

## 小規模多機能ホームみえあむ 重要事項説明書

### 1. 事業者

事業者の名称	社会福祉法人 東翔会
事業者の所在地	福岡県大牟田市沖田町510番地
法人種別	社会福祉法人 東翔会
代表者名	理事長 堀 奈美
電話番号	0944-43-1223

### 2. 事業所

事業所の名称	小規模多機能ホーム みえあむ
事業所の所在地	福岡県大牟田市沖田町491番地
指定事業所番号	4091500225
管理者	小沼 真理子
電話番号	0944-43-1223
ファクシミリ番号	0944-43-1273

### 3. 事業の目的と運営の方針の説明と同意

この事業の目的及び方針に関しては、契約書第1条、第2条に明記した通りであり、それらを十分説明し、同意を得た上で、サービスを開始します。

### 4. 事業所の概要

#### 1) 敷地及び建物

敷 地		991.49 m <sup>2</sup>
建 物	構 造	木造平屋建
	床面積	238.36 m <sup>2</sup>
	利用定員	登録25名 通い15名 泊まり6名

#### 2) 主な設備

部屋等の種類	数
食 堂	1室
浴 室	1室
便 所	3個所
居 室	6室
居 間	1室

## 5. 職員体制

従業者種別	員数	区分				常勤換算後の員数	事業所の指定基準	保有資格
		常勤		非常勤				介護支援専門員1名 看護師 1名 介護福祉士 6名 ホームヘルパー2級 5名
		専従	兼務	専従	兼務			
管理者	1		1				1	
計画作成担当者	1		1				1	
看護職員	1	1					配置	
介護職員	12	10	1		1	11	通い定員に 対し3:1	

## 6. 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
介護職員及び 看護職員	早出(①7:00～16:00 ・ ②7:30～16:30) 日勤(8:30～17:30) 遅出(①9:30～18:30 ・ ②10:30～19:30) 宿直時間(13:00～翌7:00) 夜勤(16:30～10:30)	原則 4週8休
管理者 介護支援専門員	主な勤務時間 (8:30～17:30) 主な勤務時間 (8:30～17:30)	
看護職員	主な勤務時間 (8:30～17:30)	

## 7. 営業日

営業日	年中無休
-----	------

## 8. サービスの概要

### 1) 介護保険適用サービス

サービス種類	内 容
食事の提供	・認知症の特性、利用者の身体状況や好みに配慮した栄養に配慮した食事を提供します。但し、食材料費は介護保険の給付対象外です。利用者が台所で料理をすることもできます。 ・嚥下困難の場合、嚥下しやすい食事の工夫に努めます。 (食事時間) 食事サービスの利用は任意です。 【朝食】8～9時ごろ 【昼食】12～13時ごろ 【夕食】17～18時ごろ

サービス種類	内 容
排泄の介助	・利用者の状況、排泄パターンに応じて適切な排せつ介助を行うとともに、可能な限りオムツの使用を控え、排せつの自立について適切な援助を行います。
入浴の介助	・利用者の心身の状況や生活習慣、好みに応じた入浴または清拭を支援します。 ・身体状況に応じた介助を行いゆっくり楽しめる入浴に努めます。 ・入浴サービスの利用は任意です。
着替え等 の介助	・季節や室温に応じ、利用者の希望、好みに配慮した衣服の選択や更衣を支援します。また寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。 ・個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。またリネンは清潔なものを使用します。
アクティビティ	・心身のリハビリの一環として、利用者ひとりひとりの状況に合わせた日常生活の諸活動(散歩、買い物、食事の準備、居室の清掃、洗濯など)や余暇活動を行います。
訪 問	・必要に応じてご自宅に訪問し、家事援助、身体介護等のお手伝いをします。
送 迎	・必要に応じてご自宅と事業所の送迎をします。送迎サービスの利用は任意です。
健康管理	・医療関連マニュアルに従って、日祭日・夜間を通して、日常の健康管理および継続的な治療は、主治医との連携を図りながら適切に対応します。また緊急時必要な場合には主治医や協力医療機関およびあらかじめ申出のあつた緊急病院等へ責任をもって引き継ぎます (協力医療機関) 東原整形外科医院 (協力歯科医療機関) 吉村歯科医院
相談および 援助	・当事業所は、利用者およびそのご家族からのいかなる相談についても誠意を持って応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。

