

# 小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護

## 重要事項説明書

(あすならホーム高畑 多機能型ケアホーム)

< 2025年10月1日現在 >

あすならホーム高畑多機能型ケアホームは介護保険の指定を受けています。

( 指定番号 奈良市 2990190171 )

あすならホーム高畑多機能型ケアホームは、ご利用者に対して小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意くださいことを次のとおり説明します。

### 1. 事業者

- |           |                     |
|-----------|---------------------|
| (1) 法人名   | 社会福祉法人 協同福祉会        |
| (2) 法人所在地 | 奈良県大和郡山市宮堂町字青木160番7 |
| (3) 電話番号  | 0743-57-1165        |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 東浦 秀己           |
| (5) 設立年月  | 1998年9月7日           |

### 2. 事業所の概要

- |               |                                                                                                                                                     |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (1) 事業所の種類    | 小規模多機能型居宅介護事業所<br>介護予防小規模多機能型居宅介護事業所<br>2024年6月1日指定<br>指定番号 奈良市 2990190171                                                                          |
| (2) 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ご利用者が自宅で可能な限り暮らし自立して生活が続けられるよう、サービスを提供します。                                                                                 |
| (3) 事業所の名称    | あすならホーム高畑 多機能型ケアホーム                                                                                                                                 |
| (4) 事業所の所在地   | 奈良県奈良市高畑469番1                                                                                                                                       |
| (5) 電話番号      | 0742-23-1165                                                                                                                                        |
| (6) 管理者       | 門田 眞吾                                                                                                                                               |
| (7) 当事業所の運営方針 | ご利用者一人ひとりの人格を尊重し、住みな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。 |
| (8) 開設年月      | 2024年6月1日                                                                                                                                           |
| (9) 登録定員      | 29人 (通いサービス定員18人・宿泊サービス定員9人)                                                                                                                        |

(10) 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               | 備考 |
|----------|------------------|----|
| 宿泊室（個室）  | 9 室              |    |
| 居間       | 58.77㎡           |    |
| 食堂       | 居間と共用            |    |
| 台所       | 9.37㎡            |    |
| 浴室       | 10.56㎡（1人浴槽 2箇所） |    |
| 消防設備     | 火災報知器・避難誘導灯・消火器  |    |
| その他      | トイレ3カ所           |    |

### 3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 奈良市における介護保険事業計画において定められた当事業所が所在する日常生活圏域

※上記以外の方は原則として当事業所のサービスを利用できません。

- (2) 営業日及び営業時間

|        |                     |
|--------|---------------------|
| 営業日    | 365日                |
| 通いサービス | 月～日 午前8時30分～午後6時30分 |
| 訪問サービス | 24時間                |
| 宿泊サービス | 月～日 午後6時30分～午前8時30分 |

### 4. 職員の配置状況

事業所に勤務する職員の職種、員数及び職務内容は次のとおりとします。

- (1) 管理者 1人

事業を代表し、業務の総括にあたります。

- (2) 介護支援専門員 1人

利用者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、事業所利用者の（介護予防）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・調整を行います。

- (3) 看護職員 1人以上

健康チェック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、利用者のかかりつけ医等の関係医療機関との連携を行います。

- (4) 介護職員 常勤換算方法で（通いサービス）利用者3人に対して1人以上

（訪問サービス）1人以上

（介護予防）小規模多機能型居宅介護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います。

また、宿泊に対して1人以上の夜勤を配置します。その他自宅等で暮らしている方々に対して宿直または夜勤1人以上を配置します。

\*介護に直接携わる職員（医療・福祉関係の資格取得以外）に認知症介護基礎研修を受講し認知症対応力の向上を進めていきます。

### <主な職種の勤務体制>

| 職種         | 勤務体制                                                                             |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 1. 管理者     | 勤務時間：午前9時00分～午後6時00分                                                             |
| 2. 介護支援専門員 | 勤務時間：午前9時00分～午後6時00分                                                             |
| 3. 介護職員    | 主な勤務時間：午前8時30分～午後9時00分<br>夜間の勤務時間：午後6時00分～午前8時30分<br>その他、ご利用者の状況に対応した勤務時間を設定します。 |
| 4. 看護職員    | 勤務時間：午前9時00分～午後6時00分                                                             |

