

【小規模多機能型居宅介護事業】

小規模多機能ホーム スマイル加茂

重要事項説明書

有限会社 シンライフ

電話 084-970-2117

FAX 084-970-2116

当事業所はご契約者に対して指定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、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

※当サービスの利用は、原則として要支援・要介護認定の結果「要支援・要介護」と認定された方が対象となります。要支援・要介護認定をまだ受けていない方は、お気軽にご相談ください。

1. 事業者

- | | |
|------------|------------------------|
| (1) 法人名 | 有限会社 シンライフ |
| (2) 法人所在地 | 広島県福山市千田町三丁目 52 番 14 号 |
| (3) 電話番号 | 084-961-1126 |
| (4) FAX 番号 | 084-961-1170 |
| (5) 代表者氏名 | 代表取締役 森山博子 |

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 |
| (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 スマイル加茂 |
| (4) 事業所の所在地 | 広島県福山市加茂町字栗根 606 番地 1 |
| (5) 電話番号 | 084-970-2117 |
| (6) FAX 番号 | 084-970-2116 |
| (7) 事業所長氏名 | 横山 由美子 |
| (8) 当事業所の運営方針 | 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します。 |

- (9) 開設年月日 平成23年3月1日
 (10) 登録定員 25人
 (通いサービス定員 15人、宿泊サービス定員 6人)

3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 北部3(日常生活圏域)
 (2) サービス提供日及びサービス提供時間

営業日	年中無休
通いサービス	月～土 10時～16時 (日曜日のご利用は相談に応じます)
訪問サービス	随時
宿泊サービス	月～日 16時～10時

4. 当事業所が提供するサービスと料金

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) 利用料金が介護保険から給付される場合
 (介護保険の給付の対象となるサービス)

- (2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合
 (介護保険の給付対象とならないサービス)

- (1) 介護保険の給付の対象となるサービス (契約書第4条参照)

〈サービスの概要〉

ア 通いサービス

事業所のサービス拠点において、食事や入浴、排泄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ます。
- ・ 調理場で利用者が調理することができます。
- ・ 食事サービスの利用は任意です。

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排泄

- ・ 利用者の状況に応じて適切な排泄の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。

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、排泄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、排泄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〉（契約書第5条参照）

ア 通い・訪問・宿泊（介護費用分）すべてを含んだ一月単位の包括費用の額

利用料金は1ヶ月ごとの包括費用（定額）です。

下記の料金表によって、ご契約者の要支援・要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払いください（サービスの利用料金は、ご契約者の要支援・要介護度に応じて異なります）。

※小規模多機能のみの利用をされている方							
1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	要支援度 1 34,500円	要支援度 2 69,720円	要介護度 1 104,580円	要介護度 2 153,700円	要介護度 3 223,590円	要介護度 4 246,770円	要介護度 5 272,090円
2. うち、介護保険から給付される金額	31,050円	62,748円	94,122円	138,330円	201,231円	222,093円	244,881円
3. サービス利用に係る自己負担額(1-2)	3,450円	6,972円	10,458円	15,370円	22,359円	24,677円	27,209円
※併設している住宅型有料老人ホームに入居されている方							
1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	要支援度 1 31,090円	要支援度 2 62,810円	要介護度 1 94,230円	要介護度 2 138,490円	要介護度 3 201,440円	要介護度 4 222,330円	要介護度 5 245,160円
2. うち、介護保険から給付される金額	27,981円	56,529円	84,807円	124,641円	181,296円	200,097円	220,644円
3. サービス利用に係る自己負担額(1-2)	3,109円	6,281円	9,423円	13,849円	20,144円	22,233円	24,516円

※併設している住宅型有料老人ホームに入居されている方

※介護保険負担割合証が2割または3割に該当する場合は上記負担の2倍または3倍を請求します

☆ 月ごとの包括料金ですので、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定めた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いたしません。

☆ 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

- ☆ ご契約者に提供する食事及び宿泊に係る費用は別途いただきます（下記（２）ア及びイ参照）
- ☆ 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。

イ 加算（１日につき）

小規模多機能型居宅介護事業所に登録した日から起算して３０日以内の期間については、初期加算として下記の通り加算分の自己負担が必要となります。３０日を超える入院をされた後に再び利用を開始した場合も同様です。

