

# 重要事項説明書

## 「指定小規模多機能型居宅介護事業所ゆうしゃいん塩町」

令和7年2月改定

当事業所は介護保険の指定を受けています。

小規模多機能型居宅介護事業所  
(三次市指定 第3491900118号)

当事業所はご契約者に対して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。

### ◆◆目次◆◆

|                          |    |
|--------------------------|----|
| 1. 事業者                   | 1  |
| 2. 事業所の概要                | 2  |
| 3. 事業実施地域及び営業時間          | 3  |
| 4. 職員の配置状況               | 3  |
| 5. 当事業所が提供するサービスと利用料金    | 4  |
| 6. 苦情の受付について（契約書第18条参照）  | 10 |
| 7. 運営推進会議の設置             | 10 |
| 8. 協力医療機関、バックアップ施設       | 12 |
| 9. 非常火災時の対応              | 13 |
| 10. 身体拘束の禁止及び高齢者虐待のための措置 | 14 |
| 11. サービス利用にあたっての留意事項     | 14 |

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

### 1. 事業者

- |           |                    |
|-----------|--------------------|
| (1) 法人名   | 社会福祉法人 優輝福社会       |
| (2) 法人所在地 | 広島県三次市吉舎町吉舎 606 番地 |
| (3) 電話番号  | 0824-43-3121       |

- (4) 代表者氏名 理事長 森重 利夫  
(5) 設立年月 平成22年12月13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事業所  
平成22年4月1日指定  
三次市指定 第3491900118号
- (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利用者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て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事業所 ゆうしゃいん塩町
- (4) 事業所の所在地 広島県三次市塩町2112番地4
- (5) 電話番号 0824-66-6040
- (6) 管理者氏名 杉田 順子
- (7) 当事業所の運営方針

利用者の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、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、通いサービス、訪問サービス及び宿泊サービスを柔軟に組み合わせることにより、漫然かつ画一的にならないように、利用者の機能訓練及びその者が日常生活を営むことができるように、地域での暮らしを支援します。

- (8) 開設（サービス開始）年月 平成22年 4月 1日
- (9) 登録定員 24人
- 通いサービスの定員 12人（利用者推定9人）
- 宿泊サービスの定員 9人
- （予防給付サービス定員を含む）とする。

### (10) 居室等の概要

小規模多機能型居宅介護サービスの利用にあたり、当事業所では以下の居室・設備をご用意しています。宿泊サービスで利用される居室は原則として個室です。ご希望がございましたら、その旨お申し出下さい。（但し、ご契約者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に沿えない場合もあります。）

| 居室・設備の種類 | 室数         | 主な備品                                             |
|----------|------------|--------------------------------------------------|
| 食堂・台所・居間 | 1室（36.87㎡） | ダイニングセット、椅子、調理機器、器具、食器等、テーブル、椅子、座談用机、角座卓、こたつ、テレビ |
| 事務室、相談室  | 1室（8.28㎡）  | 電話、FAX、パソコン、机等                                   |

|      |                                                                  |         |
|------|------------------------------------------------------------------|---------|
| 浴室   | 1 室（室内浴：8.69 m <sup>2</sup> ）                                    |         |
| 宿泊室  | 9 室 個室 6 （ 8.69 m <sup>2</sup> ）<br>個室 3 （ 8.28 m <sup>2</sup> ） | ベット・布団等 |
| 消防設備 | 自動火災報知器<br>スプリンクラー                                               |         |

