

1. 事業者

法人名	社会福祉法人晩会
法人所在地	山口県下関市大字小野64番地の1
電話番号	083-256-5336
代表者氏名	理事長 吉水 千賀子
設立年月日	平成8年1月11日

2. 事業所の概要

事業所の種類	介護予防小規模多機能型居宅介護
指定日	平成26年10月1日
事業所番号	3590103150
事業所の目的及び運営方針	利用者が住み慣れた地域での生活を継続することが出来るよう、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「通い」「訪問」「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	小規模多機能宝の家
事業所の所在地	山口県下関市宝町23番3号
電話番号	083-227-2627
FAX番号	083-227-2628
管理者氏名	若松 義浩
登録定員	25名(通いサービス15名、宿泊サービス9名)
居室等の概要	居間兼食堂、機能訓練室1室 宿泊室9室 浴室1室 消防設備1機

3. 事業実施地域及び営業時間

通常の事業の実施地域	下関市(豊浦・豊北・菊川・豊田町及び離島を除く)
営業日	営業日365日 通いサービス 午前9時から午後4時まで 宿泊サービス 午後5時から午前8時まで 訪問サービス 24時間必要に応じて行う

4. 職員の配置状況

当事業所では、利用者に対して介護予防小規模多機能型居宅介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

＜主な職員の配置状況＞

従業員の職種	常勤	非常勤	職務の内容
管理者 (介護支援専門員・介護従業者を兼務)	1人		事業所の管理業務等
介護支援専門員 (管理者・介護従業者を兼務)	1人		サービス調整等
介護従業者 (うち1名管理者・介護支援専門員を兼務)	9人		日常生活の介護・相談業務
看護職員	2人		健康チェック等の医療業務

＜主な職種の勤務体制＞

職 種	勤 務 体 制
管理者及び介護支援専門員	午前8時30分から午後5時30分を基本とするシフト制
介 護 従 業 者	午前8時30分から午後5時30分（昼間）を基本とするシフト制 午後5時から翌日午前9時（夜間）を基本とするシフト制 その他、利用者の状況に応じた勤務対応をします
看 護 職 員	午前8時30分から午後5時30分を基本とするシフト制

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では利用者に対して以下の2つのサービスを提供します。

(1) 介護保険の給付対象となるサービス（契約書第4条参照）

以下のサービスについては、原則として利用料金の9割が介護保険から支給され、利用者の自己負担は費用全体の1割の金額となります。ただし、一定所得のある方の自己負担は費用全体の2割又は3割となります（市町村から交付される介護保険負担割合証を確認して下さい）。アからウのサービスを具体的にどのような頻度及び内容で行うかについては利用者と協議のうえ、介護予防小規模多機能型居宅介護計画に定めます。

＜サービスの概要＞

ア 通所サービス

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お世話や機能訓練を行います。

①食事

- ・食事の提供及び食事の見守り及び介助を行います。
- ・食事サービスの利用は任意です。

②入浴

- ・入浴または清拭を行います。
- ・衣服の着脱、身体の清拭、洗髪及び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

- ・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

- ・利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能低下を防止するよう努めます。

⑤健康チェック

- ・体温、血圧測定等、利用者の全身状態の把握を行います。

⑥送迎サービス

- ・利用者の希望により、ご自宅と事業者間の送迎サービスを行います。

イ 訪問サービス

利用者の自宅にお伺いし、食事や入浴及び排泄等の日常生活上のお世話や機能訓練を行います。

訪問サービス実施の為に必要な備品等（水道・ガス電気を含む）は無償で提供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物品の授受

③飲酒及び喫煙

④利用者及び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に対しての迷惑行為

ウ 宿泊サービス

- ・事業所に宿泊していただき、食事、入浴及び排泄等の日常生活上のお世話や機能訓練を行います。

＜サービス利用料金＞

ア 通所・訪問（介護保険給付対象分）を含んだひと月の包括費用の額

以下の料金表によって利用者の要介護度に応じたサービス料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担分）をお支払下さい。（サービスの利用料金は利用者の要介護度に応じて異なります）。

（イ）同一建物居住者以外の登録者に対して行う場合（1割負担の場合）

利用者の要介護度	要支援 1	要支援 2
1. ひと月のサービス料金	34,500 円	69,720 円
2. 介護保険給付費額	31,050 円	62,748 円
3. 自己負担額（1－2）	3,450 円	6,972 円

(ロ) 同一建物居住者に対して行う場合（1割負担の場合）

利用者の要介護度	要支援 1	要支援 2
1. ひと月のサービス料金	31,090 円	62,810 円
2. 介護保険給付費額	27,981 円	56,529 円
3. 自己負担額（1－2）	3,109 円	6,281 円

※利用者負担割合が2割の場合は記載金額の2倍、3割の場合は記載金額の3倍となります。

◇月ごとの定額料金ですので、利用者の体調不良や状態の変化等により介護予防小規模多機能型居宅介護計画に定めた期日より利用が少なかった場合、または介護予防小規模多機能型居宅介護計画に定めた期日より利用が多かった場合であっても、日割りによる計算はいたしません。

