

指定小規模多機能型居宅介護事業所 重要事項説明書

医療法人 新生会

小規模多機能型居宅介護
さくらんぼはうす

指定小規模多機能型居宅介護事業所 重要事項説明書

1 事業者の概要

- (1) 法人等の種類 医療法人
- (2) 名称 新生会
- (3) 主たる事務所の所在地 岩国市麻里布町三丁目 5-5
- (4) 連絡先
 - ア 電話番号 0827-30-0700
 - イ FAX番号 0827-30-0702
 - ウ メールアドレス info@i-shinseikai.or.jp
- (5) 代表者の職名及び氏名 理事長 石井 忍
- (6) 設立年月日 昭和 33 年 7 月 7 日

2 事業所の概要

- (1) 名称 小規模多機能型居宅介護 さくらんぼはうす
- (2) 所在地 岩国市車町 1 丁目 7 番 8 号
- (3) 連絡先
 - ア 電話番号 0827-23-2200
 - イ FAX番号 0827-23-2201
 - ウ メールアドレス
- (4) 開設年月日 平成 24 年 5 月 1 日
- (5) 管理者の氏名 白濱 祐妃子
- (6) 事業所までの主な利用交通手段 岩国駅より いわくにバス利用 寿橋下車 徒歩 5 分
- (7) 介護保険事業所番号 3590800284
- (8) 指定の年月日 平成 24 年 5 月 1 日

3 事業の目的及び運営の方針

医療法人 新生会（以下「事業者」といいます。）が小規模多機能型居宅介護 さくらんぼはうす（以下「事業所」といいます。）において運営する指定小規模多機能型居宅介護の事業は、要介護者に対して、そのかたの居宅において、又は事業所に通っていただき、若しくは短期間宿泊していただき、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かた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ものです。

事業者は、厚生労働大臣が定める指定地域密着型サービスの事業の基準に従い、利用者の心身の状況等に応じて適切な指定地域密着型サービスを提供するとともに、自らその提供する指定地域密着型サービスの質の評価を行うことその他の措置を講ずることにより常に利用者の立場に立ってこれを提供するように努めます。

事業者は、指定小規模多機能型居宅介護事業者と指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業者の指定を併せて受け、かつ、指定小規模多機能型居宅介護の事業と指定介護予防小規模多機能型居宅介護の事業を事業所において一体的に運営します。

4 短期利用居宅介護

当事業所は、利用者の状態や利用者の家族等の事情により、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、緊急に利用することが必要と認めた場合であって、指定小規模多機能型居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、当該指定小規模多機能型指定事業所の登録者に対する指定小規模多機能型居宅介護の提供に支障がないと認めた場合に、登録定員の範囲内で、空いている宿泊室等を利用し、短期間の指定小規模多機能型居宅介護（以下「短期利用居宅介護」という。）を提供する。

短期利用居宅介護は、当該指定小規模多機能型居宅介護事業所の登録者数が登録定員未満であり、かつ、以下の算式において算出した数の範囲内である場合に提供することができる。

[算定式]

当該事業所の宿泊室の数 × (当該事業所の登録定員 - 当該事業所の登録者の数) ÷
当該事業所の登録定員 【小数点第1位以下四捨五入】

短期利用居宅介護の利用は、あらかじめ7日以内（利用者の日常生活上の世話をを行う家族等が疾病等やむを得ない事情がある場合は14日以内）の利用期間を定めるものとする。

短期利用居宅介護の利用に当たっては、利用者を担当する居宅介護支援専門員が作成する居宅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小規模多機能型居宅介護計画を作成することとし、当該小規模多機能型居宅介護計画に従いサービスを提供する。

5 従業者に関する事項

(1) 事業所の従業者の職種及び職務の内容

- ア 介護従業者 指定小規模多機能型居宅介護の提供に当たります
- イ 介護支援専門員 登録者に係る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に従事します

(2) 職種別の従業者の員数及びその勤務形態

		常勤	非常勤	保有資格等
介護従業者	専従	12人	人	
	兼務	2人	人	内1名管理者と兼務、内1名介護支援専門員と兼務
内 看護職員	専従	1人	1人	看護師2名
	兼務	人	人	
介護支援専門員	専従	人	人	
	兼務	1人	人	小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修修了・介護職員兼務