＊上記は、厚生労働省が定める基準により、必置が義務づけられている施設・設備です。

### 3. 事業実施地域及び営業時間

（１）通常の事業の実施地域 三次市

（２）営業日及び営業時間

営業日 年中無休

① 通いサービス

営業時間 ６時から２１時までとする。（希望に応じて）

② 宿泊サービス

営業時間 ２１時から翌６時までとする。（希望に応じて）

③ 訪問サービス

営業時間 随時

### 4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定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。

<主な職種の職務内容>

| 職種         | 業務内容                                                                                                              | 人員数         |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1. 管理者     | 業務の管理及び従業者の管理を一元的に行う。事業所の従業者に対し遵守すべき事項について指示命令を行う。<br>但し、業務に支障がない限り業務との兼務が出来るものとする。                               | 1 名<br>(常勤) |
| 2. 介護支援専門員 | 利用者及び家族の必要な相談に応じるとともに、適切なサービスが提供されるよう居宅サービス計画及び小規模多機能型居宅介護計画の作成、関係機関等との連絡調整等を行う。<br>但し、業務に支障がない限り業務との兼務が出来るものとする。 | 1 名         |
| 3. 介護職員    | 介護職員は小規模多機能型居宅介護計画に基づき、利用者に対し、必要な介護及び日常生活上の支援を行う。                                                                 | 6 名<br>以上   |
| 4. 看護職員    | 看護職員は小規模多機能型居宅介護計画に基づき、利用者に対し、日常生活等の健康管理並びに支援を行う。                                                                 | 1 名         |

3. 4. のうち常勤 1 名以上

<主な職種の勤務体制>

| 職種     | 勤務体制                  | 備考 |
|--------|-----------------------|----|
| 1. 管理者 | 8：30～17：00（公休日：8 日／月） |    |

|            |                                                                               |                               |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| 2. 介護支援専門員 | 8：30～17：00（公休日：8日／月）                                                          |                               |
| 3. 介護職員    | 標準的な時間帯における最低配置人員<br>日中時間帯 6：00～21：00 4名<br>（訪問職員も含む）<br>夜間時間帯 21：00～翌6：00 1名 | 日中は原則として職員1人あたり利用者3名のお世話をします。 |
| 4. 看護職員    | 標準的な時間帯における最低人員配置<br>日中 8：30～17：00 1名                                         |                               |
| 5. 宿直者     | 21：00～翌6：00                                                                   | 自宅待機                          |

## 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。

当事業所が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<br>（介護保険の給付の対象となるサービス）    |
| (2) 利用料金の全額が契約者に負担いただく場合<br>（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は、利用料金の9割又は、一定以上の所得がある65才以上の被保険者については所得に応じ、8割もしくは7割が介護保険から給付され、利用者負担は費用全体の1割～3割の金額になります。ア～ウのサービスを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、小規模多機能型居宅介護計画に定めます。

#### <サービスの概要>

##### ア 通いサービス

事業所のサービス拠点において、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。
- ・ 調理場で利用者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

- ・ 利用者の状態に応じて適切な排せつの介助を行うとともに、排せつの自立についても適切な援助を行います。

##### ④ 機能訓練

- ・ 利用者の状況に適した機能訓練を行い、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

- ・ 血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。

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います。

イ 訪問サービス

- ・ 利用者の自宅にお伺いし、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。
- ・ 訪問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。
- ・ 訪問サービスの提供に当たって、次の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に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動
  - ④ その他の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。

<サービスの利用料金>

介護保険上のサービス内容の説明及びサービスの利用単位ごとの利用料、利用者負担額は以下の通りです。

※通い・訪問・宿泊サービス全てを含んだ月単位の包括費用額 （1ヶ月の月定額）

○小規模多機能型居宅介護費

（同一建物以外に居住）

|                          | 要介護度 | 単位数<br>（単位） | 料金<br>（円） | 介護保険負担割合証 自己負担 |             |             |
|--------------------------|------|-------------|-----------|----------------|-------------|-------------|
|                          |      |             |           | 1割負担<br>（円）    | 2割負担<br>（円） | 3割負担<br>（円） |
| <input type="checkbox"/> | 要支援1 | 3,450 単位    | 34,500 円  | 3,450 円        | 6,900 円     | 10,350 円    |
| <input type="checkbox"/> | 要支援2 | 6,972 単位    | 69,720 円  | 6,972 円        | 13,944 円    | 20,916 円    |
| <input type="checkbox"/> | 要介護1 | 10,458 単位   | 104,580 円 | 10,458 円       | 20,916 円    | 31,374 円    |
| <input type="checkbox"/> | 要介護2 | 15,370 単位   | 153,700 円 | 15,370 円       | 30,740 円    | 46,110 円    |
| <input type="checkbox"/> | 要介護3 | 22,359 単位   | 223,590 円 | 22,359 円       | 44,718 円    | 67,077 円    |
| <input type="checkbox"/> | 要介護4 | 24,677 単位   | 246,770 円 | 24,677 円       | 49,354 円    | 74,031 円    |
| <input type="checkbox"/> | 要介護5 | 27,209 単位   | 272,090 円 | 27,209 円       | 54,418 円    | 81,627 円    |

