

重要事項説明書

私は、契約書並びに本書面により、指定小規模多機能型居宅介護事業または介護予防小規模多機能型居宅介護サービスの提供に関する重要事項の説明を受け、指定小規模多機能型居宅介護事業または介護予防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す。

平成 年 月 日

利用者	住所 _____ 氏名 _____ 印
署名代行者	私は、下記の理由により利用者に代わり、上記署名を行いました。 私は、利用者本人の意思を確認しました。 住所 _____ 氏名 _____ 印 本人との関係 (_____) 署名代行理由 (_____)

指定小規模多機能型居宅介護事業または介護予防小規模多機能型居宅介護サービスの提供の開始に際し、契約書及び本書面に基づき、重要事項の説明を行いました。

事業者	住所 石川県小松市土居原町297-1 事業所名 小規模多機能型居宅介護事業所 ○○ 医療法人社団 愛康会 理事長 加登 康洋 印 説明者 _____
-----	---

あなたに対する指定小規模多機能型居宅介護事業または介護予防小規模多機能型居宅介護サービスの提供開始にあたり、平成18年3月14日厚生労働省令第34号第88条（準用）第9条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業者の概要

事業者名称	医療法人社団 愛康会 小松ソフィア病院
主たる事務所の所在地	石川県小松市沖周辺土地区画整理事業地内 仮地番5街区30号
法人種別	医療法人社団
代表者名	加登 康洋
電話番号	0761-22-0751

介護保険法令に基づき石川県知事又は小松市長から指定を受けている事業所名称（指定番号）	各事業所につき介護保険法令に基づき石川県知事又は小松市長から指定を受けている居宅介護サービスの種類
訪問看護ステーション はなはな （指定事業者番号：1760390789）	訪問看護
居宅介護支援事業所 ソフィア （指定事業者番号：1770300737）	居宅介護支援事業所
（仮称）小規模多機能型居宅介護 はなはな （指定事業者番号：0000000000）	小規模多機能型居宅介護

2. ご利用事業所

ご利用事業所の名称	（仮称）小規模多機能型居宅介護 はなはな	
指定事業者番号	0000000000	
所在地	石川県小松市土居原町297-1	
電話番号	0000-00-0000	
管理者氏名	〇〇 〇〇	
営業日	365日	
営業時間（訪問サービス）	24時間	
同（通いサービス）	午前9時～午後4時30分まで	
同（宿泊サービス）	午後4時30分～翌朝午前9時まで	
通常の事業の実施地域	小松市全域	
登録定員	25人 ※ 当事業所は、原則として利用申込に応じますが、	
利用定員（通いサービス）	15人 ご登録をいただいている場合であっても、利用	
同（宿泊サービス）	定 9人 員を超過する場合には、通いサービス又は宿 泊サ ービスの提供ができない日がある場合があります ので、ご了承ください。	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	指定小規模多機能型居宅介護サービスの提供に当たっては、ご利用者様がその居宅、又は当該施設において、家庭的な環境と地域住民の方々との交流の下で、入浴・排泄・食事等の介護その他の日常生活上のお世話及び機能訓練を行うことにより、ご利用者様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します。 指定介護予防小規模多機能型居宅介護サービスの提供に当たっては、ご利用
-------	--

	<p>用者様が可能な限りその居宅、又は当該施設において、家庭的な環境と地域住民の方々との交流の下で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日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、ご利用者様の心身機能の維持回復を図り、もってご利用者様の生活機能の維持又は向上を目指すものとします。</p> <p>事業の実施にあたってはご利用者様の意思及び人格を尊重し、常にご利用者様の立場に立ったサービス提供に努めるものとします。</p> <p>また、地域との結び付きを重視し、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービス機関と密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。</p>
運営の方針	

4. 従業者の職種、員数及び勤務の体制

従業者の職種	職務の内容	指定基準
管理者	職員、業務の一元的な管理	1名
看護師又は 准看護師	心身の健康管理、口腔衛生と機能の チェック及び指導、保健衛生管理	1名
介護職員	食事、入浴、排泄等日常生活全般に おける介護業務	夜間及び深夜の時間帯以外 ●通いサービス： 利用者の数が3又はその端数 を増すごとに1名以上 ●訪問サービス：1名以上 夜間帯 ●宿泊サービス：1名以上 ●訪問サービス：1名以上 (宿直又は自宅待機)
計画作成 担当者	小規模多機能型居宅介護計画又は介護予 防小規模多機能型居宅介護計画の作成、居 宅サービス及び指定介護予防サービス等の 利用に係わる計画の作成、小規模多機能型 居宅介護の利用に関する市町村への届出の 代行を行う。	1名

※兼務有

5. サービスの内容と設備の概要

<p>●サービスの内容</p> <p>利用者様の心身の状況、希望及びその置かれている環境をふまえて、援助の目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した小規模多機能型居宅介護計画又は介護予防小規模多機能型居宅介護計画を作成</p>	<p>●通いサービス</p> <p>事業所において、食事、入浴、排泄等の日常生活上の世話や機能訓練を行います。</p>
---	---

