
小規模多機能型居宅介護 金閣こぶしの里 重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(指定事業者番号：京都市 2690100223)

当事業所はご契約者に対して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サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 七野会
- (2) 法人所在地 京都市北区大北山長谷町5番地36
- (3) 電話番号 075-466-5095
- (4) 代表者氏名 理事長 井上 ひろみ
- (5) 設立年月日 1985年7月24日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定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
(2017年7月1日 指定京都市2690100223号)

- (2) 事業所の目的

事業者は、介護保険法令の趣旨にしたがい、契約者が有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるように、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、契約者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに契約者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的として、契約者に対し、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サービスを提供します。

- (3) 事業所の名称 小規模多機能型居宅介護 金閣こぶしの里
- (4) 事業所の所在地 京都市北区平野桜木町7-3-2
- (5) 電話番号 075-466-2273
- (6) 管理者 氏名 山下治輝
- (7) 事業所の運営方針

- 1 事業所は、契約者が要支援又は要介護状態等となった場合においても、可能な限り居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活上の世話及び機能訓練を行うものとする。
- 2 事業所は、契約者の意思及び人格を尊重し、常に契約者の立場に立った介護福祉サービスの提供に努めるものとする。
- 3 事業所はその提供するサービスの内容について、日常的に利用者本人及び家族に報告するように努めるものとする。
- 4 事業所は、事業の運営に当たっては、地域や家庭との結び付きを重視し、関係行政機関、他の居宅サービス事業所その他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する事業所との連携に努めるものとする

- (8) 開設年月日 2017年7月1日

(9) 通常の事業の実施地域 鷹峰・金閣・衣笠・大將軍学区とする

(10) 営業日、営業時間及び利用定員

営業日	月曜日～日曜日
営業時間	0時～24時
サービス実施時間	通いサービス 9:00～18:00
登録定員	25名
受付時間	8:30～17:30

3. 職員の配置状況

当事業所では、契約者に対して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サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

<主な職員の配置状況>※職員の配置については、指定基準を充たしています。

職種	常勤	非常勤
1. 管理者(兼務)	1名	
2. 介護支援専門員(兼務)	2名	
3. 介護職員	6名	12名
4. 看護職員		1名

<主な職種の勤務体制>

職種	勤務体制
1. 介護職員	勤務時間： 8:30～17:30 11:00～20:00
	8:00～17:00 13:00～22:00 21:45～翌8:45
2. 看護職員	勤務時間： 9:00～16:00
2. 介護支援専門員	勤務時間： 8:30～17:30

4. 事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、契約者に対して以下のサービスを提供します。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

<サービスの概要>

通所、訪問及び宿泊において以下のサービスを提供します。

- ① 入浴 ・入浴又は清拭を行います。
- ② 排泄 ・排泄の自立を促すため、契約者の身体能力を最大限活用した介助を行います。
- ③ 機能訓練 ・契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復またはその減退を防止するための訓練を実施します。
- ④ 送迎 ・居宅と事業所との間の送迎を行います。

<介護保険の給付対象となる利用料金>

下記の料金表によって、契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額(自己負担額)をお支払い下さい。上記サービスの利用料金は、契約者の要介護度に応じて異なります。

予防事業(1ヶ月あたり)

	1割負担の方		2割負担の方		3割負担の方	
	要支援 1	要支援 2	要支援 1	要支援 2	要支援 1	要支援 2
1 契約者の要介護度とサービス利用料金	36,270 円	73,301 円	36,270 円	73,301 円	36,270 円	73,301 円
2. うち、介護保険から給付される金額	32,643 円	65,970 円	29,016 円	58,640 円	25,389 円	51,310 円
3. サービス利用に係る自己負担額(1-2)	3,627 円	7,331 円	7,254 円	14,661 円	10,818 円	21,991 円

介護事業 1割負担の方(1ヶ月あたり)

