

「指定介護予防小規模多機能型居宅介護」

「小規模多機能型居宅介護」

ハーモニー日和田 重要事項説明書

令和 6年 7月 1日現在

1. 事業の目的

お客様が住み慣れた地域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、地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、お客様の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえ、お客様に対し通いサービス、訪問サービス、宿泊サービスを柔軟に組み合わせて指定介護予防小規模多機能型居宅介護・小規模多機能型居宅介護サービスを提供します。

2. 経営法人の概要

法人名	社会福祉法人 心愛会
所在地	福島県郡山市緑ヶ丘東六丁目26番地2
代表者役職・氏名	理事長 三瓶英司
事業の概要	指定介護老人福祉事業所 特別養護老人ホーム ハーモニーみどりヶ丘 指定短期入所生活介護事業所 特別養護老人ホーム ハーモニーみどりヶ丘 指定介護予防短期入所生活介護事業所 特別養護老人ホーム ハーモニーみどりヶ丘

3. 事業所の概要

事業所名	ハーモニー日和田 (指定介護予防小規模多機能型居宅介護・小規模多機能型居宅介護)
所在地	福島県郡山市日和田町北ノ入51-1
介護保険事業所番号	第 0790300222 号
管理者及び連絡先	管理者 菊地 辰夫 TEL 024-983-3325
登録定員	25名
利用定員	通いサービス 1日 15名 宿泊サービス 1日 9名

4. 事業所運営方針

小規模多機能型居宅介護事業は、お客様の居住における訪問、事業所への通い、若しくは短期間宿泊し、家庭的な環境と地域住民との交流のもと、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活の支援及び機能訓練を行うことにより、お客様がその有する能力に応じその居宅において自立した日常生活を営むようにするよう支援します。

5. 事業所の職員体制等

職種	従事するサービス 種類・業務	人員		勤務体制
		小規模多機能型 居宅介護	認知症対応型 共同生活介護	
管理者	お客様・業務の管理	1名		7:00~16:00
介護支援専門員	サービス計画書の 作成	1名		7:30~16:30
計画作成担当者			1名	8:00~17:00
看護職員	健康管理	1名		8:30~17:30
介護職員	入浴・排泄・食事等 介助	5名以上		9:00~18:00
				9:30~18:30
				10:30~19:30
				11:00~20:00
				13:00~22:00
				22:00~7:00

6. 設備の概要

室名	室数	備考
宿泊室	個室 9室	(内 和室2室)
食堂・居間	1室	
小浴室	1箇所	一般浴室 ※併設事業所と共用
大浴室	1箇所	一般浴室 ※併設事業所と共用
トイレ	3箇所	車椅子対応
倉庫	2箇所	※併設事業所と共用
物置	1箇所	
事務室	1室	※併設事業所と共用
休憩室	1室	※併設事業所と共用
汚物処理室	1室	※併設事業所と共用

7. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域

郡山市 郡山市以外の地域の方はご相談ください。

(2) 営業日及び営業時間

サービス内容	営業日	営業時間等
通いサービス	年中無休	6:00~22:00 施設送迎可能時間 9:00~17:00 ※送迎の時間についてはご相談ください。
宿泊サービス		22:00~6:00
訪問サービス		随時

8. 事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、お客様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
(介護保険の給付の対象となるサービス) |
| (2) 利用料金の全額をお客様に負担いただく場合
(介護保険の給付対象とならないサービス) |

(1) 介護保険の給付の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、利用料金の9割が介護保険から給付され、お客様の自己負担は費用全体の1割の金額となります。ア～ウのサービスを具体的にそれぞれどのような頻度、内容で行うかについては、お客様と協議の上、指定介護予防小規模多機能型居宅介護計画・小規模多機能型居宅介護計画に定めます((5)参照)。

【サービスの概要】

ア) 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、排せつ等の日常生活上の支援や機能訓練を提供します。

①食事

- ・ 食事の提供及び食事の介助をします。
- ・ 調理場でお客様が調理することができます。

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、洗身の介助を行います。

③排せつ

- ・ お客様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。

④機能訓練

- ・ お客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。

⑤健康チェック

- ・ 血圧測定等お客様の全身の状態の把握を行います。

⑥送迎サービス

- ・ お客様の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。

イ) 訪問サービス

- ・お客様の自宅にお伺いし、必要に応じて食事や入浴、排せつ等の日常生活上の支援や機能訓練を提供します。
- ・訪問サービスの提供にあたって、次に該当する行為は致しません。
 - ①医療行為
 - ②金銭または高価な物品の授受
 - ③飲酒及び喫煙
 - ④宗教活動、政治活動、営利活動
 - ⑤迷惑行為

