

# 重要事項説明書

## (小規模多機能型居宅介護サービス)

あなた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あたり、平成18年3月14日厚生労働省令第34号第88条(準用)第9条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

### 1 事業者の概要

事業者名称	有限会社ホワイトイー
主たる事務所の所在地	城陽市市辺小梨間33番地2
代表者名	河本大輔
電話番号	0774-52-8377

介護保険法令に基づき京都府知事又は城陽市長から指定を受けている事業所名称(指定番号)	各事業所につき介護保険法令に基づき京都府知事又は城陽市長から指定を受けている居宅介護サービスの種類
小規模多機能型居宅介護事業所 (2692801208)	小規模多機能 青谷ホワイトイー 管理者:高木 珠美
居宅介護支援事業所 (2672800220)	居宅介護支援 ホワイトイー 管理者:西田 智佳
小規模多機能型居宅介護事業所 (2692800077)	小規模多機能 久津川ホワイトイー 管理者:中尾 優子
認知症対応型通所介護事業所 (2692800085)	デイサービス 保和囲邸 管理者:田中 千尋

### 2 ご利用事業所

ご利用事業所の名称	小規模多機能 久津川ホワイトイー
指定事業者番号	2692800077
所在地	城陽市平川野原16番地18
電話番号	0774-52-5060

営業日	3 6 5 日
営業時間 (訪問サービス)	2 4 時間
同 (通いサービス)	9 時～1 7 時
同 (宿泊サービス)	1 7 時～9 時
通常の実業の実施地域	北城陽中学校圏域を中心とした城陽市内
登録定員	24 人 ※ 当事業所は、原則として利用申込に応じま
利用定員 (通いサービス)	12 人 すが、ご登録をいただいている場合であって
〃 (宿泊サービス)	4 人 も、利用定員を超過する場合には、通いサー
	ビス又は宿泊サービスの提供ができない日
	がある場合がありますので、ご了承ください。

### 3 事業の目的と運営の方針

事業の目的	<p>有限会社ホワイトイーが運営する小規模多機能型居宅介護事業所「小規模多機能久津川ホワイトイー」は、要介護者が可能な限りその自宅において、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、その居宅において、又は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、食事等必要な日常生活上の援助を行い、また要介護者の孤独感の解消及び心身機能の維持並びに要介護者の家族の身体及び精神的負担の軽減を図ることを目的とする。</p>
運営の方針	<p><b>①保 (たもつ)</b>  ◎高齢者一人一人の自分らしさと誇りを保つために、利用者主体・自己決定の原則を保ち、家庭生活を営むようなデイサービスとする。  ◎要介護状態にあっても可能な限り利用者の心と体の健康を保ち、自立した在宅生活が可能になることを目指す。</p> <p><b>②和 (なごむ)</b>  ◎利用者がサービスの主体者であり、スタッフはパートナーと位置付け家庭同様、ゆったり、自由に、穏やかに常に和みのあるサービスを提供する。  ◎利用者個人の思い・意志・生活の歴史を大切にし、和みを保障する。</p> <p><b>③囲 (サポートする)</b>  ◎従業者は、施設は家庭の延長であること、主体が利用者であること、スタッフは家庭機能を受け持つ同伴者であること、本人の意思を引き出す専門的援助者であることを共有する。</p>

	<p>◎医療サービス・地域住民の協力を得て、要介護者が住み慣れた地域で生活が営めるようにサポートする。</p> <p>◎家族と協力し、要介護状態であっても可能な限り在宅生活が継続できる支援を行う。</p> <p><b>ホワイティー方針</b></p> <p>ホワイティーは常に WHY(なぜ)と考えて仕事をする。 保つ、和む、サポートする事を理念として実行するために、常に何故という問い掛けすることを我々のケアの基本方針とする。</p>
--	--

#### 4 従業者の職種、員数及び勤務の体制

管理者	常勤 1 名	介護職員と兼務
介護支援専門員	常勤 1 名以上	介護職員と兼務
看護職員	常勤 1 名以上	
介護職員	常勤換算で 1 日 4 名以上	

## 5 サービスの内容及び利用料その他の費用の額

令和6年6月1日現在

### 【小規模多機能型居宅介護費】1ヶ月の利用料金（1割負担）

小規模多機能型居宅介護費		
区分	単位数	利用料（円）
要支援 1	3,450	3,563
要支援 2	6,972	7,202
要介護 1	10,458	10,803
要介護 2	15,370	15,877
要介護 3	22,359	23,097
要介護 4	24,677	25,491
要介護 5	27,209	28,107

