

看護小規模多機能 サテライトウイル長後ステーション 重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。

藤沢市指定 1492200983 号

当事業所が提供する看護小規模多機能型サービス提供契約に際して、事業者があらかじめ説明しなければならない内容を記したものです。ご契約に関してご注意いただきたい内容を、説明いたします。

※※ 目 次 ※※

- 1 事業者
- 2 事業所の概要
- 3 事業実施地域及び営業時間
- 4 職員の配置状況
- 5 当事業所が提供するサービスと利用料金
- 6 苦情の受付について
- 7 運営推進会議の概要
- 8 協力医療機関等
- 9 非常災害時の対応
- 10 身体拘束
- 11 虐待
- 12 短期利用居宅介護
- 13 サービス利用にあたっての留意事項

シニアウイル株式会社が運営する看護小規模多機能型居宅介護サービスサテライト型ウイル長後ステーション（以下「事業所」という）事業は本体事業所看護小規模多機能型居宅介護サービスウイル六会ステーション（以下「本体事業所」という）と密接な連携を確保しつつ、本体事業所とは別の場所で運営されるサテライト型看護小規模多機能型居宅介護サービス事業所として運営しております。本体事業所（所在地：神奈川県藤沢市亀井野2-7-1）と事業所（所在地：神奈川県藤沢市下土棚308-4）は車で15分ほどの位置関係である。

1 事業者

事業主体（法人名）	シニアウイル株式会社
法人の種類	株式会社
代表者（役職名及び氏名）	代表取締役 森 俊幸
法人所在地	〒251-0004 神奈川県藤沢市藤が岡三丁目15番20号
電話番号及びFAX番号	電話045-410-7347 FAX045-410-7348
設立年月日	2005年（平成17年）10月17日
法人の理念	<ul style="list-style-type: none"> ・シニア(お客様)本位で介護・看護サービスの提供を通じ安心・安全な生活を提供する ・行政・医療・福祉・自治会等と常に連携し地域の資源として地域密着サービスの一翼を担う ・24時間365日医療機関や福祉施設と協力し介護・看護サービスの包括ケアの提供を行う ・常にスタッフの独自能力及びチーム能力を高め、誠意ある介護・看護サービスの提供を行い存在価値を高める

2 事業所の概要

① 事業所の名称等

事業所の名称	看護小規模多機能サテライトウイル長後ステーション
事業所の責任者（管理者）	管理者 山本 雅大
開設年月日	2022年（令和4年）3月1日
介護保険事業者指定番号	藤沢市 指定 第 1492200983 号
事業所の所在地	〒252-0807 神奈川県藤沢市下土棚308-4
電話番号及びFAX番号	電話0466-52-4561 FAX0466-52-4571
事業の目的	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（介護・看護）、泊まりサービスを柔軟に組み合わせてサービスを提供します。

運営方針	通いを中心として、要介護者の様態や希望に応じて、随時訪問（介護・看護）や宿泊を組み合わせ、サービスを提供することにより、利用者の自宅における生活の継続を支援するよう努めるものとします。藤沢市、地域包括支援センター、地域の保健・医療・福祉サービスの提供主体との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。
登録定員	登録定員 18名（通いサービス定員 12名・宿泊サービス定員 6名）
交通の便	小田急線江ノ島線 長後駅下車 徒歩9分
敷地概要・面積	第1種低層住居専用地域 敷地面積： 368.19 m ²
建物概要	構造：木造2階建て（準耐火建築物）延べ床面積： 264.78 m ²
損害賠償責任保険の加入先	三井住友火災海上保険会社

② 主な設備

宿泊	6室(定員1名) 1室あたり面積 7.45 m ²
食堂・居間	食堂(居間共通) 77.75 m ² (1人当たり 6.479 m ²)
トイレ	1階 トイレ2箇所(うち車椅子対応トイレ2箇所) 2階 トイレ2箇所(うち車椅子対応トイレ1箇所)
浴室	1階 1箇所
台所	1階 1箇所
消防設備	消火器・火災警報装置器・避難誘導灯・スプリンクラー・自動通報装置
その他	エレベーター 1基

