

指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業所
世田谷希望丘コラボケアセンター 重要事項説明書

当施設はご利用者に対して指定介護福祉施設サービスを提供致します。施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意頂きたいことを次の通りご説明申し上げます。

1. 開設者の概要

- (1) 法人名 社会福祉法人 楽晴会
- (2) 法人所在地 青森県三沢市大町二丁目6-27
- (3) 電話番号 0176-53-3550
- (4) 代表者氏名 理事長 齊藤 淳
- (5) 設立年月日 昭和42年5月5日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業所
- (2) 事業所の目的

住み慣れた地域で生活するために、介護保険法令に従い、お客様が自宅で可能な限り暮らし続けられるような生活の支援を目的として、通いサービス、訪問サービス、宿泊サービスを柔軟に組み合わせた、（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 世田谷希望丘コラボケアセンター
- (4) 事業所の所在地 東京都世田谷区船橋6-25-25
- (5) 電話番号 03-5316-5385
- (6) 介護保険事業所番号 1391201090
- (7) 管理者氏名 森田 成弘
- (8) 当事業所の運営方針

お客様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できるよう、地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、お客様の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、通いサービス、訪問サービス、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します。

- (9) 開設年月 平成30年4月1日
- (10) 登録定員 25人（通いサービス定員15人、宿泊サービス定員9人）
- (11) 居室・設備等の概要

宿 泊 室	1室8.73~10.55㎡（9室）
居間・食堂	77.33㎡（1人当たり5.15㎡）
台 所	電磁調理器
浴 室	チェア浴、一般浴等設備
消 防 設 備	自動火災報知設備、スプリンクラー、消火器等
そ の 他	専用玄関、バルコニー

3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 世田谷区 船橋全域、上北沢全域、八幡山全域、千歳台全域、粕谷全域、経堂全域、桜上水全域、祖師谷全域、上祖師谷全域、赤堤全域、南烏山全域、宮坂全域（その他地域については応相談）

(2) 営業日及び営業時間

営 業 日	年中無休 日中時間帯 6時00分～22時00分
通いサービス	8時30分～18時（基本時間）
訪問サービス	8時30分～18時（基本時間）
宿泊サービス	18時～8時30分（基本時間）

※緊急時ならびに必要時においては柔軟に、通い、訪問および宿泊サービスを提供します。

4. 職員の配置状況（令和5年12月1日現在）

- | | | |
|-------------|------|--------------|
| (1) 管理者 | 1名 | 事業内容の調整 |
| (2) 計画作成担当者 | 1名以上 | サービスの調整、相談業務 |
| (3) 看護職員 | 1名以上 | 健康チェック等の医務業務 |
| (4) 介護職員 | 6名以上 | 日常生活の介護・相談業務 |

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。提供するサービスについて、以下の2つの場合があります。

(1) 利用料金が介護保険から給付される場合

- ・介護保険の給付の対象となるサービスの1割もしくは2割・3割のご負担になります。市町村より交付された「介護保険被保険証」と「介護保険負担割合証」が必要となります。

(2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合

- ・介護保険の給付対象とならないサービス

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第4条参照）

以下のサービスについて、具体的にそれぞれどのような頻度、内容で行うかについては、ご契約者と協議の上、（介護予防）小規模多機能型居宅介護計画に定めます（（5）参照）。

〈サービスの概要〉

ア 通いサービス

事業所において、食事や入浴、排せつ等の日常生活上の世話や機能訓練を提供します。

①食事

- ・食事の提供及び食事の介助をします。
- ・調理場でお客様が調理することができます。
- ・食事サービスの利用は任意です。

②入浴

- ・入浴または清拭を行います。
- ・衣服の着脱、身体の清拭、洗髪、洗身の介助を行います。
- ・入浴サービスの利用は任意です。

③排せつ

- ・お客様の状況に応じて適切な排せつ介助を行うとともに、排せつの自立に向けた適切な支援を行います。

④機能訓練

- ・お客様の状況に適した機能訓練を行ない、身体機能の低下を防止するよう努めます。

⑤健康チェック

- ・血圧測定等、お客様の全身状態の把握を行ないます。

⑥送迎サービス

- ・ご契約者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行ないます。

イ 訪問サービス

- ・お客様の自宅にお伺いし、食事や入浴、排せつ等の日常生活上の世話や機能訓練を提供します。
- ・サービス実施のための必要な備品等(水道・ガス、電気を含む)は無償で使用させていただきます。
- ・訪問サービス提供にあたって、次に該当する行為はいたしません。

