

重要事項説明書

(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用居宅介護)

看護小規模多機能型居宅介護ならびに短期利用居宅介護の提供に当たり、事業所の概要や提供されるサービスの内容、利用上の留意事項等の重要事項について次のとおり説明します。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	株式会社 グレースシニア荏名
主たる事務所の所在地	〒506-0818 岐阜県高山市江名子町2980-1
代表者（職名・氏名）	代表取締役 松本正士
設立年月日	平成22年11月16日
電話番号	0577-34-4002 ・ 0577-34-4001

2. 事業所の概要

事業所の名称	看護小規模多機能ホーム荏名	
事業所の所在地	〒506-0818 岐阜県高山市江名子町2980-1	
電話番号	0577-34-4002 ・ 0577-34-4001	
FAX番号	0577-77-9374	
管理者名	長岡裕子	
指定年月日・事業所番号	2016年4月1日指定	2192700132
事業の実施地域	旧高山市内	
宿泊室	洋室：10.47㎡（6室） 和室：9.94㎡（2室）	
居間兼食堂	56.08㎡	
その他設備	浴室・台所・事務室・相談室 防災設備（火災通報装置・スプリンクラー・消火器・防火扉等）	
併設事業所	訪問看護事業所・訪問介護事業所 定期巡回随時対応型訪問介護看護事業所・住宅型有料老人ホーム	

3. 運営の目的と方針

- ・ご利用者・ご家族のニーズに沿って住み慣れた地域の中で安心して自分らしく暮らせるように、通い・泊まり・訪問介護・訪問看護を通して、24時間365日の生活をサポートします。
- ・看護サービスの提供にあたっては、主治医と密接な連携を図り、看護小規模多機能居宅介護計画に基づき、ご利用者の心身の機能維持回復が得られるよう適切に支援します。
- ・一人一人の持てる力を生かし、役立つ喜びと共にいきがいのある生活が送れるよう、閉じこもることなく人と触れ合うことで、心豊かな生活が出来るよう支援します。

4. 当事業所が提供するサービス

	定員	基本提供時間（年中無休）
通所サービス	18人/日	9:00～17:00
宿泊サービス	8人/日	17:00～翌日9:00
訪問介護サービス	-	適宜
訪問看護サービス	-	適宜

利用対象者（登録定員29名）

- ・高山市の介護保険被保険者であること（他市町村との協議による特例あり）
- ・介護認定結果 要介護1・2・3・4・5と認定された方

5. 事業所の職員体制

職種	常勤		非常勤	
	専従	兼務	専従	兼務
管理者	人	1人		
介護支援専門員	人	人	人	1人
看護職員	人	5人	人	6人
介護職員	人	4人	人	11人

6. 利用料等

看護小規模多機能型居宅介護費（1カ月あたり）

	基本単位	利用者負担額（円）		
		1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	12,447単位	12,447	24,894	37,341
要介護2	17,415単位	17,415	34,830	52,245
要介護3	24,481単位	24,481	48,962	73,443
要介護4	27,766単位	27,766	55,532	83,298
要介護5	31,408単位	31,408	62,816	94,224

- ・利用料（1ヶ月単位）は、通い・泊り・訪問の中での日常生活上の介護や送迎を含む包括費用となります。
- ・ケアプランの作成は、当事業所の専属介護支援専門員が行うことになります。
- ・登録中は、一部のサービス（福祉用具貸与等）を除き他の介護保険サービスは併用できなくなります。

短期利用居宅介護費（1日あたり）

	基本単位	利用者負担額（円）		
		1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	571単位	571	1,142	1,713
要介護2	638単位	638	1,276	1,914
要介護3	706単位	706	1,412	2,118
要介護4	773単位	773	1,546	2,319
要介護5	839単位	839	1,678	2,517

- ・短期利用居宅介護は、利用者の状態や利用者の家族等の事情により、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が緊急に利用する事が必要と認めた場合、ならびに当事業所の介護支援専門員が当事業所の登録者に対しての介護に支障がないと認めた場合に利用が可能です。利用の開始に当たっては、あらかじめ7日以内（利用者の日常生活上の世話を行う家族等の疾病等やむを得ない事情がある場合は14日以内）の利用期間の定めがあります。

加算項目（該当項目は契約時に説明致します） ※1：区分支給限度基準額の算定外 ※2：短期利用除く

項目	単位
総合マネジメント体制強化加算Ⅰ ※1 ※2	1,200 単位／月
認知症加算(ⅢまたはⅣ) ※2	760 単位／月または 460 単位／月
初期加算 ※2	30 単位／日（登録から 30 日間）
退院時共同指導加算 ※2	600 単位／回
緊急時対応加算 ※2	774 単位／月
特別管理加算（ⅠまたはⅡ） ※2	500 単位／月または 250 単位／月
ターミナルケア加算 ※2	2,500 単位／死亡月
介護職員等処遇改善加算Ⅱ ※1（令和6年6月から）	所定単位数の 14.6%
介護職員等処遇改善加算Ⅰ ※1（令和6年5月まで）	所定単位数の 10.2%
介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ ※1（令和6年4月から5月まで）	所定単位数の 1.2%
介護職員等ベースアップ等支援加算 ※1（令和6年5月まで）	所定単位数の 1.7%

別途実費項目

項目	料金・内容
食事代	朝食 400 円・昼食 600 円・おやつ 100 円・夕食 600 円
宿泊代	1 泊 2,500 円（寝具リース代・光熱費を含む）
遠距離加算	10 km を超える送迎、訪問について、超過分 1 km につき 50 円
その他	個人で使用したもの（おむつ代、クリーニング代、日用品代等）の実費

