

重要事項説明書

1. 事業主体概要

事業主体名	医療法人社団寿光会
法人の種類	医療法人
代表者名	理事長 作田 美緒子
所在地	千葉県いすみ市岬町和泉字苅込台 330-1
資本金（出損金）	2億 5560万円
法人の理念	「その人らしさを大切に」を合言葉に、利用者のご希望に沿った生活を支援します。介護のプロとして、常に向上心を持ち知識と技術習得に努め、利用者が「安心して生活ができる」ように笑顔と真心で接します。また、地域の方々と交流の機会を持ち、「地域から愛される存在」を目指します。
他の介護保険関連の事業	介護老人保健施設 認知症対応型共同生活介護 有料老人ホーム サービス付き高齢者向け住宅 通所介護事業所 定期巡回随時対応型訪問介護看護事業所 訪問介護看護事業所 居宅介護支援事業所
他の介護保険以外の事業	医療療養型病院

2. 事業概要

事業所名	小規模多機能ホームいきいきの家市川
事業の目的	事業者は、高齢者の方々が在宅で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出来る限り住み慣れた自宅にて、日常生活の介助を通じて安心と尊厳のある生活を営む事を支援します。
ホームの運営方針	利用者の「出来ること」を見極め、その利用者の残存能力をサポートすることを目的とし、不必要な介護や手助けにする利用者の残存能力を奪うことを慎み、介護のプロフェッショナルとして利用者の生活をサポートし、少しでもご自身で出来ることに目を向け日常的なリハビリの提供を行います。
ホームの責任者	熊谷 香
開設年月日	令和5年10月1日
保険事業者指定番号	1290800885

所在地、電話、FAX	〒272-0004 千葉県市川市原木 2-16-17 (電話) 047-329-2135 (FAX) 047-329-2136
交通の便	東京メトロ東西線「原木中山駅」より徒歩 10 分
敷地概要 (権利関係)	敷地面積 1575.84 m ² 自用
建物概要 (権利関係)	構造 : 木造 2 階建て 延床面積 : 1264.43 m ²
居室の概要	個室 6 室 9.93 m ² (宿泊サービス用)
共用施設の概要	トイレ 浴室 居室 リビング・ダイニング
緊急対応方法	建物周囲フェンス設置
防犯防災設備 避難設備等の概要	消火器常備・自動火災報知機・スプリンクラー・ 消防機関へ通報する火災報知設備・誘導灯
損害賠償責任保険加入先	三井住友海上

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域

市川市

(2) 営業日及び営業時間

営業日 年中無休

通いサービス 月曜日～日曜日 9 時～16 時 (基本時間)

訪問サービス 月曜日～日曜日 24 時間営業 (基本時間)

宿泊サービス 月曜日～日曜日 16 時～9 時 (基本時間)

4. 職員体制 (主たる職員)

職員の職種	員数	常勤		非常勤		保有資格	研修会受講等内容
		専従	兼務	専従	兼務		
管理者	1		1				認知症対応型 サービス事業管理者 研修
計画作成担 当者	1		1			介護福祉士 介護支援専門員	認知症介護実践者 研修、小規模多機 能型サービス等計 画作成担当者研修
看護師	1	1				看護師資格	
介護従事者	7	4		3		介護福祉士 介護職員初任者 研修	認知症介護実践者 研修
事務	1				1		

5. 勤務体制（※昼間 18 人利用、夜間宿泊 6 名分）

管理者	勤務時間 8:45~17:00 1人
介護支援専門員	勤務時間 8:45~17:00 1人
昼間の体制 (介護職員)	訪問介護職員：常勤換算で一人以上配置 通所介護職員：常勤換算で通所介護利用者数が3人又は端数を増すごとに1人以上配置。 (原則として、看護師または准看護師1人以上配置)
夜間の体制 (介護職員)	1人(夜勤 16:30~翌9:00)
夜間自宅待機 (オンコール体制)	1人(16:30~9:00)

6. 利用状況（令和6年4月1日現在）

利用者数	利用登録者数 12人 総定員 29人
要介護度別	要支援 2: 1名 要介護度 1: 4名 要介護度 2: 2名 要介護度 3: 2名 要介護度 4: 2名 要介護度 5: 1名

7. ホーム利用に当たっての留意事項

- ・面会時間は 9:00~17:00 です。
- ・宿泊のご連絡は、お食事の準備の都合上 3 日前までのご連絡をお願いいたします。
- ・ペット、不要な大金・宝石・貴金属、危険物、その他、共同で生活するにあたり不適當と思われるものは持ち込むことができません。
- ・飲酒は適当な場所や時間であれば可能です。
- ・全館禁煙です。

8. サービスおよび利用料等

(1) 介護保険の給付となるサービス

① 通いサービス

小規模多機能型居宅介護いきいきの家市川にて、食事や入浴、排泄等の日常生活上の世話や機能訓練を提供します。

(食事、入浴は任意です)

1. 食事 食事の提供及び食事の介助を行います。調理場で利用者と職員と一緒に調理、盛り付け等をします。
2. 入浴 基本的には入浴ですが、ご本人様の状態や気分により、

