

重要事項説明書

(看護小規模多機能型居宅介護)

当事業所はご契約者に対して看護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。

1. 事業者

法人名	有限会社 親和
法人所在地	広島県福山市鞆町鞆552番地
代表者氏名	羽田富美江
電話番号	084-982-4110
設立年月日	平成15年10月3日

2. 事業所の概要

事業所名称	さくらホームおおの家
事業所所在地	相生市大谷町1番20号
電話番号・FAX	TEL 0791-24-3620 Fax 24-3621
介護保険指定番号	2894200035
管理者の氏名	羽田 完治
サービスを提供する地域	相生市
開設年月	令和4年4月1日
登録定員	29名（通いサービス定員17名 宿泊定員7名）

3. 事業所の目的と方針

事業の目的	本事業は、要介護者について状態や希望に応じて随時「通い」「訪問」「訪問看護」「泊まり」を組み合わせサービスを提供し、その療養生活を支援するための看護サービスを加え、心身の機能維持回復及び生活の維持又は向上を目指すものとする。 食事、入浴、排泄等の日常生活の世話及び日常生活の中での心身の機能訓練を行うことにより、安心と尊厳のある生活を、利用者がその有する能力に応じ、可能な限り自立して営むことが出来るよう支援することを目的とする。あわせて、利用者の家族との交流の機会の確保、地域住民との交流を図っていく。
施設の運営方針	要介護者に対し、利用者及び家族のニーズを把握し、同意を得て、安心と尊厳のある生活を、利用者がその有する能力に応じ、可能な限り自立して営むことができるよう支援し、温かい心の通う適切な介護を提供する。

4. 職員体制

従業員	管理者	1名（常勤 介護職員と兼務）
	介護支援専門員	1名（常勤 介護職員と兼務）
	看護職員	一日1名以上
	介護職員	一日7名以上（常勤、非常勤で通いサービス及び訪問サービス職員を含む）

5. 営業日及び営業時間

営業日	年中無休 365日
サービス提供時間	通 い：午前9時00分～午後5時30分 訪 問：24時間対応 泊まり：午後5時00分～翌朝10時00分

6. 従業員の業務内容

職 種	業 務 内 容
管理者	従業員の管理、業務の実施状況の把握、その他の管理業務
介護支援専門員	居宅サービス計画の作成（看護小規模多機能型居宅介護計画）
看護職員	医師の指示書に基づき、利用者に対して療養上の世話又は必要な診療の補助を行う
介護職員	看護小規模多機能居宅介護計画に基づき、介護業務にあたる

7. サービスの内容

サービスの種類	サービスの内容
① 通い	送迎、健康チェック、食事、入浴 機能訓練、体操、レクリエーションその他
② 訪 問	居宅を訪問して日常生活上の世話及び介護予防上の世話
③ 泊まり	送迎、健康チェック、食事、入浴その他 宿泊室：個室7室（洋間4室・和室3室）広さ：9㎡～18㎡
④ 訪問看護	居宅を訪問して療養上の世話または必要な診療の補助を行う

8. 利用料金

看護小規模多機能型居宅介護サービスを提供した場合の利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、負担割合毎の金額は下記の通りとする。

【料金表：基本料金／月】

※一月単位の包括費用の額

要介護度	1割負担の額	2割負担の額	3割負担の額
要介護1	12,447円	24,894円	37,341円
要介護2	17,415円	34,830円	52,245円
要介護3	24,481円	48,962円	73,443円
要介護4	27,766円	55,532円	83,298円
要介護5	31,408円	62,816円	94,224円

