

社会福祉法人定山会

小規模多機能ケアひばりの郷 重要事項説明書

当事業所との利用契約を締結するにあたり、事業所の概要やサービスの内容、契約上ご注意していただきたいことを、以下のとおりご説明させていただきます。

1. 事業者及び事業所の概要

(1) 事業者の名称等

法人名	社会福祉法人定山会
所在地	千葉県八千代市大和田53
電話番号	047-481-5566
代表者氏名	理事長 三木 千佳
設立年月日	平成19年11月13日
併設事業	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護事業 短期入所生活介護事業 居宅介護支援事業

(2) 事業所の名称等

事業所名称	小規模多機能ケアひばりの郷
提供サービス名称 (介護保険事業所番号)	小規模多機能型居宅介護 (1292600085)
開設年月日	平成21年4月1日
登録定員	29名(介護・予防2事業合計)
利用定員	通いサービス 15名 泊まりサービス 5名
所在地	千葉県八千代市大和田53
電話番号	047-481-5566
FAX番号	047-405-1166
施設管理者	水戸部 亜紀子

(3) 事業所の目的

通い・訪問・泊りのサービスを一体的に提供し、利用者様心身の変化やご希望に柔軟に応じることで、利用者様のサービスを利用する際の環境の変化や、負担感を最小にとどめながら、住み慣れた地域で、安心して暮らせるように支援することを目的としています。

(4) サービスの基本方針

- ① 24時間365日の支援体制を整え、地域生活の安心を支えます。
- ② 居宅介護サービス計画、小規模多機能型居宅介護計画に基づき、利用者様の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、心身の状況に応じて適切な支援を行います。
- ③ 明るく家庭的な環境のもとで、利用者様の意思や自己決定を尊重した支援に努めると共に、慣れ親しんだ生活環境や近隣との社会関係の維持に努めます。
- ④ 利用者様が安心して生活できるよう、提供するサービスの質の評価を行い、サービスの改善向上を図ります。
- ⑤ 職員はサービスの提供に当たって、利用者様、ご家族様に対し、必要な事項の説明に努めます。

(5) 居室・設備の概要

1階のデイルーム（通いサービス時利用）は、利用者様が家庭的な雰囲気の中で、日常生活に近い形で過ごして頂ける様、キッチンを配置し、調理などの日常生活場面に参加しやすいよう配慮してあります。

2階の宿泊スペースは利用者様の馴染んだ生活のペースやプライバシーを尊重できるよう、個室を用意すると共に、居間を配し他の利用者様との歓談や、くつろぎの場となるよう配慮いたしました。

設備の種類	場所・室数等	概要
デイルーム	1階	広さ約51m ² キッチン・食堂・畳スペース・Wi-Fi設備
宿泊スペース	2階・5部屋	居室広さ約10m ² ・居間広さ約18m ² Wi-Fi設備・見守りシステム導入（ベッドセンサー・カメラ）
浴室	1階・1室	個別浴槽2台
静養室	1階・1室	広さ約6m ² （通いサービス利用時の午睡、静養に利用）
事務室	1階	特別養護老人ホームと共に用

(6) 非常災害対策

非常災害時の対応	防災計画による
防災設備	消火器・スプリンクラー設備・消防機関へ通報する火災報知設備 自動火災報知設備・誘導灯・非常食備蓄・非常用自家発電設備
防災訓練	年3回実施
防火管理者	三木 雄典

火災、地震等、自然災害の発生時には、別途定める消防計画に則って対応、年3回の避難訓練を行います。また、感染症が発生した場合であっても、必要な介護サービスが提供出来る体制を構築する為、計画の策定、研修、訓練を実施します。

(7) 同事業所の職員体制

〈主な職員の配置状況〉 ※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	常勤	非常勤	計
管理者	1名（兼務） ※サービス計画作成担当者・介護職員と兼務		1名
サービス計画作成担当者	1名（兼務） 1名（兼務） ※介護職員と兼務		2名
看護師	1名（専従）		1名
管理栄養士	1名（兼務） ※特養栄養士と兼務		1名
介護職員	5名（専従） 2名（兼務） ※サービス計画作成担当者と兼務	1名	8名

(令和7年4月1日現在)

2. サービスの内容

(1) 通常の事業の実施地域

八千代市内にお住まいの方にサービスを提供しています。

(2) 営業日及び営業時間

下記のサービスは年中無休でご利用いただけます。

- | | | |
|----------|-----------------|----------|
| ・通いサービス | 基本時間 10時から16時 | 1日定員 15名 |
| ・訪問サービス | 随時 | |
| ・泊まりサービス | 基本時間 16時から翌日10時 | 1日定員 5名 |