①医療行為

②ご契約者もしくはその家族等からの金銭または高価な物品の授受

③飲酒及びご契約者もしくはその家族等の同意なしに行う喫煙

④ご契約者もしくはその家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動

⑤その他契約者もしくはその家族等に行う迷惑行為

ウ 宿泊サービス

- ・事業所に宿泊していただき、食事、入浴、排せつ等の日常生活上の世話や機能訓練を提供します。

エ 短期利用居宅介護サービス

- ・お客様の状態やお客様のご家族等の事情により、お客様を担当する指定介護支援事業所の介護支援専門員（以下、「介護支援専門員」という）が、緊急に利用することが必要と認める場合に利用可能になります。
- ・事業所の介護支援専門員が、短期利用居宅介護を提供しても、登録者に対する（介護予防）小規模多機能型居宅介護の提供に支障がない場合に限り利用可能となります。
- ・短期利用居宅介護の開始に当たっては、あらかじめ7日以内（ご利用者様の日常生活上の世話を行うご家族等の疾病等やむを得ない事情がある場合は14日以内）の利用期間を定めます。
- ・（介護予防）短期利用居宅介護の利用に当たっては、（介護予防）居宅介護サービス計画の内容に沿い、当事業所の介護支援専門員が（介護予防）小規模多機能型居宅介護計画を作成することとし、当該（介護予防）小規模多機能型居宅介護計画に従い、サービスを提供します。

〈サービス利用料金〉（契約書第5条参照）

介護保険からの給付サービスを利用する場合は下記基本料金の1割もしくは2割・3割となります。
市町村より交付されている「介護保険負担割合証」に基づきご請求させていただきます。

ア 通い・訪問・宿泊（介護費用分）すべてを含み、ご契約者の要介護度に応じた一月単位の包括料金（定額）となります。

※社会福祉法人楽晴会 世田谷希望丘コラボケアセンター利用料金表参照

- ☆ 月ごとの包括料金ですので、ご契約者の体調不良や状態の変化等により、（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や多かった場合でも、日割りでの割引や増額はいたしません。
- ☆ 月途中から登録した場合、また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きます。なお、この場合「登録日」及び「登録終了日」とは、以下の日を指します。

登録日・・・お客様が当事業所と利用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・・・お客様と事業所の利用契約を終了した日

- ☆ ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合は、サービス利用料金の全額を一旦、お支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、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）。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行な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（２）ア及びイ参照）
- ☆ 入院時の利用料金については、ひと月のサービス利用日数に応じ、以下のとおりといたします。
 サービス利用が15日未満・・・日割りした料金
 サービス利用が15日以上・・・包括料金（定額）
 ※但し、入院期間中に医療機関との連携、介護保険に関する手続き等を行なった場合、ご契約者・ご家族との協議の上、包括料金をいただく場合がございます。
- ☆ 介護保険の給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

イ 加算

（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業所に登録した日から、対象となった場合には、下記の自己負担が必要となります。

加算	単位数
初 期 加 算	日額 30単位 ※30日を超える入院後に、再び利用された場合にも、再度加算されます。
看 護 職 員 配 置 加 算（Ⅰ）	月額 900単位
看 護 職 員 配 置 加 算（Ⅱ）	月額 700単位
看 護 職 員 配 置 加 算（Ⅲ）	月額 480単位
看 取 り 連 携 体 制 強 化 加 算	日額 64単位
サ ー ビ ス提供体制強化加算（Ⅰ）	月額 750単位（除 区分限度支給額）
サ ー ビ ス提供体制強化加算（Ⅱ）	月額 640単位（除 区分限度支給額）
サ ー ビ ス提供体制強化加算（Ⅲ）	月額 350単位（除 区分限度支給額）
認 知 症 加 算（Ⅰ）	月額 920単位
認 知 症 加 算（Ⅱ）	月額 890単位
認 知 症 加 算（Ⅲ）	月額 760単位
認 知 症 加 算（Ⅳ）	月額 460単位
訪 問 体 制 強 化 加 算	月額 1,000単位 ※但し、訪問体制強化加算は「区分支給限度額」には含まれません。
総合マネジメント体制強化加算	月額 1,200単位（Ⅰ） 月額 800単位（Ⅱ） ※但し、総合マネジメント体制強化加算は「区分支給限度額」には含まれません。
若 年 性 認 知 症 利 用 者 受 入 加 算	月額 800単位 月額 450単位（要支援）

