

# 重要事項説明書

小規模多機能型居宅介護  
介護予防小規模多機能型居宅介護  
風のアルバム  
(令和7年4月1日現在)

## 1 当社が提供するサービスについてのご質問・ご相談窓口

電話番号	042-652-3337 (午前9時00～午後6時00分まで)
担当者	管理者 石井洋平

## 2 事業者の概要

事業者名称	有限会社 風のアルバム
主たる事務所の所在地	東京都八王子市西寺方町25-2
法人種別	営利法人
代表者名	田中 実
電話番号	042-652-3337

## 3 ご利用事業所

ご利用事業所の名称	小規模多機能型居宅介護 風のアルバム
指定事業者番号	1392900351
所在地	東京都八王子市西寺方町25-2
電話番号	042-652-3337
FAX 番号	042-652-3383
営業日	365日
営業時間 (訪問サービス)	24時間
同 (通所サービス)	9時30分～16時30分
同 (宿泊サービス)	16時30分～9時30分
通常の事業の実施地域	地域包括支援センター・元八王子・高尾・川口・長房 ・恩方・もとはち南・追分・大横
登録定員： 29人 通所サービス：1日18人 宿泊サービス：1日 9人	当事業所は、原則として利用要望・変更に応じますが、ご登録をいただいている場合であっても、利用定員を超過する場合には、通所及び宿泊サービスの提供ができませんのでご了承ください。

#### 4 サービス利用料金

小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護  
月単位月額自己負担金額（令和6年4月介護報酬改正）

【介護保険自己負担割合証 1割の場合】

要支援1（3,450単位）	3,737円
要支援2（6,972単位）	7,551円
要介護1（10,458単位）	11,326円
要介護2（15,370単位）	16,646円
要介護3（22,359単位）	24,215円
要介護4（24,677単位）	26,726円
要介護5（27,209単位）	29,468円

（1単位=10.83）

【小規模多機能型居宅介護 介護保険給付対象加算 1割の場合】

\* 処遇改善加算Ⅱとして月の総単位数に14.6%を乗じた単位数を請求致します。

\* 看護職員配置加算Ⅰ=月900単位 975円

\* 訪問体制強化加算=月1,000単位 1,083円

\* 総合マネジメント体制強化加算(Ⅰ)=月1,200単位 1,300円

\* 初期加算=登録日から30日間 1日30単位 33円

30日以上入院後再度登録日から30日間算定

【小規模多機能型居宅介護 介護保険給付対象 個人的加算 1割の場合】

\* 認知症加算 加算Ⅲ=760単位823円・加算Ⅳ=460単位499円

\* 若年性認知症利用者受入加算800単位 867円・介護予防450単位 488円

\* 看取り連携体制加算1日64単位 70円（死亡日から死亡日前30日以下）

介護保険対象外の個人的費用は実費となります。

\* 通所サービス昼食費650円・おやつ50円×利用した回数

\* 宿泊サービス費：1泊3,500円×利用した回数

夕食費600円・朝食費600円×利用した回数

\* 個人使用の日用品・通所活動個人的材料費・紙おむつ（本人持以外）

宿泊利用者洗濯費（洗濯ネット50×60cm1ネット200円）その他個人的費用

## 5 事業の目的と運営の方針

事業の目的	利用者がその有する能力に応じ、居宅において自立した日常生活を営む事ができるよう通所・訪問・宿泊において適切な介助を行い、地域での生活が継続できるよう支援することを目的とする。
運営の方針	利用者が日々健康維持を保つ為、ご家族・職員共に「快食」「快便」「快眠」を得られるようにする。