(3) 小規模多機能型居宅介護計画の作成

小規模多機能型居宅介護サービスは、ご利用者様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、利用者様の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、通い、訪問及び宿泊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。

事業所は、ご利用の状況に合わせて適切にサービスを提供するために、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

は書面に記載して説明の上交付します。

(4) 通いサービス

施設のデイルームにて、日常生活上の支援や機能訓練を行います。ご利用者が楽しみや、目的をもって過ごせるよう、ご利用者の希望に沿った支援を行うと共に、趣味や季節の行事等の活動をご利用者と一緒に企画します。

外出、帰宅時に介助が必要な場合はお手伝いいたします。また、ご利用の時間についても柔軟に対応できます。

①食事

栄養士の立てる献立表により、ご利用者の健康状態に適した食事を提供いたします。

②入浴

ご希望により入浴いただけます。但し、心身の状況により、入浴が適さないと判断された場合は、ご利用頂けない場合がございます。

③送迎サービス

利用者様の希望により、ご自宅と施設間の送迎サービスを行います。

④機能訓練

利用者様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。また、様々な生活場面に役割を持って参加して頂けるよう支援し、心理的機能の低下の防止にも努めます。

⑤健康チェック

血圧測定等、利用者の健康状態の把握を行います。

(5) 訪問サービス

ご自宅に訪問し、日常生活上の支援や安否確認を行います。

①生活援助

日用品の買い物、洗濯、清掃等在宅生活を継続するために必要な支援を行います。

②身体介護

利用者様の心身の状況に応じて、排泄、食事の介助、清拭等を行います。

③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。

- ・医療行為
- ・飲食
- ・利用者様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
- ・その他、利用者様もしくはそのご家族等に行う迷惑行為

(6) 宿泊サービス

通所サービスの終了後、宿泊スペースの居室にてお泊りいただけます。宿泊のみのご利用も可能です。

(7) その他

①生活相談

利用者様、ご家族の日常生活に関する相談に応じる他、必要な情報の提供に努めます。

②介護認定の申請に係る支援

利用者様の要介護認定又は更新の申請の為に必要な援助を行います。

3. 利用料金

(1) 介護保険の給付対象となるサービスの利用料金

小規模多機能型サービスの利用料は、通い・訪問・宿泊（介護保険給付費分）全てを含んだ一月単位の包括料金（定額）となります。

下記の表によって、利用者様の要介護度単位数および加算合計、負担割合証に応じた利用料金をお支払いいただきます。

（令和6年4月介護報酬改定）

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
単位数	10, 458単位	15, 370単位	22, 359単位	24, 677単位	27, 209単位

※平成30年4月1日より、当該地域換算が、1単位10.55円換算となりました。

※月ごとの包括料金となりますので、利用者様の体調不良や状態の変化等により当初定めていた利用予定期日よりも利用が少なかった場合や多かった場合であっても、日割りでの割引または増額はございません。

※月の途中から登録した場合または契約を終了した場合には、登録した期間に応じて日割りした料金をお支払いいただきます。尚、この場合の「登録日」及び「登録終了日」は以下の日を指します。

登録日 … 利用者様が当事業所と利用契約を結んだ日ではなく、通い、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 … 利用者様と当事業所の利用契約を終了した日

※必要に応じて加算される内容及び単位数

加算の種類	内 容	単位数
初期加算	利用当初に必要な支援として、利用日から30日間に限り1日につき加算される費用。 (30日を越える入院後の再利用時も同様に加算)	1月につき 30単位

認知症加算(Ⅰ)	認知症リーダー研修修了者、認知症介護指導者研修修了者、それぞれ各1名を配置し、研修や技術指導にかかる会議を定期的に行った場合、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上に該当する方に対して加算される費用。	1月につき 920単位
認知症加算(Ⅱ)	認知症リーダー研修修了者を配置し、研修や技術指導にかかる会議を定期的に行った場合、認知症高齢者日常生活自立度Ⅲ以上に該当する方に対して加算される費用。	1月につき 890単位
認知症加算(Ⅲ)	認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上に該当する方に対して、認知症に関する研修やケアに関する会議を定期的に行い、サービスを提供している場合に加算される費用。	1月につき 760単位
認知症加算(Ⅳ)	要介護2の方で日常生活に対する注意が必要である場合に加算される費用。 (認知症日常生活自立度Ⅱに該当する方)	1月につき 460単位