清拭になる時もあります。衣類の脱着、洗髪、洗身のお手伝いを行います。身心の状態を見て機械浴なども利用して安心して入浴して頂きます。

- 3. 排泄 利用者の状態に合わせて適切な排泄支援を行います。
- 4. 機能訓練 利用者の状況に応じた機能訓練を行い、身体機能の維持を行います。
- 5. 健康チェック 施設に到着後に健康チェックを行います。
- 6. 送迎サービス 利用者の希望によりご自宅と施設の送迎を行います。

②訪問サービス

利用者の自宅にお伺いして、食事、排泄介助、洗濯、清掃、料理作りのお手伝い、お買い物の同行等の日常生活上の世話をいたします。

※訪問サービス実施のための必要な備品（水道、ガス、電気等）は無償で使用させていただきます。

※下記の要件に該当する行為は致しません。

- 1. 医療行為
- 2. 利用者もしくはその家族からの金銭または高価な物品の授受
- 3. 飲酒及び利用者もしくはその家族などの同意なしに行う喫煙
- 4. 利用者もしくはその家族に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動
- 5. その他利用者もしくはその家族に対する迷惑行為

③宿泊サービス

小規模多機能居宅介護 いきいきの家市川に宿泊して頂き、食事、入浴、排泄等の日常生活上の世話や機能訓練を行います。

介護保険の自己負担金

※基本料金（1月当たりの自己負担額）・・・1ヶ月ごとの定額料です。

	1割負担	2割負担	3割負担
要支援 2	7,356 円	14,711 円	22,067 円
要介護 1	11,034 円	22,067 円	33,100 円
要介護 2	16,216 円	32,431 円	48,646 円
要介護 3	23,589 円	47,178 円	70,767 円
要介護 4	26,035 円	52,069 円	78,103 円
要介護 5	28,706 円	57,411 円	86,117 円

※介護保険の自己負担料金は月ごとの定額料ですが、体調不良などで介護計画よりも利用日が少ない場合や、利用が介護計画よりも多くなってしまっても自己負担料金に変更はありません。

月の途中から登録した場合及び月の途中で登録を修了した場合は、その期間

に応じて日割りした利用料金を頂きます。

利用者が要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金をお支払い頂きます。要介護認定後に、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）

介護保険の介護度が変更された場合は、変更された介護度に合わせて、利用者負担額が変更されます。

その他（加算）

初期加算（但し登録後最初の30日）

看護職員配置加算

総合マネジメント体制強化加算

科学的介護推進体制加算

サービス提供体制強化加算

認知症加算

訪問体制強化加算

処遇改善加算（各種加算減算を加えた1月あたりの総単位数（円）に14.9%が加算されます）

(2) 介護保険の対象とならないサービス

保険対象外サービス	別紙のサービスについては、各個人の利用料に応じて自己負担となります。料金の改定は理由を付して事前に連絡されます。
居室の提供(家賃)	無し
光熱水費	無し
食事の提供	朝：400円、昼：600円、夜：500円 おやつ：100円
宿泊に関する料金	1泊につき3,000円
個人消耗品の費用	嗜好品、オムツ代個人で使用した品は実費精算で自己負担となります。
レクレーション、クラブ活動	利用者の希望により、レクレーションやクラブ活動に参加できます。材料代金等の実費を頂きます。
通常の実施地域以外の送迎費、交通費	通常の実施地域以外の利用者に対する送迎費及び交通費1kmにつき100円の実費になります。

9. 協力医療機関名

協力医療機関名	医療法人社団明理会行徳総合病院
診療科目、ベッド数等	内科・外科・循環器内科 他 307床

10. 苦情相談機関

ホーム苦情相談機関	担当者氏名：熊谷 香 小規模多機能ホーム いきいきの家市川 (電話) 047-329-2135
外部苦情申し立て機関 (連絡先電話番号)	機関名：市川市役所 福祉部 福祉政策課 資格給付グループ (電話) 047-712-8548
外部苦情申し立て機関 (連絡先電話番号)	機関名：千葉県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情処理係 (電話) 043-254-7404
外部苦情申し立て機関 (連絡先電話番号)	機関名：千葉県運営適正化委員会 (電話) 043-246-0294

11. 重度化した場合における対応に関する指針

① 緊急の場合

かかりつけ医または協力医療機関等へ搬送し受診する。

症状に応じて救急車を要請する。

いずれの場合も速やかにご家族へ連絡し説明の上、理解を得るものとする。

② 入院が長期化した場合

入院期間は1ヵ月を目安とし在宅復帰が可能であれば登録を継続する。

病状により在宅復帰が望めない場合は、利用契約を終了する。いずれの場合も利用者・家族、医療機関の連携のもと十分話し合いを持った上で決定するものとする。

③ 終末期（看取り）に関しては、以下の通りにする。

在宅で終末期を希望される場合は、主に介護職員による終末期（看取り）

介護となります。医師、家族と十分に話し合い終末期（看取り）介護の計画を作成し、終末期（看取り）についての同意書を得ることとなります。

また、終末期（看取り）についての同意書は、定期的に話し合いを行いその都度、同意を得ることとなります。

令和 年 月 日

(事業者) ホーム名： 小規模多機能ホーム いきいきの家市川
住 所： 〒272-0004
千葉県市川市原木 2-16-17

説明者名： 印

私は、本書面に基づいて重要事項の説明を受けたことを確認します。

令和 年 月 日

(利用者) 住 所：
氏 名： 印

(利用者代理人)
住 所：
氏 名： 印

(身元引受人)
住 所：
氏 名： 印