

社会福祉法人 近江ちいろば会
ライフサポートみなくちみんなの家
短期利用型 重要事項説明書

1. 法人（事業者）の概要

- ・法人名 社会福祉法人 近江ちいろば会
- ・法人所在地 湖南省菩提寺327-4
- ・電話番号 0748-74-3900
- ・代表者氏名 理事長 森口 茂
- ・設立年月日 平成6年7月14日

2. 事業所の概要

- ・事業所の種類 指定小規模多機能型居宅介護事業所
- ・事業所の目的 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自宅で可能な限り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。
- ・事業所の運営方針 利用者1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します。
- ・事業所の名称 ライフサポートみなくちみんなの家
- ・開設年月日 令和 5年12月 1日
- ・事業所の所在地 滋賀県甲賀市中邸1-20
- ・電話番号 電話 0748-63-5901 FAX 0748-78-0634
- ・管理者氏名 土岐 聖仁
- ・登録定員 29名（通いサービス18名、宿泊サービス8名）

・居室等の概要

居室設備の種類	室数	備 考	居室設備の種類	室数	備 考
台所	1		浴室	2	一般浴・リフト浴
食堂兼居間	1		トイレ	4	
宿泊室	8	個室	事務所	1	
厨房	1		消防設備	廊下・居室内に適宜設置	

3. 事業実施地域及び営業時間

- ・通常の事業の実施地域

甲賀市

※甲賀市在住者以外の方は原則として当該事業所のサービスを利用できません。

- ・営業日 年中無休
- ・営業時間
 - ・通いサービス（基本時間） 9：00～16：00
 - ・宿泊サービス（基本時間） 16：00～ 9：00

4. 職員の配置状況

- ・管理者・介護職員兼務 1人
事業を代表し、業務の総括にあたる。
- ・介護支援専門員・介護職員兼務 1人
ご本人及び家族の必要な相談に応じるとともに、適切なサービスが提供されるよう、事業所ご本人の小規模多機能型居宅介護計画の作成のとりまとめ、地域の包括支援センターや訪問看護事業所等他の関係機関との連絡・調整を行う。
- ・看護職員 2人
健康把握を行うことにより、利用者の健康状態を的確に把握するとともに、ご本人のかかりつけ医等の関係医療機関との連携を行う。
- ・介護職員 通い利用者3人に対し1人以上、加え訪問要員として1人以上、また宿泊対応の夜勤職員を配置。ならびに夜間の緊急対応要員として待機職員1名を配置する。
小規模多機能型居宅介護サービスの提供にあたり利用者の心身の状況等を的確に把握し、利用者に対し適切な介助を行う。

5. 職員の勤務体制

日 勤	A 勤	7：00	—	16：00
	B 勤	8：30	—	17：30
	C 勤	9：30	—	18：30
夜 勤		16：00	—翌	10：00

日勤帯は利用者3名あたり介護従業者1名以上でお世話をします。

夜勤帯は介護従事者1名でお世話をします。また緊急を要する訪問に対応するために宿直勤務者を1名配置します。

6. 当事業所が提供するサービス

（1）介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについての利用料金に関しては、ご本人の介護保険負担割合証に記載内容に応じた金額となります。それ以外の利用料金に関しては介護保険から給付されます。

○食事

- ・食事の提供及び食事の介助を行います。
- ・アクティビティの一環として、調理場でご本人が調理することもできます。

○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。

○排せつ

- ・ご本人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。

○機能訓練

・ご本人の状況に適した機能訓練を行います。

○健康チェック

・血圧測定等ご本人の全身状態の把握を行います。

○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。

・小規模多機能型居宅介護短期利用型及び介護予防小規模多機能型居宅介護短期利用型の宿泊室に関しては、当該事業所の宿泊数9名×（当該事業所の登録定員29名－当該事業所の登録者の数〇〇名）÷当該事業所の登録定員29名（小数点第1位以下四捨五入）となります。あらかじめ連続7日以内の期間を定め利用できます。（やむをえない事情がある場合は最大で14日）

7. サービス利用料金

（1）小規模多機能型居宅介護に関わる給付

＊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）。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。

＊事業所が提供する小規模多機能型居宅介護の利用料は、介護保険の給付の対象となる法定代理受領サービスについては、ご本人の介護保険負担割合証に記載された以外の金額となります。それ以外の利用料金に関してはご本人の負担になります。法定代理受領サービス以外は介護報酬の告示の額となります。

＊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。

＊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。

介護保険の給付に関わる部分 （1単位 = 10.33円 2024年6月1日～）

内 訳	費用額	1割	2割	3割
□短期利用居宅介護費	□要介護1 572単位／日	591円	1,182円	1,773円
	□要介護2 640単位／日	662円	1,323円	1,984円
	□要介護3 709単位／日	733円	1,465円	2,197円
	□要介護4 777単位／日	803円	1,606円	2,408円
	□要介護5 843単位／日	871円	1,742円	2,613円
各種加算	費用額	1割	2割	3割
□認知症行動・心理症状緊急対応加算	200単位／日	207円	414円	620円
□介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	上記総費用に14.6%の加算率を乗じた加算			

