**重要事項説明書**

**(小規模多機能型居宅介護支援・介護予防小規模多機能型居宅介護支援)**

１．施設の概要

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設名 | コミュニティケアおおや | 事業所番号 | １４９４２０００４９ |
| 開設年月日 | 平成２４年４月１日 | 管理者名 | 平野佑子 |
| 事業実施区域 | 海老名市 |
| 所在地 | 神奈川県海老名市大谷南３－５－３２ |
| 電話番号 | ０４６－２３１－０６０３ | ＦＡＸ番号 | ０４６－２３４－７７１７ |
| 営業日 | 年中無休３６５日 |
| 事務所受付時間 | ９：００～１７：００ |
| サービス提供時間 | 通いサービス　１０：００～１７：００泊りサービス　１７：００～１０：００訪問サービス　２４時間 |
| 電子メール | oya@chusinkai.jp | ホームページ | 開設 |

２．法人の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 | 社会福祉法人 中 心 会 |
| 法人認可 | 昭和２８年８月２８日 |
| 代表者氏名 | 理事長 浦 野 正 男 |
| 法人所在地 | 神奈川県海老名市上今泉４－７－１ |
| 電話番号 | ０４６－２０６－４４２７ | ＦＡＸ番号 | ０４６－２０６－４４２８ |
| 電子メール | honb@chusinkai.jp |

３．事業の目的

要介護状態又は要支援状態にある高齢者等に対し、適正な訪問、通い、宿泊サービスを提供することを

目的とする。

４．事業の方針

①事業所は、利用者の意志及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ってサービスを提供する。

②事業所は、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市区町村や他の保健・医療・福祉サービス提供事業所との密接な連携に努める。

③事業所の介護職員等は、利用者が要介護状態等となった場合でも、可能な限り居宅において、その

有する能力に応じ自立した日常生活を営む事ができるよう、入浴、排泄、食事の介護、その他生活

全般にわたる援助を行なう。

５．職員の体制(主たる職員)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 常勤専従 | 常勤兼務 | 非常勤専従 | 非常勤兼務 |
| 管理者 |  | １ |  |  |
| 計画作成担当者 |  | １ |  |  |
| 介護職員 | 4 | １ | 4 |  |
| 看護職員 |  |  |  | 1 |

６．サービスの概要

　①相談援助　②サービス計画の作成　③介護　④食事の提供　⑤機能訓練　⑥健康管理　⑦その他

７．サービスの提供

　①サービスの提供に当たっては、利用者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。

　②サービスの提供に当たっては、利用者の質問等に対して、適切に説明します。

　③サービスの提供に当たって知り得た利用者や家族などの個人情報については、正当な理由なく第三者に

提供することはありません。

 ④サービスの提供に当たって、利用者の生命又は身体を保護するために緊急やむを得ない場合を除いて、

身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行うことはありません。

⑤サービス提供に関する記録は、原則として利用終了後５年間保管します。

８．利用料金について

（介護保険給付対象サービス）

①小規模多機能型居宅介護支援（1月あたり）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　目 | 同一建物居住者以外 | 同一建物居住者 |
| 介護報酬 | 利用者負担(10%) | 利用者負担(20%) | 利用者負担(30%) | 介護報酬 | 利用者負担(10%) | 利用者負担(20%) | 利用者負担(30%) |
| 要介護１ | 111,482円 | 11,149円 | 22,297円 | 33,445円 | 100,449円 | 10,045円 | 20,090円 | 30,135円 |
| 要介護２ | 163,844円 | 16,385円 | 32,769円 | 49,154円 | 147,630円 | 14,763円 | 29,526円 | 44,289円 |
| 要介護３ | 238,346円 | 23,835円 | 47,670円 | 71,504円 | 214,735円 | 21,474円 | 42,947円 | 64,421円 |
| 要介護４ | 263,056円 | 26,306円 | 52,612円 | 78,917円 | 237,003円 | 23,701円 | 47,401円 | 71,101円 |
| 要介護５ | 290,047円 | 29,005円 | 58,010円 | 87,015円 | 261,340円 | 26,134円 | 52,268円 | 78,402円 |
| 初期加算(1日)(限度30日) | 319円 | 32円 | 64円 | 96円 | 319円 | 32円 | 64円 | 96円 |
| 認知症加算(Ⅰ) | 9,807円 | 981円 | 1,962円 | 2,943円 | 9,807円 | 981円 | 1,962円 | 2,943円 |
| 認知症加算(Ⅱ） | 9,487円 | 949円 | 1,898円 | 2,847円 | 9,487円 | 949円 | 1,898円 | 2,847円 |
| 認知症加算（Ⅲ） | 8,101円 | 811円 | 1,621円 | 2,431円 | 8,101円 | 811円 | 1,621円 | 2,431円 |
| 認知症加算（Ⅳ） | 4,903円 | 491円 | 981円 | 1,471円 | 4,903円 | 491円 | 981円 | 1,471円 |
| 若年性認知症受入加算 | 8,528円 | 853円 | 1,706円 | 2,559円 | 8,528円 | 853円 | 1,706円 | 2,559円 |
| 科学的介護推進体制加算 | 426円 | 43円 | 86円 | 128円 | 426円 | 43円 | 86円 | 128円 |
| サービス提供体制強化加算（Ⅲ） | 3,731円 | 374円 | 747円 | 1,120円 | 3,731円 | 374円 | 747円 | 1,120円 |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ) | (合計算定額)146/1,000 | 左記算式の10％ | 左記算式の20％ | 左記算式の30％ | (合計算定額)146/1,000 | 左記算式の10％ | 左記算式の20％ | 左記算式の30％ |

