

小規模多機能型居宅介護事業所かがやき重要事項説明書

記入年月日	令和 4 年 月 日
記入者名	遠藤 規雄
所属・職名	施設長

1. 事業主体概要

種類	個人 <u>法人</u>	
	※法人の場合, その種類	社会福祉法人
名称	(ふりがな) しゃかいふくしほうじんかがやき 社会福祉法人かがやき	
事業主体の主たる事務所の所在地	〒070-0028	
	旭川市東8条2丁目3番11号	
事業主体の連絡先	電話番号	0166-22-4000
	FAX番号	0166-22-2345
	Eメールアドレス	kagayaki-honnbu@song.ocn.ne.jp
	ホームページアドレス	http://www.kagayaki.co.jp/
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	佐藤 弘子
	職名	理事長
事業主体の設立年月日	昭和・ <u>平成</u> 25年 3月 15日	
主な実施事業	※別添1 (別に実施する介護サービス一覧表)	

2. 事業所の概要

(住まいの概要)

名称	(ふりがな) しょうきぼたきのうがたきょたくかいごじぎょうしょかがやき 小規模多機能型居宅介護事業所かがやき	
所在地	〒070-0832	
	旭川市旭町2条9丁目25番178号	
主な利用交通手段	最寄駅	旭川駅
	交通手段と所用時間	①バス利用の場合 旭川電気軌道 乗車15分, 旭町2-10停留所で下車, 徒歩5分 ②自動車利用の場合 乗車10分
連絡先	電話番号	0166-50-0000
	FAX番号	0166-50-0001
	Eメールアドレス	syokibo@kagayaki.co.jp
	ホームページアドレス	http://www.kagayaki.co.jp
管理者	氏名	遠藤 規雄
	職名	管理者 (副施設長)
建物の竣工日		昭和・平成 年 月 日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・ <u>平成</u> 21年 4月 1日

(類型)

サービス種類：小規模多機能型居宅介護			
介護保険事業所番号	0 1 9 2 9 0 2 1 4 6		
指定した自治体名	旭川市		
事業所の指定日	平成 2 5 年	4 月	1 日
指定の更新年月日（直近）	平成 3 1 年	3 月	2 8 日

3. 建物概要

土 地	敷 地 面 積	4 6 2 . 7 7 m ²						
	所有 関 係	①	事業者が自ら所有する土地					
		2	事業者が賃借する土地					
		抵当権の有無	1 あり 2 なし					
		契約期間	1 あり (年 月 日 ～ 年 月 日) 2 なし					
		契約の自動更新	1 あり 2 なし					
建 物	延 床 面 積	全 体	548.77 m ²					
		うち、事業所部分	548.77 m ²					
	耐 火 構 造	1	耐火建築物					
		②	準耐火建築物					
		3	その他 (

			その他 ()	ヶ所
	食堂	(1) あり	2 なし	
	入居者や家族が利用できる調理設備	1 あり	(2) なし	
	エレベーター	(1) あり (車椅子対応)	2 あり (ストレッチャー対応)	
		3 あり (上記 1・2 に該当しない)	4 なし	
消防用設備等	消火器	(1) あり	2 なし	
	スプリンクラー	(1) あり	2 なし	
	自動火災報知設備	(1) あり	2 なし	
	火災通報装置	(1) あり	2 なし	
	誘導灯	(1) あり	2 なし	
	防火管理者	(1) あり	2 なし	
	防災計画	(1) あり	2 なし	
その他				

4. サービスの内容 (全体の方針)

運営に関する方針	利用者一人ひとりの意思及び人格を尊重し、要介護状態等となった利用者が可能な限り住み慣れた地域で居宅において自立した生活を営むことができるよう、心身の特性を踏まえて、通いサービスを中心として、訪問サービス及び宿泊サービスを柔軟に組み合わせて、家庭的な環境と地域住民との交流の下で、入浴、排泄、食事等の介護及びその他の日常生活上の世話及び機能訓練等を行い、地域での暮らしを支援します。		
サービスの提供内容に関する特色			
入浴、排せつまたは食事の介助	(1) 自ら実施	2 委託	3 なし
食事の提供	(1) 自ら実施	2 委託	3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	(1) 自ら実施	2 委託	3 なし
健康管理の供与	(1) 自ら実施	2 委託	3 なし
安否確認又は状況把握サービス	(1) 自ら実施	2 委託	3 なし
生活相談サービス	(1) 自ら実施	2 委託	3 なし

