

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

医療法人社団 東光会

小規模多機能ホーム carna 五反田

令和 年 月 日

1. 事業者

- (1) 法人名 医療法人社団 東光会
(2) 法人所在地 埼玉県戸田市本町1丁目19番3号
(3) 電話番号 048-442-1111
(4) 代表者氏名 理事長 中村 毅
(5) 設立年月日 昭和40年1月18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
指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所
令和8年7月1日指定 品川区 1390900320号
- (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、利用者が自宅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、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サービスを提供します。
- (3) 事業所の名称 小規模多機能ホーム carna (カルナ) 五反田
- (4) 事業所の所在地 東京都品川区西五反田3-10-9
- (5) 電話・FAX番号 03-5496-8771 (FAX)03-5496-0671
- (6) 管理者氏名 赤木 孝成
- (7) 運営方針
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ることにより、地域で暮らしを支援します。
- (8) 開設年月日 平成27年2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7人)
- (10) 居室等の概要 当事業所では、下記の居室・設備をご用意しています。

宿泊室	7室(個室)
居間兼食堂	1室
台 所	1室
浴 室	1室(個浴)
トイレ	3室
相談室	1室
事務室	1室
送迎車	2台
防災設備等	スプリンクラー設備、自動火災報知、誘導灯 消火器、消防通報火災報知

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業実施地域 品川区内における当事業所が所在する生活圏域。

※上記以外の地域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	年中無休
通いサービス	(基本時間) 9:00～17:00
訪問サービス	随 時
宿泊サービス	(基本時間) 17:00～翌 9:00

4. 職員の配置状況

当事業所では、以下の職種の職員を配置しています。

- 1) 管理者 1名 (常勤兼務)
- 2) 介護支援専門員 (計画作成担当者) 1名以上
- 3) 介護従事者 常勤換算方法 3～8名
- 4) 看護職員 1名 (非常勤)

<職員の勤務体制>

職種	勤務体制及び職務内容
管理者	常勤で兼務：従事者の管理及び業務管理を一元的に行います。
介護支援専門員 (計画作成担当者)	非常勤で兼務：サービスの調整、相談を行い状況に応じた介護計画を作成します。
介護職員	介護従事者は介護計画に基づき適切な介護サービスを提供します。(日常生活の介護・相談、献立立案・調理等、通い・訪問サービス送迎) <職員配置体制> ① 日中活動時間帯 (6:00～22:00) 3～8名 ② 夜間・深夜時間帯 (22:00～翌 6:00) 1名 ③宿直 1名 ※夜間・深夜時間帯の設定は就寝時間を 22 時とし、翌朝の起床時間を 6 時としております。※その他、利用者の状況に対応した勤務時間を設定します。
看護職員	非常勤：健康管理等を行います。

5. 提供するサービスと料金

(1) 介護保険の給付対象サービス

以下のサービスについては、利用料金の 9～7 割が介護保険から給付され、利用者の自己負担は費用の全体の 1～3 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、ご契約者と協議の上、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 通いサービス

事業所において、食事や入浴、排せつ等の日常生活上の世話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、利用者と一緒に調理、片付けもします
- 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。
 - ・入浴サービスの利用は任意です。
- ③排せつ ・利用者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・血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。
- ⑥送迎サービス・ご契約者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。

イ 訪問サービス

- ・利用者の自宅にお伺いし、食事や入浴、排せつ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ご契約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飲酒及びご契約者もしくはその家族等の同意なしに行う喫煙
- ④ご契約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その他ご契約者もしくはその家族等に行う迷惑行為

ウ 宿泊サービス

- ・事業所に宿泊していただき、食事、入浴排せつ等の日常生活上の世話や機能訓練を提供します。

＜サービス利用料金＞

通い・訪問・宿泊（介護費用分）すべてを含んだ1ヶ月単位の包括費用（定額）です。

同一建物外利用者 介護保険負担料（1級地 1単位 11.10円）

要介護度	同一建物外利用者			
	月単位	1割負担	2割負担	3割負担
要支援1	3,450	3,830円	7,659円	11,489円
要支援2	6,972	7,739円	15,478円	23,217円
要介護1	10,458	11,609円	23,217円	34,825円
要介護2	15,370	17,061円	34,122円	51,182円
要介護3	22,359	24,818円	49,637円	74,456円
要介護4	24,677	27,392円	54,782円	82,175円
要介護5	27,209	30,202円	60,404円	90,606円