3 事業実施地域及び営業時間

通常の事業実施地域	藤沢市 長後地区・湘南台地区・善行地区・六会地区・遠藤地区・湘南大庭地区・藤沢地区・石川地区・御所見地区
営業日	年中無休(365日営業)
営業時間	通いサービス 基本 9:00～17:00 泊まりサービス 基本 17:00～翌9:00 訪問サービス(看護) 基本 9:00～17:00 訪問サービス(介護) 24時間(基本 9:00～17:00) ※常時24時間、利用者その家族から電話等による連絡体制を整備する ※受付・相談については通いサービスの時間と同様です

4 職員の配置状況

当事業所では、指定看護小規模多機能型サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

① 主な職員の配置状況

職種	常勤	非常勤	職務内容
管理者	1名		事業内容の調整
介護支援専門員	1名	0名	サービスの計画作成、調整・相談業務
介護職員	11名	1名	日常生活の介護・相談業務
看護職員	1名	2名	健康チェック等の医務業務

② 主な職種の勤務の体制

職種	勤務体制	職種	勤務体制
管理者	9:00～18:00	介護職員	昼間の体制 早番 7:00～16:00 日勤 9:00～18:00 遅出 11:00～20:00 夜間の体制 夜勤 18:00～翌9:00 宿直 20:00～翌9:00 ※利用者の状況に対応した勤務時間を設定します
介護支援専門員	9:00～18:00		
看護職員	9:00～18:00		

5 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所ではご契約者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 介護保険給付の対象のサービス (契約書第4条参照)

以下のサービスについての利用料金は負担割合に応じた介護保険給付と、利用者の自己負担の金額となります。ア)～ウ)のサービスを具体的にどのような頻度・内容で行うかは、ご契約者と協議の上、看護小規模多機能型サービス計画 (以下「ライフサポートプラン」という) に定めます。(⑤参照)

ア) 通いサービス	食 事	食事の提供及び食事の介助をします。 調理、配膳等を介護従事者とともに行うこともできます。 食事サービスの利用は任意です。
	排 泄	利用者の状況に応じ、適切な介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。
	入 浴	入浴又は清拭を行います。 利用者の状況に応じ、衣服の着脱、身体の清拭、洗髪、洗身等の適切な介助を行います。 入浴サービスについては任意です。
	機能訓練	利用者の状況に応じた機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するように努めます。
	健康 チェック	血圧測定、体温測定等、利用者の全身状態の把握を行います。
	送 迎	利用者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎を行います。
イ) 訪問サービス	<p>訪問介護の内容は次のとおりといたします。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の自宅にお伺いし、安否確認や食事や入浴、排泄等の日常生活上の世話を提供します。 <p>訪問看護の内容は次のとおりといたします。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・療養上の世話 清拭、洗髪などによる清潔の管理、援助、食事(栄養)及び排泄等の日常生活上の世話、ターミナルケア ・診療の補助 褥瘡の予防、処理、カテーテル管理等の医療処置 ・リハビリテーションに関すること ・家族支援に関すること 家族への療養上の指導、相談、家族の健康管理 <p><u>(訪問サービス実施のため必要な場合、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。)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問サービスの提供に当たって、次の行為は行いません。 <ol style="list-style-type: none"> 1 ご契約者もしくはその家族からの金銭又は高価な物品の授受 2 飲酒または喫煙 3 契約者もしくはその家族に行う宗教活動・政治活動・営利活動 4 契約者もしくはその家族等に行う迷惑行為 5 介護スタッフによる医療行為 	
ウ) 宿泊サービス	事業所に宿泊していただき、食事、入浴、排泄等の日常生活上の世話を提供します。	

<サービス利用料金> (契約書題5条参照)

通い・訪問・宿泊(介護費用分)のすべてを含んだ1ヶ月の包括費用です。
 下記の料金のうちご契約者の要介護度に応じた自己負担額をお支払いください。

1. 看護小規模多機能居宅介護施設(1月あたり)※地域区分 **4級地** (1単位あたり **10.66円**)

【利用者負担算出方法】4級地 10.66円

地域単価×単位数=〇〇円(1円未満切り捨て)

〇〇円-(〇〇円×負担割合※4(1円未満切り捨て))=△△円(利用者負担額)

