・指定小規模多機能型居宅介護事業及び
指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業

重 要 事 項 説 明 書

有限会社　介護

小規模多機能ホーム　いなほ

　当事業者は、ご利用者に対して、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型居宅介護を提供いたします。
　当事業所の概要、提供されるサービスの内容やご契約上ご注意いただきたい点を次のとおりご説明いたします。

1　事業主体の概要

事業主体名	有限会社　介護
設立年月日	平成 16 年 8 月 18 日
所在地	〒811-1122　福岡市早良区早良 2 丁目 22 番 21 号
電話番号	092-872-3600
代表者氏名	吉村　友佑
法人の理念	○ ご利用者が住み慣れた地域での生活を継続できるよう支援する ○ ご利用者本意の家族に喜ばれる質の高い介護を提供する ○ 親切と真心で、ご利用者の意思を尊重した在宅サービスを提供する ○ ご利用者一人一人の人格を尊重する ○ 地域に開かれたサービスを提供し、地域の福祉・医療・保健事業所との連携を重視する
他の介護保険関連の事業	○ さわらデイサービスセンター ○ HYSデイサービスセンター
他の介護保険以外の事業	無

2　事業所の概要

事業者名	小規模多機能ホーム　いなほ
開設年月日	平成 20 年 2 月 1 日
介護保険事業者指定番号	4091200099
所在地	〒819-0030　福岡市西区室見が丘 1 丁目 9 番 4 号
電話番号	092-812-9398
FAX番号	092-812-9393
利用定員	登録定員　25 名 (通いサービス定員　15 名、宿泊サービス定員　5 名)
管理者氏名	淺尾　愼一
営業日	1 年　365 日
営業時間	通いサービス　9 時 30 分～17 時 00 分 宿泊サービス　17 時 00 分～　9 時 30 分 訪問サービス　24 時間
通常の事業実施地域	福岡市西区、早良区、城南区、南区、中央区
交通の便	西鉄バス「室見が丘入口」下車　徒歩 1 分
建物概要	構造:軽量鉄骨　2 階建て 敷地面積:266.7 ㎡　延床面積:178.86 ㎡

建物概要	宿泊室:全個室(面積:9.1 ㎡～11.4 ㎡) リビング(居間)・ダイニング(食堂)・キッチン(台所) 浴室・脱衣室・トイレ 3 ヶ所(うち、車椅子対応 1 ヶ所)
防犯防災設備 避難設備等の概要	自動火災報知機、火災通報装置、スプリンクラー、消火器、誘導灯(4 か所)

3　事業の目的

小規模多機能型居宅介護及び介護予防小規模多機能型居宅介護（以下、「介護等」といいます。）は、ご利用者に対し、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て、家庭的な環境と地域住民との交流の下で、入浴、排泄、食事等の日常生活上のお世話又は支援及び機能訓練を行うことにより、ご利用者がその有する能力に応じ居宅において自立した日常生活を営むことができるようにすることを目的とします。また、ご利用者の心身機能の維持回復を図り、ご利用者の生活機能の維持向上を目指すことを目的としています。

4　事業の運営方針

介護等の提供にあたっては、ご利用者が住み慣れた地域での生活を維持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、ご利用者の心身の状況、ご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、妥当適切に行います。

ご利用者１人１人の人格を尊重し、ご利用者がそれぞれの役割を持って家庭的な環境の下で日常生活を送ることができるよう配慮いたします。

介護等の提供にあたっては、小規模多機能型居宅介護計画及び介護予防小規模多機能型居宅介護計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないように、必要な援助を行います。

介護等の提供にあたっては、懇切丁寧に行い、ご利用者やそのご家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいようにご説明させていただきます。

自らその提供する介護等の質の評価を行い、定期的に外部の評価を受けて、それらの結果を公表し常にその改善を図ります。

5　職員及び勤務体制

職種	員数	常勤		非常勤		勤務体制	職務内容
		専従	兼務	専従	兼務		
管理者	1 名	1名				日勤　9:00～18:00	事業の一元的な管理 (介護従事者と兼務)
介護支援専門員	1 名		1 名			日勤　9:00～18:00	小規模多機能型居宅介護計画等の作成、給付管理
介　護 従事者	15 名	8 名	1 名	5 名	1 名	早出　8:00～17:00 日勤　9:00～18:00 遅出 10:00～19:00 夜勤　17:00～10:00	必要な介護及び支援