## 2) 介護保険給付外サービス

サービス種類	内 容	利用料
おむつの提供	・利用者のご希望に応じて提供します。	実費
行政手続きの 代行	・市役所での書類の申請交付、申請手続き等を代わつて行います。	実費
食事の提供	・新鮮で栄養豊かな食事を提供します。	朝食 300円 昼食 400円 夕食 400円

理美容サービス	・ご希望により、月に1回訪問理美容を利用できます。	実費
アクティビティ 季節行事	・当事業所では、趣味、余暇活動、旅行、外出を生活リハビリの一環として日常的に行います。	交通費、入場料等の実費
受診代行	・定期受診などに関して、受診対応の代行を行います。	1回につき 1,000円

#### 9. 苦情等申立先及び相談窓口

相談窓口	○担当者 小沼 真理子 ○ご利用時間 每日午前9時～午後5時 ○ご利用方法 電話 0944-43-1223 必要に応じて面接(要予約)
行政相談窓口	○大牟田市役所 保健福祉部 健康福祉推進室 福祉課 介護保険担当 TEL:41-2683 FAX:41-2662(8:30～17:15) ○福岡県国民健康保険団体連合会 TEL:092-642-7811 ○福岡県運営適正化委員会 TEL:092-915-3511

\*本事業所への苦情やご意見など、些細なことでも職員や責任者へお申し出下さい

#### 10. 協力医療機関

医療機関名称	医療法人 東翔会 東原整形外科医院
院長名	堀 奈美
所在地	福岡県大牟田市大字田隈830番地1
電話番号	0944-57-6636
診療科	整形外科、内科、神経内科、リハビリテーション科
入院施設	ベット数 20床

#### 11. 協力医療機関

医療機関名称	吉村歯科医院
院長名	吉村 蕃
所在地	福岡県大牟田市新栄町 12-8
電話番号	0944-56-4095
診療科	歯科

## 1 2. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「小規模多機能型居宅介護 みえあむ 消防計画」に基づき対応します。			
平常時の訓練等	別途定めの通り、「小規模多機能型居宅介護 みえあむ 消防計画」を策定し、年2回、夜間および昼間を想定した避難訓練を、実施します。			
防災設備	設備名称	数	設備名称	数
	スプリンクラー	有	ガス漏れ報知器	有
	消火器	3本	非常用電源	無
	自動火災報知器	有	非常通報装置	有
	誘導灯	3ヶ所		
	カーテン、寝具等は防炎性のあるものを使用しています。			
消防計画等	消防署への届出日：平成29年9月21日 防火管理者：藤田 雄二			

## 1 3. 当事業所ご利用の際に留意いただく事項

来訪・面会	早朝、深夜を除き、いつでも来訪、面会できます。来訪されたときは「訪問ノート」にご記入ください。来訪者が宿泊される場合には必ず許可を得てください。
居室・設備・器具の利用	事業所内の居室や設備、器具は本来の用法にしたがってご利用ください。ご利用者の体調によってはご遠慮いただくこともあります。
喫煙・飲酒	喫煙、飲酒は決められた場所以外ではできません。ご利用者の希望などに応じて適切に支援します。
迷惑行為等	騒音等、他のご利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他のご利用者の居室等に立ち入らないようにしてください。
所持品または、現金の管理	現金および預貯金、財産等の管理は原則として行いません。但し利用時的小遣いおよび医療費等については、ご家族からの依頼を受けた場合に必要に応じてお預かりします。その際は「現金お預かりノート」に記入しますので、使用内容や残金をご確認ください。
宗教活動・政治活動	事業所内で他の利用者に対する宗教活動および政治活動はご遠慮ください。

