重 要 事 項 説 明 書

（介護予防）小規模多機能型居宅介護　サンケア笠舞

あなたに対する地域密着型サービス提供開始にあたり、介護保険法令に基づき、当事業者があなたに説明すべく事項は次のとおりです。

１．事業者

名　　称	株式会社サンケア金沢
所　在　地	920-0965　石川県金沢市笠舞1丁目12番24号
代表者職氏名	代表取締役　高畠 樹
設立年月日	平成30年7月6日
電　話　番　号	076-282-9277
ＦＡＸ番号	076-282-9287

２．ご利用施設

名　　称	サンケア笠舞
所　在　地	920-0965　石川県金沢市笠舞1丁目12番24号
管理者氏名	尾久 智希
開設年月日	令和元年7月1日
電　話　番　号	076-282-9277
ＦＡＸ番号	076-282-9287
通常の事業実施地域	金沢市地域包括支援センター『おおてまち、さくらまち、たがみ、ひろおか、とびうめ、みつくちしんまち、ながさか、いずみの、ありまつ、やましな』の各圏域内に居住する方（金沢市内に限る）
登　録　定　員	29名
利　用　定　員	通いサービス　18名
	宿泊サービス　9名

３．ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類	指定年月日	指定番号	利用/登録定員
短期入所生活介護	令和元年7月1日	1770106399	20人
介護予防短期入所生活介護	令和元年7月1日	1770106399	20人 （介護に含む）
小規模多機能型居宅介護	令和元年7月1日	1790101024	29人
介護予防小規模多機能型居宅介護	令和元年7月1日	1790101024	29人 （介護に含む）

４．事業の目的

事業の目的	事業所が行う指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護サービスは、要介護者について、その居宅において、又は事業所（サービスの拠点）に通わせ、若しくは短期間宿泊させ、当該拠点において、家庭的な環境と地域住民との交流の下で、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じその居宅において自立した日常生活を営むことができるようにすることを目的とする。

5．施設の概要

（1）敷地および建物

敷地		1,450.58 ㎡
建物	構造	木造2階建て
	延べ床面積	995.86 ㎡

（2）主な設備

設備の種類	室数	面積	備考
宿泊室	9室	内法最小 9.96 ㎡	畳部屋3室 有
相談室	1階1室	内法 6.81 ㎡	短期入所と共用
共同生活室	2階 1室	内法最小 56.43 ㎡	台所、洗面所設置
一般浴室	2階 1室	内法 3.20 ㎡	1階 大浴場 有
機械浴室	1階 1室	内法 10.65 ㎡	短期入所と共用

6．職員体制　　令和8年11月1日現在

従業者の職種	人数	常勤		非常勤		保有資格
		専従	兼務	専従	兼務	
管理者	1		1			介護福祉士、介護支援専門員、認知症対応型サービス事業管理者研修修了、栄養士
介護支援専門員	1			1		正看護師、介護支援専門員、小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修修了
介護職員	14	6		8		介護福祉士、介護支援専門員、介護福祉士実務者研修修了、介護職員初任者研修修了
看護職員	6				6	正看護師、准看護師

【主な職種の勤務体制】

従業者の職種	勤務体制	
管理者	日勤	8:30～13:00
介護支援専門員	日勤	13:00～17:30
介護職員	早番	7:00～16:00
	日勤	8:30～17:30
	遅番	9:30～18:30
	夜勤	16:30～9:30
看護職員 ※併設事業所と兼務	日勤①	9:00～16:30
	日勤②	9:00～16:00
	日勤③	9:00～13:00

