

【小規模多機能型居宅介護事業】 【介護予防小規模多機能型居宅介護事業】

小規模多機能ホーム愛の郷芦田川

重要事項説明書

特定非営利活動法人エルダーサポート協会

電 話 084-955-2379
F A X 084-955-6780

1. 事業所・運営法人の概要

【小規模多機能ホーム愛の郷芦田川】の運営は、
特定非営利活動法人エルダーサポート協会が運営しております。

(1) 事業所の概要

事業所名	小規模多機能ホーム愛の郷芦田川 保険事業者指定番号 3491501239 開設年月日 平成 24 年 9 月 1 日 (併設事業所) サービス付き高齢者向け住宅愛の郷水呑
所在地	広島県福山市水呑町 4015 番地 1 TEL 084 - 968 - 0223 FAX 084 - 968 - 0224
管理者	福島久美
敷地・建物概要 (権利関係)	借地 敷地面積 : 1,156.34㎡ 鉄骨造 3 階建 1 階部分 (借家) 床面積 : 399.00㎡ 延床面積 : 1,155.00㎡ (登録定員 25 名)
交通の便	水呑高浦バス停より徒歩 1 分
居室 (泊まり) の概要	全室個室 ナースコール、エアコン、ベッド、タンス、換気扇設置
共用施設の概要	台所 : システムキッチン 便座 : シャワートイレ 浴室 : 高齢者配慮浴槽・リフト付きバス設置 デイルーム : 手摺、(56.8㎡) 洗面脱衣室 : エアコン、手摺、洗面台、脱衣ロッカー 共通路 : 手摺
ホームの目的	要支援・要介護状態になった場合においても、家庭的な環境下で、専門職員による入浴・排泄・食事等の介護その他日常生活上の世話及び機能訓練を受けながら、自立した日常生活を営めるよう支援すること。
ホームの運営方針	可能な限り住みなれた地域において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営めるよう、地域住民との交流も含めサービスを提供する。

■ 法人本部

法人名	特定非営利活動法人エルダーサポート協会
所在地	広島県福山市千田町薮路 924 番地 2

	理事長 田辺徹雄
電 話 番 号	084 - 955 - 2379
法人の理念	報 恩 私たちは嫌な仕事ほど恩に報いる道だと思います。 長い間、両親・祖先が蓄積した恩に今が報いるときです。 環 境 整 備 私たちは掃除・片付け・清潔はすべての原点であると同時に、働く職場は、自らの手で環境の整備が必要で毎日徹底して行います。 礼 儀 私たちは言葉は心の鏡、優しい笑顔と挨拶を致します。 社会の先輩の方達に敬意と尊敬と慈しみを持って接します。

2 . 利用の条件について

利用の条件は以下の2つです。

- ① 要支援、要介護認定の判定で要支援、要介護の認定を受けた方。
- ② 福山市内に居住されている方。(日常生活圏域 南部1または、隣接生活圏域)

3 . サービスの内容について

通いサービス

- ・サービスの提供時間は、10：00～16：00 です。(365日)
- ・利用定員は 15名 です。
- ・別紙小規模多機能型居宅介護計画に従って提供します。
- ・体験利用が出来ます。(1日) *食材料費 650円は必要になります。
- 交通費は
 - 必要ありません。
 - 実費 25円 / Kmです。(サービス地域外の場合)
- 食材料費
 - 実費 650円です。

- オムツ代 □ 実費 100 円です。
 パッド代 □ 実費 50 円です。
 アクティビティー費 □ 50 円 / 通いサービス利用日数

訪問サービス

- ・ サービスの提供時間は、24 時間です。
- ・ 別紙小規模多機能型居宅介護計画に従って提供します。

〈身体介護〉		〈生活援助〉
□①起床介助	□⑦清拭	□⑬調理
□②就寝介助	□⑧入浴介助	□⑭洗濯
□③排泄介助	□⑨体位交換	□⑮掃除
□④整容介助	□⑩服薬管理	□⑯買物
□⑤食事介助	□⑪通院介助	□⑰薬の受取
□⑥衣服の脱着	□⑫その他 ()	□⑱衣服の入替

