

小規模多機能ホーム こはる日和

重要事項説明書

あなたに対する（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あたり、平成18年3月14日厚生労働省令第34号第88条（準用）第9条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1 事業者の概要

事業者名称	医療法人 いなだ医院
主たる事務所の所在地	岡山県倉敷市玉島柏島 920 番地 106
法人形態	医療法人
代表者名	理事長 稲田俊雄
電話番号	086-525-0600

2 ご利用事業所

ご利用事業所の名称	小規模多機能ホーム こはる日和
指定事業者番号	3390201014
所在地	岡山県倉敷市玉島柏島 920 番地 14
電話番号	086-522-7811
営業日	365 日
営業時間（訪問サービス）	24 時間
同（通いサービス）	8 時 30 分～17 時 30 分
同（宿泊サービス）	17 時 30 分～8 時 30 分
通常の実業の実施地域	倉敷市玉島地区
登録定員	25 人
利用定員（通いサービス）	15 人
同（宿泊サービス）	9 人
	※当事業所は、原則として利用申込に応じますが、ご登録をいただいている場合であっても、利用定員を超過する場合には、通いサービス又は宿泊サービスの提供ができない日がある場合がありますので、ご了承ください。

3 事業の目的と運営の方針

事業の目的	適正な運営を確保するために、人員及び運営管理に関する事項を定め、事業所におくべき従業員が、要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対し、適正な指定小規模多機能型居宅介護及び指定介護予防小規模多機能型居宅介護を提供することを目的とする。
-------	--

運営の方針	その利用者がその居宅において、又はサービスの拠点に通わせ、若しくは短期間宿泊させ、当該拠点において、家庭的な環境と地域住民との交流の下で、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じその居宅において自立した日常生活を営むことができるよう介護その他必要な援助を行う。
-------	--

4 従業者の職種、員数及び勤務の体制

従業者の職種	資格	人数	勤務の体制
管理者	認知症対応型サービス事業管理者研修修了者	1人	常勤1名
介護従業者	介護福祉士 実務者研修終了者 初任者研修終了者	総人数 5人以上	常勤7名 非常勤3名
	看護師又は准看護師	1人以上	非常勤3名
介護支援専門員	介護支援専門員	1人以上	常勤1名 非常勤1名

5 サービスの内容及び利用料その他の費用の額

サービスの種類	内容・標準的な手順	保険適用有無	単位	利用料(1割負担)	利用料(2割負担)	利用料(3割負担)
小規模多機能型居宅介護サービス	要支援1	保険適用有	1月	3,450円	6,900円	10,350円
	要支援2	保険適用有	1月	6,972円	13,944円	20,916円
	要介護1	保険適用有	1月	10,458円	20,916円	31,374円
	要介護2	保険適用有	1月	15,370円	30,740円	46,110円
	要介護3	保険適用有	1月	22,359円	44,718円	67,077円
	要介護4	保険適用有	1月	24,677円	49,357円	74,031円
	要介護5	保険適用有	1月	27,209円	54,418円	81,627円
小規模多機能型居宅介護サービス(短期利用)	要支援1	保険適用有	1日	249円	848円	1,272円
	要支援2	保険適用有	1日	531円	1,062円	1,593円
	要介護1	保険適用有	1日	572円	1,144円	1,716円
	要介護2	保険適用有	1日	640円	1,280円	1,920円
	要介護3	保険適用有	1日	709円	1,418円	2,217円
	要介護4	保険適用有	1日	777円	1,554円	2,331円

