東中野キングス・ガーデン重要事項説明書

＜小規模多機能型居宅介護及び介護予防小規模多機能型居宅介護＞

１．当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話：　０３－３３６８－５２０２
担当：　岡美姫子・小松俊宏

＊ご不明な点は、何でもおたずねください。

２．東中野キングス・ガーデンの概要

（１）　事業の目的と運営方針

利用者一人ひとりの人格を尊重し、住み慣れた地域、家庭での生活を継続していくことができるように、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、通い、訪問、宿泊のサービスを柔軟に組み合わせることにより、日常生活を営むことができるように支援をします。原則として身体の抑制や、夜間帯を除きホームの玄関、出入口の施錠等による行動制限は行いません。

（2)事業所

施設名称	東中野キングス・ガーデン
所在地	〒164－0003 東京都中野区東中野４丁目２番１６号
介護保険法指定番号	1391400338
宿泊部屋	洋室６室　和室１室
施設	1 階に地域交流スペース キッチン、リビング、和室スペース、お風呂（ヒバ材の浴槽） トイレ３か所、男性用トイレ１か所
送迎車	車椅子仕様車２台
サービスを提供する範囲	東中野、上高田、中野１～２丁目・５～６丁目、中央１～４丁目、 本町１～５丁目、新井１丁目・５丁目、松が丘１丁目

（２）　営業日及び営業時間

営業日	年中無休
通いサービス	午前 7 時 30 分～午後 8 時
訪問サービス	随時
宿泊サービス	午後 8 時～午前 7 時 30 分

（3）職員体制

	人員
管理者（兼任）	1名
介護支援専門員（兼務）	1名
看護師	1名
介護職員	基準数

（4）職員の勤務体制

区分	勤務時間	員数
早出勤	7：30～16：30	2名
日勤	9：00～18：00	1名
遅A出勤	10：00～19：00	1名
遅B出勤	11：00～20：00	2名
夜勤	16：30～10：00	1名
宿直者	20：00～9 ：00	1名

3．サービスの内容

当事業所はライフサポートワークの考えにのっとり、援助を進めていきます。

ライフサポートワークとは利用者の今必要としているもの、求めていることなどを重視して希望を実現していくためにはどうしていったらよいのか、日々のミーティングから始まり、事業所の関係職員だけではなく、利用者本人、家族又は関係者などが必要に応じてカンファレンスを行い、その人らしい暮らし方を見つけ、実現していきます。

そのために、必要に応じて、利用者の交流が図れる通いや泊り、馴染みのスタッフが訪問に伺い、必要な援助を行うなど柔軟な対応を行います。

4．料金

1）介護保険給付費適用分（1級地/1単位あたり11.10円）※1割負担の場合の料金です。

要介護	点数	一月あたりの利用料金
要支援　1	3,450単位/月	3,830円
要支援　2	6,972単位/月	7,739円
要介護　1	10,458単位/月	11,609円
要介護　2	15,370単位/月	17,061円
要介護　3	22,359単位/月	24,819円
要介護　4	24,677単位/月	27,392円
要介護　5	27,209単位/月	30,202円

その他の加算等項目		基本単位	
初期加算	利用開始 30 日以内	30 単位/日	1,020 円/月
看護職員配置加算（Ⅰ）	常勤・専従の看護師 1 名以上	900 単位/月	999 円/月
総合マネジメント体制強化加算(Ⅰ)		1,200 単位/月	1,332 円/月
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）		640 単位/月	711 円/月
介護職員処遇改善加算（Ⅰロ）	所定単位数に 18.6%を乗じた単位数		
認知症加算（Ⅲ）	日常生活自立度Ⅲ・Ⅳ又はMの方	760 単位/月	844 円/月
認知症加算（Ⅳ）	要介護 2 及び日常生活自立度Ⅱの方	460 単位/月	511 円/月
科学的介護推進体制加算		（40 単位/月）	45 円/月
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）		（10 単位/月）	12 円/月
訪問体制強化加算		（1,000 単位/月）	1,110 円/月

2）その他の費用

種類	内容
食費	朝食 360 円　昼食 600 円　夕食 600 円　おやつ 50 円
宿泊費	2,700 円
洗濯代	300 円（1 回につき）
おむつ代等	実費