### ○初期加算（1日あたり）

小規模多機能型居宅介護事業所に登録した日から起算して30日以内の期間については、初期加算を算定し加算分の利用者負担があります。

また、30日を超える入院をされた後に、再び利用された場合も同様に加算分の利用者負担があります。 ※登録後30日間を限度

|                          | 加算区分 | 単位数<br>(単位) | 料金<br>(円) | 介護保険負担割合証 自己負担 |             |             |
|--------------------------|------|-------------|-----------|----------------|-------------|-------------|
|                          |      |             |           | 1割負担<br>(円)    | 2割負担<br>(円) | 3割負担<br>(円) |
| <input type="checkbox"/> | 初期加算 | 30単位/日数     | 300円/日数   | 30円/日数         | 60円/日数      | 90円/日数      |

### ○認知症加算（1月あたり）

日常生活に支障をきたす恐れのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症利用者の場合に認知症加算(Ⅲ)を算定し加算分の利用者負担があります。介護を必要とする認知症とは、医師が判定する日常生活自立度のランクⅢ以上(Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ)に該当する場合があります。

又、要介護状態区分が要介護2である利用者であって、周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症の利用者の場合に認知症加算(Ⅳ)を算定し加算分の利用者負担があります。周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症とは、医師が判定する日常生活自立度のランクⅡ(Ⅱa・Ⅱb)に該当する場合があります。

|                          | 加算区分     | 単位数<br>(単位) | 料金<br>(円) | 介護保険負担割合証 自己負担 |             |             |
|--------------------------|----------|-------------|-----------|----------------|-------------|-------------|
|                          |          |             |           | 1割負担<br>(円)    | 2割負担<br>(円) | 3割負担<br>(円) |
| <input type="checkbox"/> | 認知症加算(Ⅲ) | 760単位       | 7,600円    | 760円           | 1,520円      | 2,280円      |
| <input type="checkbox"/> | 認知症加算(Ⅳ) | 460単位       | 4,600円    | 460円           | 920円        | 1,380円      |

### ○若年性認知症利用者受入加算（1月あたり）

若年性認知症利用者に対し利用者ごとに個別の担当職員を定め、対応する場合に若年性認知症利用者受入加算を算定し加算分の利用者負担があります。

|                          | 加算区分                      | 単位数<br>(単位) | 料金<br>(円) | 介護保険負担割合証 自己負担 |             |             |
|--------------------------|---------------------------|-------------|-----------|----------------|-------------|-------------|
|                          |                           |             |           | 1割負担<br>(円)    | 2割負担<br>(円) | 3割負担<br>(円) |
| <input type="checkbox"/> | 若年性認知症利用者受入加算<br>(要介護1～5) | 800単位       | 8,000円    | 800円           | 1,600円      | 2,400円      |
| <input type="checkbox"/> | 若年性認知症利用者受入加算<br>(要支援1～2) | 450単位       | 4,500円    | 450円           | 900円        | 1,350円      |

### ○看護職員配置加算（１月あたり）

小規模多機能型居宅介護事業所は常勤の正看護師を配置している場合は看護職員配置加算（Ⅰ）を算定し加算分の利用者負担があります。常勤の准看護師を配置している場合は看護職員配置加算（Ⅱ）を算定し加算分の利用者負担があります。看護職員を常勤換算方法で１名以上を配置している場合は看護職員配置加算（Ⅲ）を算定し加算分の利用者負担があります。看護職員配置加算は定員超過利用、人員基準欠如に該当していないことが前提となり、加算（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）のうち複数を算定することができません。

|                          | 加算区分            | 単位数<br>(単位) | 料金<br>(円) | 介護保険負担割合証 自己負担 |              |              |
|--------------------------|-----------------|-------------|-----------|----------------|--------------|--------------|
|                          |                 |             |           | Ⅰ 割負担<br>(円)   | Ⅱ 割負担<br>(円) | Ⅲ 割負担<br>(円) |
| <input type="checkbox"/> | 看護職員配置加算<br>(Ⅰ) | 900 単位      | 9,000 円   | 900 円          | 1,800 円      | 2,700 円      |
| <input type="checkbox"/> | 看護職員配置加算<br>(Ⅱ) | 700 単位      | 7,000 円   | 700 円          | 1,400 円      | 2,100 円      |
| <input type="checkbox"/> | 看護職員配置加算<br>(Ⅲ) | 480 単位      | 4,800 円   | 480 円          | 960 円        | 1,440 円      |

