

(介護予防) 小規模多機能型居宅介護重要事項説明書

1 事業者（法人）の概要

名称・法人種別	株式会社メディカルケア
代表者名	池尾 深雪
所在地・連絡先	(住所) 富山県射水市東明七軒5-13 (電話) 0766-86-8857 (FAX) 0766-86-8856

2 事業所の概要

事業所の名称	ケアホームあきもと
所在地・連絡先	(住所) 富山県砺波市秋元289-1 (電話) 0763-34-7507 (FAX) 0763-34-7506
事業所番号	1690800147
管理者の氏名	高林 みゆき

3 小規模多機能型居宅介護の目的及び運営方針

(1) 目的

可能な限り住み慣れた地域、自宅での生活を継続するための支援を目的に、通いをベースに泊まり、訪問といった介護サービスを柔軟に組み合わせ対応します。

(2) 運営方針

- ・「いつでもどこでもその人らしく一緒に暮らす」をモットーに法人運営の基本に利用者主体の原則を掲げ、質の高いサービスの実践を目指します。
- ・新しい地域福祉サービス開発と住民参加のまちづくりを進めます。
- ・教育、研究機関との共同による福祉教育と福祉文化の醸成に貢献します。

(3) その他

事 項	内 容
小規模多機能型居宅介護計画の作成及び事後評価	センター方式を利用しアセスメントを行い、本人・家族の思いやこれまでのなじみのものを大切にしながら、よりよいケアができるよう、出来ない部分をさりげなく支援できるプランの作成をします。
従業員研修	職場内・外で実施

4 設備の概要

(1) 構造等

敷 地		3559 m ²
建 物	構 造	木造1階
	延べ床面積	375.75 m ²
	登録定員	29名（1日の利用人数 通い15名 泊まり9名）

(2) 居室

居室の種類	室 数	面積(一人当たりの面積)	備 考
一人部屋	9	9.11 m ² (9.11 m ²)	
二人部屋		m ² (m ²)	

(3) 主な設備

設 備	室 数	面積(一人当たりの面積)	備 考
居間・食堂	1	62.31 m ² (4.15 m ²)	
台 所	1	12.42 m ² (m ²)	
浴 室	1	9.25 m ² (m ²)	

5 職員の体制

従業者の職種	人数 (人)	区 分				常勤換算後 の人数(人)	職 務 の 内 容
		常勤(人)		非常勤(人)			
		専従	兼務	専従	兼務		
管 理 者	1		1			0.5	管理を一元的に行う
計画作成担当者	1		1			0.5	サービス計画を作成する
介護従業者	8	7		1		7.7	利用者の介護全般

6 職員の勤務体制

従業員の職種	勤務体制	休 暇
管 理 者	正規の勤務時間帯(8:30~17:30) 常勤で勤務	土・日・祝
計画作成担当者	正規の勤務時間帯(8:30~17:30) 常勤で勤務	土・日・祝
介護従業者	日勤(8:30~17:30) A勤(7:00~16:00) B勤(11:00~20:00) C勤(16:30~翌9:30) Ⓣ勤(8:30~16:30)	シフトによる

7 サービス内容と費用

(1) 介護保険給付対象サービス

ア サービス内容

食事、掃除、その他の家事等について、介護従業者がお客様のお手伝いをします。

種 類	内 容
日常生活の援助	利用者様がスムーズに生活できるよう、その場面においてできない部分をさりげなく援助します。
レクリエーション等	個々の趣味や興味のあることをしながら、楽しく過ごしていただきます。 買い物、ドライブ etc…外へ出る機会を増やし、気分転換できるよう配慮します
相談及び援助	親身になって本人さんの思いを理解し、話を聞きながら、解決の手助けをします。

イ 費用

原則として料金表の利用料金の1割、2割及び3割が利用者の負担額となります。

介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、料金表の利用料金全額をお支払ください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。

サービス提供証明書及び領収証は、後に利用料の償還払いを受けるときに必要となります。

【料金表】

	利用者負担額		
	1割	2割	3割
要支援1	3,450円	6,900円	10,350円
要支援2	6,972円	13,944円	20,916円
要介護1	10,458円	20,916円	31,374円
要介護2	15,370円	30,740円	46,110円
要介護3	22,359円	44,718円	67,077円
要介護4	24,677円	49,354円	74,031円
要介護5	27,209円	54,418円	81,627円