## 1 4. 利用料は別紙の通りになっています。

## 1 5. 利用に際して

ご利用にあたり、ご利用者の「介護保険証」「健康保険証」「老人医療受給者証」及びそれに付随する減額証、またはそれらのコピーをお預かりいたします。原本をお預かりする場合は「預り証」を交付します。

なお、年金証書や貴重品、現金、預貯金などは管理いたしません。また、認知症の状態から発生する紛失等については責任を負いかねますので了承下さい。

## 1 6. 事故等発生時の対応について

ご利用者の日常的な健康管理を行う中で、症状の急変又は、怪我などがあった場合は、ご家族へ連絡するとともにご利用者の主治医または事業者の協力医療機関等との連携を図りながら、適切な措置を講じます。

また、サービス供給体制の確保並びに夜間時における緊急対応のために、併設施設と連携を図り必要な支援体制を取ります。

## 1 7. 損害賠償について

事業者は、ご利用者に対する介護サービスの提供に当たって、故意又は過失により、利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合には、不可抗力による場合を除き、利用者に対してその損害を賠償します。但し、ご利用者に故意又は過失が認められ、かつ利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合は、損害賠償額を減ずることができるものとします。

事業者は、自己の責めに帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。とりわけ以下の各号に該当する場合には、事業者は損害賠償責任を免れます。

- (1) 利用者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことに専ら起因して損害が発生した場合。
- (2) 利用者が、サービスの実施のため必要な事項に関する聴取、確認に対して故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことに専ら起因して損害が発生した場合。
- (3) 利用者の急激な体調の変化等、事業者が実施したサービスを原因としない事由に専ら起因して損害が発生した場合。
- (4) 利用者が、事業者及び従業者の指示・依頼に反して行った行為に専ら起因して損害が発生した場合。

## 1 8. 介護保険の更新

介護保険の申請、更新にかかる手続きを代行いたします。

## 1 9. その他

- ・小規模多機能型居宅介護事業の趣旨や認知症ケアの実際、コミュニケーションなどの職員研修を年10回程度行い、積極的に行政や関係機関との連携を図ります。
- ・母体施設とともに身体拘束廃止委員会やリスクマネジメント委員会の活動に取組み、また防災訓練を確実に行い安全の確保に努めます。

当事業者は、重要事項説明書に基づき、小規模多機能型居宅介護のサービス内容及び重要事項の説明をしました。

令和 年 月 日

法 人 名 社会福祉法人 東 翔 会  
施 設 名 小規模多機能ホーム みえあむ  
事業所番号 4091500225  
代 表 者 理事長 堀 奈美

説 明 者 職名

氏名 印

私は、重要事項説明書に基づき、小規模多機能型居宅介護のサービス内容及び重要事項の説明を受け、理解し、同意します。

令和 年 月 日

ご利用者

住 所  
氏 名 印

署名代行者

住 所  
氏 名 印  
本人との関係

2019.10.01



別紙 利用料について

介護保険給付サービス利用料金

小規模多機能居宅介護費

要介護度	基本単位	利用者負担額		
		1割負担	2割負担	3割負担
要介護 1	10, 364	10,364円	20, 728円	31, 092円
要介護 2	15, 232	15,232円	30, 464円	45, 696円
要介護 3	22, 157	22,157円	44, 314円	66, 471円
要介護 4	24, 454	24,454円	48, 908円	73, 362円
要介護 5	26, 964	26,964円	53, 928円	80, 892円

介護予防小規模多機能居宅介護費

要介護度	基本単位	利用者負担額		
		1割負担	2割負担	3割負担
要支援 1	3, 418	3, 418円	6, 836円	10, 254円
要支援 2	6, 908	6, 908円	13, 816円	20, 724円

加算料金

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算	基本 単位	利用者負担額（円）			算定回数等
		1割	2割	3割	
初期加算	30	30	60	90	利用を開始した日から 30 日間に係る 1 日当たりの加算料金です。
認知症加算（I）	800	800	1,600	2,400	要介護の状態であって、認知症日常生活自立度Ⅲ以上の方の場合に算定する 1 月当たりの加算料金です。
認知症加算（II）	500	500	1,000	1,500	要介護 2 であって、認知症日常生活自立度Ⅱの場合に算定する 1 月当たりの加算料金です。
若年性認知症利用者受入加算（要介護）	800	800	1,600	2,400	要介護の若年性認知症利用者ごと個別に担当者を定めて、利用者の特性やニーズに応じたサービスを提供した場合に算定する 1 月当たりの加算料金です。