※夜間及び深夜の時間帯(21:00～翌 6:00)は、夜勤(宿泊サービス利用者在住日)及び宿直を 1 名ずつ配置します。
※介護従業者のうち 1 名以上は准看護師または看護師を配置します。

6　ご利用にあたっての留意事項

利用申込時に、介護保険被保険者証により、被保険者資格、要介護(要支援)認定の有無及び要介護(要支援)認定の有効期間の確認をさせていただきます。

事業所内では次のことに留意してください。

① 事業所内の設備や器具は、本来の用法に従って使用してください。これに反した利用により破損等が生じた場合は、弁償していただく場合があります。
② 他のご利用者の迷惑となる行為は行わないで下さい。
③ 所持金品等は自己の責任で管理してください。
④ 火気使用及び危険物等の持込は禁止です。
⑤ 喫煙は定められた場所でお願いします。
⑥ 事業所内での他のご利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動は禁止です。

7　サービスの内容

当事業所が提供するサービスの内容は次のとおりです。

(1) 居宅サービス計画及び小規模多機能型居宅介護計画並びに指定介護予防サービス等の利用に係る計画及び介護予防小規模多機能型居宅介護計画（以下、「介護計画等」といいます。）の作成、変更

(2) 介護計画等に基づき、通い、訪問及び宿泊の形態を組み合わせて行う次のサービス
　① 食事、入浴、排泄等の日常生活上の世話又は支援
　② 機能訓練

8　利用料金その他の費用

介護保険給付対象サービス	区分	単　位 (1 月あたり)	月　額	利用者負担額 (1 割負担・1 月あたり)
	要支援 1	3,450 単位	36,397 円	3,640 円
	要支援 2	6,972 単位	73,554 円	7,355 円
	要介護 1	10,458 単位	110,331 円	11,034 円
	要介護 2	15,370 単位	162,153 円	16,215 円
	要介護 3	22,359 単位	235,887 円	23,589 円
	要介護 4	24,677 単位	260,342 円	26,034 円
	要介護 5	27,209 単位	287,054 円	28,705 円

加算			
項目	利用料金		備考
初期加算	30／日		登録した日から３０日以内
サービス提供強化加算	（Ⅰ）	750／月	1，　介護福祉士 70%以上 2，　勤続１０年以上介護福祉士 25%以上
	（Ⅱ）	640／月	介護福祉士 50%以上
	（Ⅲ）	350／月	1.　介護福祉士 40%以上 2.　常勤職 60%以上 3.　勤続７年以上の者が 30%以上 以上のいずれかに該当すること

項目	利用料金		備考
認知症加算	（Ⅰ）	920／月	・認知症介護実践リーダー研修等修了者を認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が２０人未満の場合は１以上、２０人以上の場合は１に、当該対象者の数が１９を超えて１０又は端数を増すごとに１を加えて得た数以上配置 ・介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、研修を実施又は実施を予定
	（Ⅱ）	890／月	・認知症介護実践リーダー研修等修了者を認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が２０人未満の場合は１以上、２０人以上の場合は１に、当該対象者の数が１９を超えて１０又は端数を増すごとに１を加えて得た数以上配置
	（Ⅲ）	760／月	・認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者に対して小規模多機能型居宅介護を行った場合
	（Ⅳ）	460／月	・要介護状態区分が要介護２であるものであって、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱに該当する者に対して小規模多機能型居宅介護を行った場合
総合マネジメント体制強化加算	1,200／月		・利用者の状態に応じて、地域の行事や活動等に積極的に参加 ・障害福祉サービス事業所、地域資源を効率的に活用し、利用者の状態に応じた支援を行っている
	800／月		利用者の状態に応じて、地域の行事や活動等に積極的に参加
訪問体制強化加算	1,000／月		訪問サービスの提供にあたる職員を２名以上配置
介護職員等処遇改善加算	（Ⅱロ）	上記料金表で算定した所定単位数に 18.3%を乗じた単位数。 介護職員の賃金の改善を実施する。	
看護職員配置加算	（Ⅰ）	９００／月	常勤かつ専従の看護師を１名以上配置
	（Ⅱ）	７００／月	常勤かつ専従の准看護師を１名以上配置
介護保険給付対象外サービス	宿 泊 費(1 泊)		2,000 円
	食費 （1 食あたり）		朝食　300 円 昼食　450 円 夕食　500 円
	理美容代（1回あたり）		1,500 円
	洗濯代		（１回あたり）100 円
	おむつ代（1 枚あたり）		尿パット　30 円 紙おむつ　120 円 リハビリパンツ　100 円