加算項目

(A) 初期加算

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とおり加算分の自己負担が必要となります。

初期加算の自己負担額 30円（1日あたり）

(B) 認知症加算 ※該当の場合、次のいずれか一つのみ算定します。

(1) 認知症加算（Ⅰ）・・・（新設）

(2) 認知症加算（Ⅱ）・・・（新設）

(3) 認知症加算（Ⅲ）・・・直近の主治医意見書で「高齢者認知症の日常生活自立度」がⅢ以上の登録利用者が対象になります。

(4) 認知症加算（Ⅳ）・・・要介護度2に該当し、直近の主治医意見書で「認知症高齢者の日常生活自立度」がⅡの登録利用者が対象になります。

認知症加算（Ⅰ）の自己負担額 920円（1か月あたり）

認知症加算（Ⅱ）の自己負担額 890円（1か月あたり）

認知症加算（Ⅲ）の自己負担額 760円（1か月あたり）

認知症加算（Ⅳ）の自己負担額 460円（1か月あたり）

(C) 看護職員配置加算

該當時は次のいずれか一つのみ算定します。

(1) 看護職員配置加算（Ⅰ）・・・常勤かつ専従の看護師を1名以上配置している事業所が対象になります。

(2) 看護職員配置加算（Ⅱ）・・・常勤かつ専従の准看護師を1名以上配置している事業所が対象になります。

(3) 看護職員配置加算（Ⅲ）・・・常勤換算法で看護職員を1名以上配置している事業所が対象になります。

看護職員配置加算（Ⅰ）の自己負担額 900円（1ヶ月あたり）

看護職員配置加算（Ⅱ）の自己負担額 700円（1ヶ月あたり）

看護職員配置加算（Ⅲ）の自己負担額 480円（1ヶ月あたり）

(D) 介護職員等処遇改善加算

(Ⅰ) 介護保険適用月額料金に14.9%加算されます。

(Ⅱ) 介護保険適用月額料金に14.6%加算されます。

(Ⅲ) 介護保険適用月額料金に13.4%加算されます。

(Ⅳ) 介護保険適用月額料金に10.6%加算されます。

(E) 訪問体制強化加算・・・訪問サービス担当の常勤の従業者を2名以上配置し、1月あたりの訪問回数が延べ200回以上の事業所が対象になります。
1,000円/月 ※区分支給限度額の対象外

(F) 総合マネジメント体制強化加算・・・個別サービス計画について、利用者や家族の環境の変化を踏まえ、介護職員や看護職員等の多職種協働により、随時適切に見直しを行い、かつ地域における活動への参加の機会が確保されている方が対象になります。

総合マネジメント体制強化加算 (I) 1,200円/月

総合マネジメント体制強化加算 (II) 800円/月

(G) 看取り連携体制加算・・・医師が看取りと診断し、看取り介護の説明を受け、同意した上でサービスを受け、なおかつ、事業所が看護職員配置加算 (I) を算定し、看護師との24時間連絡体制が確保されており、利用開始の際に説明し、同意を得ている方が対象となります。
64円/日 (死亡日から死亡日30日以下まで)

(H) サービス提供体制強化加算

①介護福祉士が70%以上配置されていること。 750円/月

②介護福祉士が50%以上配置されていること。 640円/月

③常勤職員が60%以上配置されていること。 350円/月

④7年以上の勤続年数のある者が30%以上配置されていること。 350円/月

(I) 中山間地域等における小規模事業所加算

(地域に関する状況)

所得単位数に乘じ10/100加算

(J) 科学的介護推進体制加算

40円/月 (新設)

(2) 介護保険給付対象外サービス

利用料の全額を負担していただきます。

(平成29年10月1日より消費税課税対象)

種 類	内 容	利 用 料
理髪・美容	出張による理容・美容	実費分
レクリエーション行事	ドライブや買い物などでの必要経費	実費分
滞在費	1泊2日	2,000円
食事代(非課税) (一般)	朝食	420円
	昼食	620円
	夕食	520円
	弁当	620円
タオル代	リース代	実費
寝具代	リース代	実費
感染症対策費	感染症対策として 使い捨て介護用エプロンを使用	連続泊まり利用 2340円 通い・訪問利用中心 1170円

○ その他の費用

食材料費その他小規模多機能型居宅介護サービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、お客様に負担させることが適当と認められる費用は、お客様の負担となります。

○ 当ホームでは、利用者様が気持ち良く過ごして頂けるようにアロマオイル、ミネラル水を提供いたします。(無料)