(介護サービスの内容)

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無	若年性認知症利用者受入加算	1 あり	(2) なし
	看護職員配置体制加算	(Ⅰ)	(1) あり 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり (2) なし
		(Ⅲ)	1 あり (2) なし
	看取り連携体制加算	1 あり	(2) なし
	総合マネジメント体制強化加算	(1) あり	2 なし
	サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)	1 あり (2) なし
		(Ⅱ)	(1) あり 2 なし
		(Ⅲ)	1 あり (2) なし
	介護職員処遇改善加算	(1) あり (加算Ⅰ)	2 なし
	介護職員特定処遇改善加算	(1) あり (加算Ⅱ)	2 なし

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		<div><div>1</div>救急車の手配</div> <div><div>2</div>入退院の付き添い</div> <div><div>3</div>通院介助</div> <div>4 その他（ ）</div>
協力医療機関	1	名称：医療法人修彰会沼崎病院
		住所：旭川市8条8丁目
		診療科目：内科
		協力内容：助言、指示、急変時の入院応需体制等
	2	名称：医療法人健光会旭川ペインクリニック病院
		住所：旭川市4条通17丁目1533番地
		診療科目：ペインクリニック内科
		協力内容：助言、指示、急変時の治療応需体制等
	3	名称：医療法人フクダ フクダクリニック
		住所：旭川市末広5条7丁目1番1号
		診療科目：内科・リハビリテーション科等
		協力内容：往診、通院又は入院による治療
急変時の連絡、助言及び相談支援等		
協力歯科医療機関		名称：医療法人社団細野歯科クリニック
		住所：旭川市旭町1条3丁目841-1
		協力内容：助言、指示、急変時の治療応需体制等

(利用に関する要件)

利用対象となる者	自立している者	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="radio"/> 1 あり 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="radio"/> 1 あり 2 なし
留意事項	詳細は別途利用契約書第7条によります。	
契約の解除の内容	利用契約書第16～18条によります。	
利用者からの中止等の要請	利用契約書第16～17条によります。	
利用定員	登録定員 29人	
	1日の通いサービス提供定員	15人
	1日の宿泊サービス提供定員	9人
その他	営業日 年中無休	
	営業時間	通いサービス（基本時間）10時から17時
		宿泊サービス（基本時間）17時から 9時
		訪問サービス（基本時間）24時間
	送迎実施区域	
	本町、旭町、大町、川端、北門、錦町、緑町、近文、旭丘	

5. 職員体制

(職員別の職員数)

	職員数（実人数）			常勤換算人数 ※1 ※2
	合計 16 名	常勤	非常勤	
管理者	1	1		0.5
直接処遇職員				
介護職員	10	7	3	6.4
看護職員	2	1	1	1.5
計画作成担当者	1	1		1.0
調理員	3		3	
事務員				
その他職員				
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				40時間
※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。				
※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は記入不要				

(資格を有している介護職員の人数)

	合計 16 名		
		常勤	非常勤
社会福祉士			
介護福祉士	6	5	1
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	8	6	2
介護支援専門員	2	1	1

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計 1 名		
		常勤	非常勤
看護師及び准看護師	2	1	1
理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復士			
あん摩マッサージ指圧師			
はり師			
きゅう師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間（16時30分～ 9時30分）		
	平均人数	最少時人数（休憩者等を除く）
看護職員	人	人
介護職員	1人	1人

(職員の状況)

