重要事項説明書

この重要事項説明書は、利用者が（介護予防）小規模多機能型居宅介護サービスを受けられる際に、利用者やそのご家族に対し、当社の事業運営規定の概要や介護従事者などの勤務体制等利用者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記したものです。

①　提供できるサービスの種類と地域

|  |  |
| --- | --- |
| サービス種類 | (介護予防)小規模多機能型居宅介護 |
| 事業所名 | 清雲台ケアセンター |
| 所在地 | 栃木県大田原市蛭田1985-1 |
| 介護保険指定番号 | ０９９１００００３５ |
| 通常の事業の実施地域 | 大田原市行政区 |

1. 営業日及び営業時間

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 営業日 | ３６５日 | | |
| 休日 | 施設の休日なし | | |
| 営業時間 | ２４時間 | | |
| 緊急連絡先 | 0287-98-3771(施設) | 担当者名 | 管理者 |
|  | |

1. (介護予防)小規模多機能型居宅介護サービスの内容

(介護予防) 小規模多機能型居宅介護サービスは、事業者が管理運営する施設において、通いサービス・訪問サービス・泊りサービス（食事・入浴・送迎はこれらに含まれる）の提供をメインとし、生活などに関する相談、助言、健康状態の確認、その他利用者に必要な日常生活上の世話ならびに生活リハビリを行なうサービスです。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| サービス内容 | 通いサービス | サービス内訳 | ご利用者に対し日常生活上の介助を行い、必要とされるサービスプログラムをご提案・提供することにより、生活の質の向上を支援します。 |
| 泊りサービス | 通いを中心に利用者の希望に応じ随時宿泊を組み合わせたサービスを行ないます。 |
| 訪問サービス | 利用者が施設利用以外の日においても訪問や電話等により利用者の安否確認等のサービスを行ないます。 |

④　サービス基本利用料金に対し、利用者の自己負担になる明細

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 介護度基本料金 | 自己負担金額 | 介護保険負担割合 |
| 要支援(　 　) | \ | (基本料金の　　　%)　月の料金です |
| 要介護(　 　) | \ | (基本料金の　　10%)　月の料金です |
| 初期加算 | \ | (基本料金の　　10%)　日の料金です  初期の30日間適用されます |
| 認知症加算(Ⅲ Ⅳ) | \ | (基本料金の　　10%)　月の料金です |
| 若年性認知症利用者受入加算 | \ | (基本料金の　　10%)　月の料金です |
| 看護職員配置加算( Ⅱ ) | \ | (基本料金の　　10%)　月の料金です |
| 総合マネジメント  体制強化加算Ⅰ | \ | (基本料金の　　10%)　月の料金です |
| 訪問体制強化加算 | \ | (基本料金の　　　%)　月の料金です |
| 科学的介護推進体制加算 | \ | (基本料金の　　10%)　月の料金です |
| 生産性向上推進体制加算Ⅱ | \ | (基本料金の　　10%)　月の料金です |
| 介護職員等処遇改善加算Ⅱ | \ | 所定単位 × 146 / 1000に相当する額) / 月 |
| ⑤ 介護サービスの中で利用者の自己負担になる明細(別紙施設利用費明細表による) | | |
| 費用明細 | | 備考 |
| 食費 | 朝 \363 / 食  昼 \726 / 食  夜 \605 / 食 |  |
| 宿泊費 | \1,350 / 泊 |  |
| 電気代 | \100 / 泊 | 個別電気器具使用に限る |
| 洗濯代 | \100 / 回 | 施設で対応できない場合別途負担あり |
| 理髪代 | 実費 |  |
| 特別な食費 | 実費 |  |
| 日用品、娯楽費 | 実費 |  |
| その他 |  | 取り決めのない事柄については話し合いにおいて決定する。 |

(1)介護保険の限度額を超えたサービスは、全額負担となります。

(2)上記の料金は、令和6年6月1日現在の法定料金です。契約期間中に料金の改定が行われた場合は、改定後の料金になります。

⑥　料金のお支払い方法

サービス料金のお支払いは、翌月10日までにお願いいたします。

振込先 ※郵便局 10770-21955751　口座名　ミツイ商事有限会社

　　 　※足利銀行 西那須野支店（普）3063047　口座名　ミツイ商事有限会社

お振込みでない方は、お電話を下されば集金にお伺いいたします。

T-NET（自動払込み利用・ゆうちょ銀行以外申込み可）

⑦　相談 要望 苦情の窓口

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所　清雲台ケアセンター  　　　　住所　大田原市蛭田1985-1番地  　　　　電話　0287-98-3771 | 担当者  管理責任者又施設長  受付時間　AM 9:00 ～　PM 5:00 |
| 国保連　栃木県国民健康保険団体連合会  　　　　住所　宇都宮市本町3番9  　　　　電話　028-643-2220 | 担当者  介護福祉課 |
| 行政　　大田原市役所  　　　　住所　大田原市本町1丁目4番1号  　　　　電話　0287-23-8865 | 担当者  高齢者幸福課 |

