

令和 年 月 日

小規模多機能型居宅介護事業所
菜の花
重要事項説明書

様

株式会社 なのはな

当施設は、ご契約者に対する通所介護事業所のサービスを提供するに当たり、事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上のご注意いただきたいことを次の通り説明します。

1. 事業者の名称

種別・名称	株式会社 なのはな
責任者	中山 正明
所在地	熊本県人吉市下林町2796番地1
電話番号	0966-22-7017

2. 事業所名称及び事業所番号

施設の名称	小規模多機能型居宅介護施設 菜の花
管理者の氏名	管理者 永尾 潤也
所在地	熊本県人吉市下林町2796番地1
電話番号	0966-22-7017
FAX番号	0966-22-7024
事業所番号	4390300582
利用定員	29名

3. 事業所の職員体制

管理者 1名以上

介護支援専門員 1名以上

看護職員 1名以上

介護職員 6名以上

4. 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
施設長 管理者	正規の勤務時間（変則時間制）常勤で勤務	4週8休
介護士	正規の勤務時間（変則時間制）夜勤業務等の為	4週8休
看護師	正規の勤務時間（変則時間制）夜勤業務等の為	4週8休
介護支援専門員	正規の勤務時間（9：00～18:00）常勤で勤務	4週8休
清掃員	正規の勤務時間（9：00～13:00）非常勤で勤務	4週8休
調理員①	正規の勤務時間（10：00～13:00）非常勤で勤務	4週8休
調理員②	正規の勤務時間（15：30～18:30）非常勤で勤務	4週8休

5. 事業の実施地域

事業の実施地域	人吉
---------	----

6. 営業日

事業所の営業日は、365日

訪問サービスは、24時間体制

通いサービスは、6：00～21：00

宿泊サービスは、21：00～6：00

7・サービスの内容及び費用

(1) 介護保険給付サービス

ア. サービス内容

種 類	内 容
通所介護サービス	自宅から施設までの送迎を行い、血圧測定等利用者の全身状態の把握を行い、健康管理、入浴、排泄、食事介助等の援助を行います。
訪問介護サービス	自宅に訪問し、血圧測定等利用者の全身状態の把握を行い、生活援助、身体介護等を行います。
短期入所サービス	血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。

イ. 費用

[サービス利用料金]

1, ご契約者の要介護度と サービス利用料金	2, 自己負担額 1 割の場合	自己負担額 2 割の場合	自己負担額 3 割の場合
要支援 1 34,500 円	3,450 円	6,900 円	10,350 円
要支援 2 69,720 円	6,972 円	13,944 円	20,916 円
要介護 1 104,580 円	10,458 円	20,916 円	31,374 円
要介護 2 153,700 円	15,370 円	30,740 円	46,110 円
要介護 3 223,590 円	22,359 円	44,718 円	67,077 円
要介護 4 246,770 円	24,677 円	49,354 円	74,031 円
要介護 5 272,090 円	27,209 円	54,418 円	81,627 円

[各種加算（1 月あたり）]

種類	サービス利用 料金	自己負担額 1 割の場合	自己負担額 2 割の場合	自己負担額 3 割の場合
初期加算 (30 日)	9,000 円	900 円	1,800 円	2,700 円
認知症加算 I	9,200 円	920 円	1,840 円	2,760 円
認知症加算 II	8,900 円	890 円	1,780 円	2,670 円
認知症加算 III	7,600 円	760 円	1,520 円	2,280 円
認知症加算 IV	4,600 円	460 円	920 円	1,380 円
看護職員配置加算 I	9,000 円	900 円	1,800 円	2,700 円
看護職員配置加算 II	7,000 円	700 円	1,400 円	2,100 円
総合マネジメント体制強化加算 I	12,000 円	1,200 円	2,400 円	3,600 円
総合マネジメント体制強化加算 II	8,000 円	800 円	1,600 円	2,400 円
サービス提供体制強化加算 I	7,500 円	750 円	1,500 円	2,250 円
サービス提供体制強化加算 II	6,400 円	640 円	1,280 円	1,920 円
サービス提供体制強化加算 III	3,500 円	350 円	700 円	1,050 円
介護職員等処遇改善加算 I	基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数×14.9% 利用者負担額は 1 割（2 割又は 3 割）			