ウイル長後ステーション 看護小規模多機能型居宅介護 料金表						令和6年4月1日以降版
1 介護報酬に係る費用		4級地	10.66	円		
※本事業所は、算定項目に☑のある項目について該当した場合に料金が発生します。						
算定項目	複合型サービス費(1月につき)	単位数	利用者負担額(1割)	利用者負担額(2割)	利用者負担額(3割)	
	イ 看護小規模多機能型居宅介護費					
	(1) 同一建物に居住する者以外の者に対して行う場合					
	(一) 要介護1	12,447	13,269	26,537	39,806	
	(二) 要介護2	17,415	18,565	37,129	55,693	
	(三) 要介護3	24,481	26,097	52,194	78,291	
	(四) 要介護4	27,766	29,599	59,197	88,796	
	(五) 要介護5	31,408	33,481	66,962	100,443	
	(2) 同一建物に居住する者に対して行う場合					
	(一) 要介護1	11,214	11,955	23,909	35,863	
	(二) 要介護2	15,691	16,727	33,454	50,180	
	(三) 要介護3	22,057	23,513	47,026	70,539	
	(四) 要介護4	25,017	26,669	53,337	80,005	
	(五) 要介護5	28,298	30,166	60,332	90,497	
	ロ 短期利用居宅介護費					1日につき
	(一) 要介護1	571	609	1,218	1,826	
	(二) 要介護2	638	681	1,361	2,041	
	(三) 要介護3	706	735	1,505	2,258	
	(四) 要介護4	773	824	1,648	2,472	
	(五) 要介護5	839	895	1,789	2,683	
	加算項目					
	ハ 初期加算	30	32	64	96	1日につき(イを算定する場合のみ)
	ニ 認知症加算					1月につき(イを算定する場合のみ)
	(1) 認知症加算(Ⅰ)	920	981	1,962	2,943	1月につき(イを算定する場合のみ)
	(2) 認知症加算(Ⅱ)	890	952	1,898	2,847	1月につき(イを算定する場合のみ)
	(3) 認知症加算(Ⅲ)	760	811	1,621	2,431	1月につき(イを算定する場合のみ)
	(4) 認知症加算(Ⅳ)	460	491	981	1,471	1月につき(イを算定する場合のみ)
	ホ 認知症行動・心理症状緊急対応加算	200	214	427	640	1日につき(ロを算定する場合のみ)
	ヘ 若年性認知症利用者受入加算	800	853	1,706	2,559	1月につき(イを算定する場合のみ)
	ト 栄養アセスメント加算	50	54	133	160	1月につき(イを算定する場合のみ)
	チ 栄養改善加算	200	214	427	640	1月に2回を限度として1回につき(イを算定する場合のみ)
	リ 口腔・栄養スクリーニング加算					1回につき(イを算定する場合のみ)
	(1) 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	20	22	43	64	
	(2) 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	5	6	11	16	
	ヌ 口腔機能向上加算					1月につき2回を限度として1回につき(イを算定する場合のみ)
	(1) 口腔機能向上加算(Ⅰ)	150	160	320	480	
	(2) 口腔機能向上加算(Ⅱ)	160	171	341	512	
	ル 退院時共同指導加算	600	640	1,280	1,919	1回につき(イを算定する場合のみ)