## 6 従業者の職種、員数及び職務内容

1. 管理者 1名

2. 介護支援専門員 1名

3. 介護従業者

介護従業者は、登録者の居宅を訪問して小規模サービスを提供するとともに事業所において通いサービスおよび宿泊サービスの利用者に対し小規模サービスを提供する。

ア 常勤換算で、通いサービスの利用者の数が3名またはその端数を増すごとに1名以上。

イ 常勤換算で、訪問サービスの提供にあたる介護従事者を1名以上。

ウ 介護従事者のうち1名以上の者は看護職員。

看護職員は登録者の健康状態を把握し、関係医療機関との連携を行う。

エ 夜勤にあたる介護従事者を1名以上。

オ 宿直勤務にあたる介護従事者を1名以上。

ただし、宿泊者がいない場合は配置しない場合がある。

## 7 サービスの内容及び利用料その他の費用の額

サービスの種類	内容・標準的な手順	介護保険適用有無	単位	利用料
小規模多機能型 居宅介護	通所サービス：9：30～16：30 宿泊サービス：16：30～9：30 訪問サービス：24時間	介護保険適用	月/	要支援 要介護度別の 規定額
食事の提供に 関する費用	食事は、全て施設内で手作り しています。	介護保険適用外	1食	朝食 600円 昼食 650円 おやつ 50円 夕食 600円
宿泊に要する 費用	<宿泊室の詳細> ・全室個室 ・寝具及びリネン類完備 ・特殊寝台及び収納タンス備付	介護保険適用外	1泊	3,500円

## 8 交通費実費

当該事業所の通常の事業実施地域以外の送迎に要する費用及び訪問サービスに要した交通費について、事業実施地域を超える地点からの距離に応じた実費をいただきます。

## 9 苦情申立窓口

小規模多機能型居宅介護 (介護予防含む) 風のアルバム	苦情申し立て窓口責任者：石井洋平（管理者）	
	ご利用時間	9：00～18：00
	ご利用方法	電話 042-652-3337 面接 1階事務所または2階ラウンジ
	意見箱	玄関前に設置
東京都国民健康 保険団体連合会	03-6238-0011（代表）	
八王子市役所	八王子市福祉部高齢者福祉課相談担当 042-620-7420（代表）	
東京都福祉サービス 第三者評価推進機構	03-5206-8750（代表）	

## 10 非常災害対策

非常時の対応	別途定める消防計画にのっとり対応を行います。	
避難訓練及び防災設備	別途定める消防計画にのっとり、夜間及び昼間を想定した避難訓練を年各1回行います。	
	設備名称	個数等
	誘導灯	あり
	自動火災報知器	あり
	消火器	あり
	スプリンクラー	あり
	ガス漏れ探知機	あり
消防計画等	八王子消防署への届出済み 防火管理者：石井洋平	

## 1 1 緊急時の対応方法

<p>緊急連絡先に連絡すると同時に救急車要請し、適切に対応いたします。救急車要請の場合、搬送先は利用者及び家族の指定病院を告げますがその先は受け入れ可能な病院となります。必要に応じて主治医又は協力医療機関へ連絡を行い、医師の指示に従います。</p>		
<p>協力医療機関 (医社) 多摩双泉会</p>	医療機関の名称	西てらかた医院
	所在地	東京都八王子市西寺方町383-1
	電話番号	042-650-5055
	診療科	内科、整形外科、眼科、訪問診療
	契約の概要	当事業者と病院は利用者が疾病にかかった時、診断、診療、入院等の必要な処置の実施及び健康保持の為、相談に対しての適宜助言等の実施。
協力訪問歯科機関	訪問歯科機関名称	アイ・デンタル・オフィス 八王子市本郷町6-16 042-626-1616
<p>緊急連絡先 風のアルバム</p>	管理者氏名	石井洋平
	電話番号	042-652-3337
	ファクシミリ番号	042-652-3383
	風のアルバム住所	八王子市西寺方町25-2

## 1 2 サービス評価の有無

自己評価 : 有      外部評価 : 有

(乙) 当事業者は (甲) 利用者に対する小規模多機能型居宅介護サービスの提供開始に  
当たり、(甲) 利用者及び家族に対して本書面に基づいて上記重要事項を説明しま  
した。