◇利用者が月途中で入院された場合で登録を解除しない場合は月額報酬を請求させていただきます。ただし、入院が長期にわたる場合は一旦契約を終了し日割り計算をします。その際、再度契約を結ぶ場合は登録定員がいっぱいである場合は、利用できない場合がありますのでご了承ください。

◇月途中から登録した場合、または月途中で登録を終了した場合には、登録した期間に応じて日割り計算により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

利用者が当事業所と利用契約を結んだ日ではなく通所・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

利用者が当事業所との利用契約を終了した日

◇利用者が、まだ要介護認定を受けていない場合は、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。要介護認定を受けたのち、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は、利用者が保険給付の申請を行う為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。

◇利用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）ア及びイを参照）。

◇介護保険から給付額に変更があった場合、変更された額にあわせて利用者の負担額を変更します。

イ 加算

- ・初期加算（1日あたり）

介護予防小規模多機能型居宅介護事業所に登録してから起算さて30日以内の期間については、初期加算として以下のとおり加算をいただきます。なお、30日を超える入院をされた後に再び開始した場合も同様です。

・介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）（1ヶ月あたり）

当事業は、キャリアパス要件、職場環境等要件を満たしておりますので、介護職員等処遇改善加算として以下のとおり加算をいただきます。

・サービス提供体制強化加算（Ⅲ）（1ヶ月あたり）

小規模多機能型居宅介護事業所の小規模多機能型居宅介護従業者の総数のうち、常勤職員の占める割合が60／100以上である場合に以下のとおりに加算をいただきます。

・総合マネジメント体制強化加算（Ⅰ）（1ヶ月あたり）

個別サービス計画について他職種協働により適切な見直し及び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、日常的に利用者に関わりのある地域住民等の相談に対応する体制を確保している場合、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場合、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た場合において以下のとおりに加算をいただきます。

（イ）1割負担の場合

加算対象サービス	初期加算 （1日あたり）	介護職員等処遇改善加算Ⅱ （1ヶ月あたり）	サービス提供体制強化加算Ⅲ（1ヶ月あたり）	総合マネジメント体制強化加算Ⅰ（1ヶ月あたり）
1. サービス料金	300 円	介護保険料金の 14.6%	3,500 円	12,000 円
2. 介護保険給付費額	270 円		3,150 円	10,800 円
3. 自己負担額 （1－2）	30 円		350 円	1,200 円

※利用者負担割合が2割の場合は記載金額の2倍、3割の場合は記載金額の3倍となります。

（2）介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第5条参照）

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。

＜サービスの概要と利用料金＞

ア 食事の提供（食事代：1食あたり）

利用者に提供する食事に要する費用です。

朝食：300円 昼食：630円 夕食：630円

イ 宿泊に要する費用

1泊：2400円

ウ 通常の事業の実施地域以外の利用者に対する交通費

公共交通機関での移動：実費

通常の実施地域を超えた地点からの車による移動： 500円／10kmまで
1000円／10km以上

エ おむつ代：実費

オ その他、日常生活において通常必要となるものに係わる費用：実費

◇ 経済状況の著しい変化や、その他やむを得ない事由がある場合は、相当な額に変更することがあります。その場合、内容を変更する事由について1ヶ月まえまでにご説明します。

（3）利用料金のお支払方法（契約書第5条参照）

前記（1）及び（2）の料金・費用は1ヶ月ごとに計算し、次のいずれかの方法により翌月末日までにお支払ください。

①事業所での現金支払い

②郵便局、山口銀行での自動引落し

（4）利用の中止・変更・追加（契約書第6条参照）

◇介護予防小規模多機能型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の内容を基本としつつ、利用者の日々の状態、希望等を勘案し、適時適切に通所サービス、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へ申し出て下さい。

◇5の（1）介護保険の給付対象となるサービスについては、利用料金は1ヶ月ごとの包括料金（定額制）のため、サービスの利用回数を変更された場合でも利用料は変わりません。5の（2）介護保険の給付対象とならないサービスについては、利用予定の前日までに申し出がなく、当日になっての中止の申し出をされた場合、その料金の半額をお支払いいただく場合があります。ただし、利用者の体調不良等、正当な事由がある場合にはこの限りではありません。

◇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は、他の利用可能日時を利用者

に提示して協議します。

(5) 介護予防小規模多機能型居宅介護計画について

◇介護予防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所サービス、訪問サービス及び宿泊サービスを柔軟に組みあわせることにより、地域での暮らしを支援するものです。

◇事業者は、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、利用者と協議のうえで介護予防小規模多機能型居宅介護計画を作成し、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て利用者に説明のうえ交付します。

(6) サービス提供の記録

提供したサービスについては、その都度「サービス提供記録」に記録し、その控えを利用者に交付します。また、この記録は2年間保存します。

6. 秘密の保持と個人情報保護について

(1) 利用者及びその家族に関する秘密の保持について

事業者及び従業者は、サービスを提供するうえで知り得た利用者及び家族に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。