【料金表：加算料金】

加算料金	1割負担の額	2割負担の額	3割負担の額	備考
初期加算料金	30円／日	60円／日	90円／日	登録日から30日以内
認知症加算 (Ⅱ)	890円／月	1,780円／月	2,670円／月	認知症介護実践リーダー研修等修了者を配置日常生活自立度Ⅲ以上 要介護2で日常生活自立度Ⅱ
(Ⅳ)	460円／月	920円／月	1,380円／月	
若年性認知症利用者 受入加算	800円／月	1,600円／月	2,400円／月	若年性認知症の方の受け入れ
退院時共同指導加算	600円／月	1,200円／月	1,800円／月	退院時等共同指導を行ったあと初回の訪問看護サービス
緊急時訪問看護加算	774円／月	1,548円／月	2,322円／月	緊急時訪問看護サービス
体制強化加訪問算	1,000円／月	2,000円／月	3,000円／月	訪問サービス200回以上/月
総合マネジメント 体制強化加算 (Ⅰ)	1,200円／月	2,400円／月	3,600円／月	医師やその他サービス、地域との連携を計画
介護職員等処遇改善 加算 (Ⅰ)	単位数×16.8%	単位数×16.8%	単位数×16.8%	所定単位数の16.8%を加算
サービス提供体制強化 加算 (Ⅰ)	750円／月	1,500円／月	2,250円／月	介護福祉士を70%以上配置
特別管理加算 (Ⅰ)	500円／月	1,000円／月	1,500円／月	悪性腫瘍・気管切開を受けている 気管カニューレ・留置カテーテル
特別管理加算 (Ⅱ)	250円／月	500円／月	750円／月	透析 酸素 経管栄養 人工肛門 褥瘡 疼痛管理
ターミナルケア加算	2,500円／月	5,000円／月	7,500円／月	ターミナルケアの提供

[料金表：その他保険外サービス等]

食事に要する費用	朝 300 円、昼 650 円、夕食 600 円 * 特別食ご利用の方は、別途料金頂きます。
泊まりに要する費用	2, 5 0 0 円 / 1 泊 (食事は別途料金)
オムツ代	事業所がおむつを提供した場合は、実費をお支払いただきます。
イベント等	季節の行事は実費をお支払いただきます。
文化活動	手芸・生け花等は実費をお支払いただきます。
理美容代	カット・パーマ、歯ブラシ、化粧品などの日常生活費は実費をお支払いただきます。
病院同行等費用	相生市を超えて行う看護小規模多機能型居宅介護に要した交通費及び病院受診付き添い等費用は、実費徴収する。ただし交通費は出発点から、1 km ごとに 5 0 円の負担になります。 同行費用は半日(4 時間迄)で 5,000 円。1 日(8 時間迄)は 10,000 円のご負担になります。

9. 苦情等申立先

相談窓口	苦情解決責任者：辻下 奈美
相談窓口	苦情相談窓口責任者：羽田 完治
ご意見箱の設置	1 階玄関ホールに設置
電話番号	0 7 9 1 - 2 4 - 3 6 2 0
相生市介護保険担当課	0 7 9 1 - 2 2 - 7 1 2 4
兵庫県国保連合会	0 7 8 - 3 3 2 - 5 6 1 7

10. 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、病状の急変等に備えて以下の医療機関を協力医療機関として連絡体制を整備しています。

〈協力医療機関〉		
半田中央病院	所在地：相生市旭 3 丁目 2 - 1 8	TEL (0791) 22-0656
はぎの内科クリニック	所在地：相生市川原町 1 4 - 3	TEL (0791) 24-3333
井上歯科医院	所在地：相生市那波大浜町 1 2 - 6	TEL (0791) 22-6084
池内歯科医院	所在地：相生市旭 1 丁目 7 - 1 8	TEL (0791) 22-8678

11. 運営推進会議の設置

当事業所では、看護小規模多機能型居宅介護提供にあたり、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、看護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：おおむね 2 ヶ月に 1 回以上で開催。	
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。	

12. 利用者の損害補償

さくらホームおおの家は、介護予防とリハビリテーションを主たる目的としているため、施設内や施設周辺設備に意図的に段差を設けています。またその個人の能力に応じ、買い物、散歩などの機会を多くとります。このため転倒などの予期せぬ事故を完全には防げないものとご了承をお願いいたします。サービスの提供に当たって、当事業所の責任に帰すべき事由で、利用者の生命、身体、財産に損害を与えた場合はその損害を下記損害保険会社の損害補償の範囲で賠償致します。

あいおい損害保険（株） 代理店 （有）R・M・C・モリ

TEL 0791-64-6716

13. サービス利用に当たっての留意事項

○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。

○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。

○利用者又は家族の金銭（預り金を除く）、預貯金通帳、証書、書類などの預かり。

○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。

○事業所内では飲酒はご遠慮ください。

○喫煙は、定められた場所をお願いいたします。

○当事業所の利用者が、2週間以上入院された場合は一度解約をし、退院後改めて再契約できるものといたします。但し1ヵ月以内に退院が決まっている場合契約解除せず書面の変更なく継続利用とし再契約したものとみなします。

私は、本書面に基づいて事業所の職員（ ）から説明を受け同意しました。

令和 年 月 日

利 用 者 住所

氏名

利用者代理人等 住所

氏名