

## 看護小規模多機能型居宅介護重要事項説明書

## 1. 事業目的と運営方針

|      |   |
|------|---|
| 事業目的 | <p>看護小規模多機能型居宅介護の当該拠点においては、訪問看護及び小規模多機能型居宅介護を踏まえて行うものとする。</p> <p>1. 要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、その療養生活を支援し、心身の維持回復を目指すものとする。</p> <p>2. 家庭的な環境と地域住民との交流の下で、入浴、排せつ、食事等の介護その他日常生活上の世話、機能訓練及び看護を行うことにより、利用者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ことができるようにするものとする。</p> |
| 運営方針 | <p>本事業において提供する看護小規模多機能型居宅介護事業は、介護保険法並びに関係する厚生労働省令、告示の趣旨及び内容に沿ったものとする。</p>   |

## 2. 当事業所の概要

|              |   |   |
|--------------|---|---|
| 名称           | ヒューマンライフケア宇奈根の宿                         |   |
| 指定事業所番号      | 1495300319                              |   |
| 所在地          | 神奈川県川崎市高津区宇奈根 633-2                     |   |
| 電話/FAX 番号    | (TEL) 044-833-4155 / (FAX) 044-833-4150 |   |
| 敷地           | 869.86 m <sup>2</sup>                   |   |
| 建物           | 構造                                      | 鉄骨構造 3階建て   |
|              | 延べ床面積                                   | 739.83 m <sup>2</sup> (内、1階 259.36 m <sup>2</sup> が複合型サービス施設) |
|              | 利用定員                                    | 登録：25名 通い：15名 宿泊：9名   |
| 責任者（管理者）     | 遠山 美奈                                   |   |
| 開設年月日        | 平成26年12月01日                             |   |
| 通常のサービスの提供地域 | 川崎市全域                                   |   |
| 第三者評価        | 実施の有無                                   | 無   |
|              | 直近の実施年月日                                | -   |
|              | 評価機関の名称                                 | -   |
|              | 結果の開示状況                                 | -   |

| 居室の種類 | 室数 | 面積（一人あたりの面積）                             | 備考 |
|-------|----|--|----|
| 宿泊室   | 9室 | 8.36 m <sup>2</sup> ～9.62 m <sup>2</sup> |    |

| 設備    | 室数 | 面積（一人あたりの面積）                                | 備考 |
|-------|----|---|----|
| 食堂・居間 | 1  | 83.31 m <sup>2</sup> (5.55 m <sup>2</sup> ) |    |
| 台所    | 1  | 9.75 m <sup>2</sup>                         |    |
| 浴室    | 1  | 12.25 m <sup>2</sup>                        |    |

※予備室はゲストルームや職員の休憩室等として使用。

### 3. 同事業所の職員体制

| 職種      | 人数   | 備考 |
|---------|------|----|
| 管理者     | 常勤1名 |    |
| 介護支援専門員 | 1名以上 |    |
| 看護職員    | 2名以上 |    |
| 介護職員    | 8名以上 |    |

### 4. 職員の勤務体制

| 従業者の職種  | 正規の勤務時間   |
|---------|---|
| 管理者     | 9:00～18:00  |
| 介護支援専門員 | 9:00～18:00  |
| 介護従業者   | 早出 7:00～16:00<br>通常 9:00～18:00<br>遅出 12:00～21:00<br>夜勤 16:00～1:00<br>1:00～10:00 |

### 5. 営業日・営業時間

営業日・サービス提供日 月～日曜（祝日含む）

営業時間 0:00～24:00

但し、通い 9:00～18:00

宿泊 17:00～翌10:00

### 6. サービス内容及び利用料金

介護保険からの給付サービスを利用する場合の利用者自己負担額は、原則として保険者から交付される負担割合証に則り、基本料金（料金表）の1割から3割（非課税）をご負担いただきます。ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額利用者自己負担となります（非課税）。

また、介護保険適用の場合であっても、介護保険の給付金が保険者から事業者を支払われない事由（介護保険料の滞納等）があるときは、利用者に利用料金の全額をお支払いいただきます。その際、事業者から領収証とサービス提供証明書を発行いたします。後日、介護保険の給付金が支給される要件が整った場合は、領収証とサービス提供証明書を利用者が所在する市区町村の介護保険担当窓口へ提出しますと、本来の利用者自己負担額を除いた利用料金の払戻しを受けることができます。

#### (1) 介護保険給付サービス

【看護小規模多機能型居宅介護】および【看護介護予防小規模多機能型居宅介護】

サービス料金表

《別表》 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 サービス料金表  
(以下「別表」という。)をご参照ください。