生活機能向上連携加算（Ⅰ）	月額 100単位
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	月額 200単位
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	月額 20単位
科学的介護推進体制加算	月額 40単位
生産性向上推進体制加算	月額 100単位（Ⅰ） 月額 10単位（Ⅱ）
認知症行動・心理症状緊急対応加算	日額 200単位 ※利用開始日を起算日として、7日を限度とする。
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	加算の金額は「総単位数×14.9%」で計算されます。 ※総単位数とは、小規模多機能型居宅介護サービス費サービス提供体制強化加算＋各種加算となっています。 ※各々の加算（初期加算、看護職員配置加算、認知症加算等）により、請求額は異なります。 ※但し、介護職員処遇改善加算は「区分支給限度額」には含まれません。
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	加算の金額は「総単位数×14.6%」で計算されます。 ※総単位数とは、小規模多機能型居宅介護サービス費サービス提供体制強化加算＋各種加算となっています。 ※各々の加算（初期加算、看護職員配置加算、認知症加算等）により、請求額は異なります。 ※但し、介護職員処遇改善加算は「区分支給限度額」には含まれません。
介護職員処遇改善加算（Ⅲ）	加算の金額は「総単位数×13.4%」で計算されます。 ※総単位数とは、小規模多機能型居宅介護サービス費サービス提供体制強化加算＋各種加算となっています。 ※各々の加算（初期加算、看護職員配置加算、認知症加算等）により、請求額は異なります。 ※但し、介護職員処遇改善加算は「区分支給限度額」には含まれません。

令和6年6月1日現在

（2）介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第5条参照）

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。

〈サービスの概要と利用料金〉

ア 食事の提供（通い利用時、食事お届けサービス利用時）

ご契約者に提供する食事に要する費用です。

朝食：540円 昼食：710円（おやつを含む） おやつのみ：100円

夕食：690円

*朝食を希望しない場合は、前日 17：30 までにご連絡をお願い致します。

*昼食を希望しない場合は、当日 9：30 までにご連絡をお願い致します。

*夕食を希望しない場合は、当日 14：00 までにご連絡をお願い致します。

イ 宿泊に要する費用

ご契約者に提供する宿泊サービスに要する費用です。

1泊 3,500円

ウ おむつ代

実費負担

エ 洗濯サービスに係る費用

事業所をご利用した際に発生した洗濯物について、ご本人・ご家族の同意のうえ、ご希望がある場合に、当事業所で洗濯することができます。

1 ネット：500 円

オ TV 使用料（居室内利用の場合）

1 日：50 円

カ その他

前各号に掲げるもののほか、当事業所で提供されるサービスのうち、日常生活においても通常必要となるものに係わる費用で、ご契約者に負担させることが適当と認められるもの

☆経済状況の著しい変化、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、事前に変更の内容と理由について、変更を行なう1か月前までにご説明し、同意を得ます。

（3）利用料金のお支払い方法（契約書第5条参照）

前記（1）（2）の料金・費用に関するお支払方法は「自動口座引落し」となっております。

引落し日は【毎月27日】となっております。（引落し日が、土、日曜日、祝日となる場合は、翌営業日となります。）

※毎月15日までに、前月分の請求書を郵送致します。引落としが確認できましたら、翌月の請求書とともに、領収書を発行致します。

（4）利用中止、変更、追加（契約書第6条参照）

☆（介護予防）小規模多機能型居宅介護サービスは、（介護予防）小規模多機能型居宅介護計画に定められた内容を基本としつつ、ご契約者の日々の様態、希望等を勘案し、適時、適切に通いサービス、訪問サービスまたは宿泊サービスを組み合わせて介護を提供するものです。

☆ ご契約者の都合により、サービスの利用を中止または変更、もしくは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の実施日の前日までに事業者へ申し出てください。

※サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況によりご契約者の希望する日時にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日を提示して協議します。

☆ <5.（1）介護保険の給付の対象となるサービス>については、サービスの利用回数等を変更された場合でも、1ヶ月の利用料金（定額）は変更されません。

ただし、<5.（2）介護保険の給付対象とならないサービス>については、利用予定日の前日までに申し出がなく、当日に利用の中止の申し出をされた場合、通常料金をお支払いいただく場合があります。

（5）事業者からの契約解除について（契約書第16条参照）

☆ ご契約者が1ヶ月以上の入院を要すると診断された場合、ご契約者・ご家族と協議の上、一旦、契約解除となる場合がございます。退院後、当事業所を再度利用される場合には、再契約をいたします。

※入院が1週間以内の場合は、契約解除はいたしません。それ以降は、ご契約者・ご家族と協議の上、対応を検討させていただきます。

☆ 事業者は、利用者が次の各項に該当する場合には、即日解約することができます。

① 利用者の行動が、他の利用者の生命、身体、財物、信用、健康等これに類する重大な事柄に影響を及ぼす恐れがあり、かつ利用者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができない時。

- ② 利用者が重大な自傷行為を繰り返す等、自殺を犯す危険性が極めて大きいと認められる時。
- ③ 故意に法令違反、重大な秩序破壊行為をなし又は本契約の義務履行の違反を故意に繰り返す時。
- ④ 利用者が他の介護老人福祉施設若しくは介護療養型医療施設等これに類する施設に入所した場合。
- ⑤ 利用者が三ヶ月を越えて入院すると見込まれ、かつ入院した日の翌日。
- ⑥ 利用者が、故意又は重大な過失により、事業者又はサービス従事者若しくは他の利用者等の生命、身体、財物、信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続し難い重大な事情を生じさせた場合。

☆ 以下の行為があると認められる時

- ① ご利用者による職員へのセクシャルハラスメント「身体への接触」「性的な言葉」の繰り返し
- ② ご利用者による職員への身体的暴力行為及び精神的暴力行為
- ③ ご利用者による職員への常識を超えた迫害・威圧・言語的虐待・監禁
- ④ 上記と同等の行為及び職員の心身に危害が生じ、又は生ずるおそれのある場合であって、その危害の発生又は再発生を防止することが著しく困難である等により、ご利用者に対して介護サービスを提供することが著しく困難になったとき
- ⑤ 上記④により契約を解除する場合、事業者は居宅介護支援事業所または保険者である区市町村と連絡を取り、ご利用者の心身の状況その他の状況に応じて、適当な他の事業所等の紹介その他の必要な措置を講じる

(6) (介護予防) 小規模多機能型居宅介護計画について

(介護予防) 小規模多機能型居宅介護サービスは、お客様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できるよう、地域住民との交流や地域活動への参加を 図りつつ、お客様の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえ、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、ご契約者の状況に合わせて適切にサービスを提供するために、ご契約者と協議の上で (介護予防) 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。計画の内容及び評価結果等は書面に記載してご契約者に説明の上、交付します。

6. 苦情の受付について (契約書第18条参照)

(1) 当事業所における苦情の受付

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。

- 苦情受付窓口 管理者 森田 成弘
- 受付日時 毎週月曜日～金曜日 9:00～17:00
- 苦情受付責任者 管理者 森田 成弘
- 苦情解決責任者 総合施設長 渡辺 博明

(2) 行政機関その他苦情受付機関

世田谷区砧総合支所 保健福祉課	所在地	東京都世田谷区成城6-2-1
	電話番号	03-3482-8193
世田谷区烏山総合支所 保険福祉課	所在地	東京都世田谷区南烏山6-22-14
	電話番号	03-3326-6136
世田谷区北沢総合支所 保険福祉課	所在地	東京都世田谷区北沢2-8-18 北沢タウンホール10階
	電話番号	03-6804-8701
世田谷区世田谷総合支所 保険福祉課	所在地	東京都世田谷区世田谷4-22-33
	電話番号	03-5432-2850
東京都国民健康保険団体連合会	所在地	東京都千代田区飯田橋3-5-1 東京都区政会館1階