ヲ 緊急時対応加算	774	825	1,650	2,475	1月につき(イを算定する場合のみ)
ワ 特別管理加算					1月につき(イを算定する場合のみ)
(1) 特別管理加算 (I)	500	533	1,066	1,599	
(2) 特別管理加算 (II)	250	267	533	800	
カ 専門管理加算					1月につき(イを算定する場合のみ 1月に1回に限る)
専門管理加算 イ	250	267	533	800	
専門管理加算 ロ	250	267	533	800	
ヨ ターミナルケア加算	2,500	2,665	5,330	7,995	死亡月につき(イを算定する場合のみ)
タ 遠隔死亡診断補助加算	150	160	320	480	死亡月につき(イを算定する場合のみ)
レ 看護体制強化加算					1月につき(イを算定する場合のみ)
(1) 看護体制強化加算 (I)	3,000	3,198	6,396	9,594	
(2) 看護体制強化加算 (II)	2,500	2,665	5,330	7,995	
ソ 訪問体制強化加算	1,000	1,066	2,132	3,198	1月につき(イを算定する場合のみ)
ツ 総合マネジメント体制強化加算					1月につき(イを算定する場合のみ)
(1) 総合マネジメント体制強化加算 (I)	1,200	1,280	2,559	3,838	
(2) 総合マネジメント体制強化加算 (II)	800	853	1,706	2,559	
ネ 褥瘡マネジメント加算					1月につき(イを算定する場合のみ)
(1) 褥瘡マネジメント加算 (I)	3	4	7	10	
(2) 褥瘡マネジメント加算 (II)	13	14	28	42	
ナ 排せつ支援加算					1月につき(イを算定する場合のみ)
(1) 排せつ支援加算 (I)	10	11	22	32	
(2) 排せつ支援加算 (II)	15	16	32	48	
(3) 排せつ支援加算 (III)	20	22	43	64	
ラ 科学的介護推進体制加算	40	43	86	128	1月につき(イを算定する場合のみ)
ム 生産性向上推進体制加算					1月につき
(1) 生産性向上推進体制加算 (I)	100	107	214	328	
(2) 生産性向上推進体制加算 (II)	10	11	22	32	
ウ サービス提供体制強化加算					
(1) イを算定している場合					1月につき
(一) サービス提供体制強化加算 (I)	750	800	1,599	2,399	
(二) サービス提供体制強化加算 (II)	640	683	1,365	2,047	
(三) サービス提供体制強化加算 (III)	350	374	747	1,120	
(2) ロを算定している場合					1日につき
(一) サービス提供体制強化加算 (I)	25	27	54	80	
(二) サービス提供体制強化加算 (II)	21	23	37	67	
(三) サービス提供体制強化加算 (III)	12	13	26	39	
介護職員処遇改善加算(1月につき)					
介護職員処遇改善加算 (I)					(介護報酬総単位数 ^{*1} × 10.2%) ^{*2} × 10.66
介護職員処遇改善加算 (II)					(介護報酬総単位数 ^{*1} × 7.4%) ^{*2} × 10.66
介護職員処遇改善加算 (III)					(介護報酬総単位数 ^{*1} × 4.1%) ^{*2} × 10.66
介護職員等特定処遇改善加算 (1月につき)					
介護職員等特定処遇改善加算 (I)					(介護報酬総単位数 × 1 (介護職員処遇改善加算を除く) × 1.5%) ^{*2} × 10.66
介護職員等特定処遇改善加算 (II)					(介護報酬総単位数 × 1 (介護職員処遇改善加算を除く) × 1.2%) ^{*2} × 10.66
介護職員等ベースアップ等支援加算(1月につき)					
介護職員等ベースアップ等支援加算					(介護報酬総単位数 ^{*1} (介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算を除く) × 1.7%) ^{*2} × 10.66

- ※1 介護報酬総単位数=基本サービス費+各種加算減算
- ※2 1単位未満の端数四捨五入
- ※3 介護職員処遇改善加算の利用者負担額は、上記額- (上記額×負担割合 (1円未満切り捨て))
- ※4 負担割合は1割負担の場合:0.9、2割負担の場合:0.8、3割負担の場合:0.7

【利用者負担算出方法】

地域単価×単位数=〇〇円 (1円未満切り捨て)

〇〇円- (〇〇円×負担割合※4 (1円未満切り捨て)) =△△円 (利用者負担額)

※実際の利用者負担額の算出は、1か月のサービス合計単位数により計算します。

※1ヶ月ごとの包括費用 (月定額) ですので、契約者の体調不良や状態の変化等により看護小規模多機能型サービス計画に定めた期日より利用が少ない場合、または看護小規模多機能型居宅介護サービス計画に定めた期日より利用が多い場合があっても、日割りでの割引・増額はいたしません。

※月途中から登録した場合、又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。

登録日とは利用者と事業所が契約を締結した日ではなく、サービスを実際に利用開始した日です。

登録終了日とは利用者と事業所の利用契約を終了した日です。

② その他のサービス利用料金 (介護保険の対象とならないサービス)

以下のサービスは利用料金の全額が利用者の負担になります。

食 事 代	ご契約者の食事に要する費用です。(それぞれ1食につき) 朝食300円 昼食800円 (おやつ代100円を含む) 夕食700円
宿 泊 代	ご契約者の宿泊サービスにおける宿泊に要する費用です。 1泊につき 2500円
通常の事業実施地域を越える送迎費用	通常実施地域を越えた地点から利用者の居宅まで片道3km未満 片道1回100円 通常実施地域を越えた地点から利用者の居宅まで片道3km以上 片道1回200円
通常の事業実施地域を越える訪問サービスの交通費	・交通機関を利用した場合 交通機関利用料金実費 ・自動車を利用した場合 通常実施地域を越えた地点から 利用者の居宅まで片道3km未満 片道1回100円 通常実施地域を越えた地点から 利用者の居宅まで片道3km以上 片道1回200円
おむつ代	実費
リクリエーション、クラブ活動	利用者の希望により、教養娯楽としてリクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。 利用料金として材料費等の実費をいただきます。
複写物のコピー代	ご契約者はサービスの内容についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。コピー 一枚につき 10円
その他	看護小規模多機能型サービスの中で提供される便宜のうち日常生活において通常必要となるものの費用で契約者に負担させることが適当と認められる費用についての実費