	要介護 5	保険適用有	1 日	843 円	1,686 円	2,529 円
加算	初期加算 (最長 30 日)	保険適用有	1 日	30 円	60 円	90 円
	認知症加算 I	保険適用有	1 月	920 円	1,840 円	2,760 円
	認知症加算 II	保険適用有	1 月	890 円	1,780 円	2,670 円
	認知症加算 III	保険適用有	1 月	760 円	1,520 円	2,280 円
	認知症加算 IV	保険適用有	1 月	460 円	920 円	1,380 円
	認知症行動・心理症状緊急 対応加算 (最長 7 日)	保険適用有	1 日	200 円	400 円	600 円
	看護職員配置加算 I	保険適用有	1 月	900 円	1,800 円	2,400 円
	看護職員配置加算 II	保険適用有	1 月	700 円	1,400 円	2,100 円
	看護職員配置加算 III	保険適用有	1 月	480 円	960 円	1,440 円
	看取り連携体制加算 (最長 30 日)	保険適用有	1 日	64 円	128 円	192 円
	口腔栄養スクリーニング加算 (6 か月に 1 回)	保険適用有	1 月	20 円	40 円	60 円
	総合マネジメント体制強化加算 I	保険適用有	1 月	1,200 円	2,400 円	3,600 円
	サービス提供体制強化加算 II	保険適用有	1 月	640 円	1,280 円	1,920 円
	介護職員処遇改善加算 I	保険適用有	1 月	所定単位数の 14.9%	所定単位数の 29.8%	所定単位数の 44.7%
	科学的介護推進体制加算	保険適用有	1 月	40 円	80 円	120 円
	特定事業所加算	保険適用有	1 月			
食事の提供に 関する費用	朝食	保険給付外	1 回	408 円		
	昼食	保険給付外	1 回	624 円		
	夕食	保険給付外	1 回	678 円		
	おやつ	保険給付外	1 回	100 円		
	(ミキサー食ソフト食含む)					
宿泊に要する 費用	<宿泊室の詳細>個室 広さ 8.89 m ² ~8.90 m ² 定員数 9 人	保険給付外	1 泊	2,800 円		
おむつ代等	パンツ M	保険給付外	1 枚	80 円		
	パンツ L	保険給付外	1 枚	85 円		
	パンツ LL	保険給付外	1 枚	100 円		
	パット小	保険給付外	1 枚	20 円		
	パット大	保険給付外	1 枚	75 円		
	テープ止め S	保険給付外	1 枚	85 円		
	テープ止め M	保険給付外	1 枚	95 円		
	テープ止め L	保険給付外	1 枚	110 円		

6 交通費実費

利用者の居宅が当該事業所の通常の事業実施地域以外にある時は、送迎に要する費用及び訪問サービスに要した交通費について、事業実施地域を超える地点からの 1km あたり 20 円をいただきます。

7 苦情申立窓口

ご利用者相談窓口	ご利用時間 (土・日・祝日及び 12/29～12/31 を除く 8:30～17:00) ご利用方法 電話 086-522-7811 面接 事務所 担当者 管理者 稲田 智子
岡山県国民健康保険団体連合会	所在地 岡山市北区桑田町 17 番 5 号 (土・日・祝日及び 12/29～12/31 を除く 8:30～17:00) 電話番号 (086)223-8811
倉敷市介護保険課	所在地 倉敷市西中新田 640 番地 (土・日・祝日及び 12/29～12/31 を除く 8:30～17:15) 電話番号 (086)426-3343
岡山県社会福祉協議会 運営適正化委員会	所在地 岡山市北区南方 2 丁目 13-1 (土・日・祝日及び 12/29～12/31 を除く 8:30～17:15) 電話番号 電話 (086)226-2822

8 緊急時の対応方法

利用者の主治の医師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。

利用者の主治の医師	氏名	
	所属医療機関の名称	
	所在地	
	電話番号	
協力医療機関	医療機関の名称	いなだ医院
	院長名	稲田俊雄
	所在地	岡山県倉敷市玉島柏島 920 番地 106
	電話番号	086-525-0600
	診療科	内科、小児科、胃腸科
	入院設備	なし
	救急指定の有無	なし
契約の概要	当事業者と同一法人である。	
協力医療機関	医療機関の名称	黒住歯科
	院長名	

所在地	岡山県倉敷市玉島柏島 1580 番地 1
電話番号	086-525-0851
診療科	歯科、矯正歯科、小児歯科
入院設備	なし
救急指定の有無	なし
契約の概要	

9 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	別途定める「小規模多機能ホームこはる日和 消防計画」にのっとり、対応いたします。
避難・救出等必要な訓練の実施について	別途定める「小規模多機能ホームこはる日和 消防計画」にのっとり、年 2 回以上、夜間及び日中を想定した避難訓練を行います。

10 利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等

アンケート調査、意見箱など利用者の意見を把握する取り組み	あり		
岡山県福祉サービス第三者評価の実施	なし	結果の公表	なし
その他機関による第三者評価の実施	なし	結果の公表	なし

令和 年 月 日

(乙) 当事業者は、甲に対する（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、甲に対して本書面に基づいて上記重要事項を説明しました。

(介護予防) 小規模多機能型居宅介護サービス事業者
主たる事務所所在地

岡山県倉敷市玉島柏島 920 番地 14

名称 小規模多機能ホーム こはる日和 印

説明者

氏名

印

(甲) 私は、本書面に基づいて乙から上記重要事項の説明を受けました。

私は、（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。

(甲) 利用者 住所

氏名

印

(甲') 署名代行者 住所

氏名

印