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1 契約者の要介護度とサービス利用料金	109,962 円	161,604 円	235,085 円	259,456 円	286,084 円
2 うち介護保険から給付される金額	98,965 円	145,443 円	211,576 円	233,510 円	257,475 円
3. サービス利用に係る自己負担額	10,997 円	16,161 円	23,509 円	25,946 円	28,609 円

介護事業 2割負担の方(1ヶ月あたり)

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1 契約者の要介護度とサービス利用料金	109,962 円	161,604 円	235,085 円	259,456 円	286,084 円
2 うち介護保険から給付される金額	87,969 円	129,283 円	188,068 円	207,564 円	228,867 円
3. サービス利用に係る自己負担額	21,993 円	32,321 円	47,017 円	51,892 円	57,217 円

介護事業 3割負担の方(1ヶ月あたり)

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1 契約者の要介護度とサービス利用料金	109,962 円	161,604 円	235,085 円	259,456 円	286,084 円
2 うち介護保険から給付される金額	76,973 円	113,122 円	164,559 円	181,619 円	200,258 円
3. サービス利用に係る自己負担額	32,989 円	48,482 円	70,526 円	77,837 円	85,826 円

☆月途中で登録又は登録を解除した場合は日割により算定します。

☆上記の他に以下の料金が加算されます。㊶ 1割負担の方 ㊷ 2割負担の方 ㊸ 3割負担の方

・初期加算 登録日から起算して30日以内の期間について(30日を超える入院後に利用を再開した場合も同様) 1日 ㊶ 32円 ㊷ 63円 ㊸ 95円

・認知症加算 (I) 日常生活自立度がⅢ・Ⅳ・Mの場合
1月 ㊶ 844円 ㊷ 1688円 ㊸ 2532円

認知症加算 (II) 要介護2で日常生活自立度がⅡの場合
1月 ㊶ 528円 ㊷ 1055円 ㊸ 1583円

・サービス提供体制強化加算Ⅱ 介護職員に占める介護福祉士の割合が100分の50以上の場合
1月 ㊶ 676円 ㊷ 1351円 ㊸ 2026円

・訪問体制強化加算 訪問サービスを担当する常勤職員を2名以上配置し、1月あたりの訪問が200回以上の場合 1月 ㊶ 1055円 ㊷ 2110円 ㊸ 3165円

・総合マネジメント体制強化加算
個別サービス計画書を多職種協働で作成し、住み慣れた地域での生活が継続できるよう支援した場合 1月 ㊶ 1055円 ㊷ 2110円 ㊸ 3165円

・生活機能向上連携加算 (I) 1月 ㊶ 106円 ㊷ 211円 ㊸ 317円

生活機能向上連携加算 (II) 1月 ㊶ 211円 ㊷ 422円 ㊸ 633円

・若年性認知症利用者受入加算 1月 ㊶ 844円 ㊷ 1688円 ㊸ 2532円

介護予防若年性認知症利用者受入加算 1月 ㊶ 475円 ㊷ 950円 ㊸ 1425円

・栄養スクリーニング加算 1回※6月に1回を限度とする
㊶ 6円 ㊷ 11円 ㊸ 16円

・介護職員処遇改善加算 I 総単位数に 10.2%加算されます

・介護職員等特定処遇改善加算 (I)

厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして、市町村に届け出た事業所が利用者に対し事業を実施した場合、当該基準に掲げる区分に従い、総単位数の1.5%を加算して、お支払い額とさせていただきます。

・上記の金額は1日あたりの自己負担額ですが、端数整理の為、月単位では若干の誤差が生じます。

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、契約者の負担額を変更します。

*個別の状況により、自己負担額が4割になる場合があります。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額が契約者の負担となります。

<サービスの概要と利用料金>

- ① 食事の材料の提供（食材料費・おやつ代）
 - ・契約者に提供する食事の材料にかかる費用です。
 - ② 通常の事業実施区域外への送迎
 - ・通常の事業実施地域は鷹峰・金閣・衣笠・大將軍学区です。
 - ・通常の事業実施地域以外の方で、当事業所のサービスを利用される場合は、送迎費用をとして、下記料金を加算していただきます。
 - ③ その他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の提供にあたって、日常生活上必要となる費用で、契約者に負担していただく費用
- ☆ 介護給付の対象とならないサービス料金を変更する場合は、変更を行う1か月前までにご説明します。

