株式会社　ライフネット

小規模多機能型居宅介護施設「ほなみ」重要事項説明書

あなたに対する小規模多機能型居宅介護事業の提供開始にあたり、厚生労働省令に基づき、当事業者があなたに説明すべき重要事項は次の通りです。

1　事業の目的及び運営の方針

（1）　事業の目的

自立した生活が困難になった利用者に対して、家庭的な環境のもとで、食事、入浴、排泄等の日常生活の世話及び機能訓練を行うことにより、安心と尊厳のある生活を、利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立して営むことができるよう支援することを目的とします。

（2）　運営の方針

事業所の管理者及び介護従業者は、事業利用者の人格を尊重し、心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて小規模多機能型居宅介護計画を作成し、それに基づき必要なリハビリテーション等を行うことにより、家庭的で落ち着いた雰囲気の中での生活を営むことができるよう、援助を行います。

2　当事業所の概要

（1）　事業所の概要

事業所名	小規模多機能型居宅介護施設「ほなみ」			
所在地	〒999－7781 山形県東田川郡庄内町余目字四ツ興野 130 番地			
	電話番号	0234－43－3913	ﾌｧｯｸｽ番号	0234 - 43 - 3913
指定番号	小規模多機能型居宅介護（ ０６９３０００００３６ ）			
指定年月日	平成 20 年 5 月 2 日			
デイサービス利用定員	１８　名			
居室	９室			
共用施設	食堂・居間・浴室・トイレ等			

（2）　当事業所の職員体制

①管理者　　１名
②計画作成担当者　　１名
③看護師　　１名
④介護職員　　９名以上

3　サービスの内容

保険給付サービス	食事・排泄・入浴（清拭）・着替えの介助等や日常生活上の援助、日常生活の中での機能訓練、健康管理、相談、援助等
保険対象外サービス	上記以外のサービス（宿泊・食事等）

4　営業地域、営業日及び営業時間

営業地域　　庄内町

営業日　　３６５日

営業時間　　訪問サービス　　随時

通いサービス　　９：００～１６：００

宿泊サービス　　１６：００～翌９：００

5　利用料金

（１）　利用料（介護保険給付サービス）

基本料金（一月あたりの自己負担分）

要支援　１	３，４５０　円
要支援　２	６，９７２　円
要介護度１	１０，４５８　円
要介護度２	１５，３７０　円
要介護度３	２２，３５９　円
要介護度４	２４，６７７　円
要介護度５	２７，２０９　円

（注１）上記の単価は介護保険基本料金の１割の金額です。

（注２）負担額が２割の方は支払い額が上記単価の２倍となります。
負担額が３割の方は支払い額が上記単価の３倍となります。

（２）　その他の利用料（介護保険対象外サービス）

① 宿泊は１日１，４００円です。

② 食費は、朝食４００円、昼食６５０円、夕食５００円となります。

③ オムツ代は実費となります。

④ 加算として、初期加算・サービス提供体制強化加算・看護師配置加算・総合マネジメント体制強化加算・認知症加算・中山間地域等における小規模事業所加算・介護職員等処遇改善加算などの一部負担があります。加算についての詳細は別紙にて説明させて頂きます。なお介護報酬改定により負担額や算定要件が変更される場合にはその都度説明させて頂きます。