アロマオイル

香りを楽しみ、気分や気持ちをリラックスさせたり等多様な効果があります。

ミネラル水

高齢者はミネラル不足になり易く、ミネラル不足で骨が弱くなったりなどの様々な不健康な症状が出て来ます。その状態に陥らない為にミネラル水を飲んで頂きます。

8 利用料等のお支払方法

毎月、7日までに「7 サービスの内容と費用」に記載の金額を基に算定した前月分の利用料等を利用料明細書により請求いたします。利用料金は毎月 日に予めお知らせした金融機関から自動振替させていただきます。残高不足等により自動振替できなかった場合には速やかに下記の口座へお振り込みください。なお、お振込された金融機関の振込明細書をもって領収書に代えます。

北陸銀行 越前町支店

貯金種目 普通貯金 口座番号 5041870

口座名義 株式会社 メディカルケア代表取締役 池尾 深雪

9 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所 お客様相談窓口	苦情受付担当者 管理者 高林 みゆき 苦情解決責任者 管理者 高林 みゆき ご利用時間 8：30～17：30（月～金） ご利用方法 電話、FAX 又は来所
事業所外相談窓口	富山県国民健康保険団体連合会 TEL 076-431-9827 富山県福祉サービス運営適正化委員会 TEL 076-432-3280 砺波地方介護保険組合 TEL 0763-34-8333 砺波市高齢介護課 TEL 0763-33-1111 小矢部市健康福祉課 TEL 0766-67-8605 南砺市地域包括ケア課 TEL 0763-23-2034

1 0 非常災害時の対策

非常時の対応	火災通報装置の設置			
避難訓練及び防災設備	年2回の避難訓練の実施			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー(ヘッド)	51	消火器	2
	自動火災感知器	23		
	誘導灯	6		
	消防通報装置	1		
消防計画等	消防署への提出日：令和 年 月 日 防災管理者： 池尾 深雪			

1 1 協力医療機関等

医療機関	名称及び所在地	辻内科医院 富山県小矢部市津沢341-22
	電話番号	0766-61-3530
	診療科	内科・循環器科
	入院設備	なし
	名称及び所在地	伏木医院 富山県砺波市宮丸568
	電話番号	0763-32-2275
	診療科	内科
	入院設備	なし
歯科	名称及び所在地	となみの歯科診療所 富山県砺波市林837
	電話番号	0763-33-4788
	入院設備	なし

1 2 夜間緊急時の対応機関

名称及び所在地	砺波総合病院 富山県砺波市新富町1番61号
電話番号	0763-32-3320

1.3 住居の利用にあたっての留意事項

来訪・面会	<p>面会時間 10:00～ 19:00</p> <p>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。</p> <p>来訪者が宿泊される場合には、必ず許可を得てください。</p>
外出・外泊	<p>外出・外泊の際には、必ず行く先と帰宅日時を職員に申し出てください。</p>
居室・設備・器具の利用	<p>住居内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。</p> <p>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。</p>
喫煙	<p>全館・敷地内禁煙</p>
迷惑行為等	<p>騒音等他の入居者の迷惑のなる行為はご遠慮ください。</p> <p>また、むやみに他の入居者の居室等に立ち入らないでください。</p>
所持金品の管理	<p>所持金品は、自己の責任で管理してください。</p>
宗教活動・政治活動	<p>住居内での他の入居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。</p>
損害賠償責任保険加入先	<p>東京海上日動保険株式会社</p>

<平成29年12月 1日 作成>	
<平成28年 7月 1日 改正>	管理者変更
<平成29年10月 1日 >	利用料金変更（消費税課税）
<平成29年10月 1日 >	管理者変更
<平成31年 4月 1日 >	管理者変更
<令和 1年10月 1日 >	介護報酬改定による利用料金変更
<令和 3年 4月 1日 >	介護報酬改定による利用料金変更
<令和 3年11月 1日 >	管理者変更
<令和 4年 2月 1日 >	利用料金変更（2割及び3割を表に追加）
<令和 4年 7月 1日 >	管理者変更
<令和 4年10月 1日 >	利用料金変更（感染症対策費）
<令和 5年 3月 1日 >	管理者変更
<令和 5年 3月 1日 >	利用料金変更（食費）
<令和 6年 4月 1日 >	管理者変更、介護報酬改定による利用料金変更
<令和 7年 2月 1日 >	利用料金変更（食費）

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、小規模多機能型居宅介護のサービス内容及び重要事項の説明をしました。

令和 年 月 日

事業者	住 所	富山県砺波市秋元289-1	
	事業者(法人)名	株式会社 メディカルケア	
	施 設 名	ケアホームあきもと	
	(事業所番号)	1690800147	
	代表者名	池尾 深雪	印
説明者	職 名		
	氏 名		印

私は、重要事項説明書に基づいて、小規模多機能型居宅介護のサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者	住 所		
	氏 名		印
代理人 (選任した場合)	住 所		
	氏 名		印