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　重要事項説明書

1　運営の方針

住み慣れた地域で自立した日常生活が営めるよう、小規模多機能型居宅介護事業の特徴を活かしたサービスの提供を行います。

1）ご利用者様の心身機能の維持及び社会的孤独感の解消を行うとともに、ご家族様の身体的、精神的負担を軽減します。

2）ひとり一人の思いや願いを尊重し、常にご利用者様の立場に立ったサービスを提供します。その能力に応じたサービスの提供を行います。

3）地域福祉の向上のため、関係諸機関と密接に連携します

4）ご利用者様が、ご家族や地域の人々との絆が強まるよう支援します。

2　事業所の概要

事業者名称	社会福祉法人ジェイエー長野会
主たる事務所の所在地	長野県長野市大字南長野北石堂町 1177-3
法人種別	社会福祉法人
代表者名	理事長　上原　孝義
電話番号	TEL　０２６－２２３－０５３３　FAX０２６－２２３－２２２５

3 ご利用事業所

ご利用事業所の名称	小規模多機能型居宅介護施設　あぐりかなえ
指定事業者番号	第　2090500220　号
所在地	長野県飯田市鼎上山 2662-1
電話番号	TEL０２６５－２４－００８４　FAX０２６５－５６－８５２６
営業日 営業時間（訪問サービス） 同　（通いサービス） 同　（宿泊サービス）	３６５日 ２４時間 ６時～２３時 ２３時～　６時
通常の事業の実施地域	飯田市内（上村・南信濃は除く）
登録定員 利用定員（通いサービス） 同　（宿泊サービス）	２９人 １８人 ９人

4　職員体制

従業者の職種	業務の内容	人数	勤務の体制
管理者	業務の統括	１名	１名（兼務）
計画作成担当者	介護計画の作成	１名	１名以上（兼務）
介護職員	通い・訪問・泊りの実施	８名	常勤４名　非常勤４名
看護職員	健康状態の把握と処置	１名	常勤　名　非常勤１名

5　施設の概要

宿泊室	9室
部屋等	リビングルーム１室　和室２室　事務室１室
トイレ	車椅子対応トイレ３か所
浴　室	一般浴　車いす浴あり
台　所	１室

6　サービスの概要

サービス種類	内　訳	内　容
通いサービス	食事	食事の提供及び食事の介助をします。 身体状況・嗜好・栄養バランスに配慮した献立表にもとづき、提供します。 調理、配膳等を介護従事者と共に行うこともできます。 食事サービスの提供は任意です。
	排泄	状況に応じ、適切な介助を行うとともに、排泄の自立に適切な援助を行います。
	入浴	状況に応じ、衣服の着脱、身体の清拭、洗髪、洗身等の適切な介助を行います。 入浴サービスは任意です。
	機能訓練	状況に応じ、生活の中で機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。
	健康チェック	血圧測定、体温測定等、利用者の健康状態の把握に努めます。
	送迎	ご希望により、ご自宅と施設との間の送迎をします。
訪問サービス		ご自宅に伺い、身体の介護や生活のお世話をします。
宿泊サービス		宿泊していただき、食事、入浴、排泄等の日常生活のお世話を提供します。

7 サービスの利用料金

① 保険給付サービス　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。1ヶ月毎の包括費用（月定額）です。

・サービス利用料金は利用者の要介護度に応じて異なります。

・月毎の包括料金ですので、利用者の体調不良や状態の変化等により当初のサービス計画に定められた日数よりも利用が少なかった場合、または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。

・月途中からの登録の場合、または月途中で登録を終了した場合には、登録した期間に応じて日割りの料金をお支払いいただきます。登録日（終了日）とは以下の日を指します。
登録日・・・・利用者が訪問、通所、宿泊のいずれかのサービスを利用開始した日
登録終了日・・利用者と事業所の利用契約を終了した日

・介護保険給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて利用者の負担額を変更します。

・ご本人の合計所得額により利用者負担が異なります。負担割合については、保険者より交付されます。「介護保険負担割合証」にて確認をさせていただきます。

◎１割負担の場合

介護度	利用料金	介護保険から給付される金額	利用者負担
要支援１	34,500 円	31,050 円	**3,450 円**
要支援２	69,720 円	62,748 円	**6,972 円**
要介護１	104,580 円	94,122 円	**10,458 円**
要介護２	153,700 円	138,330 円	**15,370 円**
要介護３	223,590 円	201,231 円	**22,359 円**
要介護４	246,770 円	222,093 円	**24,677 円**
要介護５	272,090 円	244,881 円	**27,209 円**

◎２割負担の場合

介護度	利用料金	介護保険から給付される金額	利用者負担
要支援１	34,500 円	27,600 円	**6,900 円**
要支援２	69,720 円	55,776 円	**13,944 円**
要介護１	104,580 円	83,664 円	**20,916 円**
要介護２	153,700 円	122,960 円	**30,740 円**
要介護３	223,590 円	178,872 円	**44,718 円**
要介護４	246,770 円	197,416 円	**49,354 円**
要介護５	272,090 円	217,672 円	**54,418 円**

◎３割負担の場合

介護度	利用料金	介護保険から給付される金額	利用者負担
要支援１	34,500 円	24,150 円	**10,350 円**
要支援２	69,720 円	48,804 円	**20,916 円**
要介護１	104,580 円	73,206 円	**31,374 円**
要介護２	153,700 円	107,590 円	**46,110 円**
要介護３	223,590 円	156,513 円	**67,077 円**
要介護４	246,770 円	172,739 円	**74,031 円**
要介護５	272,090 円	190,463 円	**81,627 円**