サービスに関する相談･要望･苦情等は、上記の窓口までお気軽にお申し出ください。

⑧　緊急時の対応

1. サービス提供中に利用者に容態の変化などがあった場合は、利用者の主治医・利用者の家族に連絡し、適切な対応を行ないます。
2. 緊急時の連絡先及び担当責任者

電話番号(0287)-98-3771　担当者　管理者

(介護予防)小規模多機能型居宅介護施設利用費用明細　(令和04年10月01日制定)

【（介護予防）小規模多機能型居宅介護サービス費】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護度/加算名称 | | 介護度による単位 | | 備考 | |
| 要支援　1 | | 3,450単位 /月 | | ※地域区分7級地が適用されるため、１単位10.17円になります。 | |
| 要支援　2 | | 6,972単位 /月 | |
| 要介護　1 | | 10,458単位 /月 | |
| 要介護　2 | | 15,370単位 /月 | |
| 要介護　3 | | 22,359単位 /月 | |
| 要介護　4 | | 24,677単位 /月 | |
| 要介護　5 | | 27,209単位 /月 | |
| 認知症加算Ⅲ | | 760単位 /月 | | 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者に対して、小規模多機能型居宅介護を行った場合 | |
| 認知症加算Ⅳ | | 460単位 /月 | | 要介護状態区分が要介護２である者であって認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱに該当する者に対して、小規模多機能型居宅介護を行った場合 | |
| 看護職員配置加算Ⅱ | | 700単位 /月 | | 常勤かつ専従の准看護師を１名以上配置していること | |
| 総合マネジメント体制強化加算Ⅰ | | 1,200単位 /月 | |  | |
| 若年性認知症利用者受入加算 | | （介護）800単位 /月 | |  | |
| （予防）450単位 /月 | |
| 訪問体制強化加算 | | 1,000単位 /月 | |  | |
| 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Ⅱ | | 10単位 /月 | |  | |
| 初期加算 | | 30単位 / 日 | | ご利用開始日から30日間適用されます。1カ月以上のご利用がなく再びご利用開始された場合同様になります。介護度による違いはありません。 | |
| * 上記の報酬単位合計数を（a）とし、その単位合計数により以下の加算の単位数が算定されます。 | | | | | |
| 介護職員等処遇改善加算Ⅱ | | | | ｛（a）× 146/ 1000 ｝単位 / 月 | |
| * 上記の小規模多機能型居宅介護サービス費の合計単位に単位単価10.17円を乗じた金額が   小規模多機能型居宅介護サービス費の総額となり、その総額に負担割合を乗じた金額が  介護保険個人負担額となります。 | | | | | |
| 【（介護予防）短期利用小規模多機能型居宅介護サービス費】   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 介護度 | 介護度による単位 | 備考 | | 要支援1 | 424単位 / 日 | ※地域区分7級地が適用されるため、１単位10円から10.17円になります。 | | 要支援2 | 531単位 / 日 | | 要介護1 | 572単位 / 日 | | 要介護2 | 640単位 / 日 | | 要介護3 | 709単位 / 日 | | 要介護4 | 777単位 / 日 | | 要介護5 | 843単位 / 日 | | * 利用日数による上記の報酬単位合計数を（b）とし、その単位合計数により以下の加算の単位数が算定されます。 | | | | 介護職員等処遇改善加算Ⅱ | | ｛（b）× 146 / 1000 ｝単位 / 月 | | * 上記の小規模多機能型居宅介護サービス費の合計単位に単位単価10.17円を乗じた金額が   小規模多機能型居宅介護サービス費の総額となり、その総額に負担割合を乗じた金額が  介護保険個人負担額となります。 | | | | | | | | |
| 食費利用者負担金額 | | | 対象者 | | |
| 1日3食 | 1,694円 / 泊 | | 泊りサービス利用者　(朝食363)(昼食726)(夜食605) | | |
| 1日1食 | 726円 / 日 | | 通いサービス利用者 | | |
| 居住費利用者負担金額(1日) | | | 備考 | | |
| 宿泊費 | 1,350円 / 泊 | | 短期入所 | | |
| その他利用者負担明細 | | | 金額 | | 備考 |
| 電気代 | 個別電気機器利用料として | | 100円 / 泊 | |  |
| 洗濯代 |  | | 100円 / 回 | | 当施設で対応できない物は実費になります。 |
| 理髪代 |  | | 実費 | |  |
| 日曜品 雑貨  教養 娯楽費 |  | | 実費 | |  |