同一建物内利用者 介護保険負担料（1級地 1単位 11.10円）

要介護度	同一建物内利用者			
	月単位	1割負担	2割負担	3割負担
要支援1	3,109	3,451円	6,902円	10,353円
要支援2	6,281	6,972円	13,944円	20,916円
要介護1	9,423	10,460円	20,920円	31,379円
要介護2	13,849	15,373円	30,745円	46,118円
要介護3	20,144	22,360円	44,720円	67,080円
要介護4	22,233	24,679円	49,357円	74,036円
要介護5	24,516	27,213円	54,426円	81,639円

☆ 月ごとの包括料金ですので、ご契約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利用が少なかった場合、または小規模多機能型居宅介護計画に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・・・利用者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・・・利用者と当事業所の利用契約を終了した日

☆ 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、ご契約者の負担額を変更します。

<加算>

介護保険 1～3 割負担

加算名称	単 位	自己負担額	内 容
初期加算	30/日	1 割:34 円/日 2 割:67 円 3 割:100 円	登録した日から 30 日間算定、又 30 日を超える入院後に再利用の場合も同様
サービス提供体制強化加算Ⅰ	750/月	1 割:833 円/月 2 割:1,666 円/月 3 割:2,498 円/月	介護福祉士の占める割合が 70%以上配置
認知症加算Ⅲ	760/月	1 割:844 円/月 2 割:1,688 円/月 3 割:2,531 円/月	日常生活自立度Ⅲ以上の方
認知症加算Ⅳ	460/月	1 割:511 円/月 2 割:1,022 円/月 3 割:1,532 円/月	要介護 2 で認知症生活自立度Ⅱの方
総合マネジメント体制強化加算（Ⅰ）	1,200/月	1 割:1,332 円/月 2 割:2,664 円/月 3 割:3,996 円/月	介護支援専門員、看護師、介護職員等が共同し介護計画の見直しを行う。利用者の状態に応じて地域の行事や活動に参加する。
訪問体制強化加算	1,000/月	1 割:1,110 円/月 2 割:2,220 円/月 3 割:3,330 円/月	常勤の従事者 2 名配置。延べ訪問回数が 1 ヶ月あたり 200 回以上。要支援は算定なし
若年性認知症利用者受入加算（予防）	450/月	1 割:500 円/月 2 割:999 円/月 3 割:1499 円/月	65 歳未満算定。若年性認知症利用者ごとに個別の担当を定める
若年性認知症利用者受入加算	800/月	1 割:888 円/月 2 割:1,776 円/月 3 割:2,664 円/月	
生産性向上推進連携加算（Ⅱ）	10/月	1 割:12 円/月 2 割:23 円/月 3 割:34 円/月	ICT テクノロジーの活用促進
介護職員等処遇改善加算（Ⅰのロ）	介護職員処遇改善加算対象のサービス単位数の合計×186/1000		

（２）介護保険の給付対象外サービス

以下の料金は、利用料金の全額がご契約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）

朝食 300 円、昼食 600 円、夕食 500 円、おやつ 100 円

イ 宿泊に要する費用

1 泊 3,000 円

ウ 通常の事業の実施地域以外のご契約者に対する送迎費及び交通費

エ おむつ代 実費

オ レクリエーション、クラブ活動 実費相当

※ 経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由で料金を変更する場合があります。その際は事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う 1 ヶ月前までにご説明します。

（３）利用料金のお支払い方法

料金・費用は、1 ヶ月ごとに計算し、毎月 15 日頃までに前月分を請求いたします。支払い方法は銀行振込み又は口座引落とし（28 日）となります。

（４）利用の中止、変更、追加

- ① 小規模多機能型居宅介護サービスは、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、ご契約者の日々の様態、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て介護を提供するものです。
- ② 利用予定日の前に、ご契約者の都合により、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実施日の前日までに事業者申し出て下さい。
- ③ 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 ヶ月の利用料は変更されません。介護保険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、当日になって利用中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。ただしご契約者の体調不良等の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	実 費

- ④ 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ご契約者の

希望する日時にサービスの提供が出来ない場合、他の利用可能日時をご契約者に提示して協議します。

(5) 小規模多機能型居宅介護計画について

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。事業者は、ご契約者の状況に合わせて適切にサービスを提供するために、ご契約者と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掲載してご契約者に説明の上交付します。

