

小規模多機能型居宅介護重要事項説明書

当事業所は、「要支援」、「要介護」と認定された方に小規模多機能型居宅介護サービスを提供します。

事業所の概要や提供されるサービスの内容および契約上注意いただくべきことを次のとおり説明します。

1 小規模多機能型居宅介護事業の概要

(1) 事業者（法人）の概要

名 称	社会福祉法人洋和会
所 在 地	石川県野々市新庄2丁目45番地
代 表 者 名	理事長 池田 太一郎
連 絡 先	金沢事業部 (電話) 076-241-1177 (FAX) 076-241-1178

(2) 事業所の概要

① 事業所の目的

サービスの拠点への通いを中心として、要介護者の様態や希望に応じて、随時、訪問や宿泊を組み合わせたサービスを提供し、食事、入浴、排せつ等の介護その他の日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の居宅における生活の継続を支援することを目的とします。

② 運営方針

介護保険法の趣旨に従って、ご利用者が、無理なく残存能力を活用し、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、入浴、排せつ、食事等の介護その他の生活全般にわたる援助を行います。

③ 事業所名称等

事 業 所 名	小規模多機能型居宅介護 あんのん山科
所 在 地	石川県金沢市窪6丁目141番地1
連 絡 先	(電話) 076-241-1515 (FAX) 076-241-6871
介護保険指定番号	1790100349
事 業 所 の 管 理 者	大橋 勇樹

④ 事業所建物の構造

敷 地	1, 0 6 1 m ²
構 造	鉄筋 3 階建て 1 階フロア部分
延べ床面積	3 9 5. 2 2 m ²
利 用 定 員	(登録定員) 2 9 名 (通いサービス定員) 1 5 名 (泊まりサービス定員) 5 名

⑤ 設備の概要

居室・設備の種類	室 数
宿 泊 室 (1 人 部 屋)	5 室
台 所	1 室
居 間 ・ 食 堂	1 室
浴 室	2 室 (機械浴室 1 室、一般浴室 1 室)

⑥ 職員体制

職 種	人 数	備 考
管 理 者	1 名	
看 護 職 員	1 名	
介 護 職 員	7 名	
計画作成担当者	1 名	兼務

⑦ 事業実施地域、営業時間、定員等

㊲ 通常のサービス実施地域 金沢市内

㊱ 営業日及び営業時間

営業日 年中無休

営業時間

通いサービス 基本時間 8 時 30 分から 17 時 30 分まで

宿泊サービス 基本時間 17 時 30 分から翌 8 時 30 分まで

訪問サービス 2 4 時間

㊴ 定員

登録定員 29 名、通いサービス定員 15 名、宿泊サービス 5 名

2 サービスの内容

種 類		内 容
	食 事	食事の際の介助及び後始末等、必要な介助を行ないます。食べられないものやアレルギーがある方は事前にご相談下さい。
	排 せ つ	身体状況に応じて適切な介助を行なうとともに、排せつの自立についても適切な援助を行ないます。
	入 浴	身体状況に応じて一般浴又は特別浴による入浴、身体の洗身、衣類の着脱等必要な介助を行ないます。
	機 能 訓 練	日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止する訓練及び心身の活性化を図るためのレクリエーション等を行ないます。
	健康チェック	血圧測定、体温測定等、利用者の健康状態の把握に努めます。
	送 迎	利用者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎を行ないます。
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を提供します。 サービス実施のための必要な備品等(水道・ガス・電気含む)はご家庭にあるものを使用させていただきます。
宿泊サービス		事業所に宿泊していただき、食事や入浴、排せつ等の日常生活上の世話を提供します。

3 料金

利用料金は以下のとおりです。

小規模多機能型居宅介護費

要介護度	基本単位	利用料	利用者負担額（1ヶ月の目安）		
			1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	10,458	106,357 円	10,636 円	21,272 円	31,908 円
要介護2	15,370	156,312 円	15,632 円	31,263 円	46,894 円
要介護3	22,359	227,391 円	22,740 円	45,479 円	68,218 円
要介護4	24,677	250,965 円	25,097 円	50,193 円	75,290 円
要介護5	27,209	276,715 円	27,672 円	55,343 円	83,015 円

介護予防小規模多機能型居宅介護費

要介護度	基本単位	利用料	利用者負担額（1ヶ月の目安）		
			1割負担	2割負担	3割負担
要支援1	3,450	35,086 円	3,509 円	7,018 円	10,526 円
要支援2	6,972	70,905 円	7,091 円	14,181 円	21,272 円