7．営業日および営業時間

営業日	年中無休
営業時間	通いサービス　6時00分～21時00分
	宿泊サービス　21時00分～6時00分
	訪問サービス　24時間

８．利用者負担金

利用者負担金は下記のとおりです。

（１）介護保険給付サービス（1割～3割負担）

地域区分	7級地	1単位あたり10.17円

① （介護予防）小規模多機能型居宅介護費（I）

	1月あたりの単位数	1月あたりの自己負担額		
		1割	2割	3割
要支援1	3,450 単位	3,508 円	7,017 円	10,525 円
要支援2	6,972 単位	7,090 円	14,181 円	21,271 円
要介護1	10,458 単位	10,635 円	21,271 円	31,907 円
要介護2	15,370 単位	15,631 円	31,262 円	46,893 円
要介護3	22,359 単位	22,739 円	45,478 円	68,217 円
要介護4	24,677 単位	25,096 円	50,193 円	75,289 円
要介護5	27,209 単位	27,671 円	55,343 円	83,014 円

② 初期加算

1日あたりの単位数	1日あたりの自己負担額		
	1割	2割	3割
30 単位	30 円	61 円	91 円

※登録したその日から起算して30日以内の期間については、初期加算として、1日につき所定単位数を加算する。

③ 認知症加算（I）（要介護者のみ）

1月あたりの単位数	1月あたりの自己負担額		
	1割	2割	3割
920 単位	935 円	1,871 円	2,806 円

※別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、市町村長に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定小規模多機能型居宅介護において、別に厚生労働大臣が定める登録者に対して専門的な認知症ケアを行った場合。

④ 認知症加算（II）（要介護者のみ）

1月あたりの単位数	1月あたりの自己負担額		
	1割	2割	3割
890 単位	905 円	1,810 円	2,715 円

※別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、市町村長に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定小規模多機能型居宅介護において、別に厚生労働大臣が定める登録者に対して専門的な認知症ケアを行った場合。

⑤　認知症加算(III)（要介護者のみ）

1月あたりの単位数	1月あたりの自己負担額		
	1割	2割	3割
760 単位	772 円	1,545 円	2,318 円

※日常生活に支障を来す恐れのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者（日常生活自立度のランクIII、Ⅳ又はMに該当する者）に対してサービス提供した場合。

⑥　認知症加算(IV)（要介護者のみ）

1月あたりの単位数	1月あたりの自己負担額		
	1割	2割	3割
460 単位	467 円	935 円	1,403 円

※要介護状態区分が要介護2である者であって、周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症のもの（日常生活自立度のランクⅡに該当する者）に対してサービス提供した場合。

⑦　総合マネジメント体制強化加算（I）

1月あたりの単位数	1月あたりの自己負担額		
	1割	2割	3割
1,200 単位	1,220 円	2,440 円	3,661 円

※別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、市町村長に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定小規模多機能型居宅介護事業所が、利用者に対し、指定小規模多機能型居宅介護を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1月につき所定単位数を加算する。

⑧　総合マネジメント体制強化加算（II）

1月あたりの単位数	1月あたりの自己負担額		
	1割	2割	3割
800 単位	813 円	1,627 円	2,440 円

※別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、市町村長に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定小規模多機能型居宅介護事業所が、利用者に対し、指定小規模多機能型居宅介護を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1月につき所定単位数を加算する。

⑨　看護職員配置加算（III）

1月あたりの単位数	1月あたりの自己負担額		
	1割	2割	3割
480 単位	488 円	976 円	1,464 円

※看護職員を常勤換算方法で1名以上配置しており、定員超過利用・人員基準欠如に該当しない場合に算定する。

⑩　訪問体制強化加算

1月あたりの単位数	1月あたりの自己負担額		
	1割	2割	3割
1,000　単位	1,017　円	2,034　円	3,051　円

※訪問サービスの提供に当たる常勤の従業者を2名以上配置していること。

※延べ訪問回数が１月当たり200回以上であること。

⑪　若年性認知症利用者受入加算

1月あたりの単位数	1月あたりの自己負担額		
	1割	2割	3割
800　単位	813　円	1,627　円	2,440　円

※受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を定めていること。③④の加算を算定している場合は、算定しない。