若年性認知症 利用者受入加算	若年性認知症(65歳未満で認知症)の診断がある場合に加算される費用。	1月につき 800単位
-------------------	------------------------------------	----------------

※認知症加算を算定している場合には、算定いたしません。

看護職員配置加算(Ⅰ)	小規模多機能事業所の職務に従事する常勤の看護師を1名配置している場合に加算される費用。	1月につき 900単位
看護職員配置加算(Ⅱ)	小規模多機能事業所の職務に従事する常勤の准看護師を1名配置している場合に加算される費用。	1月につき 700単位
看護職員配置加算(Ⅲ)	兼務可能な施設で従事している看護師が配置されている場合に加算される費用。	1月につき 480単位

看取り連携体制加算	看取り期における対応方針を定め、ご利用者又はご家族様等に説明、同意を頂いている場合に加算される費用。(30日以下に限り加算)	1日につき 64単位
-----------	--	---------------

訪問体制強化加算	訪問を担当する職員を一定程度配置し、1月当たり延べ訪問回数が一定以上の事業所に加算される費用。	1月につき 1,000単位
----------	---	------------------

総合マネジメント体制強化加算(Ⅰ)	(Ⅱ)の加算要件を全て満たし、以下に該当する場合に加算。 ① 地域住民等の相談に対応する体制 ② 生活支援のサービスが包括的に提供されるようなプラン作成 ③ 他事業所等と共同で事例検討会、研修会等実施	1月につき 1,200単位
総合マネジメント体制強化加算(Ⅱ)	ご利用者の地域における多様な活動が確保されるようご利用者の状態に応じてマネジメントされている場合に加算される費用。	1月につき 800単位

生活機能向上連携加算(Ⅰ)	医師又は理学療法士等からの助言を受け、生活機能向上を目的とした居宅介護計画を作成した場合に加算される費用。	1月につき 100単位
生活機能向上連携加算(Ⅱ)	医師又は理学療法士等と共にご利用者宅を訪問し身体状況を確認した上で、生活機能向上を目的とした居宅介護計画を作成した場合に加算される費用。	1月につき 200単位

口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	利用開始時及び利用中6ヶ月ごとに、口腔の状態及び栄養状態について確認を行なった場合に加算される費用。	1回につき 20単位
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	利用開始時及び利用中6ヶ月ごとに、栄養状態について確認を行なった場合に加算される費用。	1回につき 5単位

科学的介護推進体制加算	利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況、その他の基本的な情報を厚生労働省に提出、必要に応じて居宅サービス計画書を見直すなど、サービスの提供に当たり適切かつ有効に必要な情報を活用している場合に加算される費用。	1月につき 40単位
-------------	---	---------------

生産性向上推進体制 加算(Ⅰ)	(Ⅱ)の加算要件を全て満たし、業務改善の取組による成果が確認されている場合に加算される費用。	1月につき 100単位
生産性向上推進体制 加算(Ⅱ)	厚生労働省が示す見守り機器等テクノロジーを導入し、利用者様の安全と介護サービスの質を確保するための策を講じた上で、生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行っている場合に加算される費用。	1月につき 10単位

サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)	以下のいずれかに該当する場合に加算。 ① 介護福祉士 70 %以上配置 ② 勤続 10 年以上の職員 25 %以上配置	1月につき 750単位
サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)	介護福祉士が 50 %以上配置されている場合に加算。	1月につき 640単位
サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)	以下のいずれかに該当する場合に加算。 ③ 介護福祉士 40 %以上配置 ④ 常勤職員 60 %以上配置 ⑤ 勤続 7 年以上の職員 30 %以上配置	1月につき 350単位

介護職員等処遇改善加算 (Ⅰ)	経験・技能のある介護職員を含む、介護職員等の処遇改善や充実、総合的な職場環境改善による職員の定着促進を目的とする。事業者毎の毎月のサービス単位に加算率を乗じて支給される費用。	1月につき +所定単位 × 14.9 %
介護職員等処遇改善加算 (Ⅱ)		1月につき +所定単位 × 14.6 %
介護職員等処遇改善加算 (Ⅲ)		1月につき +所定単位 × 13.4 %
介護職員等処遇改善加算 (Ⅳ)		1月につき +所定単位 × 10.6 %

