

【令和3年4月1日 現在】

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）重要事項説明書

社会福祉法人福知山シルバー 土ニコニコハウス 「にっこり村」

当施設は介護保険の指定を受けています。（福知山市指定 2692600170 号）

当事業所はご契約者に対し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. 事業所経営法人

法人名	社会福祉法人 福知山シルバー		
法人所在地	京都府福知山市字牧小字狭間 250 番 5		
電話番号	0773(33)3770	FAX	0773(33)2820
代表者名	理事長 小谷 洪一	設立年月日	平成8年4月3日

2. 事業所の説明

事業所の種類	指定小規模多機能型居宅介護（指定介護予防小規模多機能型居宅介護）		
指定年月日	平成24年5月7日		
福知山市の事業者指定	福知山市指定第 2692600170 号		
利用定員	登録29名（通いサービス定員18名、宿泊サービス定員8名）		
事業所の目的	要介護者（要支援者）の居宅及び事業所において、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。		
事業所の名称	社会福祉法人福知山シルバー 土ニコニコハウスにっこり村		
事業所の所在地	京都府福知山市字土小字山ノ下60番地		
電話番号	0773(20)2520	FAX 番号	0773(27)5501
管理者	芦田 翔		
事業所の運営方針	事業所の職員は、通いを中心として、要介護者（要支援者）の容態や希望に応じて随時訪問や宿泊を組み合わせ、サービス提供することにより、利用者の居宅における生活の継続を支援するよう努めます。事業の実施に当たっては、関係市町村、地域包括支援センター、地域の保健・医療・福祉サービスの提供主体との綿密な連携を図り、総合的なサービス提供に努めるものとします。		
開設年月日	平成24年5月7日		
通常の実施地域	旧福知山市		
営業日	年中無休		
通いサービス	基本時間 9：30～16：30（19:30まで延長可能）		
訪問サービス	基本時間 随時		

宿泊サービス	基本時間 19:30～9:30
--------	-----------------

※受付・相談については、通いサービスの基本時間と同じ

3. 職員の配置状況

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

職員の職種		職員の職種	
管理者(事業所長)	1名	看護職員	3名(常勤1名非常勤2名)
計画作成担当者	1名(管理者兼務)	介護職員	5名(常勤4名非常勤1名)

【主な職種の勤務体制】

職員の職種	勤務体制
管理者	勤務時間 8:00 ～ 17:00
計画作成担当者	勤務時間 8:00 ～ 17:00
看護職員	勤務時間 8:15 ～ 17:15
介護職員	早 出 7:00 ～ 16:00
	日 勤 8:00 ～ 17:00
	日 勤 B 11:00 ～ 20:00
	遅 出 15:00 ～ 24:00
	夜勤(1) 0:00 ～ 翌 9:00

4. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対し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）サービスを提供します。それぞれのサービスについて**利用料金が介護保険から給付される場合と利用料金の全額をご契約者の自己負担いただく場合があります。**

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、原則として料金表の利用料金の1割がご契約者の負担額となります。

一定以上の所得がある65歳以上のご契約者は2割もしくは3割となります

(介護保険負担割合証にて確認)

< サービス利用料金（1ヶ月あたり） >（単位：円）

要介護度	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
ご契約者の要介護度とサービス利用料金	34,380	69,480	104,230	153,180	222,830	245,930	271,170
うち、介護保険から給付される金額	30,942	62,532	93,807	137,862	200,547	221,337	244,053
サービス利用に係る自己負担	3,438円	6,948円	10,423円	15,318円	22,283円	24,593円	27,117円

利用料金は一ヶ月ごとの包括費用（定額）です。

下記の料金表によって、ご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を除いた金額（自己負担額）をお支払いください。（サービスの利用料金は、利用者の要介護度に応じて異なります。）

- 月毎の包括料金ですので、契約者の体調不良や状態の変化等により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計画に定めた期日より利用が少なかった場合、または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計画に定めた期日より多かった場合であっても、日割りでの割引又は増額は致しません。
- 月途中から登録した場合又は月途中から登録を終了した場合には、登録した期日に応じて日割りした料金をお支払いいただけます。なお、この場合の「登録日」及び「登録終了日」とは以下の日を指します。
 - 登録日→利用者が当事業所と契約を結んだ日ではなく、通い・訪問・宿泊のいずれかのサービスを実際に利用開始した日
 - 登録終了日→利用者当事業所の利用契約を終了した日
- ご契約者様がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。要介護認定（要支援認定）を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。償還払いになる場合、ご契約者様が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。
- ご契約者に提供する食事及び宿泊に係る費用は別途いただきます。（下記自己負担表参照）
- 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、ご契約者の負担額に変更します。

