

# 重要事項説明書

## (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)

# ピカソ

当事業所は介護保険の指定を受けています。

東京都葛飾区指定 第1392200364号

※当事業所はご契約者に対して指定小規模多機能型居宅介護及び指定介護予防小規模多機能居宅介護（以下指定小規模多機能型居宅介護と読み替えます）の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及び契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明致します。

### 【1】事業者

- |             |                |
|-------------|----------------|
| (1) 事業者名    | 株式会社サンハート      |
| (2) 事業者の所在地 | 東京都葛飾区細田5-15-6 |
| (3) 電話番号    | 03(3672)3339   |
| (4) 代表者氏名   | 三浦 真澄          |
| (5) 設立年月日   | 平成7年11月20日     |

### 【2】事業所の概要

- |              |   |
|--------------|---|
| (1) 事業所の種類   | 指定小規模多機能型居宅介護事業所<br>平成26年3月31日東京都葛飾区 第1392200364号 |
| (2) 事業所の所在地  | 東京都葛飾区奥戸7-16-15                                   |
| (3) 事業所の名称   | ピカソ   |
| (4) 電話番号・FAX | TEL 03-5671-3810<br>FAX 03-5671-3809              |
| (5) 管理者      | 福永 昭子   |
| (6) 開設年月日    | 平成26年3月31日  |
| (7) 登録定員     | 25人   |

### 【3】居室等の概要

当事業所では、以下の居室及び設備を用意しています。宿泊サービスは個室となります。

| 居室・設備の種類 |      | 室数                   | 備考        |
|----------|------|----------------------|-----------|
| 宿泊室      | 1F個室 | 9室                   | 1F ベッド・布団 |
|          | 合計   | 9室                   |           |
| 居間・食堂    |      | 宿泊時間帯は、宿泊室（個室）となります。 |           |
| 台 所      |      |                      |           |
| 浴 室      |      |                      |           |
| 消 防 設 備  |      | スプリンクラー              |           |
| そ の 他    |      |                      |           |

\* 上記は厚生労働省が定める基準により、指定小規模多機能型居宅介護事業所に設置が義務付けられている設備です。

### 【4】サービス実施地域及び営業時間

- (1) サービスの実施地域 葛飾区全域（葛飾区以外の方はご相談ください。）  
(2) 営業日及び営業時間

|        |                                    |
|--------|------------------------------------|
| 営業日    | 年中無休                               |
| 通いサービス | 9：00～17：30<br>(基本サービス時間9：30～16：00) |
| 訪問サービス | 24時間                               |
| 宿泊サービス | 17：00～翌8：30                        |

### 【5】職員の配置状況

当事業所では、利用者に対して指定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、下記の職種の職員を指定基準に従って配置しています。

| 職員の職種      | 職務の内容   |
|------------|---|
| 1. 管 理 者   | 事業内容の調整・管理  |
| 2. 介護支援専門員 | ①居宅サービス計画の作成<br>②サービスの利用に関する区市町村への届出の代行<br>③具体的小規模多機能型居宅介護計画の作成及び相談業務 |
| 3. 介 護 職 員 | 日常生活全般の介護業務   |
| 4. 看 護 職 員 | 健康チェック等の医務業務  |

## 【6】職員の勤務体制

| 職員の職種      | 勤務体制                                  |
|------------|---------------------------------------|
| 1. 管理者     | 9：00～17：30                            |
| 2. 介護支援専門員 | 9：00～17：30                            |
| 3. 介護職員    | 9：00～17：30(常勤職員)<br>訪問介護対応の宿直対応はオンコール |
| 4. 看護職員    | 9：00～17：30                            |

## 【7】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

介護保険給付対象サービスについては、所得に応じて利用料金の9割・8割・7割が介護保険から給付され、利用者の自己負担は費用全体の1割・2割・3割となります。

#### 1. サービスの概要

##### ア. 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援助と機能訓練を提供します。

##### イ. 訪問サービス

- ・利用者の自宅に訪問して、食事介助や排泄等の日常生活上の援助を提供します。
- ・訪問サービスの実施のための必要な備品類（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当たって、次に該当する行為は致しません。

- ① 医療行為
- ② 利用者もしくはその家族からの金銭、物品の授受
- ③ 飲酒及び喫煙
- ④ 利用者もしくはその家族に対する宗教活動、政治活動、営利活動
- ⑤ その他、利用者もしくはその家族に行う迷惑行為