(3) 職種別の従業者の勤務時間

- ア 介護従業者
 - 早出 7:00~16:00
 - 日勤 8:00~17:00
 - 遅出 10:00~19:00
 - 夜勤 17:00~ 9:30
- イ 介護支援専門員
 - 日勤 8:00~17:00

6 管理者に関する事項

- (1) 事業所の管理者の氏名 白濱 祐妃子
- (2) 保有資格等 社会福祉士、介護支援専門員
- (3) 職務の内容 従業者の管理及び指定小規模多機能型居宅介護の利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行います
- (4) 勤務形態 常勤兼務（介護職員と兼務）
- (5) 勤務時間 8:00~17:00

7 営業日及び営業時間

- (1) 営業日 年中無休
- (2) 営業時間
 - ア 訪問サービス 8:00～17:00
 - イ 通いサービス 9:00～16:00
 - ウ 宿泊サービス 16:00～9:00

8 登録定員並びに通いサービス及び宿泊サービスの利用定員

- (1) 登録定員 29名
- (2) 通いサービスの利用定員 18名
- (3) 宿泊サービスの利用定員 9名

9 通常の事業の実施地域

岩国市（柱島、由宇町、玖珂町、周東町、美川町、美和町、錦町及び本郷町を除く）

10 居宅サービス計画の作成

- (1) 介護支援専門員は、利用者が指定居宅サービス等の適切な利用等を行うことができるよう、利用者の心身の状況、置かれている環境、利用者及びその家族の希望等を勘案し、居宅サービス計画を作成します。
- (2) 介護支援専門員は、利用者の希望及び利用者についてのアセスメントの結果に基づき、居宅サービス計画の原案を作成します。
- (3) 介護支援専門員は、居宅サービス計画の原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ます。
- (4) 居宅サービス計画を作成した際には、当該計画を利用者に交付します。

11 小規模多機能型居宅介護計画の作成

- (1) 介護支援専門員は、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、他の従業者と協議の上、小規模多機能型居宅介護計画を作成します。
- (2) 小規模多機能型居宅介護計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ます。
- (3) 小規模多機能型居宅介護計画を作成した際には、当該計画を利用者に交付します。

12 指定小規模多機能型居宅介護の内容及び利用料その他の費用の額、お支払方法

(1) 介護保険給付の対象となるサービス内容及び利用料金

指定小規模多機能型居宅介護のサービス内容は、下記のとおりです。

サービスの種類	サービスの内容
訪問サービス	利用者の居宅で、入浴、排せつ、食事等の介護、調理、洗濯、掃除等の家事、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認等を行います。
通いサービス	利用者を事業所に送迎したうえで、入浴、排せつ、食事等の介護、調理、洗濯、掃除等の家事、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認等を行います。
宿泊サービス	利用者に事業所に宿泊していただき、入浴、排せつ、食事等の介護、調理、洗濯、掃除等の家事、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認等を行います。

介護保険対象の利用料金について

事業者が利用者に指定小規模多機能型居宅介護を提供し、当該指定小規模多機能型居宅介護に係る地域密着型サービス費（以下「保険給付」といいます。）が利用者に代わり事業者を支払われる場合には（以下「法定代理受領サービス」といいます。）、事業者は利用者から利用料の一部として、当該指定小規模多機能型居宅介護に係る地域密着型介護サービス費用基準額（以下「基準額」といいます。）から保険給付を引いた額（以下「利用者負担額」といいます。）の支払を受けるものとします。

