

重要事項説明書 (小規模多機能型居宅介護絆)

1 事業所の概要

事業所名	小規模多機能型居宅介護 絆
所在地	神奈川県伊勢原市高森2丁目18番地1号
介護保険事業所番号	1494000027号
管理者及び連絡先	坂口 真紀 0463(95)7050

2 事業所の職員体制等

職 種	従事するサービス種類、業務	人 員
管理者	業務全般の管理	1名
介護支援専門員	介護計画の作成	1名 (常勤0名、非常勤1名)
介護職員	介護サービスの提供	17名 (常勤 3名、非常勤 14名)
看護師	健康管理業務	3名 (常勤 名、非常勤 3名)
准看護師	健康管理業務	0名 (常勤 名、非常勤 0名)
調理員	調理、献立作成	0名 (常勤 名、非常勤 0名)
事務担当職員		0名 (常勤 名、非常勤 名)
その他の従業者		0名 (常勤 名、非常勤 名)

3 設備の概要

区 分	数 量 ・ 規 模		備 考
利用登録者	25名		
通いの定員	15名		
泊まりの定員	8名		
居 室	個 室	5室	9㎡、11.50㎡、8㎡、11㎡、8.8㎡
食堂兼居間	2室 (67㎡)		
共用リビング	1室 (28.75㎡)		
浴 室	1室 (4.07㎡)		
便 所	4箇所		
洗面所	2箇所		
そ の 他			

4 サービス提供地域 (通常の送迎の実施地域)

伊勢原市

5 サービス提供日及び時間

3 6 5 日 2 4 時間

6 利用者負担金

- 1 利用者の方からいただく利用者負担金は、次表のとおりです。この金額は、次の3種類に分かれます。(なお、2)又は3)の費用が必要となる場合には、事前に詳細を説明のうえ、利用者の同意を得なければならないこととされています。疑問点等があれば、お尋ねください。)

区分	金額 (単位)	内容の説明
1 本額	要支援1 3,403単位 要支援2 6,877単位 要介護1 10,320単位 要介護2 15,167単位 要介護3 22,062単位 要介護4 24,350単位 要介護5 26,849単位	1ヶ月あたりの負担額です。
②加算額	初期加算 30単位	登録日から起算して30日以内の期間。30日を超える病院等への入院後に再び利用を開始した場合。 1日あたり
	認知症加算(I) 800単位	認知症日常生活自立度Ⅲ以上の場合(1ヶ月あたり条件に該当した場合)
	認知症加算(Ⅱ) 500単位	要介護2に該当し、認知症日常生活自立度Ⅱ以上の場合(1ヶ月あたり条件に該当した場合)
	訪問体制強化加算 1000単位	1か月あたり全利用者対象
	総合ケアマネジメント加算 1000単位	1か月あたり全利用者対象

	看護職員配置加算 480単位	1か月あたり全利用者対象
	介護職員処遇改善加算(Ⅰ) 7.6%	1 基本額に各種加算を加えた総単位数の7.6% (1か月あたり、全利用者対象)
※負担金 = 単位数(加算含む) × 10.55円(地域加算) を計算した合計額の10%です。		

2) 運営基準(厚生省令)で定められた「その他の費用」(全額、自己負担)

区分	金額(単位)	内容の説明
1 宿泊費	1,450円	宿泊の場合。1泊あたり
2 材料費	朝食350円、昼食550円、 夕食550円、おやつ100円	通いの場合650円 宿泊の場合日額1,550円 (召し上がった食事分のみ負担)
3 内介助費	1,500円	協力病院以外での院内の受診付添を実施した場合
④おむつ代	実費	利用者の希望によって提供した場合 (持参の場合は無料)
⑤日用品費	実費	利用者の希望・選択によって提供した場合 (持参の場合は無料)

3) 通常のサービス提供の範囲を超える保険外の費用(全額、自己負担)

区分	金額(単位)	内容の説明
行事代	実費	利用者の希望によって参加した場合

(注)3)は、1)及び2)で定められている内容以外のサービス提供を受けた場合に要する費用です。

②支払方法

自己負担金は、次のいずれかの方法によりお支払いいただきますようお願いいたします。

- A 自動口座引き落とし(ご指定の金融機関の口座から月1回引き落とします)
- B 銀行振り込み(期日までに利用者の方がお振り込み願います。手数料は利用者負担となります)

7 サービス利用の中止

(1) 利用者がサービスの利用の中止をする際には、すみやかに所定の連絡先までご連絡

ください。

- ・ 全体窓口 (連絡先) (電話) : 0 4 6 3 - 9 5 - 7 0 5 0
- ・ 連絡時間 : 午前 8 : 3 0 ~ 午後 5 : 3 0

(2) 利用者の都合でサービスを中止にする場合には、できるだけサービス利用の前々日までにご連絡ください。

8 当事業所のサービスの方針等

- 1 私たちは、自宅で生活したいと希望がある限り、あきらめません。
- 2 私たちは、「絆がいつもそばについてくれる」と思われる存在となります。
- 3 私たちは、心地よい空間・心ある対応・心おきなく過ごせる場所をつくります。
- 4 私たちは、施設作りはしません。家作りを徹底します。
- 5 私たちは、プロフェッショナルとしての向上心を忘れません。

9 緊急時等の対応方法

サービス提供にあたり事故、体調の急変等が生じた場合は、事前の打ち合わせに基づき、家族、主治医、救急機関等に連絡します。

医療機関等	主治医等の氏名 連 絡 先
緊急連絡先	氏 名 連 絡 先

10 協力病院等

サービス利用中に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は速やかに主治の医師に連絡をすることを基本とするが、主治医に連絡がつかない場合等に対応の指示を仰ぎます。

名 称 : 秋澤医院 代表者 : 秋澤 孝則 所在地 : 伊勢原市石田 6 0 5 - 1 連絡先 : 0 4 6 3 (9 5) 0 6 8 1
--

11 相談窓口、苦情対応

○サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

お客様相談窓口	電話番号 0 4 6 3 (9 5) 7 0 5 0 fax 番号 0 4 6 3 (9 3) 1 4 3 6 相談員 坂口 真紀 責任者 青木 潤一 対応時間 午前 8 時 3 0 分 ~ 午後 5 時 3 0 分
---------	---

○公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

伊勢原市介護高齢福祉課	所在地 伊勢原市田中348 電話番号 0463(94)4711 fax番号 0463(94)2245 対応時間 午前8時30分～午後5時00分
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 045(329)3447 fax番号 045(329)3408 利用時間 午前8時30分～午後5時00分

1.2 当法人の概要

法人の名称	社会福祉法人ウエルエイジ
代表者名	理事長 大脇 岩根
所在地・電話	神奈川県伊勢原市高森2丁目18番地1号 0463(95)7050
業務の概要	居宅介護支援事業、小規模多機能型居宅介護事業、 夜間対応型訪問介護事業 定期巡回・随時対応訪問介護看護 事業 小規模多機能型居宅介護サテライト事業
事業所数	5

【説明確認欄】

年 月 日

サービス契約の締結に当たり、重要事項説明書により、説明を受け、これに同意し、交付を受けました。

事業者 事業者名 社会福祉法人ウエルエイジ
小規模多機能型居宅介護 絆

説明者 _____ 印

サービス契約の締結に当たり、上記のとおり説明を受けました。

利用者 氏名 _____ 印

上記代理人を選任した場合

住所 _____

氏名 _____ 印