<p>するとともに、これを基本としつつ、利用者様の日々の様態、希望等を勘案し随時適切に通いサービス、訪問サービス又は宿泊サービスを組み合わせた介護を行うものとしします。</p> <p>小規模多機能型居宅介護計画又は介護予防小規模多機能型居宅介護計画を作成した際は、すみやかに当該計画を利用者様に交付するものとしします。</p>	<p>●訪問サービス 利用者様宅を訪問し、食事、入浴、排泄等の日常生活上の世話や機能訓練を行います。</p>
	<p>●宿泊サービス 一時的に事業所に宿泊し、食事、入浴、排泄等の日常生活上の世話や機能訓練を行います。</p>

宿泊室	一室あたりの面積	室数
	8. 6 2 7 m ²	4 室
	7. 7 1 8 m ²	3 室

※宿泊に必要な家具・備品を備えています。

食堂 兼 居間	利用者様が使用できる十分な広さを備えた食堂を設け、利用者様が使用できるテーブルやイス、食器類等の備品を備えています。尚、食堂と居間は同一の場所としています。
浴室	浴槽は利用者様が使いやすい、家庭的な浴槽と、立位が困難な利用者様でも安心して入浴できる特殊浴槽を設けています。

6. 利用料金

①基本料金（1カ月当たり）

介護区分	利用料	自己負担分(1割)
要支援1	44,980円	4,498円
要支援2	80,470円	8,047円
要介護1	115,050円	11,505円
要介護2	164,320円	16,432円
要介護3	234,390円	23,439円
要介護4	257,650円	25,765円
要介護5	283,050円	28,305円

②加算料金

A 初期加算...登録日から起算して30日の期間については、下記のとおり加算分の自己負担が必要となります。30日を超える入院後の再利用時も同様です。

サービス料金	300円（1日あたり）
介護保険から給付される額	270円（1日あたり）
自己負担額	30円（1日あたり）

B 認知症加算...主治医意見書の認知症日常生活自立度を参考に加算されます。（要介護のみ）

・認知症加算(Ⅰ)...認知症日常生活自立度Ⅲと認められた方

サービス料金	8,000円（1月あたり）
介護保険から給付される額	7,200円（1月あたり）
自己負担額	800円（1月あたり）

・認知症加算(Ⅱ)...要介護度2に該当し、認知症日常生活自立度Ⅱと認められた方

サービス料金	5,000円（1月あたり）
介護保険から給付される額	4,500円（1月あたり）

自己負担額	500円（1月あたり）
-------	-------------

C 看護職員配置加算 I（要介護のみ）

サービス料金	9,000円（1月あたり）
介護保険から給付される額	8,100円（1月あたり）
自己負担額	900円（1月あたり）

D サービス提供体制加算 I

サービス料金	5,000円（1月あたり）
介護保険から給付される額	4,500円（1月あたり）
自己負担額	500円（1月あたり）

E 事業開始時支援加算...事業開始後1年未満であって、登録定員数に対する利用者数の割合が70%を超えるまでの期間を対象とします。
（区分支給限度額基準の算定対象から除外されます。）

サービス料金	5,000円（1月あたり）
介護保険から給付される額	4,500円（1月あたり）
自己負担額	500円（1月あたり）

F 介護職員処遇改善加算(I)

③介護保険の給付対象とならないサービス（利用料金の全額が自己負担となります。）

A 食事の提供に関する費用

朝食	昼食	おやつ	夕食
300円	600円	100円	500円

※1回あたりの料金です。

※外食を希望された場合は実費となります。

B 宿泊に要する費用

宿泊費（一泊あたり）
3,000円

C 遠方への送迎にかかる費用

利用者の居宅が当該事業所の通常の事業実施地域以外にある時は、送迎に要する費用及び訪問サービスに要した交通費について、事業実施地域を超える地点からの距離に応じた実費をいただきます。

D レクリエーションや趣味活動に要する費用

利用者の希望によりレクリエーションや趣味活動に参加して頂いた場合は、材料費等の実費をいただきます。

7. 苦情申立窓口

利用者相談窓口	受付時間	午前9時～午後4時30分
	電話番号	0761-00-0000

	住所 担当者	石川県小松市土居原町297-1 ○○ ○○
小松市役所長寿介護課	受付時間 電話番号 住所	午前8時30分～午後5時30分 (土日・祝日を除く) 0761-24-8147 石川県小松市小馬出町91番地
石川県国民健康保険 連合会介護保険課	受付時間 電話番号 住所	午前8時30分～午後5時30分 (土日・祝日を除く) 076-261-5148 石川県金沢市幸町12番地1

8. 協力医療機関

小松ソフィア病院	所在地	〒923-0861 石川県小松市沖周辺土地区画整理事業地内 仮地番5街区30号
	電話番号	0761-22-0751
	FAX	0761-22-0725
○○歯科医院	所在地	〒923-0000 石川県小松市
	電話番号	0761-00-0000
	FAX	0761-00-0000

9. 非常災害対策

関係機関への通報・連絡体制の整備について	「小規模多機能型居宅介護事業所 ○○ 防災計画」に従い、災害時の対応を行います。
避難・救出等必要な訓練の実施について	「小規模多機能型居宅介護事業所 ○○ 防災計画」に従い、年2回以上、昼間及び夜間における災害を想定した避難訓練等を実施します。