※経済状況の著しい変化その他やむを得ない事情がある場合、相当な額に変更する場合があります。その場合には変更の内容と事由について、変更の2ヶ月前までにご説明いたします。

利用料金の支払い方法 (契約書第5条参照)

前記①および②の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。

請求書は、利用月の翌月15日までに利用者宛にお届けします。請求月の27日までに、自動口座引落としにてお支払いください。
お引落としを確認しましたら、領収書をお渡ししますので、必ず保管をお願いします。

利用の中止、変更、追加（契約書第6条参照）

※看護小規模多機能型サービスは、ライフサポートプランに定められた内容を基本としつつ、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、介護を提供するものです。

※利用予定日前にご契約者、看護小規模多機能型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。この場合看護小規模多機能型サービスは原則としてサービス実施時の前日までに事業者申し出てください。

※5.①の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ヵ月ごとの包括費用のため、サービスの利用回数等を変更された場合も1ヶ月の料金は変わりません。ただし5.②の介護保険対象外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ことがあります。ただしご契約者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。

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	当日の利用料金の80%

※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契約者の希望する日時にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日を契約者に提示し協議します。

ライフサポートプランについて

看護小規模多機能型サービスは、利用者一人一人の人格を尊重し、住み慣れた地域で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、地域での暮らしを支援するものです。

事業所の介護支援専門員は、利用者の状況に合わせて適切にサービスを提供するために、利用者との協議のうえでライフサポートプランを定め、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利用者に説明のうえ交付します。

6. 苦情の受付について(契約書第18条参照)

①当事業所内における苦情の受付

- 苦情受付窓口（担当者） 管 理 者 山本 雅大
 - 受付時間 9:00 ～ 17:00
- また、苦情受付箱を事業所内に設置しています

②行政機関その他の苦情受付機関

- 藤沢市福祉部介護保険課
 - 所在地 〒251-8601 藤沢市朝日町1番地の1
 - 電 話 0466-50-8270

- 神奈川県国民保健団体連合会 介護苦情相談課介護苦情相談班
 - 所在地 〒220-0003 横浜市西区楠町27番地1
 - 電 話 045-329-3447

7. 運営推進会議の設置

当事業所では、サービス提供に関して、提供回数等の活動状況を報告し、運営推進会議から評価、要望、助言を受け、サービスの質の確保及び適切な運営ができるよう設置します。

<運営推進会議の概要>

構成：利用者・利用者の家族・地域住民の代表者・市区町村職員・
地域包括支援センター職員 他

開催：2ヶ月に1度開催

記録：運営推進会議の内容・評価・要望・助言について記録の作成を行います。

8. 協力医療機関

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	赤川内科医院
	所在地：藤沢市下土棚546-1 電話 0466-44-9608+
協力医療機関	ハローデンタルクリニック
	所在地：大和市桜森3-8-18中喜ビル2F 電話 0120-009-040
協力福祉施設	社会福祉法人 竹生会 特別養護老人ホーム 芭蕉苑
	所在地：藤沢市遠藤35 電話 0466-87-1710
協力福祉施設	医療法人 介護老人保険施設 藤沢ケアセンター
	所在地：藤沢市高倉2301-1 電話 0466-43-8551

9. 非常災害時の対応

非常災害時には、利用者の安全を図り、適切に対応を行います。また、避難訓練を年2回利用者参加のもと行います。

消防設備：消火器・火災警報装置器・避難誘導灯・スプリンクラー・自動通報装置

10. 身体拘束その他の行動制限

1. サテライト型看護小規模多機能居宅介護施設サービスの提供にあたり、事業者は契約者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、利用者に対し隔離、身体的拘束、薬剤投与その他の方法により利用者の行動を制限しないものとします。

2. 事業者は、契約者に対し隔離、身体的拘束、薬剤投与その他の方法により行動を制限する場合は、契約者に対し事前に、行動制限の根拠、内容、見込まれる期間について十分説明を行うものとします。また、この場合は、事前、又は事後速やかに、契約者の家族等（扶養義務者）に対し、行動制限の根拠、内容、見込まれる期間について十分説明するものとします。