※算定の際は、個別に担当者を選任し、その方との関わり方やサービスの提供方法等について検討会を開催し、その内容を（介護予防）小規模多機能型居宅介護計画等に反映させることとする。

⑫　介護職員等処遇改善加算IIロ　（18.3%）

月の合計単位数の1000分の183に相当する単位数を月の合計単位数に加算する。

（２）介護保険給付外サービス

①　食費	1,880円／日	朝食	400円／食
		昼食	820円／食
		夕食	660円／食
②　宿泊費	2,300円／1泊		
③　教育娯楽費	自費(必要時は事前にご案内いたします。)		
④　理美容費	自費(ご希望時にお申し出ください。)		
⑤　オムツ・パット費	オムツ・紙パンツ	100円／枚	
	パット	50円／枚	
④　洗濯費	100円／回		

※　介護保険外のサービスとなる場合（サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む。）には、全額自己負担となります。

※　教育娯楽費、理美容費等は施設にて一度、負担し利用料金とあわせてご請求致します。

9．（介護予防）小規模多機能型居宅介護サービスの概要

（1）介護保険給付サービス

種　　類	内　容
食　　事	栄養とご利用者の身体状況に配慮したバランスよくバラエティに富んだお食事を提供いたします。基本的な提供時間は朝食7:45～、昼食12:00～、夕食17:30～となりますが、ご利用者のご希望で食事時間・場所をお選びいただくことができます。食材料費は保険給付対象外です。
入　　浴	必要な方は職員が介助いたします。 ご利用者の健康状態、日常生活レベルにより、シャワー浴、機械浴、または清拭を行います。
排　　泄	ご利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。
口　腔　ケ　ア	口腔内の清潔保持のため、毎食後ご利用者に応じた口腔ケアを実施いたします。必要な方は職員が介助いたします。
整　　容	更衣及び整容の援助を、ご利用者の心身の状況に応じて行います。
機　能　訓　練	ご利用者の身体状況に合わせた介助を行うことにより、身体機能低下を防止するように努めます。また、体操・レク活動・行事を通じて、健康維持及び増進に努めます。
健　康　管　理	随時（入浴前等）看護職員又は介護職員が健康状態を確認いたします。利用中、看護職員が状態を把握し異常があればご家族へ連絡するなど、対応を迅速に行います。服薬については看護師で管理します。
相談及び援助	ご利用者及びそのご家族からの相談についても誠意を持って応じ、社会生活に必要な支援を行います。
送　　迎	ご利用者及びそのご家族からの希望により、ご自宅と事業所間の送迎を行います。リフト付送迎車などもご用意しております。
ご家族、地域との連携	ご家族や地域住民、ボランティア団体等と連携し、地域との交流に努めます。

（2）介護給付外サービス

種　　類	内　容
食　材　の　提　供	新鮮で良質な食材を提供いたします。
レクエーション行事	行事計画に基づき、各種行事やレクリエーションを提供いたします。

１０．利用料金のお支払い方法

毎月15日前後に前月分の利用料金等をご請求致します。お支払いは毎月22日に原則としてご指定の金融機関から自動引き落としさせていただきます。ご指定の金融機関より自動引き落としができなかった場合はお振り込みでお支払いいただきますようお願い致します。事業所窓口での現金支払いはご遠慮下さい。

