

重 要 事 項 説 明 書

1、事業者

法 人 名	医療法人社団 健康尚仁会
法人所在地	茨城県つくば市北条4326-2
電 話 番 号	029-867-0177
代表者氏名	理事長 飯村 尚仁
設立年月日	平成9年 12月 26日

2、事業所の概要

事業所の種類	指定看護小規模多機能型居宅介護サービス事業所 平成26年4月1日指定
事業所の目的	住み慣れた地域で生活するために、介護保険法令に従い利用者が自宅で可能な限り暮らし続けられるような支援をすることを目的とします。
事業所の運営方針	当事業所において提供する看護小規模多機能型居宅介護サービスは、利用者が住み慣れた地域での生活を継続することが出来るよう、利用者の病状、心身の状態、希望及びその置かれている環境を踏まえて、「通い」「宿泊」「訪問介護」「訪問看護」のサービスを柔軟に組合せる事により、当該利用者の居宅において、又は拠点に通わせ、もしくは短期間宿泊させ、日常生活上の世話及び機能訓練並びに療養上の世話又は必要な診療補助を打倒適切に行うものとする。事業の実施に当たっては、つくば市、地域包括支援センター、地域の保健・医療・福祉サービスの提供主体との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。
事業所の名所	看護小規模多機能型 なかよし
事業所の所在地	茨城県つくば市北条4326-2
電話・FAX 番号	(電話) 029-867-0177 (FAX) 029-886-7002
保険事業者指定番号	0892000175
事業所管理者	阿 部 四 帆
開設年月日	平成26年4月1日
建物概要	鉄筋コンクリート2階建一部木造 総面積 636.01 m ² 指定看護小規模多機能型なかよしの施設部分 274.02 m ²
施設の概要	① 居間 45.9 m ² (畳部分含む) ⑤浴室 4.4 m ² ② 食堂+台所 20.3 m ² ⑥洗濯室 3.9 m ² ③ 洗面所(2ヶ所) 6.4 m ² ⑦事務室 21.0 m ² ④ 便所(2ヶ所 車イス対応) 5.7 m ²

宿泊室の概要	① 5洋室、1室あたりの居室面積 8.0 m ² ② 1室 機能訓練室を仕切って利用 ③ エアコン完備 ④ 2モーターベット5台及び収納チェスト各部屋に設置
緊急時対応方法	利用者の病状の急変が生じた場合やその他必要な場合には家族又は緊急連絡先へ連絡するとともに、速やかに主治医・協力病院の医師又は、歯科医師に連絡する等必要な処置を講じます。
防犯防災設備 非難設備等の概要	① 避難路の確保 ② スプリンクラー設置 ③ 消火器の設置 ④ 非常用警報器設置 ⑤ 誘導灯 ⑥ 火災報知器、通報装置
損害賠償責任保険加入先	あいおい損害保険株式会社

3、営業日及び営業時間

営業日	年中無休
通いサービス	9：00～16：00
訪問サービス	随時
宿泊サービス	16：00～9：00

4、職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定看護小規模多機能型居宅介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

＜主な職員の配置状況＞※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

従業者の職種	常勤	非常勤	職務の内容
1. 事業所長(管理者)	1人		事業内容調整
2. 介護支援専門員	1人		サービスの調整・相談業務・計画書の作成
3. 介護職員	4人	5人	日常生活の介護・相談業務
4. 看護職員	2人	2人	健康チェック・機能訓練・療養生活の支援等の医務業務

5、サービスおよび利用料等

保険給付サービス	通いサービス、訪問サービス及び宿泊サービス、送迎サービスを柔軟に組み合わせて、妥当適切に食事・排泄・入浴(清拭)・着替えの介助等の日常生活上の世話、日常生活の中での機能訓練、健康管理、相談・電話連絡・見守り援助等のサービスを提供します。 上記については包括的に提供され、下記の表による要介護度別に応じて定められた金額(省令により変動あり)が自己負担となります。
----------	--

看護小規模多機能型居宅介護費および加算

要介護 状態区分	介護保険 基本分（単位）	加算項目	単位数	加算項目	単位数
要介護 1	12447	認知症加算Ⅲ	760	総合マネジメント体制強化加算	800
要介護 2	17415	認知症加算Ⅳ	460	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	750
要介護 3	24481			口腔機能向上加算Ⅰ	150
要介護 4	27766	緊急時対応加算	774	処遇改善加算（Ⅰロ）	
要介護 5	31408	特別管理加算Ⅲ	500	介護職員等ベースアップ加算	
		特別管理加算Ⅳ	250		
		ターミナルケア加算	2,500		