##### ウ. 宿泊サービス

・事業所に宿泊していただき、食事、入浴、排泄等の日常生活上の援助を提供します。

#### 2. サービスの利用料金

利用料金は、通い・訪問・宿泊（介護費用相当分）全てを含んだ1月単位の包括費用（定額）となります。下記の料金表によって、利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付額を除いた自己負担額をお支払いいただきます。

| 要介護度          | 要支援 1   | 要支援 2   | 要介護 1   | 要介護 2   | 要介護 3   | 要介護 4   | 要介護 5   |
|---------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 自己負担額<br>(1割) | 3,830円  | 7,739円  | 11,609円 | 17,061円 | 24,819円 | 27,392円 | 30,202円 |
| 自己負担額<br>(2割) | 7,659円  | 15,478円 | 23,217円 | 34,122円 | 49,637円 | 54,783円 | 60,404円 |
| 自己負担額<br>(3割) | 11,489円 | 23,217円 | 34,825円 | 51,183円 | 74,456円 | 82,175円 | 90,606円 |

\* 1月ごとの包括料金ですので、利用者の体調不良や状態の変化等により小規模多機能型居宅介護計画に定めた期日よりも利用が少なかった場合、または多かった場合であっても、日割りでの割引または増額はいたしません。

\* 月の途中から登録した場合、または月の途中で終了した場合には、登録した期間に応じて日割り計算した料金をお支払頂きます。尚、この場合の「登録日」及び「登録終了日」とは、以下のとおりです。

登録日・・・利用者が当事業所と利用契約を締結した日ではなく、当事業所の提供する各種サービス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・・・利用者と当事業所の利用契約を終了

### 3. 加算

#### ア. 1日につき

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、初期加算として下記の通り加算されます。加算分についても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とします。

|                   |             |       |      |
|-------------------|-------------|-------|------|
| (a) 加算対象サービス料金    | 初期加算(30日まで) | 1日につき | 333円 |
| (b) 介護保険給付の金額     |             | 1日につき | 299円 |
| (c) 自己負担額(1割分として) |             | 1日につき | 34円  |

#### イ. 1月につき

下記の内容に該当したときは基本金額に下記の料金が上乗せ加算されます。加算分についても自己負担が必要になります。

| 項目           | 内容                                | 金額     | 介護保険<br>給付金額 | 自己負担額<br>(1割分として) |
|--------------|-----------------------------------|--------|--------------|-------------------|
| 認知症加算<br>(Ⅰ) | 要介護度にかかわらず、<br>認知症日常生活<br>自立度Ⅲ以上  | 8,880円 | 7,992円       | 888円              |
| 認知症加算<br>(Ⅱ) | 要介護度にかかわらず、<br>要介護度Ⅱ且つ<br>認知症自立度Ⅱ | 5,550円 | 4,995円       | 555円              |

ウ. 介護職員処遇改善加算Ⅰ… 以下の表のとおり、加算算定を行う。

|                          |
|--------------------------|
| 1月につき、所定単位数 × 10.2 / 100 |
|--------------------------|

エ. 若年性認知症利用者受入加算… 若年性認知症利用者に対して、受入れた若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を定め、小規模多機能型居宅介護を提供した場合、以下の表のとおり加算算定を行う。ただし、認知症加算を同時に算定することはできない。

|                   |              |
|-------------------|--------------|
| (a) 金額            | 1月につき 8,880円 |
| (b) 介護保険給付金額      | 1月につき 7,992円 |
| (c) 自己負担額(1割分として) | 1月につき 888円   |

オ. 看護職員配置加算Ⅲ… 当該事業所においては、看護職員を常勤換算方法で一名以上配置した場合、以下の表のとおり加算算定を行う。

|                   |              |
|-------------------|--------------|
| (a) 金額            | 1月につき 5,328円 |
| (b) 介護保険給付金額      | 1月につき 4,795円 |
| (c) 自己負担額(1割分として) | 1月につき 533円   |