- ① 各利用者の負担割合に応じての自己負担額とする。
- ② 介護適用の場合でも、保険料の滞納により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合には、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。
利用料と引き換えに「サービス提供証明書」と「領収書」を発行します。

(2) 介護保険給付対象外サービス

ア. 利用料の全額を負担していただきます。

種 類	内 容	利 用 料
食 費	食事に係る費用です。	朝 450 円 昼 650 円おやつ込 夕 550 円 行事食 500～1,000 円
宿 泊	短期入所（ショートステイ）サービス	1 泊 1,800 円
オムツ類	日常生活上通常必要となるものに係る費用	実費
洗濯代	日常生活上通常必要となるものに係る費用	1 日 130 円

イ. キャンセル料

利用者の都合によりサービスを中止する場合は、次のキャンセル料をいただきます。ただし、利用者の病状の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は不要です。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無 料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	利用料自己負担部分の 1 0 0 %

8. 利用料金のお支払方法

前記（1）（2）の料金・費用は、以下の方法でお支払いください。

- ①窓口支払
- ②口座振替（振込手数料は「事業所」負担となります。）
- ③口座振込（振込手数料は「利用者」負担となります。）

振込口座：肥後銀行 人吉駅前支店

普通口座 1 6 9 4 0 9 2

株式会社なのはな 代表取締役 中山正明

9. 事業所の特色

(1) 事業の目的

介護保険法令に従い、利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的とした介護サービスを提供します。

(2) 運営方針

要介護状態等となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活ができるよう、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能維持並びに利用者家族の身体的、精神的負担の軽減を図ることを目的とする。

(3) 介護計画の作成及び事後評価

利用者の直面している課題等を評価し、希望を踏まえて通所介護後計画を作成します。又、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果をサービス報告書に記載して利用者に説明の上交付します。

10. サービス内容に関する苦情等相談窓口

当施設お客様相談窓口	苦情受付担当者：永尾 潤也 苦情解決責任者：永尾 潤也 ご利用時間：8：00～17：30 ご利用方法：電話 0966-22-7017 苦情箱（玄関に設置しています。）
------------	---

行 政：人吉市役所 高齢者支援課 介護保険係 （電話番号）0966-22-2111

関係機関：熊本県国民健康保険団体連合会 介護保険課

（電話番号）096-214-1101 苦情相談窓口専用

11. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「菜の花消防計画」に基づき対応を行います。			
平時の消防訓練	別途定める「菜の花消防計画」にのっとり年2回夜間及び昼間並びに震災等を想定した避難訓練を、利用者の方も参加して実施します。			
防災設備	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	自動火災報知器	あり	誘 導 灯	3 か所
	非常通報装置	あり	消火器	1 か所
	カーテン等は防災性能のあるものを使用しています。			

消防計画等	別途定める「菜の花消防計画」にのっとり年2回消防署への届出をしております。 防火管理者を1名配置しています。
-------	---

12. 緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変があった場合は、速やかに利用者の主治医、救急隊、緊急時連絡先、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をします。

主治医	病院名	
	所在地	
	電話番号	

緊急連絡先	氏 名（続柄）		
	住 所		
	電話番号（自宅）		
	電話番号（携帯）		

1 3. サービス利用にあたっての留意事項

- (1) サービス利用の際には、介護保険被保険者証と居宅介護支援事業者が交付するサービス利用票を提示してください。
- (2) 施設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。
- (3) 決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。
- (4) 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- (5) 所持金品は、自己の責任で管理してください。

小規模多機能型居宅介護事業所菜の花においてのサービスの提供に際し、本書面にに基づき重要事項の説明をしました。

令和 年 月 日

小規模多機能型居宅介護事業所 菜の花

説 明 者 役職： _____ 氏名： _____ 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、小規模多機能型居宅介護事業所 菜の花においてのサービスの提供開始に同意します。

住 所 _____

利 用 者 氏 名 _____ 印

連 絡 先 _____

住 所 _____

代理人（家族）氏 名 _____ 印

連 絡 先 _____