### ○訪問体制強化加算（１月あたり）

小規模多機能型居宅介護事業所が提供する訪問サービスを担当する常勤の従業者を２名以上配置し、訪問サービスの算定月における提供回数について延べ訪問回数が１月あたり 200 回以上ある場合に訪問体制強化加算を算定し加算分の利用者負担があります。

|                          | 加算区分     | 単位数<br>(単位) | 料金<br>(円) | 介護保険負担割合証 自己負担 |              |              |
|--------------------------|----------|-------------|-----------|----------------|--------------|--------------|
|                          |          |             |           | Ⅰ 割負担<br>(円)   | Ⅱ 割負担<br>(円) | Ⅲ 割負担<br>(円) |
| <input type="checkbox"/> | 訪問体制強化加算 | 1,000 単位    | 10,000 円  | 1,000 円        | 2,000 円      | 3,000 円      |

### ○総合マネジメント体制強化加算（１月あたり）

小規模多機能型居宅介護計画について利用者の心身の状況や家族を取り巻く環境の変化を踏まえ、介護職員や看護職員等の多職種協働により、随時適切な見直しを行っているとともに、地域における活動への参加の機会が確保されている場合に総合マネジメント体制強化加算を算定し加算分の利用者負担があります。

|                          | 加算区分                  | 単位数<br>(単位) | 料金<br>(円) | 介護保険負担割合証 自己負担 |              |              |
|--------------------------|-----------------------|-------------|-----------|----------------|--------------|--------------|
|                          |                       |             |           | Ⅰ 割負担<br>(円)   | Ⅱ 割負担<br>(円) | Ⅲ 割負担<br>(円) |
| <input type="checkbox"/> | 総合マネジメント体制強化加算<br>(Ⅰ) | 1,200 単位    | 12,000 円  | 1,200 円        | 2,400 円      | 3,600 円      |
| <input type="checkbox"/> | 総合マネジメント体制強化加算<br>(Ⅱ) | 800 単位      | 8,000 円   | 800 円          | 1,600 円      | 2,400 円      |

### ○科学的介護推進体制加算（1月あたり）

利用者全てに係るデータを積極的に厚生労働省（LIFE）に提出してフィードバックを受け、それに基づき事業所の特性やケアの在り方等を検討し、利用者の計画への反映、ケアの質の向上の取組を行った場合に算定し加算分の利用者負担があります。

|                          | 加算区分        | 単位数<br>(単位) | 料金<br>(円) | 介護保険負担割合証 自己負担 |             |             |
|--------------------------|-------------|-------------|-----------|----------------|-------------|-------------|
|                          |             |             |           | 1割負担<br>(円)    | 2割負担<br>(円) | 3割負担<br>(円) |
| <input type="checkbox"/> | 科学的介護推進体制加算 | 40 単位       | 400 円     | 40 円           | 80 円        | 120 円       |

### ○生産性向上推進体制加算（1月につき）

介護ロボットや ICT 等の導入後の継続的なテクノロジーの活用を支援するため、見守り機器等のテクノロジーを導入し、生産向上ガイドラインに基づいた業務改善を継続的に行うとともに、効果に関するデータ提出を行った場合に算定し加算分の利用者負担があります。

|                          | 加算区分           | 単位数<br>(単位) | 料金<br>(円) | 介護保険負担割合証 自己負担 |             |             |
|--------------------------|----------------|-------------|-----------|----------------|-------------|-------------|
|                          |                |             |           | 1割負担<br>(円)    | 2割負担<br>(円) | 3割負担<br>(円) |
| <input type="checkbox"/> | 生産性向上推進体制加算（Ⅰ） | 100 単位      | 1,000 円   | 100 円          | 200 円       | 300 円       |
| <input type="checkbox"/> | 生産性向上推進体制加算（Ⅱ） | 10 単位       | 100 円     | 10 円           | 20 円        | 30 円        |