ウ) 宿泊サービス

- ・事業所に宿泊していただき、日常生活上の支援等を提供します。

【サービス利用料金】(契約書第5条参照)

ア) 通い・訪問・宿泊(介護費用分)すべてを含んだ一月単位の包括費用の額

利用料金は1ヶ月ごとの包括費用(定額)です。

下記の料金表によって、お客様の要介護に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額(自己負担額)をお支払いください(サービスの利用料金は、お客様の要介護度に応じて異なります)。

1. お客様の要介護度とサービス利用料金	要支援1 34,500円	要支援2 69,720円	要介護1 104,580円	要介護2 153,700円	要介護3 223,590円	要介護4 246,770円	要介護5 272,090円
2. サービス利用に係る自己負担額(1割)	3,450円	6,972円	10,458円	15,370円	22,359円	24,677円	27,209円
3. サービス利用に係る自己負担額(2割)	6,900円	13,944円	20,916円	30,740円	44,718円	49,354円	54,418円
4. サービス利用に係る自己負担額(3割)	10,350円	20,916円	31,374円	46,110円	67,077円	74,031円	81,627円

※ 月ごとの包括料金ですので、お客様の体調不良や状態の変化等により指定介護予防小規模多機能型居宅介護計画・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、または指定介護予防小規模多機能型居宅介護計画・小規模多機能型居宅介護計画に定めた期日より多かった場合であっても、日割りでの割引または増額は致しません。

※ 月途中から登録した場合または月途中から登録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。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…お客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…お客様と当事業所の利用契約を終了した日

※ お客様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、お客様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。

※ お客様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)ア及びイ参照)

※ 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、お客様の負担額を変更します。

イ 加算

加算対象サービスとサービス料金 ※ () は 2 割、【 】 3 割負担の場合

1. 初期加算 (30日まで)	30円(60円)【90円】 (1日あたりの自己負担)
2. 認知症加算料金 ①認知症日常生活自立度Ⅲ以上(認知症加算Ⅱ) 認知症介護実践者リーダー研修修了者が配置されている場合 ②要介護2に該当し認知症日常生活自立度Ⅱに該当 (認知症加算Ⅳ)	① 890円(1,780円)【2,670円】 (1月あたりの自己負担) ② 460円(920円)【1,380円】 (1月あたりの自己負担)
3. 看護職員配置加算(Ⅱ) 常勤専従の准看護師1名以上配置	700円【1,400円・2,100円】 (1月あたりの自己負担)
3. 総合マネジメント体制強化加算Ⅰ	1,200円(2,400円)【3,600円】 (1月あたりの自己負担)
4. 介護職員等処遇改善加算Ⅱ	(基本料金+各加算)にサービス別加算率1000分146を乗じた単位数

(2) 介護保険の給付の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、利用料金の全額がお客様の負担となります。

＜サービス利用料金＞

ア 食事の提供 (食事代)

お客様に提供する食事に要する費用です。

料金：1食 500円

イ 宿泊に要する費用

お客様に提供する宿泊サービスの宿泊に要する費用です。

料金：1泊 1,500円

ウ 教養娯楽費

お客様のご希望によりレクリエーションやクラブ活動等に積極的に参加していただくことができます。

利用料金 材料費は自己負担となります。(例) 花、習字、絵画、手芸等

エ 電気製品持込使用料

全室個室のためお客様の希望により必要とされる電気製品使用料は自己負担となります。

テレビ 日額 16円

電気毛布 日額 16円 ※電気毛布は貸し出しとなります。

冷蔵庫 日額 50円

※上記以外にご希望される製品については、ご相談を受けるとともに料金の同意を得るものと致します。

※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2ヶ月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払方法

毎月1日～月末で利用料を計算し、お客様から指定された金融機関口座より翌月25日の自動引落としとなります。土日祝日の場合は、翌営業日に引落としとなります。

(4) 利用の中止、変更、追加（契約書第6条参照）

○指定介護予防小規模多機能型居宅介護・小規模多機能型居宅介護サービスは、指定介護予防小規模多機能型居宅介護・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、お客様の日々の様態、希望等を勘案し、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ることで介護を提供するものです。