※その他、日常生活品の購入代金等利用者の日常生活に要する費用で利用者に負担をいただくことが適当であるものについては、実費相当額をいただきます。

５．利用料金のお支払方法

前月分の利用料を「**４．料金**」に記載の金額を基に計算し、毎月１５日までに請求いたします。

請求月 27 日（金融機関休業日の場合は翌営業日）に指定された預貯金口座より口座引き落としによりお支払をしていただきます。

領収書は入金確認後、翌月 15 日までに発行をいたします。

※口座引き落としでは引き落とし手数料 130 円が別途かかります。

６．サービスの利用方法

（1）サービスの開始

① 必要な書類など

・介護保険証

・医療保険証（健康保険証、国民健康保険証など）

・後期高齢者医療保険証

② その他必要なもの

・印鑑、銀行口座印・口座番号が分かるもの

（2）サービスの終了

① 利用者のご都合で終了される場合

・サービスの終了を希望する前日までにお申し出ください。

② 自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

イ、利用者が他の介護保険施設に入所した場合

ロ、介護保険給付で、サービスを受けていた利用者の要介護区分が、「非該当」と認定された場合。

ハ、利用者がお亡くなりになった場合

ニ、やむを得ない事情により施設を閉鎖する場合

8．サービスにあたっての留意事項

① 利用者またはその家族は、体調の変化があった際には事業所のスタッフにご一報ください。

② 事業所内での金銭のやりとりはご遠慮ください。

③ 事業所にある利用者のための設備等は自由にお使いください。

④ 利用者又は家族が、職員または他の利用者に対する身体的暴力は禁止しています(身体的な力を使って危害を及ぼす行為)。

⑤ 利用者又は家族が、職員または他の利用者に対する精神的暴力は禁止しています(人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為)。

⑥ 利用者又は家族が、職員または他の利用者に対するセクシャルハラスメントは禁止しています(意に沿わない性的誘い掛け、好意的態度の要求など、性的いやがらせ行為)。

9．個人情報の取扱いについて

別記『個人情報の取扱いについて』のとおり

１０．緊急時の対応方法

利用者に様態の変化等が合った場合は、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。

１１．事故発生時の対応

①事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、区市町村、利用者のご家族、関係医療機関などに連絡をして必要な措置を講じます。また、事故の状況及び事故に対してとった措置について記録します。

②再発防止

事業者は事故発生後、事故の起こった要因を十分に検討し原因解明を行い、再発防止に努めます。

１２．非常災害対策

① 災害時の対応　防火・防災に係る消防計画書に基づき避難・誘導を行う。
② 防災設備　自動火災報知設備、スプリンクラー設備、消火器、非常用発電機設備、マンホールトイレ設備、非常食（3 日分）
③ 防災訓練　年２回実施
④ 防火管理者等　防火管理者　渡辺三郎

１３．提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実施なし

１３．サービス内容に関する相談・苦情

相談、苦情等に対応する窓口を設置し、施設の設備またはサービスに関する要望、苦情に対し、迅速に対応いたします。

① 利用者相談・苦情窓口
・当事業所の利用者相談・苦情担当窓口　管理者　岡美姫子
・苦情解決責任者　施設長　渡辺三郎
電話番号　０３－３３６８－５２０２

② 当施設以外の相談・苦情窓口
上記以外に、次のような機関でも様々なご相談・苦情等をお受けいたします。
・中野区地域支えあい推進部　介護・高齢者支援課　介護事業者係
電話　０３－３２２８－８８７８
（月～金曜　午前８時半～午後５時１５分）

・東中野地域包括支援センター
電話　０３－３３６６－３３１８
（月～金曜　午前７時～午後７時、土曜　午前７時～午後５時）

・東京都国民健康保険団体連合会　介護相談指導課
電話　０３－６２３８－０１７７
（月～金曜　午前 9 時 00 分～午後 5 時 00 分）

１４．当法人の概要

名称・法人種別　社会福祉法人キングス・ガーデン東京
代表者役職・氏名　理事長　片山　信彦
本部所在地　〒１７９－００８５　東京都練馬区早宮２－１０－２２
電話：０３－５３９９－２２０１　FAX：０３－５３９９－５２２０

〈練馬キングス・ガーデン〉　１．特別養護老人ホーム
２．短期入所（ショートステイ）
３．デイサービス
４．訪問介護事業所
５．居宅介護事業所
６．地域包括支援センター支所・在宅介護支援センター

〈東中野キングス・ガーデン〉　１．グループホーム
２．小規模多機能型居宅介護

〈練馬の丘キングス・ガーデン〉　１．特別養護老人ホーム
２．短期入所（ショートステイ）
３．認知症対応型デイサービス

小規模多機能型居宅介護の提供開始にあたり、利用申込者に対して本書面に基づいて、重要事項を説明し、交付を受けました。

令和　　年　　月　　日

〈事業者〉
所在地　〒１６４－０００３
東京都中野区東中野４丁目２番１６号
名称　東中野キングス・ガーデン

説明者　所属＿＿＿＿＿＿　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿　印

私は、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説明を受け、これに同意しました。
利用者
(住　所)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

(氏　名)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

代理人
(住　所)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

(氏　名)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印　(続柄)＿＿＿＿