管 理 者		他の職務との兼務 (1) あり 2 なし									
		業務に係る資格等		(1) あり							
				資格等の名称		介護福祉士					
				2 なし							
		看護職員		介護職員		計画作成担当者					
		常 勤	非常勤	常 勤	非常勤	常 勤	非常勤	常 勤	非常勤	常 勤	非常勤
前年度1年間の採用者数		2		2	1						
前年度1年間の退職者数				1	2						
数 業 に 務 に 応 じ 従 た 事 職 し 員 た の 経 人 験 数 年	1 年未満			1							
	1 年以上			1							
	3 年未満										
	3 年以上			1							
	5 年未満										
	5 年以上			2							
	10 年未満										
	10 年以上		3	2	2	1					
従業者の健康診断の実施状況		(1) あり 2 なし									

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態	1 利用権方式 (2) 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式	1 全額前払い方式	
	2 一部前払い・一部月払い方式	
	(3) 月払い方式	
	4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	1 あり (2) なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり (2) なし	
入院等による不在時における利用料金(月払い)の取扱い	(1) 減額なし	
	2 日割り計算で減額	
	3 不在期間が日以上の場合に限り、日割り計算で減額	
利用料の支払方法	<p>支払いについては、毎月10日までに請求書を発行します。原則毎月15日に口座からの引き落としとさせていただきますので、前日までにはご入金をお願いします。</p> <p>なお、何らかの都合でご入金できなかった場合は25日までに下記の口座へ振り込みをお願いします。</p> <p>【銀行名】北洋銀行 旭川中央支店</p> <p>【口 座】普通預金 4 5 8 7 4 8 8</p> <p>【名 義】社会福祉法人かがやき 理事長 岩崎正則 フク) カガヤキ</p>	

(利用料金のプラン)

			プラン 1	プラン 2	
入居者の状況			要介護度	要介護 1（住宅有料以外）	
			年齢	歳	
居室の状況			床面積	9 . 7 2 m ² m ²	
			便所	1 あり (2) なし	1 あり 2 なし
			浴室	1 あり (2) なし	1 あり 2 なし
			台所	1 あり (2) なし	1 あり 2 なし
入居時点で必要な費用			前払金	円	
			敷金	円	
月額費用の合計（30日の場合）			112,907円		
サービス費用	滞在に要する費用		54,000円		
	小規模多機能型居宅介護サービス費※1		13,907円		
	介護保険外※2	食費	45,000円		
		管理費			
		介護費用			
		光熱水費			
		暖房費（10-4月）			

※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。

※2 有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない）

(利用料金の算定根拠)

費用	算定根拠
介護費用	次項 (小規模多機能型居宅介護に対する自己負担) によります。
食費	朝食450、昼食550 (おやつ含む)、夕食500 計1,500円/日
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添 2
その他のサービス利用料	
支払い方法	契約書第5条のとおりとします。

(小規模多機能型居宅介護に関する利用料金の算定根拠)

費用	算定根拠
小規模多機能型居宅介護※に対する自己負担	要介護度による介護費用の自己負担割合に応じた額を徴収します。詳細は契約書に記載する別紙使用料一覧表によります。
※介護予防・地域密着型の場合を含む。	

7. 入居者の状況【冒頭に記載した記入日現在】

（入居者の人数）

性別	男性	6 人
	女性	1 1 人
年齢別	65歳未満	人
	65歳以上75歳未満	2 人
	75歳以上85歳未満	4 人
	85歳以上	1 1 人
要介護度別	自立	人
	要支援 1	4 人
	要支援 2	2 人
	要介護 1	3 人
	要介護 2	3 人
	要介護 3	3 人
	要介護 4	1 人
	要介護 5	1 人
入居期間別	6ヶ月未満	人
	6ヶ月以上1年未満	2 人
	1年以上5年未満	7 人
	5年以上10年未満	6 人
	10年以上15年未満	2 人
	15年以上	人

（入居者の属性）

平均年齢	8 7 . 5 歳
入居者数の合計	1 7 人
入居率※	—
※入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。	

（前年度における登録者の状況）

退去先別の人数	自宅等	人
	社会福祉施設	人
	医療機関	人
	死亡者	人
	その他	人
生前解約の状況	施設側の申し出	人
		（解約事由の例）
	入居者側の申し出	人
		（解約事由の例） 医療機関及び他施設へ移動