※上記金額は、所定の単位数に地域加算分（10.33）を付与しています。なお端数処理しておりますので実際の請求金額と異なる場合があります。

### 【加算】

基本加算	料金	内容
初期加算★	31 円/日	登録開始 30 日間以内
認知症加算（Ⅱ）	919 円/月	介護保険法の規定に該当する場合
認知症加算（Ⅲ）	785 円/月	介護保険法の規定に該当する場合
認知症加算（Ⅳ）	475 円/月	介護保険法の規定に該当する場合
看護職員配置加算（Ⅰ）	930 円/月	要件に従い計画的に行った場合
看護職員配置加算（Ⅱ）	723 円/月	要件に従い計画的に行った場合
看取り連携体制加算	66 円/日	死亡日及び死亡日以前 30 日以内
若年性認知症利用者受け入れ加算	826/月	介護保険法の規定に該当する場合
訪問体制強化加算	1,033 円/月	要件を満たしている場合
総合マネジメント体制強化加算★	1,240 円/月	要件を満たしている場合
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）★	775 円/月	資格要件人員配置の場合
科学的介護推進体制加算	41 円/月	要件に従い計画的に行った場合
口腔・栄養スクリーニング加算	21 円/1 回	要件に従い計画的に行った場合
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）★	介護予防保険給付×14.9%	

※上記金額は、所定の単位数に地域加算分（10.33）を付与しています。なお端数処理しておりますので実際の請求金額と異なる場合があります。

※要支援の方に係る加算は★印のみになります。

【小規模多機能型居宅介護費】1ヶ月の利用料金（2割負担）

小規模多機能型居宅介護費		
区分	単位数	利用料（円）
要支援 1	3,450	7,128
要支援 2	6,972	14,404
要介護 1	10,458	21,606
要介護 2	15,370	31,754
要介護 3	22,359	46,194
要介護 4	24,677	50,983
要介護 5	27,209	56,214

※上記金額は、所定の単位数に地域加算分（10.33）を付与しています。なお端数処理しておりますので実際の請求金額と異なる場合があります。

【加算】

基本加算	料金	内容
初期加算★	62 円/日	登録開始 30 日間以内
認知症加算（Ⅱ）	1,839 円/月	要件に従い計画的に行った場合
認知症加算（Ⅲ）	1,570 円/月	介護保険法の規定に該当する場 合
認知症加算（Ⅳ）	950 円/月	介護保険法の規定に該当する場 合
看護職員配置加算（Ⅰ）	1,859 円/月	要件に従い計画的に行った場合
看護職員配置加算（Ⅱ）	1446 円/月	要件に従い計画的に行った場合
看取り連携体制加算	132 円/日	死亡日及び死亡日以前 30 日以 内
若年性認知症利用者受け入れ加算	1,653/月	介護保険法の規定に該当する場 合
訪問体制強化加算	2,066 円/月	要件を満たしている場合
総合マネジメント体制強化加算★	2,479 円/月	要件を満たしている場合
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）★	1,550 円/月	資格要件人員配置の場合
科学的介護推進体制加算	83 円/月	要件に従い計画的に行った場合
口腔・栄養スクリーニング加算	41 円/1 回	要件に従い計画的に行った場合
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）★	介護予防保険給 付×14.9%	

※上記金額は、所定の単位数に地域加算分（10.33）を付与しています。なお端数処理しておりますので実際の請求金額と異なる場合があります。

※要支援の方に係る加算は★印のみになります。

【小規模多機能型居宅介護費】1ヶ月の利用料金（3割負担）

小規模多機能型居宅介護費		
区分	単位数	利用料（円）
要支援 1	3,450	10,692
要支援 2	6,972	21,606
要介護 1	10,458	32,409
要介護 2	15,370	47,632
要介護 3	22,359	69,290
要介護 4	24,677	76,474
要介護 5	27,209	84,321