※自動引き落としに係る手数料（110円）も合わせてご請求させていただきます。

初月のみ口座登録料（110円）を合算してご請求させていただきます。

お振り込み先（振込み手数料はご負担ください。）

※　ご利用者のお名前でお振込みをお願い致します。

口座名　　株式会社サンケア金沢　代表取締役　高畠樹

北國銀行　　泉支店　　（普通）　　21403

お支払いを確認いたしましたら、お支払いの翌月に領収書をお渡しいたしますので必ず保管をお願いします。

１１．サービス利用の中止

ご利用者・ご家族のご都合でサービスを中止する場合には、サービス利用の前日までにご連絡ください。

当日のキャンセルは、次のキャンセル料を申し受けることになりますのでご了承ください。

但し、ご利用者の病変、急な入院等で事業所への連絡ができない場合にはこの限りではありません。

キャンセル料	初日の食費相当額（400円～1,880円）

１２．苦情・ご相談等の窓口

サービスに関する苦情・ご相談については、次の窓口で対応致します。

①　当　施　設　相　談　室	苦情受付担当者　（　介護支援専門員　高島　朱美　） 苦情解決責任者　（　管理者　尾久　智希　） ご利用時間　月曜日～金曜日　8時30分～17時30分 ご利用方法　電　話　076-282-9277 Ｆ　Ａ　Ｘ　076-282-9287 直接ご面談などによる

次の公的機関においても苦情申立ができます。

②　公　的　機　関	金沢市　介護保険課 住所：金沢市広坂1丁目1番1号 受付時間：平日 9:00～17:45　ＴＥＬ：076-220-2264
	石川県国民健康保険団体連合会　介護サービス苦情相談窓口 住所：金沢市幸町12番1号　石川県幸町庁舎4階 受付時間：平日 9:00～17:00　ＴＥＬ：076-231-1110
	石川県福祉サービス運営適正化委員会 住所：金沢市本多町3丁目1番10号　社会福祉会館2階 受付時間：平日 9:00～17:00　ＴＥＬ：076-234-2556

１３．非常災害時の対策

非 常 時 の 対 応	別途定める『消防計画』に基づき、対応いたします。
避 難 訓 練	別途定める『消防計画』に基づき年2回以上、避難訓練を行います。
防 火 設 備	非常警報設備、スプリンクラー設備、非常用照明、誘導灯、消火器
保 守 点 検	防火管理者立会いのもと、保守業者に依頼して行います。

１４．緊急時の対応

サービス提供にあたり事故、体調の急変等が生じた場合は、事前の打合せに基づき、ご家族、主治医や医療機関等に連絡する等、必要な措置を講じます。

緊急時の連絡先等については別紙「緊急連絡／搬送先」に基づき、対応致します。

１５．協力医療機関及び協力歯科医療機関

協力医療機関名	主な診療科	所在地	電話番号
金沢市立病院	総合病院	金沢市平和町3-7-3	076-245-2600
協力歯科医療機関名	主な診療科	所在地	電話番号
わたや歯科医院	歯科	金沢市大桑2丁目13	076-245-5849

１６．損害賠償について

ご利用者に対する介護サービスの提供にあたって、事故が発生し、自己の責に帰すべき事由によりご利用者の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、その責任の範囲においてご利用者に対してその損害を賠償します。

※事故発生時の対応

1　事業者は、ご利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係るサービス事業者等に連絡を行うと共に、必要な措置を講ずる。

2　事業者は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置を記録しておく。

3　事業者は、利用者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行う。

１７．秘密保持について

当事業所及び従業員は、正当な理由がない限り、ご利用者に対する介護サービスの提供にあたって知り得たご利用者またはその家族の秘密を漏らしません。

当事業所は、従業員が退職後在職中業務上知り得た、ご利用者またはその家族の秘密を正当な理由なく漏らすことがないように必要な措置を講じます。

当事業所は文書によりご利用者またはその家族の同意を得た場合には、サービス担当者会議等必要な範囲内で、ご利用者の個人情報を用いることができるものとします。

事業者は、ご利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（磁気媒体情報及び伝送情報を含む）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分する際にも、第三者への漏洩をを防止するものとします。

個人情報の使用に際し、別紙「個人情報使用同意書」にて予め同意をいただきます。

１８．業務継続に向けた取組について

①感染症や非常災害の発生時において、ご利用者に対する指定小規模多機能型居宅介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

②従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します（各年１回以上）。

③定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

１９．虐待防止について

事業所は、ご利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、指針を整備し担当者を設置する等、必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施する等の措置を講じます（年１回以上）。