若年性認知症利用者受入加算（予防）	450	450	900	1,350	予防の若年性認知症利用者ごと個別に担当者を定めて、利用者の特性やニーズに応じたサービスを提供した場合に算定する1月当たりの加算料金です。
看護職員配置加算（I）	900	900	1,800	2,700	専従の看護師を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。
看取り連携体制加算	64	64	128	192	看取り期におけるサービス提供を行った場合の1日当たりの加算料金です。死亡日を含めて30日を上限とします。死亡月にまとめて算定しますので前月分の看取り連携体制加算に係る一部負担の請求を行う場合があります。
訪問体制強化加算	1,000	1,000	2,000	3,000	登録者の居宅における生活を継続するため、サービスの提供体制を強化した場合に算定する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	1,000	1,000	2,000	3,000	利用者の心身の状況又はその家族を取り巻く環境の変化に応じ、隨時、介護支援専門員、看護師、介護職員等が共同し、小規模多機能居宅介護計画の見直しを行い、かつ、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場合に算定する1月当たりの加算料金です。
生活機能向上連携加算（I）	100	100	200	300	生活機能の向上を目的とした小規模多機能居宅介護計画を作成した場合に算定する1月当たりの加算料金です。この場合、訪問或いは通所リハビリテーション、リハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が、サービス提供の場において、利用者の状態を把握した上で介護支援専門員等に助言を行います。

生活機能向上 連携加算（Ⅱ）	200	200	400	600	生活機能の向上を目的とした小規模多機能居宅介護計画を作成した場合に算定する1月当たりの加算料金です。この場合、訪問或いは通所リハビリテーション、リハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が、利用者宅を訪問し身体状況等の評価を事業所の職員等と共同して行います。
栄養スクリーニング 加算	5	5	10	15	介護職員が利用者に対し、6カ月ごとに栄養スクリーニングを行った場合に算定する加算料金です。
サービス提供体制 強化加算	640	640	1,280	1,920	小規模多機能居宅介護費を算定している場合で、当該加算の体制・人材要件を満たす場合の1月当たりの加算料金です。
介護職員処遇 改善加算（I）	所定単位数の 102/1000	左記の 単位数	左記の 単位数 × 2	左記の 単位数 × 3	小規模多機能居宅介護を行い、当該加算の算定要件を満たす場合の1月当たりの加算料金です。
介護職員等特定処遇 改善加算（I）	所定単位数の 15/1000	左記の 単位数	左記の 単位数 × 2	左記の 単位数 × 3	小規模多機能居宅介護を行い、当該加算の算定要件を満たす場合の1月当たりの加算料金です。

※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。

※介護保険負担割合証の利用者負担割合が2割の方は、各種加算の金額も2割負担となります。

介護保険負担割合証の利用者負担割合が3割の方は、各種加算の金額も3割負担となります。

その他

食 費	朝食……300円	泊まり	一泊……3,000円
	昼食……400円	受診代行	一回……1,000円
	夕食……400円	諸雑費	実 費 負 担

当事業者は、重要事項説明書・別紙利用料に基づき、小規模多機能型居宅介護の利用料の説明をしました。

令和 年 月 日

法 人 名 社会福祉法人 東 翔 会  
施 設 名 小規模多機能ホーム みえあむ  
事業所番号 4091500225  
代 表 者 理事長 堀 奈美

説 明 者 職名

氏名 印

私は、重要事項説明書・別紙利用料に基づき、小規模多機能型居宅介護の利用料の説明を受け、理解し、同意します。

令和 年 月 日

ご利用者

住 所  
氏 名 印

署名代行者

住 所  
氏 名 印  
本人との関係

2019.10.01