※ 介護保険法では、1カ月(暦月)間の合計単位数をもとに利用料を算定することになっているため、1日あたりの利用料の合計と実際の請求額とは若干異なる場合があります。

※ 介護給付費（介護報酬）の改訂があった場合、料金体系は改定された介護給付費に準拠

するものとします。

※ 区市町村から地域密着型介護サービスの種類の指定を受けている場合、当該種類以外の地域密着型サービスは、介護保険給付の対象外となります。

(2) 介護保険給付外費用

《別表》をご参照ください。

(3) 利用者の選定により通常の事業の実施地域以外の地域に居住する利用者に対して行う送迎に要する費用 通常の実施区域外での交通費 1 km 50円

(4) 利用者の選定により通常の事業の実施地域以外の地域の居宅において訪問サービスを提供する場合実費もしくは(3)に準ずる

(5) キャンセル料

サービス利用日の前々日までにキャンセルのご連絡をいただけなかった場合は、下記のキャンセル料を頂きます。キャンセルが必要となった場合は、至急ご連絡ください。

(連絡先 電話 044-833-4155)

①介護サービス料 (短期利用の場合のみ)

|                                |                      |
|--------------------------------|----------------------|
| サービス利用日の前々日までにご連絡いただいた場合       | 無料                   |
| サービス利用日の前日(営業時間内)までにご連絡いただいた場合 | 利用者事故負担額の50%         |
| サービス利用当日の連絡または連絡がない場合          | 利用者自己負担額の100% + 食材料費 |

※ただし利用者の容体の急変など、緊急やむを得ない事情の場合は、キャンセル料は不要です。

②食材料費

① のとおり、キャンセル当日に予定をされていた食材料費分をお支払いいただきます。

キャンセル料金については、《別表》をご参照ください。

(6) その他の費用および留意事項

① 食材料費がかかります。詳細は《別表》をご参照ください。

② サービス従業者は、利用者の金品・貴重品の取扱い管理はいたしかねます。サービス利用に必要な金品・貴重品の持込みはご遠慮ください。持込みされた場合は、自己にて管理くださいますようお願い致します。また、万が一、自己管理にて持ち込まれた金品・貴重品を紛失された場合、当事業者は一切の責任を負いかねます。

③ サービス従業者は、介護保険制度上、利用者(要介護者)の介護・支援等を行うこととされています。それ以外の業務については、介護保険外のサービスとなり行うことができませんのでご了承ください。

④ サービス従業者に対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご遠慮させていただきます。

⑤ 料金のお支払い方法

毎月、月末を締め日とした当月料金の合計額の請求書に明細を付してお届けします。請求書の内容を確認の上、下記の方法により、翌月27日までにお支払いください。

(ア)原則、契約者指定口座からの自動振替

翌月27日(金融機関が休日の場合はその翌営業日)に振替させていただきます。

お支払い確認後、領収証をお渡しいたします。

(イ)やむを得ない事情により、(ア)の支払方法が不可な場合に限り、事業所に申し出のうえ、事業者の指示する別の支払い方法(事業者指定口座への振込み)。なお、振込み手数料は契約者のご負担となります。

⑥ 課税対象サービスについては適格請求書等保存方式(インボイス制度)において、消費税の端数処理は一請求当たり税率ごとに1回、と規定される消費税算出方法を適用します。

## 7. 利用にあたっての留意事項

|             |  |
|-------------|--|
| 来訪・面会       | 来訪者は面会時間を遵守し、必ずその都度職員に届け出てください。<br>面会時間 9:00～18:00<br>来訪者が宿泊される場合には、必ず許可を得てください。 |
| 居室・設備・器具の利用 | この施設、備品等は本来の用法に従って大切にご利用ください。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。              |
| 喫煙          | 決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。   |
| 宗教活動・政治活動   | 他の利用者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。   |
| 動物飼育        | ペットの持ち込み及び飼育はお断りします。   |