(2) 介護保険の対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

- ・食事代 ご契約者に提供する食事に要する費用です。
- ・宿泊に要する費用 ご契約者に提供する宿泊サービスの宿泊に要する費用です。
- ・レクリエーション費用 ご希望によりレクリエーションに参加していただくことが出来ます。施設利用料、材料代等の実費をいただきます。
- ・尿取りパット・紙パンツ・紙オムツ代
- ・医療備品代（湿布、傷保護材、ガーゼなど）
- ・送迎にかかる費用 ご自宅とみんなの家間の送迎にかかる費用

内 訳	算定項目	利用者負担額
滞 在 費	1 日につき	3, 0 0 0 円
食 材 費	朝 食 1 食につき	3 5 0 円
	昼 食 1 食につき	7 0 0 円
	夕 食 1 食につき	7 0 0 円
	おやつ 1 食につき	1 0 0 円
レクリエーション費	材料費など	実費
送 迎 費	片道	1, 0 0 0 円／回
オムツ代	尿とりパット	5 0 円／1 枚
	紙パンツ・紙オムツ	1 5 0 円／1 枚
医療備品代	湿布、傷保護材、ガーゼ等の医療備品代	5 0 円／1 枚
洗 濯 代	1 回につき	2 5 0 円
文 書 料	領収書の再発行	1 ヶ月分 1 通に付 1, 0 0 0 円
	ご本人またはその家族・後見人から求められる文書等	申請 1 件につき 2, 0 0 0 円＋複写料金等 1 0 円／1 面

* オムツや医療備品等は、基本的にはご家族でご用意お願いします。やむをえない場合にこちらのもので代用させていただきます。その際に上記料金を請求させていただきます。

* ご本人個人で使用されるものについては、その実費を頂きます。但し、その内容についてはあらかじめ本人及び家族に説明し同意を受けたものに限るものとします。

* 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 1 ヶ月前までにご説明します。

* ご本人様のご都合でサービスをキャンセルされる場合、その利用に係る実費負担を頂きます。ただし、以下の時間までにキャンセルのご連絡を頂いた場合は、その限りではありません。

昼食、おやつ・・・当日の朝 9 時まで

夕食・・・・・・・・・・当日の朝 9 時まで

朝食・・・・・・・・・・前日の朝 9 時まで

* 泊りのキャンセルについては、3 日前までにお知らせいただけますようお願い致します。

例：1 月 1 0 日のお泊りキャンセルの場合・・・1 月 7 日までにご連絡

(3) 利用料金のお支払い方法

毎月 15 日までに前月分の請求明細書を発行いたしますので、20 日に（20 日が銀行休業日の場合は翌日営業日に）銀行口座自動振替にてお支払ください。ご本人が銀行口座自動振替でのお支払いが困難な場合は現金にて支払い、事業者はご本人に対して領収書を発行いたします。

8. 利用の中止、変更、追加

☆サービスの中止、変更、追加の希望がある場合は原則としてサービス実施日の 3 日前までに事業者へ申し込んでください。

☆サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約者の希望する日にサービスの提供ができない場合があります。

☆発熱（ご利用時に 37.5 度以上、もしくは平熱プラス 1 度以上の時 受診をお願いすることがあります。）、下痢、嘔吐などの症状や体調不良がある場合、『通い』『泊り』のサービス提供をお断り、もしくは中止する場合があります。その場合、ご家族様に連絡の上、適切に対応します。サービス利用の前に、ご自宅でもお体のご様子を見ていただきますようお願い致します。

9. 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、ご本人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、ご本人の心身の状況、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。事業者はご契約者の状況に合わせて適切にサービスを提供するために、ご契約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契約者に説明の上交付します。

10. 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

解決責任者 管 理 者 土岐 聖仁

受付担当 計画作成担当者 土岐 聖仁

○受付時間

毎週 月曜日～金曜日 9：00～17：00

○電話番号 0748-63-5901

○FAX 番号 0748-63

(2) 当事業所以外に市などの苦情受付機関

甲賀市健康福祉部長寿福祉課 電話番号 0748-69-2165

滋賀県国民健康保険団体連合会 電話番号 077-522-2628

11. 身体拘束その他の行動制限

小規模多機能型サービスの提供にあたり、ご契約者様、又は他のご利用者様の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束、薬剤投与その他の方法によりご契約者様の行動を制限しないものとします。ご契約者様に対し、身体拘束、薬剤投与その他の方法により行動を制限す

る場合は、ご契約者様、ご家族様に対し、行動制限の根拠、内容、見込まれる期間について十分説明をおこなったうえで文書による同意を得るものとします。また行動制限をおこなった内容の記録を残します。

1 2. 虐待の防止

事業者は、ご本人等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。
- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 苦情解決体制を整備しています。
- (4) 事業所は従業者に対して、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施します。
- (5) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護しているご家族様・親族・同居人等）による虐待が疑われる場合は、速やかに、市町村に通報します。

虐待防止に関する責任者	管理者：土岐 聖仁
-------------	-----------

1 3. 運営推進会議の設置

当事業所では、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：ご本人、ご本人のご家族様、地域住民の代表者、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、施設の職員等