### ○サービス提供体制強化加算（1月あたり）

小規模多機能型居宅介護事業所にて職員に対し研修等を実施し、且つ、介護職員の総数に対して、介護福祉士が 70%以上配置または、勤続 10 年以上の介護福祉士が 25%以上配置されている場合にサービス体制強化加算（Ⅰ）を、介護福祉士が 50%以上配置されている場合にサービス体制強化加算（Ⅱ）を、介護福祉士が 40%以上、常勤の介護職員が 60%以上、勤続 7 年以上の者の占める割合が 30%以上のいずれかの場合にサービス体制強化加算（Ⅲ）を算定し、それぞれ体制に応じた加算分の利用者負担があります。

|                          | 加算区分          | 単位数<br>(単位) | 料金<br>(円) | 介護保険負担割合証 自己負担 |             |             |
|--------------------------|---------------|-------------|-----------|----------------|-------------|-------------|
|                          |               |             |           | 1割負担<br>(円)    | 2割負担<br>(円) | 3割負担<br>(円) |
| <input type="checkbox"/> | サービス体制強化加算(Ⅰ) | 750 単位      | 7,500 円   | 750 円          | 1,500 円     | 2,250 円     |
| <input type="checkbox"/> | サービス体制強化加算(Ⅱ) | 640 単位      | 6,400 円   | 640 円          | 1,280 円     | 1,920 円     |
| <input type="checkbox"/> | サービス体制強化加算(Ⅲ) | 350 単位      | 3,500 円   | 350 円          | 700 円       | 1,050 円     |

### ○看取り連携体制加算（1日あたり）

看護師により 24 時間連絡できる体制を確保している事業者であり、医師が回復の見込みがないと診断した利用者について、看取り期における対応方針を定め、利用開始の際に利用者又

はその家族等に対して、当該対応方針の内容について説明し同意を得た場合に看取り連携体制加算を算定し加算分の利用者負担があります。

|                          | 加算区分      | 単位数<br>(単位) | 料金<br>(円) | 介護保険負担割合証 自己負担 |              |              |
|--------------------------|-----------|-------------|-----------|----------------|--------------|--------------|
|                          |           |             |           | 1 割負担<br>(円)   | 2 割負担<br>(円) | 3 割負担<br>(円) |
| <input type="checkbox"/> | 看取り連携体制加算 | 64 単位/日     | 640 円/日   | 64 円/日         | 128 円/日      | 192 円/日      |

#### ○介護職員等処遇改善加算（1月あたり）

厚生労働省の定める基準に適合している介護職員等の処遇改善を実施していると市町へ届けている事業所の場合に介護職員等処遇改善加算を算定し加算分の利用者負担があります。

|                          | 加算区分           | 加算率            |
|--------------------------|----------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ) | 総単位数×加算率 14.6% |

※サービス提供体制強化加算、介護職員等処遇改善加算、訪問体制強化加算、総合マネジメント体制強化加算は、支給限度管理の対象外です。

\*月ごと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、日割りでの割引または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、登録した期間に応じて日割りにした料金をお支払いいただきます。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・・・利用者と当事業所の利用契約を終了した日

\*保険給付の請求のための証明書の交付

ご契約者がまだ要介護認定を受けていない（介護保険適用を受けない）場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要支援又は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）。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご契約者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。

\*ご契約者にて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）

\*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、ご契約者の負担額を変更します。

\*介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合があります。その場合は、一旦1月あたりの料金をお支払いいただき、サービス提供証明書を発行いたします。このサービス提供証明書を後日、三次市健康福祉部高齢者支援室の窓口に提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