※登録した日から30日以内の期間は、上記に1日30単位が加算されます。

※介護保険自己負担分は介護サービス単位総額に対してつくば市は10.55の割合を乗じて得た額となります。（福祉用具貸与、居宅療養管理指導をのぞく）

※介護保険給付が償還払いになる場合は全額負担となります。

実費（必要に応じた費用）

種 類	利 用 料 （自己負担分）
施設利用費 （消費税10%込み）	165 円 （1日あたり）
食 費 （消費税込み8%）	朝食 460 円、昼食 700 円、夕食 700 円、おやつ代 120 円
宿泊費（個室） （消費税10%込み）	2,200 円
おむつ代 （消費税10%込み）	紙おむつ 165 円、紙パンツ 275 円、尿とりパット 75 円
教養娯楽施設の利用	教養娯楽施設利用時の代金
レクリエーション	施設外レクリエーションについて実費（交通費・入場料など） レクリエーション活動に関する材料費等について実費（造形材料など）
そ の 他	利用者の希望等により提供するもの等

6、協力医療機関、連携施設

当事業所では、各利用者の主治医との連携を基本としつつ、病状の急変等に備えて以下の医療機関を協力医療機関として連携体制を整備しています。

＜協力医療機関・施設

飯村医院	所在地	茨城県つくば市北条4326-2	Tel	029-867-0068
飯村医院 歯科	所在地	茨城県つくば市北条4326-2	Tel	029-867-0068
介護老人保健施設アリエッタ	所在地	茨城県つくば市北条1174	Tel	029-867-1182
特別養護老人ホーム桜華	所在地	茨城県つくば市柴崎79-2	Tel	029-886-9700

7、運営推進会議の設置

当事業所では、指定看護小規模多機能型居宅介護サービスの提供にあたり、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、その内容等についての評価、要望、助言を受けるため、運営推進会議を設置しています。

8、当事業所における苦情の受付

受付窓口の場所： つくば市北条4326-2

看護小規模多機能型 なかよし 管理者 阿部 四帆

電話： 029-867-0177 FAX： 029-886-7002

苦情解決責任者：飯村 尚仁 電話： 029-867-6677

市町村の受付窓口： つくば市福祉部介護保険課 電話：029-883-1111（代表）

国保連合会 ：029-301-1567

9、施設利用にあたっての留意事項

- サービス利用の際には、介護保険被保険者証を提示してください。要介護1～5の認定を受けている方がご利用できます
- 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等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
- 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- 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。

10、利用者負担金

(1) 利用者負担金

指定看護小規模多機能型居宅介護サービスを提供した場合の利用料の額は、介護保険法令の定める基準によるものとします。登録した月は、登録日を基準に日割り計算となります。

(2) 前項の費用とその支払いについては、この書面に記名押印を受けることで同意をいただいたものとします。

(3) 利用者負担金のお支払方法

事業者は、当月の利用者負担金の請求書に明細を付して、翌月10日までに利用者に請求し、利用者は当月の請求金額を翌月の末日までに現金または口座振込みによってお支払いいただきます。

(4) 領収書の発行

事業者は、利用者から利用者負担金の支払いを受けたときは、領収書を発行します。

- (5) 保険料の滞納などにより、サービス費用を1割の利用者負担金で利用できなくなる場合は、いったんサービス費用を全額お支払いいただき、後日保険者から保険給付分の払戻しを受ける手続きが必要になります。

1 1、キャンセル

利用者の都合によりサービスをキャンセルする場合は、事前に下記の連絡先までご連絡下さい。

連絡先 (電話) 0 2 9 - 8 6 7 - 0 1 7 7

1 2、緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族等へ連絡をいたします。

主治医	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	

令和 年 月 日

指定看護小規模多機能型居宅介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

(事業者) 住所 茨城県つくば市北条4326-2
名称 看護小規模多機能型 なかよし
説明者職名 管 理 者
氏名 阿 部 四 帆 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定看護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した。

(利 用 者) 住所 _____
氏名 _____ 印

(利用者代理人) 住所 _____
氏名 _____ 印