## 8. 協力医療機関

|      |           |  |
|------|-----------|--|
| 医療機関 | 名称        | 医療法人社団為世為人会 川崎ヒューマンクリニック                 |
|      | 所在地       | 神奈川県川崎市宮前区鷺沼 1-11-6 鷺沼第一ビル 2F            |
|      | 電話/FAX 番号 | (TEL) 044-870-7150<br>(FAX) 044-854-5578 |
|      | 診察科       | 内科                                       |
|      | 入院施設      | —  |
|      | 救急指定      | —  |
| 医療機関 | 名称        | 医療法人社団ハートフル川崎病院                          |
|      | 所在地       | 川崎市高津区下野毛 2丁目 1番 3号                      |
|      | 電話/FAX 番号 | (TEL) 044-833-7151 / (FAX) 044-844-6844  |
|      | 診察科       | 精神科・心療内科・内科                              |
|      | 入院施設      | —  |
|      | 救急指定      | —  |
| 医療機関 | 名称        | てんくも歯科医院                                 |
|      | 所在地       | 神奈川県横浜市都筑区北山田 1-9-3                      |
|      | 電話/FAX 番号 | (TEL) 045-591-3728 / (FAX) 045-591-3714  |
|      | 診察科       | 歯科                                       |
|      | 入院施設      | —  |
|      | 救急指定      | —  |
| 連携施設 | 名称        | 川崎医療生活共同組合 介護老人保健施設 樹の丘                  |
|      | 所在地       | 神奈川県川崎市高津区久地 4-19-1                      |
|      | 電話/FAX 番号 | (TEL) 044-820-0350 / (FAX) 044-820-1350  |

## 9. 非常災害時の対策

|      |                                  |
|------|----------------------------------|
| 消防計画 | 防火管理者 : 遠山 美奈                    |
| 避難訓練 | 少なくとも6ヶ月に1回は避難、救出その他の必要な訓練を行います。 |
| 防災設備 | 消火器、誘導灯、自動火災報知機                  |

## 10. 緊急時の対応

サービスの提供中の火災・風水害・地震等の災害に対処するための計画を策定し、年2回以上の防災訓練を実施します。災害が発生した場合には、職員は利用者様の避難等適切な措置を講じます。また、管理者は、具体的な対処方法、避難経路を確認し、災害時には避難等の指揮を執ります。特に火災時には、別途定める消防計画に則って対応を行います。

### 11. 事故発生時の対応

施設内外において、予期せぬ事故が発生したときは、事業所で対応を行い、対応できない場合には、契約者及びご家族へご連絡の上で処置をすべく医療機関へ移送します。ご家族には随時ご報告を行います。もし重大な事故が発生した場合は、記録するとともに速やかに関係機関へ報告します。また事故発生後、スタッフ全員でミーティングを開き、再発防止に向けた対策を検討し実施致します。

### 12. 衛生管理について

- (1) 使用する備品等は清潔に保持し、定期的な消毒を施すなど常に衛生管理に十分留意するものとします。
- (2) 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概ね6か月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。
  - ① 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。
  - ② 従業者に対し、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。

### 13. 高齢者虐待防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとお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ます。

|             |       |
|-------------|-------|
| 虐待防止に関する担当者 | 遠山 美奈 |
|-------------|-------|

- (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者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) 従業者に対して、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、当該事業所従業者又は養護者（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、これを市区町村に通報します。

### 14. 身体拘束について

事業者は、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、契約者及び利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることに留意して、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の記録を行います。

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。

- (1) 切迫性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りです。
- (2) 非代替性……身体拘束以外に、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を防止することができない場合に限りです。
- (3) 一時性……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なくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

### 15. 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、利用者に対する看護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) 従業者に対し、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の実施します。
- (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。

### 16. サービス内容に関する苦情

|      |  |
|------|--|
| 相談窓口 | <p>苦情受付担当者 遠山 美奈<br/>                 苦情解決責任者 遠山 美奈<br/>                 ご利用時間 9:00 ~ 18:00<br/>                 ご利用方法 電話番号 044-833-4155<br/>                 面接 当事業所の相談室にて対応</p> <p>&lt;苦情処理を行うための処理体制・手順&gt;</p> <p>①苦情受付担当者は、利用者からの苦情を随時受け付けます。<br/>                 ②苦情受付担当者は、利用者からの苦情受付に際し、次の事項を書面に記録し、その内容について苦情申出者に確認します。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・苦情の内容</li> <li>・苦情申出人の希望等</li> </ul> <p>③苦情受付担当者は、苦情内容と希望等を事実確認の後、苦情解決責任者へ報告します。<br/>                 ④苦情受付担当者は、事実確認の結果を踏まえ、必要な場合には検討会議を行いつつ、速やかに具体的な対応を行います。<br/>                 ⑤苦情解決責任者は、苦情申出人との話し合いによる解決に努めます。<br/>                 ⑥受付担当者は、苦情解決や改善を重ねることで、サービスの質の向上および再発防止のため苦情の受付から改善までの経過と結果を記録します。</p> |
| 市区町村 | <p>①川崎市 健康福祉局長寿社会部 高齢者事業推進課<br/>                 ②川崎市高津区 高齢・障害課<br/>                 電話番号：①044-200-2454 ②044-861-3255</p>  |
| 国保連  | <p>神奈川県国民健康保険団体連合会<br/>                 担当部署： 介護保険部 介護苦情相談課 電話番号： 045-329-3447</p>   |