3. 事業者は、契約者に対し隔離、身体的拘束、薬剤投与その他の方法により契約者の行動を制限した場合には、（契約書第8条第6項）の記録に次の事項を記載するものとします。

- (1) 行動制限を決定した者の氏名、行動制限の根拠、内容、見込まれる期間及び実施された期間
- (2) 前項に基づく契約者に対する説明の時期及び内容、その際のやりとりの概要
- (3) 前項に基づく契約者の家族等に対する説明の時期及び内容、その際のやりとりの概要

「緊急やむを得ない場合」に該当する3要件（全て満たすことが必要）

- 切迫性 利用者本人または他の利用者の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高い場合
- 非代替性 身体拘束以外に代替する介護方法がないこと
- 一時性 身体拘束は一時的なものであること

※留意事項

- ・「緊急やむを得ない場合」の判断は、担当職員個人またはチームで行うのではなく、施設全体で判断します。
- ・身体拘束の内容、目的、時間、期間などを高齢者本人や家族に対して十分に説明し、理解を求めると致します。
- ・身体拘束を行った場合は身体拘束に関する記録の作成を行います。

1.1. 虐待の防止について

- 事業者は虐待の発生またはその再発を防止するため、次の各号に定める処置を講じなければならない。
- (1) 事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。
 - (2) 事業所における虐待防止のための指針を整備する。
 - (3) 事業所において、従業者に対し、虐待防止のための研修を定期的実施する。
 - (4) 前3号に掲げる処置を適切に実施するための担当者を置く。

1.2. 短期利用居宅介護

- 1 当事業所は、利用者の状態や利用者の家族等の事情により、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、緊急に利用することが必要と認めた場合であって、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員が、当該指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の登録者に対する指定看護小規模多機能型居宅介護の提供に支障がないと認めた場合に、登録定員の範囲内で、空いている宿泊室等を利用し、短期間の指定看護小規模多機能型居宅介護（以下「短期利用居宅介護」という。）を提供する。
- 2 短期利用居宅介護は、当該指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の登録者数が登録定員未満の場合に提供することができる。
(算定式)

$$\text{当該事業所の宿泊室の数} \times (\text{当該事業所の登録定員} - \text{当該事業所の登録者の数}) \div \text{当該事業所の登録定員} = \text{短期利用に活用可能な宿泊室の数 (小数点第1位以下四捨五入)}$$
- 3 短期利用居宅介護の利用は、あらかじめ7日以内（利用者の日常生活上の世話をを行う家族等が疾病等やむを得ない事情がある場合は14日以内）の利用期間を定めるものとする。
- 4 短期利用居宅介護の利用に当たっては、利用者を担当する居宅介護支援専門員が作成する居宅サービス計画の内容に沿い、当事業所の介護支援専門員が看護小規模多機能型居宅介護計画を作成することとし、当該看護小規模多機能型居宅介護計画に従いサービスを提供する。

1.3. 利用にあたっての留意事項

利用者・家族との信頼関係のもとに、安全安心な環境で質の高いケアを提供できるよう以下の点についてご協力ください。状況により改善のお願いをさせて頂くこともございます。改善が見込めない場合はサービスの中断や契約を解除する場合があります。信頼関係を築くためにもご協力をお願いします。

被保険者証の提示	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。
設備、備品の使用	事業所内の設備や備品は、本来の用法に従ってご利用ください。本来の用法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。 <ul style="list-style-type: none"> ・関係のない他者の部屋や職員スペースへ無断で立ち入る ・施設備品を無断で使用する 等の行為もご遠慮ください。
迷惑行為等	騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。 <ul style="list-style-type: none"> ・無断で他の利用者の宿泊室に立ち入る。のぞく等の行為はご遠慮ください。 ・事業所内での他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。 ・ご利用者様の安眠を妨げる行為はご遠慮ください。 お看取り等の特別な理由がない場合は就寝時間の9時以降の面会はお控えください。 また、特別な理由がある場合以下の点にご配慮お願い致します。 <ul style="list-style-type: none"> ① 短時間であること ② ご本人の居室内限定であること ③ 洗面所等の利用の制限
飲酒、喫煙	飲酒はご遠慮ください。 喫煙は決められた場所でしてください。