## 5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、以下の2つの場合があります。

|                                                   |
|---------------------------------------------------|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合<br>(介護保険の給付の対象となるサービス)     |
| (2) 利用料金の全額をご利用者に負担いただく場合<br>(介護保険の給付対象とならないサービス) |

☆本サービスの利用料は月額制となり、月途中で例えば入院されても契約が終了していない場合は、1ヶ月の定額請求となります。(別紙料金表参照)

### (1) 介護保険の給付の対象となるサービス

#### <サービスの概要>

#### ア ケアプラン「(介護予防)小規模多機能型居宅介護計画」の作成

- ① 事業所は、ご利用者の心身・生活環境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ケアプランを作成します。
- ② ケアプランの作成にあたっては、その居宅を訪問し、生活状況を把握します。
- ③ 介護支援専門員がケアプラン原案を作成し、ケア会議でご利用者と専門職が話し合い、ケアプランを確定して説明し同意を得ます。
- ④ 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。

#### イ 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。(生活リハビリ型ケアを提供します)

##### ①食事(あたたかい食事を提供します)

- ・食事の提供及び食事の介助をします。
- ・調理場でご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。

##### ②入浴(入りなれた家庭浴槽に介助技術をもった介護職員が介助します)

- ・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。

**③排泄（トイレで座って排泄を基本とし、紙オムツをしないケアを指導します）**

- ・ご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。

**④機能訓練（ゲーム・リハビリを基本に指導します）**

- ・ご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。

**⑤体調の確認（ターミナルケアまで実施します）**

- ・利用日ごとにご利用者の様子を観察し、体調を確認します。
- ・高齢者は様々な病気による急変がありますので、主治医の診断があればその都度情報提供をお願いします。故意に情報提供せず、事故に至った場合は責任を負いかねます。
- ・体調が悪く、必要と判断した場合は体温、血圧、脈拍を測定します。  
※体調不良と判断したときは、サービスを中止し帰宅して頂く場合があります。  
※体調不良のためサービス内容を変更する場合があります。

**⑥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。

**ウ 訪問サービス**

- ・ご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ご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ご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その他ご利用者もしくはその家族等に行う迷惑行為

**エ 宿泊サービス（重度の認知症のご利用者も対応できるケアをします）**

- ・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。

**オ 短期利用（介護予防）居宅介護について**

- ・利用者の状態や利用者家族などの事情により、居宅介護支援事業所等の介護支援専門員が緊急に必要と認めた場合とします。
- ・当該事業所の介護支援専門員が、登録者のサービス提供に支障がないと認め、7日間（やむを得ない場合は14日以内）とします。
- ・利用する場合は、登録者の宿泊者と登録以外の短期利用者の宿泊数合計が、宿泊定員の範囲内で、空いている居室の利用とします。

## ＜協同福祉会の介護サービスの利用についてのお願いと同意＞

### 1) 「あすなら 10 の基本ケア」に沿ってケアを行います。

- ①小規模多機能型居宅介護計画・居宅サービス計画書（別紙）に同意してケアの提供を受けます。
- ②ご利用者・ご家族（代理人）は、「10 の基本ケア」の説明をうけて、協同福祉会のケアを理解してサービスの提供を受けます
- ③看取り期の話し合いや関係者との連携を一層充実させる観点から「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」の考え方を注視し、10 の基本ケアのターミナルケアをするに沿い「ターミナルケアの意向伺い書」に記載をします。

### 2) サービスの提供中に万一の転倒により骨折が起こりうる場合があることに了承し、同意します。（管理者、介護職、看護師、ケアマネジャー、所属長等が相談して小規模多機能型居宅介護計画・居宅サービス計画書に反映します）

- ①下半身筋力低下にともない、施設でも自宅でも転倒して骨折することがあります。転倒による骨折を減らすための機能訓練（生活リハビリによる下肢筋力維持訓練）に同意します。一切の拘束や薬による抑制はしないことに了承します。
- ②拘束は行いませんので（ベッド柵や手すりを廃止しています）、リスクとして転倒して骨折が生じる可能性があります。自宅や施設内での転倒骨折が生じても入院期間を短くし退院を促し生活リハビリを行うことを理解し了承します。
- ③生活リハビリに必要な福祉用具（あすなら仕様のリハビリタンス等）を設置するのに同意します。