①事業所はご利用者が成年後見制度を利用できるよう支援を行います。

②当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）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、これを市町村に通報します。

③虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。

④事業所は次の通り虐待防止の担当者を定めます。　役職：介護支援専門員　氏名：高島朱美

２０．感染対策について

事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。

①従業者の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。

②事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。

③事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね６月に１回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。

④事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。

⑤従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に実施します（各年１回以上）。

２１．ハラスメント対策について

事業者は、介護現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に向け取り組みます。

①事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として許容しません。

（1）身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼされそうになった）行為

（2）個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

（3）意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為

上記は、当該法人職員、取引先事業者の方、ご利用者及びその家族等が対象となります。

②ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同時案が発生しない為の再発防止策を検討します。

③従業者に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。

④ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

２２．身体的拘束等の適正化について

事業者は、サービスの提供にあたっては、当該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を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行いません。身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その他の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由等を記録します。

事業者は、身体的拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じます。

(1)身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ります。

(2)身体的拘束等の適正化のための指針を整備します。

(3)介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的に実施します。

２３．（介護予防）小規模多機能型居宅介護計画の作成について

ご利用者の心身の状況、希望及びそのおかれている環境等を踏まえ、（介護予防）小規模多機能型居宅介護計画を作成します。（介護予防）小規模多機能型居宅介護計画書の作成にあたっては、その内容について、ご利用者又はそのご家族に対してご説明し、同意を得るとともに（介護予防）小規模多機能型居宅介護計画書を交付致します。

２４．運営推進会議の開催について

ご利用者、そのご家族、地域住民の代表者、市町村職員等に対し、提供しているサービス内容等を明らかにするとともに地域に開かれたサービスとすることで、サービスの質の確保を図ることを目的として、運営推進会議を設置しています。（おおむね２ヶ月に１回開催）

２５．第三者評価の実施状況について

第三者評価の実施はありません。

法令に基づき、年に1回以上、サービスの改善及び質の向上を目的として、私たちが提供するサービスについて評価・点検（自己評価）を行うとともに、当該自己評価について、運営推進会議において第三者の観点からサービスの評価（外部評価）を行っています。

２６．当施設をご利用の際に留意いただく事項

サービスの変更・追加	サービスの変更・追加は随時、事業者にお申し出ください。通いサービスや宿泊サービスについては、定員を超える場合は利用できないことがありますので予めご了承ください。
設備　・　器具の利用	施設内の居室や設備・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、賠償していただくことがあります。 １階正面玄関、各階エレベーターは電子ロックになっています。
喫　煙　・　飲　酒	喫煙・飲酒は原則的にご遠慮願います。
迷　惑　行　為　等	騒音等、他のご利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。
現　金　等　の　管　理	基本的に個人で管理していただきます。
宗教活動・政治活動	施設内で他のご利用者に対する宗教活動及び政治活動についてはご遠慮下さい。
そ　の　他	利用者間の金品等の貸借、譲渡はご遠慮願います。 飲食物の持ち込みはご遠慮願います。 営利目的の勧誘、チラシの配布等はお断りさせていただきます。

令和　　年　　月　　日

指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業の提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

（介護予防）小規模多機能型居宅介護　サンケア笠舞

説 明 者 職 名　　介護支援専門員　　氏　　名　　高島　朱美

私は、本書面に基づいて事業所から、重要事項の説明を受け、指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業の提供開始に同意しました。

ご 利 用 者　　住　　所

氏　　名

ご家族代表者　　住　　所

氏　　名

続　　柄

利用者が身体の状況等により署名が出来ないため、利用者本人の意思を確認のうえ、利用者に代わって、その署名を代筆いたしました。

署 名 代 筆 者　　住　　所

氏　　名

続　　柄

ご利用者及びご家族代表者は、当事業所発行の広報誌等における利用者個人の写真掲載に

・同意します。

・同意しません。