②介護予防小規模多機能型居宅介護支援（1月あたり）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　目 | 同一建物居住者以外 | 同一建物居住者 |
| 介護報酬 | 利用者負担(10%) | 利用者負担(20%) | 利用者負担(30%) | 介護報酬 | 利用者負担(10%)　 | 利用者負担(20%) | 利用者負担(30%) |
| 要支援１ | 36,777円 | 3,678円 | 7,356円 | 11,034円 | 33,141円 | 3,315円 | 6,629円 | 9,943円 |
| 要支援２ | 74,321円 | 7,433円 | 14,865円 | 22,297円 | 66,955円 | 6,696円 | 13,391円 | 20,087円 |
| 初期加算(1日)(限度30日) | 319円 | 32円 | 64円 | 96円 | 319円 | 32円 | 64円 | 96円 |
| 若年性認知症受入加算 | 8,528円 | 853円 | 1,706円 | 2,559円 | 8,528円 | 853円 | 1,706円 | 2,559円 |
| 科学的介護推進体制加算 | 426円 | 43円 | 86円 | 128円 | 426円 | 43円 | 86円 | 128円 |
| サービス提供体制強化加算(Ⅲ) | 3,731円 | 374円 | 747円 | 1,120円 | 3,731円 | 374円 | 747円 | 1,120円 |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ) | (合計算定額)146/1,000 | 左記算式の10％ | 左記算式の20％ | 左記算式の30％ | (合計算定額)146/1,000 | 左記算式の10％ | 左記算式の20％ | 左記算式の30％ |

※利用者負担は負担割合証にて決まります。

（介護保険給付対象外サービス）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　目 | 利用料 | 備考 |
| 食　　費（常食） | 朝食 | 390円 | ・昼食代にはおやつ代が含まれます・平成24年10月31日までに契約の方は　朝食360円、昼食570円、夕食450円です。 |
| 昼食 | 620円 |
| 夕食 | 490円 |
| 宿泊 費 | 3,000円 | 平成24年10月31日までに契約の方は1970円です。 |
| おむつ代 | 100円／枚 |  |
| 写真プリント料 | 50円／枚 |  |
| 資料等複写料 | 20円／枚 |  |
| 証明書交付料 | 500円／枚 |  |
| テレビ貸出料 | 50円／日 |  |

＊お支払いはできるだけ自動口座引き落としでお願いします。

ご利用料金の目安

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 介護保険給付対象サービスの該当料金（表①または②） | 介護保険給付対象外サービスの該当料金（食費等） | 合計（1ヶ月の負担額の目安） |
| 円 | 円 | 円 |

（上記の金額は確定額ではありません。ご利用の目安としてご案内のための参考額となります。）

９．事故発生時の対応

（１）事業者はサービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、利用者の家族等に連絡を

行うとともに、必要な措置を講じます。

（２）サービスの提供に伴い、事業所の責めに帰すべき事由により賠償すべき事故が発生した場合には、

速やかに損害賠償を行います。

１０．緊急時の対応

　　 サービス提供中に利用者の心身状況に急変が生じた場合は、速やかに主治医師へ連絡を行う等の措置を

講じます。

１１．虐待防止の推進

　　 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について従業者に

周知徹底を図ります。

　　①虐待の防止のための指針を整備します。

　　②従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施します。

　　③上記措置を適切に実施するための担当者を置きます。

１２．秘密保持について

　　 職員は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します。また、職員であった者に業務上知り

得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、職員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持