訪問サービスでは

- ・ 医療行為を行うことができません。
- ・ 各種支払や年金等の管理、金銭の貸借など、金銭を取扱うことはできません。
- ・ 利用者のための家事・介護を行う業務なので、庭の草刈りや他の家族の食事の用意などを行うことはできません。

泊まりサービス

- ・ サービスの提供時間は、16：00～10：00 です。（365 日）
- ・ 利用定員は、9 名 です。
- ・ 別紙小規模多機能型居宅介護計画に従って提供します。
- * 長期にわたる泊まりサービスを希望される場合、他の利用者の希望をふまえて期間を調整させていただく場合があります。

共通サービス内容

種 類	内 容
食事の介助	・ 栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。（ただし、食材料費は給付対象外です。） （食 事 時 間） 朝食 07：30～08：30 昼食 12：00～13：00 夕食 18：00～19：00
排泄の介助	・ 利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排

	泄の自立についても適切な援助を行います。 ・ おむつを使用する方に対しては、必要な場合に応じて交換を行います。
入浴の介助	・ 入浴または清拭を行います。 ・ 寝たきり等で座位保持が困難な方は清拭対応となります。
着替え等の介助	・ 寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。 ・ 生活のリズムを考えて、着替えを行うよう配慮します。 ・ 個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。 ・ シーツ交換は週1回実施します。
健康管理	・ 常に利用者の健康の状況に注意し、必要に応じて健康保持のための適切な措置をとります。 ・ 緊急等必要な場合には、主治医あるいは協力医療機関等に責任をもって引き継ぎます。 ・ 利用者が外部の医療機関に通院する場合は、その介添えについてできるだけ配慮します。
相談及び援助	・ 当施設は、利用者及びそのご家族からのいかなる相談についても、誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。
機能訓練	・ 介護職員、看護職員による利用者の状況に適合した機能訓練を行い、生活機能の維持・改善に努めます。

- ① サービスの提供に当たっては、利用者の要介護状態の軽減もしくは悪化の防止、要介護状態となることの予防になるよう、適切にサービスを提供します。
- ② サービスの提供は、懇切丁寧に行い、分かりやすいように説明します。もし分からないことがあったら、いつでも職員にご遠慮なく質問してください。
- ③ サービスの提供に用いる設備、器具等については、安全、衛生に常に注意します。特に、利用者の身体に接触する設備、器具については、サービスの提供ごとに消毒したものを用います。
- ④ サービスの利用にあたっては、次の物が必要になります。
 1. 上履き（スリッパ以外の物）
 2. 連絡帳
 3. 薬
 4. 歯ブラシ

キャンセル料

通い・泊まりサービスをキャンセルされた場合、食材料費はいただきます。

(2) 毎月の費用について

【小規模多機能ホーム愛の郷芦田川】では、以下の費用が毎月かかります。

1 . 小規模多機能型居宅介護費及び実費

部 屋 代	2,600 円 / 1 日あたり * ①		
食材料費	650 円 / 昼 * ②、 300 円 / 朝 * ③ 600 円 / 夕 * ④ 治療食 850 円 / 昼 * ② 1,050 円 / 朝・夕 * ⑤		
介護保険 1 割負担金 * その他の加算 は別紙に記載	介護度	同一建物外に居住 1 月あたり (1 日あたり) * ⑥	同一建物に居住 1 月あたり (1 日あたり) * ⑥
	要支援 1	3,450 円 (113 円)	3,109 円 (102 円)
	要支援 2	6,972 円 (229 円)	6,281 円 (207 円)
	要介護 1	10,458 円 (344 円)	9,423 円 (310 円)
	要介護 2	15,370 円	13,849 円

		(506 円)	(456 円)
	要介護 3	22,359 円 (735 円)	20,144 円 (663 円)
	要介護 4	24,677 円 (812 円)	22,233 円 (731 円)
	要介護 5	27,209 円 (895 円)	24,516 円 (806 円)
アクティビティー費	通いサービスの利用日数に応じ		50 円 / 日
電気代	別途持込みの場合		1 日 1 品 50 円