（３）　料金のお支払い方法

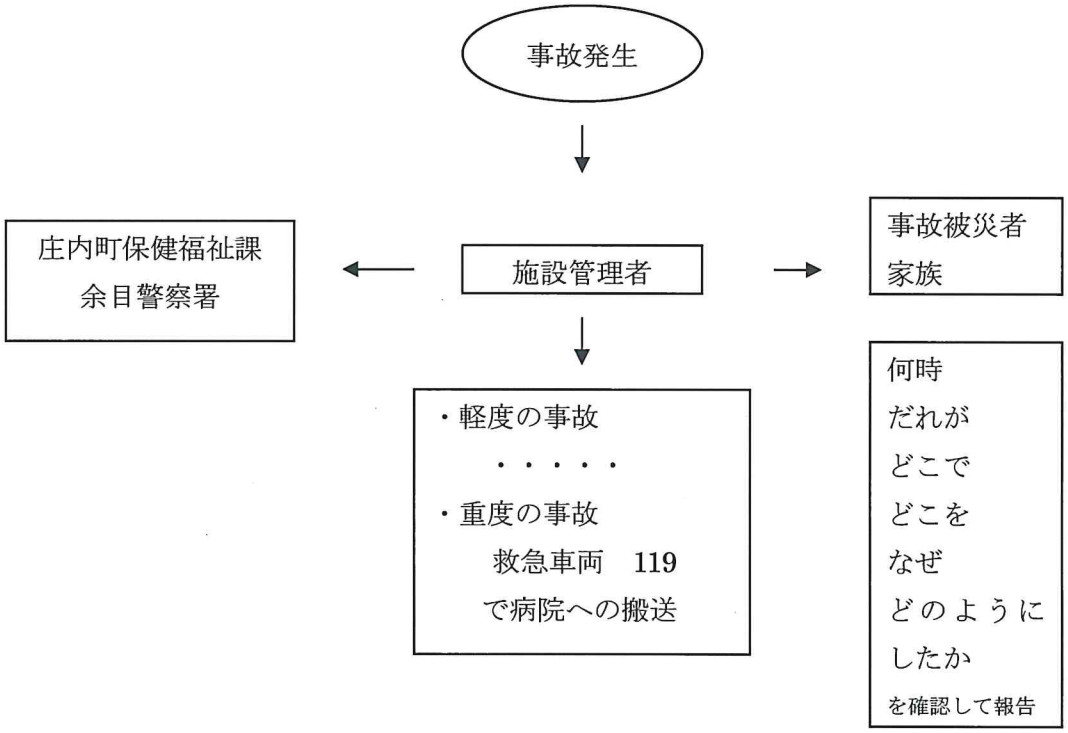
毎月、１０日までに前月分の請求をいたしますので、月末までにお支払いください。

お支払いいただきますと、領収書を発行します。

お支払い方法は口座振替、口座振込、現金支払いの３通りの中からご契約の際に選べます

6　事故発生時の体制

施設内で重要な事故等が発生した場合は下記の連絡体制の下に対処します。



7　利用者からの苦情処理の体制

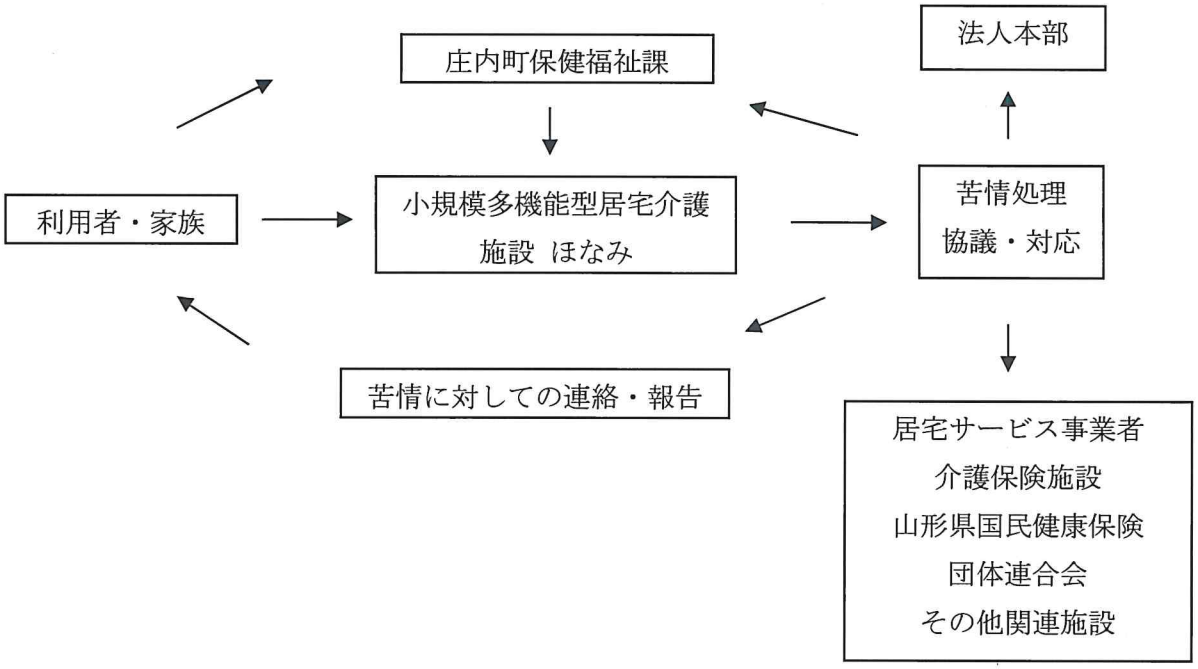
利用者や家族からの苦情に対しては管理者が担当窓口として下記のとおりに対処します。またその対応処理としては苦情記録カードを利用します。