### 3) パーキンソン病について

- ①薬が効いている時間帯とそうでない時間帯での状態が違いますので、薬が効いていない時間帯に急変があることを理解して介護を受けることに了承します。
- ②喉頭蓋の機能低下や筋力の硬直などが原因で誤嚥性肺炎や窒息のリスクを理解して介護を受けることに了承します。
- ③パーキンソン病は進行していきますので、急変もあることを主治医から説明を受けて理解して介護を受けることに了承します。

### 4) 若年性認知症（65 歳までに認知症を発病された人）のご利用者について

- ①特別体制として、人間力のある職員を配置しますが、突然に行方不明になったり、高いところから転落したりすることがあることを承知して介護を受けます。行方不明になった場合は職員が全力で捜索しますが、10 分経過し、見つからない場合は警察に届け、協力をお願いして引き続き探すことに同意します。また、在宅の場合は日常的に協力できる地域の人をお願いしていくことに同意します。
- ②病気の進行の早い人が多いようですが、極力薬はやめて生活できることを優先する介護やオムツはやめて散歩、お出かけなどを優先する介護に同意します。
- ③職員や他の利用者へのセクハラなどがある場合は話を聞いて、対策と一緒に協議します。

### 5) お年寄り（おおむね 75 歳以上の人）は平均 8 つ以上の病気をもっていますので、病気と付き合って生活をしていくことを理解しています。

### 6) いままで、慢性疾患がなく健康な人が脳梗塞の発作に見舞われた場合は、発症後 4 時間以内なら回復の可能性が高く、救急救命・延命治療を受けることがよいので、そのような場合は救急車

を呼ぶことに同意します。

7) お年寄り（おおむね 75 歳以上）は風邪等でも食べたものが逆流して喉に詰まることが多くなることを理解します

①看護師、介護士で喉に詰まっているものを発見して取り除いてもらいます。

②主治医か救急車を呼び再逆流がなくなるのを確認してもらいます。

③喉に物が詰まり万が一、亡くなる場合があることを理解しています。

8) 事故が起きた場合はご家族（代理人）とケアマネジャーと事業所長（施設長、苑長、園長）、エリアマネジャー、総務担当職員が集まり話し合いをして保険対応します。

①医療費は自己負担をお願いします。

②介護保険制度に基づき小規模多機能型居宅介護計画・居宅サービス計画書にそって介護をしていますので、自宅と同じです。そのことを理解して同意します。

9) 個人情報保護のため契約時に同意を頂いたご家族（代理人）との話し合いとなること、家族等への連絡も契約時のご家族から行うことを同意します。

#### <サービス利用料金>（別紙をご覧ください）

| 加算料金に関する解説  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 加算名称        | 内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 初期加算／日      | （介護予防）小規模多機能型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、初期加算とし下記のとお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。                                                                                                                                                                                                                              |
| 看取り連携体制加算／日 | （Ⅰ）<ご利用者の基準><br>○ 医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した方。<br>○ 看取り期における対応方針に基づき、ご利用者の状態、又は家族の求め等に応じ介護職員、看護職員等から介護記録等ご利用者に関する記録を活用し行われるサービスについての説明を受け、同意した上でサービスを受けている方。<br>（Ⅱ）<施設基準><br>○ 看護職員配置加算（Ⅰ）（常勤の看護師を1名以上配置）を算定していること。<br>○ 看護師との24時間連絡体制が確保されていること<br>○ 看取り期における対応方針を定め、利用開始の際に、ご利用者又はその家族等に対して、説明し同意を得ていること。※（死亡日から死亡日前30日以下まで） |
| 認知症加算Ⅰ／月    | （Ⅰ）<br>○ 認知症介護実践リーダー研修等修了者を認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が20人未満の場合は1以上、20人以上の場合は1に、当該対象者の数が19を超えて10又は端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置<br>○ 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者に対して、専門的な認知症ケアを実施した場合<br>○ 当該事業所の従業者に対して、認知症ケアに関する                                                                                                                                                |