介護保険料

* 上記記載は、1 割負担の額となります。

(2 割負担の方は 2 倍の額、3 割負担の方は 3 倍の額となります。)

* サービス利用開始より 30 日間は、初期加算として 30 円 / 日 かかります。

* ①の費用は「泊まりサービス」のご利用の回数に応じてかかります。

* ② * ③ * ④ * ⑤の費用は食事の提供回数に応じてかかります。

* ⑥の費用は月途中からのご利用場合の利用日数に応じてかかります。

(日割り計算の起算日は、契約日ではなく、サービスを受ける初日です。また日割り計算の最終日は、解約日ではなく、サービスを受けた最終日となります。)

4 . 費用の支払い方法

原則として、自動口座引落としとします。(引落とし手数料が 20 円 / 月かかります。)

但し、利用契約日にその手続きを行う為、利用開始からしばらくは、法人指定口座に振込をお願い致します。(振込手数料は、自己負担となります。)

毎月の利用料の請求は、翌月 15 日までに請求書を郵送いたします。

毎月の利用料のお支払いは、翌月 26 日に自動口座引落としとなります。

5 . 泊まりサービスに必要な備品等について

(1) 事業者側で用意している備品

個室内のエアコン、カーテン、介護ベッド、タンス、共用部分の備品類

(2) 利用者側 (家族) でご用意頂く物

① 個室内で使用する家電製品

② 衣類等の身の回りの品々 (個人の持ち物には名前をご記入下さい)

③ 個室内で使用する日用品、消耗品 (ティッシュペーパー等)

6 . 家族の面会について

(1) 面会について

時間の制限や制約はありません。但し、早朝や夜の遅い時間帯は、外部からの侵入等安全管理の為、正面入口を施錠しますので、電話等の連絡をお願い致します。

7 . お小遣い等について

毎月かかる費用に含まれていない金銭の発生時の為に、事業者側で一万円程度お小

- 遣い（金銭）を預かり、支払っていく事が出来ます。
- （１）毎月の費用に含まれない発生が予想される項目
診察代、薬代、理美容代、オムツ代、個人の嗜好品購入代等
- （２）管理方法
- ① 同意書を取ります。
 - ② 預かり金台帳を利用者ごとに整備をします。
 - ③ 領収証やレシートを保管します。
 - ④ ご家族の訪室時等に、台帳及び領収証等の確認をして頂きます。

８．協力医療機関について

医療機関名	所在地	主な診療科目
山陽病院	福山市野上町二丁目８番２号 TEL 084 - 923 - 1133	内科
小林医院	福山市水呑町 2030 番地 3 TEL 084 - 956 - 1351	内科
ふじい クリニック	福山市水呑町 4433 番地 TEL 084 - 983 - 2219	内科
おきとう 歯科クリニック	福山市神辺町新徳田三丁目 495 番地 TEL 084 - 962 - 5511	歯科

９．緊急時連絡先について

利用者の病状の急変やその他必要な場合には、下記に記載の主治医（かかりつけ医）
ならびにご家族の方に直ちに連絡し、必要な措置を講じます。

（主治医）

病院名	主治医名	電話番号

（緊急時連絡先）

氏名	続柄	住所	電話番号

10．お願い

サービスをご利用される前、または当日に以下の書類等をご用意下さい。

- ① 健康保険証（本証またはコピー）
- ② 介護保険被保険者証（本証またはコピー）
- ③ 介護保険負担割合証（本証またはコピー）
- ④ 原爆者健康手帳（該当者の場合 本証またはコピー）
- ⑤ その他必要な書類

11．苦情相談機関

事業所 苦情相談窓口	担当者氏名： 福島久美 (時間 9 : 00 ~ 17 : 00)
外部苦情申立機関 (所在地) (連絡先電話番号)	機関名:広島県国民健康保険団体連合会 広島県広島市中区東白島町 19 番 49 号 TEL 082 - 554 - 0783 福山市介護保険課（保険者） 広島県福山市東桜町 3 番 5 号 TEL 084 - 928 - 1166