担当者　　管理者　　伊藤　文枝

受付時間　月～金曜日　午前９時～午後５時

受付場所　小規模多機能型居宅介護施設ほなみ

電　話　　０２３４－４３－３９１３



8　サービスの利用方法

（1）　まずは、電話等でお申し込み下さい。介護計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

居宅サービス計画の作成を依頼している場合は事前に介護支援専門員とご相談ください。

（2）　サービスの終了

①　利用者のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の７日前までに文書でお申し出ください。

②　当事業所の都合でサービスを終了する場合

常時医療機関において治療をする必要がある場合等、やむを得ない事情によりサービス提供を終了させていただく場合がございます。

③　自動終了

次の場合は、双方の通知がなくとも、自動的にサービスを終了いたします。

・　介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合

・　利用者がお亡くなりになった場合

④　その他

イ　　次の場合は、利用者は、即座にサービスを終了することができます。

・　当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合

・　守秘義務に反した場合

・　利用者やご家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合

ロ　　次の場合、当事業所は、即座にこの契約を終了させていただく場合があります。

・　利用者が、サービス利用料金の支払いを３ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、３０日以内に支払われない場合。

・　利用者やご家族などが当事業所や当事業所のサービス従業員に対して本契約を継続し難い背信行為を行った場合。

9　当事業所のご利用にあたっての留意事項

（1）喫煙

利用者の喫煙は当事業所が指定する場所でお願いいたします。

（2）設備・器具の利用

建物や備品及び貸与物品は大切に取り扱うようお願いいたします。

（3）所持品の持ち込み

所持品を持ち込む場合は施設にお申し出下さい。

（4）政治活動・宗教活動の禁止

施設内での他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮願います。

（5）職員に対する暴力、ハラスメントの禁止

ハラスメント行為などにより、健全な信頼関係を築くことが出来ないと判断した場合は、サービス中止や契約を解除することもあります。

（6）見守りカメラの設置や職員の写真を撮影する場合は事前にお申し出下さい。

１０　緊急時における対応方法

利用者に容体の変化等があった場合は、医師に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族の方に速やかに連絡いたします。

（緊急連絡先）

氏　　名	
住　　所	
電話番号	
続　　柄	

１１　非常災害対策

非常災害時の対応は別途定める「小規模多機能型居宅介護施設消防計画」により対応します。

１２　虐待防止対策

虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じます。

（１）　虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。

（２）　虐待の防止のための指針を整備します。

（３）　従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施します。

（４）　前３号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置きます。

２　サービス提供中に当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）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、これを市町村へ通報します。

１３　身体拘束対策

利用者に身体拘束その他利用者の行動を制限する行為は行いません。ただし、サービスの提供にあたり、利用者または他の利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合は、説明の上、身体拘束を行う場合があります。

１４　当法人の概要

名称	株式会社　ライフネット
代表者氏名	代表取締役　佐藤　潤一郎
本部所在地	山形県東田川郡庄内町余目字四ツ興野１２３番地
電話番号	電話　　０２３４（４３）０７６３

定款の目的に定めた事項

１．介護保険法による指定居宅介護支援事業

２．介護保険法による次の居宅サービス事業

①訪問介護

②訪問入浴介護

③通所介護

④短期入所生活介護

⑤福祉用具貸与

⑥認知症対応型共同生活介護

⑦特定施設入所者生活介護

⑧訪問看護

⑨訪問リハビリテーション

⑩居宅療養管理指導

⑪通所リハビリテーション

⑫短期入所療養介護

⑬小規模多機能型居宅介護

⑭認知症対応型通所介護

⑮夜間対応型訪問介護

３．上記の介護を行う施設の運営及び管理業務

４．介護保険法に定める介護保険施設の設立及び運営

５．老人福祉法に定める有料老人ホーム施設の設立及び運営

６．地方公共団体からの委託を受けた介護認定調査業務の請負

７．在宅配食サービス事業

８．医療用機器・衛生用機器・福祉用具及び付属品の販売、修理並びにリース事業

９．在宅介護住宅及び生活支援住宅の改修、相談斡旋事業

10．日用品雑貨の販売

11．その他前各号に附帯する一切の業務

小規模多機能型居宅介護の提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づき、重要な事項を説明しました。

令和　　年　　月　　日

事業者　株式会社　ライフネット
所在地　山形県東田川郡庄内町余目字四ツ興野１３０番地
名　称　小規模多機能型居宅介護施設 ほなみ
説明者　所　属　　小規模多機能型居宅介護施設「ほなみ」

氏　名　　印

私は、契約書および本書面により、事業者から小規模多機能型居宅介護についての重要事項の説明を受けました。

利用者　住　所

氏　名　　印

代理人　住　所

氏　名　　印