カ. 生活機能向上連携加算Ⅰ… リハビリテーションを実施している医療提供施設の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の助言に基づき、生活機能の向上を目的とした小規模多機能型居宅介護計画を、当該事業所の介護支援専門員が作成し、計画に基づくサービス提供を行った場合、初回の当該サービスが行われた日の属する月に、以下の表のとおり加算算定を行う。

|                   |              |
|-------------------|--------------|
| (a) 金額            | 1月に限り 1,110円 |
| (b) 介護保険給付金額      | 1月に限り 999円   |
| (c) 自己負担額(1割分として) | 1月に限り 111円   |

キ. 口腔栄養スクリーニング加算… 当該事業所の従業者が、利用開始時及び利用中6ヶ月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報を介護支援専門員に提供した場合、6ヶ月に1回を限度として、以下の表のとおり加算算定を行う。

|                   |            |
|-------------------|------------|
| (a) 金額            | 1回につき 222円 |
| (b) 介護保険給付金額      | 1回につき 199円 |
| (c) 自己負担額(1割分として) | 1回につき 23円  |

ク. 以上の加算金額については、1割負担分を記載してあるものであり、2割・3割負担者についてはこの限りではない。また、介護報酬算定計算方法により記載金額に誤差が生じることもある。

## 《2》利用料金の全額をご契約者に負担していただく場合

下記のサービスは介護保険の給付対象とならないので利用料金の全額をご契約者の負担となります。

ア. 食事の提供に要する費用（食事代） 朝食 324 円・昼食・夕食 648 円（1食）

イ. 宿泊サービスに要する費用（宿泊代） 3,150 円（1泊）

ウ. 通常の事業の実施地域（区全域）以外の利用者に対する送迎に要する費用

\* 地域外交通費は距離等を勘案して相談に応じます。

エ. おむつ代 ご家族様でご用意いただくか、施設での購入も可能です

オ. レクリエーション費 利用者の希望によりレクリエーションや行事等に参加される場合には材料費等の実費相当分をいただきます。

カ. 複写物の交付 ご契約者はサービスの提供についての記録をいつでも閲覧することが出来ますがコピー等を必要とする場合には実費相当分を負担していただきます。

\* 経済状況の著しい変動やその他やむを得ない事由により相当な額に変更する事があります。その場合は事前に変更の内容と事由について、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

利用料金及びその他費用は1ヶ月毎に計算し、原則としてニコスカードによってお支払い下さい。

## 《4》利用の中止・変更・追加

小規模多機能型介護サービスは、小規模多機能型居宅介護計画に基づいて、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サービスを提供するものです。

利用予定日前に利用者の都合により小規模多機能型介護サービスの利用を中止・変更または新たなサービスの利用を追加することができます。この場合原則としてサービス実施の前日までに事業者申し出てください。但し、サービスの追加については利用状況により要望に応じられない場合があります。

介護保険の対象となるサービスに関する利用料金は、1ヶ月毎の包括費用（定額）のためサービスの利用回数を変更された場合でも原則1ヶ月の利用料は変更されません。

但し、介護保険の対象外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、取消料として下記の取消料金（キャンセル料金）をお支払いいただく場合があります。但し、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 | 食費全額 |

#### 《5》小規模多機能型介護計画

小規模多機能型介護サービスは、利用者一人ひとりが尊厳を保持し、その有する能力に応じ、住み慣れた地域での自立した生活を継続できるよう、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考慮して、通いサービス、訪問サービス、および宿泊サービスを組み合わせることによって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に、利用者と協議の上、小規模多機能型介護計画を定め、またその実施状況を評価します。計画の内容及び評価等を記載した書面を利用者に説明の上交付します。

#### 【8】苦情の受付

《1》当事業所における苦情やご相談は以下のとおり受け付けます。

\* 苦情受付窓口： 管理者 福永 昭子

\* 受付時間： 9：00～17：30（但し、緊急を要する場合はその他の時間でも受け付けます。）

\* 受付電話番号：03(5671)3810

《2》行政機関その他の苦情受付期間

\* 葛飾区介護保険課

住 所：東京都 葛飾区 立石5-13-1

電話番号：(代表)03(3695)1111 (代表)

受付時間： 8：30～17：00 (月)～(金)

\* 東京都国民健康保険団体連合会

住 所：東京都千代田区飯田橋3丁目5番1号 東京区政会館11階

電話番号：03(6238)0177

受付時間： 9：00～17：00 (月)～(金)