保険給付の額は、給付額の減額措置を受けていないかたは基準額の7割～9割、給付額の減額措置を受けているかたは基準額の6割～7割です。

法定代理受領サービスに該当しない指定小規模多機能型居宅介護の利用料は、基準額と同額とします。

利用料金表① (1割負担の方) 小規模多機能型居宅介護

		基準額	保険給付額	利用者負担額
小規模多機能型 居宅介護費 (1月につき) 【基本部分】	要介護1	104,580円	94,122円	10,458円
	要介護2	153,700円	138,330円	15,370円
	要介護3	223,590円	201,231円	22,359円
	要介護4	246,770円	222,093円	24,677円
	要介護5	272,090円	244,881円	27,209円
初期加算(1日につき)		300円	270円	30円
認知症加算 (1月につき)	認知症加算(Ⅱ)	8,900円	8,010円	890円
	認知症加算(Ⅳ)	4,600円	4,140円	460円
看護職員配置加算 (1月につき)	看護職員配置加算 (Ⅰ)	9,000円	8,100円	900円
口腔・栄養スクリーニング加算 (1月につき)(開始時及び6ヶ月に1回)		200円	180円	20円
科学的介護推進体制加算(1月につき)		400円	360円	40円
生産性向上推進体制加算(Ⅱ)(1月につき)		100円	90円	10円
総合マネジメント体制強化加算(Ⅰ) 【区分支給限度額外】(1月につき)		12,000円	10,800円	1,200円
サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 【区分支給限度額外】(1月につき)		7,500円	6,750円	750円
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) 【区分支給限度額外】(1月につき)		所定単位数(基本部分+各種加算部分)×14.9%		

利用料金表②（2割負担の方） 小規模多機能型居宅介護

		基準額	保険給付額	利用者負担額
小規模多機能型 居宅介護費 (1月につき) 【基本部分】	要介護1	104,580円	83,664円	20,916円
	要介護2	153,700円	122,960円	30,740円
	要介護3	223,590円	178,872円	44,718円
	要介護4	246,770円	197,416円	49,354円
	要介護5	272,090円	217,672円	54,418円
初期加算(1日につき)		300円	300円	60円
認知症加算 (1月につき)	認知症加算(Ⅲ)	8,900円	7,120円	1,780円
	認知症加算(Ⅳ)	4,600円	3,680円	920円
看護職員配置加算 (1月につき)	看護職員配置加算(Ⅰ)	9,000円	7,200円	1,800円
口腔・栄養スクリーニング加算 (1月につき)(開始時及び6ヶ月に1回)		400円	360円	40円
科学的介護推進体制加算(1月につき)		400円	320円	80円
生産性向上推進体制加算(Ⅱ)(1月につき)		100円	80円	20円
総合マネジメント体制強化加算(Ⅰ) 【区分支給限度額外】(1月につき)		12,000円	9,600円	2,400円
サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 【区分支給限度額外】(1月につき)		7,500円	6,000円	1,500円
介護職員処遇改善加算(Ⅰ) 【区分支給限度額外】(1月につき)		所定単位数(基本部分+各種加算部分)×14.9%		

利用料金表③ (3割負担) (給付額の減額措置を受けているかた)

		基準額	保険給付額	利用者負担額
小規模多機能型 居宅介護費 (1月につき) 【基本部分】	要介護1	104,580円	73,206円	31,374円
	要介護2	153,700円	107,590円	46,110円
	要介護3	223,590円	156,513円	67,077円
	要介護4	246,770円	172,739円	74,031円
	要介護5	272,090円	190,463円	81,627円
初期加算(1日につき)		300円	300円	90円
認知症加算 (1月につき)	認知症加算(Ⅱ)	8,900円	6,230円	2,670円
	認知症加算(Ⅳ)	4,600円	3,220円	1,380円
看護職員配置加算 (1月につき)	看護職員配置加算(Ⅰ)	9,000円	6,300円	2,700円
口腔・栄養スクリーニング加算 (1月につき)(6ヶ月に1回)		200円	140円	60円
科学的介護推進体制加算(1月につき)		400円	280円	120円
生産性向上推進体制加算(Ⅱ)(1月につき)		100円	70円	30円
総合マネジメント体制強化加算(Ⅰ) (1月につき) 【区分支給限度額外】		12,000円	8,400円	3,600円
サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 【区分支給限度額外】(1月につき)		7,500円	5,250円	2,250円
介護職員処遇改善加算(Ⅰ) 【区分支給限度額外】(1月につき)	所定単位数(基本部分+各種加算部分)×14.9%			

利用料金表①(1割負担) 小規模多機能型居宅介護 (短期利用)