○利用予定日の前に、お客様の都合により、指定介護予防小規模多機能型居宅介護・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者にお申し出ください。

○介護保険の対象となるサービスについては、利用料金は1ヶ月ごとの包括費用（定額）のため、サービスの利用回数等を変更された場合も1ヶ月の利用料金は変更されません。ただし、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、キャンセル料をいただく場合があります。ただし、お客様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。

○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お客様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お客様に提示して協議します。

(5) 指定介護予防小規模多機能型居宅介護・小規模多機能型居宅介護計画について

指定介護予防小規模多機能型居宅介護・小規模多機能型居宅介護サービスは、お客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、お客様の心身の状況、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。

お客様の状況に合わせて適切にサービスを提供するために、お客様と協議の上で、指定介護予防小規模多機能型居宅介護・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お客様に説明の上交付します。

9. 事故発生時の対応方法

サービス提供にあたり、事故・体調の急変等が生じた場合は、ご家族、救急機関等に連絡します。事故対策マニュアルに従い、緊急連絡等を行います。またお客様に対し健全な環境の下で安全と安心に重点をおき、住まいとしての環境を整えお客様の心身の状況を十分に把握した上で、従事者一人一人が万全の注意と配慮を行い、事故防止に努めます。

10. 守秘義務

指定介護予防小規模多機能型居宅介護・小規模多機能型居宅介護サービスを提供するうえで知り得た、お客様またはそのご家族等に関する事項を、正当な理由なく第三者に漏洩しません。この守秘義務は、契約が終了した後も継続します。

事業者は、お客様に医療上、緊急の必要性がある場合には、医療機関等にお客様に関する心身等の情報を提供できるものとします。

11. 損害賠償責任

(1) 損害賠償責任

事業者は、契約に基づくサービスの実施にともなって、自己の責に帰すべき事由によりお客様に生じた損害について賠償する責任を負います。

ただし、お客様に故意または過失が認められる場合には、お客様の置かれた心身の状況を考慮して相当と認められる場合には、損害賠償責任を減じることができるものとします。

(2) 損害賠償がなされない場合

事業者は、自己の責に帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。とりわけ以下に該当する場合には、事業者は損害賠償責任を免れます。

- ① お客様が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、または不実の告知を行ったことにもつぱら起因して損害が発生した場合
- ② お客様がサービスの実施にあたって必要な事項に関する聴取・確認に対して故意にこれを告げず、または不実の告知を行ったことにもつぱら起因して損害が発生した場合
- ③ お客様の急激な体調の変化等に起因して損害が発生した場合
- ④ お客様が、事業者もしくはサービス従事者の指示・依頼に反して行った行為にもつぱら起因して損害が発生した場合

1 2. 提供するサービスの第三者評価の実施

毎年、当事業所運営推進会議委員により評価を実施します。

評価結果については、事業所内に掲示し閲覧ができるようになっております。

1 3. 運営推進会議の設置

当事業所では、指定介護予防小規模多機能型居宅介護・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： お客様、お客様ご家族、地域住民の代表者、郡山市日和田町の担当職員もしくは事業所が所在する地域を管轄する地域包括支援センター職員、及び指定（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： 隔月おおむね2カ月に1回以上開催。

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。

1 4. 協力医療機関等

(1) 協力医療機関

名称	医療法人 森藤医院
代表者	院長 森藤 通隆
科目	内科、外科、皮膚科、胃腸科
所在地	郡山市日和田町字山ノ井2
連絡先	024(958)4568

名 称	医療法人 青山医院
代表者	院長 青山 一郎
科 目	内 科
所在地	郡山市日和田南原 2-133
連絡先	0 2 4 (9 5 8) 2 9 2 5

(2) バックアップ施設

名 称	特別養護老人ホーム ハーモニーみどりヶ丘
代表者	施設長 飛知和 好夫
所在地	郡山市緑ヶ丘東六丁目 2 6 番地 2
連絡先	0 2 4 (9 4 1) 1 1 8 2

15. 非常災害対策

施設の消防計画書に沿って、防災訓練を実施いたします。

16. 相談窓口、苦情の対応

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

苦情解決責任者	管理者	菊地 辰夫
苦情受付担当者	GH 計画作成担当者	矢吹 美枝子
第三者委員	委員	長峯 栄一 024-942-5790
	委員	菊地 健治 090-4880-9282
受付時間	随時対応	
連絡先	TEL	0 2 4 - 9 8 3 - 3 3 2 5
	FAX	0 2 4 - 9 8 3 - 3 3 2 6
法人メール	info@sin-ai.com	