- ・サービスが、介護保険の適用を受ける場合、介護保険負担割合証に基づいて利用料の 1～3 割をお支払いいただきます。ただし、介護保険法令に基づいて保険給付を償還払い（一旦あなたが利用料の全額を支払い、その後市町村からの 7～9 割分の払い戻しを受ける方法）をご希望の場合はお申し出ください。
- ・提供を受けるサービスが介護保険の適用を受けない部分については、利用料全額をお支払いいただきます。
- ・当事業者は、あなたに対し、毎月初旬までに、サービスの提供日、利用料等の内訳を記載した利用料明細書を作成し、請求書に添付して送付します。
- ・看護小規模多機能型居宅介護費は 1 ヶ月の包括費用（定額）のためサービス利用回数の変更をされても 1 ヶ月の利用料金は変更されませんが、食費・部屋代等介護保険外の自己負担分について利用中止のお申し出がない場合下記のキャンセル料をお支払いいただく場合があります。予定していたサービスが必要でなくなった場合、できるだけわかった時点で早めにお知らせくださいますようお願いいたします。キャンセルとなった理由によっては考慮させていただきます場合もあります。

利用日 3 日前までのキャンセル	キャンセル料はいただきません。
利用日 3 日前以降のキャンセル	当日の利用料金の 80%
利用日当日のキャンセル	当日の利用料金の 100%

7. 利用料金の支払いについて

- ・各月のサービスに関する利用料金は、原則として翌月 15 日（金融機関が休日の場合はその翌営業日）に利用者指定の口座から自動引き落としを行います。
- ・利用者はサービスの提供を受けるにあたり、代理人（連帯保証人）を 1 名定めるものとします。
 - ① 債務不履行のあった場合、代理人（連帯保証人）の負担は、極度額 500,000 円を限度とします。
 - ② 代理人（連帯保証人）が負担する債務の元本は、契約終了時に確定するものとします。
 - ③ 代理人（連帯保証人）の請求があった時は、事業者は代理人に対し、遅延なく利用料等の支払状況や滞納金の額、損害賠償の額等、利用者の全ての債務の額等に関する情報を提供します。

8. サービスの利用に関する留意事項

- ・他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- ・事業所内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損が生じた場合、弁償していただく場合があります。
- ・所持金品は、自己の責任で管理してください。
- ・事業所内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

9. 個人情報の保護と守秘義務について

- ・事業者、サービス従業者又は職員等は、サービスを提供する上で知り得た契約者及びその家族等に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。退職後も同様です。
- ・事業者は、利用者の医療上、緊急の必要性がある場合には医療機関等に利用者に関する心身等の情報を提供することがあります。
- ・事業所は、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は、利用者ならびに利用者の家族の同意を文書により得ることとします。

10. 苦情相談窓口

- ・事業所に対する苦情や相談は、以下の窓口、苦情受付機関で受け付けます。

事業所相談窓口	電話番号 0577-34-4002 受付時間 8時30分～17時30分 担当者名 管理者：長岡裕子 総務：川上貴恵子	
苦情受付機関	高山市福祉部 高年介護課	電話 0577-32-3333
	岐阜県国民健康保険団体連合会	電話 058-275-9825

11. 運営推進会議の設置

- ・事業所では、サービスの提供状況について定期的に報告するとともに、その内容についての評価、要望、助言を受けるため以下の構成員による運営推進会議を2カ月に1度開催します。

構成員	<ul style="list-style-type: none">・利用者・利用者の家族・地域住民の代表者・市職員または地域包括支援センターの職員・提供するサービスについて知見を有する者・事業所職員（代表者・管理者・介護支援専門員等）
-----	---

12. 非常災害対策

- ・サービス提供中に天災その他の災害が生じた場合には、利用者の避難等適切な措置を講じ、行政の指導による対応を行います。また、事業所に防火管理者を置くとともに、非常災害に備え年2回の避難訓練を行います。

13. 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、ご利用者様に対し応急措置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかにご家族や関係者への連絡を行います。また、事故の状況及び事故に際してとった処置について記録開示し、原因究明・再発防止に努めます。

14. 虐待防止に関する事項

- ・事業者は、利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため、虐待を防止するための従業者に対する研修の実施、利用者及びその家族からの苦情受付体制の整備、その他虐待防止のために必要な措置を講じます。また、事業者は、サービス提供中に当該事業所の従業者または養護者による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを高山市に通報します。
- ・事業者は、虐待防止の為の対策委員会を開催し担当者を定め、定期的に研修を実施し防止する対策を講じます。

15. 緊急時等の対応

- ・事業者は、現に各サービスを提供しているときに利用者の状況に急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに家族又は、主治医等に連絡をとる等の措置を講じます。
- ・主治医との連絡及び指示が得られなかった場合には、あらかじめ事業所が定めた協力医療機関へ連絡するとともに、受診等の適切な処置を講じます。

緊急連絡先	氏名	
	住所	
	昼間の連絡先	
	夜間の連絡先	
利用者の主治医	氏名	
	所属医療機関の名称	
	所在地	
	電話番号・対応可能時間	
協力医療機関 1	医療機関の名称	田近ハートクリニック
	電話番号	0577-34-7677 070-3198-9651
協力医療機関 2	医療機関の名称	
	電話番号	
協力歯科医療機関	歯科医療機関の名称	いしうら歯科医院
	電話番号	0577-34-5648 070-2216-7918

令和 年 月 日

事業所は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

説明者 所在地 高山市江名子町2980-1

事業所 看護小規模多機能ホーム荏名

氏名 _____ 印

私は、事業所より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

私は、利用者本人の意思を確認の上、本人に代わり、上記署名を行いました。

また、連帯保証人としてその責を極度額の範囲内において負うことを承諾致します。

代理人 住所 _____

氏名 _____ 印

利用者との続柄 _____