12．事故と損害賠償について

利用者が入居された後、万が一の事故発生に備えて下記の保険に加入しています。

損害賠償責任保険加入先	東京海上日動火災保険株式会社
-------------	----------------

- (1) 事業者は、サービスの提供によって事故が生じた場合には、速やかに市町村・利用者の家族に連絡して必要な借置を講じます。
- (2) 事業者は、サービスを提供するにあたって、事業者の責任と認められる事由によって利用者に損害を与えた場合には、速やかに利用者の損害を賠償します。

13．サービス提供記録の開示に関して

ご提供させて頂きましたサービスの内容を記録したサービス提供記録を作成、保管

しております。ご利用者様及びそのご家族の求めに応じて開示させていただきます。

14. 第三者評価の実施状況（外部評価）

1年に1回以上、サービスの改善及び質の向上を目的として事業所が自ら提供するサービスについて評価・点検（自己評価）をおこなうとともに、当該自己評価結果について運営推進会議において第三者の観点からサービスの評価（外部評価）をおこなう事とする。（＊実施状況別紙）

令和 年 月 日

事業者

事業所 小規模多機能ホーム愛の郷芦田川
住 所 広島県福山市水呑町 4015 番地 1
説明者氏名 福島久美 印

私は、本書面に基いて重要事項の説明を受けた事を、確認の上同意いたします。

利用者

住所

氏名

印

利用者家族・代理人

住所

電話番号

氏名

印（続柄 ）

(別紙 1)

加算対象

☐	初期加算	30 単位 / 30 日
☐	看護職員配置加算 (I)	900 単位 / 月 ◆
☐	看護職員配置加算 (II)	700 単位 / 月 ◆
☐	看護職員配置加算 (III)	480 単位 / 月 ◆
☐	認知症加算 (I)	920 単位 / 月 ◆
☐	認知症加算 (II)	890 単位 / 月 ◆
☐	認知症加算 (III)	760 単位 / 月 ◆
☐	認知症加算 (IV)	460 単位 / 月 ◆
☐	看取り連携体制加算	64 単位 / 日 ◆
☐	若年性認知症利用者受入加算	800 単位 / 月
☐	訪問体制強化加算	1000 単位 / 月 ◆
☐	総合マネジメント体制強化加算 (I)	1200 単位 / 月
☐	総合マネジメント体制強化加算 (II)	800 単位 / 月
☐	生活機能向上連携加算 (I)	100 単位 / 月
☐	生活機能向上連携加算 (II)	200 単位 / 月
☐	口腔・栄養スクリーニング加算 (6 月に 1 回を限度とし算定)	20 単位 / 回
☐	科学的介護推進体制加算	40 単位 / 月
☐	生産性向上推進体制加算 (I)	100 単位 / 月
☐	生産性向上推進体制加算 (II)	10 単位 / 月
☐	サービス提供体制加算 (I)	750 単位 / 月
☐	サービス提供体制加算 (II)	640 単位 / 月
☐	サービス提供体制加算 (III)	350 単位 / 月
☐	介護職員等処遇改善加算 (I) イ	利用額の 17.1%×100% の算定
☐	介護職員等処遇改善加算 (I) ロ	利用額の 18.6%×100% の算定
☐	介護職員等処遇改善加算 (II) イ	利用額の 16.8%×100% の算定
☐	介護職員等処遇改善加算 (II) ロ	利用額の 18.3%×100% の算定
☐	介護職員等処遇改善加算 (III)	利用額の 15.6%×100% の算定
☐	介護職員等処遇改善加算 (IV)	利用額の 12.8%×100% の算定

* 1 割負担の額となります。

(2 割負担の方は 2 倍の額、3 割負担の方は 3 倍の額となります。)

* 上記の加算は、それぞれの条件を満たした後、介護保険上の加算が発生します。

* 介護認定区分が、要支援の方は、◆のついた加算は該当しません。