②加算料金

算定	項目	①は１割負担の場合　②は２割負担の場合
	初期加算（登録日から 30 日以内の期間）	①　30 単位（日額）②　　60 単位（日額）
	看護職員配置加算（Ⅲ）（介護予防を除く）	①　480 単位（月額）②　960 単位（月額）
	認知症加算（Ⅲ）（介護予防を除く）	①　760 単位（月額）②　1520 単位（月額）
	認知症加算（Ⅳ）（介護予防を除く）	①　460 単位（月額）②　920 単位（月額）
	サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	①　640 単位（月額）②　1,280 単位（月額）
	総合マネジメント体制強化加算（Ⅱ）	①　800 単位(月額)　　②　1600 単位（月額）
	科学的介護推進体制加算	①　40 単位(月額)　　②　80 単位（月額）
	介護職員処遇改善加算Ⅰロ	基本料金+加算料金×18.6%
	生産性向上推進体制加算Ⅱ	①　10 単位（月額）　②　20 単位（月額）

地域区分　飯田市 1 単位＝10 円

③　その他のサービス料金（介護保険外）

介護保険適用外実費

項目	1日当たり金額	内訳
食費	1,770円	朝400円　昼780円　夕590円
宿泊費	3,000円	
光熱水費	220円	
洗濯費	330円	1回

項目	内容	
レクリエーション・ クラブ活動費	利用者の希望により、教育娯楽として活動する場合の材料費	実費
任意活動・希望活動費	個別に活動したもの	実費
通常の実施地域以外の交通費		10㎞まで100円 10㎞以上200円

お支払いは、月末締切の翌月の２０日までに次の方法でお支払下さい。

①　口座振替

8　守秘義務

事業所及び職員は、業務上知りえた利用者及びご家族の秘密を、正当な理由がなく第三者に漏らしません。

9　身体拘束の廃止

①　ご利用者ご本人又は他のご利用者の生命・身体を保護するために緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他ご利用者様の行動を制限する行為は行いません。

②　次の要件をすべて満たす緊急やむをえない場合は担当者会議で十分に検討し、ご家族の了解を得た後に実施します。またその際は、心身の状況や時間等の必要事項を記録します。

要件　・ご利用者ご本人又は他のご利用者の生命・身体に危険の及ぶ可能性が著しく高いこと
・身体拘束を行う以外に対処法が無いこと
・身体拘束が一時的であること

10　相談窓口、苦情対応

責任者及び担当者	ご利用時間　午前8時30分～午後5時30分 ご利用方法　TEL　0265-24-0084 担当者　中平　博敏
飯田市長寿支援課	ご利用方法　TEL　0265-22-4511
長野県県国民健康保険団体連合会	ご利用方法　TEL　026-238-1580　FAX　026-238-1581
第三者委員	飯田市鼎地区児童民生委員　多田　雅幸　TEL　0265-23-0193

11　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	消防計画に基づき、人命を最優先した避難誘導を行います。 緊急連絡網に基づき、関係省庁・関係機関・職員等への連絡をします。
避難・救出等必要な訓練の実施について	年に 2 回以上の訓練を実施します

12　緊急時の対応方法

利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。
緊急連絡先に連絡いたします。

利用者の主治医	氏名	
	医療機関の名称	
	所在地	
	電話番号	
協力医療機関	医療機関の名称	社会医療法人健和会　健和会病院
	所在地	長野県飯田市鼎中平 1936
	電話番号	TEL0265-23-3115
協力医療機関	医療機関の名称	
	所在地	
	電話番号	
協力医療機関	医療機関の名称	
	所在地	
	電話番号	
協力歯科医療機関	医療機関の名称	ＪＡみなみ信州歯科診療所
	所在地	飯田市鼎東鼎 281
	電話番号	TEL0265-21-4490
緊急連絡先	氏名	
	住所	
	電話番号	
	昼間の連絡先	
	夜間の連絡先	

13　運営推進会議

①　目的　　施設外の関係各位より施設運営、サービスの提供についての助言・意見・要望を
を反映し、より良い施設運営を目指すことを目的として開催します。

②　委員構成　　利用者代表　利用者家族代表、上山区長、民生児童委員、福祉推進委員、
飯田市職員、地域包括支援センター職員、学識経験者

③　開催頻度　　概ね 2 ヶ月に 1 回

14　外部評価

小規模多機能型居宅介護のサービス評価は自己評価をもとに運営推進会議の中で外部評価を行い、報告し、公表します。

15　事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、利用者に対し応急処置・医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかにご家族、市町村等の関係機関への連絡を行います。又、事故の状況及び事故の際して取った処置について記録をするとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐ為の対策を講じます。

16　損害賠償

事業所の責任によりご利用者様に生じた損害については、速やかに弁償をいたします。ただし、ご利用者様及びご家族様の故意または過失によるものについては、損害賠償責任を減額させていただきます。

年　　月　　日

当事業者は、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）サービスの提供開始に当たり、本書面に基づいて上記重要事項を説明しました。

小規模多機能型居宅介護施設　あぐりかなえ

管理者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

私は、本書面に基づいて上記重要事項の説明を受け了承しましたので、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）サービスの提供開始に同意します。

利用者　　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

署名代行者　　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

利用者との関係　　（　　）