		基準額	保険給付額	利用者負担額
小規模多機能型居宅介護費 (1日につき) 【基本部分】	要介護1	5,720円	5,148円	572円
	要介護2	6,400円	5,760円	640円
	要介護3	7,090円	6,381円	709円
	要介護4	7,770円	6,993円	777円
	要介護5	8,430円	7,587円	843円
サービス提供体制強化加算(Ⅰ) (1日につき)【区分支給限度額外】		250円	225円	25円
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) 【区分支給限度額外】(1月につき)		所定単位数(基本部分+各種加算部分)×14.9%		

利用料金表②(2割負担) 小規模多機能型居宅介護 (短期利用)

		基準額	保険給付額	利用者負担額
小規模多機能型居宅介護費 (1月につき) 【基本部分】	要介護1	5,720円	4,576円	1,144円
	要介護2	6,400円	5,120円	1,280円
	要介護3	7,090円	5,672円	1,418円
	要介護4	7,770円	6,216円	1,554円
	要介護5	8,430円	6,744円	1,686円
サービス提供体制強化加算(Ⅰ) (1月につき)【区分支給限度額外】		250円	200円	50円
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) 【区分支給限度額外】(1月につき)		所定単位数(基本部分+各種加算部分)×14.9%		

利用料金表③((給付額の減額措置を受けている方) ※3割負担) (短期利用)

		基準額	保険給付額	利用者負担額
小規模多機能型居宅介護費 (1月につき) 【基本部分】	要介護1	5,720円	4,004円	1,716円
	要介護2	6,400円	4,480円	1,920円
	要介護3	7,090円	4,963円	2,127円
	要介護4	7,770円	5,439円	2,331円
	要介護5	8,430円	5,901円	2,529円
サービス提供体制強化加算(Ⅰ) (1月につき)【区分支給限度額外】		250円	175円	75円
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) 【区分支給限度額外】(1月につき)		所定単位数(基本部分+各種加算部分)×14.9%		

(小規模多機能型居宅介護費 及び 各種加算について)

小規模多機能型居宅介護費…事業所に登録しているすべての利用者にかかる費用です。

初期加算 …登録日から 30 日以内の利用者にかかる費用です。

認知症加算 (Ⅱ) …認知症日常生活自立度がランクⅢ、Ⅳ又はⅤの利用者にかかる費用で、事業所が以下の①、②の職員を配置し、専門的な認知症ケアを実施している場合にかかる費用です。

- ① 認知症介護実践リーダー研修を修了した職員を、
認知症自立度Ⅲ以上の対象者が、
20 人未満 1 人以上、
20 人以上の場合 さらに 1 を加えた数 配置し、
チームとして専門的な認知症ケアを実施している。

- ② 職員に対して認知症ケアに関する留意事項の伝達または技術的指導を行う会議を定期的で開催している。

認知症加算 (Ⅳ) …要介護 2 で、認知症日常生活自立度がランクⅡの利用者にかかる費用です。

看護職員配置加算 (Ⅰ) 事業所に専従かつ常勤の看護師が 1 名以上配置されている時にかかる費用です。

口腔・栄養スクリーニング加算… 事業所の従業者が、利用開始時及び利用中 6 月ごとに利用者の口腔の健康状態・栄養状態の確認を行い、その情報を介護支援専門員に提出した場合にかかる費用です。

科学的介護推進体制加算 … 以下の要件を満たす場合に、利用者にかかる費用です。
①利用者ごとの、日常生活動作、栄養状態、口腔の健康状態、認知症の状況等の基本情報を厚生労働省に提出する。
②厚労省から戻ったデータに基づき、必要に応じて、小規模多機能型居宅介護計画を見直すなど、サービスの見直し、改善を行いながら、サービスの質を向上させる取り組みを行う。

生産性向上体制推進加算 … 介護現場における生産性向上の為、介護ロボット等の継続的なテクノロジーを活用し、利用者の安全及び介護サービスの質の確保、職員の負担軽減を図るための委員会の開催、業務改善の取組、見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入している場合にかかる費用です、

総合マネジメント体制強化加算（Ⅰ） … 事業所において随時介護計画の見直しを行い、日常的に地域住民との交流を図り、他事業所等と共同で、事例検討会、研修会を実施し、地域の行事等に積極的に参加している場合にかかる費用です。