※訪問体制強化加算、総合マネジメント体制強化加算、サービス提供体制強化加算、介護職員等処遇改善加算は、支給限度額管理の対象外の算定項目となります。

(2) 介護保険給付の対象とならない料金

食費及び宿泊の際の居室料の他、日常生活上必要となる諸費用実費は全額が利用者様の自己負担となります。

①食費

食事の提供に要する食材費及び調理費

・朝食 500円 ・昼食 700円 ・おやつ 100円 ・夕食 600円

②宿泊費

居室の室料及び光熱費相当額

1泊 2,900円

③おむつ代

当事業所でご用意した場合は実費相当

④趣味活動の諸費用実費

ご希望により参加いただく趣味活動の材料費等

⑤その他、日常生活上必要となる諸費用実費

利用者様の日常生活上に要する費用で、ご契約者にご負担いただくことが適当と認められる費用、文書の複写費等につきましては実費をご負担いただきます。

(3) 利用料金の支払方法

利用料金は、1ヶ月ごとに計算しご請求します。原則として、翌月27日に当法人指定の金融機関（千葉銀行）の口座から自動引き落としさせていただきます。

4. サービス利用にあたっての留意事項

(1) 事前の健康診断書の提出について

利用開始前に健康診断を受け診断書を提出していただきます。その際、入院加療を要する病状や感染症を有し、他の利用者様に影響を与える恐れがあるようなやむを得ない場合は、治癒するまでご利用をお断りする場合がございます。

(2) サービスのキャンセル、変更等

体調不良等でサービスの利用を中止する場合はお早めにご連絡ください。

提供サービスの変更、追加等は柔軟に対応いたしますので、お申し出ください。ただし、他の登録者のサービスの利用状況、職員の稼働状態により、ご希望に添えない場合には、利用日時の調整等ご利用者と協議させていただきます。

(3) 訪問サービスでご協力頂く事項

提供できるサービスは、介護保険給付の対象となる、利用者様の日常生活上の支援に限られます。日常的に行われる家事の範囲を超える行為や、ご家族様が行うことが適当と判断できる行為につきましては、ご家族様のご協力を願いいたします。

また、利用者様のお住まいでのサービスを提供するために使用する備品等（水道、ガス、

電気を含む) は無償で使用させていただきます。

(4) 事業所でお守りいただく事項

事業所での生活を快適、安全に過ごすために、下記の事項をお守りください。

- ①喧嘩、口論、泥酔等他人に迷惑な行為をしないこと。
- ②宗教や信条の相違などで他人を攻撃し、又は自己の利益のために他人の権利・自由を侵害しないこと

- ③故意に事業所もしくは物品に損害を与えたり、物品等を持ち出さないこと。

(修復等の必要により、利用者様又はご家族様に相当分の代価をお支払いいただく場合があります。)

- ④所定場所以外で喫煙及び火気を用いないこと。

(事業所建物外の喫煙スペースで喫煙ができます。ただし、タバコとライターは防火管理上、お預かりさせていただく場合があります。)

- ⑤持金・高価な装飾品などの貴重品は持ち込まないこと。

(ご自身の責任で管理できる小額の金銭の場合は、職員にお知らせいただければ結構です。)

(5) サービスの提供が困難な場合

- ① 医師等により、入院治療の必要があると判断された場合、利用者様に医療的管理の必要性が高じ、当施設で利用者様に適切なサービスを提供することが困難になった場合は、適切な病院、介護老人保健施設等を紹介するなど必要な支援をさせていただきます。

- ② 法人内においても法人職員の就業環境を守る為、ハラスメント対策の強化をおこなっておりますが、職場関係者以外のサービス利用者様等からのハラスメントにつきましても、法人職員の就業環境が著しく害されていると法人で判断した場合には、サービス提供中止等のご相談をさせていただきます。

5. 協力医療機関・提携施設

(1) 協力医療機関

当事業所では、利用者様の主治医との連携を基本にしつつ、病状の急変等に備えて下記の協力医療機関と連携体制を整備しています。

医療機関の名称	新八千代病院
所在地	千葉県八千代市米本2167
電話番号	047-488-3251
診療科	リウマチ科・リハビリテーション科・歯科口腔外科・他

医療機関の名称	八千代病院
所在地	千葉県八千代市下高野549
電話番号	047-488-1511
診療科	精神科・心療内科・歯科

(2) 提携施設

併設する居宅支援事業所ひばりの郷と連携し、利用者様が在宅での生活を継続できるよう支援させていただきます。また、心身の状況の変化等により在宅での生活が困難になった場合は、併設のひばりの郷事業所もしくはその他の施設への入所が円滑に行えるよう努めます。