事業者 有限会社 風のアルバム

事業所住所 八王子市西寺方町 2 5 - 2

名 称 小規模多機能型居宅介護 風のアルバム 印

説明者氏名 \_\_\_\_\_ 印

(甲) 私は、本書面に基づいて乙から上記重要事項の説明を受けました。  
私は、小規模多機能型居宅介護 風のアルバムの上記重要事項に同意します。

利用者住所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

(甲) 私は、本人に代わり、上記署名を行いました。  
私は、本人の小規模多機能型居宅介護 風のアルバムの上記重要事項に同意  
意思を確認しました。

代理人住所 \_\_\_\_\_

代理人氏名 (続柄) \_\_\_\_\_ 印

令和 年 月 日

# 重要事項説明書

## 認知症対応型共同生活介護 介護予防認知症対応型共同生活介護 グループホーム 風のアルバム

(令和7年4月1日現在)

### 1 当社が提供するサービスについてのご質問・ご相談窓口

電話番号	042-652-3315 (午前9時00～午後6時00分まで)
担当者	管理者 木田 恵子

### 2 認知症対応型共同生活介護事業者(法人)の概要

法人名	有限会社 風のアルバム
所在地	東京都八王子市西寺方町25-2
代表者名	代表取締役 田中 実
代表番号	TEL 042-652-3337 FAX 042-652-3383
事業所数	認知症対応型共同生活介護 2ユニット ・ 小規模多機能型居宅介護 1

### 3 サービス提供事業所

事業所名	グループホーム 風のアルバム
所在地	東京都八王子市西寺方町25-2
電話番号	042-652-3315
ファクシミリ番号	042-652-3383
東京都指定事業者番号	1392900369
その他のサービス	なし

### 4 同事業所の職員体制

	資格・研修	常勤	非常勤	計
管理者	認知症介護実践者研修修了者 認知症対応型サービス事業管 理者研修修了者	1名	0名	1名
計画作成担当者	介護支援専門員 認知症介護実践者研修修了者	1名 1名	0名	2名
介護職員	介護福祉士	3名	4名	7名
	実務者研修	1名	0名	1名
	2級ヘルパー 初任者研修修了者	3名	4名	7名
	認知症介護基礎研修修了者	0名	1名	1名

## 5 同事業所の設備概要

建物構造	重量鉄骨3階建の2・3階	居室	2階9室 ・ 3階8室
トイレ	各階3ヶ所	台所	各階1ヶ所
浴室・脱衣室	各階1ヶ所	食堂・居間	各階1ヶ所

## 6 サービス内容

- (1) **介護サービス計画の立案**：ご利用者の心身の状況、希望、生活環境を踏まえて、援助の目標及び目標を達成するための具体的なサービス内容を記載した介護サービス計画を作成します。また、必要に応じて計画の変更を行います。
- (2) **食事**：ご利用者の心身の状況、嗜好、栄養バランスに配慮して、作成した献立表に基づき提供いたします。朝食（午前8時頃）、昼食（正午頃）、夕食（午後6時頃）を各階の居間兼食堂においてスタッフと一緒に摂りいただきます。
- (3) **機能訓練**：離床援助・屋外散歩・家事共同等などの他各種体操やレクリエーションにより生活機能の維持・改善に努めます。
- (4) **介護サービス**：介護サービス計画に沿って、ご利用者の自立を妨げない範囲において、下記の介護サービスをご提供いたします。食事の支度、居室の清掃、洗濯等の家事全般介助。起居動作、着替え、洗面、食事、排泄、入浴、服薬管理、健康管理、買い物、散歩等の生活全般の介助。地域活動参加への介助
- (5) **生活相談**：介護サービスに関することも含め、日常生活全般に関するご相談を承ります。
- (6) **行政手続代行**：行政手続の代行をお受けいたします。手続きに関する経費は、その都度お支払いいただきます。
- (7) **医師往診等の手配**：医師の往診の手配、その他療養上のお世話をいたします。