サービス提供体制強化加算（Ⅰ） … 事業所が以下の（ア）～（ウ）のすべてに適合する場合に利用者にかかる費用です。

（ア）すべての介護従業者ごとに研修計画を作成し、研修を実施又は実施を予定している。

（イ）利用者に関する情報や留意事項の伝達又は介護従業者の技術指導を目的とした会議を定期的に開催している。

（ウ）看護師・准看護師を除く従業者の総数のうち、介護福祉士の割合が70%以上、又は勤続10年以上の介護福祉士の割合が25%以上である。

介護職員等処遇改善加算（Ⅰ） … 事業所が厚生労働大臣の定める基準及び以下の（ア）～（エ）の全てに適合し、介護職員の処遇改善等を実施している場合、利用者にかかる費用です。

（ア）介護職員の任用の際に職務内容等の要件を定め書面により、全ての介護職員に周知している。

（イ）介護職員の資質の向上に関する研修を実施、又は研修の機会を確保している

（ウ）実施した介護職員の処遇改善の内容及び費用について全ての介護職員に周知している。

（エ）経験・資格等又は一定の基準に基づき、昇給判定する仕組みの整備を行う。

(2) 介護保険の給付対象とならない利用者負担金

事業者は、前記(1)のほかに、次の費用の額の支払を利用者から受けるものとします。

ア 利用者の選択により通常の事業の実施地域以外の地域に居住する利用者に対して行う送迎に要する費用 実施地域を超えた地点から路程 1kmあたり 35円

イ 利用者の選択により通常の事業の実施地域以外の地域の居宅において訪問サービスを提供する場合は、実施地域を超えた地点から路程 1kmあたり 35円

ウ 食事の提供に要する費用

朝食 350円(税込)、昼食 650円(税込)、夕食 650円(税込)

※食事キャンセルについては、急な体調不良、緊急時止むを得ない理由を除いて、以下の時間までにご連絡下さい。

時間を超えた場合、食事代を頂く事となります。

【朝食：前日の11時、昼食：当日9時、夕食：当日11時】

エ 宿泊に要する費用 2,200円(水道光熱費込) / 1泊

オ おむつ代 実費

カ その他の日常生活費

(ア) 歯ブラシ 実費

(イ) 化粧品 実費

(ウ) シャンプー 実費

(エ) タオルセット代 150円 / 1回

(オ) テレビレンタル(居室用 1日：200円)

(カ) 洗濯代 300円 / 1回

(3) 利用料金のお支払い方法

利用料等の請求はサービス提供月の翌月10日以降に請求書を発行致します。

1ヵ月ごとに計算し、次のいずれかの方法によりサービス提供月の翌月末日までにお支払いください。

- ① 郵便口座自動引き落とし
- ② 指定口座への振込み
- ③ 止むを得ない事情のとき、現金支払い

13 身体的拘束等

事業者は、指定小規模多機能型居宅介護の提供に当たっては、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行いません。

14 非常災害対策について

事業者は、非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知するとともに、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

15 秘密保持等

従業員は、その業務上知りえた利用者及びその家族に関する秘密及び個人情報について、生命・身体等に危険がある場合等正当な理由がある場合を除いて、退職後も守秘義務を遵守致します。サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ます。

16 緊急時等における対応

事業所の従業員は、指定小規模多機能型居宅介護の提供を行っているときに利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師又はあらかじめ事業者が定めた協力医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講じます。

