約を解除することもあります。

ただし、認知症の病気または障害の症状として現れた言動（暴力・暴言・介護抵抗等）。

これらはハラスメントではありませんが、職員の安全に配慮した対応はさせていただきます。

15、協力医療機関等

事業者は、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

○協力医療機関

医療機関の名称	医療法人 同友会 共和病院	医療法人 穂翔会 村田病院
所在地	大阪市生野区勝山南 4-16-10	大阪市生野区田島 4-2-1
診療科	外科 内科	脳神経外科
電話番号	06-6718-2221	06-6757-0011

◇緊急時の連絡先

なお、緊急の場合には、別紙「緊急連絡先について」にご記入いただいた連絡先に連絡します

16、苦情相談窓口

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

ご利用相談室 窓口担当者 : 小池 愛 (ホーム長)

ご利用時間 : 月～土曜日 9:00 ～ 17:30

ご利用方法 : 電話番号 06-6753-1011

公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

大阪市福祉局 高齢者施策部介護保険課 指定・指導グループ	所在地： 大阪市中央区船場中央3-1-7-331 電話番号： 06-6241-6310 FAX： 06-6241-6608 受付時間： 9:00～17:30 (土、日除く)
大阪市生野区役所 地域保健福祉課 介護保険担当	所在地： 大阪市生野区勝山南3-1-19 電話番号： 06-6715-9859 FAX： 06-6717-1160 受付時間： 9:00～17:30 (土、日除く)
大阪市平野区役所 地域保健福祉課 介護保険担当	所在地： 大阪市平野区背戸口3-8-19 電話番号： 06-4302-9857 FAX： 06-4302-9943 受付時間： 9:00～17:30 (土、日除く)
大阪府国民健康保険 団体連合会 介護保険室	所在地： 大阪市中央区常盤町1-3-8 (中央大通りFNビル) 電話番号： 06-6949-5418 FAX： 06-6949-5417 受付時間： 9:00～17:00 (土、日除く)

17、第三者評価について

第三者評価の実施はありません。

18、損害賠償について

当事業所において事業者の責任により利用者及びその家族に生じた損害については、事業者は、速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、損害の発生について、利用者及びその家族に故意又は過失が認められた場合には、事業者の損害賠償責任を減じさせていただきます。

平成30年4月1日 改訂
令和1年10月1日 改訂
令和3年4月1日 改訂
令和4年4月1日 改訂
令和4年7月20日 改訂
令和4年10月1日 改訂
令和6年3月11日 改訂
令和6年4月1日 改訂
令和6年6月1日 改訂

令和 年 月 日

指定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サービスの開始に当たり、利用者に対して本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

<事業者>

所在地 大阪府大阪市生野区巽中4丁目13-4

事業所名 小規模多機能ホーム かめやん^ち家
(指定番号 27922000020号)

代表者名 代表者 中川 佑治 印

説明者職名 ホーム長 小池 愛 印

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

<家族 又は 代理人>

住所

氏名 _____ 印 (続柄 _____)