項 目	料 金
送迎料（但し、通常の実施範囲を超えるものに限る）	通常の実施地域を超えた地点から1kmあたり 片道 30円
食材料費	朝食 280円 昼食 500円 夕食 600円
宿泊費	1日 3000円
おやつ代	1日分 100円
オムツ代	実 費
喫茶代	コーヒー 50円 紅茶 50円 ジュース 50円
洗濯・乾燥代	各 200円

(3) 利用料金のお支払い方法

前記（1）及び（2）の料金・費用は、サービスの利用終了後に1ヶ月毎に請求しますので、下記のいずれかの方法で翌月末日までにお支払い下さい。

- ①事業所に直接お支払い
- ②郵便振替で送金
- ③指定郵便口座からの自動引き落とし

(4) 利用の中止、変更

○契約者は、利用予定日の前に、契約者の都合により、小規模多機能型居宅介護サービス又は介護予防小規模多機能型居宅介護サービスの利用を中止または変更することができます。この場合には、契約者はサービス実施日の前日までに事業者申し出ることにします。

○サービス利用の変更の申し出に対して、事業者の稼働状況により、契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示します。

5. 秘密の保持

○事業所職員は、サービス提供をする上で知り得た契約者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は、契約終了後も同様です。

○事業所職員は、契約者から予め同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、契約者及びその家族の個人情報を用いません。

6. サービス提供中の事故発生時の対応について

○サービス提供中に事故等が発生した場合には、別途の「緊急時及び事故対応マニュアル」に沿って対応いたします。その際に、利用者およびご家族の安全と権利を守るよう努力すると共に、可能な限り事前に利用者およびご家族の納得、ご了解が得られるようにいたします。

○事業所は、本契約に基づくサービスの実施にともなって、自己の責に帰すべき事由により契約者に生じた損害について賠償する責任を負います。

○サービス提供中に事故等が発生した場合には、速やかに京都市へ報告いたします。

7. 損害賠償について

当事業所において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を補償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、その損害の発生について、利用者に故意または過失が認められる場合には、利用者の置かれた心身の状況を勘案して相当と認められる場合には、事業者は損害賠償責任を減じる場合があります。

8. 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情やご相談は、以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付担当者 生活支援センター金閣こぶしの里 主任 吉田耕太

○苦情解決責任者 部長 山下治輝

(上記担当者不在の場合は、電話対応した職員が承ります。)

○受付時間 月曜日～日曜日 9:00～18:00

(2) 運営法人における苦情処理第三者委員による苦情の受付

第三者委員

小川 栄二 (元立命館大学教授)

藤松 素子 (佛教大学教授) 電話 075-491-2141 (佛教大学)

原田 眞美 (認知症の人と家族の会京都府支部世話人)

電話 050-5358-6580 (認知症の人と家族の会京都府支部)

(3) 当事業所以外に、各居宅介護支援事業所・各行政区の介護保険課・国民健康保険団体連合会等でも苦情を受け付けています。

○京都市北保健福祉センター健康福祉部健康長寿推進課 電話075-432-1366

○国民健康保険団体連合会 電話075-354-9090

○京都府社会福祉協議会福祉サービス運営適正化委員会 電話075-252-2152

9. 第三者評価の実施状況 無

年 月 日

小規模多機能型居宅介護サービス及び介護予防小規模多機能型居宅介護サービス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交付しました。

小規模多機能型居宅介護 金閣こぶしの里

説明者 氏 名： 印

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サービス及び介護予防小規模多機能型居宅介護サービスの提供開始および利用料の徴収について同意し、受領しました。また、サービス担当者会議等において利用者及び家族の個人情報の提供についても同意しました。また、緊急の医療上の必要性がある場合には医療機関等に情報を提供することについても同意しました。

利用者 住 所：

氏 名： 印

署名代筆者 住 所：

氏 名： 印

(利用者との関係：)