協力医療機関：

医療法人 新生会 いしい記念病院

診療科目：内科・循環器科・消化器科・精神科・放射線科・リハビリテーション科・心療内科

所在地：岩国市多田3丁目102-1

医療法人 新生会 いしいケア・クリニック

診療科目：内科・心療内科・胃腸科・神経科・リハビリテーション科

所在地：岩国市麻里布町3丁目5-5

いずみ歯科医院

診療科目：歯科

所在地：岩国市車町1丁目9-39

17 虐待防止について

事業者はご利用者の人権擁護・虐待防止の為に、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

① 虐待防止に関する責任者を選定します。

責任者： 管理者 白濱 祐妃子

② 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業員に周知徹底を図ります。

③ 事業所における虐待防止のための指針を整備します。

④ 研修を通じて職員の人権意識の向上や知識、技術向上に努めます。

⑤ 虐待又は虐待が疑われる事案が発生した場合は、速やかに関係機関と連携を行います。

通報先：地域包括支援センター

⑥ 職員が支援にあたっての悩みや苦勞を相談できる体制を整え、職員が人権擁護に取り組める環境の整備に努めます。

18 衛生管理について

事業者は、衛生的な管理に努め、次に掲げるとおり衛生上必要な措置を講じます。

① 利用者に使用する施設、食器、その他の設備又は飲用に供する水について、常に衛生管理に十分留意します。

② 必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

③ 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について従業員に周知徹底を図ります。

④ 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。

⑤ 従業員に対し、感染症の予防およびまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

19 業務継続計画等の策定について

事業者は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定通所介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(業務継続計画)を策定し、当該業務継続計画に従って次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

① 従業員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。

② 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

20 介護に直接携わる職員に対する認知症介護基礎研修を受講させるための対応について

事業者は、介護に直接携わる職員のうち、医療・福祉関係の資格を有さない者について、認知症介護基礎研修を受講させるための必要な措置を講じます。

21 ハラスメント防止対策

事業者は、介護現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメント次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ① 事業所において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える次に掲げる行為は組織として許容しません。
 1. 身体的な力を使って危害を及ぼす(及ぼされそうになった)行為
 2. 個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
 3. 意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為
 4. サービス利用中に職員の写真や動画撮影、録音等を無断で SNS 等に掲載すること
- ② ハラスメントに関する相談・苦情等に対応する担当者を定め、従業者に周知徹底を図ります。
- ③ ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同事案が発生しない為の再発防止策を検討します。
- ④ 上記は、当該従業者、取引先事業者の方、ご利用者及びその家族等を対象とし、ハラスメントと判断された行為者に対して、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置を講じ、健全な信頼関係を築くことが出来ないと判断した場合は、サービス中止や契約を解除等の措置を講じます。

22 苦情処理

事業者は、提供した指定小規模多機能型居宅介護に係る利用者及びその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置する等の必要な措置を講じます。

(1) 苦情・相談を受け付けるための窓口

ア 苦情受付担当者

(ア) 職種・氏名 計画作成担当者 坪井 美穂

(イ) 電話番号 0827-23-2200

イ 苦情解決責任者

(ア) 職種・氏名 管理者 白濱 祐妃子

(イ) 電話番号 0827-23-2200

ウ 第三者委員

(ア) 氏名 多谷本 由美子

(イ) 電話番号 0827-21-1523

(2) 公的機関での苦情受付窓口

岩国市 福祉部 福祉政策課 指導監査室	所在地 岩国市今津町1丁目 14-51 電話番号 (0827) 29-5072 対応時間 午前8時半～午後5時15分(土・日・祝日を除く)
山口県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情相談専用窓口	所在地 山口市朝田 1980-7 電話番号 (083)995-1010 対応時間 午前9時～午後5時(土・日・祝日を除く)
山口県長寿社会課	所在地 山口市滝町 1-1 電話番号 (083)933-2774 対応時間 午前8時半～午後5時15分(土・日・祝日を除く)
岩国健康福祉センター 保健福祉総務室	所在地 岩国市三笠町 1-1-1 電話番号 (0827)29-1522 対応時間 午前8時半～午後5時15分(土・日・祝日を除く)
山口県福祉サービス 運営適正化委員会	所在地 山口市大手町 9-6 電話番号 (083)924-2837 対応時間 午前8時半～午後5時(土・日・祝日を除く)
和木町役場	所在地 和木町和木1丁目 1-1 電話番号 (0827)52-2196 対応時間 午前8時半～午後5時15分(土・日・祝日を除く)

(3) 高齢者全般の相談受付機関

岩国第一地域包括支援センター (川下、愛宕)	所在地 岩国市牛野谷町 2 丁目 12-38 電話番号 (0827)34- 1577 対応時間 午前8時半～午後5時15分(土・日・祝日を除く)
岩国第三地域包括支援センター (灘、通津)	所在地 岩国市藤生町 1 丁目 17-26 電話番号 (0827)34- 1313 対応時間 午前8時半～午後5時15分(土・日・祝日を除く)
岩国第五地域包括支援センター (錦、本郷、美和、美川)	所在地 岩国市錦町広瀬 1067-1 電話番号 (0827)71-0055 対応時間 午前8時半～午後5時15分(土・日・祝日を除く)
岩国市地域包括支援センター(第1班) (麻里布、東、装港、柱島、小瀬地区)	所在地 岩国市室の木町 3 丁目 1-11 電話番号 (0827)24-3781 対応時間 午前8時半～午後5時15分(土・日・祝日を除く)