## (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 食費 ☐ 1日 1,500円（朝食300円、昼食600円、夕食600円）

イ 宿泊費 ☐ 1泊 1,300円です。

ウ 交通費（通い・訪問）☐ サービス提供地域（三次市）は必要ありません。

☐ サービス提供地域外は通常のサービス地域をこえた地点から  
1km38円です。

エ おむつ代 ☐ 実費です。

オ 洗濯代 ☐ 1回あたり100円です。（1日1回を限度）

\*その他の日常生活上必要と思われるもので利用者が負担することが適宜なものについては実費となります。

## (3) 利用料金のお支払い方法（契約書第5条参照）

・料金・費用は、次の通りお払い下さい。

・1か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月20日までに下記の方法でお支払い下さい。

☐ 金融機関口座からの口座振替

ご利用できる金融機関：郵便局、J A、みどり信金

☐ 当事業所が指定する口座への現金振込み

## (4) 利用の中止、変更、追加（契約書第6条参照）

\*小規模多機能型居宅介護サービスは、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、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。

\*利用予定日の前に、ご契約者の都合により、小規模多機能型居宅介護サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合、利用予定日の前日までに事業者申し出て下さい。

\*サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業者の稼働状況によりご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、他の利用可能期間又は日時をご契約者に提示して協議します。

## (5) 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、利用者の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、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、通いサービス、訪問サービス及び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なサービスを提供するために、ご契約者と協議の

上で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・虐待の受付について（契約書第18条参照）

### （1）当事業所における苦情・虐待の受付

当事業所における苦情・虐待等のご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

#### ○苦情・虐待受付窓口（担当者）

電話（0824）66-6040

FAX（0824）66-6020

〔解決責任者〕 管理者 杉田 順子

〔窓口担当者〕 主任 時川 徳子

受付時間 毎週月曜日～土曜日 8時30分～17時

#### ○第三者委員

上杉千恵美 電話番号（0824-73-0559）歌手

奥 易之 電話番号（0824-88-2548）無職

宮崎 文隆 電話番号（0824-66-2317）団体役員

また、苦情受付ボックスを玄関の下駄箱の上に設置しています。

### （2）行政機関その他苦情・虐待受付機関

|                                        |                       |                                                                               |
|----------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 市町村介護保険相談窓口<br>三次市福祉保健部<br>高齢者福祉課介護保険係 | 所在地<br>ご利用時間<br>ご利用方法 | 三次市十日市中二丁目8番1号<br>平日 8時30分～17時15分<br>電話 0824-62-6387<br>FAX 0824-62-6285      |
| 広島県国民健康保険団体連会<br>（国保連）介護保険係            | 所在地<br>ご利用時間<br>ご利用方法 | 広島市中区東白島町19番49号国保会館<br>平日 8時30分～17時30分<br>電話 082-554-0783<br>FAX 082-511-9126 |
| 広島県社会福祉協議会                             | 所在地<br>ご利用時間<br>ご利用方法 | 広島市南区比治山本町12-2<br>平日 8時30分～17時<br>電話 082-254-3411                             |

## 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、助言を受けるため、下記の通り運営推進会議を設置しています。

#### 〈運営推進会議〉

構成：利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、市町村の職員、地域包括支援センターの職員、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 おおむね2ヶ月に1回以上開催

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

## 8. 協力医療機関、バックアップ施設

### (1) サービス利用中の医療の提供について

- ・サービス利用中に医療を必要とする場合は、ご契約者の希望により、下記協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。(但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。)
- ・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を協力医療機関として連携体制を整備します。

#### ①協力医療機関

|         |                                        |
|---------|----------------------------------------|
| 医療機関の名称 | 庄原日本赤十字病院                              |
| 所在地     | 広島県庄原市西本町2丁目7-10                       |
| 電話番号    | 0824-72-3111                           |
| 診療科     | 外科、整形外科、内科、皮膚科、眼科、脳神経科、泌尿器科、リハビリテーション科 |

|         |                                                |
|---------|------------------------------------------------|
| 医療機関の名称 | 市立三次中央病院                                       |
| 所在地     | 広島県三次市東酒屋町敦盛531番地                              |
| 電話番号    | 0824-65-0101                                   |
| 診療科     | 外科、整形外科、内科、皮膚科、眼科、脳神経科、泌尿器科、リハビリテーション科、産婦人科 ほか |

|         |                    |
|---------|--------------------|
| 医療機関の名称 | 高場クリニック            |
| 所在地     | 広島県三次市三良坂町三良坂877-5 |
| 電話番号    | 0824-44-2057       |
| 診療科     | 内科、小児科             |