上記以外の相談窓口

法人で解決できない苦情は、下記に申し立てることができます。

福島県運営適正化委員会（社会福祉法人福島県社会福祉協議会内）

福島市渡利字七社宮 1 1 1

TEL 0 2 4 (5 2 3) 2 9 4 3

月～金曜日の午前 9 時～午後 5 時

郡山市役所 介護保険課

郡山市朝日一丁目23-7

TEL 024(924)3021

月～金曜日の午前8時30分～午後5時15分（※土、日、祝日、年末年始除く）

福島県国民健康保険団体連合会

福島県福島市中町3番7号

TEL 024(528)0040（苦情相談窓口専用電話）

午前9時～午後4時まで（土・日・祝日を除く）

17. 虐待防止のための措置

お客様の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げる通り必要な措置を講じます

(1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者	管理者 菊地 辰夫
-------------	-----------

(2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業員に周知徹底を図っています。

(3) 虐待防止のための指針の整備をしています。

(4) 職員に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。

(5) サービス提供中に、職員又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）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します。

18. 身体拘束について

当事業者では、原則としてお客様に対して身体拘束を行いません。ただし、お客様本人または他人の生命・身体を保護するため緊急やむを得ない場合には、お客様やご家族様に対して、身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間等を十分に説明し同意を得た上で、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束の内容、目的、拘束時間、経過観察や検討内容を記録し、保存します。

また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

19. 衛生管理等

(1) 施設、食器その他の設備又は引用に供する水について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じます。

(2) 食中毒及び感染書の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

(3) 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。

①事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底しています。

②事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。

③従業員に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

20. 業務継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 職員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に行います。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

21. ハラスメント対策

- (1) 事業者は、適切なサービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって、業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより、従業員の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じるものとします。
- (2) お客様、ご家族様または保証人等からの事業所やサービス従事者、その他関係者に対して故意に暴力や暴言等の法律違反、その他著しく常識を逸脱する行為があった場合、サービスの一時停止及び契約の解除をさせていただく場合があります。

22. 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等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
- 他のお客様の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- 所持金品は、自己の責任で管理してください。
- 事業所内で他のお客様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。

23. 変更通知

厚生労働省の通達等により介護給付費体系の変更が生じるときには、お客様及び保証人へご通知いたします。

個人情報の使用に係る同意書

以下に定める条件のとおり、私 _____ および保証人 _____ は、社会福祉法人心愛会が、私および保証人、家族の情報を下記の利用目的の必要最低限の範囲内で使用、提供、または収集することに同意します。

1. 利用期間

介護サービス提供に必要な期間及び契約期間に準じます。

2. 利用目的

- (1) 介護保険における介護認定の申請及び更新、変更のため
- (2) お客様に関わる介護計画（ケアプラン）を立案し、円滑にサービスが提供されるために実施するサービス担当者会議での情報提供のため
- (3) 医療機関、福祉事業者、介護支援専門員、介護サービス事業者、自治体（保険者）その他の社会福祉団体等との連絡調整または地域密着型サービス運営推進会議のため
- (4) お客様が、医療サービスの利用を希望している場合および主治医等の意見を求める必要のある場合
- (5) お客様の利用する介護事業所内のカンファレンスのため
- (6) 行政の開催する評価会議、サービス担当者会議
- (7) その他サービス提供で必要な場合
- (8) 上記各号に関わらず、緊急を要する時の連絡等の場合
- (9) 生活の状況等をお知らせするために発行する広報等への写真・氏名の掲載

3. 使用条件

- (1) 個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外決して利用しない。また、お客様とのサービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了後においても、第三者に漏らさない。
- (2) 個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて経過を記録し、請求があれば開示する。
- (3) 広報等への写真・氏名の掲載については、上記（1）（2）の限りではない。

令和 年 月 日

本人（お客様） 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

保 証 人 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

続柄（利用者との関係） _____

[説明確認欄]

令和 年 月 日

指定介護予防小規模多機能型居宅介護・小規模多機能型居宅介護サービスの提供開始にあたり、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

社会福祉法人 心愛会

事業者名 ハーモニ一日和田

説明者 職名

氏名

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、指定介護予防小規模多機能型居宅介護・小規模多機能型居宅介護サービスの提供開始に同意しました。

お客様 氏名

印

保証人 氏名

印