8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等状況) ※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

窓口の名称	小規模多機能型居宅介護事業所かがやき 管理者 遠藤規雄	
電話番号	0166-50-0000	
対応している時間	平日	10:00～16:00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日	土曜・日曜・祝祭日	
当事業所以外の窓口	・北海道国民健康保険団体連合会 011-231-5161 ・北海道社会福祉協議会 011-204-2310 ・各市町村の介護保険担当窓口	
緊急時の対応等	サービス提供時に利用者に病状の急変が生じた場合やその他必要な場合は、速やかに主治医又はあらかじめ定めた協力医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講じます。 また、自然災害、感染症などの発生に関しては別途、本法人事業継続計画（BCP）・消防計画・防災計画・避難確保計画によります。	

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

損害賠償責任保険の加入状況	① あり	(その内容) 損害保険ジャパン株式会社 対人：対物60,000千円
	② なし	
介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応	① あり	(その内容)
	② なし	
事故対応及びその予防のための指針	① あり	② なし

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	1 あり	実施日	
		結果の開示	1 あり ② なし
	② なし		
第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり ② なし
	② なし		

9. 運営推進会議の設置

事業所が地域に密着し、地域に開かれたものにするために、運営推進会議を設置しています。
1. 運営推進会議はおおむね2カ月に1回開催します。
2. 運営推進会議の委員は、利用者、利用者家族、地域住民の代表者、地域の関係機関及び介護福祉等の有識者の方々の中から構成しています。
3. 会議の内容は、事業所のサービス内容の報告及び利用者に対して適切なサービスが行われているかの確認評価と、意見交換、要望、助言等をいただくものです。
4. 運営推進会議の報告内容、評価、要望、助言等については記録作成します。

10. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	<ol style="list-style-type: none"> ① 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	<ol style="list-style-type: none"> ① 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
事業収支計画書	<ol style="list-style-type: none"> 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 ③ 公開していない
財務諸表の要旨	<ol style="list-style-type: none"> ① 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
財務諸表の原本	<ol style="list-style-type: none"> 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 ③ 公開していない

11. 個人情報の利用等

次の事項についての必要最小限の範囲内で、入居者及びその家族の個人情報を使用することがあります。なお、契約と同時に、個人情報使用同意書をいただくものとします。

使用目的	介護保険法に関する法令に従い、入居者の介護計画を適切妥当に作成するために、担当者会議等において必要な場合。
使用に当たっての条件	個人情報の提供は、上記の目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際には関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意をはらう。 事業者以外の外部サービス担当者に対しても、個人情報を使用した場合、会議・相手方・内容等について記録する。
利用がありうる個人情報の内容	<ol style="list-style-type: none"> 1. 氏名、住所、健康状態、病歴、家族状況その他一切の入居者や家族個人に関する情報 2. 認定調査、主治医意見書、介護認定審査会における判定結果の意見(鑑定 結果通知書)、その他の情報

12. その他の留意事項

来訪・面会	来訪者は面会時間を遵守し、必ずその都度職員に届け出てください。来訪者が宿泊される場合には必ず許可を得てください。
外出・外泊	外出・外泊の際は必ず許可を得てください。
喫煙・飲酒等	全館禁煙となっております。飲酒は迷惑のかからない範囲で、個別の状況に応じて相談させていただきます。
所持品の管理	自己管理していただきます。
宗教活動・政治活動	施設内で他の入居者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

添付書類：別添1（別に実施する介護サービス一覧表）

別添2（個別選択による介護サービス一覧表）

説明年月日 令和 年 月 日

小規模多機能型居宅介護施設の入居契約等にあたり、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者 社会福祉法人かがやき
小規模多機能型居宅介護事業所かがやき
理事長 佐藤弘子 ㊞

説明者 管理者 遠藤規雄 ㊞

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施設の入居利用及びサービスの提供について同意いたしました。

利用者 住所.....

氏名.....㊞

氏名.....㊞

代理人 住所.....
(身元引受人)

氏名.....㊞