#### ②老人福祉施設

|           |                  |
|-----------|------------------|
| 老人福祉施設の名称 | 特定施設入居者生活介護吉舎    |
| 所在地       | 広島県三次市吉舎町吉舎606番地 |
| 電話番号      | 0824-43-3110     |

|           |                   |
|-----------|-------------------|
| 老人福祉施設の名称 | 特別養護老人ホームユーシャイン   |
| 所在地       | 広島県庄原市総領町中領家476番地 |
| 電話番号      | 0824-88-3000      |

### ③緊急時の対応方法

|                                                            |         |  |
|------------------------------------------------------------|---------|--|
| 利用者の主治医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。<br>また緊急連絡先に連絡いたします。 |         |  |
| 利用者の主治医                                                    | 主治医名    |  |
|                                                            | 医療機関の名称 |  |
|                                                            | 所在地     |  |
|                                                            | 電話番号    |  |
| 緊急連絡先<br>①                                                 | 氏 名     |  |
|                                                            | 本人との続柄  |  |
|                                                            | 住 所     |  |
|                                                            | 電話番号    |  |
|                                                            | 携帯電話番号  |  |
|                                                            | その他連絡先  |  |
| 緊急連絡先<br>②                                                 | 氏 名     |  |
|                                                            | 本人との続柄  |  |
|                                                            | 住 所     |  |
|                                                            | 電話番号    |  |
|                                                            | 携帯電話番号  |  |
|                                                            | その他連絡先  |  |

### 9. 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対応を行います。また、避難訓練を年2回、契約者も参加して行います。

備北地区消防組合三次消防署への届出日： 平成28年 7月26日

防火管理者： 杉田 順子

〈消防用設備〉

- ・誘導灯
- ・消化器
- ・ガス漏れ探知
- ・スプリンクラー設置

## 10. 身体拘束の禁止及び高齢者虐待のための措置

サービスの提供にあたっては、利用者の生命又は身体を保護するために緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行いません。事業所がやむを得ない理由で身体拘束等を行う場合には、身体拘束廃止委員会を設置し、身体状況の態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由など必要な事項を記録すると同時に、身体拘束状況の改善に努めます。

事業所は虐待防止に関する責任者を設置、従業者に対する虐待防止啓発のための定期的な研修実施、権利擁護、苦情解決体制の整備、自治体における虐待防止に関する相談窓口の周知、虐待防止のための措置を講じるように努めます。

## 11. サービスの利用にあたっての留意事項

### (1) 施設・設備の使用上の注意

- ・居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。
- ・故意に、またはわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により原状に復していただくか、または相当の代価をお支払いいただく場合があります。

### (2) 喫煙

- ・事業所内すべてのスペースでの喫煙はできません。

### (3) 禁止行為

次に掲げる行為は、適切にサービスを提供する妨げとなりますので、禁止行為とさせていただきます。

- ・職員に対する身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為）
- ・職員に対する精神的暴力（人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為）
- ・職員に対するセクシャルハラスメント（性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為）

### (4) その他

- ・当事業所の職員や他の利用者に対する執拗な宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。
- ・所持金は、自己の責任で管理してください。
- ・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。
- ・他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。

令和            年            月            日

指定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ました。

|     |       |                        |
|-----|-------|------------------------|
| 事業者 | 事業者名  | 社会福祉法人 優輝福社会           |
|     | 事業者住所 | 広島県三次市吉舎町吉舎 606 番地     |
|     | 事業所名  | 小規模多機能型居宅介護事業所ゆうしゃいん塩町 |
|     | 代表者氏名 | 理事長 森重 利夫              |

|     |     |
|-----|-----|
| 説明者 | 職 名 |
|     | 氏 名 |

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、指定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。

|     |     |
|-----|-----|
| 利用者 | 住 所 |
|     | 氏 名 |

|       |     |                   |
|-------|-----|-------------------|
| 利用者家族 | 住 所 |                   |
|       | 氏 名 | 続柄 (            ) |

|                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| この重要事項説明書は、厚労省令第 34 号（平成 18 年 3 月 14 日）第 88 条により準用する第 9 条の規定に基づき、利用申込者またはその家族への重要事項説明のために作成したものです。 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|