(2) 個人情報の使用・提供に関することについて

事業者は、前項の規定にかかわらず、利用者及び家族の個人情報を以下のために必要最小限の範囲内で使用、提供または収集します。

◇利用者に関する介護予防サービス計画及び介護予防小規模多機能型居宅介護計画の立案や円滑なサービス提供のために実施されるサービス担当者会議での情報提供。

◇介護支援専門員とサービス事業所との連絡調整。

◇利用者が、医療サービスの利用を希望している場合及び主治医の意見を求める必要がある場合。

◇利用者の容態の変化に伴い、緊急連絡を必要とする場合。

(3) 個人情報に関する情報共有に必要な書類例は以下のとおりです。

- ①介護保険被保険者証
- ②アセスメント書類
- ③介護予防サービス計画書
- ④介護予防小規模多機能型居宅介護計画書
- ⑤経過報告書
- ⑥減額認定証
- ⑦サービス提供記録
- ⑧身体障害者手帳
- ⑨診断書
- ⑩主治医の意見書

※個人情報の使用及び提供機関はサービス提供の契約期間に準じます。

7. サービス提供に関する相談・苦情の受付について（契約書第18条参照）

（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窓口で受け付けます。

苦情受付担当者	若松 義浩(管理者)
電話番号	083-227-2627
FAX番号	083-227-2628
受付時間	午前9時から午後5時
苦情解決責任者	理事長 吉水 千賀子
第3者委員	橋本 サチ子 山尾 末明

（2）行政機関その他の苦情受付機関

名 称	下関市福祉部介護保険課事業者係
所在地	山口県下関市南部町1番1号
電話番号	083-231-1371
FAX番号	083-231-2743
受付時間	午前8時30分から午後5時15分 (土日・祝日・年末年始は除く)

名 称	山口県国民健康保険団体連合会
所在地	山口県山口市大字朝田1980-7
電話番号	083-995-1010
FAX番号	083-934-3665
受付時間	午前9時から午後5時 (土日・祝日・年末年始は除く)

8. 相談・苦情解決の体制及び手順

苦情または相談があった場合は、利用者の状況を詳細に把握するよう、必要に応じ状況の聞き取りのための訪問を実施し、事情の確認を行い苦情に関する問題点を把握したうえで検討を行い、再発防止の対策を決めていきます。対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へは対応方法を含めた結果報告を行います。

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サービスの提供にあたり、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、助言を受けるために、以下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、地域住民の代表者、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。
- ◇議事録：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. 福祉サービス第三者評価

福祉サービス第三者評価とは福祉事業者の提供するサービスの質を、当事者以外の第三者（評価機関）が、専門的かつ客観的な立場から評価するものです。福祉事業者の自らのサービスの質の向上のほか、評価結果が利用者のサービスの選択に資するための情報となることを目的としています。

◇提供するサービスの第三者評価の実施状況：無

11. 協力医療機関・施設

当事業所では、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を協力医療機関・施設として連携体制を整備しています。

- ◇医療機関：特定医療法人茜会 吉水内科
- ◇施設：特別養護老人ホームフェニックス

1 2. 非常災害時の対応

非常災害時には、別途定める防災計画に沿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。

1 3. 虐待の防止の為の措置

事業所は虐待の発生又はその再発を防止する為、次の各号に掲げる措置を講じます。

- (1) 事業所における虐待の防止の為の対策を検討する委員会を定期的に開催すると共に、その結果について、当該従業者に周知徹底を図ります。
- (2) 事業所における虐待の防止の為に指針を整備します。
- (3) 事業所において、当該従業者に対し、虐待の防止の為の研修を定期的実施します。
- (4) (1) から (3) に掲げる措置を適切に実施する為の責任者を置きます。

責任者名：若松 義浩（管理者）

1 4. 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。
- ◇事業所内の設備や機器は、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って破損等が生じた場合は、弁償していただく場合がございます。
- ◇他の利用者の迷惑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。

1 5. 緊急時及び事故発生時の対応

- ◇利用者について、病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、当該利用者の主治医及び家族へ連絡を行い、必要な措置を講じます。

主治医との連絡及び指示が得られなかった場合は、あらかじめ事業所が定めた協力医療機関へ連絡するとともに、受診等の適切な処置を講じます。

- ◇事故発生の状況及び事故に際してとった処置の内容は記録し保存いたします。

- ◇サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、天災地変等不可効力による場合を除き、速やかに誠意をもって対処します。

保険会社名：東京海上日動火災保険株式会社

保険名：業務災害総合保険（経営ダブルアシスト）

令和 年 月 日

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、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明し交付しました。

事業者

所在地 山口県下関市宝町23番3号

名 称 社会福祉法人暁会
小規模多機能宝の家 印

説明者 氏名 印

私は、契約書および本書面により事業所から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同意の上、交付を受けました。

利用者 住所

氏名 _____ 印 _____

(代筆者) 住所

氏名 印（続柄： ）