6. 代理人

(1) 代理人の選任

契約締結にあたり、代理人を選任していただきます。代理人は原則、親族様に限定させて頂きます。

(2) 代理人の責務

代理人は、利用者様と連帶して以下に定める責任を負います。

- ①本契約に定める権利の行使と義務の履行の責任を負うこと
- ②施設と協議し、ご利用者の生活の向上と権利擁護に関する行為を行うこと
- ③ご利用者が急変等により緊急受診等をした場合、入院手続等を円滑に遂行すること

(3) 代理人が死亡もしくは破産した場合は、新たに代理人を立てていただきます。

7. 賠償責任

当サービスにおいて、事業所の責任により利用者様に生じた損害については、事業所は速やかにその損害を賠償します。ただし、損害の発生について、利用者様に故意又は過失が認められた場合には、利用者様の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められたときに限り、事業所の損害賠償責任を減じさせていただきます。

※当施設は「(株) 三井住友海上火災保険・福祉事業者総合賠償責任保険」に加入しています。

8. 重要事項説明書の変更について

(1) 利用料金の変更

事業所は利用者様に対して、介護保険給付体系の改正又は介護保険給付対象外のサービス体系に変更があった場合は、利用料金の変更をすることができます。

(2) その他の変更

上記の他、この重要事項説明書に記載した内容について、必要と認められた場合に限り変更

をすることができます。

（3）変更の同意

事業所は、重要事項説明書の変更を行う際には、あらかじめその内容を文書にて利用者様に説明し、同意を得ます。利用者様が重要事項の変更に同意できない場合には、この契約を解約することができます。

9. 個人情報の利用

事業所では、当事業所の利用者様その他関係者の個人情報につきまして「個人情報に関する法令」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り扱いのためのガイドライン」を遵守してサービスを提供する上で知り得た利用者様、ご家族様等に関する情報を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。

ただし、サービスを提供するにあたり必要な下記の事項については、あらかじめ利用者様本人及びご家族様の個人情報の提供に同意を頂きます。

- （1）心身に緊急の必要性が生じた場合に医療機関等に必要な情報を提供すること。
- （2）事業所内において介護支援専門員の主催するサービス担当者会議、又はサービスの質の向上を目的とした評価機関による審査のため必要な情報を提供すること。
- （3）退所にあたり、その後の福祉サービスの利用が円滑に行えるよう、他事業所の介護支援専門員等に必要な情報を提供すること。

また、当事業所では、以下のいずれかに該当する場合を除き、個人情報を事前に利用者様の承諾を得ること無く第三者に提供いたしません。

- （1）行政機関等からの問い合わせを受け、その質問内容によっては当施設から返答を行うことが適切な場合
- （2）統計的なデータなど、個人情報を識別できない状態で開示する場合
- （3）法令等に基づいて提出の義務を負った場合
- （4）個人情報保護法第16条3項に該当する場合

10. サービス内容に関する相談・苦情

（1）当事業所における相談・苦情の受付

受付時間 … 8：30から17：30
電話番号 047-481-5566
ファックス 047-405-1166
受付担当者 サービス計画作成担当者

(2) 行政機関その他苦情相談窓口

八千代市 長寿支援課	所 在 地：千葉県八千代市大和田新田312番5号 電話番号：047-483-1151
千葉県 国民健康保険団体連合会	所 在 地：千葉県千葉市稻毛区天台6丁目4番3号 電話番号：043-254-7428

1.1. 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共に、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】

編 成：利用者様、利用者様のご家族、地域住民の代表、地域包括支援センター職員、

地域密着型サービスに関する知見を有する者等

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

12. 緊急時の対応

利用者様に容態の変化等があった場合は、医師に連絡する等必要な措置を講じる他、代理人、ご家族様に速やかに連絡いたしますので、連絡先、連絡方法をご記入下さい。

緊急連絡先 1. (代理人)	
氏名 (続柄)	()
電話番号	
携帯等	
上記以外の連絡方法	

緊急連絡先 2. (ご家族等)	
氏名 (続柄)	()
電話番号	
携帯等	
上記以外の連絡方法	

かかりつけの医療機関

医療機関・医師名	診療科 : _____ 医師名 : _____
電話番号	
住 所	

小規模多機能型居宅介護サービスの提供にあたり、利用者様に対して契約書および 本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

令和 年 月 日

【事業者】

法人名 社会福祉法人定山会
事業所名称 小規模多機能ケアひばりの郷
所在地 八千代市大和田 5 3
施設長 三木 雄典 印

【説明者】

職名 管理者・介護支援専門員
氏名 水戸部 亜紀子 印

私は、契約書および本書面により、事業者から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しました。

【利用者】

住所 _____
氏名 _____

【代理人】

住所 _____
氏名 _____