<p>所持品の持ち込み</p>	<p>所持金品は、自己の責任において管理してください。 事業所では高価な貴重品や金銭の管理はいたしません。</p>
<p>動物の持ち込み等</p>	<p>通所時：ペットの持ち込みはお断りいたします。 訪問時：ペットをゲージへ入れる、リードにつなぐ等の協力をお願いします。 大切なペットを守るため、また、職員が安全にケアを行うためにも、訪問中はリードをつけていただくか、ゲージや居室以外の部屋へ保護するなどの配慮をお願いします。職員がペットにかまれた場合、治療費等のご相談をさせていただく場合もございます。</p>
<p>職員及び他利用者に対するハラスメント行為</p>	<p>厚生労働省が定義する「介護現場におけるハラスメント」は固くお断りします。</p> <p>① 身体的暴力：身体的な力を使って危害を及ぼす行為 例：○コップをなげつける ○蹴られる ○手をはらいのけられる ○たたかれる ○手をひっかく、つねる ○首をしめる ○唾を吐く ○髪を引っ張る、引き抜く○服を引きちぎられる 等</p> <p>② 精神的暴力：個人の尊厳や人格を言葉によって傷つけたり、おとしめたりする行為 例：○大声を発する ○怒鳴る ○サービスの状況をのぞき見する ○気に入ってる介護職員以外に批判的な言動をする ○威圧的な態度で文句を言い続ける ○「この程度できて当然」と理不 なサービスを要求する ○介護サービス以外のことを要求する ○家族が利用者の発言をうのみにし、理不尽な要求をする ○特定の介護職員にいやがらせをする等職員の体を触る、手を握る</p> <p>③ セクシャルハラスメント：意に添わない性的誘いかけ、好意的な態度の要求等、性的ないやがらせ行為 例：○必要もなく手や腕をさわる ○抱きしめる ○女性のヌード写真を見せる ○入浴介助中、あからさまに性的な話をする ○卑猥な言動を繰り返す ○サービス提供に無関係に下半身を丸出しにして見せる ○訪問サービス時に下着姿で対応する ○サービス提供中の介護職員の衣服に手を入れる</p> <p>④ その他：①～③以外の行為 例：○職員の自宅の住所や電話番号を何度も聞く ○ストーカー行為 ○勤務中の職員へサービスと関係のない会話を強要する</p>

この重要事項説明書の説明・同意・交付年月日	令和 年 月 日
-----------------------	----------

上記の内容について「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第34号）」第88条により準用する第9条の規定にもとづき、利用者に説明をし同意を得て交付を行いました。

事業者所在地	神奈川県藤沢市下土棚308-4+
事業者法人名	シニアウイル株式会社
法人代表者名	代表取締役 森 俊幸 (印)
事業所名称	看護小規模多機能 サテライトウイル長後ステーション
説明者 氏名	(印)

私は、本説明書にもとづいて、重要事項の説明を確かに受け、同意をし交付を受けました。

利用者 住所	
利用者 氏名	(印)
利用者の家族 住所	
利用者の家族 氏名	(印)

※この重要事項説明書は、厚生労働省令第34号第88条により準用する第9条の規定に基づき、利用申込者またはその家族への重要事項の説明のため作成したものです。

この規程は、令和4年3月1日より施行する。

※この重要事項説明書は、厚生労働省令第34号第88条により準用する第9条の規定に基づき、利用申込者またはその家族への重要事項の説明のため作成したものです。

この規程は、令和6年4月1日より施行する。

同意書

(24 時間対応体制加算・特別管理加算・退院時共同指導加算・ターミナルケア加算)

1. 私は、看護小規模多機能型サービス看護師の 24 時間連絡体制により、緊急時の場合等の電話による相談又は訪問看護を利用するため、24 時間対応体制加算を算定することに同意します。
2. 私は、病気の状態から、() の管理・相談が必要なため、特別管理加算を算定することに同意します。
3. 私は、退院時在宅での療養上の指導が必要である事から退院時共同指導加算を算定することに同意します。
4. 私は、主治医との連携の下に訪問看護において 24 時間連絡の取れる体制により電話による相談又は訪問看護を利用するため、ターミナルケア加算を算定することに同意します。

令和 年 月 日

看護小規模多機能
サテライトウイル長後ステーション 管理者 山本 雅大 様

利用者住所	
利用者氏名	
同意者住所	
同意者氏名・印	印
利用者との続柄	