※上記金額は、所定の単位数に地域加算分（10.33）を付与しています。なお端数処理しておりますので実際の請求金額と異なる場合があります。

【加算】

基本加算	料金	内容
初期加算★	93 円/日	登録開始 30 日間以内
認知症加算（Ⅱ）	2,758 円/月	介護保険法の規定に該当する場合
認知症加算（Ⅲ）	2,355 円/月	介護保険法の規定に該当する場合
認知症加算（Ⅳ）	1,426 円/月	介護保険法の規定に該当する場合
看護職員配置加算（Ⅰ）	2,789 円/月	要件に従い計画的に行った場合
看護職員配置加算（Ⅱ）	2,169 円/月	要件に従い計画的に行った場合
看取り連携体制加算	198 円/日	死亡日及び死亡日以前 30 日以内
若年性認知症利用者受け入れ加算	2,479/月	介護保険法の規定に該当する場合
訪問体制強化加算	3,099 円/月	要件を満たしている場合
総合マネジメント体制強化加算★	3,719 円/月	要件を満たしている場合
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）★	2,324 円/月	資格要件人員配置の場合
科学的介護推進体制加算	124 円/月	要件に従い計画的に行った場合
口腔・栄養スクリーニング加算	62 円/1 回	要件に従い計画的に行った場合
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）★	介護予防保険給付×14.9%	

※上記金額は、所定の単位数に地域加算分（10.33）を付与しています。なお端数処理しておりますので実際の請求金額と異なる場合があります。

※要支援の方に係る加算は★印のみになります。

【その他】

内容	料金	
朝食代（1食につき）	500円	保険給付外
昼食代（1食につき）	700円	保険給付外
夕食代（1食につき）	700円	保険給付外
宿泊費（定員4名）	2,500円	保険給付外
おむつ・紙パンツ代	100円 （現物返却可）	保険給付外
洗濯代	100円/1回	保険給付外
レクリエーション費	実費	保険給付外

※おやつ代の徴収はありません。

※レクリエーションや行事等への参加費用として実費が発生する場合がありますが、その場合、参加の有無も含め、事前にお知らせいたします。この場合の費用の徴収は、申し込み時に現金にてお支払いいただきます。

※食事（配食含む）のキャンセルは、前日のPM5時までに電話またはメール連絡をお願いします。当日のキャンセルは食事代同額負担となります。

## 6 苦情申立窓口

事業所相談窓口	担当者 中尾 優子 電話 0774-52-8377 受付時間 午前9時～午後5時
城陽市高齢介護課	住所 城陽市寺田東ノ口16番地、17番地 電話 0774-56-4043 FAX 0774-56-4032
京都府国民健康保険 団体連合会 介護保険課相談係	京都市下京区烏丸通四条下ル水銀屋町620番地 COCON 烏丸内 電話 075-354-9090 FAX 075-354-9055

## 7 緊急時の対応方法

利用者の主治の医師又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。また、緊急連絡先に連絡いたします。

利用者の主治の医師	氏名	
	所属医療機関の名称	
	所在地	
	電話番号	
協力医療機関	医療機関の名称	京都きづ川病院
	所在地	城陽市平川西六反24-1
	電話番号	0774-54-1111
	医療機関の名称	

	所在地	
	電話番号	
緊急連絡先	氏名	
	住所	
	電話番号	
	昼間の連絡先	
	夜間の連絡先	

## 8 サービスの第三者評価の実施状況について

未実施

## 9 非常災害対策

関係機関への通報・連絡体制の整備について	サービス提供中に天災その他の災害が発生した場合、職員は利用者の避難等適切な措置を講ずる。また管理者は日常的に具体的な対処方法、避難経路及び協力医療機関等との連絡方法を確認し、災害時には避難等の指揮をとる。
避難・救出等必要な訓練の実施について	非常災害に備え、年2回以上の避難訓練を行う。

## 10 事故発生時の対応

<ul style="list-style-type: none"> <li>・ サービス提供中に事故などにより受傷された場合は、状態に応じ主治医、協力病院、救急隊、家族、居宅介護支援事業者等に連絡し適切な対応をとります。</li> <li>・ 救急搬送が必要な場合は、病状の急変時と同じく、医療機関の選択は、城陽市消防本部により決定される場合があります。</li> <li>・ 事故発生時においては、受傷の程度を問わず、事故に至った経過を速やかに、家族及びケアマネージャーに報告いたします。</li> <li>・ 医療機関の受診を基準として書面にて保険者に事故報告書及び再発防止策を報告します。また、その顛末についても報告します。</li> <li>・ 加入損害保険会社に事故報告を行います。</li> </ul>
--

令和 年 月 日

(乙) 当事業者は、甲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 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。

甲’

小規模多機能型居宅介護サービス事業者

主たる事務所所在地 城陽市平川野原 16 番地 18

名称 小規模多機能 久津川ホワイトイー 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サービスの提供開始に同意します。

(甲) 利用者 住所

氏名 印

(甲’) 署名代行者 住所

氏名 印