岩国市地域包括支援センター(第2班) (平田、北河内、南河内地区)	所在地 岩国市室の木町3丁目1-11 電話番号 (0827)24-3700 対応時間 午前8時半～午後5時15分(土・日・祝日を除く)
岩国市地域包括支援センター(第3班) (由宇)	所在地 岩国市由宇町中央1丁目10-11 電話番号 (0827)63-3113 対応時間 午前8時半～午後5時15分(土・日・祝日を除く)
岩国市地域包括支援センター (第4班玖珂) (玖珂)	所在地 岩国市玖珂町4933-2 電話番号 (0827)84-0368 対応時間 午前8時半～午後5時15分(土・日・祝日を除く)
岩国市地域包括支援センター (第4班周東) (周東)	所在地 岩国市周東町下久原1208-1 電話番号 (0827)84-3615 対応時間 午前8時半～午後5時15分(土・日・祝日を除く)

23 事故発生時の対応

- (1) 事業者は、利用者に対する指定小規模多機能型居宅介護の提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 事業者は、利用者に対する指定小規模多機能型居宅介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

損害賠償責任保険の加入状況

保険会社名 東京海上日動火災保険株式会社
保険名 居宅サービス事業者賠償事故補償制度

24 地域との連携等

事業者は、指定小規模多機能型居宅介護の提供に当たっては、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、岩国市の職員又は岩国市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により構成される協議会（以下「運営推進会議」といいます。）を設置し、おおむね2か月に1回以上、運営推進会議に対し通いサービス及び宿泊サービスの提供回数等の活動状況を報告し、運営推進会議による評価を受けるとともに、運営推進会議から必要な要望、助言等を聴く機会を設けます。

25 サービス利用に当たっての留意事項

- ・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。
(原則 岩国市在住の方が対象です。)
- ・事業所内の設備や器機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。
- ・他の利用者の迷惑となる行為はご遠慮ください。
- ・金銭、貴重品は原則、事業所内に持ち込まない様をお願いします。又、利用者や職員に対しての物品・金銭の贈与は控えて頂きます様をお願いします。
ご本人・家族の希望で所持される金銭・貴重品等の盗難、破損、紛失等の責任は負いかねますので、ご了承ください。
- ・事業所内での他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

26 サービスの終了について

(1) ご利用者の都合でサービスを終了する場合、サービス終了を希望する日が分かり次第速やかにご連絡をお願い致します。

- ・入院された場合・・・入院後概ね1か月程度ご希望により、登録の継続が可能です。
登録継続の場合は、介護保険自己負担分(基本+加算)の料金が発生致します。

(2) 以下の場合、自動的にサービスを終了致します。

- ・要介護認定区分が非該当(自立)と認定された場合。
- ・利用者が死亡した場合
- ・事業者またはサービス従業者が故意又は過失によりご契約者の身体・財産・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合。
又、他の利用者が契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合。

(3) 次の事由に該当した場合は、事業者は文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約する事ができます。

- ・サービス利用料金の支払いが3か月以上滞納し、料金を支払うように催告したにも関わらず14日以内に支払われない場合
- ・利用者又はそのご家族等が事業者やサービス従業者又は他の利用者に対して、生命・身体・財産・信用等を傷つける行為、又は不信行為(暴力・暴力行為等・セクハラ行為等)を行う等、本契約を継続しがたい重大事情を生じさせた場合。
- ・利用者の病状・心身状態等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知等を行い、その結果、当事業所での介護サービスの提供に重要な事業を生じさせた場合

指定小規模多機能型居宅介護の提供にあたり、以上の書面に基づき重要事項の説明を行いました。

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名 _____

上記の説明を受け、指定小規模多機能型居宅介護の提供内容について同意します。

同意年月日 令和 年 月 日

利用者氏名 _____

利用者家族 _____

代理人 _____