|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                             | <p>る留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に開催</p> <p>○ 認知症介護指導者研修修了者を 1 名以上配置し、事業所全体の認知症ケアの指導等を実施</p> <p>○ 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作成し、実施又は実施を予定</p>                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 認知症加算Ⅱ／月                    | <p>（Ⅱ）○ 認知症介護実践リーダー研修等修了者を認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が 20 人未満の場合は 1 以上、20 人以上の場合は 1 に、当該対象者の数が 19 を超えて 10 又は端数を増すごとに 1 を加えて得た数以上配置</p> <p>○ 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者に対して、専門的な認知症ケアを実施した場合</p> <p>○ 当該事業所の従業者に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に開催</p>                                                                                                                                                          |
| 認知症加算Ⅲ／月                    | <p>（Ⅲ）日常生活に支障を来すおそれのある症状・行動が認められることから、介護を必要とする認知症のご利用者（認知症日常生活自立度Ⅲ以上）。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 認知症加算Ⅳ／月                    | <p>（Ⅳ）介護度 2 に該当し、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、周囲の者による注意を必要とする認知症のご利用者（認知症日常生活自立度Ⅱ）</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 若年性認知症利用者受入加算／月             | <p>若年性認知症の方を受け入れ、個別の担当者を定めた場合</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 若年性認知症利用者受入加算／月<br>（要支援認定者） | <p>要支援認定者で若年性認知症の方を受け入れ、個別の担当者を定めた場合</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 訪問体制強化加算／月                  | <p>（Ⅰ）指定小規模多機能型居宅介護事業所が提供する訪問サービスを担当する常勤の従業者を 2 名以上配置していること。</p> <p>（Ⅱ）指定小規模多機能型居宅介護事業所が提供する訪問サービスの算定月における提供回数について、当該指定小規模多機能型居宅介護事業所における延べ訪問回数が 1 月あたり 200 回以上であること。</p> <p>（Ⅲ）指定小規模多機能型居宅介護事業所の所在する建物と同一の建物に集合住宅（養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る。）を併設する場合は、ご利用者の総数のうち小規模多機能型居宅介護費の同一建物居住者以外のご利用者に対して行う場合を算定する者の占める割合が 100 分の 50 以上であって、かつ、これを算定するご利用者に対する延べ訪問回数が 1 月あたり 200 回以上であること。</p> |
| 総合マネジメント体制強化加算Ⅰ／月           | <p>（１） 個別サービス計画について、ご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多職種協働により、随時適切に見直しを行っていること。</p> <p>（２） 日常的に地域住民等との交流を図り、</p>                                                                                                                                                                                                                                                                               |

|                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                   | <p>地域の行事や活動等に積極的に参加すること。</p> <p>(3) 日常的に利用者と関わりのある地域住民等の相談に対する体制を確保していること</p> <p>(4) 必要に応じて、多様な主体が提供する生活支援のサービス（インフォーマサービスを含む）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ていること。</p> <p>(5) 地域住民等との連携により、地域資源を効果的に活用し、利用者の状態に応じた支援を行っていること。</p> <p>(6) 障害福祉サービス事業所、児童福祉施設等と協働し、地域において世代間の交流の場の拠点となっていること。</p> <p>(7) 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事</p> <p>(8) 市町村が実施する通いの場や在宅医療・介護連携推進事業等の地域支援事業等に参加していること</p> <p>(1)～(4) 必須 (5)～(8) のうち一つ実施</p> |
| 総合マネジメント体制強化加算Ⅱ／月 | <p>(1) 個別サービス計画について、ご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多職種協働により、随時適切に見直しを行っていること。</p> <p>(2) 日常的に地域住民等との交流を図り、地域の行事や活動等に積極的に参加すること。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 看護職員配置加算Ⅰ／月       | <p>○常勤かつ専従の看護師を1名以上配置している場合。</p> <p>(定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 看護職員配置加算Ⅱ／月       | <p>○常勤かつ専従の准看護師を1名以上配置している場合。</p> <p>(定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 看護職員配置加算Ⅲ／月       | <p>○看護職員を常勤換算方法で1名以上配置していること。</p> <p>(定員超過利用、人員基準欠如に該当していないこと)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 業務継続計画未策定減算       | <p>所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算以下の基準に適合していない場合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・業務継続計画（BCP）を策定すること</li> <li>・当該業務継続計画に従い必要な措置を講ずること</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 高齢者虐待防止措置未実施減算    | <p>所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算虐待の発生またはその再発を防止するための以下の措置が講じられていない場合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等の活用可能）を定期的に関催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。</li> <li>・虐待の防止のための指針を整備すること。</li> <li>・従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施すること。</li> <li>・上記措置を適切に実施するための担当者を置くこと。</li> </ul>                                                                                                                            |