< 加算（一日につき） 一割負担の場合 >（単位：円）

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に登録した日から起算して30日以内の期間については、初期加算として下記の通り加算分の自己負担が必要となります。

30日を超える入院をされた後に再び利用を開始した場合も同様です。

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

初期加算	1日 30円 利用開始から30日間
認知症加算 I	一ヶ月 800円 認知症自立度Ⅲランク以上
認知症加算 II	500円 要介護2で認知症自立度Ⅱランク
サービス提供体制強化加算 I	一ヶ月 750円 介護福祉士を70%以上配置
介護職員処遇改善加算	1ヶ月の基本サービス費と各種加算の合計に1000分の102を乗じたものに相当する金額

(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、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

食事の提供(食事代)	朝食 300円・昼食 550円・夕食 550円の自己負担となります
おやつ提供	おやつを食された場合に自己負担が発生します。50円
宿泊に要する費用	ご契約者に提供する宿泊に要する費用です。1泊 2,500円

洗濯代	利用中に洗濯を行った場合 1回 100円
レクリエーション費等	レクリエーションに必要な材料費等を実費でいただくことがあります。

<サービスの概要と利用料金>

- 経済状況の変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合変更の内容をすみやかにご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、月末に1ヶ月ごとに計算し、翌々月1日に引き落としします。(引き落とし日が祝祭休日の場合翌日となります。)

< お支払い方法 >

ア. 金融機関口座からの自動口座振替

イ. 施設での現金支払い (原則には<ア>の方法。やむを得ない場合のみ行います。)

5. 利用の中止、変更、追加

利用予定日の前に、利用者の都合により、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サービスの利用を中止、変更、新たなサービスを追加することができます。この場合には原則としてサービス実施日の前日までに申し出てください。

サービス利用の追加、変更の申し出に対して、事業所の稼働状況により利用者の希望する日にサービスが提供できない場合、利用可能日を提示して協議します。

サービスを休まれる場合のキャンセル料はいただきません。

6. 小規模多機能型居宅介護計画について

小規模多機能型居宅介護サービスは、利用者一人ひとりの人格を尊重し、住み慣れた地域での生活を継続することが出来るよう、地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、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、宿泊サービスを柔軟に組み合わせることにより、地域での暮らしを支援するものです。事業者は、利用者との協議の上、小規模多機能型居宅介護計画を定め、またその実施状況を評価します。その内容は書面にて説明の上、利用者に交付します。

7. 緊急時と事故発生時の対応方法

サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、ご家族、居宅介護支援事業所等へ連絡を致します。又、事故発生時において、事業者に過失がある場合は、損害を賠償し利用者の立場に立ち誠心誠意対応いたします。(連絡先は別紙)

8. 苦情の対応について

別紙の通りとします。(関係機関に報告する場合があります)

9. 運営推進会議の設置

当事業所では短期利用居宅介護の提供にあたり、サービスの提供状況について定期的に報告するとともに、その内容等について評価、要望、助言を受けるため下記のとおり運営推進会議を設置し

ます。

運営推進委員会	
構成	利用者・利用者の家族・地域住民代表・市職員。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について知見を有するもの
開催	隔月で開催
会議録	運営推進会議の内容・評価・要望・助言等について記録を作成

10. 協力医療機関、バックアップ施設

当事業所では、各利用者の主治医との連携を基本としつつ、病状の急変等に備えて以下の医療機関や介護施設を協力医療機関・施設として連携体制を整備しています。

協力医療機関の名称	渡辺医院
所在地	京都府福知山市字牧 1616 番地の 1
電話番号	0773-33-2260
バックアップ施設の名称	ニコニコハウス
所在地	京都府福知山市字牧小字狭間 250 番地の 5
電話番号	0773-33-3770

11. サービス利用にあたっての留意事項

- ・ サービス利用の際には、介護保険被保険者証を提示してください。
- ・ 事業所内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反して破損等が生じた場合は、弁償していただく場合があります。
- ・ 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。

指定居宅サービスの提供に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

<事業者>

場 所 時間 午前・午後 時 分

説明者職名 管理者 氏名 芦田 翔

私達は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定居宅サービスの提供開始に同意します。希望してその他のサービスの利用を受けた場合に、当該サービスの利用料を支払うことに同意します。

<利用者>

住 所 _____

氏 名 _____

私は、契約者が事業者から重要事項の説明を受け、指定居宅サービスの提供開始に同意したことを確認しましたので、私が契約者に代わって署名を代行いたします。

<代理人>

住 所 _____

氏 名 _____

(契約者との続柄)