	電話番号	03-6238-0177
--	------	--------------

7. 運営推進会議の設置

当事業所では、小規模多機能型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の評価、要望、助言をうけるため、下記のとおり運営推進会議を設置しています。

〈運営推進会議〉	
構 成：	お客様、お客様の家族、地域住民の代表者、市町村職員、地域包括支援センター職員、 小規模多機能型居宅介護について知見を有する者等
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します。

8. 協力医療機関、バックアップ施設

当事業所では、各お客様の主治医との連携を基本としつつ、病状の急変時に備えて以下の医療機関を協力医療機関・バックアップ施設として連携体制を整備しています。

医療法人社団 明世会 成城内科	所 在 地	東京都世田谷区成城6-22-3
	電 話 番 号	03-5490-9111
公益財団法人 日産厚生会 玉川病院	所 在 地	東京都世田谷区瀬田4-8-1
	電 話 番 号	03-3700-1151
医療法人社団 緑真会 世田谷北部病院(旧下田総合病院)	所 在 地	東京都世田谷区南烏山2-9-17
	電 話 番 号	03-3308-5221
医療法人社団 正誠会 玉堤歯科	所 在 地	東京都世田谷区玉堤1-21-13
	電 話 番 号	03-5706-0694

9. 身元引受人

ご利用者は、契約時にご利用者の残置物や利用料金等の滞納があった場合に備えて、一切の残置物の引き取り及び債務の保証人として身元引受人を定めて頂きます。

- ・当施設は、「身元引受人」に連絡のうえ、残置物等を引き取って頂きます。
- ・また、引渡しにかかる費用については、身元引受人にご負担頂きます。

10. 連帯保証人

連帯保証人となる方については、本契約から生じる利用者の債務について、極度額200万円の範囲内で連帯してご負担いただきます。その額は、利用者又は連帯保証人が亡くなったときに確定し、生じた債務について、ご負担いただく場合があります。

連帯保証人からの請求があった場合には、本会及び施設は、連帯保証人の方に利用料等の支払い状況、滞納金の額、損害賠償の額等、利用者の全ての債務の額等に関する情報を提供します。

11. 非常火災時の対応

非常火災時には、別途定める消防計画に則って、以下の対応を行います。

- (1) 消火、通報及び避難訓練(年2回)
- (2) 消防設備、施設等の点検及び整備
- (3) 従業員の火気の使用又は取扱いに関する監督
- (4) その他防火管理上必要な業務

〈消防用設備〉

- 自動火災報知器 • 非常通報装置 • 消火器 • ガス漏れ探知機
- 非常用照明 • 誘導灯 • スプリンクラー

1 2. 事故発生時の対応

サービス提供中に事故が発生した場合は、ご家族、世田谷区、東京都等に早急に連絡するとともに、必要な措置を講じます。また、その事故が当事業所の過失による場合であって、賠償すべき事象が発生した場合は、速やかに損害賠償致します。なお、当事業所は保険会社と損害賠償保険契約を締結しております。

安全対策担当者：森田 成弘

1 3. 守秘義務

(1) 当事業所の従業者は、正当な理由なく、その業務上知り得たお客様又はそのご家族の情報を漏らしません。また、かつて従業者であったものが、正当な理由なく、その業務上知り得たお客様又はそのご家族の情報を漏らすことがないよう、従業者でなくなった後においても、これらの情報を保持すべき旨を雇用契約の内容としております。

(2) 会議等において、お客様及びそのご家族の情報をを用いる場合がございますが、これらの情報についても、それ以外の用途には用いないこと、及び決して外部へ漏らさないことを誓約いたします。

1 4. 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。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。

○他のお客様の迷惑になる行為はご遠慮ください。

○所持金品は、自己の責任で管理してください。

○事業所内での他のお客様の対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

令和 年 月 日

指定（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て、本書面に基づき重要事項の説明を行い、同意を受けて交付をいたしました。

指定（介護予防）小規模多機能居宅介護事業所 世田谷希望丘コラボケアセンター

説明者職名 氏名 印

私は、本書面に基ついて事業所から重要事項の説明・交付を受け、指定（介護予防）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した。

お客様住所

氏名 _____ 印 _____

連帯保証人住所

氏名 _____ 印 _____

お客様との続柄

サービス提供開始日：令和 年 月 日