※ 1 単位あたり 10.55 円で計算しています。
※ 登録日から 30 日間に限り初期加算として 31 円（1 日あたり）が加算されます。
※ 利用料金は、現金または銀行口座振込により、当月分を翌月にお支払いただきます。（理美容代につきましては当日支払とさせていただきます）
※ 月の中途における登録または登録終了については、日割計算します。
〔月額×登録日数／当該月の日数〕

9　協力医療機関等

医療機関等名称	ベッド数 (定員数)	所在地	電話番号	診療科目等
井上内科クリニック	―	福岡市早良区田村 7-7-2	092-801-5101	内　科 呼吸器科 循環器科
吉田内科消化器科	―	福岡市早良区飯倉 4-1-10	092-866-2345	内　科 消化器科 外　科
白石整形外科	19 床	福岡市早良区田村 4-28-26	092-865-0520	整形外科 ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ科 リウマチ科
フレンド歯科　長丘	―	福岡市南区長丘 4 丁目 7-15-102	092-408-1549	歯科
社会福祉法人　楽天堂 特別養護老人ホーム 恵風園	100 名	福岡市早良区内野 7-25-10	092-804-0500	―

10 緊急時等の対応

サービスの提供を行っているときに、ご利用者に病状の急変等が生じた場合やその他の必要な場合は、管理者に報告し、速やかに主治医またはあらかじめ事業者が定めた協力医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講ずるとともに、ご家族にご連絡します。

11 非常災害対策

非常災害に対する具体的計画を立てて、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するとともに、年 1 回以上、ご利用者及び職員の避難、救出等その他必要な訓練を行います。

12 苦情処理

(1) 事業所内相談窓口

小規模多機能ホーム いなほ 苦情・相談窓口	担当者:淺尾 慎一(管理者) 責任者:吉村友佑(取締役) TEL:092-812-9398 FAX:092-812-9393 受付時間: 午前 9 時～午後 6 時

※その他、玄関受付に苦情受付箱を設置しています。

(2) 公的機関の相談窓口

福岡市西区保健福祉センター 福祉・介護保険課	〒819-8501 福岡市西区内浜 1-4-1 西区役所 TEL:092-895-7066 FAX:092-881-5874
福岡市早良区保健福祉センター 福祉・介護保険課	〒814-8501 福岡市早良区百道 2-1-1 早良区役所 TEL:092-833-4355 FAX:092-831-5723
福岡市城南区保健福祉センター 福祉・介護保険課	〒814-0192 福岡市城南区鳥飼 6-1-1 城南区役所 TEL:092-833-4105 FAX:092-822-2133
福岡市南区保健福祉センター 福祉・介護保険課	〒815-8501 福岡市南区塩原 3-25-1 TEL:092-559-5125 FAX:092-512-8811
福岡県国民健康保険団体連合会	〒812-8521 福岡市博多区吉塚本町 13-47 TEL:092-642-7859 FAX:092-642-7857
福岡市中央区保健福祉センター 福祉・介護保険課	〒810-8622 福岡市中央区大名 2-5-31 TEL:092-718-1102 FAX:092-771-4955

13 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、ご家族、市町村、ご利用者に係る居宅サービス事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。なお、賠償すべき事故が生じた場合は、損害賠償を速やかに行います。

14 衛生管理等

ご利用者の使用する設備や備品、飲用水について、衛生的な管理に努め、衛生上必要な措置を行います。また、感染症が発生し、まん延しないように必要な措置を行いように努めます。

15 個人情報の保護について

サービス担当者会議や協力医療機関との連携時等に、ご利用者の個人情報を用いる場合はご利用者の同意を、ご家族の個人情報を用いる場合はご家族の同意を、あらかじめ文書により得ることとします。

16 身体拘束等の禁止について

介護等の提供にあたって、ご利用者や他のご利用者などの生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等は行いません。なお、緊急やむを得ない場合に身体的拘束等を行う際の手続きについては別途定めます。

17 当事業所では第三者評価は行なっておりません。

令和　　年　　月　　日

事業所名　　小規模多機能ホーム　いなほ
所 在 地　　福岡市西区室見が丘１丁目９番４号
説明者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は、本書面に基づいて重要事項の説明を受け、本内容に同意し、本書面の交付を受けたことを確認します。

（利用者）
住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（家族代表）
住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（身元引受人）
住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