宿泊費・食費

宿泊費(1回)	食費(通い)(1日)		食費(宿泊)(1日)	
	昼食	間食	夕食	朝食
2,000 円	550 円	120 円	510 円	300 円

- 介護保険給付費の個人負担は「介護保険個人負担割合証」に基づきます。
- 利用して初めの 30 日のみ「初期加算」として、30 単位／日が加算されます。
- 「看護職員配置加算」として 900 単位／月が加算されます。
- 総合マネジメント体制強化加算(Ⅱ)として 800 単位／月が加算されます。
- 日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はⅤに該当する方に「認知症加算(Ⅲ)」として 760 単位／月が加算されます。
- 要介護 2 であって、日常生活自立度のランクⅡに該当する方に「認知症加算(Ⅳ)」として 460 単位／月が加算されます。
- 基本単位と加算の総計に対し、介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)14.6%が加算されます。
- 科学的介護推進体制加算として 40 単位／月が加算されます。
- 生産性向上推進体制加算(Ⅱ)として 10 単位／月が加算されます。
- サービス体制強化加算Ⅲとして 350 単位／月が加算されます。
- 1 単位の単価は、10.17 円です。
- ご自宅での洗濯が困難で洗濯サービスを希望される場合、洗濯代 220 円／回、乾燥代 220 円／回ご負担していただきます。

注2 利用料の支払い方法

「通常のサービス実施地域(金沢市)以外の地域に係る送迎費用」

4 病状の急変等緊急時の対応

○主治医	所在地
○主治医	所在地

病院 電話

5 利用者が入院した場合の取り扱い

利用者が体調の急変などにより、入院を伴う医療処置を行うことが必要となり、更に、入院期間が1か月を超える長期に及ぶと想定される場合には、一旦、利用者の利用契約を解除することとします。この間の利用料は、入院した日を第1日とし、2週間分の利用料を日割りで請求させていただきます。

また、病状が回復し病院を退院した後、小規模多機能型居宅介護を利用できるようになったとき、改めて、新たな利用契約を締結するものとします。

6 非常災害対策

防火訓練	防災計画により実施
防火管理者	金口 祐一

7 事故発生時の対応

指定小規模多機能型居宅介護の提供により、事故が発生した場合には、当該利用者の家族、行政、医療機関等に連絡を行い必要な措置を講じます。また、事故の状況及び事故に際してとった処置について記録を残します。

8 虐待防止について

当施設は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じます。

(1) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的を開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底を図ります。

(2) 職員に対し、虐待の防止のための研修を定期的を実施します。

当施設はサービス提供中に、当該事業所職員又は養護者(利用者の家族等高齢者を現に養護する者)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、市町村に通報するものとします。

9 ハラスメント対策

(1) 当施設は職場におけるハラスメント防止に取り組み、職員が働きやすい環境づくりを目指します。

(2) 利用者及び家族が事業所の職員に対して行う、暴言・暴力・嫌がらせ・誹謗中傷等の迷惑行為、セクシャルハラスメントなどのハラスメント行為を禁止します。

10 サービス内容に関する苦情

(1) 小規模多機能型居宅介護 あんのん山科

苦情受付担当者	大橋 勇樹	電話(241) 1515
第三者委員	村島 嘉孝	電話(241) 3893
	平田 敏雄	電話(241) 6800

(2) 金沢市介護保険課 電話(220) 2264

(3) 石川県国民健康保険団体連合会 電話(231) 1110

1 1 秘密保持

事業所は、その業務上知り得た利用者又はその家族等の個人情報を正当な理由なく漏らすことはありません。また、契約終了後においても、決して第三者に漏らすことはしません。ただし、事業所は、サービス担当者会議等において、利用者及びその家族の個人情報を用いる場合は、予め文書で同意を得ることにします。

事業者は、利用者及びその家族に関する個人記録が含まれる記録物に関して、善良な管理者の注意をもって管理を行い、処分の際にも漏洩の防止に努めます。

1 2 第三者による評価の実施状況

第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1. あり 2. なし
	② なし		

この説明書は、厚生労働省令第 37 号の規定に基づき、利用申込み者またはその代理人への重要事項説明のために作成したものです。

年 月 日	
小規模多機能型居宅介護あんのん山科の利用に際し、利用者に対して契約書及び本書面により、重要事項の説明を行いました。	
説明者	職名
	署名 _____
私は、契約書及び本書面により、事業者から指定小規模多機能型居宅介護についての重要事項の説明を受けました。	
また、社会福祉法人洋和会 小規模多機能型居宅介護 あんのん山科が業務上知り得た利用者及びその家族の個人情報を、次のとおり提供することについて同意します。	
1. 必要に応じて、サービス担当者会議等に用いる場合	
2. 必要に応じて、他のサービス提供事業者に提供する場合	
3. 治療等のため、医療機関等に提供する場合	
4. その他、正当な理由がある場合	
年 月 日	
利用者	署名 _____
身元保証人	署名 _____ (続柄 _____)