6. 苦情の受付について

(1) 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下記の専用窓口で受け付けます。

苦情受付窓口（担当者）

管理者 赤木 孝成 受付時間 9：00～17：30

*受付苦情ボックスを玄関に設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

相 談 窓 口	電 話	受付時間
品川区高齢者福祉課支援調整係	03-5472-6728（直）	平日 8：30～17：00
東京都国民健康保険団体連合会	03-6238-0177（直）	平日 8：30～17：00

7. 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：利用者、家族、地域住民の代表者（町会長・民生委員・高齢者クラブ）
市区町村の職員（品川区役所、在宅介護支援センター）、当事業所職員等。

開 催：年 6 回

会議録：内容、評価、要望、助言等について記録を作成します。

8. 協力医療機関、バックアップ施設

当事業所では、各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＞

医療機関・施設名	住所	電話番号
カルナ五反田クリニック	品川区西五反田 3-10-9	03-5496-8773
医療法人社団志友会 くすのき歯科	大田区西糀谷 4-27-10 守田ビル 3F	03-3743-2777
品川区立戸越台 特別養護老人ホーム	品川区戸越 1-5-23	03-5750-1054

＜併設施設＞

グループホーム、サービス付高齢者向け住宅

9. 秘密の保持

当事業所の職員は、業務上知り得た利用者およびそのご家族の秘密を守ります。また、退職した場合においても、業務上知り得た利用者およびその家族の秘密を保持させるため、採用時、職員にこれらの秘密を保持するべき旨を記載した誓約書に記名捺印することを義務付けています。

10. 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、利用者も参加して行います。

品川消防署への届出月 令和3年6月

防火管理者 藤川 純

＊スプリンクラー、自動火災報知、誘導灯、消火器、消防通報火災報知設備など

11. 事業継続計画(BCP)について

1. 感染症や非常災害の発生時において、介護保険サービス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）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実施します。
3. 定期的(年に1回程度)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。

12. 大規模災害時のサービスの継続可否について

感染症の発生や大規模な自然災害（台風、大雨、洪水等）や、交通災害（道路の破損、工事等）が発生した場合、職員が不足し通常運営ができなくなる可能性がございます。有事に

においてはこちらの都合でサービスを一時中止する場合がございます。有事の際の対応として当該事業継続計画(BCP)に従って必要な措置を講じます。

1 3. 感染症の予防及びまん延の防止のための措置

感染症の発生及びまん延等に関する取組の徹底を求める観点から委員会の開催、指針の整備、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等取り組みます。

1 4. ハラスメント対策

介護サービス事業者のハラスメント対策を強化する観点から、「利用者の人権の擁護、虐待の防止」、「男女雇用機会均等法におけるハラスメント対策」に取り組みます。事業者としてハラスメント防止を従業員に啓発していくため、指針の整備、研修の実施等積極的に取り組みます。従業員から利用者、家族等に対してのハラスメント、利用者、家族等から従業員に対してのカスタマーハラスメントと判断する事案があった際は、事業所で委員会の実施、必要に応じて行政機関などへの報告を行いながら対応いたします。事案によっては、契約解除などの措置も致します。

・責任者 管理者： 赤木孝成

1 5. 虐待の防止について

利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。事業者として虐待の防止を従業員に啓発していくため、委員会の開催、指針の整備、研修の実施等積極的に取り組みます。

1 6. 身体拘束について

原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して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、身体拘束を行った日時、理由及び態様等について記録を行います。事業者として、身体拘束をなくしていくため委員会の開催、指針の整備、研修の実施等積極的に取り組みます。

1 7. サービス利用に当たっての留意事項

- ・サービス利用の際には、介護保険被保険者証を提示して下さい。
- ・事業所内の設備や器具は、本来の方法に従ってご利用ください。これに反したご利用により、破損などが生じた場合に、弁償していただく場合があります。
- ・所持品は、自己の責任で管理して下さい。
- ・敷地内禁煙です。
- ・事業所内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮下さい。

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

____年 ____月 ____日 説明者____(印)
事業者 法人名 医療法人社団 東光会
代表者 理事長 中村 毅
事業所所在地 東京都品川区西五反田 3-10-9
事業所名 小規模多機能ホーム carna 五反田

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、指定小規模多機能型居宅介護サービスの提供開始に同意し交付を受けました。

ご本人 住所_____

氏名_____ (印)

ご家族又は代理人 (本人との関係_____)

住所_____

氏名_____ (印)