

重要事項説明書

(小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護)

あなたに対する介護サービスの提供開始にあたり、介護保険法第78条の4第1項及び第2項に基づいて、当事業所があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業者

| | |
|---------|--------------------|
| 事業者の名称 | 陽気株式会社 |
| 事業者の所在地 | 広島県福山市神辺町道上1330番地1 |
| 法人種別 | 株式会社 |
| 代表者名 | 國上 賢一 |
| 電話番号 | 084-962-3433 |

2. 事業所の概要

| | |
|-------------|--|
| 施設の名称 | 小規模多機能型居宅介護ようき道上南 |
| 施設の所在地 | 広島県福山市神辺町道上1331番地1 |
| 電話・FAX番号 | Tel 084-965-6231 Fax 084-960-3367 |
| 介護保険指定番号 | 3491501320 |
| 管理者の氏名 | 近藤 香織 |
| サービスを提供する地域 | 北部3 福山市日常生活圏域 |

3. 事業所の目的と方針

| | |
|---------|---|
| 事業の目的 | 本事業は、通いを中心として要介護者あるいは要支援者の態様や希望に応じて随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせるサービスを提供し、生活の継続を支援する。 |
| 施設の運営方針 | 要支援、要介護の認定を受けた高齢者に対し、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） |
| | 計画作成担当者 | 1名（非常勤） |
| | 看護職員 | 1名（常勤） |
| | 介護職員 | 12名（常勤9名、非常勤3名で通いサービス及び訪問サービス職員を含む） |

5.営業日、営業時間及び連絡先

| | |
|------|--|
| 営業日 | 年中無休 |
| 営業時間 | 通 い:午前 9時00分～午後 18時30分 訪 問:24時間対応 泊まり:午後 18時30分～翌朝 9時00分 |
| 連絡先 | 084－965－6231（管理者 近藤） |

6.サービスの提供時間帯

| | |
|----------|------|
| サービス提供時間 | 24時間 |
|----------|------|

7.従業者の業務内容

| 職 種 | 業 務 内 容 |
|---------|----------------------------|
| 管理者 | 従業者の管理、業務の実施状況の把握、その他の管理業務 |
| 計画作成担当者 | 居宅サービス計画の作成 |
| 介護職員 | 小規模多機能型居宅介護サービスの提供 |

8.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、介護の予防、病気の予防 食事、入浴、機能訓練、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 |

9.利用料金

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、当該小規模多機能型居宅介護が法定代理受領サービスであるときは、利用料のうち各利用者の負担割合に応じた額の支払いを受けるものとする。

〔料金表:基本料金／月〕

| 要支援・要介護度 | 1割負担の額 | 2割負担の額 | 3割負担の額 |
|----------|----------|----------|----------|
| 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 |

| 加算内容 | 1割負担の額 | 2割負担の額 | 3割負担の額 | 備考 |
|-------------------|------------------------|----------|----------|-----------------|
| 初期加算 | 30円／日 | 60円／日 | 90円／日 | 登録日から30日以内 |
| 認知症加算(Ⅰ) | 920円／月 | 1,840円／月 | 2,760円／月 | |
| 認知症加算(Ⅱ) | 890円／月 | 1,780円／月 | 2,670円／月 | |
| 認知症加算(Ⅲ) | 760円／月 | 1,520円／月 | 2,280円／月 | |
| 認知症加算(Ⅳ) | 460円／月 | 920円／月 | 1,380円／月 | |
| 看護職員配置加算(Ⅰ) | 900円／月 | 1,800円／月 | 2,700円／月 | |
| 看護職員配置加算(Ⅱ) | 700円／月 | 1,400円／月 | 2,100円／月 | |
| 看護職員配置加算(Ⅲ) | 480円／月 | 960円／月 | 1,440円／月 | |
| 訪問体制強化加算 | 1,000円／月 | 2,000円／月 | 3,000円／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 | |
| 総合マネジメント体制強化加算(Ⅱ) | 800円／月 | 1,600円／月 | 2,400円／月 | |
| 生活機能向上連携加算(Ⅰ) | 100円／月 | 200円／月 | 300円／月 | |
| 生活機能向上連携加算(Ⅱ) | 200円／月 | 400円／月 | 600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 | 小規模多機能型居宅介護 |
| 若年性認知症利用者受入加算 | 450円／月 | 900円／月 | 1,350円／月 | 介護予防小規模多機能型居宅介護 |
| 栄養スクリーニング加算 | 5円／回 | 10円／回 | 15円／回 | 6月に1回を限度 |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ) | 750円／月 | 1,500円／月 | 2,250円／月 | |
| サービス提供体制強化加算(Ⅱ) | 640円／月 | 1,280円／月 | 1,920円／月 | |
| サービス提供体制強化加算(Ⅲ) | 350円／月 | 700円／月 | 1,050円／月 | |
| 介護職員等処遇改善加算 | 一ヶ月の介護保険利用額に14.9%を乗じた額 | | | |

〔料金表 その他保険外サービス等〕

| | |
|-----------|---|
| 食事に要する費用 | 380円／朝食 300円／昼食 570円／夕食(昼、夕食宅配) |
| 泊まりに要する費用 | 4,000円／1泊(夕、朝食付き) |
| オムツ代 | 事業所がオムツを提供した場合は、実費をお支払いいただきます。 |
| イベント等 | 季節の行事は実費をお支払いいただきます。 |
| 文化活動 | 手芸・生け花等は実費をお支払いいただきます。 |
| 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いただきます。 |

10. 苦情等申し立て先

| | |
|--------|-----------------|
| 苦情相談窓口 | 事務室 管理責任者:近藤 香織 |
| 苦情箱の設置 | 玄関に設置 |
| 電 話 | 084-965-6231 |

私は、本書面に基づいて事業所の職員()から、上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

令和 年 月 日
利 用 者 住 所

氏 名 印

利用者代理人等住所

氏 名 印