Ex 介護１の場合

1. 加算対象サービスとサービス料金	初期加算（３０日まで） 30 単位（１日あたり）
	看護職員配置加算Ⅱ ※要介護 1～5 の認定者 700 単位（１月あたり）
	総合マネジメント体制強化加算Ⅱ 800 単位（１月あたり）
	介護職員処遇改善加算（Ⅱ） 総単位数×加算率 14.6%（１月あたり）
2. うち、介護保険から給付される金額	112,662 円（１月あたり）
3. サービス利用に係る自己負担額 （１－２）	12,518 円（１月あたり）

一部該当される契約者には別途、

- ・認知症加算Ⅲ 760 単位／月 認知症加算Ⅳ 460 単位／月
- ・若年性認知症利用者受入加算 800 単位／月

の自己負担がかかります。

※介護保険負担割合証が２割または３割に該当する場合は上記負担の２倍または３倍を請求します

（２）介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第５条参照）

以下のサービスは、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）

ご契約者に提供する食事に要する費用です。

料金：朝食：450円 昼食：650円 夕食：650円

イ 宿泊に要する費用

ご契約者に提供する宿泊サービスの宿泊に要する費用です。

1泊：3,200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

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です。

エ おむつ代 (各1袋)

サルバ R ハット	1,530 円
サルバスーパーホワイトハット	920 円
フレースケア ストロング	2,790 円
サルバやわ楽パンツ M・L・LL	2,470 円
サルバ安心 W フィットテープ M・L	4,080 円

経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2ヶ月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法 (契約書第5条参照)

前記(1)(2)の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し次のいずれかの方法により翌月20日までにお支払いください。

- ① 事業所での現金支払
- ② 自動口座引落とし (郵便局)

(4) 利用の中止、変更、追加 (契約書第6条参照)

- ☆ 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、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。
- ☆ 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の実施日の前日までに事業者へ申し出てください。
- ☆ 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。ただし、5.(2)の介護保険の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、当日になって利用の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 (自己負担相当額)の全額

☆ 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、他の利用可能日時を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記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 (契約書第18条参照)

(1) 当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以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口 (担当者)

[統括部長] 前田 修平

○受付時間 毎週月曜日～金曜日

9:00～17:00

また、苦情受付ボックスを玄関下駄箱上に設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

福山市役所 保健福祉局 介護保険課	〒720-8501 福山市東桜町3番5号 TEL 084-928-1166 FAX 084-928-1732
広島県国民健康保険団体連合会	〒730-0044 広島市中区宝町4番23号 RGB3・4・6・7・8F TEL 082-554-0783 FAX 082-544-6699
広島県社会福祉協議会 広島県福祉サービス 運営適正化委員会	〒732-0816 広島市南区比治山本町12-2 広島県社会福祉会館内 TEL 082-254-3419 FAX 082-250-6183

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、利用者の家族、地域住民の代表者、市町村職員、地域包括支援センター職員、小規模多機能型居宅介護について知見を有する者等

開催：隔月で開催

会議録：運営推進会議の内容、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〉

杉原医院 所在地 福山市加茂町字上加茂400-1

TEL 084-972-2007

横山歯科医院 所在地 福山市加茂町中野812

TEL 084-972-2100

高橋歯科クリニック 所在地 福山市加茂町中野244番地

TEL 084-972-5125

おきとう歯科クリニック 所在地 福山市神辺町大字新徳田字3丁目495

TEL 084-962-5511

9. サービス利用にあたっての留意事項

- サービス利用の際には、介護保険被保険者証を提示してください。
- 事業所内の設備や器具は本来の用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等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
- 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- 所持金品は、自己の責任で管理してください。
- 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ください。

10. サービス提供記録の開示について

○利用者又はご家族の求めに応じて、サービス提供記録を開示します。

令和 年 月 日

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

小規模多機能型居宅介護事業所 スマイル加茂

説明者職名 氏 名 印

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ました。

利用者住所
氏 名 印

利用者家族
住所
電話番号
氏名 印（続柄 ）

※ この重要事項説明書は、厚生労働省令第34号（平成18年3月14日）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説明のために作成したものです。