## 7 サービス利用にあたっての留意事項

- (1) **面会時間**：利用者の治安維持・安全確保の観点により夜19時以降から翌朝6時まで内部から施錠いたしておりますので、特に夜間の面会時には事前の連絡をお願いいたします。尚、面会簿に必要事項を必ずご記入ください。
- (2) **外出・外泊**：外出・外泊届に外出・外泊先など所要事項をご記入の上、外出・外泊をお願いいたします。
- (3) **ご家族の宿泊**：安全確保のため事前の連絡をお願いいたします。
- (4) **喫煙・飲酒**：喫煙は堅くお断りいたします。飲酒につきましては自室に限り適量を嗜んでいただけます。飲酒により迷惑行為や事故等のリスクがあると施設が判断した場合、以降禁止とする可能性があります。また飲酒による事故等の責任は一切負いかねます。
- (5) **金銭・貴重品管理**：ご利用者による自己管理は盗難、紛失等の原因になり、思わぬトラブルになり兼ねません。ご相談ください。
- (6) **持込品**：各居室にベッド、寝具一式、タンスが揃って居ります。居室用テレビ、使い慣れた日用品はお持ち下さい。刃物（剃刀、ナイフ等）火気（ライター、マッチ）等の危険物の持込みは堅くお断りいたします。



- (7) **宗教**：ご利用者による信仰・宗教は自由です。但し、宗教活動(勧誘等)は堅くお断りいたします。
- (8) **その他**：騒音の発生、放歌高吟などの他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。尚、場合によっては強制退去していただく場合がございますのでご了承ください。

## 8 利用料金

### ① 介護保険料 (令和6年4月改正) 介護保険自己負担割合証1割の場合

要支援2	1日 749 単位	800 円	1ヶ月 30 日の場合	24,000 円
要介護1	1日 753 単位	805 円	1ヶ月 30 日の場合	24,150 円
要介護2	1日 788 単位	842 円	1ヶ月 30 日の場合	25,260 円
要介護3	1日 812 単位	868 円	1ヶ月 30 日の場合	26,040 円
要介護4	1日 828 単位	885 円	1ヶ月 30 日の場合	26,550 円
要介護5	1日 845 単位	903 円	1ヶ月 30 日の場合	27,090 円
初期加算	入所日から 30 日間 (1日 30 単位 32 円)			960 円
医療連携体制加算	1日 37 単位	40 円	1ヶ月 30 日の場合	1,200 円
協力医療機関連携加算	1日 100 単位	107 円	1か月 30 日の場合	3,210 円
感染対策向上加算 I	1月 10 単位		1 か月	106 円
退居時相談援助加算	介護給付算定 400 単位×10.68 (介護報酬 1 単位当たりの単価)			1 回限り 428 円
退居時情報提供加算	介護給付算定 250 単位×10.68 (介護報酬 1 単位当たりの単価)			1 回限り 267 円
看取り介護加算	(1)死亡日以前 31 日以上 45 日以下 72 単位×10.68 (介護報酬 1 単位当たりの単価) (2)死亡日以前 4 日以上 30 日以下 144 単位×10.68 (介護報酬 1 単位当たりの単価) (3)死亡日以前 2 日又は 3 日 680 単位×10.68 (介護報酬 1 単位当たりの単価) (4)死亡日 1,280 単位×10.68 (介護報酬 1 単位当たりの単価)			

処遇改善加算Ⅱとして月の総単位に 17.8%を乗じた単位数を請求致します。

### ②介護保険の給付対象外となる費用

保証金	初回のみ	120,000	退去時に利用料の未払い、現状復帰等があれば、保証金から控除し、その残額を返還いたします。(保証金には利息は付きません)
居室料	1ヶ月	60,000	個室の部屋代
食材費	1ヶ月	42,000	朝食、昼食、夕食の材料費。(1日あたり 1,400 円) (30 日の場合)
水光熱費	1ヶ月	18,000	水道、下水道、電気(暖房・冷房)、ガス等の費用
共益費	1ヶ月	15,000	自動車、ガソリン代、トイレ、浴室等他日常生活消耗品、新聞雑誌等
個人的費用		実費	理美容、おむつ類、個人の日用品、嗜好品、医療など個人的費用