すべき旨を雇用契約の内容とします。

１３．非常災害対策について

（１）施設は、非常災害が発生した場合は利用者の避難等適切な措置を講じます。非常災害に備えて必要な　設備を設け、防災、避難に関する計画を作成します。

（２）非常災害に備え、少なくとも1年に２回は避難、救出その他必要な訓練を行います。

１４．福祉サービス第三者評価の実施状況等について

　年に一度外部機関に委託しサービスの評価を行っています。ホームページ上で評価を開示しております。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実施機関 | （株）インターテック | 直近の実施日 | ２０２３年８月３１日 |

１５．相談・苦情について

（１）サービスに関する相談や苦情・要望については、次の窓口で対応いたします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所内苦情対応 | 電話番号 | 046-231-0603 | ＦＡＸ番号 | 046-234-7717 |
| 電子メール | oya@chusinkai.jp | 苦情受付担当者 | 平野　佑子 |
| 苦情解決責任者 | 浦野　直子 | 対応時間 | 9：00～18：00 |
| 利用者処遇改善相談員 | 事業所に対して特別な利害関係を持たない第三者です。事業所を通さずに利用者処遇改善相談員にお申し出をしたい方は、所定の書式を使用して郵送をお願い致します。書式はえびな南高齢者施設ホームページ（http://www.ebinaminami.com/）内、もしくは事業所内に設置している封筒と記入用紙をご利用ください。 |

（２）公的機関･第三者機関においても、次の機関において苦情申し出等ができます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 海老名市役所 | 所在地 | 海老名市勝瀬175番地の1 |
| 担当 | 介護保険課　事業支援係 |
| 電話番号 | 046-235-8232 | FAX番号 | 046-231-0513　 |
| 対応日時 | 8：30～17：15(土日祝日、年末年始－休み)　 |
| 神奈川県国民健康保険団体連合会(国保連) | 所在地 | 横浜市西区楠町27‐1 |
| 電話番号 | 0570-022-110（ナビダイヤル）/045－329－3447 |
| 対応日時 | 8:30～17：15(土日祝日、年末年始－休み)　 |
| 神奈川福祉サービス運営適正化委員会 | 所在地 | 横浜市神奈川区反町3－17－2 |
| 電話番号 | 045-311-8861 | FAX番号 | 045-321-6302 |
| 電子メール | tekisei@jinsyakyo.or.jp　\*直通アドレス |
| 対応日時 | 9:00～17:00(土日祝日、年末年始－休み)　 |

【小規模多機能型居宅介護支援・介護予防小規模多機能型居宅介護支援利用同意書】

コミュニティケアおおやの小規模多機能型居宅介護支援・予防小規模多機能型居宅介護支援サービスの

提供を受けるに当たり、小規模多機能型居宅介護支援・介護予防小規模多機能型居宅介護支援利用約款及び重要事項説明書を受領し、これらの内容に関して担当者による説明を受け、十分に理解した上で

同意し、交付を受けました。

 年 月 日

利用者

|  |  |
| --- | --- |
| 住 所 | 〒TEL（ ） ―  |
| 氏 名 | 印  |

利用者ご本人様がご署名ご捺印を行っていただくことが困難な場合に、代理人の方にご署名ご捺印を

お願いします。

これらの内容に関して担当者による説明を受け、十分に理解した上で同意し交付を受けました。

代理人

|  |  |
| --- | --- |
| 住 所 | 〒TEL（ ） ―  |
| 氏 名 | 印 |
| 本人との関係 |  | 署名代行の理由 |  |

福）中心会 理事長 浦 野 正 男 様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　説明日：　　 年 月 日

 説明者：

＊なお、重要事項説明書は変更になる場合があります。その場合は、新しい重要事項説明書をお渡しし、

変更点の説明をさせていただきますが、同意書に署名捺印を頂きません。

変更内容にご同意いただけない場合は、説明後７日以内に事業所にお申出ください。

お申し出がない場合は、ご同意いただけたものと致します。