|                                                                              |                                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| サービス提供体制強化加算Ⅰ/月                                                              | <p>①従事者ごとに研修計画の作成と実施。</p> <p>②利用者の情報または従事者の技術指導を目的の定期的な会議が実施されていること。</p> <p>③看護職を除く従業者総数のうち介護福祉士が70%以上、又は勤続10年以上の介護福祉士が25%以上配置されていること。</p> <p>（定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと）</p> |
| サービス提供体制強化加算Ⅱ/月                                                              | <p>上記①②を満たしていること。</p> <p>○看護職を除く従業者総数のうち介護福祉士が50%以上配置されていること。</p> <p>（定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと）</p>                                                                          |
| サービス提供体制強化加算Ⅲ/月                                                              | <p>上記①②を満たしていること。</p> <p>○看護職を除く従業者総数のうち介護福祉士が40%以上配置されていること。又は、従業者総数のうち常勤職員が60%以上配置されていること。又は、従業者総数のうち勤続7年以上の者が30%以上配置されていること。</p> <p>（定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと）</p>        |
| 口腔・栄養スクリーニング加算/回<br>（6か月に1回）                                                 | <p>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、情報を介護支援専門員に提供。口腔状態の低下リスク、低栄養状態の場合は改善に必要な情報も含む。</p> <p>（定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと）</p>                                                 |
| 生活機能向上連携加算（Ⅰ）/月                                                              | <p>理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師からの助言を受けた上で、介護支援専門員が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を作成した場合</p>                                                                                             |
| 生活機能向上連携加算（Ⅱ）/月                                                              | <p>理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師がご利用者宅を訪問し、身体状況等の評価を共同で行い、介護支援専門員が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を作成した場合</p>                                                                               |
| 科学的介護推進体制加算/月                                                                | <p>○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心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出。</p> <p>○必要に応じて介護計画を見直すなど、サービス提供にあたり上記の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</p>                                    |
| 認知症行動・心理症状緊急対応加算/日                                                           | <p>短期利用居宅介護の場合（7日まで）</p> <p>医師が、認知症行動・心理症状が認められるため在宅で生活が困難で緊急に利用することを判断した場合</p>                                                                                             |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）/月<br>介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）/月<br>介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）/月<br>介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）/月 | <p>サービス別加算率に応じた加算があります。</p> <p>（Ⅰ）所定単位数の14.9%を加算します。</p> <p>（Ⅱ）所定単位数の14.6%を加算します。</p> <p>（Ⅲ）所定単位数の13.4%を加算します。</p> <p>（Ⅳ）所定単位数の10.6%を加算します。</p>                             |

|      |                                                                                                                       |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 地域加算 | <p>奈良市 地域区分6級地（1単位10.33）介護保険の自己負担額の合計に10.33を乗じた金額となっています。</p> <p>※上記料金を1ヶ月の合計で計算した場合、小数点以下の端数処理の関係で、差異が生じる場合があります</p> |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## （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、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