#### 【9】運営推進会議の設置

当事業所では、小規模多機能型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、その内容等についての評価、要望、助言を受けるため、下記の通り運営推進会議を設置します。

\* 運営推進会議

運 営 推 進 委 員：利用者、利用者の家族、地域住民の代表、事業者、地域包括支援センターを代表する者、知見を有する者

運営推進会議の開催：2ヶ月に1回

運営推進会議の議事録：会議の内容、評価、要望、助言等について記録します。

#### 【10】協力医療機関

当事業所では、各利用者の主治医との連携を基本とし、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。

\* 協力診療所                      レッツメディカルガーデンクリニック東立石

所在地：東京都 葛飾区東立石2-18-4    電話番号：03（5671）5535

#### 【11】非常災害時の対応

事業者は、消火設備その他の非道災害に際して必要な設備を設けるとともに、非常災害に関する具体的計画（消防計画）を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連絡体制を整備し、それらを定期的に従業者に周知します。また、非常災害に備えるために、避難・救出訓練を年2回以上行います。

防火管理者：福永 昭子

消火設備：スプリンクラー、火災報知機、非常灯

#### 【12】身体的拘束の禁止

事業者はサービスの提供状況にあたり、利用者またはその他の利用者の生命または身体を保護するためやむを得ない場合を除き、身体的拘束を行いません。やむを得ず身体拘束を行う場合には〔緊急性〕、〔切迫性〕、〔非代替性〕、及び〔一時性〕を慎重に検討して行い記録を行います。ご家族へ身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間の記録を説明いたします。身体的拘束の必要性がなくなった場合は速やかに拘束を解除しすべての記録を行います。

#### 【13】秘密の保持

1. 事業者及び事業者の従業者は、サービスの提供をするうえで知り得た利用者及びその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。秘密の保持の義務に関しては契約が終了した後も継続します。
2. 就業規則において、従業者はサービスの提供をするうえで知り得た利用者及びその家族に関する秘密を保持する義務を規定しています。従業者がその職を辞した後にも秘密の保持の義務については同様です。
3. 事業者は、利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議において利用者の個人情報を用いません。利用者の家族の個人情報についても同様とします。  
事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物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。



【14】緊急時等の対応方法について

1. 利用者の健康状態の急変などの緊急時には、予め定められた連絡先へ速やかに連絡すると共に主治医への連絡、救急医療、緊急入院が受け入れられるよう対応致します。又、当施設は利用者の心身の状態の異変その他緊急事態が発生した場合には、その家族に昼夜を問わず緊急連絡致します。

【15】事故発生時の対応について

1. 利用者に対する指定小規模多機能型居宅介護及び指定介護予防小規模多機能型居宅介護の提供するサービスにより事故が発生した場合は、利用者、その家族及び市区町村に速やかに連絡、報告を行うとともに、必要な措置を講じます。
2. 事故に至った経緯等について調査し、事実を正確に把握します。
3. 事故の原因を究明し、再発防止に努めます

【16】サービス利用にあたっての留意点

1. サービスの利用に際して、介護保険被保険者証を提示して下さい。
2. 事業所内の設備や器具は本来の用法に従って利用して下さい。用法に反した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。
3. 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。
4. 所持金品は自己の責任で管理してください。
5. 事業所内での他の利用者、職員に対する宗教活動、政治活動はご遠慮願います。

【17】提供するサービスの第三者評価の実施について

|             |       |             |   |
|-------------|-------|-------------|---|
| ・実施の有無      | 無     | 実施した評価機関の名称 |   |
| ・実施した直近の年月日 | 年 月 日 | 評価結果の開示状況   | 無 |

\* この重要事項説明書は、令和6年4月1日付改定施行する。

令和 年 月 日

指定小規模多機能型居宅介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

(事業者) 住 所：東京都葛飾区 細田5-15-6  
事業者名：株式会社サンハート  
代表取締役 三 浦 眞 澄 (印)

(説明者) 住 所：東京都葛飾区 奥戸7-16-15  
事業所名：ピカソ  
管理者 福 永 昭 子 (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、同意し、交付を受けました。

(利用者) 住 所：  
氏 名： (印)

(代理人) 住 所：  
氏 名： (印)

(家族・保証人) 住 所：  
氏 名： (印)

利用者との続柄 ( )

(家族・保証人) 住 所：  
氏 名： (印)

利用者との続柄 ( )