## 9 サービスの利用開始手続き

- ① 相談窓口への入居申込の連絡を頂いた際に、入居条件が満たされ、且つ、空室がある場合には入居手続きが可能です。また、空室がない場合には、待機者として登録させていただきます。
- ② ご入居手続きについては、「介護保険被保険者証」の確認、ご利用者及びご家族の希望・心身の状態の把握等を基に、ご入居の可否を判断させていただきます。
- ③ 入居が決まりましたら契約書等を締結させて頂き、その後は介護サービス計画を作成し、サービスを開始させていただきます。尚、居宅介護支援事業所に居宅サービス計画の作成を依頼している場合には、事前に担当の介護支援専門員とご相談ください。

## 10 苦情申立窓口

認知症対応型共同生活介護 (介護予防含む) 風のアルバム	苦情申し立て窓口責任者：木田恵子（管理者）	
	ご利用時間	9：00～18：00
	ご利用方法	電話 042-652-3315 面接 1階事務所または2階ラウンジ
	意見箱	玄関前に設置
東京都国民健康 保険団体連合会	03-6238-0011（代表）	
八王子市役所	八王子市福祉部高齢者福祉課相談担当 042-620-7420（直通）	
東京都福祉サービス 第三者評価推進機構	03-5206-8750（代表）	

## 11 非常災害対策

非常時の対応	別途定める消防計画にのっとり対応を行います。	
避難訓練及び防災設備	別途定める消防計画にのっとり、夜間及び昼間を想定した避難訓練を年各1回行います。	
	設備名称	個数等
	誘導灯	あり
	自動火災報知器	あり
	消火器	あり
	スプリンクラー	あり
	ガス漏れ探知機	あり
消防計画等	八王子消防署への届出済み 防火管理者：石井洋平	

## 12 緊急時の対応方法

<p>緊急連絡先に連絡すると同時に救急車要請し、適切に対応いたします。救急車要請の場合、搬送先は利用者及び家族の指定病院を告げますがその先は受け入れ可能な病院となります。必要に応じて主治医又は協力医療機関へ連絡を行い、医師の指示に従います。</p>		
<p>協力医療機関 (医社) 多摩双泉会</p>	医療機関の名称	西てらかた医院
	所在地	八王子市西寺方町 383-1
	電話番号	042-650-5055
	診療科	内科、整形外科、眼科、訪問診療
	契約の概要	当事業者と病院は利用者が疾病にかかった時、診断、診療、入院等の必要な処置の実施及び健康保持の為、相談に対しての適宜助言等の実施。
<p>協力訪問歯科機関</p>	訪問歯科機関名称	アイ・デンタル・オフィス 八王子市本郷町 6-16 042-626-1616
<p>緊急連絡先 風のアルバム</p>	管理者氏名	木田 恵子
	電話番号	042-652-3315
	電話番号	042-652-3337
	風のアルバム住所	八王子市西寺方町 25-2

## 13 介護サービス第三者評価の実施状況 実施の有無： 有

(乙) 当事業者は (甲) 利用者に対する認知症対応型共同生活介護サービスの提供開始に当たり、  
(甲) 利用者及び家族に対して本書面に基づいて上記重要事項を説明しました。

事業者名 有限会社 風のアルバム

事業所住所 八王子市西寺方町25-2

名称 グループホーム 風のアルバム 印

説明者氏名 \_\_\_\_\_ 印

(甲) 私は、本書面に基づいて乙から上記重要事項の説明を受けました。

私は、認知症対応型共同生活介護 風のアルバムの上記重要事項に同意します。

利用者住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

(甲) 私は、本人に代わり、上記署名を行いました。

私は、本人の認知症対応型共同生活介護 風のアルバムの上記重要事項に同意意思を確認  
しました。

代理人住所 \_\_\_\_\_

代理人氏名 (続柄) \_\_\_\_\_ 印

令和 年 月 日