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。

年に1回、運営推進会議参加者による外部評価を実施。運営推進会議にて報告します。

*最新の第三者評価の実施状況について 有 無

2024年 月 実施

1 4. 協力医療機関、バックアップ施設

当事業所では、各ご本人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療機関として連携体制を整備しています。

<協力医療機関・施設>

甲賀病院	所在地	甲賀市水口町松尾1256番地
	電 話	0748-62-0234
今村医院	所在地	甲賀市甲南町深川2201番地
	電 話	0748-86-2119

1 5. 非常災害時の対応

非常災害時には、別途定める消防計画書に則って対応を行います。また、避難訓練を年2回以上、ご契約者も参加して行います。

○防火管理者 土岐 聖仁

○消防用設備 ・ 自動火災報知設備 ・ 非常通報装置 ・ 消火器 ・ 誘導灯
・ ガス漏れ探知機 ・ 非常用照明 ・ スプリンクラー

○地震、大水等災害発生時の対応

- (1) 防火管理者及び火元責任者は、各種器具からの出火防止を図り、異常の有無を統括防火管理者に報告する。
- (2) 自営消防隊は、職員、ご契約者、来客者に対して必要な指示を与え、混乱防止を努めると共に、玄関前に参集し必要な指示を受ける。
- (3) 隊長は、防災機関からの避難命令又は自らの判断により指定避難場所である、
22 区自治会館（内殿会館）または水口中央公民館へ避難を命ずる

16. 事故発生時の対応

○事故による怪我を生じさせた場合に、速やかに主治医並びに連携医療機関への受診をおこないます。

○ご本人に対する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は、損害賠償を速やかに行います。

○事故が発生した場合は、その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をいたします。

○事故が生じた際にはその原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じる。

(1) リスクに関する一般的留意事項について

当事業所では、支援や介護を要するご本人の状態に応じて、転倒等の事故防止のための教育、情報共有、介護技術の向上、環境整備等に努めています。一方、日常生活機能の維持・向上のためには、できるだけ自立して活動を行っていただくような援助を行っています。事故等が生じないように努力していますが、それでも事故リスクはゼロにはならないことがあります。

17. ハラスメント

当事業所は誰であっても「ハラスメント」を受けることがない、「ハラスメント」の無い職場の実現を目指しています。

(1) ハラスメントとは、介護サービスの提供、利用の場面で、暴力、暴言、不当な要求、その他、相手に対する著しい迷惑行為、または相手方に不快感を与える性的な言動（セクシャルハラスメント）を意味します。

(2) 職員に対して、ご本人またはご家族様に対して「ハラスメント」を行うことがないように研修、指導を行います。

(3) ご本人またはそのご家族様による「ハラスメント」行為があった時には、ご利用を中止する場合があります。

(4) 万が一、職員から「ハラスメント」を受けた場合は、苦情相談窓口にご相談、または苦情をお申し出ください。

18. 感染症対策

(1) ご利用来所前にご本人の体温測定を実施してください。37.5 度以上もしくは平熱プラス 1 度以上の場合は速やかに事業所に電話連絡してください。状況によりサービス内容を変更し対応します。

(2) 健康管理のためにご家族での日々の検温と体調管理をしてください。

(3) 来所時は、マスクの着用をしてください。ご本人が着用できない場合でも、本人用のマスクをご持参ください。

- (４) 感染症状を認めた場合、ご家族へ連絡し速やかな受診をしていただきます。
- (５) 集団感染症が発症した場合、感染症拡大防止のため、事業所を閉鎖し、必要な介護サービスは訪問に変更し実施することがあります。
- (６) 職員の健康管理には最大の注意を払っており、日々の体調管理、報告、感染防具の備蓄、教育研修等の体制を整えております。
- (７) 新型コロナ感染症、インフルエンザ等は完全に予防できるものになっておらず、誰がいつ感染するか予測できません。職員、ご本人およびご家族様の感染症が発生した場合でも、相互に賠償の責任は負わないものとします。

19. サービス利用に当たっての留意事項

- サービス利用の際には、介護保険被保険者証、介護保険負担割合証、健康診断書を提示下さい。
- 交通事情により、送迎時間が多少前後することがありますのでご了承ください。
- 事業所内の設備や器具は本来の用途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。
- 所持金品は、自己の責任で管理してください。紛失等のトラブルには、当事業所は責任を負いかねます。
- 施設内は原則禁煙です。出来る限りご協力ください。
- 故意に他のご本人様への迷惑・危険行為を行った場合事業者は責任を負いかねます。
- 事業所内での他のご本人の対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

年 月 日

本書面に基づき指定小規模多機能型居宅介護サービスの重要事項の説明を行いました。

事業者 社会福祉法人 近江ちいろば会

代表者名 理事長 森口 茂

ライフサポートみなくちみんなの家

管理者 土岐 聖仁

説明者

私は、本書面に基づいて事業所から指定小規模多機能型居宅介護サービスに関する重要事項の説明を確かに受けました。

ご本人 住 所 _____

氏 名 _____

代理人 住 所 _____

氏 名 _____