### 17. 秘密の保持について

- (1) 事業者およびサービス従業者は、サービスを提供する上で知り得た利用者および利用者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。
- (2) 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（利用する居宅サービス等の担当者を招集して行う会議）等において、利用者の個人情報を用いません。
- (3) 事業者は、利用者の家族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等において、当該家族の個人情報を用いません。
- (4) 事業者は、事業者の従業員の退職時においても事業者の従業員が前各項を遵守することを目的とした誓約書を事業者に提出させます。

### 18. その他、運営に関する留意事項について

- (1) 事業所は、この事業を行うため、サービス提供記録簿、利用申込書、その他必要な帳簿を整備し、サービスの完結の日（サービスを最後に提供した日をいう）から5年間保存するものとします。
- (2) 運営に関する重要事項は、関係法令によるもののほか、事業者と事業所の管理者との協議に基づいて定めるものとします。

### 19. サービス利用にあたっての留意事項について

契約者及び利用者は、サービスの提供を受ける際には、次に掲げる事項に留意するものとします。

- (1) 利用者が健康状態に異常がある場合には、その旨を申し出ることとします。
- (2) 利用者が浴室及び機能訓練室等を利用する場合は、職員立会いのもとで使用するものとします。
- (3) 10で定める非常災害対策に可能な限り協力するものとします。
- (4) 利用者、契約者、代理人、利用者の家族、その他の利用者の関係者が、事業者・事業所その職員等に対し、不当な要求を行った場合、または社会通念上不相当な手段または態様により自己の要求を実現しようとした場合、事業者・事業所の判断により、サービスの提供の停止、または、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。

【社会通念上不相当な手段または態様により自己の要求を実現しようとする場合の具体例】

- ・精神的な攻撃（脅迫、中傷、名誉棄損、侮辱、暴言）
- ・土下座の要求
- ・継続的（繰り返し）、執拗（しつこい）な言動
- ・拘束的（不退居、居座り、監禁）な行動
- ・性的な言動

### 20. 事業者

|          |   |
|----------|---|
| 名称及び法人種別 | ヒューマンライフケア株式会社  |
| 事業者の所在地  | 東京都新宿区西新宿七丁目5番25号   |
| 代表者名     | 代表取締役 瀬戸口 信也  |
| 電話/FAX番号 | (TEL) 03-6846-0223 / (FAX) 03-6846-1217                           |
| ホームページ   | <a href="http://human-lifecare.jp/">http://human-lifecare.jp/</a> |

《署名欄》

以上、乙は、サービスの提供開始にあたり、重要事項について本書面を交付して、甲、利用者、代理人、身元引受人に説明しました。なお、本書は2通作成し、甲および乙が1通ずつ保有するものとします。

私は、サービスの利用にあたり、乙から上記のとおり重要事項について説明を受け同意しました。

令和 年 月 日

必ずご本人様の自筆にてご署名ください。やむを得ない事情により、代筆が必要となる場合には、別途、代筆確認書のご提出をいただく必要があります。

|   |  |
|---|--|
| 契約者（甲）  | 氏名：  |
|   | 住所：  |
|   | 利用者との関係（続柄）：   |
| 利用者   | 氏名：  |
|   | 住所：  |
| 代理人（選任した場合）                                     | 氏名：  |
|   | 住所：  |
|   | 甲との関係（続柄）：   |
| 身元引受人（連帯保証人）<br>(本契約第20条に定める)                   | 氏名：  |
|   | 住所：  |
|   | 利用者との関係（続柄）：   |
| 立会人<br><br>※立会人は、右記署名により、何らの法的権利義務を負うものではありません。 | 氏名：  |
|   | 住所：  |
|   | 民政委員・生活支援員・介護支援専門員<br>その他（ ）※該当するものに○で囲む                           |
| 事業者（乙）  | 住所：東京都新宿区西新宿七丁目5番25号<br>事業者名：ヒューマンライフケア株式会社<br>代表者名：代表取締役 瀬戸口 信也 印 |
| 事業所   | 住所：神奈川県川崎市高津区宇奈根 633-2<br>事業所名：ヒューマンライフケア宇奈根の宿                     |
| 説明  | 説明日：令和 年 月 日<br>説明者：   |