### ＜サービスの概要と利用料金＞

#### ア 食事の提供（食事代）

ご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800円 おやつ100円 夕食800円

#### イ 宿泊に要する費用

ご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。 3,500円（1泊）

#### ウ 通常の事業の実施地域以外のご利用者に対する送迎費及び交通費

通常事業の実施地域以外のご利用者に対する送迎費及び交通費です。

実施地域を越えた地点から1km毎に100円

#### エ おむつ代・消耗品費

実費（紙オムツ・紙パンツ100円／枚、尿取りパット50円／枚など）

#### オ エンゼルケア費（ご相談の上、亡くなられた後に身体の清拭を行います）

料金：6000円（顔あて・ガーゼなどの物品含む）

#### カ 複写物の交付

ご利用者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合は実費1枚につき20円をご負担いただきます。

- ☆ 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、相応の額に変更する事があります。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ヶ月前までにご説明します。

## （３）利用料金のお支払い方法

上記のサービス費は1ヶ月ごとに計算し、月末締めで翌月15日までに請求額をご連絡致します。利用翌月の27日に登録いただいている口座から引き落としさせていただきます。当月分が引き落とし出来ない場合は、次月に2ヶ月分まとめて引き落としさせていただきます。

## （４）利用の中止、変更、追加

- ☆ （介護予防）小規模多機能居宅介護サービスは、（介護予防）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。
- ☆ 利用予定の前に、ご利用者の都合により、（介護予防）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の実施日の前日までに事業所に申し出てください。
- ☆ 介護保険の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、取り消し料として下記の料金をお支払いいただきます。  
 ただしご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。

|                       |                         |
|-----------------------|-------------------------|
| 利用予定日の前日までに申し出があった場合  | 無料                      |
| 利用予定日の前日までに申し出がなかった場合 | 当日の利用料金<br>食事代・宿泊に要する費用 |

☆ 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。

## 6. 秘密の保持と個人情報の保護について

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について | ① 事業者は、ご利用者又はそのご家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「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、適切な取り扱いに努めるものとします。<br>② 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得たご利用者又はそのご家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。<br>③ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。<br>④ 事業者は、従業者に、業務上知り得たご利用者又はそのご家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。                                 |
| ② 個人情報の保護について            | ① 事業者は、ご利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、ご利用者の個人情報を用いません。また、ご利用者のご家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等でご利用者のご家族の個人情報を用いません。<br>② 事業者は、ご利用者又はそのご家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。<br>③ 事業者が管理する情報については、ご利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。） |

## 7. 事故発生時の対応方法について

ご利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、ご利用者のご家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、ご利用者に対するサービスの提供又は送迎により賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに対応を行います。

なお、事業者は、損害賠償保険及び自動車保険（自賠責保険・任意保険）に加入しています。

|                                            |                                                                                                               |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>【市町村（保険者）の窓口】</b><br>奈良市役所 福祉部<br>介護福祉課 | 所在地 奈良市二条大路南 1-1-1<br>電話番号 0742-34-5422(直通)<br>ファックス番号 0742-34-2621(直通)<br>受付時間 8:30~17:15(土日祝及び12/29~1/3を除く) |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 8. 相談窓口受付について

### ○相談窓口（事業所）

担当：あすならホーム高畑 小規模多機能居宅介護

受付時間：午前9時00分～午後5時00分（年中無休）

## 9. 苦情の受付について

（1）苦情やご相談などがございましたら、協同福祉会の窓口まで遠慮なくお申し出下さい。

○苦情相談窓口（事業所） 担当者：あすならホーム高畑 多機能型ケアホーム  
施設長

電話番号 0742-23-1165

FAX 0742-23-1167

○苦情相談窓口（法人本部） 担当者：協同福祉会 経理総務部 課長

電話番号 0743-57-1165

FAX 0743-57-1170

○受付時間 午前9時00分 ～ 午後5時00分 （年中無休）

また、苦情・意見受付ボックスを設置しています。

（2）行政機関その他苦情受付機関

①奈良市役所介護福祉課 電話番号 0742-34-5422  
FAX 0742-34-2621

②奈良県国民健康保険団体連合会 電話番号 0744-21-6811  
FAX 0744-21-6822  
フリーダイヤル 0120-21-6899

③奈良県社会福祉協議会 電話番号 0744-29-0100

## 10. 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：ご利用者、ご利用者のご家族、地域住民の代表者、市町村職員、地域包括支援センター職員（介護予防）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。

\* 高齢者虐待防止の推進のため、虐待の発生・再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施を行い、担当者を施設長とし随時運営推進会議で報告をします。

### 1 1. 地域との連携等

- (1) 提供しているサービス内容等を明らかにし、地域に開かれたサービスとすることで、サービスの質の確保を図ることを目的として「運営推進会議」を2ヶ月に1回以上行います。
- (2) サービスについて評価・点検（自己評価）を行い、結果を運営推進会議に報告し評価（外部評価）を行います。自己評価と外部評価はご利用者へ提供し、広報を通じて公表（ホームページ等）をします。 評価の実施有無 （有・無） 実施日（      年      月      日）  
（但し評価機関による第三者評価なし）

### 1 2. 緊急時の対応 （協力医療機関、バックアップ施設）

当事業所では、各ご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＞

|                |               |              |
|----------------|---------------|--------------|
| 1) 市立奈良病院      | 診療科目：内科・外科 など | ベッド数：350床    |
| 奈良市東紀寺町1丁目50-1 |               | 0742-24-1251 |

### 1 3. 感染症対策の強化と業務継続に向けた取り組み

感染症の発生及びまん延等に関する取組として、委員会の開催、指針の整備、研修や訓練の実施を行います。

感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスの業務継続に向けた計画等の策定、研修や訓練の実施を行います。

### 1 4. 非常火災時の対応

非常火災時には、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、ご利用者も参加して行います。

消防署への届け出日 2019年2月7日

防火管理者：門田 眞吾

＜消防設備＞

・自動火災報知機      ・非常通報装置      ・避難誘導灯      ・消火器      ・ガス漏れ探知機

＜地震、大水等災害発生時の対応＞

・あすなら苑など関係機関と調整をして、ご利用者の安全を確保します。

### 1 5. 事故、緊急時の対応

- (1) サービス実施中にご利用者の心身の状況に、異常、事故、その他緊急事態が生じたときには、速やかに主治医、関係医療機関に連絡等の措置を講ずるとともに、緊急連絡先であるご家族等に速やかに連絡いたします。

## 16. 人権擁護や虐待の防止について

- (1) 虐待防止の推進のため、虐待の発生・再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施を行い、担当者を設置し適切に実施します。
- (2) 事業所は、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、これを市町村に通報するものとします。

## 17. 身体拘束等の適正化の推進

事業所は、利用者の生命又は身体を保護するための緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束等を行ってはならないため次の措置を講じます。

- (1) 身体拘束等のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を3か月に1回以上開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- (2) 身体拘束等の適正化のための指針の整備をします。
- (3) 従業者に対し身体拘束等の適正化のための定期的な研修を実施します。

## 18. サービス利用にあたっての留意事項

○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が生じた場合、弁償して頂く場合があります。

○他のご利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。

○所持金品は、自己の責任で管理することを基本とします。

・金銭の持ち込みによる盗難、紛失などの責任は負いかねます。

・貴重品（貴金属類）、補聴器、義歯、眼鏡、腕時計についてはお預かりできません。

お預かりしていない所持品の紛失や破損などの責任は負いかねます。

○事業所内での他のご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。

年 月 日

小規模多機能型居宅介護・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あたり、  
ご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。

法人名 社会福祉法人 協同福祉会

事業所住所 奈良県奈良市高畑町 4 6 9 番 1

事業所名 あすならホーム高畑 多機能型ケアホーム

説明者 氏名 \_\_\_\_\_

私は、本書面によりあすならホーム高畑多機能型ケアホームから、小規模多機能型居宅介護・  
介護予防小規模多機能型居宅介護サービスについての重要事項の説明を受け、サービスの提供開  
始に同意しました。

ご利用者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

代理人 住所 \_\_\_\_\_  
(ご家族)

氏名 \_\_\_\_\_

(ご利用者との続柄 \_\_\_\_\_)